

Самсонова А.И.

**Разбор редкого клинического случая: опухоль головного мозга при беременности***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета**Научный руководитель: к.м.н. Наумова Ю.В.***Резюме**

В рассмотренном клиническом случае стертые клинические симптомы опухоли головного мозга не позволили клиницистам своевременно поставить точный диагноз. Симптоматика опухоли головного мозга 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.

**Ключевые слова:** опухоль головного мозга, беременность

На сегодняшний день сочетание беременности и опухолевого процесса в головном мозге в клинической практике встречается редко, но, тем не менее, у беременных женщин могут встречаться все типы опухолей головного мозга. Статистические данные говорят о том, что на 100 000 населения приходится около 20 заболевших, имеющих диагноз опухоль головного мозга, из них 15 человек из 100 000 населения страдают первичной опухолью мозга. Болезнь поражает всех, несмотря на возраст, без всякого преобладания полов. Не щадит недуг и детей, которые составляют от 13% до 45% от общего числа болеющих. Некоторые виды новообразований мозга преобладают у женщин, другие избирают чаще мужчин [7,5]. Однако, частота общей заболеваемости первичными опухолями головного мозга во время беременности невелика и колеблется в пределах от 1:1000 до 1:17 500 родов [2,3,6]. Также, по литературным данным отсутствуют различия частоты опухолевого процесса (а в частности опухолей головного мозга) у беременных и небеременных женщин детородного возраста (14:100 000 в общей популяции). При этом некоторыми авторами высказаны предположения о снижении либидо и нарушении фертильности при наличии опухоли в головном мозге [11].

В структуре смертности населения России злокачественные новообразования занимают второе место после болезней системы кровообращения, опередив травмы и отравления. Удельный вес злокачественных новообразований в структуре смертности женского населения в 2014 году составил 14,6%, что на 1,3% меньше, чем показатели мужского населения. Потери от злокачественных новообразований в репродуктивном возрасте (20-44 года) в женской популяции в 2014 г. составили 15,5% (7 303 случая) [5]. В структуре смертности населения опухолевые процессы головного мозга у лиц в возрасте 20-29 лет занимают третье место, а непосредственно сама материнская смертность среди женщин с опухолью головного мозга очень высока и составляет 24,3% [2,6], что обусловлено ускорением роста опухоли в период беременности.

Течение беременности, сочетанной с опухолью головного мозга, ассоциировано с повышенным риском спонтанных абортов и антенатальной гибелью плода [6].

Развитие клинической картины проявления опухолевого процесса в головном мозге во время беременности некоторые авторы объясняют эндокринными, гемодинамическими, электролитными и другими изменениями в беременном организме женщины, которые вызывают задержку электролитов (а именно Na<sup>+</sup>) и воды, и как следствие - повышение внутричерепного давления [2,4,8]. Плацента, как мощный гормональный орган, может стимулировать рост новообразования в головном мозге.

При малых сроках беременности признаки опухолевого поражения головного мозга часто маскируются и неверно трактуются врачами-клиницистами как проявления раннего токсикоза беременных, а ухудшение зрения во второй половине беременности - преэклампсии [6,9]. Тяжесть клинических проявлений опухоли головного мозга, как правило, нарастает к поздним срокам беременности как за счет увеличения размеров самой опухоли, так и отека и набухания мозгового вещества, связанного с нарушением ликвор- и кровообращения [3,4,10]. В литературе также присутствуют данные о том, что в некоторых случаях беременность стимулировала рост менингиом и опухолей глиального ряда. Между тем сосудистые опухоли [10] – это наиболее предрасположенные к быстрому прогрессивному течению во время беременности. Следовательно, эта ассоциированная патология во время беременности является грозным осложнением и требует от клинических специалистов единой тактики ведения беременности и родов. Однако до сих пор остается неясной тактика ведения беременности в зависимости от локализации опухоли, её гистотипа и клинического течения.

Таким образом, при выявлении у беременной женщины опухоли головного мозга в обязательном порядке ставится вопрос о возможности дальнейшего пролонгирования беременности. Подход к терапии варьируется и зависит от: типа опухоли, локализации, хирургической доступности, размера опухоли, темпа роста, наличия повышенного ВЧД, выраженности симптоматики опухоли, гестационного возраста плода, желания 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 [1].

**Описание клинического случая**

Пациентка Х, 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 возникающая симптоматика прогрессировала. При сроке гестации 25 недель пациентка доставлена в ГУЗ 1 СГКБ им. Ю.Я. Гордеева с диагнозом “энцефалопатия неясного генеза” [1]. По МРТ выявлена опухоль правого мосто-мозжечкового угла, внутренняя окклюзионная гидроцефалия (см. изображение 1).

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 [1]. Состояние пациентки в отдаленном послеоперационном периоде удовлетворительное, рецидива нет, ребенок полностью соответствует в физическом и умственном развитии своему возрасту.

В рассмотренном клиническом случае стертые клинические симптомы опухоли головного мозга не позволили клиницистам своевременно поставить точный диагноз. Симптоматика опухоли головного мозга 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.

Таким образом, новообразование головного мозга во время беременности – весьма грозный диагноз, который значительно затрудняет дифференцировку основного заболевания и оказывает непосредственное влияние на качество и временные возможности лечения. Для беременных женщин с опухолью головного мозга требуется комплексный мультидисциплинарный подход, способ родоразрешения и/или нейрохирургическое вмешательство основывается на течении опухолевого процесса, а также на акушерской ситуации [7].

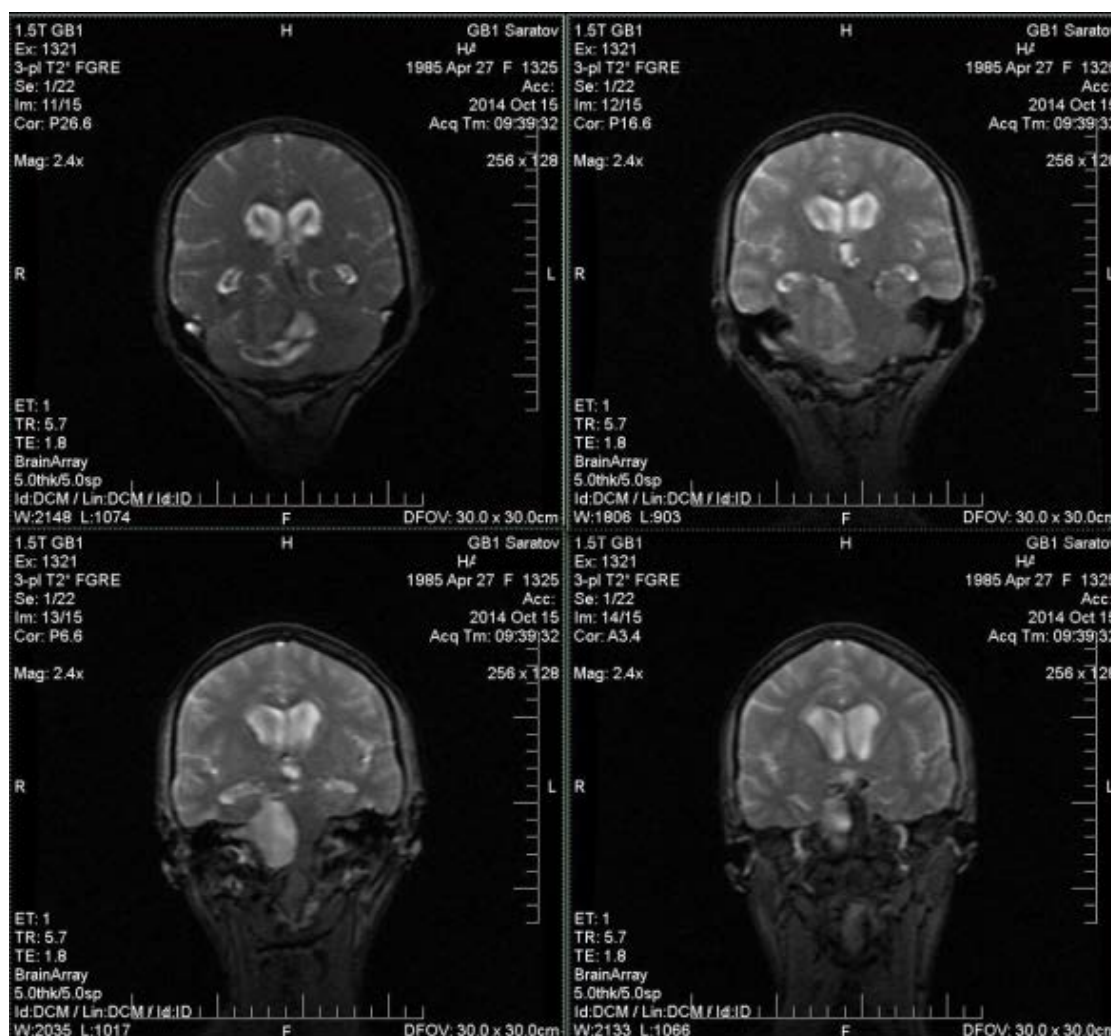


Рисунок 1. Серия МР-томограмм с МР-картиной невриномы правого преддверно-улиткового нерва на фоне сопутствующей арахноидальной кисты

**Литература**

1. Аюпова Э.Ш. Опухоль головного мозга при беременности. Клинический случай. // IV Всероссийская неделя медицинской науки с международным участием » 76-я студенческая межрегиональная научно-практическая конференция «Молодые ученые — здравоохранению
2. 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.
3. Деев А.С. Опухоли головного мозга и беременность // Рос. вести, перинатол. и педиатр. -1994. - Т.39. - №1. - С.15 - 17.
4. Нарушения венозного мозгового кровообращения у беременных и родильниц // Актуальные вопросы медицины и здравоохранения: Сб. научн. тр. под ред. М.Ф. Сауткина,- Рязань, Изд-во РГМУ, 1995. - С.43 - 46.
5. Официальные данные Федеральной службы государственной статистики – «Российский статистический ежегодник 2015г.», «Состояние здоровья населения» за 2005-2014 годы, «Заболеваемость населения России» за 2005-2014 годы, Злокачественные новообразования в России в 2014 году (заболеваемость и смертность).
6. 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).
7. Статья «Опухоль головного мозга» <http://opuholi.org/dobrokachestvennaya-opuxol/prochie-opuholi/opuhol-golovnogo-mozga.html>
8. Klein A. (Ed.). Pregnancy and neurologic illness.// Neurol. Clin. 2012. V. 30 p. 781 –962.
9. Neurological disorders of pregnancy.- 1992. - 2nd. Ed. Futura. H.C. NY. - 354 p.
10. Nossek E., Ekstein M., Rimon E., et al. Neurosurgery and pregnancy.// Acta Neurochir. 2011. V. 153 p. 1727 – 1735.
11. Cachuapoma J.R., Tomplison M.W., Levine R.S. Neurologic complications. Ed.: James D., Steer P.P.S., Weiner C.P., Gonik B., Growther C.A., Robson S.C. High Risk Prgnancy. Elsevier 2013