

3. Лобзин Ю.В. и др. Прогноз инфекционной заболеваемости населения и Вооружённых Сил РФ на период до 2020 года // Там же. – С.210-211.
4. Малышев В.В., Огарков П.И. Эпидемиологические аспекты кишечных антропонозов у военнослужащих // Там же. – С.230-231.
5. Милютин Л.Н. Актуальные проблемы современных шигеллёзов у детей // Там же. – С.49-50.
6. Покровский В.И., Ющук Н.Д. Бактериальная дизентерия. – М.: Медицина, 1994. – 256с.

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

А.В. Горленко, И.Е. Валамина

ИЗМЕНЕНИЯ В ПЛАЦЕНТЕ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Уральская государственная медицинская академия

По данным Российского научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, в России до настоящего времени сохраняется рост числа ВИЧ-инфицированных беременных и рожденных ими детей. ВИЧ-инфекция вызывает фето-плацентарную недостаточность (ФПН) [1]. Кроме того, многие ВИЧ-инфицированные женщины употребляют наркотики (в частности кокаин), который вызывает изменения в плаценте по типу васкулита [1]. С другой стороны, выделяют факторы, предрасполагающие и отягощающие ФПН: курение, употребление алкоголя, прием медикаментов, отягощенный акушерский анамнез, инфекционные заболевания, заболевания, передаваемые половым путем. Так, по данным ST Louis ME et al. (1993), цитомегаловирус приводит к плацентиту, что может способствовать вертикальной передаче ВИЧ-инфекции. На сегодняшний день внутриутробное инфицирование плода вышло на второе место после гестоза по степени влияния на возникновение хронической фетоплацентарной недостаточности и гипотрофии плода [2].

Таким образом, наличие или сочетание данных факторов является основанием для включения женщины, особенно ВИЧ-инфицированной, в группу повышенного риска возникновения и развития перинатальной патологии, такой как СЗРП, гипотрофия плода.

Целью нашего исследования явилось изучение изменений в плаценте при ВИЧ-инфекции.

Материалы и методы исследования

Проведено морфологическое исследование 50 плацент, полученных в результате самостоятельных родов (40 случаев – 80%) или оперативных родов – путем кесарева сечения (10 случаев – 20%).

Морфологическое исследование плаценты включало макро- и микроскопическое описание. Макроскопическое изучение плаценты проводили сразу после ее отделения. Проводилась органомерия, т.е. определялась масса плаценты без оболочек с культи пуповины не > 1 см, высчитывали плацентарно-

плодовый коэффициент (ППК) – отношение массы плаценты к массе плода.

Тщательно осматривали плаценту для выявления макроскопических патологических изменений (гематом, инфарктов, кальцинатов и т.д.), вычисляли удельную долю нефункционирующих участков. Для гистологического исследования брались кусочки 1,5x0,8 см в случайном порядке через всю толщу плаценты из центральной, парацентральной и краевой зон, а также кусочки из макроскопически видимых патологических очагов (кроме кальцинатов). Материал фиксировали в 10% нейтральном формалине по Лили (1970) и проводили по спиртам возрастающей концентрации с последующей заливкой в парафин. Срезы окрашивали гематоксилин-эозином и по Ван-Гизону, некоторые – по Маллори [3].

При светооптическом исследовании микропрепаратов обращали внимание на пространственные взаимоотношения компонентов плаценты, преобладающий тип ворсин, их васкуляризацию, сформированность истинных синцитиокапиллярных мембран, состояние амниона и хориальной пластинки, межворсинчатого пространства, состояние сосудов хориальной пластинки и ворсинчатого хориона, выраженность фибриноида вневорсинчатого и плодового, развита стroma ворсин, состояние базальной пластинки, периферического трофобласта. Особенно тщательно изучались патологические изменения в плацентах: наличие и выраженность экссудативного и продуктивного воспаления, нарушение кровообращения, признаки специфической трансформации клеток как маркера вирусной инфекции. Также обращали внимание на структурные изменения, свидетельствующие о выраженности компенсаторно-приспособительных процессов. Для оценки васкуляризации ворсин производили подсчет капилляров и количество синцитиокапиллярных мембран в терминальных ворсинах (в норме 3-4 капилляра в ворсине).

Для стандартизации микроскопического исследования был разработан алгоритм исследования плаценты.

Статистическую обработку производили с помощью непараметрических методов статистического анализа (Гланц С., 1999). Для изучения качественных признаков использовался критерий χ^2 , а при небольшом числе наблюдений или при ожидаемых значениях в любой из клеток таблицы сопряженности меньше

5 применялся точный метод Фишера (двусторонний вариант).

Так как от состояния плаценты зависит и вес плода, все плаценты от ВИЧ-инфицированных родильниц были предварительно разделены на 2 группы: I группа – плаценты, где вес ребенка при рождении нормальный; II группа – плаценты, где вес при рождении ребенка снижен.

Результаты исследования и их обсуждение

Средняя масса плацент II группы (400±91,29 г) была меньше показателя массы плацент I группы (476,2±76,33 г), (p<0,05). Это соответствовало и более низкой массе новорожденных во II группе. При этом плацентарно-плодовый коэффициент в обеих группах был 0,136±0,02 (p>0,05). Пороков развития сосудов пуповины в анализируемых случаях не выявлено.

Выявленные при морфологическом исследовании изменения в плацентах представлены в табл. Как видно из таблицы, признаки ХПН выявлены в 38% случаев (по сравнению с 18,5% ХПН, встречающейся в группе здоровых рожениц, по данным Серебrenниковой К.Г. (2003), продуктивный виллузит достоверно чаще (в 1,6 раза) встречался в группе плацент, где вес ребенка при рождении был снижен; в 5 (10%) плацентах – пролиферативный эндартериит только в группе, где вес ребенка при рождении был снижен (p<0,05). В 1/5 плацент наблюдалась выраженная капиллярная гиповаскуляризация ворсин хориона (20%), но разница между группами не была статистически достоверной (p>0,05).

Таблица

Характеристика изменений в плаценте от ВИЧ-инфицированных родильниц

Тип патологических изменений	Плаценты I группы, n=29		Плаценты II группы, n=21		p
	Абс.	%	Абс.	%	
Эксудативный хорионит	5	17,2	5	23,8	p>0,05
Всего	10 (20%)				
Амнионит	-	-	3	14,2	p>0,05
Всего	3 (6%)				
Виллузит острый эксудативный	-	-	3	14,2	p>0,05
Всего	3 (6%)				
Виллузит продуктивный	8	27,5	13	65	p<0,05
Всего	21 (42%)				
Незрелость плаценты (ХПН)	11	37,9	8	38	p>0,05
Всего	19 (38%)				
Ангиоматоз ворсин	8	27,5	5	23,8	p>0,05
Всего	13 (26%)				
Гиповаскуляризация ворсин	5	17,2	5	23,8	p>0,05
Всего	10 (20%)				
Ангиопатии – пролиферативный эндартериит	-	-	5	23,8	p<0,05
Всего	5 (10%)				
Гиперплазия ворсинчатого хориона	16	55,1	3	14,2	p<0,005
Всего	19 (38%)				
Гиперплазия синцитиальных почек	5	17,2	-	-	p>0,05
Всего	5 (10%)				
Специфическая трансформация	-	-	3	14,2	p>0,05
Всего	3 (6%)				
Нарушение кровообращения – инфаркты	-	-	5	23,8	p<0,05
Всего	5 (10%)				
Нарушение кровообращения – псевдоинфаркты	8	27,5	5	23,8	p>0,05
Всего	13 (26%)				
Нарушение кровообращения – тромбозы, кровоизлияние	3	10,3	13	61,9	p<0,001
Всего	16 (32%)				
Нарушение кровообращения – нарушение микроциркуляции	11	37,9	11	52,3	p>0,05
Всего	22 (44%)				
Фибриноид в строме ворсин	3	10,3	-	-	p>0,05
Всего	3 (6%)				

Воспалительные изменения в плаценте, выявленные только при гистологическом исследовании, обнаружены в виде экссудативного хорионита в 10 (20%) плацентах, чаще в группе, где вес ребенка был ниже нормы, однако различия между группами статистически не значимы ($p > 0,05$). На амнионит и острый экссудативный виллузит пришлось по 3 (6%) случая только в группе, где вес новорожденного был снижен. Частота встречаемости в популяционной выборке экссудативных воспалительных изменений в плаценте от женщин ВИЧ-негативных и с нормально протекавшей беременностью, по литературным данным [4], сопоставима с частотой этих изменений в плацентах от ВИЧ-инфицированных женщин. Однако есть данные [6], в которых показано, что наличие воспалительных изменений в плаценте способствует повышению риска вертикального инфицирования ВИЧ. Специфическая трансформация эпителия наблюдалась только в группе плацент, где вес детей при рождении был снижен. Но в этих изменениях статистически достоверной разницы не обнаружено.

Достаточно часто отмечались в обеих группах достоверные нарушения кровообращения различной степени выраженности, при этом тромбозы и кровоизлияния в 4,3 раза чаще обнаруживались в группе, где новорожденные имели сниженный вес ($p < 0,001$). Истинные инфаркты различной давности (старые и свежие) также достоверно чаще встречались в плацентах родильниц с маловесными детьми ($p < 0,05$).

Нарушения на уровне микроциркуляторного русла (стазы, сладжи эритроцитов, микротромбы) наблюдались одинаково часто в обеих группах плацент ($p > 0,05$).

Нами не обнаружено достоверной разницы между группами в обнаружении фибриноида в строме ворсин, признаков незрелости плаценты (ХПН) ($p > 0,05$). Однако компенсаторно-приспособительные изменения в виде гиперплазии ворсин хориона (значительное увеличение количества терминальных ворсин) достоверно чаще отмечалось в группе плацент от женщин с нормальным весом новорожденного ($p < 0,05$). По другим компенсаторно-приспособительным изменениям, таким как гиперплазия синцитиальных почек, компенсаторный ангиоматоз, статистически достоверной разницы не выявлено, хотя эти изменения встречались чаще в I, чем во II группе ($p > 0,05$).

Выводы

В целом следует отметить, что морфологические изменения в плацентах от ВИЧ-инфицированных женщин на светооптическом уровне не специфичны. Развитие в плацентах ВИЧ-инфицированных беременных патологических изменений: продуктивного виллузита, экссудативного воспаления (хорионита, виллузита, интервиллузита) и нарушений кровообращения осложняет фето-плацентарные взаимоотношения и чаще сопровождается рождением ребенка с более низкой массой тела.

ЛИТЕРАТУРА

1. Руководство по безопасному материнству. – М.: Издательство «Триада-Х», 1998. – 53 с.

2. Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А. Руководство по практическому акушерству. – М.: Медицинское информационное агентство, 1997. – 436с.
3. Милованов А.П., Брусилковский А.М. Методика исследования // Архив анатомии, гистологии и эмбриологии. – 1986. – № 8. – С.72-78.
4. Серебrenникова К.Г., Харина Н.А., Шешко Е.Л. Особенности морфологии плаценты при перинатальных потерях // Материалы V Российского Форума «Мать и дитя»/ Под ред. В.И. Кулакова. – Москва, 2003. – С.196-197.
5. ST Louis ME et al. Risk for perinatal HIV-1 transmission according to maternal immunologic, virologic and placental factors. JAMA, 1993, 169:2853-2859.
6. James Hill et al. Placental pathology and risk of perinatal HIV-1 transmission // Am. J. Obstet. Gynecol, 2003, 188: 94.

В.Н. Прохоров, Е.А. Петросян,
В.Д. Колясников, А.И. Степанов

ЗНАЧЕНИЕ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ПОДХОДА ПРИ ВЕДЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

Уральская государственная медицинская академия,
Центральная городская клиническая больница № 1,
г. Екатеринбург

Репродуктивную функцию следует рассматривать не просто как одну из важнейших функций человеческого организма, а как жизненно необходимую, обеспечивающую существование самого человеческого рода на Земле. Только максимально естественное, физиологическое течение всех этапов репродуктивного процесса: зачатия, беременности и родового акта способно создать полноценные возможности для оптимального развития плода и рождения здорового ребенка.

В настоящее время показатели состояния здоровья женщин и детей имеют не только важное медицинское значение, но и приобрели большую социальную значимость [5]. Охрана материнства и детства относится к приоритетным задачам любого государства, поскольку показатели материнской и перинатальной заболеваемости и смертности являются особенно чувствительным индикатором социально-экономического и культурного развития общества и необходимым гарантом его благополучия в будущем. Динамика показателей состояния здоровья беременных, рожениц, родильниц и новорожденных пока не дает оснований для оптимизма, а скорее вызывает серьезную озабоченность как со стороны медицинских работников и ученых, так и со стороны населения. В частности, уровень показателей материнской и перинатальной смертности в РФ в 3-3,5 раза выше, чем в экономически развитых странах [4]. Вышеперечисленные факты диктуют необходимость безотлагательного проведения глубокого анализа сложившейся ситуации для определения перечня наиболее важных