

**Е. В. Морозова<sup>1</sup>, Ю. И. Рогов<sup>2</sup>, Е. И. Барановская<sup>3</sup>, Р. В. Дорошенко<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>УЗ «Гомельское областное клиническое патологоанатомическое бюро»,

<sup>2</sup>ГУ «Белорусская медицинская Академия последипломного образования»,

<sup>3</sup>ГУО «Гомельский государственный медицинский университет»

## Анализ влияния вич-инфекции на течение беременности и формирование плацентарной дисфункции

В г. Гомеле и Гомельской области на 01 июня 2009 года официально зарегистрированное общее число ВИЧ-инфицированных составило 5235 человек. Из них 36,7% (1921) составляют женщины [1]. Распространение ВИЧ-инфекции среди женщин приводит к увеличению количества детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей. Стабильным остается ежегодное количество беременных женщин с ВИЧ-инфекцией. В 2008 году родилось 85 детей от ВИЧ-инфицированных женщин. За период январь-май 2009 года – 59 детей [1].

По данным мировой статистики, ежегодно беременеют около 2,5 миллионов ВИЧ-инфицированных женщин [4]. Актуальность проблемы обусловлена необходимостью предупреждения развития ВИЧ-инфекции у плода и новорожденного в будущем.

ВОЗ предложены и активно исследуются различные протоколы вмешательства по снижению процента трансмиссии ВИЧ-инфекции на уровне ведения беременности, родов и перинатального периода [4]. С момента установления диагноза ВИЧ-инфекции у беременной женщины, но не ранее 14 недель, назначается профилактический курс антиретровирусной терапии, родоразрешение осуществляется путем операции «кесарево сечение», исключается грудное вскармливание младенца с назначением антиретровирусной терапии. Вирус (по данным ПЦР) обнаруживается в тканях эмбриона уже в I триместре беременности, вирус - специфический антиген p24 начинает обнаруживаться в тканях начиная со II триместра [2, 3].

Целью исследования явилось изучение особенностей формирования плацентарной недостаточности у беременных женщин с различными стадиями ВИЧ-инфекции на фоне регулярного приема антиретровирусных препаратов, что позволит выработать алгоритм ведения беременности у ВИЧ-инфицированных женщин для улучшения перинатальных исходов.

Материалы и методы исследования. Работа выполнена на базе отделения детской и перинатальной патологии ГУЗ «Гомельское областное клиническое патологоанатомическое бюро». Проведен ретроспективный анализ 26 историй срочных родов ВИЧ-инфицированных женщин и 26 историй родов неинфицированных женщин, вошедших в контрольную группу методом случайной выборки, срочные роды которых произошли в 2008 году в г. Гомеле. Во всех случаях плаценты были подвергнуты патологоанатомическому исследованию: производилось макроскопическое и микроскопическое исследования (осуществлялся забор кусочков плацентарной ткани из центральных и периферических зон, из оболочек и пуповины). Использована окраска гематоксилином и эозином.

Диагноз ВИЧ-инфекции был установлен на основании эпидемиологических, клинико-лабораторных данных, с указанием стадии и расшифровкой вторичных заболеваний. Средний возраст ВИЧ-инфицированных беременных был 27 + 0,16 лет и 22 + 0,6 лет в контрольной группе. ВИЧ-инфицированные женщины вставали на учет по беременности в женских консультациях в более поздние сроки по различным причинам по сравнению с женщинами контрольной группы. Анализ путей инфицирования ВИЧ-инфекцией указывает, что преобладает половой путь инфицирования - 80,77%, парентеральный - 19,23%. Хронический вирусный гепатит С был диагностирован в 15% случаев, хронический микст-гепатит (В+С) - в 3,8% случаев. Все беременные ВИЧ-инфицированные женщины получали препараты антиретровирусной терапии.

Результаты исследования и обсуждение. Лабораторная диагностика у данных ВИЧ-инфицированных женщин свидетельствует, что асимптомная клиническая I стадия (классификация по системе ВОЗ, март 2004) диагностирована в 9 случаях (34,6%). Из них: бессимптомное течение – 6 (66,6%); генерализованная лимфаденопатия – 3 (33,3%); II стадия (ГЛП + умеренно выраженные поражения кожи и слизистых) – 8 случаев (30,7%); III стадия – 8 случаев (30,7%); IV стадия – 1 случай (4%).

Согласно классификации ВИЧ-инфекции (CDC, США, 1993), выделяются клинические стадии: категория А (бессимптомная или ГЛП) - 10 случаев (38,4%), а именно: А1 – 8 случаев (30,8%), А2 – 1 случай (3,8%), А3 – 1 случай (3,8%), что сопряжено с умеренной выраженными проявлениями иммунологической недостаточности. Категория В (манифестная, но не А и не С) - 15 случаев (57,7%), а именно: В1 – 3 случая (11,5%), В2 – 10 случаев (38,5%), В3 – 2 случая (7,7%). Категория С3 (СПИД-индикаторные состояния) - 1 случай (3,9%), что соответствует тяжелой иммуносупрессии. Таким образом, лабораторная диагностика свидетельствует о средней степени риска перинатальной ВИЧ-трансмиссии в данной группе.

Патологоанатомическое исследование плаценты показало, что в исследуемой группе плацент ВИЧ-инфицированных беременных женщин достоверно присутствовали признаки плацентарной недостаточности различной степени выраженности. Масса доношенной плаценты (без оболочек и пуповины) была от 330,0 г до 700,0 г. (средняя масса - 390,0 г). В контрольной группе признаки плацентарной недостаточности были выявлены в 4 случаях (15,4%); масса доношенной плаценты была от 380,0 г до 650,0 г (средняя масса – 440,0 г).

В исследуемой группе плацент ВИЧ-инфицированных беременных женщин маточно-плацентарная форма хронической плацентарной недостаточности наблюдалась в 5 случаях (19,23%) с преобладанием крупных, различной давности ишемических инфарктов. В контрольной группе не выявлено. Изолированная плацентарная форма плацентарной недостаточности с наличием синхронной гипотрофии плода и снижением массы плаценты с нарушением соотношения капиллярного русла и стромы в незрелых ворсинах, преобладание склеротических процессов в плодных капиллярах – 3 случая (11,54%). В контрольной группе – 1 случай (3,8%). Преимущественно фетоплацентарная форма хронической плацентарной недостаточности с сопровождающейся относительной гипотрофией плода и явной тенденцией к гиперплазии плаценты, где отмечается сужение просвета и гипертрофия стенок артериол и артерий хориальной пластинки и опорных ворсин с расширением вен и венул, наблюдалась в 18 случаях (69,23%). В контрольной группе – 3 случая (11,4%).

### **Выводы**

1. Проведенный анализ показал, что в сравнении с контрольной группой у ВИЧ-инфицированных беременных женщин достоверно чаще отмечаются осложнения беременности в виде хронической плацентарной недостаточности в различной степени выраженности на фоне проводимой высоко активной антиретровирусной терапии.

2. Отсутствует выраженный параллелизм между стадией ВИЧ-инфекции и морфологическими изменениями в плаценте, что объясняется состоянием иммуносупрессии.

3. Наиболее частые и выраженные осложнения во время беременности – генерализованная лимфаденопатия и персистирующий оральным или вульвовагинальным кандидоз.

### **Литература**

1. [Электронный ресурс] / Официальный сайт Гомельского горисполкома. - Гомель, 2009. - Режим доступа: <http://www.gorod.gomel.by>. – Дата доступа: 12.06.2009 г.

2. Милованов, А.П. Патология системы мать-плацента-плод: Руков. для врачей / Милованов А.П. – М., 1999. – 448 с.

3. Экстраэмбриональные и околоплодные структуры при нормальной и осложненной беременности / Под ред. В.Е. Радзинского и А.П. Милованова. – М., 2004. – 393 с.

4. World Health Organization (WHO)/Joint United Nations Program on HIV/AIDS (UNAIDS): HIV in pregnancy: a review.-Geneva, 1999