

*Е.В. Ильина, Д.А. Рябцева*

**ФОРМЫ ТЕЧЕНИЯ И ЗОНЫ ЛОКАЛИЗАЦИИ МЕНИНГИОМ  
ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧИВШИХ ЛЕЧЕНИЕ В ГУ «РНПЦ ОНКОЛОГИИ И  
МЕДИЦИНСКОЙ РАДИОЛОГИИ им. Н.Н. АЛЕКСАНДРОВА»  
С 2019 ПО 2024 ГОДЫ**

*Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Д.А. Давыдов*

*Кафедра патологической анатомии и судебной медицины*

*с курсом повышения квалификации и переподготовки*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

*E.V. Ilyina, D.A. Ryabtseva*

**COURSE FORMS AND LOCALIZATION ZONES OF MENINGIOMAS  
IN PATIENTS WHO RECEIVED TREATMENT AT THE N.N. ALEXANDROV  
NATIONAL CANCER CENTER OF BELARUS FROM 2019 TO 2024**

*Tutor: PhD, associate professor D.A. Davydov*

*Department of Pathological Anatomy and Forensic Medicine*

*with Advanced Training and Retraining Course*

*Belarusian State Medical University, Minsk*

**Резюме.** Проанализировано 213 электронных медицинских карт пациентов с менингиомой. Определена структура клинико-морфологических вариантов менингиом, их преимущественная локализация, выявлена связь между полом и заболеваемости менингиомой, а также между полом и вариантами течения заболевания.

**Ключевые слова:** менингиома, опухоли ЦНС, анапластическая менингиома.

**Resume.** Analyzes 213 electronic medical records of patients with meningioma were analysed. The clinical and morphological structure of meningiomas, their predominant localization are determined. The relationship between gender and the frequency of meningioma, as well as between gender and variants of the disease course is revealed.

**Keywords:** meningioma, CNS tumors, anaplastic meningioma.

**Актуальность.** Менингиомы являются распространенными опухолями ЦНС и составляют по разным оценкам 18-34% от числа всех внутричерепных новообразований (второе место среди первичных внутричерепных опухолей взрослых) [2; 5]. Они возникают из архноэндотелиальных отщеплений твердой мозговой оболочки [4]. Несмотря на относительно доброкачественное течение и медленный рост, менингиомы способны прорасти в кости черепа, мягкие ткани и придаточные пазухи носа, осложняя течение заболевания, увеличивая риск рецидива и летального исхода. Анапластические (злокачественные) менингиомы характеризуются быстрым ростом и высокой летальностью.

**Цель:** определить структуру клинико-морфологических вариантов менингиом и их преимущественную локализацию у пациентов, получивших лечение в ГУ «РНПЦ онкологии, медицинской радиологии им. Н. Н. Александрова» с 2019 по 2024 годы.

### Задачи:

- проанализировать данные электронных медицинских карт пациентов с диагнозом менингиома по следующим критериям: вид менингиом, зоны их локализации, пол, возраст;
- представить результаты исследования в виде диаграмм.

**Материалы и методы.** В ходе исследования проведен анализ 213 электронных медицинских карт пациентов с диагнозом менингиома. Для оценки данных применялся метод анализа таблиц сопряженности с использованием критерия хи-квадрат. Обработка данных осуществлялась с помощью программы Microsoft Excel.

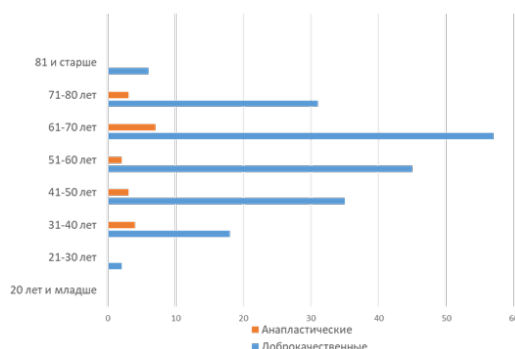
**Результаты и их обсуждение.** По классификации ВОЗ менингиомы принято делить на три группы: Grade 1, Grade 2 (атипичные), Grade 3 (анapластические) [1].

К группе Grade 1 относятся доброкачественные опухоли (80%), характеризующиеся медленным ростом. Менингиомы Grade 1 являются хирургически излечимыми, характеризуются благоприятным прогнозом в отношении общей выживаемости.

Группа Grade 2 включает атипичные менингиомы. Они составляют 15–20 % от всех случаев менингиом. Для них характерен высокий риск рецидива и небольшое, но статистически значимое увеличение риска летального исхода [1]. Диагностическим критерием этой группы является повышенная митотическая активность: более 4 митозов в 10 последовательных полях при большом увеличении микроскопа [1].

К группе Grade 3 относят анапластические (злокачественные) менингиомы. Опухоли данной группы встречаются крайне редко, но отличаются агрессивным биологическим поведением: медиана общей выживаемости составляет менее 2 лет [1]. Они могут прогрессировать из менингиом из Grade 1 или Grade 2, также возможно возникновение *de novo*. Для большинства опухолей этого вида характерны очаговая иммунореактивность с ЭМА, высокий индекс пролиферации и низкий уровень экспрессии рецептора прогестерона [1]. Данный вид опухоли характеризуется пальцевидным прорастанием в прилежащую ткань мозга [1].

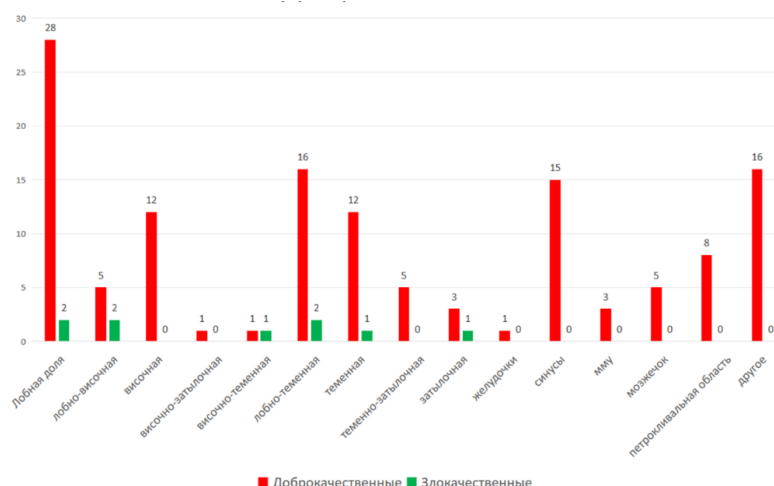
В нашем исследовании мы относим к злокачественным менингиомы групп Grade 2 и Grade 3. Анализ электронных медицинских карт показал, что большинство случаев доброкачественных и анапластических менингиом приходится на возрастной промежуток 61-70 лет. Эта цифра несколько отличается от данных других источников, согласно которым менингиома чаще всего возникает в 50-60 лет [4] или даже в 40-50 лет [2].



Диагр. 1 – Возрастная структура исследуемых менингиом

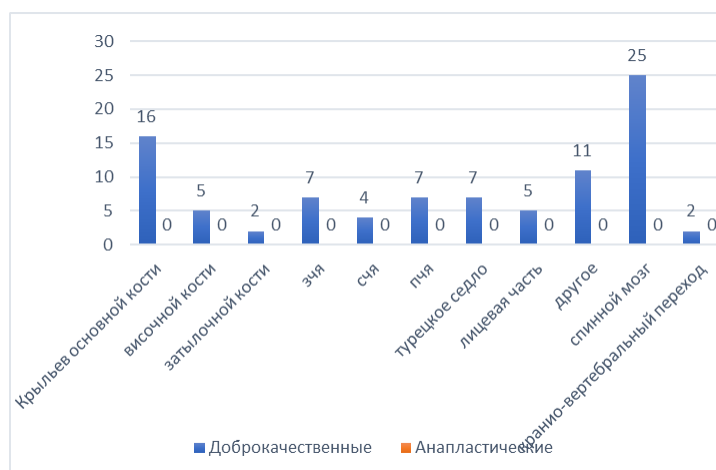
Из рассмотренных 213 пациентов доброкачественные формы менингиом диагностированы у 194 человек (91%). Однако у мужчин анапластическая форма встречается гораздо чаще: 21% от общего числа мужчин с диагнозом «менингиома». Среди женщин такая форма наблюдается только у 6% пациентов. В проведенном нами исследовании доля анапластической формы менингиом выше в структуре заболеваемости, чем в других источниках [3]. При этом женщины чаще мужчин страдают данным заболеванием: от общего числа проанализированных случаев менингиом 77% – женщины и 23% – мужчины. Значительно более высокая частота возникновения менингиомой у женщин подтверждается и другими исследованиями [2; 3; 4].

В процессе анализа исследовались также зоны локализации менингиом с целью выявления различий по локализации между доброкачественными и анапластическими менингиомами. При рассмотрении внутричерепных менингиом наиболее частая локализация – лобная доля головного мозга (28 случаев), также часто встречаются менингиомы синусов (15).



Диагр. 2 – Локализация внутричерепных менингиом

Среди внечерепных менингиом преобладают менингиомы крыльев основной кости (16 случаев).



Диагр. 3 – Локализация внечерепных менингиом

В качестве факторных признаков были проанализированны наиболее частые локализации доброкачественных и анапластических менигиом: лобная доля и спинной мозг. Локализация опухолей в исследованных группах статистически значимо не различалась ( $p > 0,05$ ).

**Выводы.** В структуре менингиом доля анапластической формы заболевания составляет 9%, доброкачественной – 91%. У женщин анапластическая менингиома встречается реже, чем у мужчин. Связь между локализацией менингиомы и ее формой (доброкачественная/анапластическая) не выявлена.

### Литература

1. Бекашев, А. Х. Патогенез менингиом (обзор литературы) [Текст] / А. Х. Бекашев // Опухоли головы и шеи. – 2011. – № 4. – С. 26-40.
2. Перитуморальный отек при менингиомах головного мозга [Текст] / В. А. Бывальцев, В. А. Сороковиков, Э. Б. Борисов и др. // Acta Biomedica Scientifica. – 2016. – № 1 (107). – С. 7-11.
3. Клинико-лучевая диагностика патологии головного мозга при менингиомах головного мозга [Текст] / Л. А. Насырова, Ф. Ф. Муфазалов, М. З. Мирзагулова и др. // Научные исследования и разработки молодых ученых. – 2015. – № 5. – С. 67-69.
4. Магнитно-резонансная спектроскопия по водороду в изучении и исследовании менингиомы [Электронный ресурс] / А. В. Окозьин, В. Г. Тория, Е. И. Уманцев и др. // Евразийский Союз Ученых. – 2014. – № 6-4. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/magnitno-rezonansnaya-spektroskopiya-po-vodorodu-v-izuchenii-i-issledovanii-meningiomy> (дата обращения: 10.03.2025).
5. Расулов, Ж. М. Локализация и гистологические варианты менингиомы головного мозга [Текст] / Ж. М. Расулов // Экономика и социум. – 2022. – № 9 (100). – С. 546-550.