© Losevsky Pavel / Фотобанк Лори

placenta accreta: сохраняем матку

Опыт органосохраняющих операций при врастании плаценты

Авторы: Марк Аркадьевич **Курцер**, член-корр. РАМН, докт. мед. наук, проф. кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова, председатель совета директоров группы компаний «Мать и дитя»; Юлия Юрьевна **Кутакова**, канд. мед. наук, главный врач группы компаний «Мать и дитя»; Ирина Юрьевна **Бреслав**, канд. мед. наук, зав. отделением патологии беременности Перинатального медицинского центра; Екатерина Николаевна **Сонголова**, канд. мед. наук, врач акушер-гинеколог организационно-методического кабинета Центра планирования семьи и репродукции (Москва)

Копирайтинг: Татьяна Рябинкина

Частота кесаревых сечений в мире довольно велика (хотя и неодинакова в разных странах), однако многие эксперты отмечают ежегодную тенденцию к дальнейшему росту удельного веса кесаревых сечений. Так, в современной России в среднем каждые четвёртые-пятые роды завершаются оперативным путём, в Великобритании частота таких вмешательств составляет 23%, в США — 31%[1,2]. Неминуемое следствие — учащение случаев истинного врастания плаценты (placenta accreta), а соответственно, повышение риска кровотечений, зачастую массивных, угрожающих жизни.

Тем не менее из такой, казалось бы, патовой ситуации найден выход, и стремительное развитие эндоваскулярной хирургии позволяет врачу не только контролировать интраоперационную кровопотерю, но и, избегая гистерэктомии, сохранять репродуктивное будущее пациентки.

Корреляцию между растущей долей кесаревых сечений и возросшей частотой истинного врастания плаценты отмечают многие авторы во всех странах мира[3–9]. За последние 50 лет число таких пациенток увеличилось десятикратно, и в настоящее время *placenta accreta*, по сводным данным, наблюдают у одной женщины на 2500–7000 родов[6,7,10,11]. Публикуются и более тревожные сообщения — распространённость этого патологического состояния может достигать 1:533–1:2500 родов[12].

В формировании *placenta accreta* основная роль принадлежит двум факторам: это рубец на матке после кесарева сечения и предлежание плаценты[7,8,13].

Врастание плаценты сочетается с её предлежанием в 75–90% наблюдений[7,11,14], а что касается встречаемости *placenta praevia* в популяции, то её определили ещё в 1985 году S.L. Clark и соавт.: у 0,26% женщин с интактной маткой, у 0,65% женщин с рубцом после одного кесарева сечения и у 10% — при наличии четырёх и более вмешательств в анамнезе, т.е. зависимость от кесаревых сечений налицо и здесь.

Меньшую, но всё же заметную роль в этиологии врастания плаценты играют многократный кюретаж матки, трофобластическая болезнь в анамнезе и синдром Ашермана[7,9]. В литературе также описаны случаи врастания плаценты у пациенток, подвергавшихся ранее эмболизации маточных артерий с целью лечения лейомиомы матки[15].

В поисках другого пути

Долгое время оперирующие акушеры-гинекологи считали необходимым отказываться от попыток отделения плаценты у пациенток с *placenta accreta* во избежание массивного кровотечения. Единственным путём разрешения ситуации считали плановую гистерэктомию во время кесарева сечения[1,12,16–19]. С 1996 года именно *placenta accreta* стала ведущим показанием для гистерэктомии, опередив лидировавшие ранее разрывы матки и неконтролируемые кровотечения[1]. Так, если при атонии матки экстирпацию выполняют лишь у 4% пациенток, то при врастании плаценты — у 71–88%[20,21].

Не следует забывать, что в условиях геморрагического шока и продолжающегося кровотечения гистерэктомия может повлечь за собой гибель женщины. Так, по данным Московского департамента здравоохранения, с 2005 по 2009 год в городе погибли 10 женщин, которым была выполнена экстирпация матки при массивном кровотечении. У двух из этих женщин причиной кровотечения стала *placenta accreta*.

Необходимость нового подхода к ведению таких рожениц была обусловлена в первую очередь стремлением минимизировать кровопотерю, неизбежную при данном состоянии и достигающую порой 5000–7000 мл. Ещё одна причина — желание сохранить репродуктивную функцию, проведя органосохраняющее вмешательство. Чтобы уменьшить интраоперационную кровопотерю, следует ослабить приток артериальной крови к матке. Для этого есть два пути: воздействие на сосуды снаружи (экстравазально) — перевязка магистральных сосудов таза; или изнутри (эндоваскулярно) — эмболизация или баллонная окклюзия с эмболизацией или без неё. Однако первый путь — хирургическая перевязка тазовых артерий — при врастании плаценты не особенно действенен: эффективность его едва достигает 50%, что объясняют наличием коллатерального кровоснабжения от *aa. profundae femoris*[22]. Так что фактически единственным способом остаётся селективная эмболизация маточных артерий (1979) в случаях неэффективности стандартной акушерской тактики и утеротонической терапии — при *placenta accreta* этот метод даёт возможность остановить кровотечение у 50–87% пациенток[23–28].

Наиболее широко применяемая современная методика ведения родов у беременных с врастанием плаценты подробно отражена в работе T. Angstmann и соавт. (2010), которые рекомендуют родоразрешать пациенток с таким диагнозом в 37 нед беременности, а перед родами всем профилактически назначать глюкокортикоиды. Планируя операцию, следует создать запас эритроцитарной массы, тромбовзвеси, свежезамороженной плазмы, криопреципитата. Авторы предлагают следующую схему.

- Перед операцией установить окклюзионные баллонные катетеры в общие подвздошные артерии.
- Катетеризировать центральную вену, радиальную артерию и две периферические вены.
- На фоне общей комбинированной анестезии провести срединную лапаротомию с обходом пупка, классическое кесарево сечение в верхнем сегменте матки.
- Извлечь ребёнка, оставив плаценту *in situ*.

Важно, что при развитии массивного кровотечения такая методика сохраняет возможность быстрого вмешательства —

[Впервые в России временная баллонная окклюзия была проведена 18 декабря 2012 года в Центре планирования семьи и репродукции г. Москвы.]

Первыми в России

Методика временной баллонной окклюзии подвздошных артерий была первоначально разработана для уменьшения кровопотери не при родах, а во время миомэктомии. Так, A. Takeda с соавт. в 2011 году опубликовал результаты использования этого метода при миомэктомии в период с 2008 по 2010 год: объём кровопотери оказался достаточно небольшим, составив в среднем 355 мл (50–1950 мл); время операции также было заметно сокращено — в среднем 98 мин (77–149 мин)[29]. Другая группа авторов во главе с S. Soeda представила клинический случай, когда временная баллонная окклюзия подвздошной артерии была применена при гистерэктомии у пациентки в постменопаузе с гигантской миомой: использование этого метода позволило достоверно уменьшить объём кровопотери[30].

В акушерской практике временную баллонную окклюзию подвздошной артерии начали применять сравнительно недавно — последние 2–3 года. В частности, методику используют у пациенток при врастании плаценты с целью уменьшения объёма кровопотери. Перед началом операции баллонные катетеры устанавливают во внутренние подвздошные артерии, после рождения плода их раздувают. Достигаемая редукция кровотока позволяет также создать лучшие визуальные условия для хирурга (Doumouchtsis S.K. et al., 2010; Allahdin S. et al., 2011).

Впервые в России временная баллонная окклюзия была проведена 18 декабря 2012 года в Центре планирования семьи и репродукции г. Москвы.

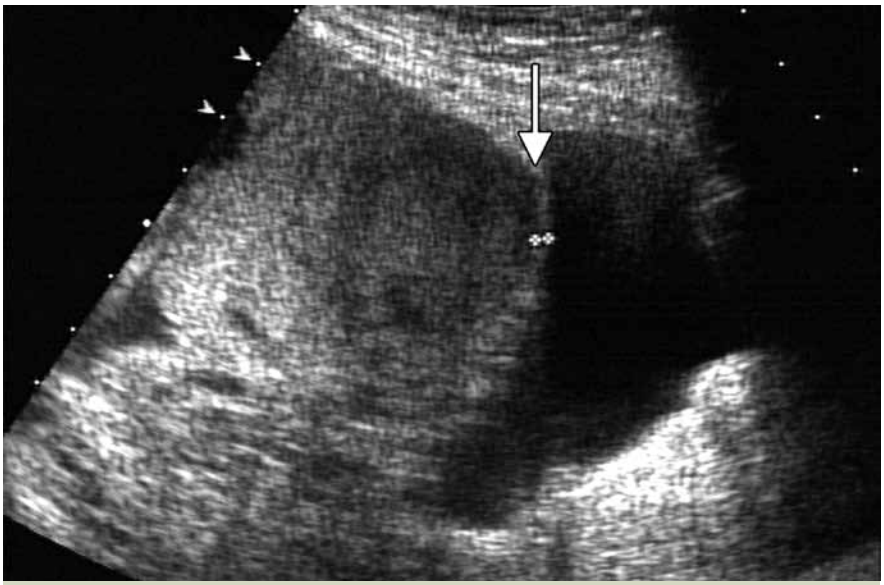
баллонные катетеры в общих подвздошных артериях раздувают и выполняют гистерэктомию. Если кровотечения не возникает, матку и переднюю брюшную стенку ушивают и эмболизируют маточные артерии и артерии плацентарного ложа. Завершающий этап операции выполняют через неделю — проводят гистерэктомию с гистологическим исследованием материала[12]. Кстати, некоторые зарубежные авторы предлагают устанавливать окклюзионные катетеры дополнительно в гипогастральные артерии[19].

Именно эндоваскулярная блокада кровотока (в маточных, общих подвздошных артериях) фигурирует как современный и высокоэффективный метод лечения массивных послеродовых кровотечений в клинических рекомендациях таких авторитетных медицинских организаций, как Американское общество акушеров-гинекологов (ACOG, 2006) и Британское королевское общество акушеров-гинекологов (RCOG, 2011).

В Центре планирования семьи и репродукции (ЦПСР) Московского департамента здравоохранения эмболизацию маточных артерий при родоразрешении пациенток с врастанием плаценты проводят с 2006 года. Ранее для остановки кровотечения с целью сохранения матки при *placenta accreta* широко использовали перевязку внутренних подвздошных артерий. А вот уже с 2009 года были начаты разработки новой органосохраняющей методики. Состоит она из следующих основных хирургических этапов.

1. Катетеризация бедренной артерии, установка сосудистых проводников в маточных артериях.
2. Срединная лапаротомия.
3. Продольный разрез в дне матки для извлечения плода; плацента остаётся *in situ* — донное кесарево сечение.
4. Ушивание матки.
5. Эмболизация маточных артерий.
6. Разрез матки в нижнем сегменте, удаление плаценты и иссечение скомпрометированного миометрия вместе с вросшей плацентой.
7. Метропластика.

Была предпринята успешная попытка консервативного ведения пациенток с врастанием плаценты — хирургический этап ограничивали донным кесаревым сечением и после эмболизации маточных артерий плаценту оставляли *in situ*. В момент родоразрешения её не удаляли. На 52–69-е сутки послеродового периода происходила её самостоятельная экспульсия.



Placenta accreta: эхо-признаки

В публикации американского общества Maternal-Fetal Medicine (2010) отражены основные эхографические признаки *placenta accreta*.

- Отсутствует нормальное гипоэхогенное ретроплацентарное пространство.
- Множественные сосудистые лакуны в ткани плаценты дают визуальный эффект «швейцарского сыра».
- Кровеносные сосуды или ткань плаценты в виде «мостика» перекидываются через границу с миометрием или мочевым пузырём, доходя до серозной оболочки.
- Толщина миометрия под плацентой составляет менее 1 мм.
- В режиме трёхмерной энергетической допплерографии визуализируются множественные когерентные сосуды в базальном слое[31].

Портрет целевой группы

В московском ЦПСР и Перинатальном медицинском центре за 14 лет (с 1999 года по май 2013-го) было прооперировано 89 пациенток с предлежанием и врастанием плаценты в рубец после предшествующих кесаревых сечений. С января 2013 года подобные операции проводят и в Клиническом госпитале «Лапино». (В среднем частота *placenta accreta* составила 1:1147 родов при общем числе родившихся за это время 102 056.)

Возраст участниц исследования находился в диапазоне от 25 до 44 лет, большинство (54 из 89) — моложе 35 лет. Обследованные обеих групп не отличались по возрасту, количеству беременностей в анамнезе, паритету, числу предыдущих кесаревых сечений, среднему сроку гестации на момент родов и среднему весу новорождённых.

У всех обследованных в анамнезе была операция кесарева сечения, что подтверждает литературные данные о рубце на матке как основном факторе риска патологического прикрепления плаценты. Рубец на матке наблюдали:

- после одной операции — у 39 женщин (43,8%);
- после двух — у 36 (40,5%);
- после трёх — у девяти (10,1%);
- после четырёх — у трёх (3,4%);
- после пяти и семи — у двух пациенток соответственно (2,2%).

У половины участниц исследования первое кесарево сечение было проведено в плановом порядке (48,3%), у другой половины — в экстренном (51,7%). В качестве показаний к первой операции в плановом порядке фигурировали: тазовое предлежание плода (23,3%), крупный плод (14%), заболевания сетчатки (14%) и состояние после миомэктомии (7%). Основным показанием к экстренной операции служили слабость родовой деятельности (30,4%), клинически узкий таз (17,4%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (13%), острая гипоксия плода (13%), тяжёлый гестоз (13%) и др.

Безусловно, большинство показаний к первому кесареву сечению было обоснованно. Тем не менее каждый врач, выносящий своё заключение о необходимости оперативного родоразрешения, должен помнить о своей ответственности за последующие возможные осложнения, поскольку повторное кесарево сечение в дальнейшем у большинства пациенток проводили вследствие несостоятельности рубца на матке.

Диагноз предлежания плаценты всем обследованным был поставлен амбулаторно. Диагноз врастания плаценты устанавливали в стационаре с помощью УЗИ и допплерографии. Наиболее часто отмечали следующие эхо-признаки:

- разной формы лакуны в ткани плаценты с турбулентным током крови при допплерографии — у 62 пациенток (69,7%);
- расширение сосудов миометрия в зоне плацентации — у 17 пациенток (19,1%).

Менее чувствительным критерием выступало истончение или отсутствие миометрия над плацентой[32] — так называемая «аневризма матки», «маточная грыжа». Несмотря на невысокую чувствительность, в проведённом исследовании этот признак был выявлен у 68 из 89 пациенток. У каждой пятой участницы исследования (20,2%) эхографических признаков врастания плаценты не отмечено; у них *placenta accreta* выявлена интраоперационно — при вскрытии брюшной полости обнаружен выраженный сосудистый рисунок в области нижнего сегмента матки.

У большинства женщин (74%, n=66) для подтверждения патологической инвазии плаценты выполняли МРТ. Аномальное выбухание передней стенки матки в нижнем сегменте обнаружено у девяти, истончение миометрия в этой зоне — у 56, множественные извитые сосуды, выходящие за контур матки, — у 38 обследованных. У всех пациенток врастание плаценты впоследствии подтверждено гистологическим исследованием операционного материала.

Дизайн исследования

Пациентки были разделены на две группы в зависимости от варианта рассечения матки: в первой группе (35 женщин) лапаротомию проводили по старому рубцу; разрез на матке для извлечения плода и плаценты выполняли в нижнем маточном сегменте. Во второй группе (54 пациентки) плод извлекали путём донного кесарева сечения. Сроки родоразрешения приведены в таблице. В плановом порядке операцию провели только 32 (36%) пациенткам, в экстренном — 57 (64%). У большинства показанием к экстренной операции стало кровотечение; при этом объём кровопотери до родоразрешения достигал 250 мл. При гистологическом исследовании иссечённого миометрия передней стенки матки и плаценты подтверждено врастание ворсин в мышечную ткань.

Срок гестации к моменту родоразрешения пациенток с врастанием плаценты (n=89)

Срок беременности, нед	Плановое кесарево сечение, %	Экстренное кесарево сечение, %	Всего, %
37–39	30,4	39,3	69,7
36–37	5,6	10,1	15,7
34–35	–	6,8	6,8
31–33	–	5,6	5,6
28–31	–	2,2	2,2
Итого	36	64	100

Беременность у всех была одноплодной. У одной женщины наблюдали саморедукцию двух эмбрионов в срок 8–9 нед гестации. Крупных детей при рождении не было. На свет появились 84 живых ребёнка в удовлетворительном состоянии и пять детей в состоянии асфиксии средней тяжести.

[У 20,2% пациенток эхографических признаков врастания плаценты не отмечено; у них placenta accreta выявлена интраоперационно.]

Через нижний маточный сегмент

В первой группе методом обезболивания у трёх родильниц была выбрана общая анестезия с интубацией трахеи, у пяти — эпидуральная и у большинства (n=25) — комбинированная спинально-эпидуральная анестезия. Двум женщинам выполнили сочетание эпидуральной и общей анестезии. Почти у всех пациенток (32 из 35) плод извлекали трансплацентарно, что инициировало начало массивного кровотечения.

При истинной *placenta accreta*, не диагностированной до операции, попытка отделения плаценты сопровождалась массивной кровопотерей, связанной как с самим патологическим состоянием, так и с нарушением сократительной способности нижнего сегмента матки, где располагалась плацентарная площадка. В связи с этим до 2007 года почти всем таким женщинам выполняли гистерэктомию (10 женщин). Однако у 25 пациенток этой группы удалось избежать удаления матки, применив перевязку внутренних подвздошных артерий, часто в комбинации с гемостатическими швами на матку (19 рожениц) или эмболизацией маточных артерий (шесть рожениц).

Известно, что успех интенсивной терапии массивного кровотечения зависит от слаженной работы всего акушерского стационара: оперирующего акушера-гинеколога, анестезио-

© Monkey Business Images / Фотобанк Лори

[Преимущества донного кесарева сечения — меньшая кровопотеря и более комфортные условия для хирурга, проводящего метропластику.]

лога-реаниматолога и трансфузиолога. У всех пациенток проводили катетеризацию центральной вены, адекватную инфузионную терапию под контролем центрального венозного давления. Для инфузионной терапии использовали свежезамороженную плазму (500–4950 мл), аутоплазму (300–1200 мл), донорскую эритромассу (203–1112 мл); с 2006 года почти всем родильницам выполняли аппаратную реинфузию аутоэритровзвеси объёмом 520–5700 мл.

В группе пациенток, перенёсших кесарево сечение в нижнем маточном сегменте, у 24 женщин из 35 (68,6%) общая кровопотеря превысила 3 л, причем у семи из них (21,5%) была более 5 л.

Послеоперационный период у одной пациентки осложнился пельвиоперитонитом, ей проводили санационную лапароскопию, выписали на 18-е сутки. Ещё у одной родильницы была выявлена подапоневротическая гематома, назначена консервативная терапия; женщина выписана на 20-е сутки. У одной пациентки сформировался абсцесс малого таза, на 8-е сутки была проведена пункция заднего свода влагалища с целью аспирации гноя; больная выписана на 20-е сутки. Большинство пациенток (91,4%), послеоперационный период у которых протекал без осложнений, выписаны на 7–17-е сутки.

Сквозь дно матки

Во второй группе, в которую вошли 54 пациентки, извлечение плода проводили через разрез в дне матки, не затрагивая область крепления плаценты (донное кесарево сечение). Эпидуральную анестезию использовали у девяти родильниц, у 38 применена комбинированная спинально-эпидуральная анестезия, у семи пациенток — эндотрахеальный наркоз. Продолжительность операции варьировала от 56 мин до 3 ч 35 мин.

Преимущество донного кесарева сечения — это меньшая кровопотеря: только у девяти (18%) пациенток второй группы объём кровопотери составил более 3 л по сравнению с 69% в первой группе. Кроме того, такой оперативный доступ создаёт более комфортные условия для хирурга при проведении метропластики, поскольку ребёнок уже извлечён и можно лучше отсепаровать мочевой пузырь и визуализировать нижний край неизменённого миометрия.

С целью гемостаза у большинства пациенток (44 женщины, 81,5%) применяли методы эндоваскулярной хирургии: эмболизацию маточных артерий (38 рожениц) и баллонную окклюзию подвздошных артерий. Десяти (18,5%) пациенткам методы эндоваскулярной хирургии не потребовались вовсе.

При планировании эмболизации маточных артерий на операционном столе перед разрезом передней брюшной стенки катетеризировали бедренную артерию и устанавливали проводники в маточных артериях.

После извлечения ребёнка плаценту оставляли, разрез на матке ушивали двухрядным викриловым швом, затем следовала эмболизация маточных артерий. При планировании баллонной окклюзии всем пациенткам, поступившим в плановом порядке, в предоперационный период выполняли дуплексное сканирование общих подвздошных артерий с обеих сторон, чтобы оценить диаметр артерий для оптимального подбора баллона. Принимая во внимание склонность рожениц к гиперкоагуляции, в дооперационный период у всех пациенток определяли степень агрегации тромбоцитов, поскольку её высокий уровень служит противопоказанием к данного рода вмешательству ввиду возможного тромбоза артерий нижних конечностей.

У двух женщин из 38, которым провели эмболизацию маточных артерий, была предпринята попытка «консервативного» лечения оставленной в матке *placenta accreta*. Это всё же потребовало повторной эмболизации маточных артерий на 23-и (первая пациентка) и 42-е сутки (вторая). На 69-й и 52-й день соответственно произошла частичная экспульсия плаценты. Остатки плацентарной ткани удалены рукой, выполнено выскабливание матки. Кровопотеря составила 1000 мл (одна пациентка) и 1500 мл (вторая пациентка). У обеих женщин исход был благоприятным. У остальных 36 родильниц после редуцирования кровотока в маточных артериях выполняли разрез в нижнем маточном сегменте с целью удаления плаценты, иссечения изменённого миометрия и метропластики.

Эмболизацию маточных артерий иногда сочетали с дополнительным хирургическим гемостазом: после ушивания матки добиться окончательного гемостаза можно было, наложив компрессионные швы на нижний маточный сегмент или дополнив метод перевязкой маточных артерий. Положительный результат: у подавляющего числа пациенток при эмболизации ма-

точных артерий объём кровопотери был меньше, чем при перевязке внутренних подвздошных артерий.

Именно благодаря описанным преимуществам метода (минимальная кровопотеря, временное прекращение кровотока в данных сосудах, что позволяет проводить более тщательный гемостаз) с декабря 2012 года в клинике стали уверенно использовать баллонную окклюзию подвздошных артерий. После извлечения ребёнка с помощью донного кесарева сечения катетеризируют бедренную артерию, баллонные катетеры под рентгенологическим контролем устанавливают во внутренние подвздошные артерии и раздувают — редукция кровотока позволяет создать лучшие визуальные условия для хирурга (Doumouchtsis S.K. et al., 2010; Allahdin S. et al., 2011).

Как и в первой группе, у всех пациенток перед операцией обязательно выполняли катетеризацию центральной вены, а адекватную инфузионную терапию проводили под контролем центрального венозного давления. У 24 женщин использовали свежезамороженную плазму (850–2400 мл), у двух — аутоплазму (600 мл). Всем родильницам осуществляли аппаратную реинфузию аутоэритровзвеси объёмом 243–4100 мл.

Важно, что во второй группе у всех наблюдаемых удалось сохранить репродуктивную функцию. Послеоперационный период осложнился тромбофлебитом притока *v. saphena magna* у одной женщины; было назначено консервативное лечение, выписана на 11-е сутки. Две пациентки с оставленной плацентой и «консервативной» терапией выписаны на 14-е и 18-е сутки соответственно. 43 (80%) родильницы, послеоперационный период у которых протекал без осложнений, выписаны на 6–13-е сутки.

Практикующему акушеру-гинекологу в наше время нужно проявлять особенную насторожённость для своевременного выявления *placenta accreta*, предполагая возможность этого состояния у женщин с кесаревым сечением в анамнезе, при предлежании плаценты, а также при расположении её по передней стенке матки. Для исключения врастания плаценты необходимо проводить тщательное УЗИ с допплерометрией (а по показаниям сочетать с МРТ). Важнейшие условия успешного родоразрешения пациенток этой группы — достаточное количество свежезамороженной плазмы, эритроцитарной массы, интраоперационное применение аппаратной реинфузии аутоэритровзвеси, стационар III уровня.

При всех достоинствах применяемой методики следует помнить, что разрез матки вне расположения плаценты с целью извлечения плода действительно позволяет снизить объём кровопотери, однако переводит последующие беременности в разряд высокого риска.

По поводу оставления плаценты *in situ* пока, к сожалению, данных для окончательных выводов недостаточно. И тем не менее это мероприятие позволяет в экстренной ситуации отсрочить удаление плаценты: проведя донное кесарево сечение и не отделив плаценту, акушер получает время для организации последующей операции с привлечением подготовленной бригады и сосудистых хирургов.

В целом же именно эндоваскулярная хирургия (эмболизация маточных артерий, внутрисосудистая окклюзия подвздошных артерий) показывает наилучшие результаты в плане гемостаза и прогноза для репродуктивных планов пациентки — это метод выбора при врастании плаценты. Остаётся только внедрить эту технологию во все российские учреждения родовспоможения III уровня. SP

Библиографию см. на с. 118–119.

Принимайте наши поздравления!

Премию «Призвание», учреждённую Первым каналом и Министерством здравоохранения РФ, традиционно присуждают лучшим врачам России. Награды вручают специалистам, совершившим прорыв не только в отечественной, но и в мировой медицине (проведение уникальной операции, создание нового диагностического или лечебного метода, фундаментальные открытия и др.), а также военным врачам и истинным корифеям медицины.

За прошедшие годы лауреатами премии стали более 200 врачей из всех уголков России, а гостями церемонии становились мировые знаменитости — лауреаты Нобелевской премии, такие как Джеймс Уотсон, открывший структуру ДНК, Барри Маршалл, доказавший роль *H. pylori* в патогенезе язвенной болезни желудка, и Кэрол Грейдер, открывшая фермент теломеразу. Все конкурсные работы, представленные жюри премии, прошли тщательное профессиональное рецензирование.

Особенно приятно, что в числе награждённых в 2013 году стала группа специалистов-исследователей под руководством члена-корр. РАМН проф. Марка Аркадьевича Курцера. Премией были отмечены разработка и внедрение в практику новой технологии — одномоментного кесарева сечения и пластики матки при врастании плаценты. Технология разработана и впервые применена именно в России.

«...Раньше такая операция всегда сопровождалась обильными кровотечениями. Были случаи, когда пациентки погибали. Кровопотери у нас составляют всего 500–600 мл вместо 2–3 л, как было раньше. И при этом у женщины удаётся сохранить матку», — говорит проф. М.А. Курцер. Таких операций под его руководством проведено уже почти сто, и команда готова делиться опытом. «...У нас есть факультет повышения квалификации. Мы принимаем руководителей родильных домов, мы всем доступны. Я думаю, что и в крупных перинатальных центрах регионов эта операция возможна к выполнению», — с уверенностью констатировал профессор.

Редакция StatusPraesens с радостью поздравляет члена-корр. РАМН М.А. Курцера и его коллектив с таким ярким общественным признанием научных и практических заслуг! Желаем вам новых больших достижений!