

DOI: 10.33454/1728-1261-2026-3-30-35

УДК 618.141-006.363-089

Гигантская ретроперитонеальная лейомиома: клинический случай

Н. В. Новикова^{1,2}, Н. В. Попова², О. Л. Ильиных^{1,3}¹ КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края, Хабаровск, Россия² КГБУЗ «Краевая клиническая больница» им. проф. С. И. Сергеева министерства здравоохранения Хабаровского края, Хабаровск, Россия³ КГБУЗ КДЦ «Вивея» министерства здравоохранения Хабаровского края, Хабаровск, Россия

Резюме

Актуальность. За последние десятилетия зафиксирована отчетливая тенденция к увеличению числа случаев опухолей женских половых органов. В данной работе представлен клинический случай гигантской опухоли с крайне редкой забрюшинной локализацией.

Цель настоящего исследования. Изучение особенностей клинической картины и лечебной тактики при опухоли забрюшинного пространства на примере редкого клинического случая гигантской ретроперитонеальной лейомиомы.

Материал исследования. Проведен анализ клинического наблюдения пациентки с гигантским новообразованием забрюшинного пространства, на примере которого подчеркнута важность ранней диагностики, тщательной оценки состояния пациента и проведения оперативного вмешательства, обеспечивающего оптимальные условия для благоприятного исхода заболевания и улучшения качества жизни пациентов.

Результаты и обсуждение. Данное клиническое наблюдение представляет большой практический интерес. Знания о возможности развития опухоли в забрюшинном пространстве позволят хирургам в предоперационном периоде провести расширенное обследование с обязательной оценкой васкуляризации новообразования. Оперативное лечение таких опухолей требует высокой профессиональной подготовки оперирующих гинекологов, но только совместная работа врачей амбулаторного и стационарного звеньев обеспечит успех в ведении пациентов с гигантскими забрюшинными опухолями.

Ключевые слова: ретроперитонеальная (забрюшинная) лейомиома

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Н. В. Новикова – ORCID: 0000-0001-6189-6646

Н. В. Попова – ORCID: 0000-0002-7291-5790

О. Л. Ильиных – ORCID: 0009-0007-9778-6933

Для цитирования: Новикова Н. В., Попова Н. В., Ильиных О. Л. Гигантская ретроперитонеальная лейомиома: клинический случай. *Здравоохранение Дальнего Востока*. 2026, 3: 30–35. DOI: 10.33454/1728-1261-2026-3-30-35

Giant Retroperitoneal Leiomyoma: A Case Report

N. V. Novikova^{1,2}, N. V. Popova², O. L. Ilinykh^{1,3}¹ Postgraduate Institute for Public Health Workers of Khabarovsk Krai Ministry of Health, Khabarovsk, Russia² S. I. Sergeev Regional Clinical Hospital of Khabarovsk Krai Ministry of Health, Khabarovsk, Russia³ Regional Clinical Diagnostic Center "Viveya" of Khabarovsk Krai Ministry of Health, Khabarovsk, Russia

Abstract

Background. Over the past decades, a clear trend toward an increase in the incidence of tumors of the female genital organs has been recorded. This paper presents a clinical case of a giant tumor with an extremely rare retroperitoneal location.

Objective of this study. To study the clinical presentation and treatment strategies for retroperitoneal tumors using a rare clinical case of giant retroperitoneal leiomyoma as an example.

Study Material. A clinical observation of a patient with a giant retroperitoneal tumor was analyzed. This case highlights the importance of early diagnosis, thorough assessment of the patient's condition, and surgical intervention to ensure optimal conditions for a favorable outcome and improved quality of life.

Results and Discussion. This clinical observation is of great practical interest. Knowledge of the possibility of tumor development in the retroperitoneal space will allow surgeons to conduct a comprehensive preoperative examination, including a mandatory assessment of the tumor's vascularization. Surgical treatment of such tumors requires highly trained gynecologists, but only collaborative work between outpatient and inpatient physicians will ensure successful management of patients with giant retroperitoneal tumors.

Keywords: retroperitoneal leiomyoma

INFORMATION ABOUT THE AUTHOR:

N. V. Novikova – ORCID: 0000-0001-6189-6646

N. V. Popova – ORCID: 0000-0002-7291-5790

O. L. Ilinykh – ORCID: 0009-0007-9778-6933

To cite this article: Novikova N. V., Popova N. V., Ilinykh O. L. Giant Retroperitoneal Leiomyoma: A Case Report. *Public Health of the Far East*. 2026, 3: 30–35. DOI: 10.33454/1728-1261-2026-3-30-35

Введение

Клинический случай гигантской ретроперитонеальной (забрюшинной) лейомиомы, наблюдавшийся в краевой клинической больнице имени профессора С. И. Сергеева (Хабаровский край, 2025 г.), представлен в данной статье. Эта патология является редкой разновидностью доброкачественной опухоли гладкомышечных клеток матки, расположенной вне полости малого таза, а именно в забрюшинном пространстве.

Ретроперитонеальные лейомиомы относятся к внеорганным опухолям. Внеорганные забрюшинные опухоли – группа новообразований, происходящих из тканей забрюшинного пространства, в том числе из жировой, мышечной, соединительной и нервной тканей, лимфоузлов, лимфатических и кровеносных сосудов и эмбриональных элементов. Первооткрывателем в области изучения опухолей такой необычной локализации считается Морганьи, который в 1761 году описал забрюшинную липому, а в 1829 году Lobstein обосновал термин «ретроперитонеальная опухоль» [1, 2].

Ретроперитонеальные лейомиомы принадлежат к группе мезодермальных новообразований и характеризуются длительным бессимптомным течением благодаря особенностям анатомического расположения.

Заболеваемость такими опухолями низкая, и чаще всего они выявляются случайно, при инструментальном обследовании пациента. Клинические проявления становятся заметными лишь тогда, когда опухоль достигает значительных размеров и вызывает компрессию близлежащих структур либо провоцирует нарушение функций внутренних органов.

При диагностике важно учитывать мультидисциплинарный подход с использованием современных методов визуализации (ультразвуковое исследование, КТ, МРТ).

Лейомиомы забрюшинного пространства относятся к редким заболеваниям. Их частота очень низкая и составляет 0,5–1,2 % среди первичных опухолей [3]. В литературном обзоре описано всего 105 случаев забрюшинной лейомиомы, которые были выявлены с 1941-го по 2007 год [4]. В Международной классификации болезней (МКБ-10) имеется специальный код: D 21.4 Лейомиома забрюшинного пространства.

Ретроперитонеальные лейомиомы представляют собой опухоли из гладкой мышечной клетки и по своему строению напоминают лейомиому матки с развитой губчатой структурой и гиалиномом. До сих пор этиология и патогенез этих опухолей изучены недостаточно хорошо. Основная версия развития опухоли – возник-

новение из гладкой мышечной клетки стенки сосуда. Более 50 % забрюшинных лейомиом не связаны с маткой в области малого таза. В 30 % случаев они развиваются в верхней части забрюшинного пространства [4, 5].

Злокачественные ретроперитонеальные опухоли встречаются гораздо чаще, чем доброкачественные поражения. По данным ряда авторов, 80 % забрюшинных опухолей являются злокачественными и представлены лейомиосаркомами [6].

Симптомы опухоли неспецифичны и чаще всего связаны со сдавлением окружающих тканей и органов. Эти опухоли трудны для диагностики и редко определяются при стандартном гинекологическом осмотре в связи с нетипичным их расположением. Чаще всего опухоли обнаруживаются при ультразвуковом исследовании.

Компьютерная томография и магнитно-резонансная томография являются наиболее информативными методами исследования в диагностике ретроперитонеальных опухолей, позволяющими не только уточнить локализацию опухоли, точные размеры новообразования и соотношение его с окружающими тканями, но и выявить отдаленные метастазы.

Биопсия первичных неорганных опухолей, подлежащих оперативному лечению (с учетом данных инструментальных методов обследования) нецелесообразна, поскольку гистологический диагноз не влияет на тактику лечения.

У пациентов с большими опухолями могут быть повышены уровни биомаркеров опухоли, особенно СА-125 и карциноэмбрионального антигена.

Поскольку ретроперитонеальные лейомиомы протекают практически бессимптомно, и на момент постановки диагноза опухоли имеют крупные размеры и выраженную васкуляризацию, хирургическое лечение является сложной задачей.

Большую помощь хирургу при выполнении оперативного вмешательства могут оказать данные ангиографии, рентгеноконтрастного исследования сосудов [6].

Артериальная эмболизация была описана как предоперационный метод лечения у пациентов с огромными забрюшинными опухолями. Она позволяет уменьшить объем интраоперационной кровопотери и несколько уменьшить размеры опухоли. Операция должна быть проведена в течение двух дней, и обезболивание должно быть усиленным, поскольку боль обычно бывает сильной [7].

Оперативное вмешательство является единственным методом лечения. В большинстве ранее описанных случаев забрюшинной лейо-

миомы было выбрано открытое хирургическое вмешательство. Лапароскопический подход был описан только в двух случаях. Сложность лапароскопического или роботизированного вмешательства связана в основном с относительно большим размером опухоли на момент постановки диагноза и ее прикреплением к соседним структурам [6, 8, 9].

Основная цель операции – обеспечить одномоментное иссечение опухоли и сохранить целостность окружающих органов и крупных сосудов.

Эффективность хирургического лечения, по данным литературы, колеблется в широких пределах – от 25 до 95 %. Даже после радикального удаления опухоли, по данным некоторых авторов, рецидивы продолжают возникать через 5 и 10 лет после выполненной операции, при этом частота локальных рецидивов достигает 50 % [10, 11, 12].

Цель исследования

Изучить особенности клинической картины и лечебной тактики при опухоли забрюшинного пространства на примере редкого клинического случая гигантской ретроперитонеальной лейомиомы.

Материал и методы

Проведен анализ клинического наблюдения пациентки с гигантским новообразованием забрюшинного пространства. В январе 2025 года коллектив врачей-гинекологов города Петропавловска-Камчатского обратился за консультационной поддержкой в связи с диагностированным случаем у молодой женщины 35 лет. Во время ультразвукового скрининга перед планируемым зачатием ребенка выявлено крупное образование правого яичника с подозрением на онкологический процесс.

10.11.2024. МРТ: правый и левый придатки расположены у входа в малый таз (в правой половине брюшной полости). Не увеличены в размерах, содержат множество разнокалиберных фолликулов. В малом тазу визуализируется дополнительное образование полигональной формы (занимающее практически весь малый таз). Наружный контур структуры достаточно четкий, ровный. В полости данного образования визуализируются тяжи по типу внутренних перегородок. Пристеночно визуализируется дополнительный мягкотканый компонент по типу цветной капусты. Заключение: данные МР-изменения не позволяют полностью исключить цистаденокарциному.

14.11.2024. МСКТ ОБП с контрастным болюсным усилением («Рингаскан 350», 80 мл): матка нормальных размеров и формы. В малом тазу с переходом на брюшную полость опре-

деляется объемное неоднородное жидкостное образование с солидными узлами, внутренними перегородками и небольшими участками макроструктурного жира, солидный компонент гомогенно умеренно накапливает контрастное средство всей стромой. Образование имеет четкий, ровный контур, располагается больше слева, верхний край его на уровне с/3 левой почки, размерами 30,0*10,0*20,3 см. Клетчатка вокруг не изменена, лимфатические узлы не увеличены. Заключение: образование малого таза с переходом на брюшную полость, вероятно образование яичника, возможна кистозная тератома (учитывая наличие жира в строме), дифференцировать с муцинозным образованием.

20.11.2024. УЗИ органов малого таза: матка 52*39*45 мм. Миометрий однородный, узловых образований не выявлено. Стенки симметричные. Эндометрий 8 мм, соответствует 2-й фазе. Левый яичник достоверно не лоцируется. Правый яичник достоверно не лоцируется. В области малого таза, больше слева, определяется крупное кистозно-солидное образование, неправильной формы, с четким неровным контуром размерами 114*135*117 мм, объем 788 см³ (с жидкостным мягкотканым гиперэхогенным компонентом с множественными тонкими перегородками). При ЦДК определяются цветные локусы кровотока. Свободной жидкости в малом тазу нет. Заключение: признаки крупного образования в малом тазу (больше данных за цистаденому, дифференцировать со зрелой тератомой) (O-RADS-3).

Пациентке были проведены дополнительные обследования, завершившиеся выдачей направления в Федеральный научно-исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В. И. Кулакова в декабре 2024 года с предварительным диагнозом: N83.2 Другие и неуточненные кисты яичника, включая подозрение на раковые изменения (Susp. ср. яичника). Однако медицинская помощь в Москве оказана не была вследствие дефицита государственных медицинских квот.

В итоге 14 января 2025 года пациентка поступила в гинекологическое отделение краевого медицинского учреждения – Клинической больницы имени профессора С. И. Сергеева в Хабаровске. Было запланировано выполнение операции методом лапароскопии с последующим удалением обнаруженной опухоли и проведением интраоперационного срочного гистологического анализа ткани.

15.01.2025. Операция: лапароскопия с переходом на лапаротомию. Удаление опухоли

забрюшинного пространства. Дренирование брюшной полости и забрюшинного пространства.

Ход операции: в асептических условиях под эндотрахеальным наркозом, после наложения пневмоперитонеума лапароскоп введен в области пупка. Найдено: весь малый таз и практически всю брюшную полость до уровня селезеночного угла занимает гигантское опухолевидное образование. Матка визуализируется с трудом, обычных размеров, не изменена. Правые придатки не изменены. Левые придатки не визуализируются из-за опухолевидного образования. Произведены неоднократные попытки пунктирования опухоли с целью эвакуации жидкостного компонента: эвакуировано 300 мл темно-бурой жидкости. Так как опухоль представлена в основном тканевым компонентом и невозможно дальнейшее эндоскопическое удаление данной гигантской опухоли, решено перейти на лапаротомию с разрезом по Пфанненштилю. С техническими трудностями в рану частично выведена опухоль, нижний край которой начинается на уровне широкой маточной связки слева. Удалена часть опухоли весом 1,5 кг, материал отправлен на экспресс-гистологическое исследование (рис. 1). При дальнейшей ревизии

установлено: матка и придатки с обеих сторон не изменены. Данное опухолевидное образование располагается забрюшинно на большом протяжении, размерами около 30–40 см в длину, представлено тканью с крошковидными включениями, с выраженной сосудистой сетью. Тупым путем забрюшинно, пальпаторно, с техническими трудностями произведено выделение данного образования, ложе опухоли не кровит. Обнаружена питающая ножка данного опухолевидного образования с крупными сосудами, на которые наложены зажимы.

Заключение: забрюшинная опухоль, Susp. сг. Опухоль отсечена (рис. 2). Приглашенные в операционную хирурги провели ревизию ложа опухоли: из забрюшинного пространства слева продолжающегося кровотечения нет, дополнительно опухолевых образований при пальпации не выявлено, забрюшинно в малом тазу опухоль прилежала к толстой кишке, здесь имеется минимальное кровотечение из сосудов таза и брюшины, мочеточник не визуализирован.

Дренирование малого таза и забрюшинного пространства. Общая кровопотеря 300 мл.

Операция и послеоперационный период протекали без осложнений, пациентка выписана домой на 7-е сутки.

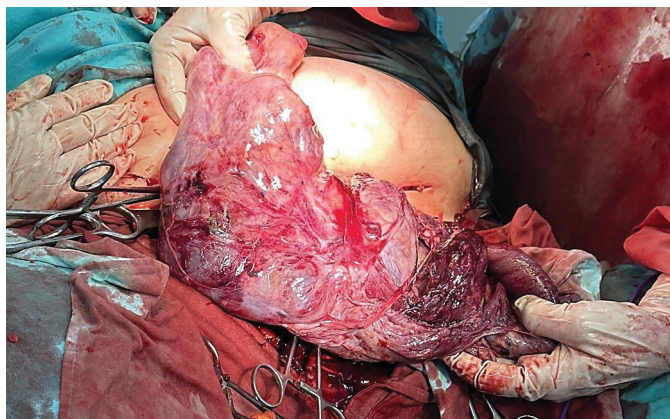


Рис. 1. Удаление первой части опухоли

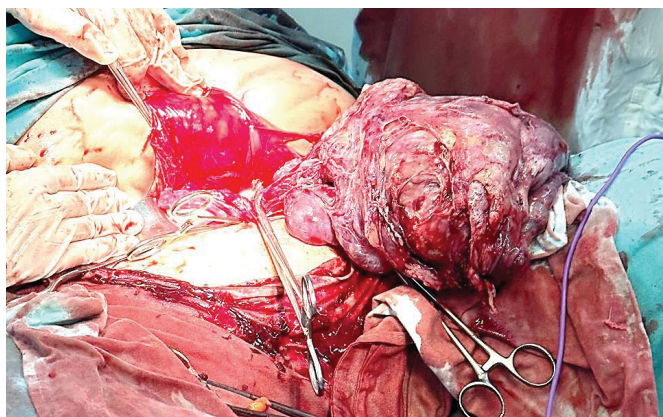


Рис. 2. Удаление оставшейся части опухоли

Опухоль оказалась настолько редкой и сложной, что дважды первоначальное гистологическое заключение, проведенное в КГБУЗ «Краевая клиническая больница» им. проф. С. И. Сергеева, г. Хабаровск, предполагало злокачественный потенциал.

Протоколы № 111, 112. Макроскопическое описание: куски ткани 27,0*8,0*3,0 см и кусок ткани 38,0*25,0*7,0 см, серо-розового цвета, на разрезе отечные. Микроскопическое описание: в препарате фрагменты опухолевой ткани, построенной из веретеновидных клеток с вытянутым тупоконечным ядром, умеренной эозинофильной цитоплазмой. Клетки расположены в длинных пересекающихся пучках, с наличием областей со сториформными и палисадными рисунками строения. Отмечается слабый ядерный полиморфизм. Насчитывается 2 фигуры митоза на 10 полей зрения. Опухоль с диффузной гиперклеточностью, полнокровными разнокалиберными кровеносными сосудами, отмечаются участки с миксоидными изменениями и гиалинизированными гипоцеллюлярными областями. Заключение: С48.0 Морфологическая картина опухоли с неуточненным злокачественным потенциалом, наиболее вероятен диагноз «лейомиосаркома низкой степени злокачественности, low-grade (G1)».

Только после дополнительного осмотра удаленного материала в Краевом клиническом центре онкологии, г. Хабаровск, установлен окончательный диагноз: D25.9 Лейомиома неуточненная.

Учитывая высокую вероятность злокачественности опухолей данной локализации, была организована дополнительная телемедицинская консультация с ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н. Н. Блохина». Протокол гистосканов 25-1126. Материал представлен фрагментами неопластической ткани со слабовыраженными признаками клеточного полиморфизма, клетки имеют овоидные ядра с мелкодисперсным хроматином и мелкими эозинофильными ядрышками, цитоплазма эозинофильная. Клетки формируют длинные пучки, очагово отмечается периваскулярное расположение, определяются гидропические изменения стромы. Митотическая активность низкая. При ИГХ-исследовании отмечается диффузная экспрессия H-caldesmon, уровень экспрессии Ki-67 около 5 %, многочисленные тучные клетки экспрессируют CD 117. Проведено дополнительное ИГХ-исследование с анти-НМВ455. Экспрессия отсутствует. Заключение: лейомиома.

Развитие опухоли в репродуктивном возрасте, наличие в ней рецепторов к эстрогенам

и прогестерону подтверждают гормональную зависимость лейомиомы. Характерной чертой данных опухолей является высокая частота рецидивов.

Учитывая вышеизложенные особенности забрюшинной лейомиомы, в послеоперационном периоде нами назначено лечение: агН-рилизинг-факторы в течение трех месяцев. Также пациентке рекомендовано в дальнейшем дообследование по поводу бесплодия и решения вопроса реализации репродуктивных планов. Пациентка получила Бусерелин 3,75 мг февраль – апрель 2025 года, затем микронизированные КОК в течение шести месяцев, до октября 2025 года.

УЗИ от 20.10.2025: матка 59*38*62 мм (объем 75 см³). Шейка матки 35*25*20 мм. Эхо-структура шейки матки однородная. Эндометрий 5,3 мм. В яичниках по 10 фолликулов.

Особое значение имеет дальнейшее динамическое наблюдение за состоянием пациентки, особенно учитывая сопутствующий диагноз бесплодия, обусловленный мужским фактором. После завершения курса терапии партнера предусмотрено начало программы экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) в ближайшие сроки.

Заключение

Представленное клиническое наблюдение демонстрирует уникальный случай формирования опухоли в забрюшинном пространстве, привлекая внимание практикующих хирургов и гинекологов к важности детального предоперационного обследования, включающего обязательную оценку сосудистой сети опухоли. Такие случаи требуют привлечения высокоспециализированных медиков, обладающих необходимыми профессиональными компетенциями и опытом оперативного вмешательства.

Совместная координация усилий амбулаторного и стационарного этапов медицинской помощи является ключевым фактором успешного исхода терапии пациентов с подобными патологиями. Особый акцент сделан на необходимость тесного взаимодействия всех участников процесса диагностики и лечения, поскольку комплексный подход позволяет своевременно выявить заболевание и обеспечить эффективное лечение, минимизируя риски осложнений.

Таким образом, представленный клинический случай демонстрирует важность своевременной диагностики и адекватного лечения редких форм гинекологических заболеваний, особенно тех, которые имеют атипичную локализацию. Этот опыт позволяет врачам повышать свою квалификацию и улучшать качество медицинской помощи пациентам с подобными патологиями.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Анатомия забрюшинного пространства / О. А. Каплунова, Е. В. Чаплыгина, С. Д. Крымишхалова и др. // Журн. фундамент. медицины и биологии. 2018. № 2. С. 45–49.
Anatomy of the retroperitoneal space / O. A. Kaplunova, E. V. Chaplygina, S. D. Krymshakhalova et al. // J. Fundamental Medicine and Biology. 2018. No. 2. P. 45–49.
2. Шепетько М. Н., Барьяш В. В. Опухоли забрюшинного пространства: учеб.-метод. пособие. Минск: БГМУ, 2008. 28 с.
Shepetko M. N., Baryash V. V. Tumors of the retroperitoneal space: a teaching aid. Minsk: Belarusian State Medical University, 2008. 28 p.
3. Giant primary retroperitoneal myxoid leiomyoma: a case report / M. Radojković, M. Stojanović, J. Gligorijević et al. DOI 10.2298/vsp1305522r // Vojnosanitetski Pregled. 2013. Vol. 70, № 5. P. 522–525.
4. Poliquin V., Victory R., Vilos G. A. Epidemiology, presentation, and management of retroperitoneal leiomyomata: systematic literature review and case report // J. of Minimally Invasive Gynecology. 2008. Vol. 15, № 2. P. 152–160. DOI 10.1016/j.jmig.2007.12.009
5. Leiomyoma in the space of Retzius: a report of 2 cases / D. Stutterecker, W. Umek, R. Tunn, et al. DOI 10.1067/mob.2001.114503 // Amer. J. obstetrics & gynecology. 2001. Vol. 185, № 1. P. 248–249.
6. Management of a giant retroperitoneal leiomyoma: a case report / O. Karay, R. Boulma, A. Abdi et al. DOI 10.1186/s13256-018-1617-z // J. of Med. Case Rep. 2018. Vol. 12, № 1. P. 81.
7. Transarterial embolization of large retroperitoneal ganglioneuromas / C. Burke, J. Salsamendi, S. S. Bhatia et al. // J. of Vascular and Interventional Radiology. 2014. Vol. 25, № 3. P. 490–493.
8. Laparoscopic management of a pelvic retroperitoneal leiomyoma – case report / W. Kondo, R. Botchorishvili, F. Desvignes et al. DOI 10.1007/S10397-009-0533-Z // Gynecological Surgery. 2011. Vol. 8, № 2. P. 247–251.
9. Retroperitoneal leiomyomatosis: a case report / P. Dursun, M. C. Salman, C. Taskiran et al. DOI 10.1111/j.1525-1438.2005.00329.x // Intern. J. of Gynecological Cancer. 2005. Vol. 15. P. 1222–1225.
10. Цвиркун В. В. Неорганные забрюшинные образования (диссертация, хирургическое лечение): автореф. дис. на соиск. учен. степ. д-ра мед. наук: 14.00.27 – Хирургия / Цвиркун Виктор Викторович; Ин-т хирургии им. А. В. Вишневского РАМН. М., 2000. 49 с.
Tsvirkun V. V. Non-organ retroperitoneal formations (dissertation, surgical treatment): author's abstract. dis. for the candidate of scientific degree of Doctor of Medical Sciences: 14.00.27 – Surgery / Tsvirkun Viktor Viktorovich; A. V. Vishnevsky Institute of Surgery, Russian Academy of Medical Sciences. Moscow, 2000. 49 p.
11. Цвиркун В. В. Неорганные забрюшинные образования: диагностика, хирургическое лечение: дис. на соиск. учен. степ. д-ра мед. наук: 14.00.27 – Хирургия / Цвиркун Виктор Викторович; Ин-т хирургии им. А. В. Вишневского РАМН. М., 2000. 288 с.
Tsvirkun V. V. Non-organ retroperitoneal formations: diagnostics, surgical treatment: dis. for the candidate of scientific degree of Doctor of Medical Sciences: 14.00.27 – Surgery / Tsvirkun Viktor Viktorovich; A. V. Vishnevsky Institute of Surgery, Russian Academy of Medical Sciences. Moscow, 2000. 288 p.
12. Современные подходы и факторы прогноза при хирургическом лечении первичных и рецидивных неорганных опухолей забрюшинного пространства / В. И. Чиссов, Л. А. Вашакмадзе, А. В. Бутенко и др. DOI 10.17816/onco39808 // Рос. онкол. журн. 2011. Т. 16, № 3. С. 4–10.
Modern approaches and prognostic factors in surgical treatment of primary and recurrent non-organ tumors of the retroperitoneal space / V. I. Chissov, L. A. Vashakmadze, A. V. Butenko et al. DOI 10.17816/onco39808 // Rus. oncol. jour. 2011. Vol. 16, No. 3. P. 4–10.