



УДК: 616-006.328-089: 618.2

З.Б. Ахметжанова, Г.И. Оленбай, Н.А. Рыскельдиев, Х.А. Мустафин, С.Г. Медуханова, С.А. Айдаров, С.К. Акшулаков

АО «Национальный центр нейрохирургии», г. Астана, Казахстан

## ОПИСАНИЕ СЕРИИ СЛУЧАЕВ МЕНИНГИОМ, СВЯЗАННЫХ С БЕРЕМЕННОСТЬЮ И ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.

**Резюме.** Менингиомы являются наиболее часто встречающимися первичными опухолями головного мозга. По данным научных данных, у женщин в два раза чаще, чем у мужчин диагностируют менингиомы. За последние годы в мировой научной литературе все чаще появляются сообщения о наличии менингиом у женщин во время беременности.

**Материалы и методы.** В данной статье рассмотрены серия случаев менингиом у женщин во время беременности. Проанализированы особенности манифестации, течения, лечения и выживаемости данной группы пациенток. Проведен анализ научной зарубежной литературы о возможном высоком риске развития менингиом в фертильном возрасте, методах и результатах лечения.

**Результаты.** Были получены положительные результаты после проведения нейрохирургического вмешательства. Выживаемость пациентов почти за 8 летний период наблюдения составила 75%, при этом фатальный случай одной пациентки не связан с ростом опухоли и нейрохирургическими манипуляциями. Также необходимо отметить, что лечение опухолей во время беременности является сложной проблемой как для пациента, так и для врачей в связи с необходимостью выбора максимально безопасного варианта тактики лечения, как для матери, так и для плода, в связи с чем актуальность данной проблематики очень высока.

**Ключевые слова:** опухоли головного мозга, менингиомы, нейрохирургия, неврология, беременность.

### Введение.

Еще в 1938 году Cushing и Eisenhardt' были первыми, кто описал связь между менингиомами и беременностью [1]. После чего появилось ряд работ, которые описывали взаимосвязь увеличения симптомов заболевания от темпов роста первичных опухолей головного мозга во время беременности. Сначала это были работы по менингиомам у беременных женщин, которые имели начало симптомов во время беременности, ремиссию в послеродовом периоде и рецидивы при последующих беременностях [1-4]. Затем появились похожие работы по глиальным опухолям у беременных женщин [3, 5-9].

К счастью, опухоли головного мозга во время беременности встречаются довольно редко. Isla et al. [3] в 1997 году описали свои наблюдения за 12 лет, что из 126 413 беременных женщин они выявили только 7 пациенток с первичными опухолями головного мозга: трое из которых имели диагноз глиомы, две менингиомы и две эпендимомы. Шестеро из семи пациенток были прооперированы, седьмая пациентка принимала радиотерапию. Четыре пациентки имели естественные роды, две кесарево сечение и одна выкидыш на 20 неделе беременности [3].

В 1995 году Sneed et al. [10] представили 2 случая удаления опухоли у женщин на 26 и 27 неделях беременности с применением спазмолитической терапии для предотвращения преждевременных родов и пролонгировали беременность. В дальнейшем обе пациентки родили здоровых младенцев через вагинальные роды. Одна из пациенток находилась под наблюдением в течение 31 месяца от начала лечения и была клинически стабильна, а другая па-

циентка умерла через 14 месяцев от начала лечения на фоне развития второго очага новообразования в головном мозге. Эти 2 случая показали возможность достижения хороших результатов оперативного лечения, как для матери, так и для ребенка.

Намного позже в 2000 году Tewari et al. [9] изучили заболеваемость злокачественными опухолями головного мозга у беременных в пяти госпиталях Южной Калифорнии. В течение 10 лет они наблюдали 312 645 беременных, из которых было выявлено только 8 случаев злокачественных опухолей головного мозга при беременности. У четверых пациенток диагностировали мультиформную глиобластому, у троих анапластическую астроцитому и одна пациентка была с метастатической опухолью рака молочной железы. У 6 пациенток произошли преждевременные роды и развилась острая неврологическая декомпенсация, вследствие чего было проведено экстренное родоразрешение с помощью кесарева сечения у беременных сроком 27-40 недель. Из этих 6 случаев, у четырех пациенток был летальный исход после удаления опухоли, у двух неоперабельных пациенток развился грубый неврологический дефицит.

Roelvink et al. [11] проанализировали 86 литературных обзоров с 223 случаями первичных опухолей головного и спинного мозга во время беременности и обнаружили, что заболеваемость среди беременных женщин с этой патологией ниже, чем у не беременных женщин в одной возрастной группе. Они также нашли, что глиомы встречаются чаще в первом триместре беременности, а заболеваемость опухолями головного мозга снижается с увеличением количества родов. Однако, Haas et al. [12] в 1986



году обнаружили одинаково высокую распространенность для обоих типов опухолей, как глиом, так и менингиом среди беременных женщин.

### Материалы и методы

В период с 2009 по 2011гг. на базе отделения патологии центральной нервной системы АО «Национальный Центр Нейрохирургии» (далее НЦН) находились на оперативном лечении 4 женщины с менингиомами головного мозга связанными с беременностью. Из них 3 женщин поступили на лечение в раннем послеродовом периоде (после естественных родов и кесарева сечения) и 1 женщина после медицинского прерывания беременности.

Нами были проанализированы все клинические записи, данные рентгенологических исследований, компьютерной томографии (КТ), магнитно-резонансной томографии (МРТ), в период до и после оперативного вмешательства, заключения патогистологических исследований. Средний возраст всех исследуемых 4 женщин составил 36 лет (диапазон от 34 до 40 лет). По этнической принадлежности 3 женщин были казахской национальности, 1 корейской, таким образом вся когорта состояла из азиатской расы. Каждой пациентке был присвоен номер случая и представлен в таблице №1. Акушерские данные, такие как тип родов, выживание матери и плода представлены в таблице.

### Результаты

Обнаружение опухолей головного мозга у пациенток было во время первой беременности – 1 случае (25%), второй – 0, третьей – 2 случая (50%), четвертой – 1 (25%). В первом триместре опухоль была диагностирована у 1 пациентки (25%), во втором – 1 (25%), в третьем, а также в раннем послеродовом

периоде – 2 (50%). Манифестация заболевания у пациенток с впервые обнаруженными опухолями головного мозга началась со следующих симптомов: у 3 пациенток с общемозговых симптомов, такими как головная боль, тошнота, рвота (75%) и у 1 общемозговыми симптомами и судорожных припадков (25%). Всем пациентам (100%) была выполнена хирургическая резекция опухоли головного мозга (полная или частичная). Выживаемость пациентов почти за 8 летний период наблюдения составила 75%, при этом фатальный случай одной пациентки не связан с ростом опухоли и нейрохирургическими манипуляциями.

### Доклад о случаях

#### Случай 1.

У пациентки N. во время первой беременности в возрасте 35 лет на сроке 14-15 недель появились периодические головные боли (см. табл.). Обратилась к участковому терапевту, была направлена на МРТ головного мозга, где было обнаружено объемное образование петрокливаляного угла слева. Учитывая тяжесть состояния пациентки, а также прогрессивное ухудшение консилиумом специалистов было рекомендовано провести индуцированные роды в сроке 24 – 25 недель. Ребенок родился живым, весом 550 гр. В раннем послеродовом периоде у пациентки отмечался тонико – клонический генерализованный судорожный припадок однократно. Пациентка была переведена в НЦН по линии санитарной авиации, где было проведено оперативное вмешательство. Патогистологическое заключение: доброкачественная менингиома, менинготелиоматозный вариант (WHO grade I). Выживаемость пациентки от момента проведения оперативного лечения составила 8 лет, 1 месяц.

Таблица №1.

Клиническая характеристика пациентов.

Случай	Возраст на момент постановки диагноза	Диагноз, Grade по классификации WHO	Акушерский анамнез	Лечение	Исход беременности	Исход заболевания	5 летняя выживаемость
1.	35 лет	Доброкачественная менингиома, 1	Б1. Р1.	Нейрохирургическая операция	Вагинальные роды	Живая	+
2.	40 лет	Доброкачественная менингиома, 1	Б4. Р3.	Нейрохирургическая операция	Вагинальные роды	Живая	+
3.	34 лет	Доброкачественная менингиома, 1	Б3. Р2. МА 1	Нейрохирургическая операция	Медицинский аборт	Живая	+
4.	35 лет	Атипичная менингиома, 2	Б3. Р3.	Нейрохирургическая операция	Кесарево сечение	Смерть	-

#### Случай 2.

У пациентки N., 40 лет во втором триместре 4-ой беременности появились головные боли, депрессивно – тревожные расстройства, за медицинской помощью не обращалась (см. табл.). В раннем послеродовом периоде отмечался однократно генерализованный тонико – клонический судорожный приступ, а также появление зрительных галлюцинаций. На МРТ головного мозга было обнаружено объемное образование основания черепа. Паци-

ентка обратилась к участковому терапевту, была направлена на МРТ головного мозга, где было обнаружено объемное образование основания черепа. Паци-



ентка была переведена в НЦН по линии санитарной авиации, где было проведено оперативное вмешательство. По заключению патогистологического исследования обнаружена доброкачественная менингиома, ангиоматозный вариант с ксантоматозом (WHO grade I). Ребенок живой, развивается по возрасту. На данный момент выживаемость пациентки после оперативного лечения составила 8 лет, 2 месяца, грубого неврологического дефицита и судорожных припадков не отмечает.

### **Случай 3.**

У пациентки N., 34 лет во время первого триместра 3-ей беременности появились головные боли, периодическая тошнота (см. табл.). Консервативная терапия на амбулаторном лечении не принесла положительного эффекта. Было рекомендовано проведение МРТ головного мозга, где было обнаружено объемное образование лобно-теменной доли слева. Учитывая тяжесть состояния пациентки, а также прогрессирующее ухудшение консилиумом специалистов было рекомендовано медицинское прерывание беременности, после чего проведено нейрохирургическое удаление опухоли. Патогистологическое заключение: Доброкачественная менингиома, фибропластический вариант (WHO grade I). Выживаемость пациентки составила 7 лет 9 месяцев. На данный момент пациентка живая, неврологический дефицит не наблюдается.

### **Случай 4.**

Пациентка N., 35 лет в первом триместре 3-ей беременности начала отмечать появление головных болей, тошноты, рвоты (см. табл.). Наблюдалась амбулаторно в поликлинике по месту жительства, получала консервативное лечение с кратковременным положительным эффектом, однако отмечала учащение эпизодов головных болей. На сроке 39-40 недель состояние пациентки ухудшилось в виде усиления головных болей, головокружения, тошноты, многократной рвоты, был поставлен диагноз преэклампсии. Была экстренно госпитализирована в перинатальный центр, где было проведено кесарево сечение, ребенок живой. На вторые сутки после родов, была проведена релапаротомия из-за эквентрации сальника. После родов было проведено МРТ головного мозга, где было обнаружено объемное образование в правой лобной доле. Была переведена в НЦН, где была прооперирована. Патогистологическое заключение: Атипичная менингиома (WHO grade II). Выживаемость пациентки от момента нейрохирургического оперативного вмешательства составила 1 год. В связи с отягощенным общесоматическим статусом и отдаленными хирургическими осложнениями после операции кесарева сечения пациентка погибла.

### **Дискуссия**

Увеличение объема жидкости и половых гормонов, происходящих во время беременности, могут оказывать сильное воздействие на рост опухоли и неврологические симптомы (3,11, 13-20). Vlaaiuw et al. [16] изучили стероидные рецепторы в тканях 67 менингиом; они нашли рецепторы прогестерона (PR)

больше чем в 80% экземпляров. Hsu et al. [18] сообщили о ядерном окрашивании для PR в 83% случаев менингиом. Lesch и Fahlbusch [19] проанализировав гормональные рецепторы в менингиомах, сообщили о присутствии прогестероновых рецепторов в 76% материала исследованного методом иммуногистохимии. Хотя функции рецепторов прогестерона проанализированы не полностью, имеющиеся исследования предполагают, что менингиомы могут быть целью воздействия прогестерона, и способствовать развитию и даже появлению менингиом во время беременности. Эстрогеновые рецепторы также найдены при менингиомах, но в меньших количествах, чем прогестероновые, что свидетельствует об их незначительной роли в развитии опухоли во время беременности [16-20].

В 1963г. Kempers et al. [21], провели ретроспективный анализ 16 беременностей у пациенток с опухолями головного мозга, получавших оперативное удаление в комбинации с химио- и/или лучевой терапией. Во время беременности, родов или в раннем послеродовом периоде материнской смертности не наблюдалось, а все рожденные младенцы выжили. Четыре случая закончились фатально в период от 6 до 16 месяцев после родов. Смертность пациенток не была связана с беременностью, а зависела от характера опухолей, так в одном из случаев опухоль была метастатической по происхождению, в других трех случаях состояние пациентов было тяжелым из-за невозможности тотального удаления опухоли. У остальных 12 пациентов наблюдалось относительно благоприятное течение заболевания со 100% выживаемостью в течение 7 летнего наблюдения после родов.

В 2003г Kanaan et al. [14], опубликовали анализ 18 пациенток с менингиомами головного мозга. Все 18 пациенток были повторнородящими. У большинства пациенток заболевание диагностировалось во 2-м или 3-м триместре беременности. Клинические проявления манифестировали с нарушениями зрения у 12 пациенток (66,6%), головной боли у 8 пациенток (44,4%), судорожными припадками у 2 (11,11%), диплопией в 1 случае и экзофтальмом у 1 пациентки. Тотальная резекция была проведена в 14 случаях, субтотальная у одной пациентки, а также частичная в одном случае, одна пациентка отказалась от операции и одна была потеряна в последующем наблюдении. Образцы по заключению патогистологических исследований показали типичную менингиому. Материнских или детских смертей, связанных с заболеванием, не наблюдалось. Результат у 7 пациенток с нарушением зрения, которые оперировались во время беременности, показал заметное улучшение после оперативного вмешательства у 3 пациенток (42,6%), ухудшение у 2 (28,57%) и без эффекта в 2 случаях (28,57%). У 5 пациенток, оперированных после родов у 2-их пациенток (40%) отмечалось полное выздоровление, у одной пациентки (20%) зрение улучшилось после хирургической резекции опухоли, а у 2 пациенток (40%) эффекта не отмечалось. Контроль судорожных приступов у пациентов про-



водилось монотерапией. У пациентки с диплопией отмечалось улучшение после родов. Пациентка с экзофтальмом восстановилась через 9 месяцев после операции.

Lusis et al. [22] в 2012г. сообщили о серии случаев менингиом у беременных женщин. В работу были включены 17 случаев лечения менингиом диагностированных у пациенток во время беременности и в раннем послеродовом периоде (до 3х недель). Средний возраст пациентов составил 33 года. У 3 пациенток (18%) неврологические симптомы появились в первом триместре беременности, у 5 (29%) во время второго и 7-х пациенток (41%) в течение третьего триместра. У 2 пациенток симптомы манифестировали в раннем послеродовом периоде, в течение 8 дней после родов. 16 пациентам было проведено оперативное лечение по поводу опухоли головного мозга. 1 пациентка умерла до проведения оперативного вмешательства из-за осложнений, вызванных ростом опухоли.

Laviv et al. [23] в 2017г. опубликовали работу, в котором провели анализ течения 104 случаев женщин с беременностями у которых были обнаружены менингиомы головного мозга. Только 86 случаев подходили для проведения анализа, так как в 18 случаях данные были не достаточны. Из 86 женщин 27 пациенткам проводилась резекция опухоли во время беременности и у 8 пациенток во время родов, которые составили группу А. У 51 пациентки опухоль была удалена после родов, которые составили группу В. Было установлено, что средний возраст всей когорты составляет 33 года (диапазон 19-44 лет) и был одинаковым для двух групп (32,5 против 34 для групп А и В соответственно). Количество беременностей было сопоставимо в обеих группах (среднее значение = 3). Группы были схожи по размеру опухоли и локализации опухоли. Начальные симптомы в обеих группах также были сходными, причем наиболее часто встречающимися проблемами являлись нарушения зрения (63 и 55% для групп А и В соответственно). Значительные изменения когнитивных функций, локального неврологического дефицита, а также слепота имели место в 23 и 23,5% случаев в группах А и В соответственно. Что касается времени диагностики, распределение по всем триместрам было одинаковым в обеих группах, что показало значительную тенденцию во втором и третьем триместре. Однако при сравнении случаев, которые были диагностированы до 27-й недели беременности, была обнаружена значительная разница между двумя группами (45,7 против 17,6% для групп А и В соответственно). Следует отметить, что 15 пациентов в группе В были диагностированы после родов, большинство из них (12) в течение 1-й недели после родов. В группе А были две материнские смерти: одна пациентка, у которой состояние быстро ухудшилось во время родов и пациентка, который было проведено кесарево сечение и краниотомия скончалась на 3-и сутки из-за эпилептического статуса. В обоих случаях дети были живы и здоровы. В группе В не было материнской смертности. Что касает-

ся исхода у новорожденных, то у одной пациентки из группы А произошел спонтанный аборт на 26-й неделе беременности. У другой пациентки в группе А наблюдалась стойкая брадикардия плода во время оперативного лечения. На 26-й неделе ей было проведено экстренное кесарево сечение, но у плода была перинатальная асфиксия и он скончался 14 дней спустя после рождения. В группе В самопроизвольных абортов или смертей плода не наблюдалось.

В 2013г. мета анализ, проведенный Qi et al. [24], показал, что у женщин с большим количеством живых детей или доношенной беременностью имеют более длительный период воздействия повышенного уровня прогестерона и эстрогена. Таким образом, эти женщины могут иметь больший риск развития гормоноиндуцированной менингиомы, чем те, у которых меньшее число живых детей или доношенных беременностей. Однако, авторы указывают, результат данного исследования необходимо использовать с осторожностью, так как анализ показал, что результаты не были надежными.

#### **Заключение.**

Диагностика и лечение опухолей во время беременности является сложной проблемой как для пациента, так и для врачей в связи с необходимостью выбора максимально безопасного варианта тактики лечения, как для матери, так и для плода.

На сегодняшний день одной из ведущих проблем является своевременное распознавание симптомов объемных образований головного мозга у пациенток во время беременности. За частую первыми признаками опухолей головного мозга становятся всем известные общемозговые симптомы в виде головных болей, чувства тошноты и рвоты, которые специалистами первичного звена расцениваются на ранних сроках беременности как симптомы токсикоза, переутомления, эмоционального перенапряжения, а на поздних как преэклампсии и эклампсии. При этом данные специалисты не обращают внимания на такие характерные особенности головных болей при объемных образованиях головного мозга как интенсивность и длительность, с сопутствующей тошнотой и рвотой на пике головных болей, а также плохую их курабельность. Каждый такой случай является потенциальным для диагностики опухолей головного мозга и необходимо помнить, что проведение МРТ во втором и третьем триместре беременности не имеет абсолютных противопоказаний. Отправной точкой для диагностического поиска возможного поражения центральной нервной системы для этих специалистов становится наличие у пациента судорожного синдрома и появления грубого неврологического дефицита.

Выживаемость пациентов, приведенных в данном описании в течение почти 8 летнего периода составила 75%, при этом необходимо отметить, что гибель последней пациентки была связана с отягощенным общесоматическим статусом и отдаленными хирургическими осложнениями после операции кесарева сечения.



Следует отметить, что доброкачественные опухоли головного мозга, требующие нейрохирургического вмешательства, не являются принципиальным противопоказанием для пролонгирования беременности. Как показывает опыт мировой практики оперативное вмешательство дает положительный исход

как для матери, так и для плода в случае проведения его в послеродовом периоде, а исход во многом зависит от сопутствующего общесоматического статуса пациента. Успех подобных случаев основан на тесном взаимодействии всех членов мультидисциплинарной команды.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Cushing H, Eisenhardt L (1938) Meningiomas: their classification, regional behaviour, life history, and surgical end result. Charles C Thomas, Springfield, IL, p 785
2. Bickerstaff ER, Small JM, Guest IA (1958) The relapsing course of certain meningiomas in relation to pregnancy and menstruation. *J NeurolNeurourg Psychiatry* 21(2):89–91
3. Isla A, Alvarez F, Gonzales A, Garcia-Grande A, Perez-Alvarez M, Garcia-Blazquez M. Brain tumor and pregnancy. *Obstet Gynecol.* 1997;89:19–23.
4. Weyand RD, Mac CC, Wilson RB (1951) The effect of pregnancy on intracranial meningiomas occurring about the optic chiasm. *SurgClin North Am* 31(4):1225–1233
5. Blumenthal DT, Parreno MG, Batten J, Chamberlain MC (2008) Management of malignant gliomas during pregnancy: a case series. *Cancer* 113(12):3349–3354
6. Mackenzie AP, Levine G, Garry D, Figueroa R (2005) Glioblastoma multiforme in pregnancy. *J Matern Fetal Neonatal Med* 17(1):81–83
7. Michelsen JJ, New PF (1969) Brain tumour and pregnancy. *J NeurolNeurourg Psychiatry* 32(4):305–307
8. Pallud J, Mandonnet E, Deroulers C, Fontaine D, Badoual M, Capelle L, Guillet-May F, Page P, Peruzzi P, Jouanneau E, Frenay M, Cartalat-Carel S, Duffau H, Taillandier L (2010) Pregnancy increases the growth rates of World Health Organization grade II gliomas. *Ann Neurol* 67(3):398–404
9. Tewari KS, Cappuccini F, Asrat T, Flamm BL, Carpenter SE, Disaia PJ, Quilligan EJ (2000) Obstetric emergencies precipitated by malignant brain tumors. *Am J ObstetGynecol* 182(5):1215–1221
10. Sneed PK, Albright NW, Wara WM, Prados MD, Wilson CB. Fetal dose estimates for radiotherapy of brain tumors during pregnancy. *Int J RadiatOncolBiolPhys* 1995;32:823–30
11. Roelvink NC, Kamphorst W, van Alphen HA, Rao BR (1987) Pregnancy-related primary brain and spinal tumors. *Arch Neurol* 44(2):209–215
12. Haas JF, Janisch W, Staneczek W. Newly diagnosed primary intracranial neoplasms in pregnant women: a population-based assessment. *J NeurolNeurourg Psychiatry* 1986;49(8):874–880.
13. Tuncali B, Aksun M, Katircioglu K, Akkol I, Savaci S. Intraoperative fetal heart rate monitoring during emergencyneurosurgery in a parturient. *J Anesth* 2006;20:40–43.
14. Kanaan I, Jallu A, Kanaan H. Management strategy for meningioma in pregnancy: a clinical study. *Skull Base* 2003;4:197–203.
15. Markwalder TM, Zava DT, Goldhirsch A, MarkwalderRV. Estrogen and progesterone receptors in meningiomas in relation to clinical and pathologic features. *SurgNeurol* 1983;20:42–47.
16. Blaauw G, Blankenstein MA, Lamberts SW. Sex steroid receptors in human meningiomas. *ActaNeurochir (Wien)* 1986;79:42–47.
17. Grunberg SM, Daniels AM, Muensch H, et al. Correlation of meningioma hormone receptor status with hormone sensitivity in a tumor stem-cell assay. *J Neurosurg* 1987;66:405–8.
18. Hsu DW, Efirid JT, Hedley-Whyte ET. Progesterone and estrogen receptors in meningiomas: prognostic considerations. *Neurosurgery* 1997;86:113–20.
19. Lesch KP, Fahlbusch R. Simultaneous estradiol and progesterone receptor analysis in meningiomas. *SurgNeurol* 1986;26:257–63.
20. Piepmeier J. Observations on the current treatment of low grade astrocytic tumors of the cerebral hemispheres. *JNeurourg* 1987;67:177–81.
21. Kempers, Roger D., and Ross H. Miller. «Management of pregnancy associated with brain tumors.» *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 87.7 (1963): 858-864.
22. Lusi, Eriks A., et al. «Meningiomas in pregnancy: a clinicopathologic study of 17 cases.» *Neurosurgery* 71.5 (2012): 951-961.
23. Laviv, Yosef, et al. «Meningiomas in pregnancy: timing of surgery and clinical outcomes as observed in 104 cases and establishment of a best management strategy.» *Acta neurochirurgica* (2017): 1-9.
24. Qi, Zhen-Yu, et al. «Reproductive and exogenous hormone factors in relation to risk of meningioma in women: a meta-analysis.» *PloS one* 8.12 (2013): e83261.



З.Б. Ахметжанова, Г.И. Оленбай, Н.А. Рыскельдиев, Х.А. Мустафин, С.Г. Медуханова, С.А. Айдаров, С.К. Ақшулаков

«Ұлттық нейрохирургия орталығы» АҚ, Астана қ., Қазақстан

## ЖҮКТІЛІКПЕН БАЙЛАНЫСТЫ МЕНИНГИОМА ЖАҒДАЙЛАРДЫҢ БІРҚАТАР СЕРИЯЛАРЫН СИПАТТАУ ЖӘНЕ МАҚАЛАЛАРДЫ ШОЛУ

Менингиомалар неғұрлым жиі кездесетін бас миының алғашқы ісігі болып табылады. Ғылыми деректердің мәліметтері бойынша менингиомалар ер адамдарға қарағанда, әйел адамдарда екі есе жиірек диагностикаланады. Соңғы жылдары әлемдік ғылыми әдебиеттерде әйелдердің жүкті кезінде менингиомалардың пайда болуы туралы хабарламалар жиі пайда болуда.

**Материалдар мен әдістер.** Осы мақалада әйелдердің жүкті кезіндегі менингиомасы жағдайының бірқатары қаралған. Аталған топ емделушілерінің манифестациясы, ағымы, емделуі мен тіршілікке қабілеттілік ерекшеліктері талданған. Фертилді жаста менингиомалар дамуының жоғары тәуекелінің мүм-

кіндігі, әдістері мен емдеу нәтижелері туралы ғылыми шетелдік әдебиеттерге талдау жүргізілген.

**Нәтижелер.** Нейрохирургиялық араласуды өткізген соң оң нәтижелерге қол жеткізілген. 8 жылдай бақылау кезеңінде емделушілердің тіршілікке қабілеттілігі 75% құрады, сонымен бірге бір емделушінің қайтыс болуы ісіктің өсуімен және нейрохирургиялық манипуляциялармен байланысты емес. Сонымен қатар, жүктілік кезінде ісікті диагностикалау мен емдеу ана үшін де, іштегі нәресте үшін де емдеу тактикасының максималды қауіпсіз түрін таңдау қажеттілігімен байланысты, емделуші үшін де, дәрігерлер үшін же күрделі проблема болып табылатынын атап өткен жөн, осыған байланысты осы проблеманың актуалдығы өте жоғары.

Z.B. Akhmetzhanova, G.I. Olenbai, N.A. Ryskeldiev, Kh.A. Mustafin, S.G. Medukhanova, S.A. Aidarov, S.K. Akshulakov

«National Centre for Neurosurgery» JSC, Astana, Republic of Kazakhstan

## DESCRIPTION OF A SERIES OF CASES OF MENINGIOMAS RELATED TO PREGNANCY AND LITERATURE REVIEW

Meningiomas are the most common primary brain tumors. According to data, women with meningiomas diagnosed twice often comparably to men. Recently, world scientific literature increasingly reports on meningiomas in women during pregnancy.

**Materials and methods.** This article examines a series of cases of meningiomas in women during pregnancy. We analyzed features of manifestation, course, treatment and survival of this group of patients. The scientific foreign literature review conducted on the

possible growth of the risk of developing meningiomas in fertile age, as well as methods and results of treatment.

**Results.** Positive results obtained after neurosurgical intervention. Survival of patients in almost 8 years of follow-up was 75%, while the fatal case of one patient is not associated with tumor growth and neurosurgical manipulation. It should be noted that the diagnosis and treatment of tumors during pregnancy is difficult for both the patient and doctors associated with selection of the safest treatment option for mother and child, and therefore the relevance of this issue is very high.