



(19) **RU**<sup>(11)</sup> **2 187 251**<sup>(13)</sup> **C1**  
(51) МПК<sup>7</sup> **A 61 B 17/00**

РОССИЙСКОЕ АГЕНТСТВО  
ПО ПАТЕНТАМ И ТОВАРНЫМ ЗНАКАМ

(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ПАТЕНТУ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

(21), (22) Заявка: 2000129770/14, 29.11.2000  
(24) Дата начала действия патента: 29.11.2000  
(46) Дата публикации: 20.08.2002  
(56) Ссылки: АМИНЕВ А.М. Руководство по проктологии. - М., 1972, с. 27. ГЕНРИ М.М. Колопроктология и тазовое дно. - М., 1984, с. 280  
(98) Адрес для переписки:  
123154, Москва, ул. Саляма Адиля, 2, ГНЦ колопроктологии

(71) Заявитель:  
Государственный научный центр колопроктологии  
(72) Изобретатель: Шельгин Ю.А., Титов А.Ю., Мудров А.А.  
(73) Патентообладатель:  
Государственный научный центр колопроктологии

(54) СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕКТОЦЕЛЕ

(57) Реферат:  
Изобретение относится к медицине, хирургии, может быть использовано при лечении ректоцеле. Выполняют полулунный разрез на границе предверия влагалища и промежности. Мобилизуют переднюю стенку прямой кишки и переднюю порцию леваторов. Накладывают гофрирующие швы на переднюю стенку прямой кишки. Сшивают

переднюю порцию леваторов с подтягиванием стенки кишки в краниальном направлении. Трансанально мобилизуют избыток слизистой прямой кишки по передней полуокружности с низведением ее в анальный канал. Отсекают избыток слизистой. Подшивают края к зубчатой линии анального канала. Способ позволяет нормализовать эвакуаторную функцию прямой кишки.

RU 2 1 8 7 2 5 1 C 1

RU 2 1 8 7 2 5 1 C 1



(19) **RU** <sup>(11)</sup> **2 187 251** <sup>(13)</sup> **C1**  
(51) Int. Cl.<sup>7</sup> **A 61 B 17/00**

RUSSIAN AGENCY  
FOR PATENTS AND TRADEMARKS

(12) **ABSTRACT OF INVENTION**

(21), (22) Application: 2000129770/14, 29.11.2000

(24) Effective date for property rights: 29.11.2000

(46) Date of publication: 20.08.2002

(98) Mail address:  
123154, Moskva, ul. Saljama Adilja, 2, GNTs  
koloproktologii

(71) Applicant:  
Gosudarstvennyj nauchnyj tsentr koloproktologii

(72) Inventor: Shelygin Ju.A.,  
Titov A.Ju., Mudrov A.A.

(73) Proprietor:  
Gosudarstvennyj nauchnyj tsentr koloproktologii

(54) **METHOD FOR SURGICAL TREATMENT OF RECTOCELE**

(57) Abstract:

FIELD: medicine, surgery. SUBSTANCE: a half-moon incision is made on the border of vestibule of vagina and perineum. Anterior rectal wall and anterior portion of levators are mobilized. Crimping sutures are performed upon anterior rectal wall. Anterior portion of levators is sutured by tightening up rectal wall in cranial

direction. The excess of rectal mucosa is transanally mobilized along anterior half circle by descending it into anal canal. Excessive mucosa is resected. Mucous edges are sutured up to superior edge of anal canal. The method enables to normalize evacuatory rectal function. EFFECT: higher efficiency of therapy. 1 ex

RU 2 187 251 C 1

RU 2 187 251 C 1

Изобретение относится к медицине, а именно к колоректальной хирургии, и может быть использовано для лечения ректоцеле.

Известны следующие способы лечения ректоцеле.

1. Пластика мышц тазового дна трансвагинальным доступом. Данный способ позволяет хорошо выделить передние порции леваторов, оставляет интактной кишечную стенку.

Недостатком его является то, что при использовании этого метода формируется избыток слизистой оболочки передней стенки прямой кишки, что мешает адекватному ее опорожнению в послеоперационном периоде. Кроме того, около трети пациенток, оперированных трансвагинальным доступом, в послеоперационном периоде отмечают выраженный болевой синдром, обусловленный рубцовыми изменениями во влагалище.

2. Промежностный доступ позволяет адекватно выполнить пластику мышц тазового дна, снизить частоту послеоперационных осложнений и сохранить интактными слизистые оболочки прямой кишки и влагалища, что значительно снижает болевой синдром в послеоперационном периоде.

Недостатком этого способа является формирование грубого рубца промежности и избытка слизистой прямой кишки, который затрудняет опорожнение прямой кишки.

3. Пластика мышц тазового дна трансанальным доступом позволяет выполнить леваторопластику с резекцией части стенки прямой кишки.

Недостатками этого метода является наличие продольной линии швов в нижнеампулярном отделе прямой кишки, что значительно повышает риск развития послеоперационных осложнений (нагноение послеоперационной раны, образование ректовагинальных свищей, расхождение послеоперационных швов).

Прототипом предложенного способа лечения ректоцеле является пластика мышц тазового дна перинеальным доступом.

Цель изобретения - улучшить результаты хирургического лечения ректоцеле путем снижения риска развития ранних и поздних послеоперационных осложнений и нормализации эвакуаторной функции прямой кишки.

Техника операции. После гидропрепаровки ректовагинальной перегородки производится полулунный разрез на границе преддверья влагалища и промежности. Затем производится мобилизация передней стенки прямой кишки, передней порции леваторов. На переднюю стенку прямой кишки накладываются отдельные гофрирующие швы, а затем отдельными швами (полисорб 03) производится ушивание передней порции леваторов с подтягиванием стенки кишки в краниальном направлении. Промежностная рана восстанавливается. После этого трансанальным производится мобилизация избытка слизистой прямой кишки по передней полуокружности и низведение ее в анальный канал. Избыток слизистой отсекается, и ее край подшивается отдельными швами к верхнему краю анального канала. С помощью этого приема ликвидируется избыток слизистой, образовавшийся после наложения

гофрирующих швов на переднюю стенку кишки.

Клинический пример.

Больная Никитина О. В., 41 лет, поступила с жалобами на необходимость применения ручного пособия во время дефекации, чувство неполного опорожнения прямой кишки.

При наружном осмотре перианальной области анус сомкнут, перианальный рефлекс живой. При натуживании отмечается пролабирование нижней трети задней стенки влагалища за пределы больших половых губ. При пальцевом исследовании прямой кишки тонус сфинктера и волевые усилия удовлетворительные, при бидигитальном исследовании ректовагинальная перегородка истончена, отмечается расхождение передних порций леваторов. По передней стенке прямой кишки отмечается пролабирование последней в виде слепого мешка во влагалище в его нижней трети с выходом за пределы больших половых губ.

Больной был установлен диагноз - ректоцеле 3 степени.

11.09.2000 г. больной было выполнено оперативное вмешательство предложенным методом. Послеоперационный период протекал без осложнений. Отсутствовал болевой синдром. Промежностная рана зажила первичным натяжением. При стуле пациентка не отмечала вышеуказанных жалоб. На 7 день была выписана.

Предлагаемый способ по сравнению с известными методами хирургического лечения ректоцеле дает возможность:

- снизить болевой синдром;
- сократить послеоперационный койко-день;
- снизить частоту послеоперационных осложнений;

улучшить функциональные результаты.

Источники информации

1. Аминев А.М. Руководство по проктологии. М, 1972.

2. Клиническая оперативная колопроктология (под редакцией Федорова В.Д., Воробьева Г.И.), М. 1994.

3. Колопроктология и тазовое дно (под редакцией М.М.Генри, М.Своша).

4. Medscape Womens Health 1998 Jul; 3(4):4. Pelvic prolapse: diagnosing and treating cystoceles, rectoceles, and enteroceles. Cespedes RD, Cross CA, McGuire EJ.

5. Surgical management of anorectal and colonic diseases. Marc-Claude Marti, Jean-Claude Givel. 1998.

#### Формула изобретения:

Способ хирургического лечения ректоцеле, включающий выполнение полулунного разреза на границе преддверья влагалища и промежности, мобилизацию передней стенки прямой кишки и передней порции леваторов, наложение гофрирующих швов на переднюю стенку прямой кишки, смешивание передней порции леваторов с подтягиванием стенки кишки в краниальном направлении, трансанальную мобилизацию избытка слизистой прямой кишки по передней полуокружности с низведением ее в анальный канал, отсечение избытка слизистой и подшивание ее края отдельными швами к верхнему краю анального канала.