

Лабораторные и ультразвуковые маркеры, влияющие на длительность латентного периода при преждевременном излитии околоплодных вод.

Васильев С.А., Курлович И.В., Ващилина Т.П., Прилуцкая В.А., Виктор С.А.
РНПЦ «Мать и дитя», Минск, Республика Беларусь

ВВЕДЕНИЕ

Преждевременные роды – одна из важнейших мировых проблем, учитывая высокую неонатальную смертность и заболеваемость, а также детскую инвалидность. По данным ВОЗ ежегодно в мире рождается около 15 миллионов недоношенных детей. Из них около 1 миллиона – экстремально ранние преждевременные роды в сроке 22/0–27/6 недель, при которых отмечается низкая выживаемость, особенно до 26/0 недель беременности.

Одной из наиболее распространенных причин преждевременного прерывания беременности является преждевременное излитие околоплодных вод (ПИОВ), а дальнейшее ведение беременной женщины зависит от выявления признаков хориоамнионита (ХА).

На современном этапе существуют две тактики ведения недоношенной беременности, осложненной ПИОВ, – активная и консервативно-выжидательная. Пролонгирование беременности (латентный период) на 14 дней и более при ПИОВ в сроки беременности 22-34 недели снижает риск неблагоприятных перинатальных исходов, однако пролонгирование беременности в условиях длительного безводного промежутка увеличивает риск гнойно-септических осложнений у матери и плода. Поэтому ранняя диагностика ХА имеет решающее значение для улучшения исходов для здоровья матери и новорожденного.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Ретроспективное исследование. 173 беременных женщин с преждевременным излитием околоплодных вод в сроке беременности 154–196 дней, получивших медицинскую помощь в РНПЦ «Мать и дитя».

В нашем исследовании длительность ЛП была разделена на 5 промежутков: 0–1 день (32 (18,5%) случая), 2–3 дня (45 (26,0%) случаев), 4–7 дней (48 (27,7%) случаев), 8–14 дней (23 (13,3%) случая) и 15 дней и более (25 (14,5%) случаев). Средний ЛП составил 4 (2–9) дней.

На рисунке 1 представлено распределение беременных женщин с ПИОВ по показаниям для досрочного родоразрешения в зависимости от длительности ЛП.

На рисунке 2 представлена динамика наличия инфекционно-воспалительного поражения последа в зависимости от ЛП у беременных женщин с ПИОВ. С увеличением ЛП после ПИОВ не наблюдался рост инфекционно-воспалительного поражения последа.

Статистическую обработку материала выполнили с использованием «STATISTICA 10.0». Статистически значимыми принимали различия при $p < 0,05$.

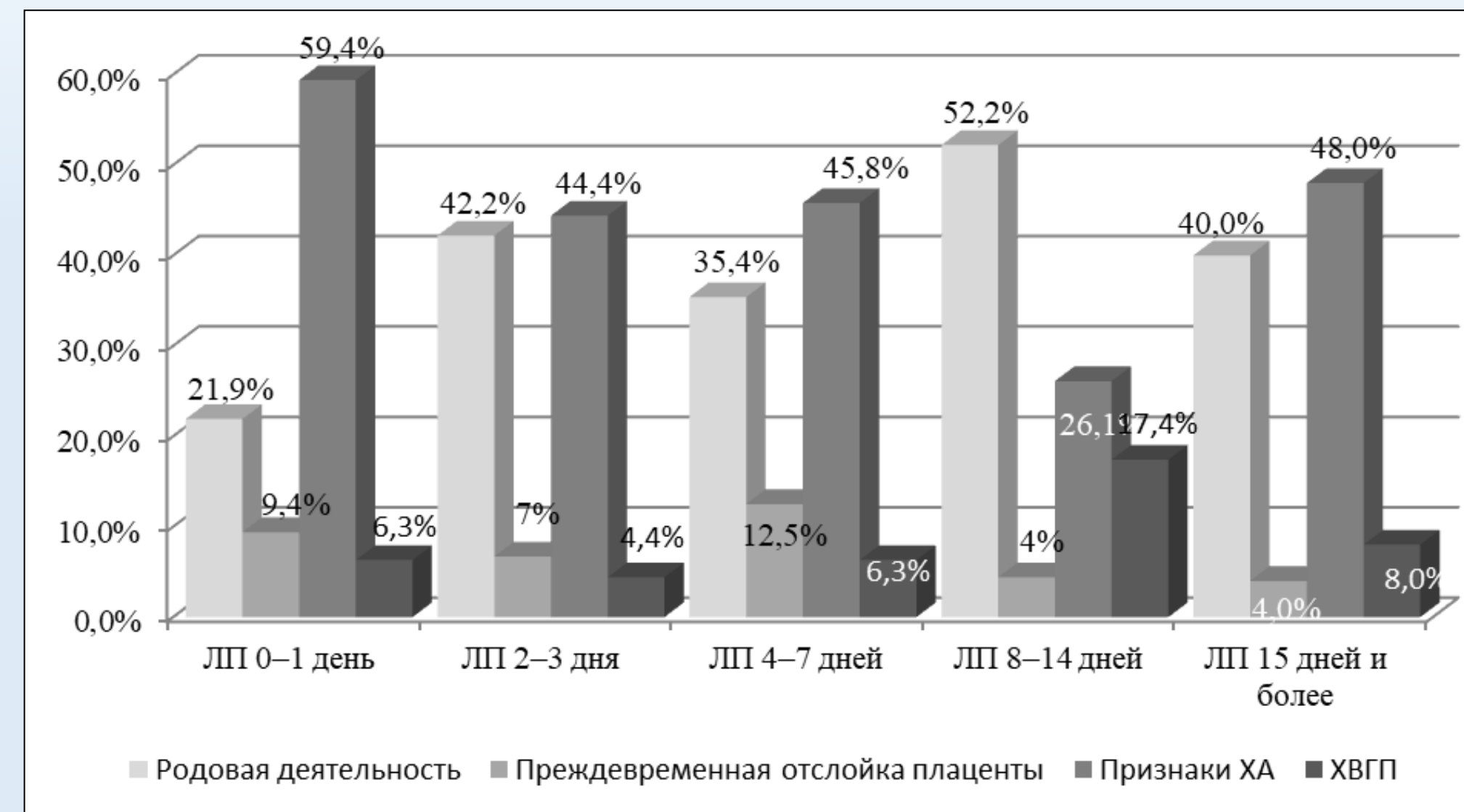


Рисунок 1 – Показания для досрочного родоразрешения в зависимости от длительности ЛП

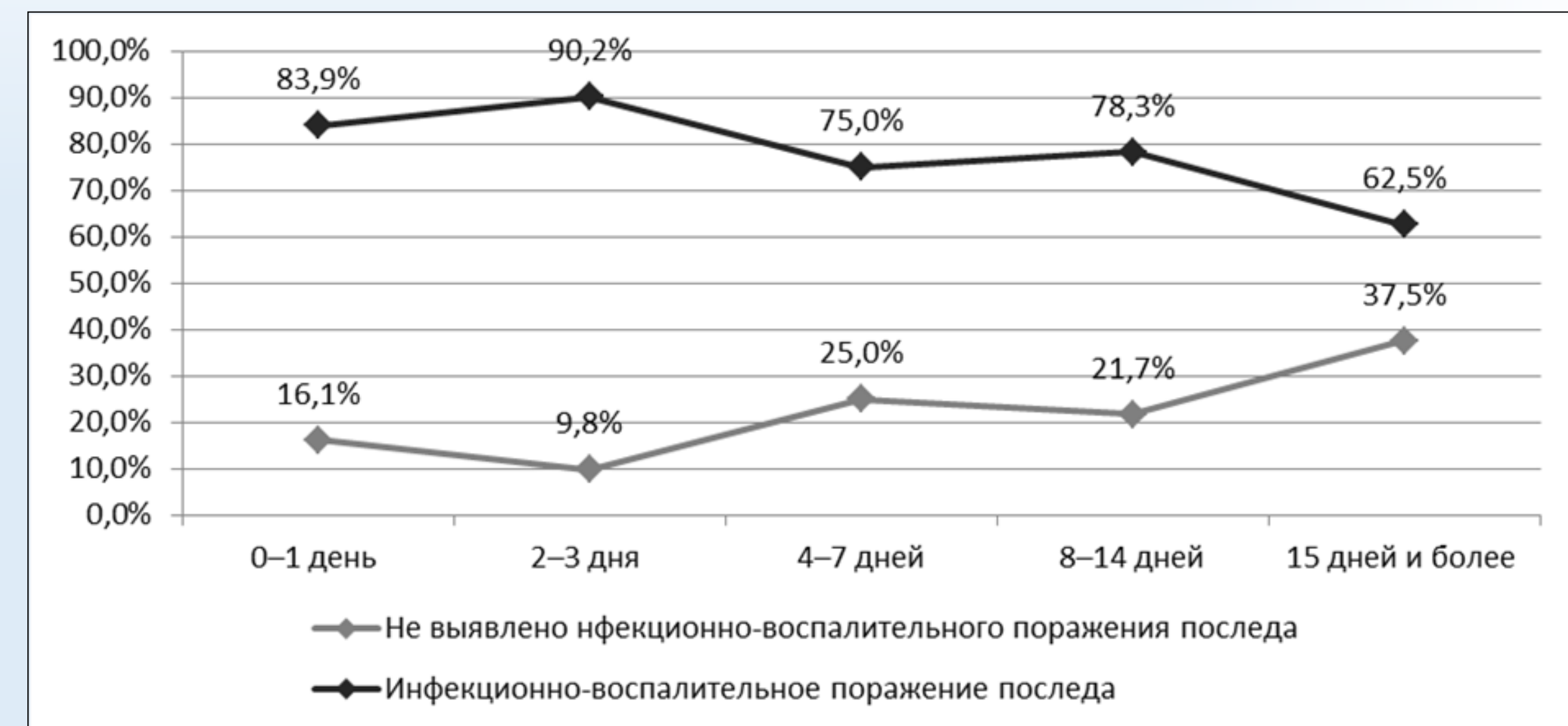


Рисунок 2 – Динамика наличия инфекционно-воспалительного поражения последа в зависимости от длительности ЛП

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЯ

Для поиска факторов, ассоциированных с длительностью ЛП у беременных женщин с ПИОВ, был проведен корреляционный анализ (данные в таблице). Выявлена обратная корреляционная связь умеренной силы между уровнем лейкоцитов, палочкоядерных и сегментоядерных нейтрофилов, СОЭ, фибриногена, СРБ и длительностью ЛП и прямая корреляционная связь умеренной силы между уровнем ИАЖ и лимфоцитов и длительностью ЛП у беременных женщин с ПИОВ.

Таблица – Факторы, ассоциированные с длительностью ЛП у беременных женщин с ПИОВ

Показатели	r_s	p
Индекс амниотической жидкости	0,19	0,015
Уровень лейкоцитов в периферической крови	-0,35	<0,001
Уровень палочкоядерных нейтрофилов (%) в периферической крови	-0,28	<0,001
Уровень палочкоядерных нейтрофилов (абсолютное значение) в периферической крови	-0,33	<0,001
Уровень сегментоядерных нейтрофилов (абсолютное значение) в периферической крови	-0,32	<0,001
Уровень лимфоцитов (%) в периферической крови	0,20	0,010
Значение СОЭ	-0,29	<0,001
Уровень фибриногена	-0,34	<0,001
Уровень СРБ	-0,44	<0,001

Выводы

1. Длительность ЛП после ПИОВ не влияет на рост инфекционно-воспалительного поражения последа.
2. Перспективным является поиск лабораторных маркеров инфекционно-воспалительного поражения последа, необходимых для принятия решения о пролонгировании беременности при преждевременном излитии околоплодных вод.

Об авторах:

Васильев Сергей Алексеевич – директор РНПЦ «Мать и дитя», к.м.н.

Курлович Иван Васильевич – заместитель директора по научной работе РНПЦ «Мать и дитя», к.м.н., доцент

Ващилина Татьяна Павловна – заведующая лабораторией репродуктивного здоровья РНПЦ «Мать и дитя», к.м.н., доцент

Семенчук Венера Леонидовна – заместитель директора по медицинской экспертизе и реабилитации РНПЦ «Мать и дитя», к.м.н.

Прилуцкая Вероника анатольевна – доцент 1-й кафедры детских болезней. БГМУ, к.м.н., доцент

Виктор Светлана Александровна – научный сотрудник лаборатории репродуктивного здоровья РНПЦ «Мать и дитя»