



ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА
ПО ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ

(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ПАТЕНТУ

(52) СПК

A61B 17/00 (2021.02)

(21)(22) Заявка: 2021100571, 13.01.2021

(24) Дата начала отсчета срока действия патента:
13.01.2021

Дата регистрации:
22.07.2021

Приоритет(ы):

(22) Дата подачи заявки: 13.01.2021

(45) Опубликовано: 22.07.2021 Бюл. № 21

Адрес для переписки:

450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3,
БАШГОСМЕДУНИВЕРСИТЕТ, Патентный
отдел

(72) Автор(ы):

Аллаярова Виктория Флоритовна (RU),
Никитин Николай Ильич (RU)

(73) Патентообладатель(и):

федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего
образования "Башкирский государственный
медицинский университет" Министерства
здравоохранения Российской Федерации (RU)

(56) Список документов, цитированных в отчете
о поиске: RU 2196519 C1, 20.01.2003. RU
2378992 C1, 20.01.2010. RU 2469669 C1,
20.12.2012. ЧЕМИДРОНОВ С.Н. и др.
Анатомические особенности мышцы,
поднимающей задний проход у женщин с
тазовой дисфункцией. Вестник медицинского
института "РЕАВИЗ", 2017, N 6, с.59-63.
ФЕДОРОВ В.Д. и др. Клиническая
оперативная колопроктология. Руководство
для врачей. М.: ГНЦ (см. прод.)

(54) СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕКТОЦЕЛЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛОБКОВО-ПРЯМОКИШЕЧНОЙ МЫШЦЫ

(57) Реферат:

Изобретение относится к медицине, а именно к оперативной гинекологии. Проводят заднюю кольпоперинеолеваторопластику. Дополнительно проводят выделение лобково-прямокишечной мышцы, сближают лобково-прямокишечную мышцу и ретрагировавшую периректальную фасцию 3-5 рассасывающими швами, захватывая ткани в швы как можно дальше в латеральном

направлении, и погружая прямую кишку пальцем до образования тканевой пластинки длиной 4 см над передней стенкой прямой кишки. Способ позволяет проводить коррекцию ректоцеле без применения сетчатого имплантата, предотвращает поздние послеоперационные осложнения в виде рецидива выпадения прямой кишки. 2 пр., 4 ил.

(56) (продолжение):

проктологии, 1994, с. 365-366. ATEŞ KARATEKE et al. Approach to concomitant rectal and uterine prolapse: case report. J Turk Ger Gynecol Assoc. 2012, N13(1). P. 70-73. EUNG JIN SHIN et al. Surgical Treatment of Rectal Prolapse. J Korean Soc Coloproctology. 2011, N 27(1), P.5-12.



FEDERAL SERVICE
FOR INTELLECTUAL PROPERTY

(12) **ABSTRACT OF INVENTION**

(52) CPC
A61B 17/00 (2021.02)

(21)(22) Application: **2021100571, 13.01.2021**

(24) Effective date for property rights:
13.01.2021

Registration date:
22.07.2021

Priority:

(22) Date of filing: **13.01.2021**

(45) Date of publication: **22.07.2021** Bull. № 21

Mail address:

**450008, g. Ufa, ul. Lenina, 3,
BASHGOSMEDUNIVERSITET, Patentnyj otdel**

(72) Inventor(s):

**Allayarova Viktoriya Floritovna (RU),
Nikitin Nikolaj Ilich (RU)**

(73) Proprietor(s):

**federalnoe gosudarstvennoe byudzhetnoe
obrazovatelnoe uchrezhdenie vysshego
obrazovaniya "Bashkirkij gosudarstvennyj
meditsinskij universitet" Ministerstva
zdravookhraneniya Rossijskoj Federatsii (RU)**

(54) **DEVICE FOR DRINKING WATER AND WASTEWATER TREATMENT**

(57) Abstract:

FIELD: medicine, gynecology.

SUBSTANCE: invention relates to medicine, namely to operative gynecology. Posterior colpoperineolevatoroplasty is performed. Additionally, the pubic-rectal muscle is isolated, the pubic-rectal muscle and the retraged perirectal fascia are brought together with 3-5 resorption sutures, capturing the tissues in the sutures as far as possible in the lateral

direction, and plunging the rectum with a finger until a 4 cm long tissue plate is formed above the anterior wall of the rectum.

EFFECT: method allows for the correction of the rectocele without the use of a mesh implant, prevents late postoperative complications in the form of a relapse of rectal prolapse.

1 cl, 4 dwg, 2 ex

RU 2 752 027 C1

RU 2 752 027 C1

Предлагаемое изобретение относится к медицине, а именно к оперативной гинекологии, и может быть использовано при выпадении внутренних половых органов.

Наиболее близким аналогом изобретения является способ хирургического лечения при несостоятельности мышц тазового дна, включающий ректоцеле-заднюю кольпоперинеолеваторопластику. Способ основан на следующих этапах: 1. На большие половые губы, слизистую влагалища и кожу над задней спайкой накладывают зубчатые зажимы, обозначая контуры выкраиваемого лоскута. 2. С помощью скальпеля производят три надреза, проходящие через все слои влагалища: от верхнего зажима к нижнему, и от нижнего зажима к боковым. 3. Поочередно отсепааровывают намеченные лоскуты влагалища и удаляют излишки ткани. 4. Края раны слизистой влагалища сшивают в продольном направлении узловым или непрерывным швом с захлестом по Ревердену. 5. Обнажают *mm. levatores ani*. 6. Попеременно накладывают швы на видимые участки левой и правой мышцы, поднимающей задний проход, не завязанные концы нитей захватывают зажимом и потягивают на себя. 7. Высвобождают не обнаженные участки *mm. levatores ani* и сшивают их попарно. 8. Подкожную ткань и кожу над мышцами, поднимающими задний проход, зашивают узловыми швами в продольном направлении [Влагалищная хирургия. Атлас. А.Н. Стрижаков, А.И. Давыдов 2008. С 139-144]. Прототип имеет ряд недостатков: не устраняется дефект фасции передней стенки прямой кишки, не полностью происходит мобилизация прямой кишки, т.е. остается за мышцами, поднимающий задний проход, в ряде случаев в послеоперационном периоде происходит рецидив выпадения прямой кишки и формирование вновь ректоцеле. Это требует поиска новых реконструктивно-пластических операций для коррекции данной патологии с целью улучшения качества жизни.

Задачей изобретения является разработка способа хирургического лечения ректоцеле, улучшающего функциональный результат лечения.

Технический результат - предотвращение в послеоперационном периоде рецидива выпадения прямой кишки и получение стойкого терапевтического эффекта с целью улучшения качества жизни.

Изобретение иллюстрируется следующими фигурами: на фиг. 1 изображена схема препарирования фрагментов слизистой по задней стенке влагалища в виде треугольной формы вершиной к заднему своду; на фиг. 2 - выделение слизистой влагалища и аппликация лобково-прямокишечной мышцей; на фиг. 3 - швы для сближения леваторов и их ушивание; на фиг. 4 - ушивание слизистой задней стенки влагалища.

Предлагаемый способ хирургического лечения ректоцеле осуществляется следующим образом. Выполняют основные этапы задней кольпоперинеолеваторопластики: на большие половые губы, слизистую влагалища и кожу над задней спайкой накладывают зубчатые зажимы, обозначая контуры выкраиваемого лоскута, с помощью скальпеля производят три надреза, проходящие через все слои влагалища: от верхнего зажима к нижнему и от нижнего зажима к боковым (фиг. 1). Поочередно отсепааровывают намеченные лоскуты влагалища и удаляют излишки ткани. Края раны слизистой влагалища сшивают в продольном направлении узловым или непрерывным швом с захлестом по Ревердену. Обнажают *mm. levatores ani*. Прямую кишку выделяют от задней стенки влагалища и максимально смещают к заднему своду. Обнажают и визуализируют ректальные дужки лобково-прямокишечной мышцы (*m. Puborectalis*). Сближают лобково-прямокишечную мышцу и ретрагировавшую периректальную фасцию 3-5 рассасывающими швами, захватывая ткани в швы как можно дальше в латеральном направлении и погружая прямую кишку пальцем до образования крепкой

тканевой пластинки длиной 4 сантиметра над передней стенкой прямой кишки (фиг. 2). Попеременно накладывают швы на видимые участки левой и правой мышц, поднимающих задний проход, не завязанные концы нитей захватывают зажимом и потягивают на себя. Высвобождают не обнаженные участки mm. levatores ani и сшивают их попарно (фиг. 3). Подкожную ткань и кожу над мышцами, поднимающими задний проход, зашивают узловыми швами в продольном направлении. Рану ушивают непрерывным викрилом (фиг. 4).

Использование предлагаемого способа позволяет проводить коррекцию ректоцеле без применения сетчатого имплантата, обеспечивает значительную экономию средств, этапы данного метода технически не сложны, продолжительность операции составляет в среднем 20-25 минут.

Предлагаемым способом прооперированы 10 больных с недержанием мочи в сочетании с элонгацией и опущением шейки матки.

Сущность изобретения поясняется следующими клиническими примерами.

Пример 1. Больная В.А.П. 42 лет. Диагноз: Ректоцеле N 81.6 Местный статус: Наружные половые органы развиты правильно, по женскому типу. При натуживании половая щель зияет, задняя стенка влагалища с прямой кишкой свисает на 4 см от вульварного кольца. P.V. влагалище емкое, матка не увеличена, плотная, безболезненная, подвижная, по центру таза. Область придатков без патологических образований, выделения слизистые.

Операция выполнена под спинальной анестезией следующим образом: на большие половые губы, слизистую влагалища и кожу над задней спайкой накладывали зубчатые зажимы, обозначая контуры выкраиваемого лоскута. С помощью скальпеля производили три надреза, проходящие через все слои влагалища: от верхнего зажима к нижнему, и от нижнего зажима к боковым. Поочередно проводилась диссекция слизистой влагалища и удаляли излишки ткани. Прямая кишка выделялась от задней стенки влагалища и максимально смещалась к заднему своду. Обнажались mm. levatores ani и визуализировались ректальные дужки, которые представлены m. Puborectalis. Захватывались ткани в швы как можно дальше в латеральном направлении, сближая лобково-прямокишечную мышцу и ретрагировавшую периректальную фасцию 3 рассасывающими швами, погружалась прямая кишка пальцем, формируя крепкую тканевую пластинку длиной 4 сантиметра над передней стенкой прямой кишки. Высвобождались дополнительно не обнаженные участки mm. levatores ani. Попеременно накладывались швы на видимые участки левой и правой мышц, поднимающих задний проход. Края раны слизистой влагалища сшивались непрерывным швом по Ревердену. Подкожную ткань и кожу над мышцами, поднимающими задний проход, зашивали узловыми швами в продольном направлении. Рану ушивали непрерывным викрилом.

В послеоперационном периоде: на первые сутки температура 37,2°C, болевая реакция в виде тянущих болей в промежности, стул самостоятельно на 3 сутки после операции, заживление раны первичным натяжением.

Через месяц контрольный осмотр больного. Состояние удовлетворительное. Жалоб нет. При натуживании половая щель не зияет, влагалище проходимо для 2-х поперечных пальцев, по задней стенке влагалища пальпируется плотный безболезненный послеоперационный шов в виде валика. Над 2/3 поверхности передней стенки прямой кишки определяется тугоэластическая площадка.

Пример 2. Больная Ш.З.Х. 44 лет. Диагноз: Ректоцеле. N81.6 Соп: Старый разрыв промежности.

Местный статус: Наружные половые органы развиты правильно, по женскому типу.

При натуживании половая щель зияет, задняя стенка влагалища с прямой кишкой свисает на 4 см от Бульварного кольца, в области задней спайки визуализируется звездчатый рубец 3 на 4 см.

P.V. влагалище емкое, матка не увеличена, плотная, безболезненная, подвижная, по центру таза. Область придатков без патологических образований, выделения слизистые.

Операция выполнена под спинальной анестезией следующим образом: на большие половые губы, слизистую влагалища и кожу над задней спайкой накладывали зубчатые зажимы, обозначая контуры выкраиваемого лоскута. С помощью скальпеля производили три надреза, проходящие через все слои влагалища: от верхнего зажима к нижнему и от нижнего зажима к боковым. Поочередно проводилась диссекция слизистой влагалища и удаляли излишки ткани. Прямая кишка выделялась от задней стенки влагалища и максимально смещалась к заднему своду. Обнажались *mm. levatoris ani* и визуализировались ректальные дужки, которые представлены *m. Puborectalis*.

Захватывались ткани в швы как можно дальше в латеральном направлении, сближая лобково-прямокишечную мышцу и ретрагировавшую периректальную фасцию 5 рассасывающими швами, погружалась прямая кишка пальцем, формируя крепкую тканевую пластинку длиной 4 сантиметра над передней стенкой прямой кишки.

Высвобождались дополнительно не обнаженные участки *mm. levatores ani*. Попеременно накладывались швы на видимые участки левой и правой мышцы, поднимающей задний проход. Края раны слизистой влагалища сшивались непрерывным швом по Ревердену. Подкожную ткань и кожу над мышцами, поднимающими задний проход, зашивали узловыми швами в продольном направлении. Рану ушивали непрерывным викрилом.

В послеоперационном периоде: на первые сутки температура 37,2°C, болевая реакция в виде тянущих болей в промежности, стул самостоятельно на 3 сутки после операции, заживление раны первичным натяжением.

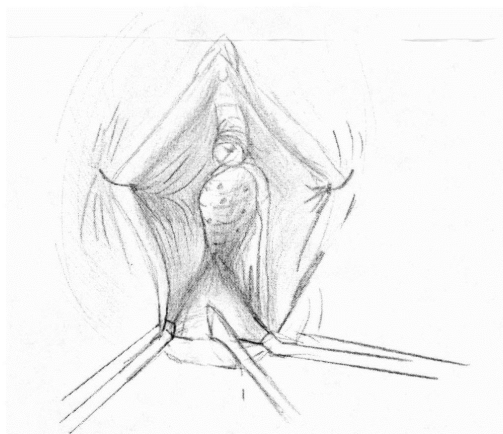
Через месяц контрольный осмотр больного.

Состояние удовлетворительное. Жалоб нет. При натуживании половая щель не зияет, влагалище проходимо для 2-х поперечных пальцев, по задней стенке влагалища пальпируется плотный безболезненный послеоперационный шов в виде валика. Над 2/3 поверхности передней стенки прямой кишки определяется тугоэластическая площадка.

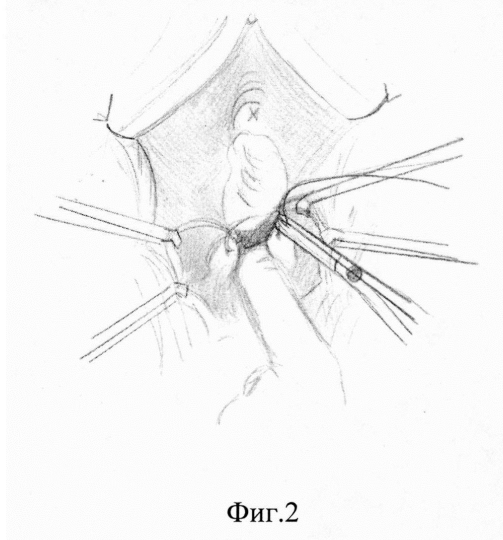
(57) Формула изобретения

Способ хирургического лечения ректоцеле при выпадении внутренних половых органов, включающий заднюю кольпоперинеолеваторопластику, отличающийся тем, что дополнительно проводят выделение лобково-прямокишечной мышцы, сближают лобково-прямокишечную мышцу и ретрагировавшую периректальную фасцию 3-5 рассасывающими швами, захватывая ткани в швы как можно дальше в латеральном направлении и погружая прямую кишку пальцем до образования тканевой пластинки длиной 4 см над передней стенкой прямой кишки.

1

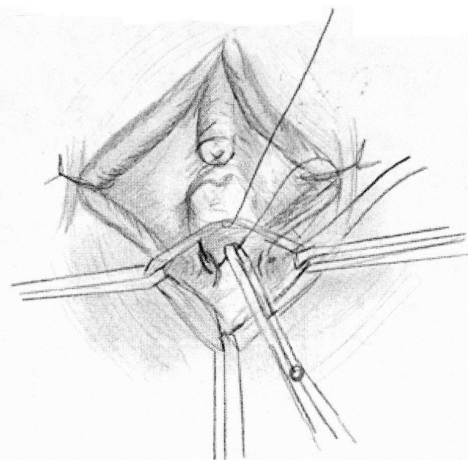


Фиг.1

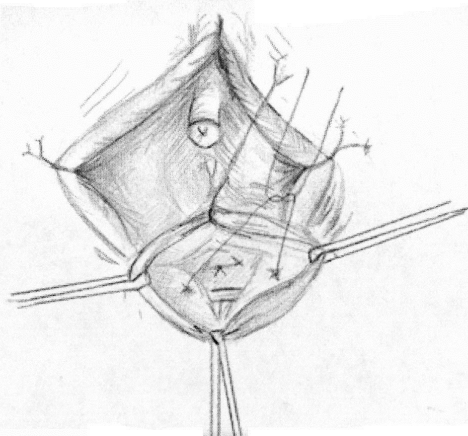


Фиг.2

2



Фиг.3



Фиг.4