



ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА
ПО ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ

(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ПАТЕНТУ

(52) СПК
A61B 17/00 (2022.05)

(21)(22) Заявка: 2022104713, 22.02.2022

(24) Дата начала отсчета срока действия патента:
22.02.2022

Дата регистрации:
25.10.2022

Приоритет(ы):

(22) Дата подачи заявки: 22.02.2022

(45) Опубликовано: 25.10.2022 Бюл. № 30

Адрес для переписки:

308015, Белгородская обл., г. Белгород, ул.
Победы, 85, НИУ "БелГУ", ОИС, Токтаревой
Т.М.

(72) Автор(ы):

Кривчикова Арина Петровна (RU),
Олейник Наталья Витальевна (RU),
Ярош Андрей Леонидович (RU),
Братищева Наталья Николаевна (RU)

(73) Патентообладатель(и):

федеральное государственное автономное
образовательное учреждение высшего
образования "Белгородский государственный
национальный исследовательский
университет" (НИУ "БелГУ") (RU)

(56) Список документов, цитированных в отчете
о поиске: RU 2570764 C1, 10.12.2015. RU
2269317 C1, 10.02.2006. RU 2293532 C1,
20.02.2007. ОЛЕЙНИК Н.В. и др. Роль
апикальной поддержки в хирургическом
лечении ректоцеле. Современные проблемы
науки и образования. 2018, N 2, с.3. ХИРШ
Х.А. и др. Оперативная гинекология: Атлас:
М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. С. 255-257.
DAVID E. BECK et al., Rectocele. Clin (см.
прод.)

(54) Способ коррекции ректоцеле

(57) Реферат:

Изобретение относится к медицине, а именно к хирургии. Способ коррекции ректоцеле, включающий иссечение слизистой оболочки задней стенки влагалища, начиная от кожи промежности до середины верхней трети влагалища. После чего края слизистой отсепааровывают в стороны, выделяют передние порции мышц, поднимающих задний проход, в поперечном направлении сборивающими швами с шагом 0,6-0,8 см. Гофрируют переднюю стенку прямой кишки и ушивают мышцы-леваторы, поднимающие задний проход. Затем ушивают слизистую оболочку влагалища. При этом сшивание мышц-леваторов производят одновременно с наложением сборивающих швов,

для чего, после того как выполнили гофрирование передней стенки прямой кишки без захвата слизистой оболочки прямой кишки на уровне верхней и средней трети влагалища, на уровне нижней трети влагалища захватывают край мышцы-леватора с одной стороны. Затем этой же нитью накладывают сборивающие стежки на ректовагинальную фасцию, далее захватывают край мышцы-леватора с противоположной стороны, края стягивают и завязывают узлы, кончики нитей отсекают, далее также накладывают следующие швы. Способ позволяет сохранить нормальную анатомическую форму влагалища и профилактировать диспареунии. 1 ил., 1 пр.

(56) (продолжение):

Colon Rectal Surg. 2010, N 23(2), P. 90-98. RAQUEL FERREIRA NOGUEIRA et al., Repair of the middle and posterior compartments of the pelvic floor via perineal and vaginal routes without the use of mesh - technique description and case series. Journal of Coloproctology. 2020, N 40(04), P. 345-351.

R U 2 7 8 2 3 0 2 C 1

R U 2 7 8 2 3 0 2 C 1



FEDERAL SERVICE
FOR INTELLECTUAL PROPERTY

(12) **ABSTRACT OF INVENTION**

(52) CPC
A61B 17/00 (2022.05)

(21)(22) Application: **2022104713, 22.02.2022**

(24) Effective date for property rights:
22.02.2022

Registration date:
25.10.2022

Priority:

(22) Date of filing: **22.02.2022**

(45) Date of publication: **25.10.2022** Bull. № 30

Mail address:

308015, Belgorodskaya obl., g. Belgorod, ul. Pobedy, 85, NIU "BelGU", OIS, Toktarevoj T.M.

(72) Inventor(s):

**Krivchikova Arina Petrovna (RU),
Olejnik Natalya Vitalevna (RU),
Yarosh Andrej Leonidovich (RU),
Bratishcheva Natalya Nikolaevna (RU)**

(73) Proprietor(s):

federalnoe gosudarstvennoe avtonomnoe obrazovatelnoe uchrezhdenie vysshego obrazovaniya "Belgorodskij gosudarstvennyj natsionalnyj issledovatel'skij universitet" (NIU "BelGU") (RU)

(54) **RECTOCELE CORRECTION METHOD**

(57) Abstract:

FIELD: medicine.

SUBSTANCE: invention relates to medicine, namely to surgery. A method for correcting a rectocele, including excision of the mucous membrane of the posterior wall of the vagina, starting from the skin of the perineum to the middle of the upper third of the vagina. After that, the edges of the mucosa are separated to the sides, the anterior portions of the muscles that lift the anus are isolated in the transverse direction with gathering sutures in increments of 0.6-0.8 cm. The anterior wall of the rectum is corrugated and the levator muscles that lift the anus are sutured. Then the vaginal mucosa is sutured. In this case, the levator muscles are sutured simultaneously with the application of gathering

sutures, for which, after the anterior wall of the rectum is corrugated without capturing the rectal mucosa at the level of the upper and middle thirds of the vagina, the edge of the levator muscle is captured at the level of the lower third of the vagina with one side. Then, with the same thread, gathering stitches are applied to the rectovaginal fascia, then the edge of the levator muscle is captured from the opposite side, the edges are pulled together and tied in knots, the ends of the threads are cut off, then the following sutures are also applied.

EFFECT: method allows to maintain the normal anatomical shape of the vagina and prevent dyspareunia.

1 cl, 1 dwg, 1 ex

RU 2 782 302 C1

RU 2 782 302 C1

Изобретение относится к медицине, а именно к хирургии колопроктологии, и может быть использовано для коррекции ректоцеле и профилактики диспареунии с сохранением нормальной анатомической формы влагалища.

5 Существует метод чрезвлагалищной задней кольпорафии и передней леваторопластики, предложенный в XIX веке для сужения влагалища. Он описан во многих руководствах с небольшими вариациями и в настоящее время используется для коррекции ректоцеле, «нижнего» и «среднего», и укрепления тазового дна после удаления матки (В.Ф. Куликовский, Н.В. Олейник Тазовый пролапс у женщин. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. С. 124-125). Метод заключается в том, что иссекают слизистую оболочку
10 задней стенки влагалища, начиная от кожи промежности до середины верхней трети влагалища, края слизистой отсепаровывают в стороны, выделяют передние порции мышц, поднимающих задний проход, в поперечном направлении собирающими швами гофрируют переднюю стенку прямой кишки (далее ректовагинальная фасция) без захвата слизистой оболочки, начиная с уровня нижней трети влагалища в дистальном
15 направлении вторым рядом швов ушивают мышцы, поднимающие задний проход (далее мышцы-леваторы), затем ушивают слизистую оболочку влагалища (Клинические рекомендации. Колопроктология. Под ред. Акад. РАН Ю.А. Шельгина, 2-е изд., испр. и доп. – Москва: ГЭОТАР – Медиа, 2020. С. 157-158.)

Сшивание мышц, поднимающих задний проход, способствует укреплению тазового
20 дна, однако может приводить к сужению влагалища, его деформации в виде «песочных часов» и диспареунии (Хирш Х.А., Кезер О., Икле Ф.А. Оперативная гинекология: Атлас: Пер. с англ. / Под ред. В.И. Кулакова, И.В. Федорова. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. С. 255-257), так как в норме медиальные края мышц, поднимающих задний проход, по средней линии не соприкасаются (Бабанин А.В. Магнитно-
25 резонансная томография в диагностике и оценке результатов хирургического лечения тазового пролапса у женщин. Дисс. канд. мед. наук, Воронеж, 2005, 164 с.), а выполнение только задней кольпорафии является недостаточным в связи со слабостью соединительной ткани, что может приводить к рецидиву заболевания (Олейник Н.В. Комплексное хирургическое лечение тазового пролапса у женщин. Дисс. Докт. Мед.
30 Наук. Воронеж, 2005, 282 с.).

Задача изобретения заключается в расширении арсенала способов коррекции ректоцеле хирургическим путем.

Техническим результатом изобретения является решение поставленной задачи путем предотвращения рецидива развития ректоцеле. Дополнительный технический результат
35 - сохранение нормальной анатомической формы влагалища и профилактика диспареунии.

Технический результат достигается тем, что в способе, включающем иссечение слизистой оболочки задней стенки влагалища, начиная от кожи промежности до середины верхней трети влагалища, после чего края слизистой отсепаровывают в
40 стороны, выделяют передние порции мышц, поднимающих задний проход, в поперечном направлении собирающими швами гофрируют переднюю стенку прямой кишки швами с шагом 0,6-0,8 см и ушивают мышцы, поднимающие задний проход, после чего ушивают слизистую оболочку влагалища, внесены следующие новые и неизвестные из уровня техники признаки:

45 сшивание мышц-леваторов производят одновременно с наложением собирающих швов, для чего после того, как выполнили гофрирование передней стенки прямой кишки на уровне верхней и средней трети влагалища, на уровне нижней трети влагалища захватывают край мышцы-леватора с одной стороны, затем этой же нитью накладывают

несколько сборивающих стежков на ректовагинальную фасцию, далее захватывают край мышцы-леватора с противоположной стороны, края стягивают и завязывают узлы, кончики нитей отсекают, далее также накладывают следующие швы.

Использование способа предотвращает чрезмерное сближение и натяжение мышц-леваторов.

В результате осуществления предложенного способа мышцы-леваторы сближаются по средней линии, но между ними создается соединительнотканная прослойка, что обеспечивает надежную поддержку органам малого таза для профилактики рецидива ректоцеле и одновременно препятствует чрезмерному натяжению мышц-леваторов и сужению входа во влагалище и способствует профилактике диспареунии.

Заявленное изобретение поясняется фигурой, где представлено схематичное изображение нанесения сборивающих швов на ректовагинальную фасцию с захватом мышц-леваторов.

Способ осуществляют следующим образом. Слизистую оболочку задней стенки влагалища иссекают в виде ромба, начиная от кожи промежности до середины верхней трети влагалища. Края слизистой отсепааровывают в стороны на протяжении 1-2 см, с боков доходя до ректальных дужек. Выделяют передние порции мышц-леваторов, поднимающих задний проход. Гемостаз осуществляют электрокоагуляцией сосудов по ходу операции. Переднюю стенку прямой кишки на уровне верхней и средней трети влагалища гофрируют в поперечном направлении без захвата слизистой оболочки прямой кишки 4-5 сборивающими швами с шагом в 0,6-0,8 см, начиная с верхней трети влагалища каудально. Начиная с уровня нижней трети влагалища в шов захватывают край мышцы-леватора 1 с одной стороны, затем этой же нитью накладывают сборивающие стежки на ректовагинальную фасцию 2, далее захватывают край мышцы-леватора 1 с противоположной стороны, края стягивают и завязывают узлы, кончики нитей отсекают. Следующие 3-4 шва осуществляют так же, с шагом 0,6-0,8 см. (фиг. 1). После чего ушивают дефект слизистой оболочки влагалища. В ходе оперативного вмешательства используют длительно рассасывающийся шовный материал.

Пример. Пациентка А., 47 лет, поступила в стационар 10.09.2018 с жалобами на чувство инородного тела в области влагалища, необходимость сильного натуживания при дефекации, необходимость ручного пособия при дефекации со стороны влагалища. Болеет в течение 15 лет после вторых родов, симптомы постепенно усугубляются. Пациентке проведено общеклиническое исследование, ректороманоскопия, УЗИ органов малого таза, проктография в покое и с натуживанием, профилометрия. Установлен диагноз: Переднее среднее ректоцеле III степени. 13.09.2018 выполнена операция: произведено иссечение слизистой оболочки влагалища в виде ромба, начиная от кожи промежности до середины его верхней трети. Края слизистой оболочки отсепаарованы в стороны на 1-1,5 см, с боков до ректальных дужек. Гемостаз электрокоагуляцией. Начиная с верхней трети влагалища в каудальном направлении переднюю стенку прямой кишки на уровне верхней и средней трети влагалища гофрируют в поперечном направлении без захвата слизистой оболочки прямой кишки накладывают 4 сборивающих шва с шагом 0,8 см. Начиная с уровня нижней трети влагалища в дистальном направлении наложено 4 шва, которые выполнены с захватом в шов края мышцы-леватора с одной стороны, затем этой же нитью выполнены сборивающие стежки на ректовагинальную фасцию с захватом края мышцы-леватора с противоположной стороны, края мышц стянуты, завязаны узлы, кончики нитей отсечены. Непрерывным обвивным швом ушит разрез слизистой влагалища. Шовный материал – полисорб 3-0, 4-0. При контрольном мануальном исследовании сужения влагалища не отмечено:

свободно пропускает 2 пальца хирурга. Послеоперационный период протекал без осложнений. Выписана на 5-е сутки после операции. Пациентка обследована через 6, 12, 24 и 36 месяцев после операции. Произведена проктография в покое и с натуживанием, УЗИ органов малого таза, профилометрия. Рецидива заболевания не отмечено. Эвакуаторная функция прямой кишки восстановлена. Диспареуния не отмечается. Жалоб пациентка не предъявляет и полностью удовлетворена результатами операции.

Таким образом, поставленная задача решена и технический результат по предотвращению развития ректоцеле, сохранения нормальной анатомической формы влагалища и профилактике диспареунии, достигнут.

(57) Формула изобретения

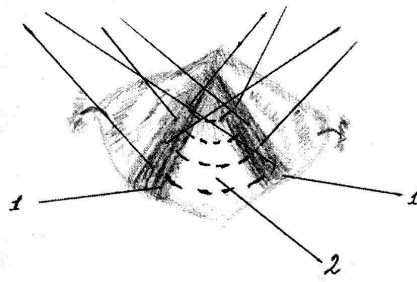
Способ коррекции ректоцеле, включающий иссечение слизистой оболочки задней стенки влагалища, начиная от кожи промежности до середины верхней трети влагалища, после чего края слизистой отсепааровывают в стороны, выделяют передние порции мышц, поднимающих задний проход, в поперечном направлении сборивающими швами с шагом 0,6-0,8 см гофрируют переднюю стенку прямой кишки и ушивают мышцы-леваторы, поднимающие задний проход, после чего ушивают слизистую оболочку влагалища, отличающийся тем, что сшивание мышц-леваторов производят одновременно с наложением сборивающих швов, для чего, после того как выполнили гофрирование передней стенки прямой кишки без захвата слизистой оболочки прямой кишки на уровне верхней и средней трети влагалища, на уровне нижней трети влагалища захватывают край мышцы-леватора с одной стороны, затем этой же нитью накладывают сборивающие стежки на ректовагинальную фасцию, далее захватывают край мышцы-леватора с противоположной стороны, края стягивают и завязывают узлы, кончики нитей отсекают, далее также накладывают следующие швы.

30

35

40

45



Фиг.1