

УДК 618.36

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВЕДЕНИЯ  
И РОДОРАЗРЕШЕНИЯ БЕРЕМЕННОЙ  
С ХОРИОАНГИОМОЙ ПЛАЦЕНТЫ**

Шаповалова Ольга Александровна – канд. мед. наук,  
профессор

*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»;  
ФГБОУ ВО «Кубанский государственный  
медицинский университет», Краснодар, Россия*

Ахиджак Ася Нуховна – канд. мед. наук  
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,  
Краснодар, Россия*

Сергиенко Юлия Сергеевна  
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,  
Краснодар, Россия*

Гнатюк Светлана Васильевна  
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,  
Краснодар, Россия*

Проанализирован случай ведения беременности и родоразрешения пациентки с хориоангиомой плаценты в перинатальном центре Краевой клинической больницы № 2. Рассмотрена история болезни беременной, имеющей установленный во время беременности диагноз и родоразрешенной в 2022 г. Представлены результаты ультразвукового и патоморфологического исследования, срок и метод родоразрешения, выполненной нейросонографии новорожденного.

**Ключевые слова:** ХОРИОАНГИОМА,  
ГЕМАНГИОМА ПЛАЦЕНТЫ, УЛЬТРАЗВУКОВОЕ  
ИССЛЕДОВАНИЕ, ДОПЛЕРОМЕТРИЯ,  
ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

UDC 618.36

**CLINICAL CASE OF MANAGEMENT  
AND DELIVERY OF A PREGNANT WOMAN  
WITH PLACENTAL CHORIOANGIOMA**

Shapovalova Olga Alexandrovna – MD, professor

*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»;  
SBEA HE «Kuban state medical university»,  
Krasnodar, Russia*

Akhidzhak Asya Nukhovna – MD  
*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»,  
Krasnodar, Russia*

Sergienko Yulia Sergeevna  
*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»,  
Krasnodar, Russia*

Gnatyuk Svetlana Vasilievna  
*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»,  
Krasnodar, Russia*

The analysis of a case of pregnancy management and delivery a patient with placental chorioangioma in the perinatal center of the Regional Clinic Hospital No. 2 is presented. The medical history of a pregnant woman with a diagnosis made during pregnancy and who gave birth in 2022 is reviewed. The results of ultrasound and pathomorphological examination, the time and method of delivery and neurosonography of the newborn are presented.

**Key words:** CHORIOANGIOMA, PLACENTAL  
HEMANGIOMA, ULTRASOUND  
EXAMINATION, DOPPLEROMETRY,  
PATHOMORPHOLOGICAL EXAMINATION

## Введение

Наиболее распространенные доброкачественные опухоли плаценты – хориоангиомы, или гемангиомы. По данным исследования секционного материала, хориоангиомы обнаруживают в 1 % всех плацент, подвергнутых морфологическому исследованию. Гигантские размеры опухоли встречаются крайне редко (один случай на 30 000–50 000 родов). Хориоангиомы – нетрофобластические опухоли, развивающиеся из примитивной хориальной мезенхимы приблизительно на 2–3-й нед беременности, представлены большим количеством новообразованных сосудов капиллярного и веноулярного типа [1, 2].

При наличии опухолей в плаценте характер развивающихся на этом фоне различных осложнений у беременной и плода непосредственно зависит от их размеров и гистологического строения. Отечественные и зарубежные ученые отмечают частое сочетание хориоангиом с многоводием, кровотечениями при беременности, сердечной недостаточностью, развивающейся на их фоне у плода, а также с антенатальной гибелью [3, 4].

Однако в большинстве случаев при этой патологии плаценты наблюдается неосложненное течение беременности. При размере хориоангиомы более 50 мм обычно возникает наибольшее количество гестационных осложнений [3].

Известны три гистологических типа хориоангиом, которые во многом определяют эхографические признаки опухоли. Для первого клеточного типа характерно преобладание низкодифференцированного компонента, который обуславливает преимущественно солидную структуру опухоли. Второй тип – ангиобластический, наиболее типичный для хориоангиомы. В этом случае преобладает сосудистый тип или выраженный ангиоматоз. При третьем варианте в опухоли преобладают дегенеративные изменения. Нередко обнаруживают смешанное гистологическое строение опухолей [5].

Наиболее распространенный ангиобластический вариант строения хориоангиомы характеризуется разветвленной сетью новообразовавшихся плодовых сосудов и, как правило, сопровождается максимальным количеством осложнений. Взаимосвязь гистологического типа гемангиомы плаценты и частоты осложнений можно объяснить структурно-функциональными изменениями фетальной гемодинамики и повышенным образованием анти- и проангиогенных факторов роста [6, 7]. При таком типе хориоангиомы фетальные потери достигают 30 % [2]. Сосудистое русло опухоли, как правило, формирует артериовенозный шунт, приводящий к неадекватному газообмену в терминальных ворсинах и депонированию крови, направляющий ее в обоих направлениях – от плода и к нему, создавая предпосылки к тяжелым гемоциркуляторным и метаболическим нарушениям. Следствием таких изменений в первом случае (направление крови от плода) является развитие внутриутробной анемии, тромбоцитопении, печеночной недостаточности, гипопроteinемии, сердечной недостаточности, формируется многоводие.

Во втором случае (при направлении крови к плоду) происходит увеличение венозного возврата к его сердцу. У него наблюдаются гиперволевия, полицитемия, сердечная недостаточность, развивается многоводие. Результатом формирования обоих структурно-функциональных вариантов фетально-плацентарной гемодинамики может быть антенатальная гибель плода. Схожий характер гемодинамических изменений в плаценте определяет патологию плода-донора и плода-реципиента при формировании сосудистых шунтов, обусловленных фето-фетальным синдромом [8, 9].

При гиперваскулярных хориоангиомах значительно чаще, чем в популяции, встречаются такие осложнения беременности, как преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (более 4 %) и преэклампсия различной степени тяжести (более 16 %). Значительные размеры опухоли, обуславливающие высокий риск кровотечения, а также прогрес-

сирование ультразвуковых признаков ее гипертансуляризации и формирование множественных жидкостных образований на ее поверхности – показание к оперативному родоразрешению, которое с учетом функционального состояния плода может быть выполнено досрочно [10].

Эхографический и доплерографический методы исследования являются ведущими в диагностике опухолей плаценты [1, 3, 5]. Ультразвуковой контроль в динамике позволяет своевременно определить увеличение размера опухоли плаценты и нарушение состояния плода, своевременно решить вопрос о сроке и методе родоразрешения, что способствует предотвращению случаев перинатальной смерти.

*Описание клинического наблюдения за течением беременности пациентки с хориоангиомой плаценты.*

Пациентка Б., 25 лет, обратилась на приемный покой перинатального центра ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2» (ККБ № 2) с жалобами на слизистые выделения из половых путей на 38 нед беременности (первая).

Пациентка на учете состояла в женской консультации г. Сочи с 8-й нед беременности. Аллергологический анамнез не отягощен. Наследственность отягощена острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) отца и матери. Гинекологические заболевания и экстрагенитальную патологию отрицает. Менархе с 15 лет, по 5 дн через 30–45 дн умеренные, нерегулярные, безболезненные. Половая жизнь с 20 лет, от беременности не предохраняется. Гинекологические заболевания: нарушения менструального цикла, не обследована, со слов бесплодие в течение двух лет, беременность наступила в результате стимуляции овуляции.

Течение беременности. В I триместре – в 5–6 нед беременная перенесла ОРВИ с повышением температуры тела до 39 °С. Лечение включало парацетамол и народные средства. С раннего срока беременности (5–6 нед) проводили гормональную поддержку: дюфастон 10 мг × 2 раза в сутки до

15 нед. II триместр протекал без особенностей. III триместр: анемия 1 ст., получала препараты железа. В 31 нед во время проведения ультразвукового исследования была обнаружена хориоангиома (в структуре плаценты визуализировалось гипоэхогенное образование размерами 35 × 26 мм с локусами кровотока по цветному доплеровскому картированию (ЦДК)). При ультразвуковом исследовании в динамике в 37 нед 5 дн: локализация опухоли в проекции места впадения пуповины, размеры: 53 × 43 мм с локусами кровотока по ЦДК. Индекс амниотической жидкости (ИАЖ) – 26 см, многоводие. Размеры плода соответствовали сроку беременности. Предполагаемый вес плода – 3300 г. При доплерометрическом исследовании нарушения гемодинамики не выявлены (рисунок 1).

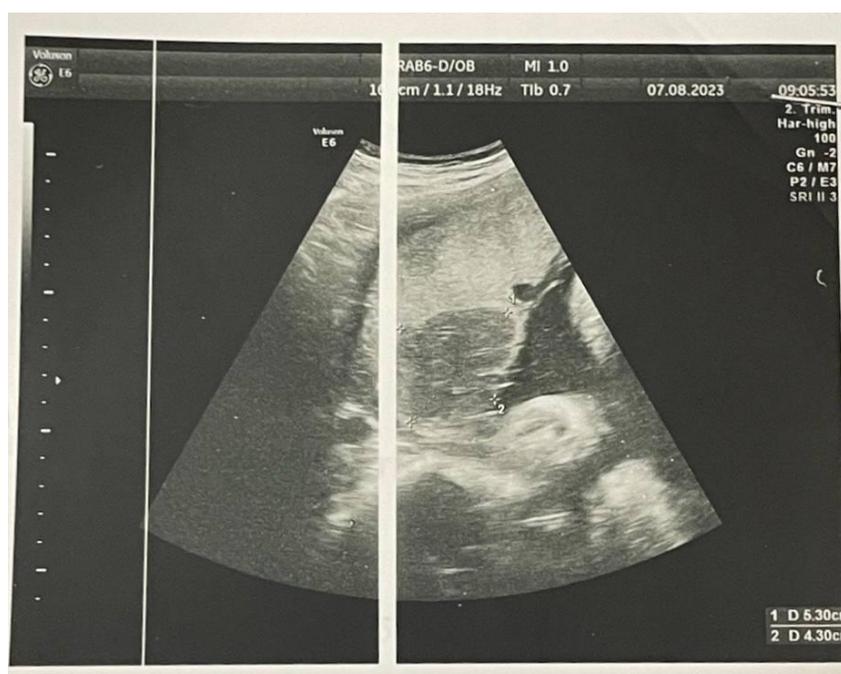


Рисунок 1 – Беременность 37–38 нед. Размеры опухоли плаценты – 53 × 43 мм

При поступлении состояние беременной удовлетворительное. Артериальное давление – 120 и 80 мм рт. ст., пульс – 72 уд./мин. Матка в нормальном тоне. Окружность живота (ОЖ) – 94 см. Высота стояния дна матки (ВДМ) – 35 см. Предполагаемый вес плода по формуле Жордания – 3290 г. Ритмичное ясное сердцебиение плода – 144 уд./мин. Внутреннее

акушерское исследование: родовые пути «незрелые», 2 балла по шкале Бишоп. Выставлен диагноз: беременность – 37 нед 6 дн. Образование плаценты (хориоангиома). Составлен консервативный план родов.

Беременная обследована в полном объеме. Лабораторно: общий анализ крови (ОАК), коагулограмма, без особенностей, биохимический анализ крови (БАК) – незначительное повышение аспартатаминотрансферазы (АСТ) – 50 Ед/л.

Мазок отделяемого половых органов: лейкоцитов – 10–15 в п/зр., флора палочковая. Посев цервикального канала: обильное количество *Enterococcus faecalis*. Посев мочи: *Enterococcus faecalis* · 10<sup>4</sup>.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) ЖКТ: Уз-признаки желчнокаменной болезни (ЖКБ), холецистолитиаз, спленомегалия. С целью оценки функционального состояния плода, индекса амниотической жидкости ежедневно проводили кардиотокографию (КТГ), доплерометрию каждые три дня. Нормальный тип записи КТГ. По доплерометрии (ДМ) – нарушения гемодинамики не выявлено, контроль индекса амниотической жидкости (ИАЖ) в 38 нед 4 дн – 22 см.

Пациентка консультирована гастроэнтерологом, диагноз: ЖКБ. Холецистолитиаз. В отделении пациентка получала гепатопротекторную терапию (урсодезоксихолевая кислота 500 мг · 2 раза в сутки внутрь). С учетом нормальных показателей рН-метрии влагалищного содержимого и результатов анализа отделяемого половых органов санацию влагалища не проводили.

После дообследования беременная осмотрена консилиумом с целью определения срока и метода родоразрешения. При образовании плаценты больших размеров, высоком риске осложнений беременности и родов, доношенном сроке беременности приняли решение родоразрешить пациентку операцией кесарева сечения в плановом порядке.

В 38 нед 6 дн произведено плановое кесарево сечение. Родилась живая доношенная девочка (вес – 3360 г, рост – 51 см), оценка по шкале Апгар 8–8 баллов, без видимой патологии развития. Операция прошла без особенностей (рисунок 2).



Рисунок 2 – Плодовая поверхность плаценты. Опухоль расположена в проекции отхождения пуповины

При интраоперационном осмотре плаценты в месте отхождения пуповины определяли опухолевый узел размерами 55 × 45 мм, эластической консистенции, отграниченный от окружающих тканей. Послед отправлен на патоморфологическое исследование.

При гистологическом исследовании были выявлены: высокие компенсаторно-приспособительные изменения, межворсинчатые кровоизлияния, парабазальная гематома, очаговая ишемия сосудов плаценты, «афункциональные зоны», умеренные инволютивные и дистрофические изменения. Пуповина развита правильно, без признаков воспаления. Хориальная пластинка и плодные оболочки с дистрофическими изменениями, очаговой лимфоцитарной инфильтрацией. Опухолевый узел с кровоизлияниями, обилием сосудов капиллярного типа. Морфологическое заключение: хроническая плацентарная недостаточность, субкомпенсированная, острая

плацентарная недостаточность, очаговый серозный хориоамнионит, ангиома (хориоангиома) плаценты.

Послеоперационный период протекал без осложнений. На первые сутки жизни новорожденному была проведена нейросонография. Количество ликвора в боковых желудочках справа 1–2–2 мм, слева – 2–2–8 мм.

### **Заключение**

Транзиторная дилатация левого бокового желудочка. Пациентка выписана на третьи сутки. В отделении патологии новорожденных было продолжено лечение ребенка, выписанного домой на 9-е сут.

### **Вывод**

При анализе клинического случая пришли к выводу, что характер развивающихся осложнений у беременной и плода непосредственно зависит от размера хориоангиомы плаценты и ее гистологического строения. Своевременная диагностика, в частности, ультразвуковое исследование, является основным методом диагностики новообразований плаценты. При правильном ведении таких пациенток своевременное определение срока и метода родоразрешения позволяет минимизировать осложнения, возникающие как во время беременности, так и во время родов, и избежать неблагоприятных перинатальных исходов.

### Список литературы

1. Chorioangioma – new insights into a well-known problem I. Results of a clinical and morphological study of 136 cases / *M. Guschmann, W. Henrich, M. Entezami, J. W. Dudenhausen* // *J Perinat Med.* – 2003; 31: 2: 163–169. <https://doi.org/10.1515/jpm.2003.022>
2. Imdad A. A large chorioangioma causing intrauterine fetal demise / *A. Imdad, L. Sheikh, A. Malik* // *J Pak Med Assoc.* – 2009; 59:580–581.
3. Giant placental chorioangioma: natural history and pregnancy outcome / *C. Zanardini, A. Parageorghiou, A. Bhide, B. Thilaganathan* // *Ultrasound Obstet. Gynecol.* – 2010; 35:332–336. <https://doi.org/10.1002/uog.7451>
4. Гигантская плацентарная гемангиома (хориоангиома) / *П. Г. Мальков, В. Н. Гриневич, М. А. Морозова, Ю. В. Зорина, Е. В. Юдина, Н. П. Савченко* // *Архив патологии.* – 2009; 3:37–39. *P. G. Mal'kov, V. N. Grinevich, M. A. Morozova, Yu. V. Zorina, E. V. Yudina, N. P. Savchenko* // *Giant placental hemangioma (chorangioma). Arkhiv patologii.* – 2009; 3:37–39 (In Russ).
5. *Benirschke K. Pathology of the human placenta / K. Benirschke, G. J. Burton, R. N. Baergen.* – 6th ed. Springer. – 2012; 941. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-23941-0>
6. Гигантская хориоангиома плаценты / *Е. Л. Казачков, Е. Е. Воропаева, Ю. А. Семенов, А. Е. Пастернак, Э. А. Казачкова* // *Архив патологии.* – 2013; 75:5:52–54. *E. L. Kazachkov, E. E. Voropaeva, Yu. A. Semenov, A. E. Pasternak, E. A. Kazachkova* // *Giant placental chorangioma. Arkhiv patologii.* – 2013; 75:5:52–54 (In Russ.).
7. *Sanhal C. Placental Chorioangioma Diagnosis and Management / C. Sanhal, A. Yucel* // *Gynecol Obstet Reprod Med.* – 2016; 22:61–66. <https://doi.org/10.21613/gorm.2016.117>
8. Giant chorioangioma treated in utero via laser of feeding vessels with subsequent development of multifocal infantile hemangiomas / *K. M. Jhun, P. Nassar, T. S. Chen, S. Sardesai, R. H. Chmait* // *Fetal Pediatr Pathol.* – 2014; 34:1:1–8. <https://doi.org/10.3109/15513815.2014.925018> *Y. Zhao, G. Liu, J. Wang, D. Shen, X. Zhang* Mirror syndrome in a Chinese hospital: diverse causes and maternal fetal features // *J Matern Fetal Med.* – 2012; 26:3:254–258. <https://doi.org/10.3109/14767058.2012.733765>
9. Placenta chorioangioma: a rare case and systematic review of literature / *B. H. Al Wattar, S. C. Hillman, T. Marton, K. Foster, M. D. Kilby* // *J Matern Fetal Neonatal Med.* – 2013;27: 10:1055-1063. <https://doi.org/10.3109/14767058.2013.847424>.
10. Гестационные и перинатальные исходы при гигантской хориоангиоме / *И. С. Липатов, Ю. В. Тезиков, Т. С. Белоконева, Т. А. Тезикова, М. А. Каганова, А. Р. Азаматов, А. В. Горькова* // *Российский вестник акушера-гинеколога.* – 2019;19(4):72-76.
11. *Шелаева Е. В. Хориоангиомы плаценты: диагностика и тактика ведения / Е. В. Шелаева, В. С. Прохорова, С. В. Нагорнева* // *Журнал акушерства и женских болезней.* – 2017.
12. *Бойкова Ю. В. Возможности ультразвукового выявления хориоангиомплаценты / Ю.В. Бойкова, А. Н. Демидов, О. А. Стыгар* // *Ультразвуковая диагностика в акушерстве, гинекологии и педиатрии.* – 2000. – № 4. – С. 279–284.
13. Гигантская плацентарная гемангиома (хориоангиома) / *П. Г. Мальков, В. Н. Гриневич, М. А. Морозова и др.* // *Архив патологии.* – 2009. – № 3. – С. 37–39.

14. *Dhar H.* Giant placental chorioangioma with intrauterine fetal death / *H. Dhar* // JNMA J Nepal Med Assoc. – 2013 Apr – Jun; 52(190):384–7.
15. *Liu H.* Natural history and pregnancy outcome in patients with placental chorioangioma / *H. Liu, W. Gu, X. Li* // J Clin Ultrasound. – 2014 Feb.; 42(2):74–80. doi: 10.1002/jcu.22101. Epub. 2013 Oct 17.
16. Chorioangioma-a case study / *K. Moszczyńska, J. Szulczyński, D. Wasik, A. Tretyn, G. H. Breborowicz, M. Dubiel* // Ginekol Pol. – 2014. – Mar; 85(3): 230–3.