

УДК 618.3-06

Д.С. Лысяк, Т.С. Закоморина

ФГБОУ ВО Амурская ГМА  
Минздрава России

г. Благовещенск

**ОПУХОЛЬ МОЗЖЕЧКА  
ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ  
(КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)**

Новообразования у беременных – достаточно редкое наблюдение в клинической практике. Сочетание беременности и опухоли головного мозга еще более редкое явление и варьирует в пределах 1 случая на 13000–17000 родов [1, 2]. Тем не менее, данная проблема весьма актуальна. Это обусловлено трудностью дифференциальной диагностики опухолевого поражения головного мозга с другими осложнениями беременности, имеющими относительно схожую клиническую картину [4, 5, 11].

В 75% случаев опухоль головного мозга у женщин развивается в репродуктивном возрасте и впервые проявляется с наступлением беременности, что связано с гормональными изменениями. Из опубликованных данных можно сделать вывод, что основным стимулятором роста опухоли является плацента, как высоко активный гормональный орган [1, 2]. Во время беременности опухоль головного мозга может увеличиваться в размерах за счет активации гормональных рецепторов на поверхности опухолевых клеток, удержания жидкости и кровенаполнения сосудов [3]. Так же увеличение внутрочерепного объема за счет роста опухоли постепенно сопровождается изменениями гемо- и ликвородинамики, что в дальнейшем определяет клинические проявления [3, 5].

На ранних сроках беременности опухолевое поражение головного мозга может проявляться головной болью, тошнотой, рвотой, тем самым маскируясь, и ошибочно трактуется лечащими врачами как проявление токсикоза беременности, а во второй половине беременности, когда возможно присоединение зрительных нарушений, преэклампсией [8, 9].

Verheecke M. с соавторами сообщают о 27 случаях наблюдения за беременными женщинами, у 25 из которых опухоль головного мозга была диагностирована во II и III триместрах беременности. Отмечено два случая материнской смертности во время беременности. Родоразрешены при помощи плановой операции кесарева сечения 59% пациенток, 52% – при сроке гестации 30–36 недель [7].

Беременность в сочетании с

опухолевым процессом головного мозга представляет собой проблему для врача акушера-гинеколога во всех аспектах диагностики и ведения данной беременности.

В качестве примера представлен случай наблюдения за течением беременности у пациентки с опухолью мозжечка. Пациентка У., 25 лет, доставлена в областной перинатальный центр с жалобами на рвоту, слабость, головную боль в затылочной области, головокружение, изжогу.

Анамнез заболевания. Беременность 1-я, желанная, не запланированная. На учете у врача акушера-гинеколога состояла с 6 недель беременности. Проведено базисное обследование. Консультация врача-терапевта. Установлен диагноз: вегетососудистая дистония, гипертензивная форма. Первая половина беременности протекала без осложнений. Пренатальные скрининговые ультразвуковые исследования были проведены в 13 и 20 недель беременности, отклонений не установлено.

В 23–24 недели беременности стала отмечать тянущие боли внизу живота, отеки голеней, прибавку веса до 2500 г за 2 недели, в связи с чем было проведено лечение угрожающих преждевременных родов и вызванных беременностью отеков в акушерском стационаре 1 группы по месту жительства, выписана с улучшением.

В 33–34 недели беременности с жалобами на тошноту, изжогу, позывы на рвоту, повышение АД до 150 и 90 мм рт. ст. была госпитализирована в акушерский стационар 2 группы. При обследовании клиничко-биохимические показатели были в пределах нормальных значений. При ультразвуковом исследовании размеры плода соответствовали 34–35 неделям беременности. Допплерометрическое исследование выявило нарушение маточно-плацентарного кровотока при сохраненном плодово-плацентарном (IA), что характерно для компенсированной плацентарной недостаточности. При ультразвуковой эхокардиографии установлен эукинетический тип гемодинамики. При дуплексном сканировании брахиоцефальных сосудов перепада скоростей кровотока на позвоночных артериях не выявлено. Ультразвуковая эхография органов брюшной полости: диффузная неоднородность

**Резюме** В статье приводятся литературные данные и собственное наблюдение за течением беременности у женщины с опухолью мозжечка. Эта редкая патология вызывает трудности в дифференциальной диагностике с преэклампсией, сопровождается высокой частотой материнской смертности и перинатальной патологии.

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

и повышение экзогенности поджелудочной железы, выраженный пневматоз кишечника. Консультация врача-офтальмолога: глазное дно без патологии. Консультация врача-терапевта: ВСД по гипертоническому типу; хронический бронхит, ремиссия; гастроэзофагиальный рефлюкс; острый гастродуоденит; реактивный панкреатит. Консультация врача-невролога: вестибулярный синдром. Проводилось лечение: блокатор дофаминовых рецепторов, урсодезоксихолевая кислота, стимулятор альфа2-адренорецепторов, ферменты, магния сульфат. Выписана на 10-е сутки с улучшением. Рекомендовано продолжить лечение в амбулаторных условиях.

При госпитализации в областной перинатальный центр в сроке 36–37 недель беременности состояние тяжелое. Сознание заторможенное. Кожный покров и видимые слизисты бледные. Пульс 70 ударов в минуту. Артериальное давление 160 и 100 мм рт. ст. Частота дыхания 16 в минуту. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области, увеличен за счет беременной матки. Отеков нет. Матка в нормотонусе. Высота дна матки над лоном 32 см, окружность живота 99 см. Положение плода продольное, предлежащая часть – головка. Сердцебиение плода 138 ударов в минуту, приглушенное, ритмичное.

Показатели клинического анализа крови в пределах нормальных значений. В общем анализе мочи белка нет, кетон 10 ммоль/л. В биохимическом анализе крови отмечалось увеличение концентрации амилазы (159 Ед/л), прямого билирубина (7,2 ммоль/л) и щелочной фосфатазы (473 Ед/л). Выставлен диагноз: беременность 36–37 недель, тяжелая преэклампсия, что явилось показанием для срочного родоразрешения. После проведения предоперационной подготовки в условиях отделения анестезиологии и реанимации пациентка родоразрешена с применением операции кесарева сечения. Извлечен плод с оценкой по Апгар 7 баллов,

масса тела 2570 г. Околоплодные воды светлые, в количестве 30 мл. Плацента и оболочки визуально не изменены. Кровопотеря составила 500 мл.

С первых суток после родоразрешения пациентка продолжала предъявлять жалобы на сонливость, головокружение и тошноту при смене положения тела. Принимала вынужденное положение на левом боку с головой, приведенной к левому плечу. Заторможена, речь замедленная, артикуляция нарушена, взгляд не фиксировала.

Выполнено МРТ головного мозга с контрастированием: на уровне червя и намета мозжечка определялось объемное образование размерами до 40 мм в диаметре, с четкими неровными контурами, неоднородного характера, с наличием кистозного компонента и перифокальной ликворной полоской, деформация и частичная компрессия IV желудочка и обводной цистерны. Интенсивно и неоднородно накапливает контраст. Заключение: признаки объемного образования задней черепной ямки, умеренно выраженной частично окклюзионной гидроцефалии (рис. 1).

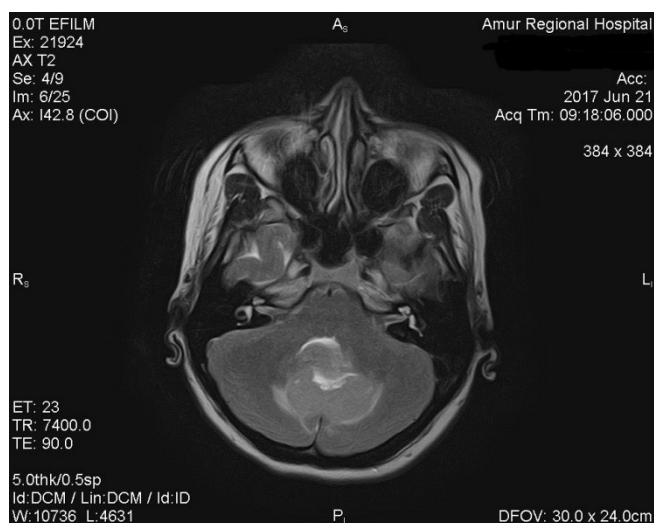
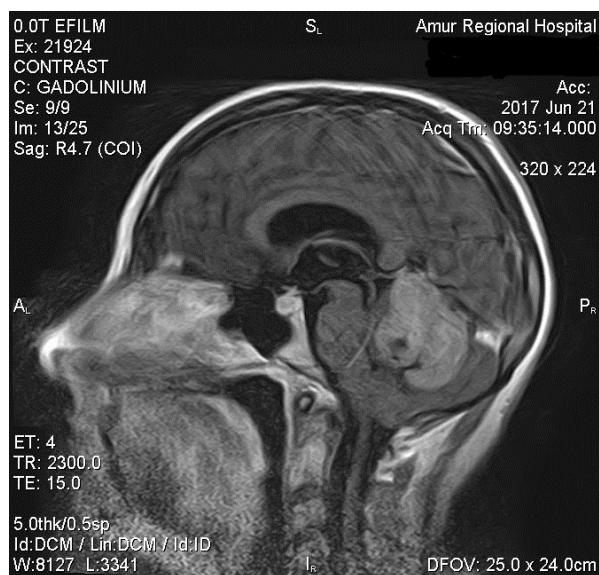


Рисунок 1. Опухоль мозжечка. Компьютерная томография.

## TUMOR OF THE CEREBELLUM DURING PREGNANCY (CLINICAL OBSERVATION)

D.S. Lysyak, T.S. Zakomorina

FSBEI HE Amur SMA HM, Blagoveshchensk, Russia

**Abstract** The article cites literature data and own observation of the course of pregnancy in a woman with a cerebellar tumor. This rare pathology causes difficulties in differential diagnosis with preeclampsia, and it is accompanied by a high incidence of maternal mortality and perinatal pathology.

**Key words:** pregnancy, brain tumor, pre-eclampsia.

DOI 10.22448/amj.2018.1-2.37-39

Консилионно было решено продолжить профилактику послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний с последующим нейрохирургическим лечением. При нарастании внутричерепной гипертензии провести экстренное наложение вентрикулярного дренажа.

На 8-е сутки после родоразрешения в связи с нарастающей внутричерепной гипертензией выполнена декомпрессивная трепанация задней черепной ямки с микрохирургическим удалением опухоли червя и обоих полушарий мозжечка. Результат гистологического исследования – медуллобластома.

На 27-е сутки послеродового периода и 19-е сутки послеоперационного периода пациентка в удовлетворительном состоянии переведена в областной онкологический диспансер на дальнейшее специализированное лечение.

В доступной литературе встречается небольшое количество публикаций с описанием подобных случаев. Авторы отмечают плохие перинатальные исходы и высокую материнскую смертность в течение 6 месяцев после родоразрешения. Особенно высокая частота неблагоприятных исходов отмечена при незапланированной беременности и опухолях, диагностированных во время беременности [4]. Описаны случаи рецидива заболевания во время беременности после проведенного ранее лечения [10].

Диагностика опухоли головного мозга в большинстве случаев возможна на основе клинических симптомов, физического обследования и результатов, полученных современными методами визуализации. Принимая во внимание тяжелые и иногда летальные последствия, часто только своевременная и эффективная терапия может спасти жизни матери и плода [5, 6].

Таким образом, злокачественное новообразование головного мозга в третьем триместре беременности быстро прогрессирует, скрываясь под маской преэклампсии. Недостаточный опыт врачей акушеров-гинекологов ведения беременных женщин с опухолью головного мозга может привести к неправильному диагнозу и несвоевременному адекватному лечению. Каждый случай беременности с атипично протекающей преэклампсией должен быть всесторонне исследован и междисциплинарно обсужден.

## Литература

1. Саввина И.А., Хачатрян В.А., Ким А.В., Забродская Ю.М. Клинический случай родоразрешения путём кесарева сечения и последовательного удаления гигантской конвексимальной менингиомы у девочки-подростка // Анестезиология и реаниматология. 2013. № 1. С. 51–54.
2. Самсонова А. И. Разбор редкого клинического случая:

опухоль головного мозга при беременности // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2016. Т. 6., № 6. С. 1180–1182.

3. Block H.S, Biller J. Neurology of pregnancy // Handbook of Clinical Neurology. 2014;121:1595-1622. doi: 10.1016/B978-0-7020-4088-7.00105-X.

4. Girault A., Dommergues M., Nizard J. Impact of maternal brain tumours on perinatal and maternal management and outcome: a single referral centre retrospective study // Eur J ObstetGynecolReprod Biol. 2014;183:132-136. doi: 10.1016/j.ejogrb.2014.10.027.

5. Hortobágyi T., Bencze J., Murnyák B., Kouhsari M.C., Bognár L., Marko-Varga G. Pathophysiology of meningioma growth in pregnancy // Open Medicine. 2017;12:195-200. doi: 10.1515/med-2017-0029.

6. Kurdoglu Z., Cetin O., Gulsen I., Dirik D., Bulut M.D. Intracranial meningioma diagnosed during pregnancy caused maternal death // Case Rep Med. 2014. doi: 10.1155/2014/158326.

7. Verheecke M., Halaska M.J., Lok C.A., Ottevanger P.B., Fruscio R., et al. Primary brain tumours, meningiomas and brain metastases in pregnancy: report on 27 cases and review of literature // Eur J Cancer. 2014;50(8):1462-1471. doi: 10.1016/j.ejca.2014.02.018.

8. Chow M.S., Mercier P.A., Omahen D.A., Wood S.L., Johnson Jo-Ann M. Recurrent Exophytic Meningioma in Pregnancy // Obstetrics & Gynecology. 2013;121:475-478.

9. Ravindra V.M., Braca J.A., Jensen R.L., Duckworth E.A.M. Management of intracranial pathology during pregnancy: Case example and review of management strategies // Surgical Neurology International. 2015;6:43. doi:10.4103/2152-7806.153845.

10. Yust-Katz S., de Groot J.F., Liu D., Wu J., Yuan Y. et al. Pregnancy and glial brain tumors // Neuro-Oncology 2014;16(9):1289-1294. doi: 10.1093/neuonc/nou019.

11. Taylan E., Akdemir A., Zeybek B., Ergenoglu A.M., Yeniel A.O. Recurrent brain tumor with hydrocephalus in pregnancy // ObstetGynaecolRes. 2015; 41(3):464-467. doi: 10.1111/jog.12546.

Статья поступила в редакцию 01.12.2017

## Координаты для связи

Лысяк Денис Сергеевич, д. м. н., доцент кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России. E-mail: denis\_lysyak@mail.ru

Закоморина Татьяна Сергеевна, студентка ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России. E-mail: tzakomorina@mail.ru

Почтовый адрес ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России: 675000, г. Благовещенск, Амурской области, ул. Горького, 95. E-mail: agma@ya.ru