

Диссеминирующая миома матки с поражением брюшной полости

Смирнова Галина Федоровна, врач-онколог ОО-4
Фетисова Татьяна Ивановна, канд. мед. наук, врач-онколог ОО-4
Лопатин Олег Леонидович, врач-онколог ОО-4
Вержбицкая Наталья Евгеньевна, канд. мед. наук,
заведующая патолого-анатомической лабораторией
Коломиец Сергей Александрович, канд. мед. наук, главный врач
Кемеровский областной клинический онкологический диспансер
Кемеровский государственный медицинский университет

К клинической практике врачи часто встречаются с гладкомышечными мезенхимальными опухолями матки, которые на основании их макроскопических и микроскопических проявлений классифицируются как доброкачественные или злокачественные. Тем не менее бывают варианты лейомиом, когда бывает трудно судить о потенциале злокачественности, т.к. их морфологические признаки соответствуют доброкачественным новообразованиям, а клинически они ведут себя как злокачественные опухоли.

Ключевые слова: легочный лейомиоматоз, лейомиома, опухоли неясного злокачественного потенциала.

Clinical observation :

“Disseminating uterine myoma with a lesion of the abdominal cavity”

Smirnova G. F., Fetisova T. I., Lopatin O. L., Verzhbitskaya N. E., Kolomiets S. A.
Regional Clinical Oncological Clinic -35, Kemerovo state medical University, Kemerovo.

Leiomyomas predominate among benign nonepithelial tumors of the corpus uteri. Leiomyoma is commonly an asymptomatic tumor and detectable in most cases at routine gynecological examinations. However some forms of leiomyomas have a definite metastatic potential and despite its benign morphological signs, may metastasize to the lung. The case resulting from tumor spread to the abdomen are described.

Keywords: pulmonary form of leiomyomatosis, leiomyoma, tumors with unclear

Лейомиоматоз (синонимы: ангиолейомиоматоз, лимфангиомиоматоз)-патологический процесс, характеризующийся пролиферацией гладких мышечных волокон в органах и тканях, содержащих в норме гладкомышечную ткань. Проблема нозологической самостоятельности лейомиоматоза окончательно не решена.

Лейомиоматоз встречается сравнительно редко, а из-за недостаточного знакомства практических врачей с его клиническими проявлениями еще реже правильно диагностируется.

Возможны варианты течения: доброкачественный метастазирующий рост по брюшине, диссемированный перитонеальный лейомиоматоз, интравенозный лейомиоматоз, паразитарная лейомиома и ретроперитонеальный рост. Внематочная лейомиома может возникать в мочеполовом тракте (вульве, яичниках, уретре, мочевом пузыре).

Диссемированный перитонеальный лейомиоматоз характеризуется множественными, мелкими узелками-диссеминатами по париетальной и висцеральной брюшине, имеющими строение гистологически доброкачественной опухоли- лейомиомы. Предполагается, что они возникают в результате метаплазии стволовых мезенхимальных клеток в гладкомышечные клетки, фибробласты, миофибробласты и децидуальные клетки под воздействием эстрогенов и прогестерона. Причем эстрогены запускают процесс образования узелков из клеток мезенхимы. При ДЛБ на органах брюшной полости формируется множество лейомиоподобных узелков различного размера (от микроскопических до 10 см в диаметре), которые располагаются на поверхности органов брюшной полости и малого таза, сальнике, брыжейке и париетальной брю-

шине). Макроскопически картина напоминает диссеминаты злокачественной метастатической опухоли [6,7].

Перитонеальный лейомиоматоз встречается только у женщин, чаще всего в репродуктивном возрасте 30-40 лет. Развитие ДЛБ обычно связано с беременностью, наличием продуцирующей эстрогены опухоли яичников или применением пероральных контрацептивов. Диссемированный перитонеальный лейомиоматоз в большинстве случаев является неожиданной находкой во время кесарева сечения. По клиническому течению ДЛБ (диссемированный перитонеальный лейомиоматоз брюшины) сходен с распространенными формами злокачественной опухоли яичников, что вызывает трудности в диагностике и лечении [8, 9].

ДЛБ имеет низкую степень злокачественности и характеризуются благоприятным прогнозом. В диагностике помогают УЗИ, КТ и особенно МРТ.

Лечение хирургическое, эффективно практически у всех больных, показана экстирпация матки с придатками, резекция б/сальника и по возможности удаление всех опухолевых узлов. Эффективно также лечение прогестагенами. Оно приводит к регрессии остаточных опухолей [18, 19].

Мы сочли интересным и полезным для практических врачей изложить собственное наблюдение этой патологии.

Приведенное в статье клиническое наблюдение ДЛБ может быть использовано практическими врачами для приобретения опыта в диагностике и лечении редко встречающейся нематочной лейомиомы.

Больная Н., 50 лет. В анамнезе: менструальный цикл с 12 лет, через 28 дней, по 5 дней, регулярный. Родов-1, м/а-1. Соматические заболевания: Сахарный диабет, 2 тип. Гипертоническая болезнь-11. Ожирение-11-111. Наблюдение

гинеколога не проводилось с января 2008г. В сентябре 2008г проведено обследование, которое выявило асцит и высокий уровень СА-125 до 120ЕД/мл (норма-до 20). Другой патологии брюшной полости и малого таза не выявлено. 15.10.2008 -проведена диагностическая лапароскопия (в ЦГКБ №3), при которой в брюшной полости выявлено 150мл жидкости бурого цвета. Б/сальник представляет собой опухолевый конгломерат, плотнoэластической консистенции с отдельными опухолевыми образованиями кистозно- солидного строения до 5х6 см в Д. На париетальной брюшине малого таза и брюшной полости множественные образования белесоватого цвета, возвышающиеся над брюшиной до 0,3 см в Д. В стенке сигмовидной кишки, брыжейке тонкой и толстой кишки опухолевидные образования, подобные образованиям на большом сальнике. Матка несколько увеличена, серозный покров не изменен. Правая маточная труба визуальнo не изменена. Правый яичник 1,5х1,5 см, белесоватого цвета, атрофичный, визуальнo не изменен. Левая маточная труба визуальнo не изменена. Левый яичник 2х2,5см, белесоватого цвета, по нижнему полюсу кистозное включение до 0,5 см в Д, желтого цвета (расценено как желтое тело). Произведена биопсия измененных тканей париетальной брюшины и большого сальника. Гистологический результат: мелкоклеточная злокачественная опухоль, трудно дифференцировать между лимфоподобным раком и лимфомой. Дополнительное иммуногистохимическое исследование (ИГХ) биопсированного материала: № 4071-4072/08.Эндометриальная стромальная саркома. Для подтверждения первичного очага 14.11.2008- проводится диагностическое выскабливание полости матки. ПГИ: №13641-13650р от 14.11.2008: Эндометрий неполноценной фазы секреции. СА125-от 30.10.2008: 112,3 ЕД/мл. В связи с неясностью процесса - 25.11.2008 проводится повторная диагностическая лапароскопия , при которой в брюшной полости обнаружено незначительное скопление желтой прозрачной жидкости. Большой сальник с множественными узлами от 0,2 до 0,5 см в Д, на париетальной брюшине от 0,2х0,2см до 0,5х0,5см. Матка не увеличена. Яичники обычных размеров, до 2х 2,5см, на поверхности яичников- единичные образования от 0,1 до 0,5см, округлой формы, бордового цвета, водянистые. Проведена биопсия париетальной брюшины, большого сальника, биопсия правого яичника. Асцитическая жидкость взята на цитологическое исследование. Цитологическое исследование жидкости из брюшной полости: №13121-13124 от 25.11.2008: Клетки, подозрительные по принадлежности к злокачественному новообразованию. Гистологическое исследование: №14084-14091р от 9.12.2008 (ИГХ №748-749): Диссеминированный перитонеальный лейомиоматоз (кусочек правого яичника, кусочек большого сальника, париетальной брюшины) . Ki-67 < 1% . Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациентке не было предложено радикальное оперативное лечение в связи с распространенностью процесса. Больная выписана домой под амбулаторное наблюдение. Через 5 месяцев диспансерного наблюдения у больной появляются жалобы на боли в животе, на увеличение в объеме живота , нарастающую слабость, потерю в весе на 6 кг. Отмечен рост показателей онкомаркеров : СА -125-333,3 ЕД/мл. РЭА , СА 19-9, СА 15-3 в пределах нормы. В связи с нарастанием асцита было заподозрено прогрессирование процесса, рост миоматозных отсевов. При резком ухудшении состояния больной тактика ведения была пересмотрена. 06.05.2009- пациентке проведена лапаротомия. При ревизи:

ии: печень гладкая. Л/узлы не увеличены. По брюшине- мелкие отсеы до 0,3см до 5 см. В б/сальнике многочисленные сливающиеся узлы кистозного и солидного характера от 0,5 до 5х6 см в Д, на разрезе представленные волокнистой тканью серого цвета. (Фото №1). Ректосигмоидный отдел кишечника до селезеночного угла толстого кишечника инфильтрирован, утолщен, с мелкими отсевами до 3мм. Придатки визуальнo не изменены. Тело матки не увеличено. Яичники маленькие, бледно-серые, структура визуальнo не изменена. Асцитической жидкости- до 4 л соломенной желтой . 06.05.2009 -была выполнена экстирпация матки с придатками, резекция б/сальника. Цитологический результат асцитической жидкости: № 4666-4669 от 6.05.2009: Эритроциты. Морфологическое исследование органов: (гист. рез-т: №5616-5645 от 13.05.2009): Диссеминированный перитонеальный лейомиоматоз (б/сальник). (Фото № 2, фото № 3, фото № 4, фото № 5, фото № 6, фото № 7, фото № 8, фото № 9, фото № 10, фото № 11). Лейомиомы тела матки. Эндометриоз тела матки. Железистая гиперплазия эндометрия. Наботовы кисты шейки матки. В яичниках-мелкие желтые тела. Трубы- без патологических изменений. В левом яичнике- фрагмент опухоли перитонеального лейомиоматоза.



Фото № 1. Диффузный перитонеальный лейомиоматоз. Макропрепарат резецированного большого сальника.



Фото № 2. Диффузный перитонеальный лейомиоматоз. Окраска гематоксилин-эозином, х40.

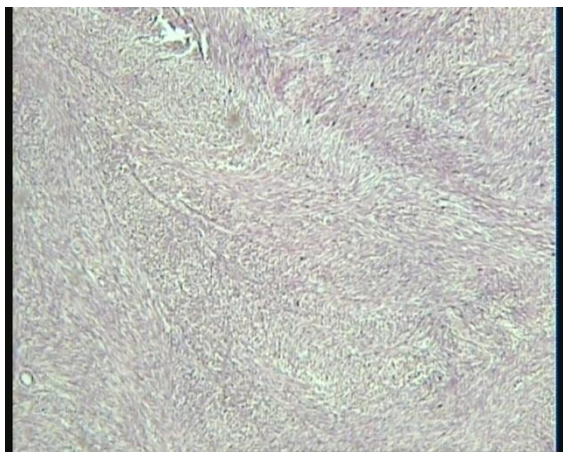


Фото № 3. Диффузный перитонеальный лейомиоматоз.
Окраска гематоксилин-эозином, х40.

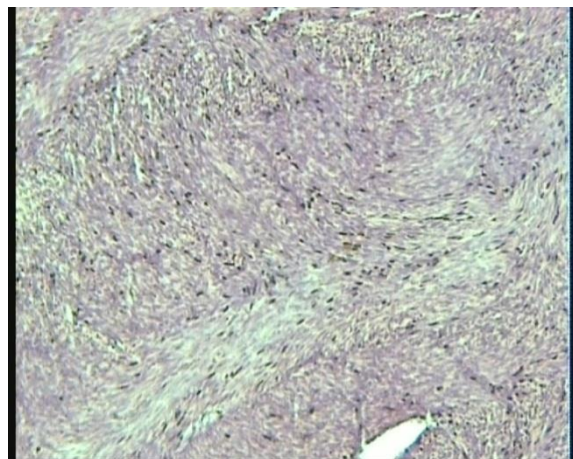


Фото № 6. Диффузный перитонеальный лейомиоматоз.
Окраска гематоксилин-эозином, х40.

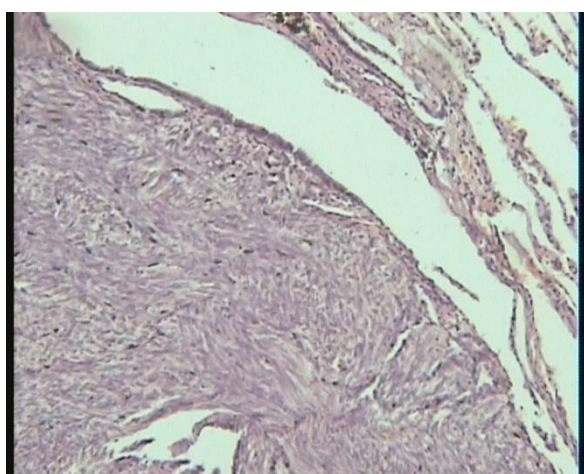


Фото 4. Диффузный перитонеальный лейомиоматоз.
Окраска гематоксилин-эозином, х40.

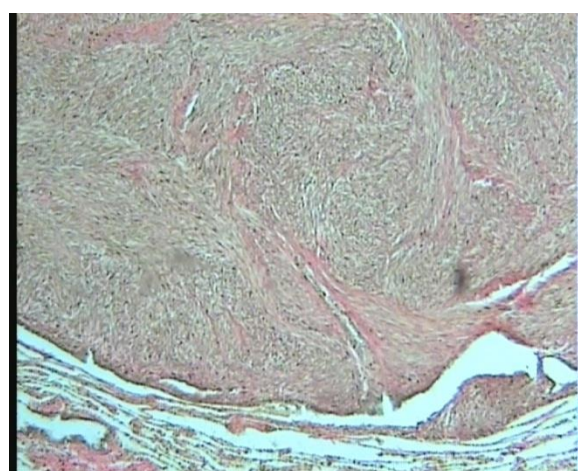


Фото № 7. Диффузный перитонеальный лейомиоматоз.
Окраска по Ван-Гизону, х40.

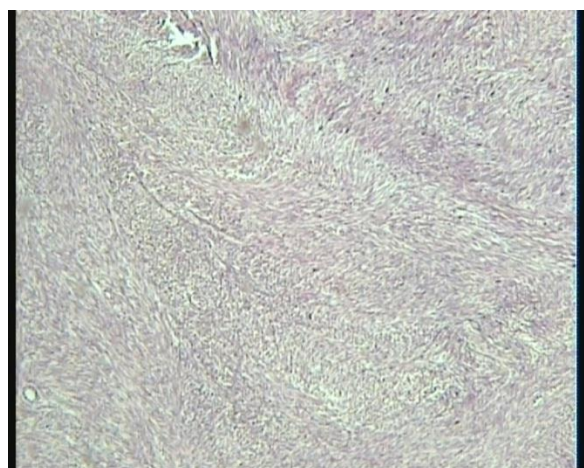


Фото № 5. Диффузный перитонеальный лейомиоматоз.
Окраска гематоксилин-эозином, х40.

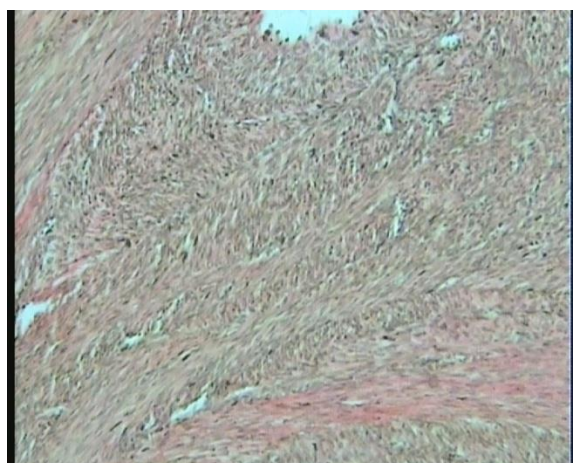


Фото № 8. Диффузный перитонеальный лейомиоматоз.
Окраска по Ван-Гизону, х40.

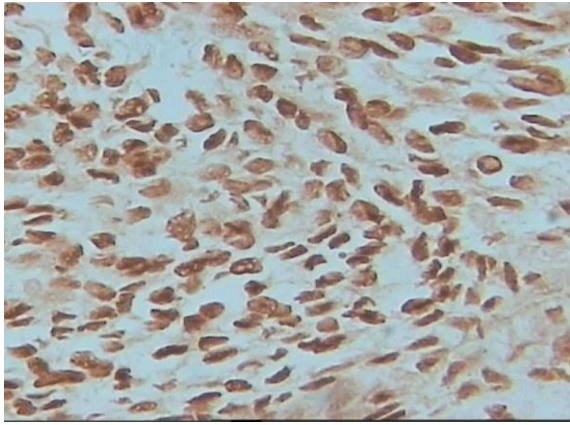


Фото № 9. Диффузный перитонеальный лейомиоматоз.

Рецепторы эстрогенов выявляются в большинстве клеток в виде яркого ядерного окрашивания (En Vision), x400.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Результатом проведенного хирургического лечения явилось клиническое выздоровление пациентки. Опухолевый маркер СА-125 на момент выписки составлял -5,2 ЕД/мл. Пациентка выписана под наблюдение онколога с рекомендациями контроля СА-125. Контрольное УЗИ органов брюшной полости через 4 месяца после операции опухолевых образований не выявлено. Свободная жидкость в брюшной полости не определялась. Парааортальные, паракаваальные, подвздошные лимфоузлы не визуализируются.

В дальнейшем за 3 года послеоперационного наблюдения данных за рецидив и метастазы опухоли не выявлено.

Динамическое наблюдение и его результаты представлены в таблице № 1.

Дата	Данные УЗИ ОБП и ОМТ:	Операция:	Дозы препаратов:
1	2	3	4
06.06.2012	-Правая доля печени: 177мм(N-125мм), -левая- 72мм(N-70мм). -незначительный асцит, -явления канцероматоза брюшины:очаги по краю печени: 14x10мм,17x12мм, -лимфаденопатия: справа в подвзд. области узел 28x22мм	-	Не получала.
30.07.2012	-Правая доля печени:142мм, -левая доля-81мм. -в проекции 7 сегмента –очаг 13x12мм, -2 забрюшинных л/узла: 20x15мм и 15x13 мм.	-	-
6.12.2012	-правая доля до 155мм, -свободная жидкость, -над телом подж. железы-кистозное образование 43x28мм.	10.12.2012- Лапароцентез-3 л .Цитология: №4834-4843 от 12.12.2012: Клетки,подозрительные на рак.	-
17.12.2012	КТ ОБП: правая доля печени-137x66x163мм, -левая 161x73x107мм. -в 4 сегменте-очаг 7 мм. -картина канцероматоза брюшины	-	-
10.01.2013	-гепатомегалия, - в области культи б. и малого сальника-очаг 42x26x38мм, кистозно-солидной структуры, - по брюшине отсевы до 6 и 35x18мм , -свободной жидкости -600мл.	-15.01.2013- Промежуточная циторедуктивная операция:Удаление узла культи б/сальника, отсевов брюшины. -ИГХ № 82: от 4.02.2013: P9+,P11+.	С 04.02.2013: -Депо- Провера 500мг x3 р в нед- 2мес+Тамоксифен 40мг в сутки, Затем с 01.04.2013: Депо – Провера по 500мгx2 раза в нед+Тамоксифен-30мг в сутки- 2 мес, затем с 27.05.2013: Депо-Провера-500мгx1 раз в нед +Тамоксифен-по 20мг в сутки постоянно.
15.07.2013		-1.07.2013- лапароцентез-3л сукровичного асцита, метеоризм.	С 15.07.2013: вновь переход на первоначальные дозы: Депо-Провера 500мг x3 раза в нед+Тамоксифен- 40 мг в сутки - 4 мес, затем с 4.11.2013 по 21.02.2014: Депо- Провера 500мг x2 раза в нед+Тамоксифен-30мг в сутки 4 месяца, затем с 03.03.2014 Депо-Провера 500мг x1 раз в нед +Тамоксифен- 20мг в сутки постоянно.

1	2	3	4
06.10.2014	-КТ ОБП:- в 7 сегменте печени- очаг под капсулой 50x68мм		По схеме
31.03.2015	-УЗИ ОБП:- в 7 сегменте печени- очаг под капсулой 50x68мм -правая для печени-164мм, -левая-88мм, -свободной жидкости-300,0мл -единичные пристеночные разрастания до 8-9-12мм, -в 3 сегменте печени-очаг 26x23мм, -в 7-сегменте- 20x16мм, -в 8-сегменте- 64x53мм, -в эпигастрии слева до мезогастрия очаг-78x104мм, кистозно-солидной структуры	В под контролем УЗИ ПБ. Взято 2 фрагмента опухоли с поверхности брюшины . Гист.рез-т: №2200-2202 Б от 31.05.2015 Лейомиоматоз. -24.04.2015- промежуточная циторедуктивная операция.	-по схеме -Предложен курс ХТ.
22.05.2015	-правая доля печени-180мм, -левая 79мм, -в 3 сегменте —очаг 24x25мм, -в 6 —сегменте-73x72мм, -в 7 сегменте- 35x32мм,27x21мм,26x24мм, -забрюш. л/узлы: парааортальные 22x16мм и 17x17мм, -в лев. подреберье-осумкованная жидкость 112x77мм (в проекции ранее описанного многоузельного образования), -справа и слева от культы влагалища- очаг 50x47мм.	-	-Направлена в НИИ онкологии г.Томска-19.05.2015,для консультации. -С 25.05.2015 по 30.09.2015: Депо-Провера 1000 мг х 3 раза в нед+Тамоксифен 40мг в сутки -4 мес.
25.06.2015	-правая для печени-157мм, -левая 70мм, -в 3 сегменте —очаг 21x25мм, - в 6-сегменте-72x75мм, -в 7 сегменте очаг 30x30мм, -в левом подреберье очаг 132x93x138мм, смещает почку (отрицательная динамика)		По схеме
27.08.2015	-правая доля печени-160мм, -левая-66мм, -в 3 сегменте-очаг 20x16мм, - в 6 сегменте-69x68мм, 29x25мм и 25x27мм, - в 7-сегменте- 33x34мм и 17x17мм, -за телом подж. железы-очаг 35x24мм, -парааортальные л/узлы 27x17мм, -справа забрюшинно очаг 56x52мм, -в левой подвздошной области-очаг 58x50x50мм, -на уровне гребня подвз. кости-слева очаг-45x30мм, -справа-в подвз. области-л/узел до 35x28мм, -культа влагалища- до 46x22x28мм, -в куполе культы-очаг 24x24мм, -кзади от культы —очаг 58x49x50мм, -в параметрии справа- узел 14x14мм	-увеличение количества узлов, -появление жидкости, -увеличение размеров печени	-С 01.10.2015-по 01.01.2016: Депо-Провера 500мг х 3 раза в неделю +Тамоксифен-20мг в сутки -4 месяца.
10.11.2015	-правая доля-170мм, - левая-67мм, -в 3 сегменте печени-очаг 20x17мм, -в 6-сегменте-71x70мм,31x34мм,31x26мм, - в 7-сегменте — 22x23мм,17x20мм, - в 8-сегменте- 19x18мм, -за телом подж. железы- очаг 32x35мм, -забр. л/узлы: 27x26мм,25x16мм, -справа забрюшинно очаг-73x56мм, -в левом подреберье-очаг 46x26мм, -слева- у гребня подвзд. кости-40-31, -справа- у —гребня подвзд. кости- очаг-39x38x46мм.		-С 01.01.2016- по 01.05.2016: Депо-Провера по 500мг х 2 раза в нед +Тамоксифен-20мг в сутки- 4 мес , затем с 01.05.2016 Депо-Провера 500 мг х1 раз в нед+Тамоксифен-20мг в сутки постоянно.

-ИГХ: №359 от 06.05.2009, № 82 от 4.02.2013, № 6057-6061п от 7.04.2015:

Диссеминированный перитонеальный лейомиоматоз (№№5640-45 р от 2009г). РЭ+,РП+ позитивный. ИГХ № 359.

В ходе наблюдения за 2013г больная с 01.2013 больная стала отмечать практически постоянные режущие боли в области эпигастрия, метеоризм.

Клинические признаки появились в связи с ростом узлов. Возникло подозрение на стромальную саркому или рак яичников, или метакронно возникший другой злокачественный процесс органов брюшной полости, маскирующийся под маской перитонеального лейомиоматоза.

-15.01.2013- вновь проведена в условиях ОКОД- циторедуктивная операция: биопсия культуры большого сальника, париетальной брюшины, отсева с малого сальника и брюшины.

На операции: явления асцита, множественные просовидные высыпания по париетальной брюшине от 5 мм до 4 см в области культуры большого сальника. Удален узел в области культуры б/сальника 4х3 см, отсева с малого сальника и париетальной брюшины, взята жидкость.

Гист. Рез-т: №460-464 от 10.01.2013: Единичные клетки мезотелия. Большое количество макрофагов, гистиоцитов. ПГИ:№619-634 р от 15.01.2013: Диффузный лейомиоматоз.

-ИГХ : № 82 от 4.12.2013: Лейомиоматоз. РЭ+ позитивный, РП+ позитивный (определение Эр-альфа-акт, Кi-67<1%).

Учитывая продолженное прогрессирование основного процесса и рецепторный статус опухоли, больной была назначена гормонотерапия прогестинами и антиэстрогенами с 04.02.2013: Депо- Провера по 500 мг х 3раза в неделю в/м или перорально и Тамоксифен 40мг в сутки внутрь - в течение 2 месяцев, затем

с 01.04.2013: Депо –Провера по 500мгх 2 раза в нед +Тамоксифен – по 30мг в день внутрь в течение 2 месяцев, затем с 27.05.2013: Депо Провера-по 500мг х1 раз в нед +Тамоксифен 20мг в сутки внутрь постоянно.

-01.07.2013- проведен лапароцентез, эвакуировано 3 л сукровичной жидкости.

-С 15.07.2013: вновь переход на первоначальные дозы: Депо- по 500мг х3 раза в неделю +Тамоксифен по 40мг в сутки в течение 4 месяцев, затем с 4.11.2013 по 21.02.2014: Депо –Провера по 500мг х2 раза в нед + Тамоксифен по 30мг в сутки в течение 4 месяцев, затем с 03.03.2014 Депо-Провера по 500мгх1 раз в нед + Тамоксифен по 20мг в сутки постоянно под строгим динамическим наблюдением.

В течение 1,5 лет с 2013г по 2015г больная продолжала получать гормонотерапию. На фоне лечения отмечалось ухудшение общего состояния, которое было оценено как обострение хронического панкреатита или гастродуоденита.

В 2015г-особенности ведения пациентки:

В асептических условиях под контролем УЗИ проведена пункционная биопсия узла брюшины. Взято 2 фрагмента опухоли с поверхности брюшины. Гист.рез-т: №2200-2202 Б от 31.05.2015: Лейомиоматоз.

В связи с прогрессированием процесса, продолженным ростом отдельных очагов была предпринята вновь попытка промежуточной циторедуктивной операции.

- 24.04.2015 проведена лапаротомия, циторедукция опухлевых масс.

На операции: в брюшной полости- геморрагический асцит до 1л. На париетальной и висцеральной брюшине

всех отделов брюшной полости масса серого цвета узелков до 1-2 см и узлов до 5-7 см, больше в левом подреберье, где 4 узла размером до 7х8 см. один из которых синюшного цвета- признаки ишемизации, легко распадающиеся вне своей капсулы. Удалить не удалось, т.к. интимно подрастает к стенке желудка. Два узла удалено для ПГИ (рак яичников?).

ПГИ : №3050-3057х от 27.04.2015: Диссеминированный перитонеальный лейомиоматоз, в части узлов- нарушение кровообращения (опухоль брюшной полости). (Фото № 9, Фото № 10).

Дальнейшее наблюдение отметило УЗ- признаки осумкованной жидкости в левом подреберье, диффузно-очаговых изменений ткани печени (кисты, МТС с распадом- отрицательная динамика), ЖКБ, диффузных изменений поджелудочной железы, очаговых образований брюшной полости и забрюшинного пространства, кистозного образования в проекции поджелудочной железы, лимфаденопатии, лимфаденита подвздошной области справа.

Больная с 25.05.2015 по 30.08.2015 продолжала получать гормонотерапию прогестинами и тамоксифеном с вновь увеличенными дозами: Депо –Провера – по 1000мг х 3 раза в неделю в/м или перорально +Тамоксифен 40мг в сутки внутрь в течение уже 4 х месяцев с дальнейшей эскалацией доз : Депо -Провера по 500 мгх 3 раза в неделю в/м +Тамоксифен 30 мг в сутки внутрь - в течение 4 месяцев, затем Депо- Провера по 500мгх 2 раза в неделю в/м +Тамоксифен по 20 мг в сутки внутрь в течение 4 месяцев, затем Депо –Провера по 500мг х1 раз в неделю в/м +Тамоксифен по 20 мг в сутки внутрь постоянно.

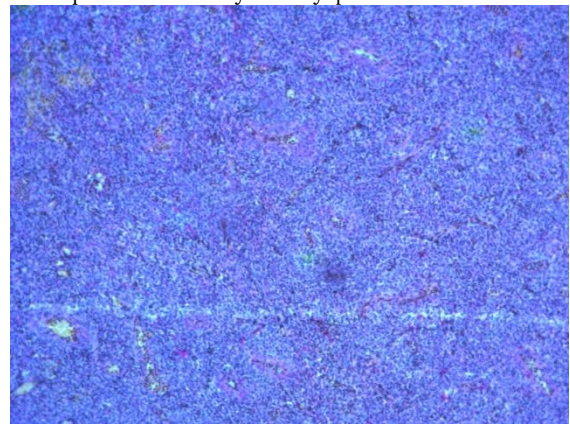


Фото № 10 . Перитонеальный лейомиоматоз. Гематоксилин-эозин, X100

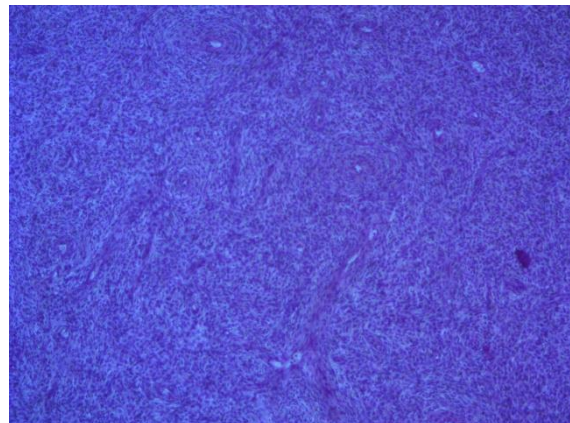


Фото № 11 . Перитонеальный лейомиоматоз. Гематоксилин-эозин, X100.

По согласованию с ведущими химиотерапевтами НМИЦ им. Н.Н. Блохина и НМИЦ им. Н.Н. Петрова-25.05.2015 больной рекомендовано лечение по схеме распространенных форм стромальной саркомы или метрономная терапия как при РТМ: Циклофосфамид -50мг ежедневно, Метотрексат- по 2,5 мг х2 раза в неделю постоянно, от которых пациентка отказалась.

Пациентка направлена в НИИ Онкологии г.Томска для консультации и определения дальнейшей тактики ведения.

-Консультация зав. отд ХТ Поповой Н.О. НИИ Онкологии г.Томска-21.05.2015: Учитывая, что ранее достигался терапевтический эффект при лечении Депо-Провера+ Тамоксифен, рекомендовано продолжить данное же лечение в первоначальной дозировке. При плохой переносимости тамоксифена возможна замена его на Торемифен. При неэффективности терапии рассмотреть возможность назначения ингибиторов ароматазы (Фемара 1 т в день).

-Консультация проф. Коломиец Л.А. НИИ Онкологии г. Томска - 05.06.2015: Продолжать Депо -Провера ежедневно по 1000мг с оценкой УЗИ и КТ-картиной. Ингибиторы ароматаз возможны при наличии активности ароматазы в опухолевой ткани.

Пациентка получала данные дозы препаратов все время наблюдения до следующего контрольного осмотра-10.03.2016.

Через 14 месяцев от последней операции с клиникой нарастающей динамической кишечной непроходимости, асцитом, болями в брюшной полости и с признаками

нарастающей полиорганной недостаточности больная госпитализирована в отделение реанимации и интенсивной терапии. Констатирована смерть пациентки, причиной которой по данным палогоанатомического вскрытия явилась разлитой перитонит на фоне нагноения одного из крупных перитонеальных диссеминатов. Умерла 28.06.2016.

Вывод:

Пациентка находилась под наблюдением с 12.11.2008г. Прожила с диссеминированной формой перитонеального лейомиоматоза более 7 лет.

На собственном опыте мы убедились, что при лечении подобных больных следует соблюдать рекомендации ВОЗ: на первом этапе выполняется операция в объеме экстирпации матки с придатками, несмотря на возраст пациентки и отсутствие у нее детей. На втором этапе показана гормонотерапия: ингибиторы ароматаз (Летрозол, Фемара), агонисты гонадотропин-рилизинг гормонов (Золадекс), прогестины (Мегейс, Депо-Провера), антиэстрогены (тамоксифен, ралоксифен, торемифен), селективные модуляторы прогестероновых рецепторов (Эсмия, Гинепрестон), длительность которой зависит от наличия или отсутствия остаточной опухоли [5, 8]. Вероятно, только дальнейшее накопление клинического материала позволит оптимизировать диагностику и терапию этой патологии. Возможно встанет вопрос и о применении курсов химиотерапии, назначении таргетных препаратов.

Клинические случаи доброкачественной метастазирующей лейомиомы интересны с позиций характера опухолевого роста и распространения по брюшине.

Литература:

- 1.Аскольская С.И., Коган Е.А., Попов Ю.В., Демура Т.А., Кулабухова Е.А., Мельников М.В., Чупрынин В.Д., Хилькевич Е.Г., Бурькина П.Н., Мухина В.А., Гус А.И. «Диссеминированный перитонеальный лейомиоматоз. №// Акушерство и гинекология, 2014, №2, с.109-112.
2. Васильчук И.В, Двораковская И.В, Орежешковский О.В. «Диффузный лейомиоматоз легких» Журнал «Вестник рентгенологии», №4-198, с. 79-82.
3. Вторушин С.В, Перельмутер М.В.,Завьялова М.В., Латыпов В.Р.,Бородин О.Ю.,Давыдов Д.В. «Случай изолированного ретроперитонеального лимфангиоматоза». Журнал «Сибирский онкологический журнал», №4 (58)-2013, с.74-77.
- 3.Под ред. Козаченко В.П. Клиническая онкогинекология. Москва «Медицина», 2016, 420с.
4. И.О.Кулик, Н.Е. Левченко, С.С. Герасимов, Т.И. Захарова, В.А.Бяхова, Г.Ф. Смирнова, Ю.Г. Паяниди, М.М. Давыдов «Внутривенный лейомиоматоз с интракардиальным распространением (клиническое наблюдение). Журнал «Онкогинекология», №3-2017, с. 43-50.
5. Гинекология по Эмилио Новаку / Под ред.Дж.Берека, И.Адаши, П.Хиллард. М.:Практика, 2002, 896с
6. Ю.Г.Паяниди, К.И.Жордания, Т.И.Захарова «Тактические ошибки при лечении больных внутривенным лейомиоматозом.» Журнал «Онкогинекология», №2-2016, с.22-28.
7. Ю.Г. Паяниди, К.И. Жордания, И.С. Стилиди, Т.И. Захарова, В.Ю. Бохян «Редкие формы лейомиом матки (клинические наблюдения)». Журнал « Акушерство. Гинекология. Репродукция. №4, 2016(т10), с. 66-71.
- 8.Паяниди Ю.Г., Захарова Т.И., Жордания К.И., Лазарева Н.И., Коржевская Е.В. « Лейомиомы и метастазы, // « Опухоли женской репродуктивной системы», 2010, №2, с. 68-70.
9. Паяниди Ю.Г., Жордания К.И.,Стилиди И.С.,Захарова Т.И.,Бохян В.Ю. «Редкие формы лейомиом матки.» //Акушерство. Гинекология. Репродукция, 2016, том10, №4, с. 66-71.
10. Пилипчук И.С. «Лейомиоматоз легких» Журнал «Врачебное дело», № 10, 1990, с.18-21.
11. Г.Ф. Смирнова, А.Д. Кириченко, Т.И. Фетисова, О.Л. Лопатин, Н.Е. Вержбицкая, А.А. Егоров. « Редкий случай диссеминированного перитонеального лейомиоматоза». Журнал «Сибирский онкологический журнал», № 1 (37), 2010, с. 85-87.
12. Смирнова Г.Ф., Кириченко А.Д., Фетисова Т.И., Лопатин О.Л., Егоров А.А. « Диссеминированный перитонеальный лейомиоматоз». Журнал ONCOLOGY.RU. Информационный бюллетень портала ONCOLOGY .RU от 10 сентября 2010г
- 13.Тихимиров А.Л., Лубнин Д.М. Миома матки. МИА, Москва, 2006, 173стр.
- 14.Тихимиров А.Л. Рациональное лечение доброкачественных гиперплазий матки. Москва, 2007, 23 стр.
- 15.Стилиди И.С., Бохян В.Ю., Паяниди Ю.Г., Жордания К.И. «Внутривенный лейомиоматоз.// Хирургия, 2012, №5, с. 81-83.

16. Pathology and Genetics. Tumours of the Breast and Female by Fattaneh A. Tavassali and Peter Devilee. IARC Press, Lyon, 2003.

17. Philip J. DiSaia MD., William T. Creasman MD: Clinical Gynecologic Oncology 96:320,2012

18. Steiner P. Metastazing fibroleiomyoma of the uteru. Am. J. Pathol. -1939. 15: 89-109.

19. Tavassoli F.A., Devilee P., eds. World Health Organization Classification of Tumours. Pathology and genetics of tumors of the breast and female genital organs. IARC Press Lyon: IARC Press.

Literature:

1. Askolska S. I., Kogan E. A., Popov Y. V., Demura T. A., Kalabukhova E. A., Melnikov M. V., Chuprynin, V. D., Lee E. G., Burykina P. N., Mukhin V. A., Huss, A. I. "Disseminated peritoneal Lam. No.// obstetrics and gynecology, 2014, No. 2, pp. 109-112.

2. Vasylichuk I., Dvorakovskaya I. V., Ariescope O. V. "Diffuse lung Lam" the Journal "Vestnik of roentgenology", No. 4-198, pp. 79-82.

3. Vtorushin S. V., Perelmuter M. V., Zavyalova M. V., Latypov V. R., Borodin O., Davydov D. V. "case of isolated retroperitoneal lymphangiomas". The journal "Siberian journal of Oncology", No. 4 (58)-2013, pp. 74-77.

4. Ed. by V. P. Kozachenko Clinical gynecologic Oncology. Moscow "Medicine", 2016, 420C.

4. I. O. Kulik, N. E. Levchenko, S. Gerasimov, T. I. Zakharova, V. A. Bakhova, G. F. Smirnov, Yu. G. Payanidi, M. M. Davydov " Intravenous leiomyomatosis with intracardiac extension (clinical observation). The journal "gynecologic Oncology", No. 3-2017, pp. 43-50.

5. Gynecology by Emil Novak, ed George Bereka, I. Adashi, P. Hillard. M: Practice, 2002, 896c

6. Yu. G. Payanidi, K. I. Zhordania, T. I. Zakharova "Tactical mistakes in the treatment of patients intravenous Lam ."The journal "gynecologic Oncology", No. 2-2016, pp. 22-28.

7. Yu. G. Payanidi, K. I. Zhordania, I. S., Stilidi, T. I. Zakharova, V. Yu. Bohan "Rare forms of uterine leiomyoma (clinical observations)". Log «Obstetrics. Gynecology. Reproduction. №4, 2016(T10), pp. 66-71.

8. Payanidi Yu. G., Zakharova T. I., Jordania K. I., Lazareva N. And., Korzhhevskaya EV " Leiomyomas and metastases.// "Tumors of the female reproductive system", 2010, № 2, pp. 68-70.

9. Payanidi Yu. G., Zhordania K. I., Stilidi I. S., Zakharova T. I., Bohan V. Y. "Rare forms of uterine leiomyoma .» //Obstetrics. Gynecologist. Reproduction, 2016, том10, №4, with . 66-71.

10. Pilipchuk I. S. " Leiomyomatosis of the lungs "Journal" Medical case", № 10, 1990, pp. 18-21.

11. G. F. Smirnova, A. D. Kirichenko, T. I. Fetisova, O. L. Lopatin, N. Ye. Verzhbitskaya, A. A. Egorov. "A rare case of disseminated peritoneal leiomyomatosis". Journal "Siberian Oncology journal", № 1 (37), 2010, C. 85-87.

12. Smirnov G. F., Kirichenko A. D., Fetisova T. I., Lopatin O. L., Egorov A. A. "Disseminated peritoneal leiomyomatosis". Journal ONCOLOGY.RU . The newsletter of the ONCOLOGY portal .EN 10 Sep 2010

13. Tikhomirov A. L., Lubnin D. M. uterine Fibroids . MIA, Moscow, 2006, 173str.

14. Tikhomirov A. L. Rational treatment of benign hyperplasia of the uterus . Moscow, 2007, 23 pages.

15. Stilidi, I. S., Bohan V., Payanidi Yu. G., Zhordania K. I. "Intravenous Lam.// Surgery, 2012, vol. 5, pp. 81-83.

16. Pathology and Genetics. Tumours of the Breast and Female by Fattaneh A. Tavassali and Peter Devilee. IARC Press, Lyon, 2003.

17. Philip J. DiSaia MD., William T. Creasman MD: Clinical Gynecologic Oncology 96:320,2012

18. Steiner P. Metastazing fibroleiomyoma of the uteru. Am. J. Pathol. -1939. 15: 89-109.

19. Tavassoli F. A., Devilee P., eds. World Health Organization Classification of Tumours. Pathology and genetics of tumors of the breast and female genital organs. IARC Press Lyon: IARC Press.