

ХИРУРГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ВЛАГАЛИЩНОГО СВОДА

Смелов С.В.

Чувашский государственный университет, г. Чебоксары

Органосохраняющие методики хирургических вмешательств, призванные в щадящем режиме обеспечить адекватный лечебный эффект, выходят на приоритетное место в современной гинекологической практике. Особое место среди них занимают высокотехнологичные способы лечения и диагностики заболеваний женской половой сферы, базирующиеся на трансвагинальных доступах к параметрию (А.Н. Стрижаков, Н.М. Подзолкова, 1996; А.Н. Стрижаков с соавт., 2000).

Вместе с тем, использование подобных доступов, при выполнении которых возможны ранения магистральных сосудов матки и мочевых органов, отстает от их топографо-анатомического обоснования.

Поэтому исследования, направленные на изучение проекционно-синтопических взаимоотношений влагалищного свода с анатомическими структурами параметрия, остаются актуальными и в настоящее время.

Исходя из этого, цель работы - разделение влагалищного свода на сегменты-ориентиры для исследования его проекционно-синтопических взаимоотношений с маточными артериями, венами маточно-вагинального сплетения, тазовым отделом мочеточников.

Материалом для исследования служили 28 нефиксированных органокомплексов, включающих мочевой пузырь, матку, прямую кишку, их брюшинный покров, клетчаточные пространства таза, а также верхнюю четверть влагалища.

Методы исследования.

1. Наливка маточных артерий, вен маточно-вагинального сплетения, тазового отдела мочеточников полимеризующимися при комнатной температуре акриловыми соединениями (карбопласт, протакрил).

2. Методика посегментного трансвагинального пунктирования расположенных в параметрии сосудов матки, налитых акриловыми соединениями, то есть измерения расстояния от слизистой влагалищного свода до налитых сосудов.

3. Метод препарирования расположенных в параметрии сосудов матки и тазового отдела мочеточников. Определялись их топографо-анатомические взаимоотношения между собой и влагалищным сводом.

В результате исследования мы пришли к выводу, что номенклатурное деление влагалищного свода на части (переднюю, боковые и заднюю) недостаточно отвечает потребностям малоинвазивных трансвагинальных доступов. Прежде всего, это касается относительной обширности свода

при изучении его проекционно-синтопических взаимоотношений со структурными элементами параметрия. Здесь требуются более ограниченные и четкие ориентиры для выполнения вмешательства. С этой целью влагалищный свод разделен на сегменты.

В основу такого деления заложен принцип обозначений часового циферблата. Циркулярное поле влагалищного свода шириной около 5 мм, внутренней границей которого является влагалищная часть шейки матки (шеечный край), по наружному краю (влагалищному) разделяется на 12 часов. Соединением точек 1,5,9; 2,6,10; 3,7,11; 4,8,12 свод делится на 24 сегмента треугольной формы. У одних сегментов основание направлено к шейке матки, а вершина - в сторону влагалищного свода (на рис.1 обозначены черным цветом). У других сегментов вершины треугольников направлены в сторону шейки матки, а основание - в сторону влагалищного свода (на рис.1 обозначены белым цветом).

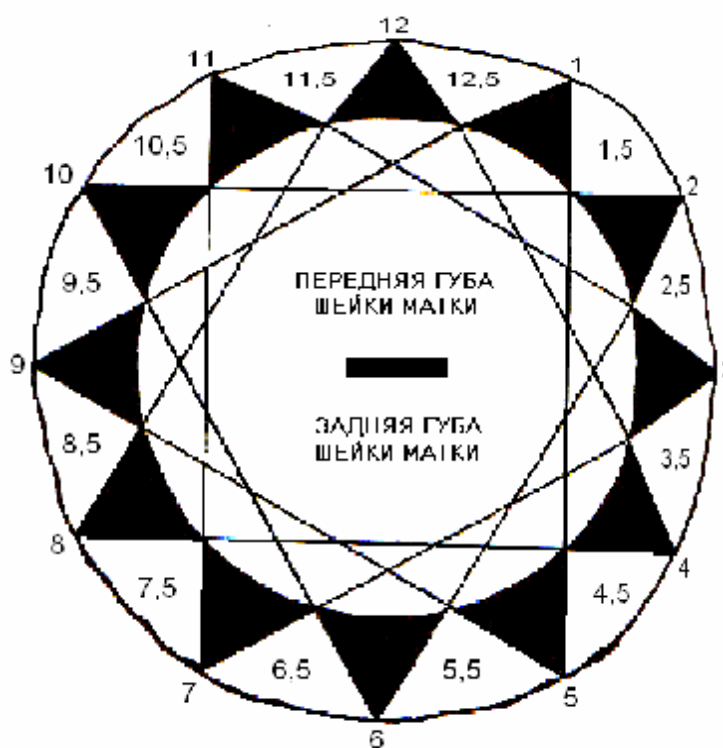


Рис. 1 Сегменты влагалищного свода

Вены маточно-влагалищного венозного сплетения и маточная артерия часто образуют конгломерат, который проецируется на 2-4,5 сегменты слева и 7,5-10 сегменты справа. Сюда же проецируются и конечные отрезки мочеточников. Наименьшее расстояние от стенки влагалищного свода до вен маточно-влагалищного сплетения в среднем составило $6,1 \pm 0,35$ мм; до маточной артерии - $20,18 \pm 1,02$ мм; до мочеточников - $13,13 \pm 0,60$ мм.

Вследствие этого, при выполнении малоинвазивных вмешательств, основанных на трансвлагалищных доступах в области боковых сводов, при

глубине вкола более 6,1 мм высока вероятность повреждения вен маточно-влагалищного сплетения и маточной артерии.

При проколе свода в области 2; 2,5 и 9,5; 10 сегментов высока вероятность повреждения проецирующихся на них мочеточников.

Таким образом, предложенное деление влагалищного свода на сегменты дает более точные и ограниченные ориентиры при проекции на него анатомических образований, расположенных в параметрии и выполнении трансвагинальных малоинвазивных доступов к параметрию.

Литература:

1. Стрижаков А.Н., Подзолкова Н.М. Гнойные воспалительные заболевания придатков матки.-М.: Медицина, 1996.-256с.

2. Стрижаков А.Н., Игнатко И.В., Каспарова А.Э. Клинические лекции по акушерству.-М.: Медицина, 2000.-379с.