

ОГЛАВЛЕНИЕ

Коллектив авторов	6
Список сокращений и условных обозначений.....	8
Введение.....	9
I. ОБЩАЯ ЧАСТЬ.....	11
Глава 1. Из истории вопроса.....	13
Глава 2. Топографическая анатомия наружных половых органов.....	17
Глава 3. Топографическая анатомия влагалища.....	26
Глава 4. Топографическая анатомия тазового дна.....	33
Глава 5. Проплапс тазовых органов.....	39
5.1. Классификация пролапса тазовых органов.....	40
Глава 6. Топографическая анатомия мочевыводящих путей.....	43
Глава 7. Подготовка больной к влагалищной операции.....	54
7.1. Микроэкосистема влагалища.....	55
Глава 8. Инструменты для проведения влагалищных операций.....	68
Глава 9. Организация операционной работы при влагалищных операциях.....	70
II. СПЕЦИАЛЬНАЯ ЧАСТЬ.....	73
Глава 10. Операции, выполняемые по поводу опущений и выпадений влагалища и матки, а также при неправильных положениях матки.....	75
10.1. Передняя кольпорафия.....	76
10.2. Задняя кольпорафия и перинеолеваторопластика.....	79
10.3. Манчестерская операция.....	90
10.4. Срединная кольпорафия (операция Нейгебауэра–Лефора).....	92

10.5. Вагинопексия с применением синтетических имплантатов	97
10.6. Кольпоклеизис	109
Глава 11. Возможности коррекции пролапса тазовых органов после брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки	111
11.1. Краткая характеристика пациенток	114
11.2. Полученные результаты и их обсуждение	115
Пример 1	116
Пример 2	119
11.3. Ближайшие и отдаленные результаты хирургической коррекции грыжи промежности и пролапса тазовых органов после брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки и лапароскопической экстралеваторной брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки	123
Глава 12. Влагиалищная экстирпация матки	124
12.1. Методика выполнения влагиалищной гистерэктомии с использованием традиционного лигирования	125
12.2. Методика выполнения влагиалищной гистерэктомии с использованием электрохирургического гемостаза	130
12.3. Особенности ведения послеоперационного периода после влагиалищной гистерэктомии	135
Глава 13. Хирургическое лечение истмико-цервикальной недостаточности	136
13.1. Влагиалищный цервикальный серкляж	136
13.2. Хирургическое лечение истмико-цервикальной недостаточности вне беременности	141
Глава 14. Влагиалищные операции по поводу недержания мочи	147
14.1. Субуретральные слинговые операции с использованием аутогенных тканей	148
14.2. Субуретральные слинговые операции с использованием синтетических имплантатов	159

Глава 15. Мочеполовые свищи	170
15.1. Операция зашивания пузырно-влагалищных свищей	172
15.2. Операция зашивания пузырно-шеечных свищей	175
15.3. Операция зашивания мочеточниково-влагалищных свищей	176
15.4. Операция восстановления разрушенной уретры	178
Глава 16. Наиболее часто встречающиеся осложнения.	184
16.1. Осложнения, ассоциированные с влагалищным доступом для экстирпации матки.	184
16.2. Имплантат-ассоциированные осложнения	187
Глава 17. Эстетическая коррекция наружных женских половых органов. Лабиопластика	191
17.1. Методика выполнения линейной резекции малых половых губ.	193
17.2. Методика выполнения V-образной (клиновидной) резекции малых половых губ.	193
Заключение	196
Список литературы	198

ВВЕДЕНИЕ

Операции на стенках влагалища, влагалищной части шейки матки, мышцах тазового дна (ТД), малых и больших половых губах и в зоне промежности — самостоятельный раздел оперативной гинекологии, требующий отдельного рассмотрения, начиная с вопросов анатомии и заканчивая нюансами оперативных методик. Кроме того, влагалищный доступ наряду с лапароскопическим и лапаротомным — один из трех наиболее общепринятых оперативных доступов в оперативной гинекологии [1].

Еще Д.О. Отт более ста лет назад писал [2], что «всякий гинеколог, желающий стоять на высоте своей специальности, раз того требуют интересы больной, обязан совершенствоваться в проведении на практике влагалищного метода». Так, если взять гистерэктомию, которая во всем мире является одной из самых распространенных операций в гинекологической практике [3–5] (например, в России на ее долю приходится 32,5–38,2% гинекологических операций [6, 7]), то во многих университетских клиниках Европы и США влагалищный доступ к гистерэктомии успешно конкурирует с лапароскопическим и лапаротомным [8, 9].

По данным Кокрановского обзора за 2015 г., влагалищная гистерэктомия имеет ряд преимуществ перед любым другим доступом, включая роботическую гистерэктомию [10]. Приведенные в рамках другого Кокрановского обзора девять метаанализов отметили более короткую продолжительность операции, более короткое время пребывания пациента в стационаре. При этом при сравнении с лапароскопической гистерэктомией отмечена достоверно меньшая частота конверсии доступа [11]. На основе данных обзоров с высоким уровнем достоверности можно утверждать, что влагалищная гистерэктомия при прочих равных условиях должна рассматриваться как доступ выбора при радикальном хирургическом лечении доброкачественных заболеваний матки.

Основные преимущества влагалищного доступа:

- уменьшение риска перитонита;
- уменьшение риска спайкообразования;
- уменьшение риска кишечной непроходимости;
- минимизация послеоперационных болей;
- быстрое восстановление нормальной активности;

- уменьшение риска тромбоза и эмболии;
- уменьшение риска осложнений у тучных женщин, женщин с сердечно-сосудистой патологией и женщин старшего возраста;
- отсутствие рубца на передней брюшной стенке.

Понятно, что влагалищная гистерэктомия наиболее легко выполняется и, соответственно, наиболее часто используется при генитальном пролапсе. При доброкачественных гинекологических заболеваниях у пациенток без пролапса тазовых органов (ПТО) данный доступ в рутинной практике используют значительно реже. Однако это вопрос в первую очередь навыков, и окончательное решение по выбору доступа для гистерэктомии зависит от предпочтений хирурга [12, 13].

Влагалищный доступ может быть эффективно использован у пациенток с дислокацией уретры, мочевого пузыря и связанным с этим недержанием мочи (НМ), выпадением шейки матки и сопутствующими сексуальными расстройствами, а также у больных с посттравматическими повреждениями гениталий и промежности после родов и операций. Наш опыт позволяет рекомендовать данный доступ при коррекции пролапса тазовых органов после брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки. На наш взгляд, правильно выполненные влагалищные операции легко переносятся практически всеми категориями указанных больных [14].

Глава 6

Топографическая анатомия мочевыводящих путей

Мочеточник (*ureter, dexter et sinister*) представляет собой забрюшинно расположенный гладкомышечный парный трубчатый орган, сплюснутый в переднезаднем направлении [1]. Он является выводным протоком почки, соединяющим почечную лоханку с мочевым пузырем. Длина мочеточника у женщин короче, чем у мужчин, и в среднем составляет около 27–29 см (**рис. 6.1**).

Различают две почти равные по длине части (или отдела) мочеточника: брюшную (*pars abdominalis*) и тазовую (*pars pelvina*). Условной границей между ними является вход в малый таз (*linea terminalis*). В этой области мочеточники проходят впереди подвздошных сосудов, причем правый мочеточник чаще пересекает наружные подвздошные, а левый — общие подвздошные сосуды [2]. При этом мочеточники делают выраженный сагиттально-фронтальный изгиб, обращенный выпуклостью преимущественно кпереди; открытый кзади угол составляет в среднем около 130–135°.

Стенка мочеточника имеет толщину около 1 мм и состоит из наружной соединительнотканной (*tunica adventitia*), средней мышечной (*tunica muscularis*) и внутренней слизистой (*tunica mucosa*) оболочек. На поперечном разрезе просвет мочеточника имеет звездчатую форму. Этот анатомический факт имеет практическое значение для распознавания повреждений мочеточника и помогает отличить его от культи кровеносного сосуда (артерии или вены): в пересеченном мочеточнике выпячивающаяся наружу складчатая слизистая оболочка имеет звездчатую форму, тогда как внутренняя оболочка сосуда (*tunica intima*) тесно прилежит к мышечной оболочке, а просвет его имеет округлую форму. Снаружи мочеточник окружен вторым слоем забрюшинной клетчатки,

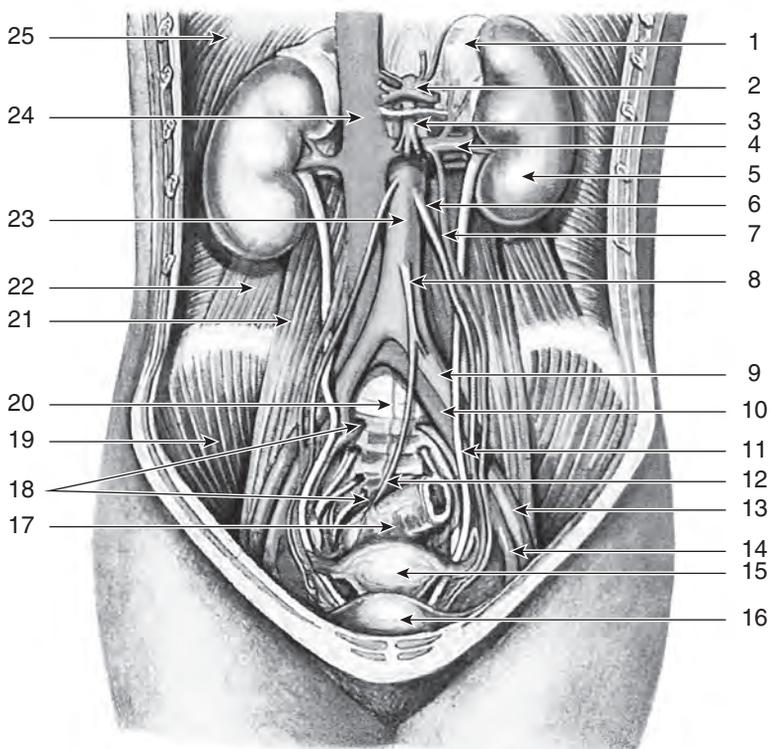


Рис. 6.1. Ход мочеточников у женщин: 1 — *glandula suprarenalis sinistra*; 2 — *truncus celiacus*; 3 — *a. mesenterica superior*; 4 — *v. renalis sinistra*; 5 — *ren sinister*; 6 — *a. ovarica sinistra*; 7 — *v. ovarica sinistra*; 8 — *a. mesenterica inferior*; 9 — *a. iliaca communis sinistra*; 10 — *v. iliaca communis sinistra*; 11 — *ureter sinister*; 12 — *a. rectalis superior*; 13 — *a. iliaca externa sinistra*; 14 — *v. iliaca externa sinistra*; 15 — *uterus*; 16 — *vesica urinaria*; 17 — *rectum*; 18 — *plexus sacralis*; 19 — *m. iliacus dexter*; 20 — *a. sacralis mediana*; 21 — *m. psoas major*; 22 — *m. quadratus lumborum*; 23 — *aorta abdominalis*; 24 — *v. cava inferior*; 25 — *diaphragma*

являющейся продолжением околопочечной клетчатки (*paranephron*), которая получила название околомочеточниковой (*paraureterium*).

Тазовая часть (или отдел) каждого мочеточника пересекает пограничную линию на границе задней и средней трети ее и располагается примерно на уровне крестцово-подвздошного сочленения. Перекинувшись через подвздошные сосуды, спереди от них, этот отдел мочеточника спускается в полость малого таза (делая выраженный из-

гиб примерно во фронтальной плоскости, выпуклостью обращенный преимущественно кнаружи) и заканчивается устьями мочеточников в мочевом пузыре.

Оба тазовых отдела мочеточников близко подходят один к другому (каждый из них направляется сзади наперед и снаружи внутрь) и отделены один от другого сходящей на нет брыжейкой сигмовидной кишки; самое большое расстояние между мочеточниками (около 10 см) отмечается после перегиба их через подвздошные сосуды, где мочеточники удаляются один от другого, причем правый мочеточник более удален от средней линии. На уровне дна матки это расстояние уменьшается и колеблется в пределах 6,8–9,5 см; на уровне перешейка матки и переднего свода влагалища оно равно 4–4,5 см, между обеими околопузырными частями — 3–4,5 см, а между устьями мочеточников — 2,5–3 см.

Различают *пристеночную* и *висцеральную* части тазового отдела мочеточника. Под пристеночной, или *париетальной*, частью тазового отдела мочеточника понимают тот его отдел, который примыкает к боковой стенке таза. Он располагается под тазовой брюшиной, в подбрюшинной клетчатке. Кзади от этой части мочеточника находятся внутренние подвздошные сосуды и начальные отделы их ветвей: маточной артерии (первый перекрест мочеточника и маточной артерии), запирающей и пупочной артерий, а также запирающего нерва. Кнутри (медиальнее) на расстоянии 2–3 см располагается прямая кишка.

К передней, покрытой брюшиной поверхности пристеночной части мочеточника примыкают свободный край яичника и расположенные здесь петли кишечника.

Висцеральная часть тазового отдела мочеточника, примыкающая к органам малого таза, является непосредственным продолжением париетальной. Поворачивая кпереди и кнутри, на высоте седалищной ости (*spina ischiadica*), эта часть мочеточника располагается в толще основания широкой маточной связки (ближе к заднему ее листку) в околоматочной клетчатке, на расстоянии около 1–3 см от шейки матки, под маточными сосудами (второй, практически наиболее важный перекрест мочеточника с маточной артерией). Здесь мочеточник лежит между маточным и влагалищным венозным сплетением (медиально) и пузырным венозным сплетением (латерально и кпереди), а также окружен петлей из нервных ветвей пузырного сплетения; часть висцеральной фасции образует влагалище для мочеточника и его клетчатки. Следует знать, что в отдельных случаях мочеточники могут проходить в толще подвешивающих связок яичника.

В дистальном отрезке висцеральной части тазового отдела мочеточник прилежит непосредственно к передненаружной стенке свода влагалища и снабжен особым мышечным влагалищем, состоящим из продольных мышечных волокон, составляющих продолжение мускулатуры мочевого пузыря и функционально с ним связанных (*так называемое «мочеточниковое влагалище» Вальтдейера*). Защищенный упомянутым влагалищем мочеточник в этом месте, как правило, не повреждается.

Интрамуральная, или внутрисстеночная, часть (*portio intramuralis*) косо пронизывает стенку мочевого пузыря и тесно связана с мышечным его слоем.

Третья, внутрислизистая, часть относится к устью мочеточника (*ostium ureteris*) и представляет собой щелевидное отверстие.

Следует напомнить, что почти все забрюшинные опухоли вызывают смещение мочеточника. Смещение тазового отдела мочеточника кнаружи (одностороннее и двустороннее) и сдавление его чаще всего являются следствием опухолей матки или яичников.

Кровоснабжение верхнего отдела мочеточника осуществляется ветвями почечной артерии (*a. renalis*). В месте перекреста с яичниковой артерией (*a. ovarica*) от последней отходят ветви к мочеточнику; мочеточниковые ветви (*rr. ureterici*) отходят от аорты, поясничных артерий, общей подвздошной артерии, а тазовый отдел мочеточника получает питание и за счет ветвей, отходящих непосредственно от внутренней подвздошной артерии, средней прямокишечной артерии, верхних и нижних пупырных, а также маточной артерии.

Близость мочеточника к маточной артерии и шейке матки (боковому своду влагалища) является очень важным анатомическим фактом, который необходимо учитывать при операциях в этой области. Для профилактики повреждения мочеточника, например при гистерэктомии, особенно учитывая многочисленные аномалии его хода, перевязку всех кровеносных сосудов рекомендуется производить как можно ближе к матке, а перед операцией целесообразно провести тщательное урологическое обследование больной для выявления возможных аномалий.

Венозная кровь оттекает через одноименные вены и венозное сплетение мочевого пузыря. Практическое значение имеет патологическая связь правого мочеточника с правой яичниковой веной.

Мочевой пузырь (*vesica urinaria*) является полым мышечным органом плоско-округлой формы (**рис. 6.2**). Форма мочевого пузыря и его отношение к соседним органам у взрослой женщины зависят от уровня наполнения, состояния прилежащих органов (наличия патологических изменений, положения матки, беременности и др.), а также от типа кон-

ституции, количества предшествовавших родов и пр. Наполненный мочевой пузырь имеет грушевидную форму, опорожненный — блюдцеобразную. У женщин он несколько более расширен в стороны, чем у мужчин, и сдавлен сверху. Все эти условия необходимо учитывать при оценке цистограмм.

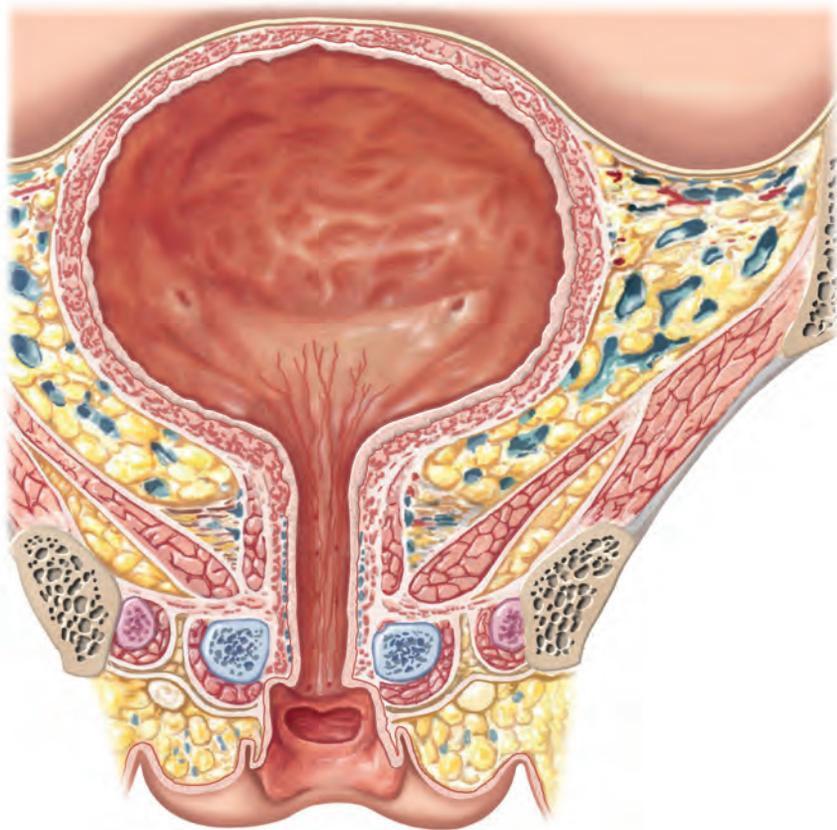


Рис. 6.2. Мочевой пузырь и мочеиспускательный канал

Емкость мочевого пузыря составляет в среднем около 500–750 мл, однако она подвержена значительным индивидуальным колебаниям и также зависит от состояния соседних органов (беременная матка, опухоли, различные перенесенные операции на органах малого таза).

Различают следующие отделы мочевого пузыря: тело, верхушку, дно и шейку. Передневерхняя заостренная часть тела пузыря (*corpus vesicae*) называется верхушкой (*apex vesicae*); верхушка мочевого пузыря продолжается далее вверх, по направлению к пупку, в виде фиброзного тяжа (заросшего мочевого протока — *urachus*), проходящего в срединной пупочной связке. Наименьшую подвижность имеет задненижняя часть пузыря, или дно (*fundus vesicae*), обращенная к влагалищу; спереди и книзу дно переходит в шейку мочевого пузыря (*cervix vesicae*), которая далее продолжается в мочеиспускательный канал. Мочевой пузырь имеет переднюю, заднюю и боковые стенки.

Передняя стенка опорожненного пузыря прилежит к лонному сращению и внутренней поверхности лобковых костей, а при наполненном мочевом пузыре — и к передней брюшной стенке, отделяясь от них позадилобковым (предпузырным) клетчаточным пространством с проходящей в нем предпузырной фасцией.

Задняя стенка мочевого пузыря сверху покрыта брюшиной и прилежит к передней поверхности тела матки, а внизу, подбрюшинно, — к шейке матки и влагалищу. От шейки матки пузырь отделен выделенным слоем рыхлой клетчатки; от влагалища мочевой пузырь отделен лишь незначительным слоем клетчатки и, таким образом, прочно с ним связан посредством пузырно-влагалищной перегородки (*septum vesicovaginale*). Боковые стенки мочевого пузыря примыкают к мышцам, поднимающим задний проход, и отделяются от них посредством бокового (пристеночного) клетчаточного пространства таза.

Толщина стенки сокращенного мочевого пузыря может достигать 1,5 см, а растянутого — 2–3 мм. Стенка мочевого пузыря состоит из серозной оболочки, мышечной оболочки, подслизистого слоя и слизистой оболочки.

Мышечная оболочка (tunica muscularis) состоит из гладких мышечных волокон; в ней различают три переплетающихся между собой слоя: наружный, состоящий преимущественно из продольных волокон; средний — наиболее мощный, циркулярный, образует мышечный жом мочеиспускательного канала (*m. sphincter urethrae*). Вокруг каждого устья мочеточников за счет этого слоя образуется подобие сфинктеров, препятствующих рефлюксу мочи из мочевого пузыря в мочеточники. Внутренний — самый тонкий, состоит из слабых пучков продольных, косых и поперечных волокон. Все три слоя гладких мышечных волокон составляют общую мышцу мочевого пузыря, изгоняющую мочу (*m. detrusor urinae*).

Слизистая оболочка (tunica mucosa) отделена от мышечного слоя хорошо развитой подслизистой тканью (*tela submucosa*), благодаря чему

при пустом пузыре слизистая образует многочисленные складки; при растяжении пузыря эти складки расправляются.

Треугольник мочевого пузыря (*trigonum vesicae*) представляет собой переднецентральную часть дна пузыря и является наиболее фиксированным его отделом. Вершину треугольника образует шейка мочевого пузыря, открывающаяся во внутреннее отверстие мочеиспускательного канала (*ostium urethrae internum*); верхнебоковые углы треугольника составляют правое и левое устья мочеточников (*ostia ureterum*), а основание — межмочеточниковая складка (*plica interureterica*).

Связочный аппарат мочевого пузыря. Верхушка пузыря соединяется с пупком упоминавшейся выше срединной пупочной связкой (*urachus*) (рис. 6.3).

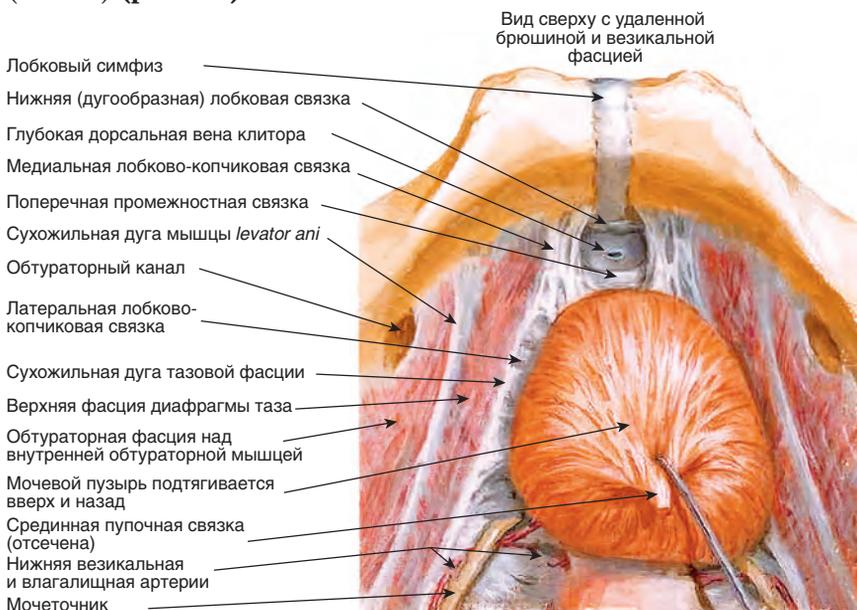


Рис. 6.3. Вид сверху с удаленной брюшиной и фасцией мочевого пузыря

Нижняя часть мочевого пузыря фиксирована посредством мышц, поднимающих задний проход, и покрывающей их тазовой фасции. Передняя часть висцеральной фасции, которая фиксирует мочевой пузырь с обеих сторон к стенкам таза, образует боковые лонно-пузырные связки (*lig. pubovesicale laterale*). Часть висцеральной фасции таза, рас-

положенную между правой и левой лонно-пузырными связками, выделяют под названием средней лонно-пузырной связки (*lig. pubovesicale medium*). Последняя, обойдя вокруг мочеиспускательного канала, продолжается кзади и кверху, между задней стенкой мочевого пузыря и передней стенкой влагалища, то есть переходит в упоминавшуюся выше пузырно-влагалищную перегородку (*septum vesicovaginale*), заканчивающуюся в области передней поверхности шейки матки. Кроме того, мочевой пузырь укреплен у лонного сращения посредством пучков гладких мышечных волокон лонно-пузырной мышцы (*m. pubovesicalis*), а сзади — аналогичными мышечными пучками, соединяющими дно пузыря с шейкой матки и называемыми пузырно-маточными связками (*lig. vesicouterinum, dextrum et sinistrum*).

Об окружающей мочевой пузырь клетчатке (париетальной и висцеральной) говорилось ранее. Здесь следует отметить, что околопузырная клетчатка отделяется от околоматочного клетчаточного пространства фасциальной перегородкой, положение которой соответствует направлению круглых связок матки.

Кровоснабжение мочевого пузыря осуществляется за счет парных верхних и нижних пузырных артерий (*aa. vesicales superior et inferior*), средних прямокишечных артерий (*aa. rectales mediae*), маточных артерий (*aa. uterinae*) и других близлежащих артерий.

Отток венозной крови осуществляется в венозное сплетение мочевого пузыря, маточное, влагалищное и прямокишечное (*plexus venosus vesicalis, uterinus, vaginalis et rectalis*); по венам, одноименным с вышеперечисленными артериями, кровь изливается во внутреннюю подвздошную вену (*v. iliaca interna*).

Лимфатические сосуды мочевого пузыря весьма обильны в слизистой оболочке (на границе слизистой с подслизистым слоем) и в мышечном слое.

От мочевого пузыря лимфа оттекает преимущественно в подвздошные и внутренние подвздошные лимфатические узлы (*nodi lymphatici iliaci et iliaci interni*). Наиболее часто поражаемыми метастазами является так называемый центральный лимфатический узел, расположенный под местом деления общей подвздошной артерии. Из перечисленных лимфатических узлов лимфа поступает в аортоабдоминальные (поясничные) узлы (*nodi lymphatici lumbales*). Часть лимфатических сосудов мочевого пузыря направляется в них непосредственно, минуя предыдущие группы лимфатических узлов. Имеется широкая связь лимфатической системы мочевого пузыря с лимфатической системой соседних органов, в частности влагалища, матки и придатков.

Иннервация мочевого пузыря осуществляется из пузырного сплетения (*plexus vesicalis*), в образовании которого участвуют симпатические нервы из обоих нижних подчревных сплетений (*pl. hypogastricus inferior, dexter et sinister*), парасимпатические — из внутренностных крестцовых (тазовых) нервов (*nn. splanchnici sacrales s. pelvini*), а также нервные веточки, отходящие от симпатического ствола, в основном тазового его отдела.

Нервные ветви от пузырного сплетения располагаются преимущественно в подсерозной клетчатке, мышечном слое, подслизистой и слизистой оболочке. Посредством большого количества соединительных ветвей пузырное сплетение связано со сплетениями матки, влагалища и прямой кишки.

После обширных гинекологических вмешательств в малом тазу (обычно по поводу опухолевого процесса или эндометриоза) иногда формируется денервированный автономный мочевой пузырь с воспаленной и утолщенной стенкой и отеочной слизистой.

Мочеиспускательный канал (*urethra feminina*) начинается от мочевого пузыря внутренним отверстием (*ostium urethrae internum*) на уровне нижнего края симфиза, на 1,5–2 см кзади от него. Направляясь вниз и вперед, мочеиспускательный канал прободает мочеполовую диафрагму, огибая лобковое сращение снизу и сзади, и прочно фиксируется к нему. Заканчивается мочеиспускательный канал наружным отверстием (*ostium urethrae externum*) в преддверии влагалища, тотчас кпереди и выше от отверстия влагалища, на расстоянии около 2 см позади клитора.

Стенка мочеиспускательного канала состоит из мышечной, подслизистой и слизистой оболочки.

Мышечная оболочка (*tunica muscularis*) представлена наружным — циркулярным и внутренним — продольным слоем гладких мышц. Круговой слой начальной части мочеиспускательного канала является продолжением аналогичного слоя гладкой мускулатуры шейки мочевого пузыря, образующего *m. sphincter urethrae*. В образовании сфинктера мочеиспускательного канала участвуют и поперечнополосатые мышцы мочеполовой диафрагмы и промежности.

Слизистая оболочка (*tunica mucosa*) выстлана многослойным плоским или призматическим (кубическим) эпителием и образует продольные складки, благодаря которым просвет канала на поперечном разрезе имеет звездчатую форму. Наиболее выраженная продольная складка на задней стенке канала называется гребешком мочеиспускательного канала (*crista urethralis*).

В кровообращении мочеиспускательного канала принимают участие ветви нижней пузырной артерии (*a. vesicalis inferior*) и внутренней и наружной срамных артерий (*aa. pudendae interna et externa*). Отток венозной крови осуществляется в основном в пузырное венозное сплетение (*pl. venosus vesicalis*) и через одноименные артериям вены (рис. 6.4).

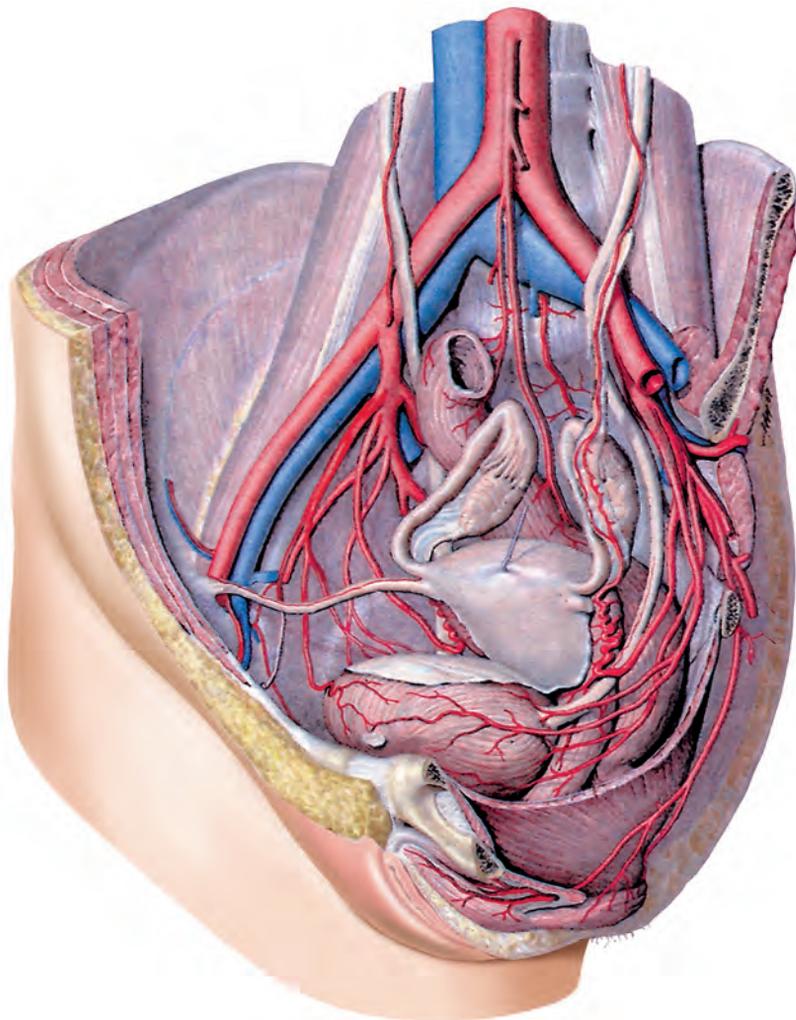


Рис. 6.4. Кровоснабжение органов малого таза

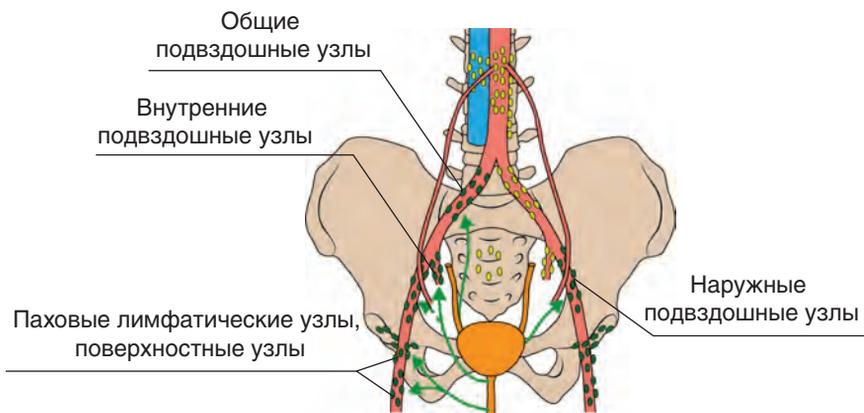


Рис. 6.5. Отток лимфы от мочевого пузыря и уретры

Лимфатические сосуды из этой области направляются к подвздошным и внутренним подвздошным лимфатическим узлам (*nodi lymphatici iliaci et iliaci interni*), а также к паховым лимфатическим узлам (*nodi lymphatici inguinales*) (рис. 6.5).

Иннервация — оба нижних подчревных сплетения (*pl. hypogastricus inferior, dexter et sinister*), внутренностные крестцовые (тазовые) нервы (*nn. splanchnici sacrales, s. pelvini*), половой нерв (*n. pudendus*).