

ID: 2015-05-257-A-5019

Клинический случай

Аюпова Э.Ш.

**Опухоль головного мозга при беременности (клинический случай)***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета**Научный руководитель: к.м.н. Наумова Ю.В.***Ключевые слова:** беременность, опухоль головного мозга

Сочетание беременности и опухолей головного мозга встречается относительно редко. Частота этой патологии колеблется в пределах от 1:1000 до 1:17 500 родов [1,2,4]. Имеются также сведения, что примерно в 75% случаев опухолей головного мозга у женщин репродуктивного возраста первые симптомы заболевания появляются во время беременности [1,6]. Течение и исход новообразований головного мозга в период беременности в большинстве случаев неблагоприятны. Материнская смертность среди женщин с опухолью головного мозга чрезвычайно высока и составляет 24,3% [1,4].

Течение беременности у женщин с новообразованиями головного мозга ассоциировано с повышенным риском спонтанных аборт и антенатальной гибелью плода [4].

Прогрессирование клинического проявления опухоли мозга во время беременности объясняют эндокринными, электролитными, гемодинамическими и другими изменениями, вызывающими задержку натрия и воды в организме и повышение внутричерепного давления [1,3,5]. Подключение плаценты как мощного гормонального органа может оказаться стимулятором роста опухоли. Признаки опухоли головного мозга в начале беременности часто ошибочно трактуются как проявления раннего токсикоза, а ухудшение зрения во второй половине — преэклампсии [4,6]. Во второй половине беременности тяжесть клинических проявлений опухоли нарастает как за счет увеличения размеров самой опухоли, так и отека и набухания мозгового вещества, связанного с нарушением ликворо- и кровообращения [2,3,7]. В литературе имеются данные о том, что беременность даже может стимулировать рост менингиом и опухолей глиального ряда. К опухолям, наиболее предрасположенным к быстрому прогрессирующему течению во время беременности, следует отнести сосудистые опухоли [7]. До сих пор остается дискуссионной тактика ведения таких пациенток. Подход к терапии варьирует и зависит от: типа опухоли, локализации, хирургической доступности, размера опухоли, темпа роста, наличия повышенного ВЧД, выраженности симптоматики опухоли, гестационного возраста плода, желаний пациентки и определяется междисциплинарным консилиумом. К возможным вариантам ведения относятся: хирургическое лечение опухоли в послеродовом периоде; нейрохирургическое удаление опухоли во втором триместре или в начале третьего триместра при пролонгировании беременности; симультанное кесарево сечение и нейрохирургическое пособие в третьем триместре; стереотаксическая биопсия без хирургического лечения; завершение (прерывание) беременности.

**Описание клинического случая**

Пациентка X, 29 лет. Настоящая беременность III, в анамнезе 1 искусственный аборт и 1 срочные роды, без осложнений. Анамнез в целом не отягощен. Хронические заболевания отрицает. С 2011 года пациентка отмечала снижение слуха на правое ухо. Во время настоящей беременности со срока 18 недель у пациентки появились тошнота, рвота, головокружение, шаткость при ходьбе. При сроке беременности 19-20 недель пациентка находилась на стационарном лечении в отделении патологии беременных с диагнозом "Рвота беременных", на фоне инфузионной, противорвотной терапии вышеуказанные клинические проявления купированы. Однако с ростом срока беременности возникшая симптоматика прогрессировала. При сроке гестации 25 недель пациентка доставлена в ГУЗ 1 СГКБ с диагнозом "энцефалопатия неясного генеза". По МРТ выявлена опухоль правого мосто-мозжечкового угла, внутренняя окклюзионная гидроцефалия. 17.10.14 проведена телеконференция с НИИ нейрохирургии им Н.Н. Бурденко. Пациентке рекомендовано оперативное лечение, удаление опухоли и пролонгирование настоящей беременности. 29.10.14 в НИИ нейрохирургии им акад. Н.Н. Бурденко г. Москва проведена операция: "Удаление невриномы слухового нерва справа с нейрофизиологическим мониторингом". Послеоперационный период протекал гладко. Беременность сохранена. При доношенном сроке гестации рекомендовано оперативное родоразрешение, кормление грудью не противопоказано. Пациентка наблюдалась в условиях женской консультации. При сроках беременности 30 и 35 недель госпитализировалась в отделение патологии беременности, проводился курс сохраняющей терапии, осмотр смежными специалистами. В плановом порядке 30.01.2015 при сроке беременности 37 недель пациентка родоразрешена путем операции кесарево сечение. Родился живой доношенный мальчик весом 3300, длиной 50 см с оценкой по шкале Апгар 8-8 баллов. Ранний послеродовый период протекал без осложнений. Пациентка выписана из стационара в удовлетворительном состоянии.

В данном случае стертые клинические симптомы опухоли головного мозга не позволили своевременно поставить точный диагноз. Симптоматика опухоли была ошибочно расценена, как проявление токсикоза беременных. Нарастание общемозговой симптоматики явилось показанием для проведения нейрохирургического вмешательства в кратчайшие сроки на фоне пролонгирования беременности, что позволило женщине родить жизнеспособного ребенка.

**Литература**

1. Деев А.С. Беременность как фактор, провоцирующий начало или обострение некоторых заболеваний нервной системы // VII Всероссийск. съезд неврологов: Тез. докл.- Н.Новгород, 1995,-п.14.
2. Деев А.С. Опухоли головного мозга и беременность // Рос. вести, перинатол. и педиатр. -1994. - Т.39. - №1. - С.15 - 17.
3. Нарушения венозного мозгового кровообращения у беременных и родильниц // Актуальные вопросы медицины и здравоохранения: Сб. научн. тр.под ред. М.Ф. Саутки-на,- Рязань, Изд-во РГМУ, 1995. - С.43 - 46.
4. Редкий клинический случай сочетания беременности и опухоли головного мозга. Агаркова Л.А., Андрюхина М.Х., Чернявская О.В., Холопов А.В. [http://www.rosoncweb.ru/library/journals/sib\\_oncology/2003/3/44-45.pdf](http://www.rosoncweb.ru/library/journals/sib_oncology/2003/3/44-45.pdf).
5. Klein A. (Ed.). Pregnancy and neurologic illness.// Neurol. Clin. 2012. V. 30 p. 781 –962.
6. Neurological disorders of pregnancy.- 1992. - 2nd. Ed. Futura. Н.С. NY. - 354 p.
7. Nossek E., Ekstein M., Rimon E., et al. Neurosurgery and pregnancy.// Acta Neurochir. 2011. V. 153 p. 1727 – 1735.