

# СИНДРОМ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ ПЛОДА

ГЛАВНЫЙ  
АКУШЕР-ГИНЕКОЛОГ  
ДЕПАРТАМЕНТА  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
Г. МОСКВЫ  
ЧЛЕН-КОРРЕСПОНДЕНТ  
РАМН, ПРОФЕССОР, Д.М.Н.  
Марк Аркадьевич Курцер



Рождаемость, перинатальная и младенческая заболеваемость и смертность, продолжительность жизни – главные показатели уровня и качества жизни населения любого государства. Благодаря внедрению мероприятий, направленных на снижение перинатальной смертности в учреждениях, подведомственных Департаменту здравоохранения (ДЗ) Москвы, показатель перинатальной смертности в городе регистрируется на уровне ниже общероссийских и имеет устойчивую тенденцию к снижению. Так, в 2011 году он составил 5 случаев на 1 тыс. родившихся живыми и мертвыми, при этом на антенатальный период приходится 64%, интранатальный – 7,2%, ранний неонатальный период – 27,8% от всех умерших. К достижениям акушерско-гинекологической и неонатальной служб Москвы, безусловно, относится ежегодное снижение показателя ранней неонатальной смертности (рис. 1). Если в 2007 году данный показатель составлял 2,1%, то в 2011-м – 1,4%.

Таких результатов удалось достичь прежде всего за счет улучшения материально-технической базы учреждений родовспоможения. Общее число детских реанимационных коек в родильных домах ДЗ Москвы увеличилось с 96 в 2007 году до 135 в 2011 году. В некоторых акушерских стационарах ДЗ Москвы (родильный дом №11 УЗ СВАО, №3 УЗ ЗАО, ГКБ №72 УЗ ЗАО и ГБ №3) открылись новые отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных. Кроме того, внедрены и успешно используются современные методы респираторной те-

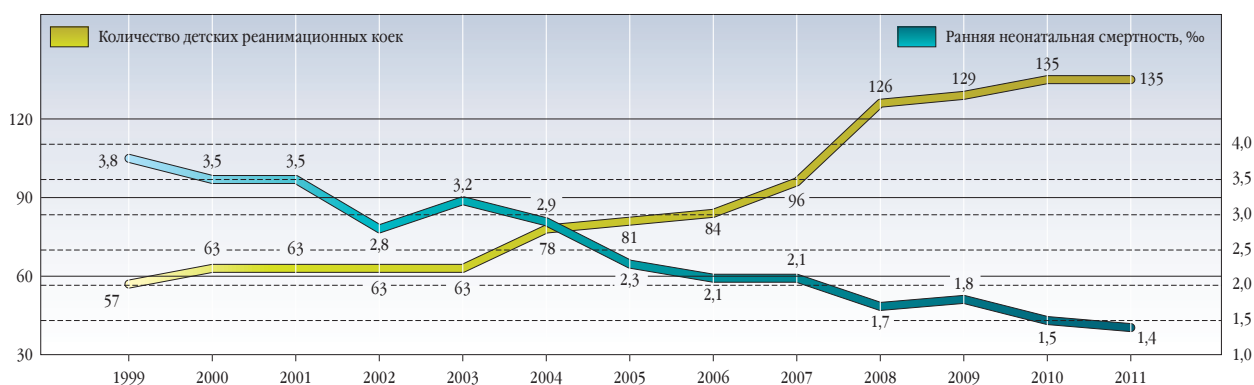
рапии новорожденных: высокочастотная осцилляторная искусственная вентиляция легких, неинвазивная система вентиляции легких INFANT FLOW SIPAP. С 2004 года (распоряжение Департамента здравоохранения Москвы от 8 июля 2004 года №321-р) широко используется сурфактант (Poractant alfa – «Куросурф»), применяемый по показаниям у недоношенных новорожденных детей с массой тела более 700 г и профилактики респираторного дистресс-синдрома у недоношенных новорожденных с подозрением на возможное его развитие. В 2011 году было использовано 1500 доз данного препарата.

В 2011 году удалось достичь снижения интранатальной мертворождаемости до 0,36%. Немаловажную роль в снижении данного показателя играет выбор адекватного метода и времени родоразрешения. В последние годы наблюдается прогрессирующее увеличение числа кесаревых сечений. Если в 2007 году оперативное родоразрешение составило 20,2% от общего числа родов, то в 2011-м – 23,3%. Данная тенденция связана с увеличением числа пациенток с рубцом на матке, многоплодной беременностью, с расширением показаний к кесареву сечению при недонашивании. Прогнозируется дальнейший рост числа таких операций, который будет оправдан только при условии улучшения перинатальных исходов (рис. 2).

В последние годы амбулаторно-поликлинические учреждения, подведомственные ДЗ Москвы, были оснащены современным оборудованием. В настоящее время в каждой женской консультации сформирован кабинет функциональной диагностики, включающий фетальный кардиомонитор и ультразвуковой аппарат, что позволяет своевременно выявлять нарушения состояния плода на догоспитальном этапе. Несмотря на это, в структуре антенатальной мертворождаемости ведущее место продолжает занимать внутриутробная гипоксия (2007 год – 80,1%, 2011 год – 79,5%).

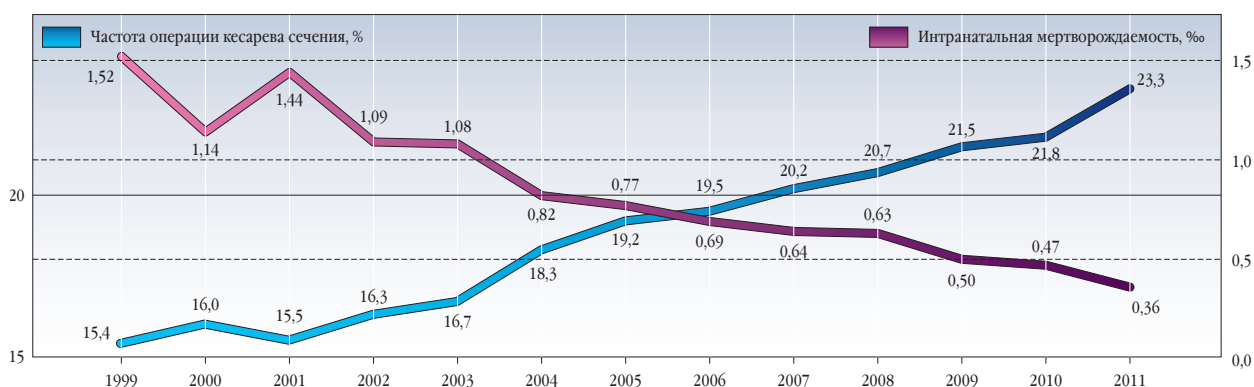
Для изучения причин внутриутробной гипоксии проведен ретроспективный анализ 1320 историй родов в различных учреждениях родовспоможения, подведомственных ДЗ Москвы, с симптомами внутриутробной

1



ДИНАМИКА РАННЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ И КОЛИЧЕСТВА ДЕТСКИХ РЕАНИМАЦИОННЫХ КОЕК В АКУШЕРСКИХ СТАЦИОНАРАХ ДЗ МОСКВЫ, 1999–2011 ГОДЫ

2



ИНТРАНАТАЛЬНАЯ МЕРТВОРЖДАЕМОСТЬ И ДОЛЯ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ (ОТ ВСЕХ РОДОВ) В ЛПУ ДЗ МОСКВЫ В 1999–2011 ГОДАХ

гипоксии плода, приведшей к перинатальной смертности в 2008–2011 годах. При анализе указанных историй родов было установлено, что возраст пациенток варьировал от 18 до 43 лет, в 75% случаев – от 25 до 37 лет. Первородящих пациенток было 674 (51,0%). Большинство этих пациенток (573, или 84%) во время беременности состояли на учете в женской консультации.

Гибель плода, несмотря на регулярное наблюдение в условиях женской консультации, произошла в основном на догоспитальном этапе (у 1082 беременных (81,9%).

Все 1320 пациенток были разделены на две группы.

*Первую группу* составили абсолютное большинство беременных (1268; 96,1%), у которых причиной гибели плодов явилась классическая гипоксия (наличие объективных диагностированных причин кислородного голодания плода, приведшего к его внутриутробной гибели).

Следует отметить, что пациентки данной группы имели низкий уровень гинекологической или экстрагенитальной патологии.

В структуре указанных причин гипоксии в первой группе ведущее место заняла плацентарная недостаточность: хроническая (при наличии экстрагенитальной патологии или осложнений беременности, сопровождающейся задержкой роста плода, задержкой роста плода с фетодисплазиями, гипоксией плода) – у 937 беременных (74%) и острая (при преждевре-

менной отслойке нормально расположенной плаценты, кровотечении при предлежании плаценты, разрыве матки) – у 253 беременных (19,9%), на что указывают и другие исследования. Кроме того, причиной гипоксии в этой группе могла явиться патология пуповины (обвитие пуповины, неправильное прикрепление, истинный узел, неправильное развитие сосудов пуповины) – у 78 беременных (6,1%). Следует отметить, что большинство пациенток с хронической плацентарной недостаточностью (732; 88%) наблюдались в женской консультации, у большинства беременных преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (204; 87,6%) диагностирована на догоспитальном этапе.

Во *вторую группу* вошли 52 пациентки (3,9%) с одноплодной доношенной беременностью, у которых причины внутриутробной гипоксии, приведшей к антенатальной мертворождаемости, не были установлены.

Все 52 беременные регулярно наблюдались в женской консультации, у них отсутствовала какая-либо акушерская и тяжелая соматическая патология, не было вредных привычек. Данные, полученные при сравнении пациенток двух групп, представлены в таблице 1.

Во второй группе у большинства беременных произошли повторные своевременные роды, диагностика состояния плода во время беременности (КТГ, УЗИ, доплерометрия) проводилась в декретированные сроки. Все результаты



Таблица 1

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСЛЕДОВАНИЯ ПЛОДОВ  
И ФЕТОМЕТРИИ У ПАЦИЕНТОК РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП**

Показатели	Первая группа (причины гипоксии плода диагностированы) n = 1268	Вторая группа (причины гипоксии плода не диагностированы) n = 52
Число повторных родов	280 (22%)	41 (78,9%)
Срок гестации, недель	33,2 ± 6,0	38,4 ± 2,0
КТГ до гибели, дней	4,5 ± 3,0	5,1 ± 2,0
УЗИ до гибели, дней	5,6 ± 3,0	7,1 ± 3,0
Доплерометрия в системе «мать – плацента – плод», дней	6,5 ± 4,0	7,2 ± 2,0
Масса плода, г	2420 ± 340	3200 ± 500
Масса плаценты, г	310 ± 50	362 ± 29

инструментального обследования плодов, проведенного незадолго до родов, были в пределах нормы. У всех беременных этой группы отсутствовали клинические проявления гипоксии плода во время беременности. При рождении ни один плод не имел внешних патологических изменений.

На базе Морозовской детской городской клинической больницы всем 52 плодам было проведено патологоанатомическое исследование. Установлено, что в 27 случаях (51,9%) имелась патологическая незрелость плаценты, у 15 (28,9%) – незначительная гипоплазия зрелой плаценты, у 6 плодов (11,5%) диагностирован тромбоз вен пуповины, у 4 (7,7%) – ложный узел длинной пуповины. Выявленные отклонения могли являться только косвенной причиной антенатальной мертворождаемости.

В связи с этим введен термин «синдром внезапной смерти плода», под которым понимается смерть плода, наступившая без явных клинических проявлений страдания плода во время беременности, не выявленных также при патологоанатомическом исследовании.

В настоящее время существует понятие синдрома внезапной детской смерти – внезапной смерти младенца, наступившей во время сна и не предварявшейся симптомами или признаками летальной болезни. Исследования данной проблемы интенсивно ведутся со второй половины 80-х годов XX века. Существует несколько патофизиологических моделей, пытающихся объяснить внезапную младенческую смерть. Наиболее распространенная из них – гипотеза апноэ, однако истинные причины данного синдрома в большинстве случаев остаются невыясненными, даже после патологоанатомического исследования.

Синдром внезапной смерти плода – многофакторный, так же как и синдром внезапной смерти младенца, и можно предположить, что в основе его патогенеза лежит острая сердечно-сосудистая недостаточность. Нельзя исключить и возможность генетических нарушений, которые могут приводить к патологическим расстройствам,

обуславливающим внезапную смерть плода. Необходимо дальнейшее детальное изучение данной проблемы.

Следует отметить, что, несмотря на отсутствие понимания причин синдрома внезапной смерти плода, на сегодняшний день очевидна необходимость своевременной диагностики внутриутробного страдания плода для предотвращения его гибели.

Как известно, для снижения антенатальной мертворождаемости от внутриутробной гипоксии необходимо тщательное наблюдение и своевременное обследование беременной и плода, в том числе проведение кардиотокографии, ультразвукового исследования, плацентометрии и доплерометрии в динамике.

Исходя из современных позиций, кардиомониторирование плода в амбулаторно-поликлинических учреждениях должно проводиться в III триместре беременности не менее двух раз в неделю. Это позволяет получать достоверную своевременную информацию о состоянии плода. Однако необходимость столь частого обследования сопряжена с определенными трудностями. Во-первых, от беременной требуется посещение амбулаторно-поликлинического учреждения несколько раз в неделю. Во-вторых, отмечается нехватка аппаратов для проведения КТГ, что приводит к длительному ожиданию очереди для обследования.

Нами предложено проведение дистанционного кардиомониторирования плода в III триместре беременности. Данная система позволяет беременной самостоятельно (до нескольких раз в день) в домашних условиях записывать КТГ плода на портативный фетальный монитор, подключенный к персональному компьютеру. Затем при помощи Интернета осуществляется передача данных в личный рабочий кабинет врача.

В настоящее время подобные исследования произведены нами у 4093 беременных. У 3729 пациенток (91,1%) при проведении кардиотокографии патология со стороны плода отсутствовала.



У 364 беременных (8,9%) в ходе дистанционного кардиомониторирования выявлены признаки гипоксии плода. Все эти пациентки были в этот же день вызваны в клинику для консультации и проведения дополнительного обследования (УЗИ, доплерометрии в динамике).

У 158 из 364 беременных (43,4%) были установлены показания для проведения кесарева сечения в экстренном порядке:

- у 62 пациенток при ультразвуковом исследовании выявлена преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, не сопровождавшаяся клиническими проявлениями (отмечено лишь незначительное повышение тонуса матки). При проведении кесарева сечения обнаружены участки отслойки плаценты от  $1,5 \times 2,5$  до  $3 \times 3$  см;
  - у 62 беременных родоразрешение совершено путем кесарева сечения в связи с острой гипоксией плода. Интраоперационно установлено, что у 12 пациенток гипоксия была связана с разрывом матки по рубцу после миомэктомии, у 24 – с трехкратным обвитием пуповины вокруг шеи плода, у 26 – с истинным узлом пуповины и обвитием пуповины вокруг ножки плода. Следует отметить, что у 7 из вышеуказанных беременных в момент обращения в клинику диагностировано начало родовой деятельности;
  - 28 пациенткам, учитывая доношенный срок гестации, подготовленность родовых путей, произведена амниотомия: излились зеленые околоплодные воды (2А). С началом родовой деятельности диагностирована острая гипоксия плодов, пациентки родоразрешены путем кесарева сечения в экстренном порядке.
- У 206 из 364 пациенток (56,6%) беременность протонирована в условиях отделения патологии беременности:
- 188 из них были выписаны под наблюдение врача женской консультации в связи с удовлетворительным состоянием плода по данным УЗИ и КТГ.

У этих пациенток произошли своевременные роды без осложнений;

- 18 беременных, в том числе 8 пациенток с бихориальной биамниотической двойней, на вторые-третьи сутки пребывания в отделении патологии беременных были родоразрешены в экстренном порядке в связи с диагностированным ухудшением состояния плода по данным УЗИ, доплерометрии, КТГ.

Обращает на себя внимание факт, что ни в одном из указанных наблюдений ни один плод не погиб.

Необходимо отметить преимущества дистанционного (домашнего) кардиомониторирования: данная методика проста в использовании, не требует временных затрат, что особенно актуально в условиях мегаполиса, присутствует возможность онлайн-связи между врачом и пациенткой. Кроме того, постоянная уверенность беременной и врача в удовлетворительном состоянии плода является важным психологическим аспектом.

В результате нами установлено, что в структуре перинатальной смертности имеет место антенатальная мертворождаемость, возникающая вследствие реализации синдрома внезапной смерти плода, предположительно многофакторного. Предупредить развитие данного синдрома можно за счет своевременной диагностики внутриутробного страдания плода на основании клинических данных и современных диагностических технологий (ультразвуковое исследование, доплерометрия, дистанционная кардиотокография), используемых в динамике. Нельзя недооценивать и роль такой организационной формы медицинской помощи, как разъяснительная работа с беременными на амбулаторно-поликлиническом этапе.

Таким образом, комплексное проведение вышеуказанных мероприятий позволяет своевременно выявлять ухудшение состояния плода, определять стратегию ведения беременности и родов, обеспечить тем самым дальнейшее снижение перинатальных потерь.

СТАТЬЯ ПОДГОТОВЛЕНА ПРИ УЧАСТИИ:

ЗАВЕДУЮЩЕЙ ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИМ  
ОТДЕЛОМ ПО АКУШЕРСТВУ И ГИНЕКОЛОГИИ ДЕПАРТАМЕНТА  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ  
Ю.Ю. Кутаковой

ВРАЧА ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКОГО ОТДЕЛА ПО АКУШЕРСТВУ  
И ГИНЕКОЛОГИИ ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ  
Е.Н. Сонголовой

ВРАЧА АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА  
ПЕРИНАТАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА  
А.В. Белоусовой

АСПИРАНТА КАФЕДРЫ ОБЩЕСТВЕННОГО  
ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОУ ВПО «РОССИЙСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» РОСЗДРАВА  
А.С. Чемезова

ЗАВЕДУЮЩЕЙ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИМ ОТДЕЛЕНИЕМ  
ГБУЗ «МОРОЗОВСКАЯ ДЕТСКАЯ ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»  
ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ  
Л.Н. Каск