

РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ОПУХОЛИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Л.А. Агаркова, МХ. Андрюхина, О.В. Чернявская, А.В. Холопов

*НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии Томского научного центра СО РАМН
МЛПМУ «Роддом №4», г. Томск*

По литературным данным, сочетание беременности и опухоли головного мозга составляет от 1:13 000 до 1:17 000 (Буршинов А.О., Девев А.С., 1994). В 75% случаев внутричерепные опухоли у женщин развиваются в репродуктивном возрасте и впервые могут дать знать о себе во время беременности, авторы объясняют это задержкой жидкости в организме у беременных (Браун Дж, Диксон Г., 1982).

Течение и исход новообразований головного мозга в период беременности в большинстве случаев неблагоприятны. Прерывание беременности дает лишь временное улучшение. Материнская смертность среди женщин с опухолью головного мозга чрезвычайно высока и составляет 24,3% (Усоскин И.И., 1974), что обусловлено ускорением роста опухоли в период беременности. Ухудшение клинического течения опухоли во время беременности связано с различными изменениями, вызывающими задержку натрия и воды. 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. Тяжесть клинических проявлений опухоли во второй половине беременности нарастает как за счет увеличения размеров самой опухоли, так и отека и набухания мозгового вещества, связанного с нарушением ликворо- и кровообращения.

До сих пор остается неясной тактика ведения беременности в зависимости от локализации опухоли, ее гистологической формы и клинического течения. При выявлении опухоли мозга необходимо ставить вопрос о возможности протонирования беременности. Нейрохирургические вмешательства целесообразно откладывать на послеродовой период, так как во время беременности эти операции опасны для матери и плода.

Больная К., 38 лет, поступила по скорой помощи в отделение патологии беременных родильного дома №4 30 января 1998 г. с диагнозом: беременность 32—33 нед, посттравматическая энцефалопатия (сотрясение головного мозга в 1985 г.), хроническая постгеморрагическая анемия II стадии ЖКБ, диффузное увеличение щитовидной железы II стадии, эутиреоз.

При поступлении предъявляла жалобы на многократную рвоту в течение 3 дней, тошноту, головокружение, выраженные головные боли, усиливающиеся при поворотах головы, физическом напряжении.

Из анамнеза: на учете с 8 нед беременности. В первой половине беременности — анемия тяжелой степени, тошнота. Во второй половине появились головные боли; в срок 25 и 29 нед дважды проходила стационарное лечение по поводу посттравматической энцефалопатии, хронической постгеморрагической анемии тяжелой степени, хронической фето-плацентарной недостаточности.

При поступлении общее состояние средней тяжести, сознание ясное. Зрачки d=s. Фотореакция живая. Мелкоразмашистый, горизонтальный нистагм. Акушерский статус: матка овоидной формы, увеличена до 32-33 нед беременности, тонус не повышен. Положение плода продольное, предлежит головка, которая слегка прижата ко входу в малый таз, сердцебиения ясные, ритмичные 134 в Г. Размеры таза в пределах нормы. Наружные половые органы развиты по женскому типу. Шейка матки сформированная, наружный зев пропускает кончик пальца. Консультация невропатолога: посттравматическая энцефалопатия, гипертензионный синдром, учитывая упорные головные боли, рекомендована КТ головного мозга с целью исключения объемного процесса, при которой выявлено объемное образование левой гемисферы мозжечка овальной формы пониженной плотности, с неравномерно выраженной капсулой, с узловым пристеночным компонентом 5,0' 3,7см, симметричная вентрен-

няя гидроцефалия. Рекомендовано досрочное родоразрешение с последующим переводом в нейрохирургическое отделение.

04.02.98 была произведена операция кесарево сечение в нижнем сегменте матки поперечным разрезом. Родился живой недоношенный мальчик массой 1900 г, ростом 44 см, с оценкой по шкале Апгар 6 баллов. Течение послеоперационного периода осложнилось нарастанием симптомов опухоли головного мозга, усилились головные боли (преимущественно по ночам). На 7-е сут после операции больная доставлена в нейрохирургическое отделение областной клинической больницы. На 10-е сут после родов ребенок переведен в отделение патологии новорожденных на второй этап выхаживания.

В рамках подготовки к операции больной проводилась дегидратационная, гормональная, антибактериальная терапия, коррекция анемии, назначались препараты, улучшающие кровообращение головного мозга. 17.02.98 в плановом порядке произведена операция: трепанация зад-

ней черепной ямки, удаление опухоли левого полушария мозжечка, дренирование по Торкильсену слева. Послеоперационный период протекал без осложнений. Больная выписана из нейрохирургического отделения 18.03.98 в удовлетворительном состоянии.

Гистологическое заключение: гемангиобластома (ангиоретикулема) мозжечка I стадии злокачественности.

В данном случае стертые симптомы опухоли головного мозга не позволили своевременно поставить точный диагноз. Беременность была пролонгирована до 32-33 нед, что позволило женщине родить жизнеспособного ребенка. Быстрое нарастание общемозговой симптоматики, ухудшение общего состояния пациентки, признаки внутриутробного страдания плода явились показанием для досрочного родоразрешения путем операции кесарева сечения и проведения нейрохирургического вмешательства в ближайшем послеродовом периоде.