

Пренатальная диагностика и коррекция диафрагмальной грыжи

Коломиец Елизавета Владимировна

Студент (специалист)

Тюменский государственный медицинский университет, Тюмень, Россия

E-mail: kolliza.2002@gmail.com

Задача современного акушерства состоит в снижении показателя перинатальной и младенческой смертности, в том числе за счёт снижения врождённых пороков и аномалий развития ребёнка [1, 2, 3, 4]. Частота врожденных пороков развития (ВПР) в России в среднем составляет 30 на 1000 рождений. Одним из наиболее тяжелых ВПР является врожденная диафрагмальная грыжа (ВДГ), распространенность которой - 1:4000 [2, 4, 5].

Методом антенатальной коррекции летальной гипоплазии легких при ВДГ является баллонная окклюзия трахеи плода [5]. Разработка новой терапевтической концепции началась с обнаружения у плодов с врожденной обструкцией верхних дыхательных путей отсутствия гипоплазии легких. Это связано с задержкой легочной жидкости, которая содержит факторы роста. В 1998 г. М. Харрисон опубликовал положительные результаты фетоскопической эндолумиальной трахеальной окклюзии (ФЭТО) в случае двух плодов с правосторонней ВДГ. В России проведено пять операций ФЭТО в сроке беременности 26–27 недель, эффективность операций составила 60% [2, 4]. ФЭТО может быть проведена эндоскопическим и открытым доступом в два этапа. На первом этапе устраняют дефект в диафрагме, на втором - ближе к концу беременности производят освобождение дыхательных путей плода. Для окклюзии трахеи более предпочтительно использование зонтичного обтуратора, который изменяет диаметр в процессе роста трахеи. Данное вмешательство проводится с целью минимизации гипоплазии легких и снижения смертности. Проведение окклюзии трахеи плода препятствует оттоку жидкости из легких, что способствует растяжению легких и приводит усиленному росту воздухоносных путей и сосудов [1, 2, 5]. На 34 неделе гестации баллон удаляют или под ультразвуковым контролем, или при фетоскопии, что необходимо для родоразрешения через естественные родовые пути. После трахеальной окклюзии показатель выживаемости составляет 50-57%. По результатам многочисленных исследований выявлено, что при извлечении баллона до родоразрешения выживаемость детей выше (83%), по сравнению со случаями извлечения баллона после родов (33%). Увеличение размеров легких и их объемов после рождения является благоприятным прогностическим признаком выживания [1, 2, 4].

Вывод. На данном этапе развития медицины существует несколько вариантов для антенатального хирургического лечения ВДГ, но наиболее эффективный - фетоскопическая эндолумиальная трахеальная окклюзия.

Источники и литература

- 1) Абрамян М.А., Гладкова К.А., Костюков К.В. Открытая и пункционная хирургия плода в современном акушерстве // Акушерство и гинекология. 2014. № 1. С. 3-8.
- 2) Башмакова Н.В., Косовцова Н.В., Мальгина Г.Б. Коррекция патологии плода методами внутриутробной хирургии // Вестник Росздравнадзора. 2016. № 3. С. 19-26.
- 3) Винокурова Е.А., Матейкович Е.А, Еремеева Т.А. Современные методы антенатального лечения обструктивной патологии почек у плода // Медицинская наука и образование Урала. 2020. № 4. С. 145-153.

- 4) Косовцова Н.В. Внутриутробная коррекция диафрагмальной грыжи // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2014. №. 1. С. 45-48.
- 5) Патент на изобретение. Косовцова, Н.В. и др. Способ малоинвазивной внутриутробной баллонной окклюзии трахеи у плода с диафрагмальной грыжей при летальной гипоплазии легких: № 2016140073. – 2018 / Н. В. Косовцова, Н. В. Башмакова, Т. В. Маркова; заявитель ФГБУ "НИИ ОММ" Минздрава России.