

ХОРИОАНГИОМА

Обзор литературы и клиническое наблюдение

Евгения Руденко, Андрей Ткачев, Максим Данилов, Игорь Лахно

Хориоангиома – доброкачественная сосудистая опухоль плаценты. Встречается приблизительно у 1,0% беременных [1, 5, 8, 12]. Большинство хориоангиом имеют незначительные размеры и лишены влияния на плод. Хориоангиомы больших размеров – редкие находки. Они приводят к различным акушерским и перинатальным осложнениям: преэклампсии, преждевременным родам, послеродовым кровотечениям, задержке роста плода, многоводию, фето-материнской трансфузии, анемии и тромбоцитопении, а также кардиомегалии и сердечной недостаточности у плода, респираторному дистресс-синдрому [1, 3, 4, 6, 11, 12, 14, 15]. Эти опухоли можно легко визуализировать с помощью УЗИ. Доплерометрия необходима для проведения дифференциальной диагностики и своевременного выявления анемии у плода [5]

За все время было описано несколько сотен случаев хориоангиомы. По данным Fox, первооткрывателем этой опухоли был Clarke в 1798 году [6]. Впервые взаимосвязь с многоводием на основании анализа 250 наблюдений установили DeCosta et al. [5]. Среди известных исследователей в этой области большую роль сыграли Siddal, Marchetti, Wallenburg и Fox [6, 14]. По данным Bashiri et al., хориоангиома приводит к увеличению риска преждевременных родов [5, 6]. Soma et al. установили, что частота хориоангиомы в Японии составляет 0,2%, а у жительниц высокогорных районов Непала – 2,5–7,6% [3]. Похожие данные по поводу возрастания уровня этой патологии в условиях высокогорья получили Reshetnikova et al. [7]. Поэтому существует мнение, что в патогенезе хориоангиомы ведущую роль играет гипоксия, которая стимулирует избыточную пролиферацию капилляров ворсин [9, 10]. Ogino и Redline предположили, что хориоангиомы происходят именно из стволовых, а не из терминальных ворсин [5]. Установлена взаимосвязь с уровнем сосудистых факторов роста,

а также гемической гипоксией [7]. По данным Guschmann et al., хориоангиома в 72,0% случаев ассоциирована с женским полом плода [8]. Типичные хориоангиомы расположены на плодовой части плаценты. Тромбозы сосудов и инфаркты опухоли могут приводить к дегенеративным изменениям, кальцификации и отложению гемосидерина [13, 16]. Hsieh и Soong впервые описали взаимосвязь хориоангиомы и неиммунной водянки плода. Это послужило поводом для внедрения лазерной фотокоагуляции сосудов опухоли для лечения сердечной недостаточности и водянки плода [8, 10]. Визуально опухоль чаще напоминает фиброму, но иногда отмечается микседематозное перерождение из ткани Вартонова студня [5]. Наличие синхронной пролиферации трофобласта и сосудов наводит на мысль о возможной взаимосвязи. Это отражает утрату контроля над ростом указанных двух важных элементов ткани плаценты. Хориоангиому можно рассматривать как функциональную артериовенозную фистулу [7]. Наличие такой фистулы приводит к увеличению сердечного выброса, кардио-

мегалии и полицитемии [3]. Возникновение анемии можно объяснить значительным увеличением объема сосудистого русла плаценты, что приводит к секвестрации эритроцитов. Как возможный механизм следует рассматривать фето-материнскую трансфузию [4].

В 1978 году Clarke впервые описал ультразвуковые характеристики хориоангиомы [8, 14]. По данным эхографии можно определить отличную по эхогенности от остальной ткани плаценты пролабирующую в амниотическую полость опухоль в области отхождения пуповины. Использование доплерометрии позволяет дифференцировать с тератомой, ретроплацентарной гематомой и лейомиомой. Кровоток в артериальных сосудах хориоангиомы практически не отличается от артерии пуповины [16].

Фетальная хирургия дает возможность оперативного лечения хориоангиомы, что предотвращает развитие осложнений. Среди известных методов: переливание крови плоду, фетоскопическая лазерная коагуляция сосудов, кровоснабжающих опухоль, склерозирование сосудов с помощью алкоголя и эндоскопическая деваскуляризация [2, 8, 10]. Для лечения многоводия используют индометацин или амниоцентез [5, 7]. Также проводят традиционную профилактику респираторного дистресса плода до 34 недель беременности. Необходимо отметить, что ввиду отсутствия общепризнанной тактики и доступной в рутинной практике оперативной фетоскопии, своевременная диагностика страдания плода и обоснованное досрочное родоразрешение являются основой профилактики перинатальных потерь.

Клиническое наблюдение

Пациентка 29 лет находилась в отделении экстрагенитальной патологии с диагнозом: беременность II, 30 недель. Роды I, угрожающие преждевременные. Тазовое предле-

жание. Многоводие. Хориоангиома плаценты. Состояние после перенесенного остеомиелита правого плечевого сустава. Укорочение правой верхней конечности. Приводящая контрактура правого плеча с ограничением функции. Гипотиреоз средней степени тяжести. Стадия медикаментозной компенсации. Обследована в общеклиническом объеме. По данным ультразвуковой цервикометрии отмечалось укорочение длины шейки матки до 14 мм. При проведении доплерометрии показатели кровотока сосудов плодово-плацентарного в пределах нормы. Отмечено наличие компенсированных нарушений материнско-плодового кровотока за счет повышения резистентности в обеих маточных артериях. Амниотический индекс составил 318, что свидетельствовало о многоводии. У дна матки, больше слева, в области краевого синуса плаценты визуализируется солидное образование неоднородной структуры, размерами 77х66х83 мм с четкими контурами, интимно связанное со стенками матки. В режиме ЦДК васкуляризация преимущественно определяется в области хориальной пластинки (рис. 1).

Получала токолитическую терапию, профилактику респираторного дистресса плода бетаметазоном. На фоне проводимого лечения произошло преждевременное излитие околоплодных вод. Родоразрешена в экстренном порядке путем лапаротомии, кесарева сечения. Извлечена живая недоношенная девочка массой 1500 г, длиной тела 42 см в состоянии по Апгар 4/5 баллов. Плацента была интимно прикреплена к стенке матки. После отделения послед вместе с хориоангиомой отправлен на патологоанатомическое исследование (рис. 2). Течение послеродового периода без особенностей. Обращало на себя внимание наличие анемии у новорожденной – 50 г/л. Ребенок длительное время находился на искусственной вентиляции легких. В настоящее время продолжает лечение в неонатальном стационаре.

Представленный случай свидетельствует о необходимости своевременной диагностики хориоангиомы плаценты.

В нашем наблюдении были отмечены следующие характерные для хориоангиомы осложнения: преждевременные роды, многоводие, респираторный дистресс и анемия плода.

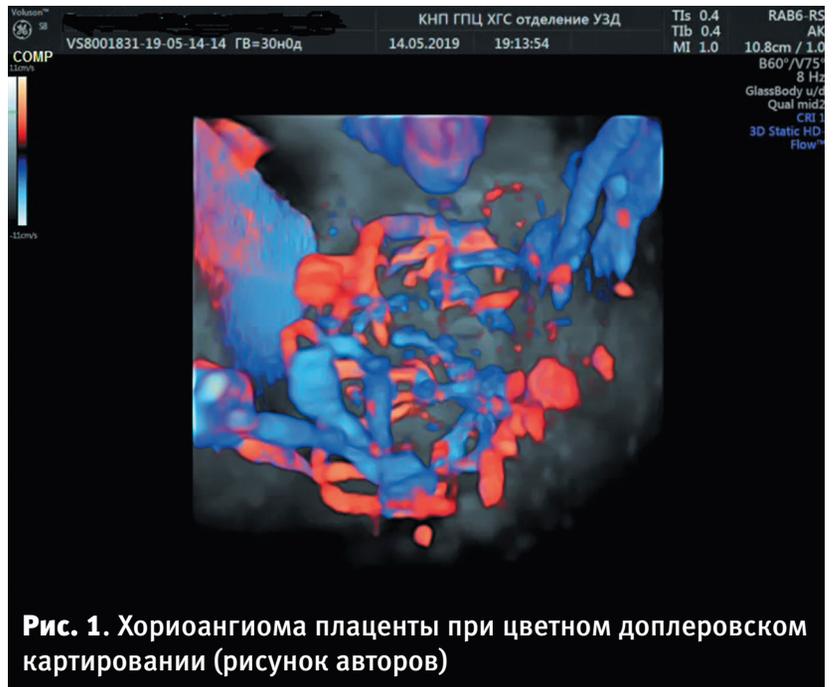


Рис. 1. Хориоангиома плаценты при цветном доплеровском картировании (рисунок авторов)



Рис. 2. Послед с хориоангиомой плаценты (рисунок авторов)

Кардиомегалия, сердечная недостаточность и водянка не были обнаружены у новорожденной. Также нетипичным было соединение опухоли с тканью плаценты в области краевого синуса. Наше наблюдение демонстрирует, что опухоли плаценты могут быть причиной патологического течения беременности и развития угрожаемых состояний плода.

Перинатология – динамично развивающаяся отрасль медицины, осно-

ванная на междисциплинарных подходах. Взаимодействие специалистов в области ультразвуковой диагностики, медицины плода, акушеров, неонатологов и детских кардиологов является основой для обеспечения благоприятных перинатальных исходов.

Полный перечень литературы на сайте extempore.info

