

**ОПИСАНИЕ
ИЗОБРЕТЕНИЯ
К ПАТЕНТУ**

(12)

РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ



НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ
СОБСТВЕННОСТИ

(19) **ВУ** (11) **20170**

(13) **С1**

(46) **2016.06.30**

(51) МПК

A 61B 17/42 (2006.01)

(54)

**СПОСОБ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПЛАСТИКИ
РЕКТОВАГИНАЛЬНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ**

(21) Номер заявки: а 20120990

(22) 2012.06.30

(43) 2014.02.28

(71) Заявитель: Жандаров Константин Николаевич; Батаев Сергей Анатольевич (ВУ)

(72) Авторы: Жандаров Константин Николаевич; Батаев Сергей Анатольевич (ВУ)

(73) Патентообладатель: Жандаров Константин Николаевич; Батаев Сергей Анатольевич (ВУ)

(56) КУЛИКОВСКИЙ В.Ф. и др. Тазовый пролапс у женщин. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - С. 120-130.

МУСАЕВ Х.Н. Хирургия. - 2009. - № 8. - С. 38-40.

RU 2277875 С2, 2006.

RU 2269310 С1, 2006.

КУЛИКОВСКИЙ В.Ф. и др. Международный медицинский журнал. - 2007. - № 1. - С. 80-82.

(57)

Способ лапароскопической пластики ректовагинальной перегородки, заключающийся в том, что рассекают брюшину, отделяют влагалище от прямой кишки до мышц, поднимающих задний проход, между задней стенкой влагалища и передней поверхностью прямой кишки помещают 2 сосудистых протеза и фиксируют дистальные концы протезов сначала одновременно к передне-боковым стенкам прямой кишки и к задней поверхности влагалища в области леваторов, а затем одновременно к передне-боковым стенкам прямой кишки, к задней поверхности влагалища и к шейке матки в области брюшины, а проксимальные концы протезов фиксируют к надкостнице мыса крестца и 5-го крестцового



Фиг. 1

ВУ 20170 С1 2016.06.30

позвонка или протез, дистальный конец которого фиксирован к правой передне-боковой стенке прямой кишки, подшивают к надкостнице мыса крестца и 5-го крестцового позвонка, а протез, дистальный конец которого фиксирован к левой передне-боковой стенке прямой кишки, подшивают к надкостнице таза левее брыжейки прямой кишки.

Изобретение относится к области медицины, а именно к хирургии тазового дна, и может использоваться для укрепления ректовагинальной перегородки в комплексе лечения пролапса тазовых органов (выпадение матки, опущение/выпадение стенок влагалища, ректоцеле II-III).

Увеличение количества больных, страдающих пролапсом тазовых органов, особенно у многократно рожавших женщин, с течением родов, осложненных разрывами промежности различных степеней, после произведенных вспомогательных перинеотомий или эпиэпиотомий, после выполненной надвлагалищной ампутации матки, возрастные дегенеративные изменения в области ректовагинального пространства и изменения, происходящие в результате длительного тяжелого физического труда, обуславливающие снижение трудоспособности и социальной адаптации таких больных и отсутствие универсального метода хирургического лечения - все это только подчеркивает актуальность данной проблемы.

Известен способ передней сфинктеролеваторопластики, который выполняется как через промежностный доступ, так и в сочетании с задней кольпоррафией [1].

Недостатками являются: частота рецидивов более 30 % и нарушение функционирования прямой кишки.

Известен способ реконструкции заднего отдела ивового дна системой Prolift posterior, который включает установку специально полипропиленового имплантата с помощью определенного набора инструментов с фиксацией его к крестцово-остистым связкам [2].

Недостатком является дороговизна и относительно большое количество осложнений.

Известен способ пластики ректоцеле по методу Lyons и Winer, при котором лапароскопически вскрывают брюшину над влагалищем, которое отделяют от прямой кишки до передней порции мышц, поднимающих задний проход, куда потом подшивают полоску из синтетической сетки, захватывая как можно больше его площади. Другой конец полоски крепят к надкостнице крестца. Восстанавливают тазовую брюшину [3].

Недостаток заключается в жесткости сетчатого экспланта, из-за чего периодически возникает чувство дискомфорта и нарушение эвакуаторной функции прямой кишки.

Задача изобретения - обеспечить более надежную фиксацию тазовых органов, уменьшить вероятность рецидива и снизить процент послеоперационных осложнений.

Задача решается путем рассечения брюшины, отделения влагалища от прямой кишки до мышц, поднимающих задний проход, после чего между задней стенкой влагалища и передней поверхностью прямой кишки помещают 2 сосудистых протеза и фиксируют дистальные концы протезов сначала одновременно к передне-боковым стенкам прямой кишки и к задней стенке влагалища в области леваторов, к задней поверхности влагалища и к шейке матки в области брюшины, а проксимальные концы протезов фиксируют к надкостнице мыса крестца и 5-го крестцового позвонка, либо протез, дистальный конец которого фиксирован к правой передне-боковой стенке прямой кишки, подшивают к надкостнице мыса крестца и 5-го крестцового позвонка, а протез, дистальный конец которого фиксирован к левой передне-боковой стенке прямой кишки, подшивают к надкостнице таза левее брыжейки прямой кишки.

Способ осуществляют следующим образом. С помощью иглы Veress или троакара над пупком накладывают пневмоперитонеум с CO₂, после чего вводят лапароскоп, под контролем которого вводят 2 троакара с манипуляторами по наружному краю прямых мышц

живота, на 3-4 см ниже горизонтальной линии на уровне пупка. После ревизии и верификации структур и органов малого таза производят рассечение брюшины в области влагалищно-прямокишечной складки с помощью ножниц с биполярной коагуляцией, тупо и остро отделяют влагалище от прямой кишки, практически до мышцы, поднимающей задний проход, используя для контроля ректоскоп, введенный в прямую кишку и ручное пособие со стороны влагалища, и после этого препарируют брюшину в области мыса крестца до надкостницы. В брюшную полость вводят 2 феморальные бранши, отрезанные от аорто-бифеморального сосудистого протеза, вырезанного особым образом (фиг. 1). Заводят их между задней стенкой влагалища и передней поверхностью прямой кишки и фиксируют дистальные его части к передне-боковым стенкам прямой кишки в области леваторов и одновременно к задней поверхности влагалища, укрепляя ректовагинальную перегородку и тем самым ликвидируя симптомы ректоцеле. Вторую точку фиксации осуществляют к передне-боковым стенкам прямой кишки и одновременно к задней поверхности влагалища и шейке матки в области брюшины рассеченной влагалищно-прямокишечной складки. Проксимальные части протезов либо прикрепляют к надкостнице мыса крестца и 5-го крестцового позвонка, либо протез, фиксированный к правой боковой стенке прямой кишки, подшивают к надкостнице мыса крестца и 5-го крестцового позвонка, а протез, фиксированный к левой боковой стенке прямой кишки, подшивают к надкостнице таза левее брыжейки прямой кишки (фиг. 1). Лишнюю часть протезов срезают, отдельными швами по возможности восстанавливают тазовую брюшину. Брюшную полость дренируют. Со стороны промежности тампонируют влагалище.

На фиг. 1 изображено, как при лапароскопии выглядят фиксированные бранши протезов и в каких точках они подшиваются.

На фиг. 2 изображено схематически расположение протезов в сагиттальной проекции.

Предложенным способом, на базе проктологического отделения УЗ "Гродненская областная клиническая больница", прооперировано 3 пациентки. В послеоперационном периоде осложнений не было. Больные были осмотрены через 3-6 месяцев, эпизодов повторного пролапса и ректоцеле не было. Субъективно результатами лечения больные довольны.

Приводим пример, доказывающий возможность осуществления способа.

Пример 1.

Больная Р., 44 года, поступила в проктологическое отделение с признаками ректоцеле III ст., опущение задней стенки влагалища, после комплексного обследования (выполнено УЗИ ректовагинальной зоны, латеральная проктография, тем самым объективно подтвердили диагноз), больная оперирована. С помощью иглы Veress наложен пневмоперитонеум с CO₂, после чего введен лапароскоп и 2 троакара с манипуляторами по наружному краю прямых мышц живота на 3-4 см ниже горизонтальной линии на уровне пупка. После ревизии и верификации структур и органов малого таза рассечена брюшина в области влагалищно-прямокишечной складки с помощью ножниц с биполярной коагуляцией, тупо и остро было выделено влагалище от прямой кишки, практически до мышцы, поднимающей задний проход, используя для контроля ректоскоп, введенный в прямую кишку, и ручное пособие со стороны влагалища, отпрепарована брюшина в области мыса крестца до надкостницы. В брюшную полость были введены 2 сосудистых протеза "Vascutek", заведены между задней стенкой влагалища и передней поверхностью прямой кишки и фиксированы дистальные его части к передне-боковым стенкам прямой кишки в области леваторов и одновременно к задней поверхности влагалища. Вторая точка фиксации осуществлена к передне-боковым стенкам прямой кишки и одновременно к задней поверхности влагалища и шейке матки в области брюшины рассеченной влагалищно-прямокишечной складки, тем самым ликвидированы симптомы ректоцеле. Проксимальную часть протеза, фиксированную к правой боковой стенке прямой кишки, подшили к надкостнице мыса крестца и 5-го крестцового позвонка, а протез, фиксированный к левой боковой стенке прямой киш-

ки, подшит к надкостнице таза левее брыжейки прямой кишки, лишняя часть протезов срезана, отдельными швами по возможности восстановлена тазовая брюшина. Дренаж в малый таз. Со стороны промежности тампонировано влагалище.

П/о период протекал гладко, в послеоперационном периоде больная получала антибиотики, анальгетики, спазмолитики, слабительные средства, физиопроцедуры. Швы сняты на 6-е сутки. На 7-е сутки после операции больная в удовлетворительном состоянии выписана домой.

Срок наблюдения - 6 месяцев. Результат - хороший. Рецидива пролапса не отмечено, неприятных ощущений и проблем при дефекации и половых актах нет.

Пример 2.

Больная К., 54 года, поступила в проктологическое отделение с признаками ректоцеле III ст., опущение задней стенки влагалища, после комплексного обследования (выполнено УЗИ ректовагинальной зоны, латеральная проктография, тем самым объективно подтвердили диагноз), больная оперирована. С помощью иглы Veress наложен пневмоперитонеум с CO₂, после чего введен лапароскоп и 2 троакара с манипуляторами по наружному краю прямых мышц живота на 3-4 см ниже горизонтальной линии на уровне пупка. После ревизии и верификации структур и органов малого таза рассечена брюшина в области влагалищно-прямокишечной складки с помощью ножниц с биполярной коагуляцией, тупо и остро было выделено влагалище от прямой кишки, практически до мышцы, поднимающей задний проход, используя для контроля ректоскоп, введенный в прямую кишку, и ручное пособие со стороны влагалища, отпрепарована брюшина в области мыса крестца до надкостницы. В брюшную полость были введены 2 сосудистых протеза "Vascutek", заведены между задней стенкой влагалища и передней поверхностью прямой кишки и фиксированы дистальные его части к передне-боковым стенкам прямой кишки в области леваторов и одновременно к задней поверхности влагалища. Вторая точка фиксации осуществлена к передне-боковым стенкам прямой кишки и одновременно к задней поверхности влагалища и шейке матки в области брюшины рассеченной влагалищно-прямокишечной складки, тем самым ликвидированы симптомы ректоцеле. Проксимальную часть протеза фиксировали к надкостнице мыса крестца и 5-го крестцового позвонка, лишняя часть протезов срезана, отдельными швами по возможности восстановлена тазовая брюшина. Дренаж в малый таз. Со стороны промежности тампонировано влагалище.

П/о период протекал гладко, в послеоперационном периоде больная получала антибиотики, анальгетики, спазмолитики, слабительные средства, физиопроцедуры. Дренаж удален на 2-е сутки. Швы сняты на 5-е сутки. На 6-е сутки после операции больная в удовлетворительном состоянии выписана домой.

Больная осмотрена через 8 месяцев. Результат - хороший. Рецидива пролапса не отмечено, неприятных ощущений и проблем при дефекации нет.

Таким образом, при использовании предлагаемого способа выявлены следующие преимущества: 1) не производится кольпорафия и рассечение фасции (апоневроза) Денонвилье; 2) кроме пластики ректовагинальной перегородки одновременно производится сочетанная вентрофиксация, осуществляющаяся за заднюю стенку влагалища, и фиксируется вместе с прямой кишкой к надкостнице крестца; 3) сокращается срок пребывания пациентов в клинике; 4) в отличие от сетчатых эксплантов сосудистый протез более эластичен, обладает так называемым запасом подвижности, что снижает частоту неприятных ощущений и нарушение функционирования органов малого таза в послеоперационном периоде.

Предлагаемый способ высокоэффективен, более физиологичен и с успехом может использоваться в любом стационаре практического здравоохранения для лечения сочетанного ректоцеле и выпадения матки и влагалища.

Источники информации:

1. Радзинский В.Е. Перинеология. - М.: РУДН, 2010. - С. 162.
2. Радзинский В.Е. Перинеология. - М.: РУДН, 2010. - С. 177.
3. Куликовский В.Ф., Олейник Н.В. Тазовый пролапс у женщин. - М.: ГОЭТАР-Медиа, 2008. - С. 182.



Фиг. 2