

выдающуюся роль в развитии науки о женщине в России, получившей мировую известность. Свидетельством всемирного признания заслуг Д.О. Отта является то, что он был избран почётным членом не только отечественных обществ (Петербургского, Московского, Казанского, Саратовского, Вологодского), но и зарубежных – Берлинского, Лейпцигского, Будапештского, Пражского, Сербского, Итальянского и др. обществ акушеров-гинекологов, в том числе и Американской ассоциации гинекологов. Научная оттовская школа стала лучшим воплощением его таланта и творческого потенциала, как разностороннего учёного, объединившего в своём лице блестящего теоретика медицины и вдумчивого клинициста. Оттовская школа возникла наиболее естественным и плодотворным путём вокруг действительно выдающейся личности-лидера, благодаря необыкновенной способности и умению Д.О. Отта подбирать и воспитывать талантливых учеников и сотрудников, его беспредельному влиянию на умы, мировоззрению и деятельности нескольких поколений учёных и практиков акушерства и гинекологии. Его соратниками были В.В. Строганов, Л.И. Бубличенко, В.В. Преображенский, Р.Г. Лурье, В.А. Полубинский, Р.В. Кипарский, А.Э. Мандельштам и др. Можно утверждать, что «Д.О. Отт и его ученики произвели, по существу широкую ревизию старых взглядов и установок и проложили новые пути во

всех основных разделах акушерства и гинекологии» (Л.И. Бубличенко, А.Э. Мандельштам).

Неиссякаемый талант организатора науки позволил Д.О. Отту превратить Институт в крупнейший научный центр мирового значения. Признанием его заслуг и российской науки стало проведение в 1910 году в стенах возглавляемого Д.О. Оттом Института впервые в России V Международного конгресса акушеров-гинекологов. Во многом благодаря деятельности Д.О. Отта достигла международной известности отечественная гинекология. Он настолько поднял её авторитет, что впервые добился на XII Международном съезде в Берлине признания русского языка равноправным с английским, французским, немецким. Профессор В.С. Груздев назвал Дмитрия Оскаровича человеком, «который заставил уважать русскую гинекологию за пределами нашей Родины, чьё славное имя известно во всём культурном мире...» Этому способствовало и его личное обаяние, свободное владение многими европейскими языками («многоязычное красноречие»).

В 1989 году в знак признания его вклада в акушерство и гинекологию, преемственности идей и традиций Институту акушерства и гинекологии РАМН присвоено имя Дмитрия Оскаровича Отта.

Дорогие Коллеги! Приглашаем Вас принять участие в международном научном конгрессе «Оперативная гинекология – новые технологии», посвященном 150-летию профессора Дмитрия Оскаровича Отта.

#### Кулаков В.И.

ГУ Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН, Москва, Россия

## ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО

Проблема врожденных пороков развития за последнее десятилетие приобрела большую медико-социальную значимость. Актуальность проблемы и приоритетность разработки этого направления возросла в связи с внедрением в практику методов пренатальной диагностики, которые создали основу для активной профилактики рождения детей с множественными аномалиями развития или же их своевременной хирургической коррекции. О значимости и состоянии этой проблемы свидетельствуют данные статистики. Согласно сведениям Национального американского центра по врожденным дефектам развития, ежегодно в мире рождается от 10 до 20 млн. детей с врожденными аномалиями.

В Российской Федерации в 2003 году родилось 1 млн. 483 тыс. детей, из них 43 тыс., или 2,9%, детей с врожденными пороками развития. По данным Всемирной организации здравоохранения, число детей с врожденными пороками развития не имеет тенденции к снижению. При этом их численность зависит от качества медицинской помощи беремен-

ной и новорожденным – чем ниже смертность от асфиксии, родовой травмы и инфекции, тем выше удельный вес врожденных пороков.

Популяционная частота врожденных пороков развития позволяет выделить те нозологические формы, которые встречаются чаще. Среди них: аномалии костно-мышечной системы, сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта.

На значимость рассматриваемой проблемы указывают и данные о том, что удельный вес врожденных пороков чрезвычайно высок как среди живорожденных (1 из 30), так и в структуре перинатальных потерь, младенческой смертности, детской заболеваемости и инвалидности. Среди выживших детей очень высок удельный вес хронических патологических состояний, приводящих к инвалидности и требующих долготелетней медико-социальной опеки.

Очень важным обстоятельством является то, что 40 – 50% детей с аномалиями развития может быть сохранена жизнь и здоровье при своевременной

диагностике и хирургической коррекции врожденного дефекта у плода и новорожденного ребенка в первые часы жизни.

Международный опыт свидетельствует о том, что при различных пороках желудочно-кишечного тракта минимальный срок пренатальной постановки диагноза различен. Так, при омфалоцеле, гастрошизисе и диафрагмальной грыже диагностика возможна на 18 неделе беременности, в то время как при атрезии ануса – на 31-й неделе. Наиболее оптимальная информация может быть получена на втором этапе эхографического скрининга (второй триместр беременности), т.к. в этот период удастся выявить большинство аномалий, и в то же время еще не упущен момент для прерывания беременности.

Таким образом, становится очевидным, насколько велика роль своевременной диагностики как для активной профилактики рождения неоперабельных детей путем прерывания беременности, так и для оказания экстренной хирургической помощи детям, имеющим врожденные дефекты, поддающиеся успешной хирургической коррекции.

В Научном центре акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН созданы все необходимые условия для пренатальной диагностики врожденных пороков развития и их хирургической коррекции. Пренатальная диагностика включает ультразвуковое и магнитно-резонансное томографическое исследование, амниоцентез, биопсию хориона, кордоцентез и др. Создано и активно функционирует отделение неонатальной хирургии. Группа одновременно действующих специалистов, включая акушеров-гинекологов, функционалистов, неонатологов, генетиков и детских хирургов, способна не только своевременно (в 90% случаев) диагностировать характер порока, но и принять аргументированное решение о прерывании (при наличии множественных пороков плода) или пролонгировать беременность в случае возможности хирургической коррекции порока. При этом мы принимали во внимание соответствующий опыт ряда зарубежных стран о ведении проблемных беременностей в перинатальных центрах. Так, в таких странах, где развита служба оказания перинатальной хирургической помощи (Франция, Австралия, США и др.), летальность, например, от врожденной диафрагмальной грыжи оказывается в 2,2 раза ниже, чем при аналогичном пороке в России. При отсутствии в регионах пренатальной диагностики и высокоспециализированной хирургической помощи смертность новорожденных с врожденными пороками желудочно-кишечного тракта в Российской Федерации может достигать 59 – 100%.

При анализе данных международных исследований выживаемость детей после хирургических операций колеблется от 30% (диафрагмальная грыжа) до 70 – 80% (атрезия пищевода, кишечника, двенадцатиперстной кишки, ануса и др.).

В Научном центре акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН за последние годы были диагностированы врожденные аномалии более чем у 120 детей. Особенно часто обнаруживались пороки мочевыделительной системы (гидронефроз, пиелэктазия, поликистоз и др.), а также пороки желудочно-кишечного тракта (атрезия пищевода, 12-перстной кишки, тонкого и толстого кишечника, атрезия ануса, гастрошизис, омфалоцеле и др.). Проведенный нами анализ показал, что при беременностях с пороками развития плода не удастся выявить каких-либо специфических признаков, позволяющих предположить наличие аномалий. Обычно речь идет о многоводии, угрозе прерывания беременности, внутриутробной гипоксии, плацентарной недостаточности и пр. В связи с этим основное значение принадлежит пренатальной диагностике.

За относительно короткий промежуток времени (с октября 2003 г.) нами было прооперировано 52 новорожденных с врожденными дефектами желудочно-кишечного тракта. Это были дети с пороками различных отделов пищеварительной трубки:

- атрезией пищевода. Операция производится на 2-й день жизни;

- атрезией 12-перстной кишки. По данным УЗИ имеется увеличение размеров желудка и двенадцатиперстной кишки. Дети были прооперированы сразу же после рождения. Произведено наложение межкишечного анастомоза;

- атрезией кишечника. Патология диагностировалась при УЗИ по расширенным петлям кишечника. Операция выполнялась в 1-е сутки жизни: наложен межкишечный анастомоз. Послеоперационный период занимает 2 – 3 недели;

- атрезией ануса, диагностированная в III триместре беременности, Оперативное вмешательство выполнялось спустя 8 часов жизни путем формирования противоестественного заднего прохода;

- гастрошизисом. При УЗИ кишечные петли расположены вне брюшной полости. Беременные родоразрешаются путем операции кесарева сечения. Операция выполняется в первые 3 часа после рождения ребенка и заключается в первичной пластике дефекта передней брюшной стенки;

- омфалоцеле. По данным УЗИ, печень и петли кишечника расположены вне брюшной полости и покрыты оболочками. Родоразрешение зависит от объема грыжевого содержимого. Сроки оперативного вмешательства зависят от объема грыжевого отверстия. Послеоперационный период длительный, может продолжаться до одного месяца.

Наряду с этим в условиях Центра успешно были проведены операции у новорожденных с диафрагмальной грыжей, которая расценивается как самая тяжелая врожденная патология. Летальность при этом, по обобщенным литературным данным, достигает обычно 80%. Диафрагмальная грыжа диагностируется по наличию петель в плевральной

полости и смещения средостения. Оперативное лечение проводится по мере снижения легочной гипертензии. Послеоперационный период может достигать 3-х месяцев.

В целом, из 52 прооперированных новорожденных умерло только 3 детей, имевших сочетанные пороки. Общая смертность составляла 5,7%, что значительно ниже статистических данных по стране.

Следует отметить, что неонатальная хирургия сопряжена с целым рядом трудностей. Прежде всего, это касается очень тяжелой категории детей, возраст которых не превышает нескольких часов жизни, а объем оперативных вмешательств сопряжен с высоким риском. Трудоемкость складывается из необходимости тщательной предоперационной подготовки, которая в значительной мере определяет успех операции и прогноз в целом. Не менее важным является и специфика анестезиологического обеспечения, соблюдения температурного режима, особенно у недоношенных детей. Послеоперационный период у всех детей связан с продленной искусственной вентиляцией легких в течение 2-14 дней, с использованием сбалансированного парентерального и энтерального питания специальными смесями, позволяющими предупредить тяжелые нарушения нутритивного статуса новорожденного ребенка. Выхаживание новорожденных требует не меньшего искусства, чем проведения хирургической коррекции врожденного дефекта.

В последние годы нами уделяется большое внимание малоинвазивным технологиям при выполнении хирургических вмешательств у новорожденных.

К патологии у новорожденных, при которой возможно применение малоинвазивной техники, относятся: мультикистоз, кисты яичника, дуоденальная непроходимость, атрезия тонкой кишки, пилоростеноз, гиперинсулинизм, тератомы, аноректальные аномалии, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, билиарная атрезия – при этой патологии возможно выполнение оперативного вмешательства лапароскопическим доступом; Торакоскопия может быть эффективной при аортопексии, атрезии пищевода, клипировании артериального протока, релаксации диафрагмы.

Преимуществами малоинвазивной техники при проведении оперативных вмешательств у новорожденных являются: атравматичность, хороший визуальный обзор, хороший косметический результат, сокращение длительности пребывания в стационаре. Для выполнения лапароскопических вмешательств необходимо использование инструментария малого диаметра. В ГУ НЦАГиП РАМН проведены успешные лапароскопические вмешательства, в том числе при перекруте придатков матки у новорожденной и нефроуретерэктомии в связи с мультикистозом левой почки.

Наш собственный опыт показал, насколько важ-

ным является вопрос о своевременной диагностике порока, о выборе рациональной тактики ведения беременности, оптимальном способе родоразрешения, тактики лечения новорожденных с учетом характера выявленной патологии. Нами было выделено несколько групп плодов и новорожденных, для которых принимаются принципиально разные решения:

- патология, при которой принципиально возможна внутриутробная хирургическая коррекция порока (гидроцефалия, омфалоцеле, гидронефроз и др.);

- патология, требующая безотлагательного хирургического вмешательства (малые и средние пупочные грыжи, атрезия пищевода, 12-перстной кишки, тонкого и толстого кишечника и пр.);

- патология, требующая госпитализации в хирургическое отделение в неонатальном периоде (мультикистоз почки, гидронефроз и др.);

- патология, требующая родоразрешения путем кесарева сечения (омфалоцеле, гастрошизис и др.);

- патология, дающая основания для обсуждения вопроса о прерывании беременности (грубые аномалии конечностей, ахондроплазия и др.);

- патология, требующая прерывания беременности (анэнцефалия, голопрозэнцефалия и др.);

- патология, требующая активного диспансерного наблюдения педиатра и хирурга (агенезия мозолистого тела, гипоплазия почек и др.).

Средняя продолжительность пребывания детей, требующих хирургической коррекции, составляет не менее 25 дней, а в ряде случаев, например, при диафрагмальной грыже, может достигать 3 мес. Средняя стоимость одной операции составляет 34 тыс. рублей, а средняя стоимость лечения одного новорожденного – не менее 235 тыс. рублей.

Таким образом, предложенная нами новая концепция организации экстремальной хирургической помощи новорожденным детям с пороками развития, оказалась весьма успешной. В связи с этим в структуру Центра было введено новое подразделение хирургии новорожденных с группой интенсивной терапии и реанимации.

В качестве перспективы поставлена задача по освоению внутриутробно малоинвазивных процедур, направленных на предотвращение гибели органа плода (дренирование, лапароскопические манипуляции и др.).

Внутриутробная коррекция врожденных дефектов нами была проведена в ряде ситуаций. Так, у плода 29 – 30 недель гестации в связи с диагностированным гидротораксом был произведен трансабдоминальный амниоцентез с последующим торакоцентезом. Было извлечено около 40 мл жидкости. Ребенок родился доношенным и в последующем развивался нормально.

В другом случае у плода 24 – 25 недель гестации

был диагностирован асцит. Трансабдоминальный амниоцентез с последующей пункцией брюшной полости позволил аспирировать 270 мл жидкости. В последующем беременность протекала без осложнений, родившийся в срок ребенок в последующем развивался удовлетворительно.

При диагностике у плода 29 недель гестации гидронефроза с резким увеличением почки до 7,0x5,2x5,1 см. нами также был проведен амниоцентез с последующей аспирацией 250 мл жидкости. К концу беременности размер почки нормализовался. Роды произошли путем кесарева сечения. Однако в почке были обнаружены необратимые изменения, что привело к необходимости нефрэктомии у ребенка в возрасте 1 мес.

Необходимо отметить, что в ряде случаев после экстракорпорального оплодотворения приходится прибегать к различным оперативным вмешательствам, в частности к редукции плода при многоплодной беременности. Так, у женщины с вторичным бесплодием с бихориальной двойней после ЭКО на 15 – 16 нед. беременности у одного из плодов была выявлена анэнцефалия и острое многоводие аномального плода. В сроке 29 – 31 нед. под контролем УЗИ было произведено три трансабдоминальных амниоцентеза с интервалом 2 – 4 дня и удалено

суммарно 2,5 литра околоплодных вод. Роды, наступившие в срок, закончились рождением живого ребенка без пороков развития и мертвым плодом с анэнцефалией.

Таким образом, на основе пренатальной диагностики и обнаружения разнообразных аномалий развития возможно проведение успешных лечебных манипуляций на плоде. При этом удалось не только сохранить желанную беременность, но и эффективно воздействовать на плод и способствовать рождению здоровых детей.

В заключение необходимо отметить, что концентрация врожденных пороков развития на базе высокоспециализированного перинатального учреждения позволяет добиться существенных успехов в ранней диагностике и своевременной коррекции пороков и способствует снижению перинатальной смертности и инвалидизации с детства.

План дальнейшего развития предусматривает создание федеральной программы по оказанию хирургической помощи новорожденным детям с пороками развития для всех регионов России. По мере совершенствования этой службы в рамках учреждения родовспоможения предполагается развитие внутриутробной хирургии у плодов с врожденными пороками развития.

**Савельева Г.М., Курцер М.А., Азиев О.В., Штыров С.В., Бугеренко А.Е.**

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета Российского Государственного медицинского университета, Москва

## **СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА НЕКОТОРЫЕ АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В ГИНЕКОЛОГИИ**

К настоящему времени на клинических базах кафедры (31-я ГКБ и ЦПСИР) выполнено более 30000 лапароскопических операций.

Широкое внедрение в клиническую практику лапароскопических вмешательств при различной патологии гениталий и накопленный опыт их проведения сделали необходимым пересмотреть некоторые подходы и определить наиболее оптимальные, научно обоснованные позиции при выборе оперативного доступа и методик выполнения гинекологических операций.

Десятилетнее применение лапароскопической гистерэктомии (всего более 3500 операций) позволило определить ее место в современной гинекологии, детализировать противопоказания, оптимизировать технику и объем вмешательства. При гистерэктомии мы являемся сторонниками сохранения шейки матки в случаях отсутствия ее патологических изменений. Средняя продолжительность неосложненной тотальной лапароскопической гистерэктомии колеблется от 45 до 80 минут, а надвлагалищной ампутации – 30-60 минут, то есть приближается к длительности таких же операций при лапаротомии.

Следует отметить, что в если 1996 году производилось всего 56 гистерэктомий, то в последние годы ежегодно выполняется более 500.

Дискутабельным остается применение эндоскопии при миоме матки больших размеров. По нашим данным, лапароскопический доступ для гистерэктомии следует особо взвешенно использовать у пациенток при миоме матки, превышающей размеры 15-недельной беременности. Ретроспективный анализ осложнений лапароскопической гистерэктомии показал, что особую опасность в отношении повреждений мочеточников во время ЛГ представляют пациентки с низким, интралигаментарным расположением миоматозных узлов, ограничением подвижности матки и распространенным эндометриозом. При тотальной лапароскопической гистерэктомии (ТЛГ) мы зарегистрировали большую частоту осложнений, чем при субтотальной. Профилактика осложнений ЛГ основана на тщательном отборе пациенток и совершенствовании навыков ее выполнения.

В последние годы наметилась тенденция к распространению вагинального доступа для удаления