

Клинический случай №47

Капиллярная гемангиома плаценты. D18.0

Введение

В клинику обратилась пациентка Л., 1997 года рождения **(27 лет)**.

Анамнез жизни:

- родилась от первой беременности, родоразрешение путем операции кесарево сечение по поводу тазового предлежания плода и возраста матери (35 лет);
- росла и развивалась согласно возрастной норме, привита согласно календарю вакцинации.

Гинекологический анамнез:

- менархе в 12 лет, менструальная функция установилась сразу, менструации по 7 дней через 30 дней;
- с начала менструальной функции у пациентки отмечена первичная дисменорея, по поводу которой требовалось применение анальгетических лекарственных средств;
- половая жизнь с 18 лет.

Анамнез

- Гинекологической патологии не выявлено.
- Среди экстрагенитальных заболеваний – острые респираторные заболевания, желчекаменная болезнь, миопия слабой степени, микрокисты щитовидной железы в состоянии эутиреоза, хронический пиелонефрит (на момент беременности в состоянии ремиссии).
- Фармакологический и аллергический анамнез не отягощен.
- В 2019 году выполнено иссечение невусов крупных размеров на коже груди и живота, по данным гистологического исследования биопсийного материала – диспластический невус III степени.

Особенности работы пациентки

- Работает инженером в лаборатории по контролю на металлургическом производстве.
- В рабочие обязанности входит работа в металлургических цехах для анализа качества воздуха в цеховых помещениях, **в постоянном режиме контактирует с такими токсичными веществами**, как серная (2 класс опасности, или высокоопасные вещества) и соляная кислоты (3 класс опасности, вещества умеренно опасные), аммиак (4 класс опасности, малоопасные вещества, при ингаляционном воздействии – высокотоксичные), фосфорный ангидрид (2 класс опасности), окись цинка (2 класс опасности).
- После наступления беременности **до срока 16 недель продолжила выполнять свои профессиональные обязанности**, в том числе забирала пробы воздуха в цеховых помещениях.

Акушерский анамнез

- Данная беременность первая, планируемая, желанная.
- В течение 3 месяцев до наступления беременности пациентка получала комплексное витаминное лекарственное средство с L-метилфолатом, которое продолжила принимать после наступления беременности.
- При постановке на диспансерный учет по беременности отнесена в **группу низкого перинатального риска**, также осуществлялось наблюдение согласно группам материнского риска по развитию фетоплацентарной недостаточности, по преэклампсии и по инфицированию. Регулярно посещала женскую консультацию, всего 6 раз.
- Течение гестационного процесса осложнилось развитием **рвоты беременных средней степени** (лечение в условиях дневного стационара женской консультации), в 15 недель – амбулаторное лечение по поводу **острого респираторного заболевания с проявлениями ринофарингита** и повышением температуры тела до 38°C (симптоматическое лечение), тестирована на новую коронавирусную инфекцию Covid-19 – отрицательный результат.
- С 20 недель отмечает **выраженное увеличение массы тела** на 1,8 кг каждые 2 недели. К 29 неделям прибавка в массе составила 10 кг.

Инструментальное исследование (УЗИ)

- На сроке 12,0 недель в полости матки визуализируется 1 плод, копчико-теменной размер 52 мм (соответствует 12,0 неделям), хорион локализован по передней стенке, без изменений в структуре.
- Пульсационный индекс (ПИ) в маточной артерии справа 1,75, слева 1,22. Патологии плода не выявлено.
- На сроке 21,1 недели по результатам УЗИ выявлено **тазовое предлежание**, бипариетальный размер 48 мм, окружность головки 185 мм (21,0 неделя), окружность живота 163 мм (21,3 недели) и длина бедренной кости 36 мм (21,4 недели).
- **Количество околоплодных вод нормальное**, в пуповины 3 сосуда.
- **Плацента на передней стенке**, толщина 22 мм.
- ПИ в маточной артерии справа 0,89, слева 0,87, анатомия плода без особенностей, видимых аномалий развития плода нет.

Жалобы при поступлении

- За два дня до поступления в стационар беременная Л. (срок беременности 29,1 неделя) отметила **болезненное распираение живота в подреберных областях, многократную рвоту**, не приносящую облегчения и не связанную с приемом пищи, **одышку в положении лежа**, а также бессонницу и потерю аппетита вследствие вышеперечисленных симптомов.
- Пациентка сама заметила **значительное увеличение живота**. Стала плохо ощущать шевеление плода, к моменту госпитализации – **отсутствие шевелений плода**.
- Обратилась в женскую консультацию центральной районной больницы (срок беременности 29,3 недели), была выполнена кардиотокография – запись прерывистая. Учитывая невозможность оценки тахограммы и жалобы на отсутствие шевелений плода, врачом акушером-гинекологом было принято решение госпитализировать беременную Л. в родовое отделение больницы.

Исследования при поступлении

- Высота дна матки составила 40 см, окружность живота 99 см.
- По данным УЗИ, выполненного в центральной районной больнице, диагностировано **многоводие** (индекс амниотической жидкости (ИАЖ) 280) и тазовое предлежание плода, доплерометрические показатели в пределах гестационной нормы.
- Учитывая срок беременности, острое многоводие, пациентка Л. вечером переведена после дообследования на третий технологический уровень (прим. клинический случай описан в Беларуси).



Тактика

- При поступлении беременная также предъявляла жалобы на отсутствие шевелений, распирающие живота, инспираторную одышку.
- Пациентка обследована в полном объеме согласно действующему клиническому протоколу, начато лечение согласно разделу клинического протокола «Многоводие».
- По данным УЗИ, выполненном при госпитализации в родовое отделение УГОКБ, диагностировано многоводие (ИАЖ 350), толщина плаценты 22 мм, в средней трети в **области впадения сосудов пуповины** выявлено **образование изоэхогенной структуры размером 67*46 мм**. Из-за близости сосудов пуповины невозможно оценить васкуляризацию самого образования.
- На следующий день пациентка санитарным транспортом доставлена в медико-генетический центр (МГЦ) для консультации и уточнения диагноза. Отмечено **прогрессивное нарастание многоводия, увеличение образования**, в пределах общей капсулы опухоли визуализировано несколько образований.

УЗИ



А



Б

Рисунок 1 – УЗИ опухоли плаценты (вероятно, хориоангиомы) у пациентки Л., выполненное в УГОКБ (А) и в медико-генетическом центре (Б) с разницей в 1 день

Исследования в медико-генетическом центре

- По данным УЗИ в МГЦ бипариетальный размер 80 мм, окружность головки 273 мм (29,6 недели), окружность живота 269 мм (31,0 неделя), длина бедренной кости 58 мм (30,4 недели). ИАЖ 482, в пуповине 3 сосуда, плацента на передней стенке, толщиной 30 мм.
- Ближе к нижнему полюсу плаценты **солидное гипоэхогенное образование размером 76*80*54 мм с умеренным внутриузловым кровотоком.**
- ПИ в маточной артерии справа 0,91 и слева 0,72, в артерии пуповины 0,78, в средней мозговой артерии 2,46, пиковая систолическая скорость кровотока в средней мозговой артерии 0,58-0,60 (норма до 0,60).

Родоразрешение

- Учитывая состояние плода (патологический тип кардиотокограммы – низкая вариабельность, ареактивная тахограмма), данные УЗИ (пограничное значение пиковой систолической скорости в средней мозговой артерии), срок беременности и высокий риск перинатальных потерь, врачебным консилиумом принято решение родоразрешить беременную Л. путем операции **кесарево сечение**.
- Операция кесарево сечение выполнена стандартно.
- В раннем неонатальном периоде у новорожденного диагностирована **анемия тяжелой степени**, что потребовало проведения нескольких трансфузий трижды отмытых эритроцитов.

Исследование новообразования

- Макроскопически ткани плаценты без патологических изменений, в области впадения сосудов пуповины на материнской поверхности – **темно-красное солидное образование размером приблизительно 80*60 мм**, состоящее как бы из отдельных образований (рис. 2). Опухоль в процессе макроскопического осмотра плаценты самопроизвольно отделилась от своего ложа.
- Интраоперационно выполнена экспресс-биопсия опухоли со срочным гистологическим исследованием – подтвержден **доброкачественный характер опухоли**, злокачественных клеток выявлено не было.

Макропрепарат опухоли



А



Б

Рисунок 2 – Макроскопическая картина плаценты с опухолью (А) и самой опухоли (Б)

Гистологическое исследование

- Проведено дополнительное патогистологическое исследование самой опухоли и плаценты старшим преподавателем кафедры патологической анатомии УО «Гомельский государственный медицинский университет» Мишиным А.В. Микроскопически опухолевое образование было представлено дифференцированными сосудистыми структурами капиллярного типа с выраженной пролиферацией эндотелиальных клеток, кавернозными структурами и веноулярным компонентом. Поставлен **диагноз «Хориоангиома»**.
- В последние две недели перед родоразрешением пациентки Л. хориоангиома имела достаточно яркую клиническую картину, что, вероятно, было связано с ее интенсивным ростом. Несмотря на доброкачественный характер опухоли, интенсивный рост приводил к изменениям в самой опухоли, что гистологически было подтверждено наличием вторичных изменений в опухолевой ткани в виде **периваскулярных кровоизлияний, очагов миксоматоза, очаговых отложений солей кальция и участков некроза**.
- Морфологические изменения в самой плаценте представлены компенсаторно-приспособительными процессами в виде выраженного ангиоматоза терминальных и промежуточных зрелых ворсин с их полнокровием. В строме ворсин наблюдалась клеточная пролиферация и очаговый фиброз.

Гистологическое исследование

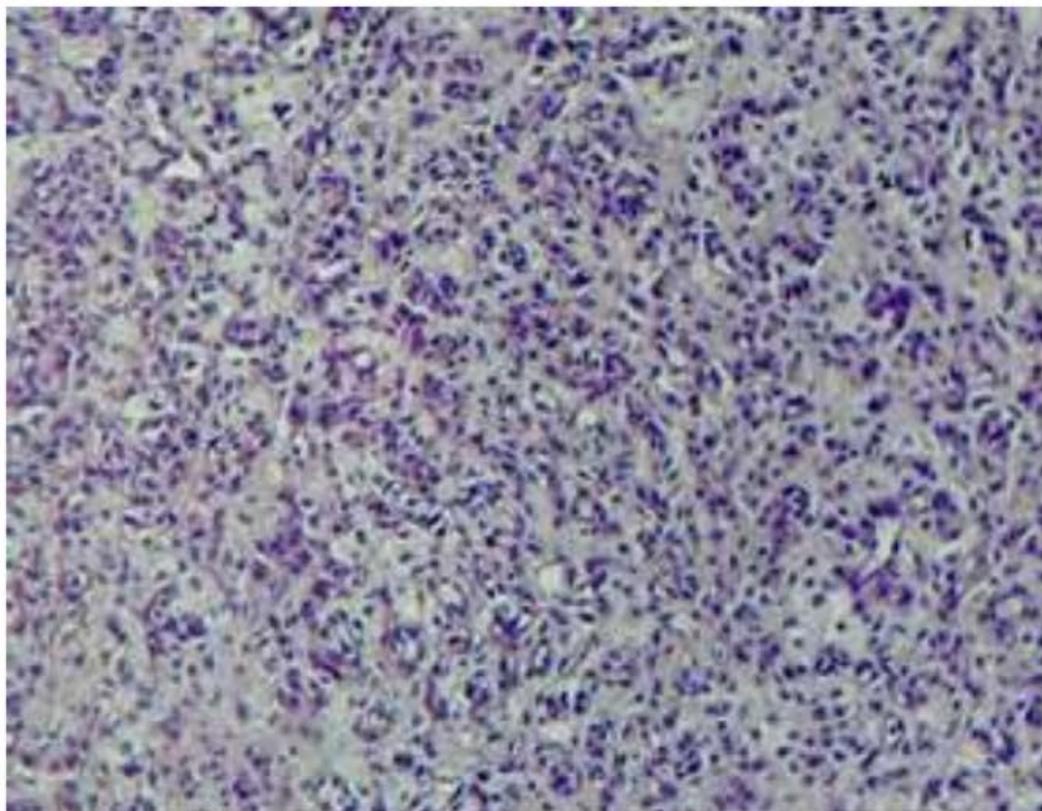


Рисунок 3 – Ангиома плаценты с сосудами капиллярного типа. Окраска гематоксилином и эозином ($\times 100$)

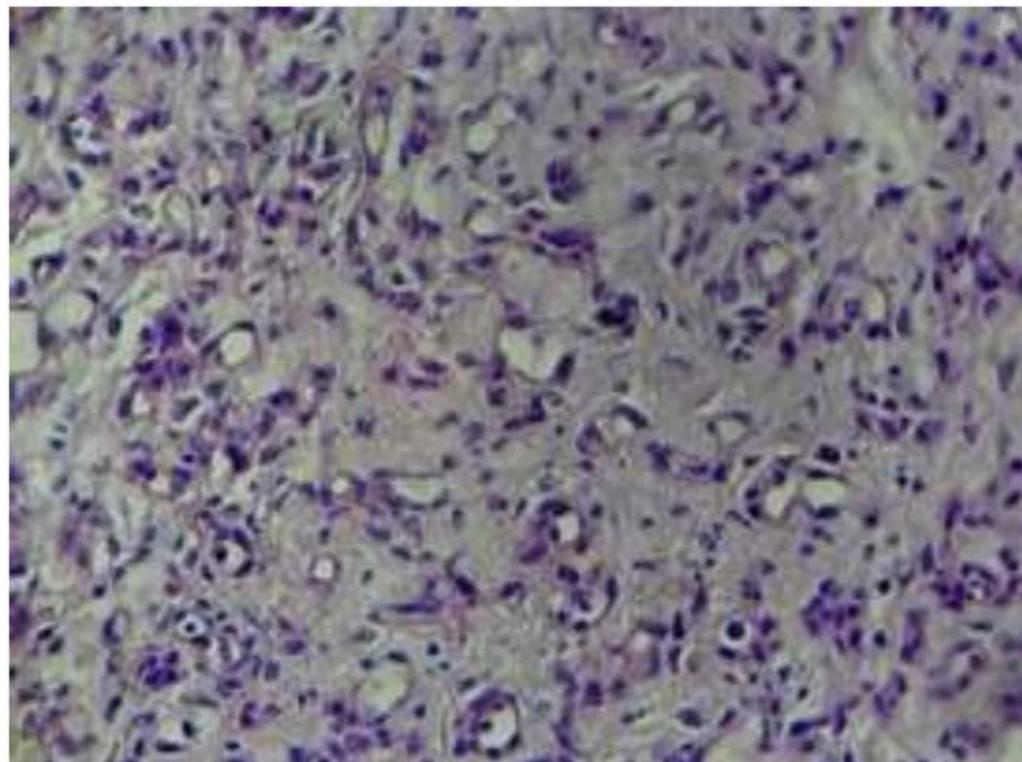


Рисунок 4 – Сосуды капиллярного типа с пролиферацией эндотелиоцитов. Окраска гематоксилином и эозином ($\times 200$)

Гистологическое исследование

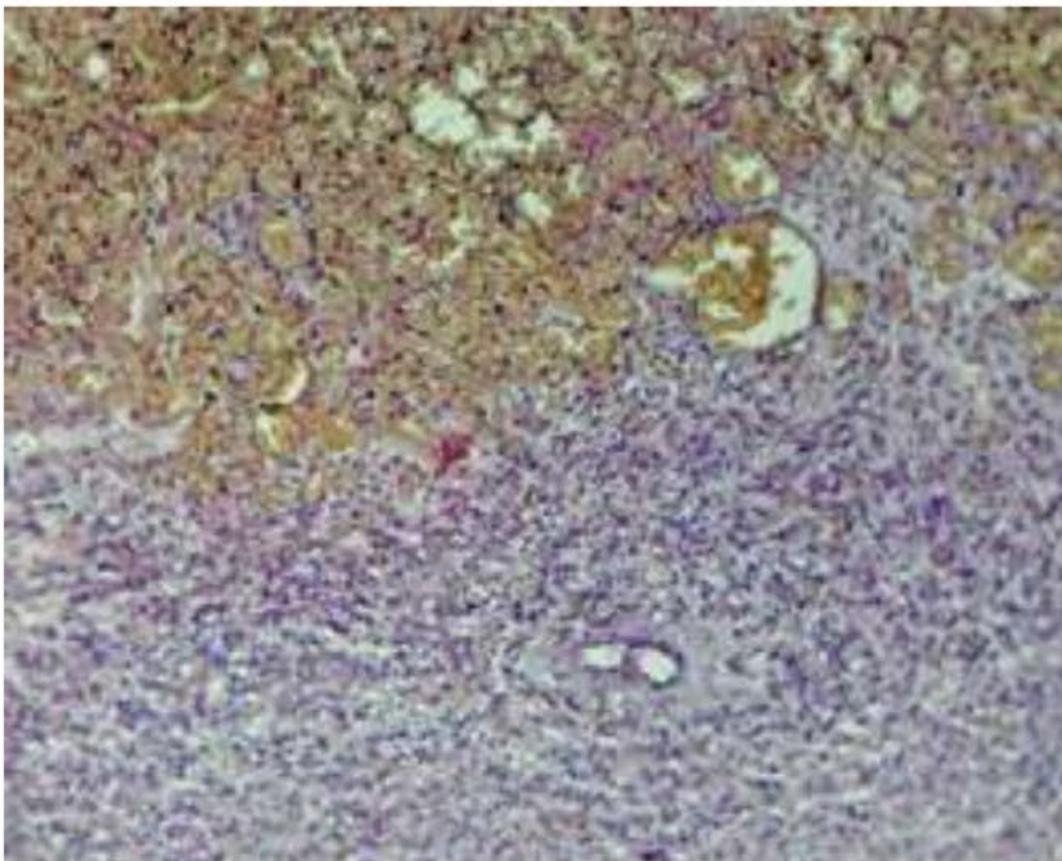


Рисунок 5 – Структуры кавернозного типа в ангиоме.
Окраска гематоксилином и эозином ($\times 100$)

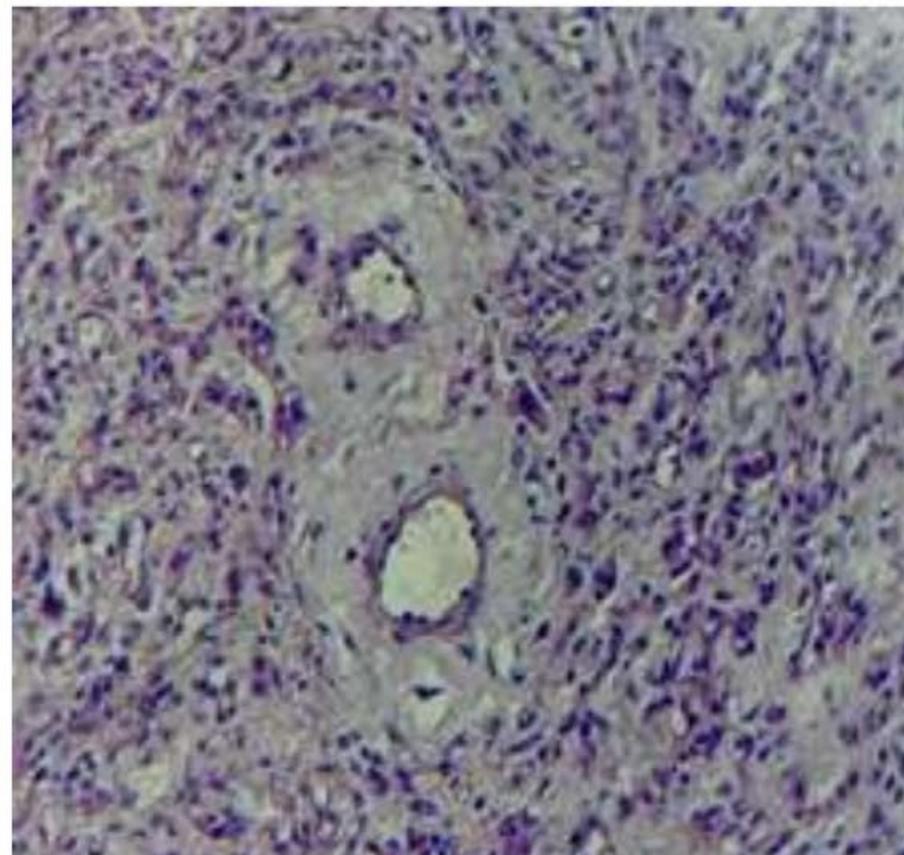


Рисунок 6 – Структуры венолярного типа в ангиоме.
Окраска гематоксилином и эозином ($\times 200$)

Гистологическое исследование

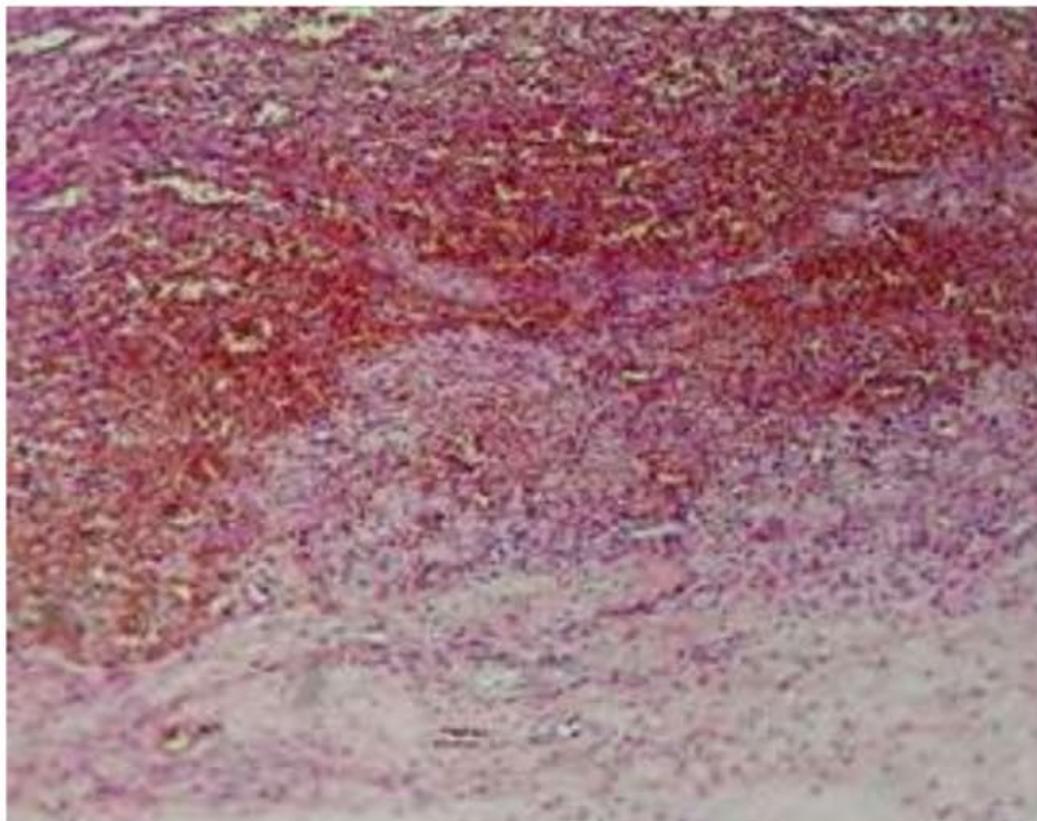


Рисунок 7 – Очаговые кровоизлияния с появлением гемосидерина в опухолевой ткани.
Окраска гематоксилином и эозином ($\times 100$)

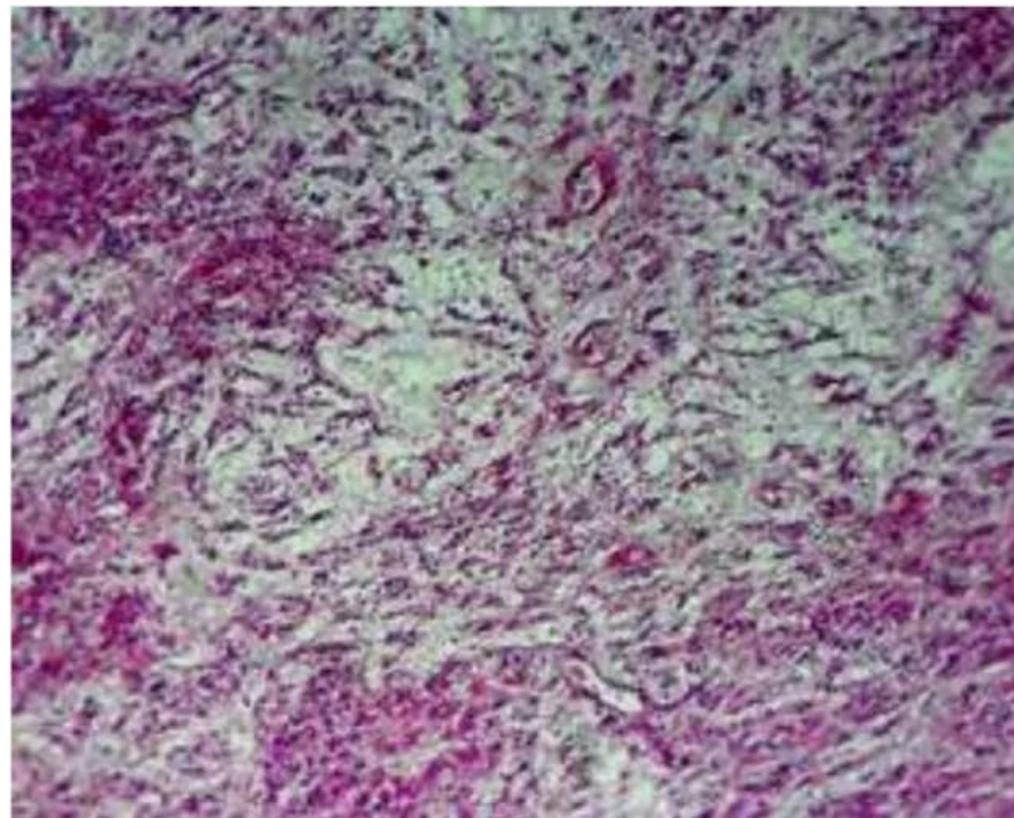


Рисунок 8 – Очаговый миксоматоз в опухолевой ткани. Окраска гематоксилином и эозином ($\times 100$)

Гистологическое исследование

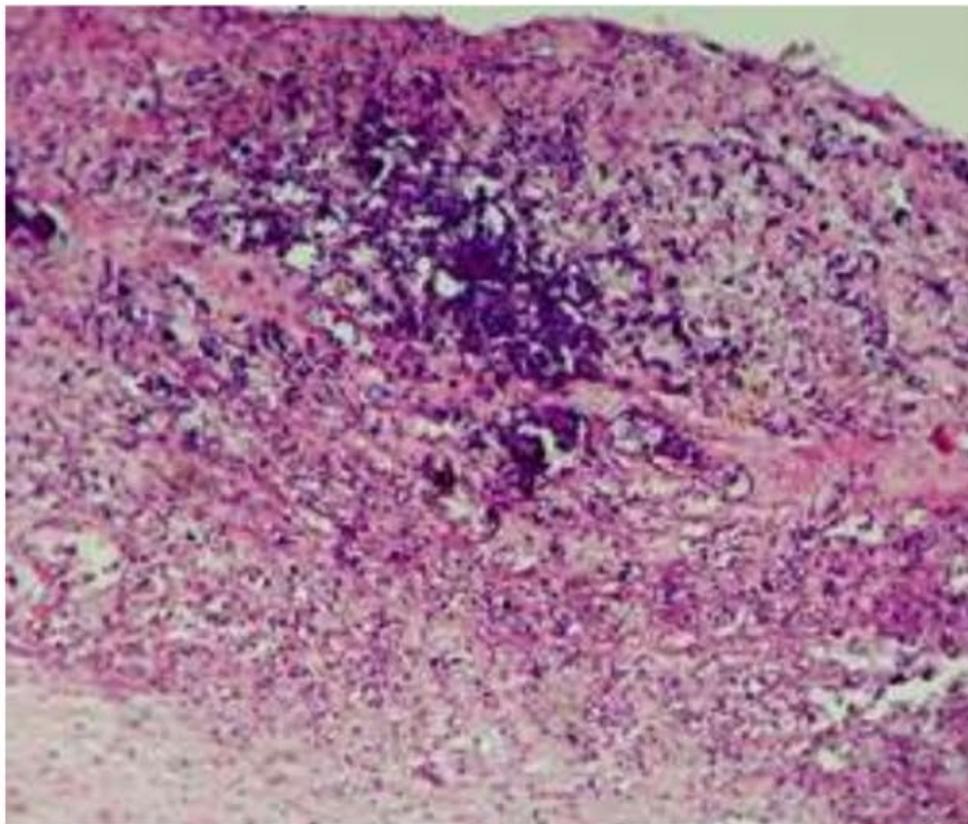


Рисунок 9 – Петрификаты. Окраска гематоксилином и эозином ($\times 100$)

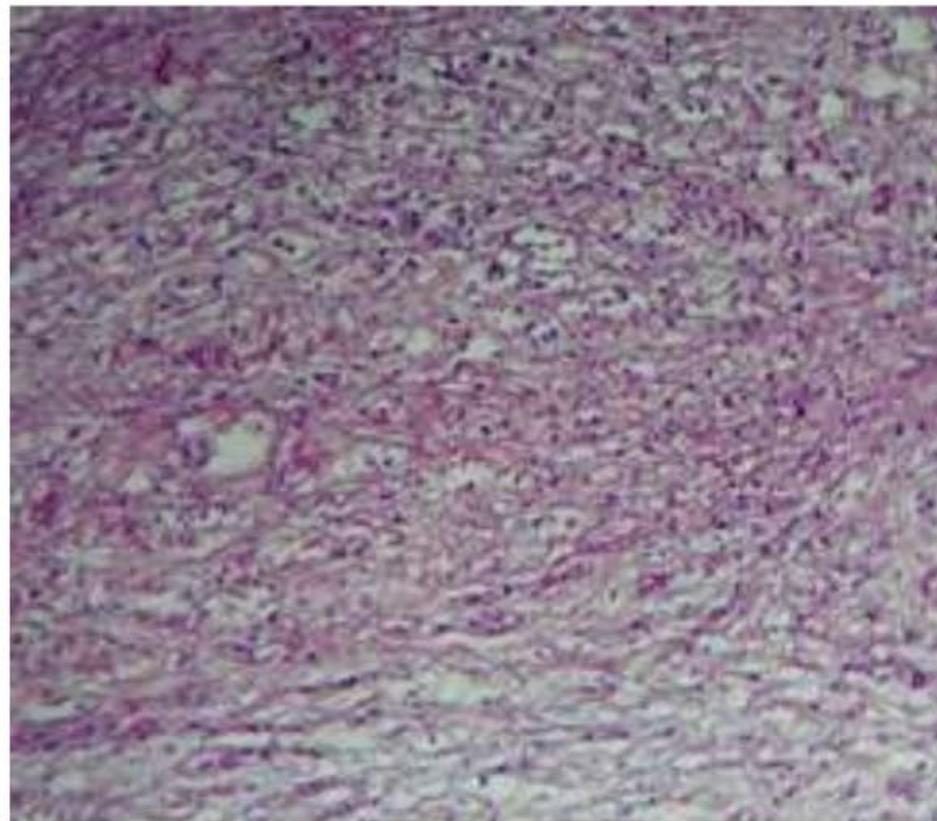


Рисунок 10 – Некротические изменения опухоли. Окраска гематоксилином и эозином ($\times 100$)

Гистологическое исследование

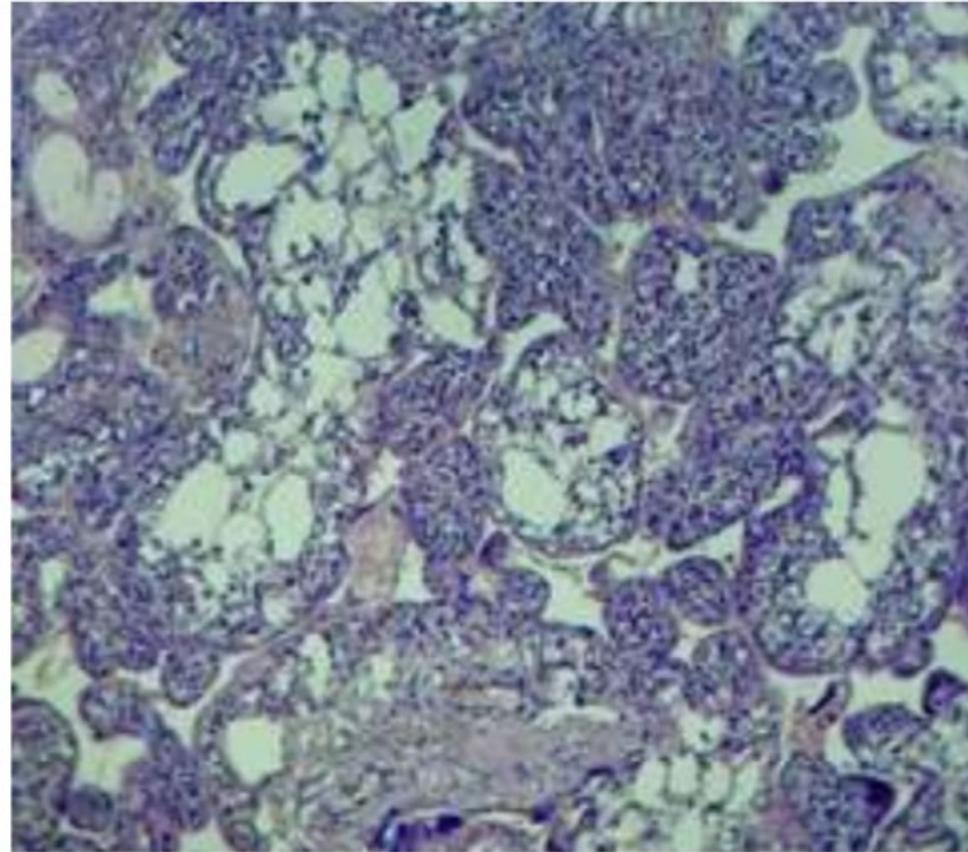


Рисунок 11 – Микроскопические изменения плаценты. Окраска гематоксилином и эозином ($\times 100$)

Обсуждение

- Опухоли плаценты не являются однородной группой заболеваний. Наиболее часто встречаются трофобластические опухоли. К редким видам опухолей плаценты относятся **нетрофобластические**, источником которых является мезенхима хориона. Среди нетрофобластических неоплазий более частыми вариантами являются **хориоангиома** и **тератома плаценты**.
- **Хориоангиома** (гамартрома, гемангиома) является **доброкачественным новообразованием**, встречающимся с частотой 0,2 на 10 000 родов. Чаще представлена солитарным образованием с локализацией на плодовой поверхности плаценты, в ряде случаев описаны множественные гемангиомы плаценты. Основной метод диагностики – **ультразвуковое исследование**, срок беременности на момент выявления варьирует от 19 до 36 недель.
- В большинстве случаев опухоль имеет небольшие размеры до 5 см, не влияет на течение беременности, а диагноз устанавливается после патогистологического исследования плаценты. Большие размеры опухоли (более 5 см) ассоциированы с развитием **осложнений** – многоводие, в т.ч. и острое, преждевременные роды, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, острый дистресс плода, задержка роста плода, антенатальная гибель (до 30% всех случаев), гемолитическая анемия и тромбоцитопения у плода и новорожденного, кардиомегалия у плода.

Авторы

М.С. Недосейкина – Гомельский государственный медицинский университет, г. Гомель, республика Беларусь.

А.В. Мишин - Гомельский государственный медицинский университет, г. Гомель, Республика Беларусь.

Е.Н. Тугаринова – Гомельская областная клиническая больница, г. Гомель, Республика Беларусь.

Г.В. Воронович - Гомельская областная клиническая больница, г. Гомель, Республика Беларусь.

Источник: Недосейкина М. С. и др. Капиллярная гемангиома плаценты (клинический случай) //Вестник Витебского государственного медицинского университета. – 2024. – Т. 23. – №. 3. – С. 79-87.