

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ РЕДКИХ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ ЛЕЙОМИОМЫ

М.А. Чекалова, З.Р.-Б. Мусаева

ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» Минздрава России

Цель. Выделить особенности и диагностические критерии диссеминированного перитонеального лейомиоматоза (ДПЛ) при ультразвуковом исследовании.

Материалы и методы. Использованы результаты обследования и лечения двух пациенток с диагнозом ДПЛ, наблюдавшихся в РОНЦ им. Н.Н. Блохина Минздрава России.

Результаты. Проанализирована ультразвуковая картина ДПЛ в сравнении с послеоперационными и морфологическими данными.

Заключение. При диагностике ДПЛ возможны ошибки ультразвукового метода. Для установления правильного диагноза необходимо использование комплекса диагностических мероприятий.

Ключевые слова: диссеминированный перитонеальный лейомиоматоз, лейомиома, ультразвуковая диагностика лейомиом.

PECULIARITIES OF DIAGNOSIS OF RARE VARIANTS OF LEIOMYOMA

M.A. Chekalova, Z.R.-B. Musaeva

Federal State Budgetary Institution «N.N.Blokhin Russian Cancer Research Center»
of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

Objective of the study is to highlight the particularities and diagnostic criteria of disseminated peritoneal leiomyomatosis detected by ultrasound screening.

Materials and Methods. The results of the examination and treatment of two patients diagnosed with disseminated peritoneal leiomyomatosis who were under observation at N.N.Blokhin Russian Cancer Research Center of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation were used.

Results. Ultrasound picture of disseminated peritoneal leiomyomatosis was analyzed in comparison with post-operative and morphological data.

Conclusion. Errors may occur in ultrasound examinations in the diagnosis of disseminated peritoneal leiomyomatosis. To establish the correct diagnosis it is necessary to use an integrated diagnostic approach.

Key words: disseminated peritoneal leiomyomatosis, leiomyoma, ultrasound diagnosis of uterine leiomyomas.

Несмотря на выработанные четкие ультразвуковые критерии лейомиомы матки, по сегодняшний день актуален вопрос диагностики редких форм лейомиом, которые могут иметь сходство со злокачественными новообразованиями. В соответствии с гистологической классификацией опухолей тела матки (ВОЗ, 2014 г.) к редким формам лейомиом с относительным злокачественным потенциалом относятся: интравенозный лейомиоматоз, метастазирующая лейомиома, диссеминированный перитонеальный лейомиоматоз [1]. При этих морфологических вариантах лейомиом наиболее

часто встречаются ошибки в ультразвуковой диагностике.

ДПЛ — одна из форм лейомиомы, характеризующаяся разрастанием множественных узловых образований по висцеральной и париетальной брюшине [7]. Ряд авторов [7, 8] описывают макроскопическую структуру при ДПЛ следующим образом: узлы, как правило, небольшие (< 2 см), в редких случаях встречаются узлы диаметром до 10 см. Консистенция их может быть разнообразной в зависимости от варианта лейомиомы: от плотноэластической (при типичной лейомиоме) до мягкой (при миксоматозной,

клеточной, гидрорической и других вариантах лейомиомы). Иногда выявляются очаги кровоизлияния и некроза вследствие дегенеративных изменений при больших размерах узлов. Чаще имеют цвет от белесоватого до темно-коричневого, растут экспансивно, раздвигая ткани.

Впервые случай ДПЛ был описан в 1952 году J.R. Wilson и A.R. Peale [9]. Гистогенез этой опухоли недостаточно изучен, полагают, что развитие лейомиоматоза происходит при метаплазии субмезотелиальных мультипотентных мезенхимальных клеток. По мнению ряда авторов, в этиологии заболевания важную роль играет длительное применение оральных контрацептивов, наличие в анамнезе гормон-продуцирующих опухолей, а также эндометриоза [2]. Некоторые авторы отмечают увеличение частоты возникновения ДПЛ у женщин после диагностических выскабливаний полости матки, лапароскопических или абдоминальных миомэктомий и гистерэктомий по поводу миомы матки и предполагают, что фрагменты миомы имплантируют в области места стояния лапаропорта при извлечении опухоли или закрепляются на стенках брюшной полости и полости малого таза при фрагментации миоматозного узла [1].

ДПЛ чаще протекает бессимптомно, обнаруживается случайно во время хирургических операций или профилактических осмотров [4, 5]. В настоящее время отмечается увеличение частоты обнаружения ДПЛ у женщин репродуктивного возраста [2, 3, 4].

Материалы и методы. Проанализированы результаты ультразвукового исследования в сравнении с морфологическими послеоперационными данными у двух пациенток с диагнозом: диссеминированный перитонеальный лейомиоматоз, поступивших в ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» МЗ РФ в 2015 г. с подозрением на злокачественный процесс для обследования и последующего лечения. Ультразвуковое исследование проводили на диагностическом приборе SIEMENS S200 VC20A. Используемый аппарат оснащен трансабдоминальным (3,0–4,5 МГц), поверхностным (7,0–9,0 МГц) и трансвагинальным (4,0–8,0 МГц) датчиками. Обследование проведено по общепринятой методике, состояло из исследования органов брюшной полости, забрюшинного пространства и области малого таза трансабдоминальным дат-

чиком и внутренних гениталий трансвагинальным доступом. При этом оценивали состояние внутренних органов на предмет очаговых изменений, анализировали возможные локализации гематогенных, лимфогенных и имплантационных метастазов, топографо-анатомические соотношения выявленных изменений. Далее проводили анализ гемодинамики в выявленных новообразованиях с помощью цветового доплеровского картирования и энергетического доплера. После чего оценивали структуру образований при компрессионной эластографии и с помощью ARFI (путем определения скорости распространения поперечной волны).

Проведено хирургическое лечение в объеме: у одной пациентки — экстирпация матки с придатками, удаление большого сальника, удаление метастатических узлов париетальной брюшины и корня брыжейки сигмовидной кишки с резекцией стенки сигмовидной кишки; у второй — экстирпация матки с придатками, резекция большого сальника, частичная перитонэктомия. При гистологическом исследовании послеоперационного материала установлен морфотип опухоли, который соответствует ДПЛ.

Результаты и их обсуждение. Ввиду редкости описываемой нами нозологии рассмотрим каждое клиническое наблюдение в отдельности.

Пациентка А., 34 года, поступила 09.11.2015 г. с диагнозом: подозрение на саркому матки. Жалоб при поступлении не предъявляла. Акушеро-гинекологический анамнез: менархе в 14 лет, цикл установился сразу, менструации болезненные, обильные, по 7 дней. Начало половой жизни в 21 год. Генеративная функция: количество беременностей — 1, количество родов — 1, родоразрешение оперативное, кесарево сечение, без осложнений. Из анамнеза заболевания: в 23 года обнаружена субсерозная миома матки, в связи с прогрессирующим быстрым ростом была произведена лапароскопическая миомэктомия, без осложнений. В 2015 г. при проведении профилактического осмотра в полости малого таза выявлено опухолевое образование, расположенное справа от матки и сливающееся с ней, множественные метастазы по брюшине. С подозрением на саркому матки с множественными метастазами по брюшине была

направлена в РОНЦ им. Н.Н. Блохина для дальнейшего обследования и лечения.

УЗИ брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза от 09.11.2015 г. Печень не увеличена, контур ровный, структура без очаговых изменений. В области ворот печени — без дополнительных образований. Внутрипеченочные желчные протоки не расширены. Вены портальной системы не расширены. Поджелудочная железа не увеличена, однородная. Главный панкреатический проток не расширен. Селезенка не увеличена, без очаговых изменений. Почки обычных размеров, формы и расположения, полости не расширены. Мочеточники не визуализируются. В проекции надпочечников дополнительные объемные образования отчетливо не определяются. Забрюшинные лимфатические узлы в доступных для исследования отделах не визуализируются. Над маткой определяется солидное образование размерами 13,0×6,0 см (рис. 1), вероятно исходит из брыжейки кишки; выше него в мезогастральной области слева по брюшине определяются множественные узлы 1,2, 2,0 и 2,2 см в диаметре (рис. 2, 1, 2), там же в области п/о рубца в месте введения лапаропорта (в анамнезе в 2006 г. — консервативная миомэктомия) — конгломерат 7,8×4,1 см, который врастает в переднюю брюшную стенку, рядом с ним — отдельный узел 1,0 см в диаметре.

Выявленные в брюшной полости узлы имеют правильную округлую форму, четкие



Рис 1. Ультразвуковая томограмма малого таза больной А., трансвагинальный доступ, продольная плоскость: 1) матка; 2) нижний полюс узла над маткой.

контуры, преимущественно солидную однородную структуру с признаками отека, о чем свидетельствует дорсальное усиление. При цветовом доплеровском картировании обращает на себя внимание наличие периферического кровотока в большинстве узлов (рис. 3). При эластографии скорость распространения сдвиговой волны 3,75–3,9 м/с, что соответствует повышенной жесткости (рис. 4).

Малый таз осмотрен трансабдоминально и трансвагинально: матка не увеличена, контур ровный, в передней стенке — послеоперационный рубец (кесарево сечение), в области дна справа определяется узел 2,4 см в диаметре,

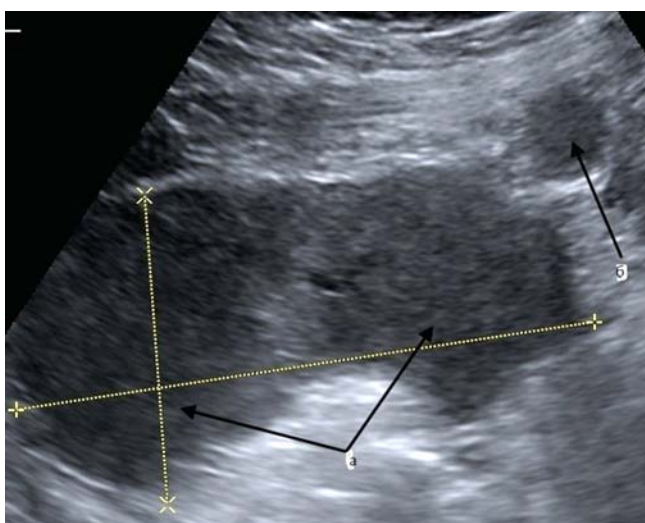


Рис 2. Ультразвуковая томограмма брюшной полости: 1. — а) наибольший узел в брюшной полости солидной структуры; б) над ним другое аналогичной структуры образование. 2. Определяются множественные солидные узлы по париетальной и висцеральной брюшине.

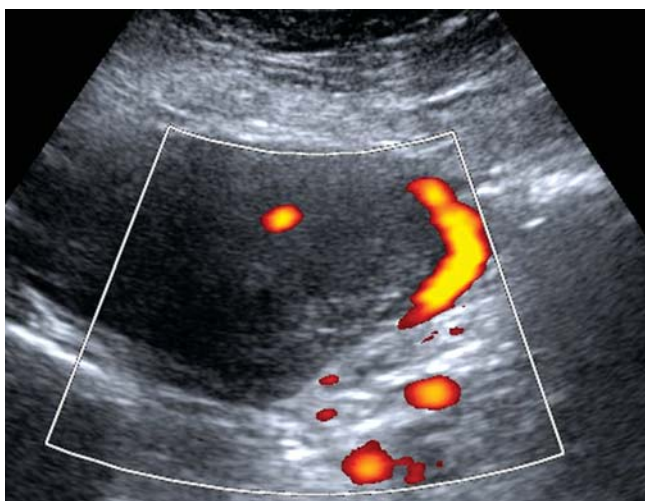


Рис 3. Исследование в режиме ЭД: визуализируется периферический кровоток

по ультразвуковой структуре соответствует миоме (рис. 5). Эндометрий не утолщен +0,2 см (2-й день менструального цикла). Шейка матки не гипертрофирована, без особенностей. Яичники не увеличены, без особенностей. Мочевой пузырь без экзофитных образований, содержимое однородное, стенки утолщены.

Заключение: множественные метастазы по париетальной и висцеральной брюшине и в брыжейке. Миома матки? С учетом анамнестических данных, УЗ-картина подозрительна на прогрессирование саркомы матки после нерадикальной операции в 2006 г.

Операция в РОНЦ им. Н.Н. Блохина 16.11.2015 г.: экстирпация матки с придатками, удаление большого сальника, удаление метастатических узлов париетальной брюшины и корня брыжейки сигмовидной кишки с резекцией стенки сигмовидной кишки. **Морфологическое исследование послеоперационного материала от 25.11.2015 г.** **Макроописание:** отдельно в салфетке белесоватый узелок диаметром 0,7 см (1). Матка с придатками, шейкой и лоскутом влагалища. Размер препарата 11,0×6,0×3,0 см. Лоскут влагалища 3,5×2,0 см. Слизистая влагалища белесоватая гладкая (2). Канал шейки длиной 3,0 см. Слизистая наружного зева и цервикального канала гладкие, белесоватые. 3. Шейка матки. Эндометрий шероховатый, серо-красный, толщиной до 2 мм. Миометрий волокнистый, серо-розовый, толщиной до 2 см. 4. Тело матки.

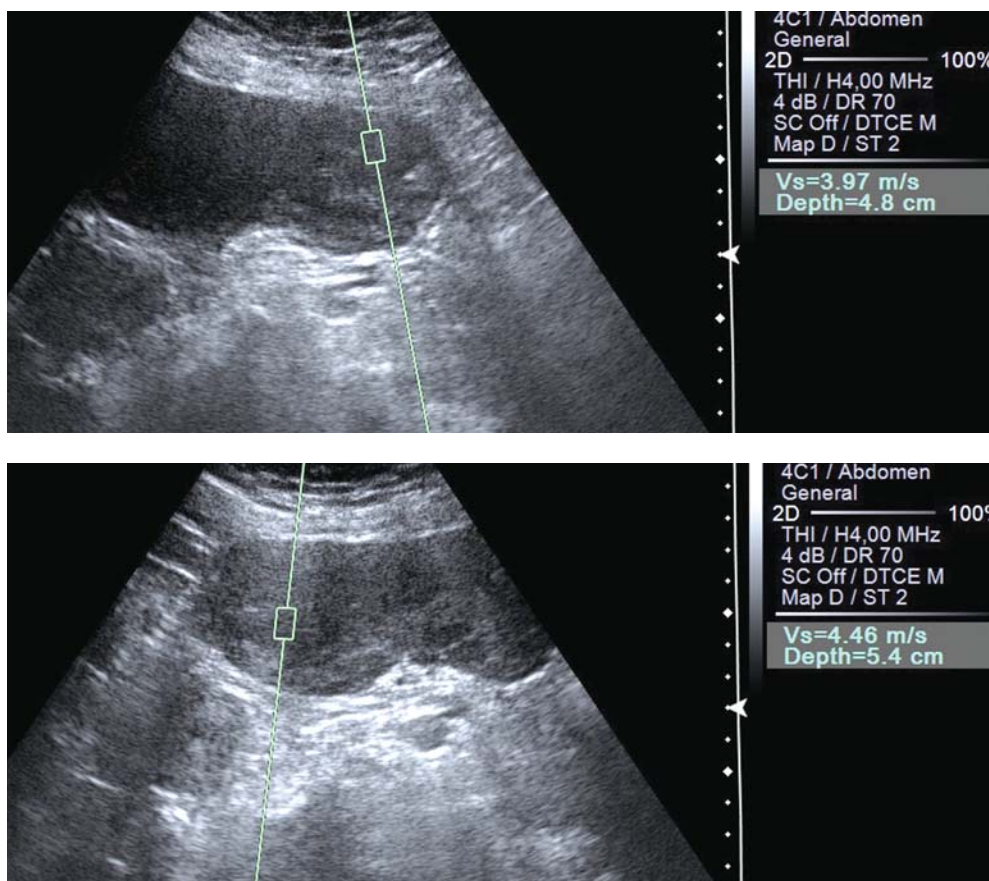


Рис 4. Исследование в режиме ARFI (скорость распространения поперечной волны равна):
а) 3,97 м/с;
б) 4,46 м/с.

5. Первые придатки — маточная труба 9,5х0,5 см. Сероза белесоватая, гладкая, просвет точечный. Яичник 3,0х2,5х2,0 см, рассечен, с кистами, заполненными полупрозрачным и кровянистым содержимым с белыми телами. 6. Вторые придатки — маточная труба длиной 9,5 см, диаметром 0,5. Сероза серо-красная, просвет точечный. Яичник 4,0х3,5 см, поверхность белесовато-серого цвета, на разрезе — с кистами, заполненными полупрозрачным содержимым, в стенке которых желтые тела. Отдельно узловые образования в тонкой капсуле размерами 4,5 и 9,0 см, плотноватой консистенции, на разрезе белесовато-серые, с участками ослизнения и отека. Отдельно — группа подобного вида узловых образований, спаянных между собой, размерами от 0,5 до 4 см диаметром. 7. Узловые образования. Большой сальник 30,0х14,0х2,0 см на всем протяжении представлен жировой тканью с узловыми образованиями. **Микроописание:** 1. Узел — лейомиома. 2. Стенка влагалища (край резекции) без элементов опухолевого роста. 3. Шейка матки. Наружный зев покрыт многослойным плоским эпителием обычного строения, слизистая цервикального канала выстлана цилиндрическим эпителием обычного строения. 4. Тело матки. Эндометрий — простая железистая гиперплазия. 5, 6. Склероз стенки маточной трубы. В яичнике — фолликулы на разных стадиях развития, фолликулярные кисты. 7. Узел имеет строение лейомиомы с дистрофическими изменениями, в просвете крупного венозного сосуда — тромб с реканализацией. 8. Узлы — лейомиомы.

Для уточнения диагноза проведено *иммуногистохимическое исследование* от 25.12.2015 г. с использованием антител Ki 67, рецепторам эстрогена и прогестерона. В клетках опухоли выявлена слабо умеренно выраженная экспрессия рецепторам эстрогена (80% клеток), диффузная интенсивно выраженная экспрессия рецепторов прогестерона (80% клеток). Индекс мечения по Ki 67 — менее 3%. **Заключение:** диссеминированный перитонеальный лейомиоматоз.

Обратим внимание на несоответствие заключения ультразвукового протокола результатам гистологического исследования. Хотя описание выявленных в брюшной полости и в области малого таза изменений совпадает с интраоперационным диагнозом и описанием

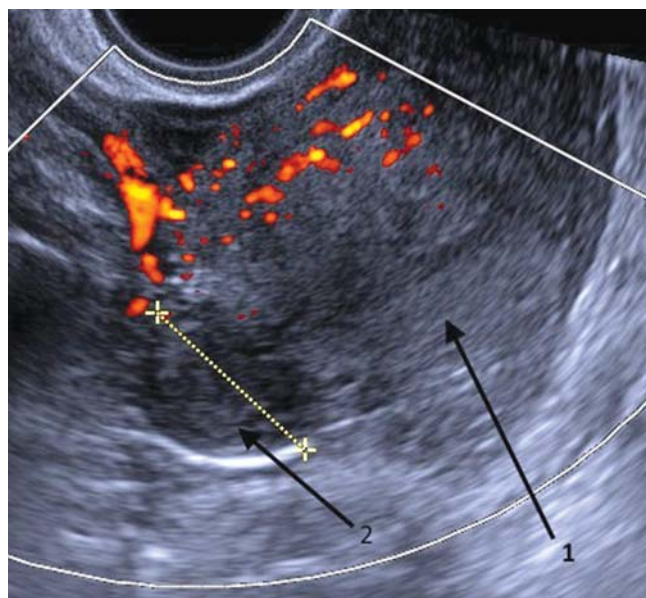


Рис 5. Ультразвуковая томограмма матки больной А., режим ЭД: 1) тело матки; 2) единичный субсерозный миоматозный узел.

макроскопической картины, тем не менее, налицо — гипердиагностика. При этом наше заключение совпало с установленным диагнозом по месту жительства, но кардинально отличается от окончательного гистологического заключения. Возникает вопрос: с чем связаны такого рода диагностические ошибки?

С одной стороны — структура выявленных опухолевых узлов в брюшной полости характерна для лейомиомы, также как и специфичный для нее периферический кровоток при цветовом доплеровском картировании; с другой стороны — агрессивный характер роста с инвазией в окружающие структуры, локализация, неспецифичная для лейомиомы, имплантационные депозиты, идентичные злокачественному новообразованию. Таким образом, возникает дилемма, ведущая клинициста по ложному следу, так как характер распространения указывает на злокачественную опухоль. Учитывая анамнестические данные (консервативная миомэктомия в 2006 г.), ультразвуковая картина не позволила нам исключить прогрессирование лейомиосаркомы матки после нерадикальной миомэктомии, поскольку наш практический опыт и мнение ряда исследователей указывают на сходное эхографическое изображение саркомы и миомы матки [6]. Все это, вместе взятое может объяснить неправильную интерпретацию ультразвуковых данных.

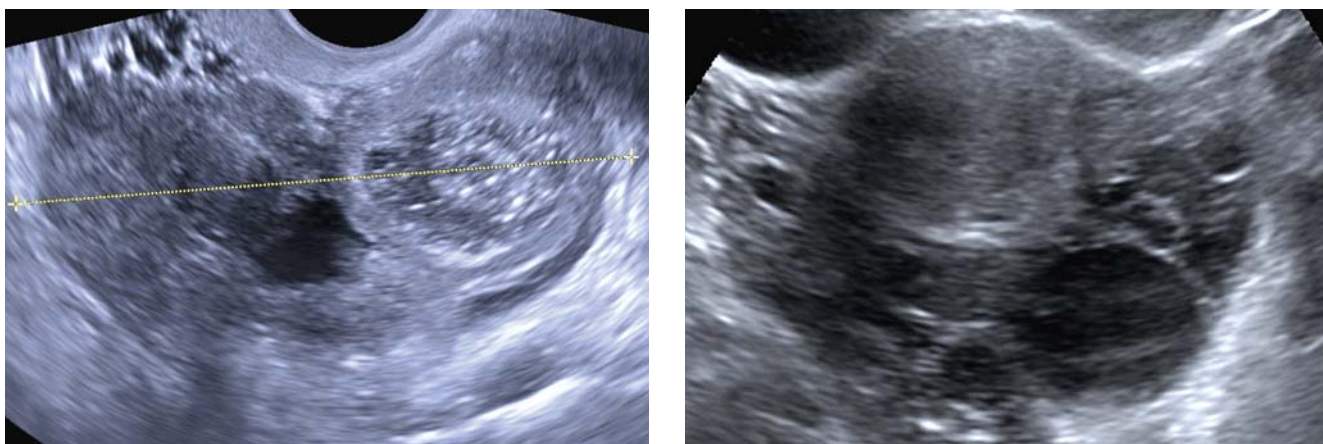


Рис 6. Ультразвуковая томограмма кистозно-солидного образования, расположенного кзади от матки: а) ТА; б) ТВ.

Рассмотрим другое клиническое наблюдение. **Пациентка К.**, 38 лет, поступила 10.11.2015 г. с диагнозом: диссеминированный перитонеальный лейомиоматоз. Жалобы при поступлении на периодические умеренные ноющие боли в правой подвздошной области. Акушеро-гинекологический анамнез: менархе в 17 лет, цикл установился сразу, менструации безболезненные, обильные, длились по 5–6 дней. Начало половой жизни в 17 лет. Гинекологические заболевания: отрицает. Генеративная функция: количество беременностей — 4, количество родов — 1. Родоразрешение — кесарево сечение, без осложнений. Из анамнеза заболевания: в 2014 г. госпитализирована в экстренном порядке по месту жительства с симптоматикой острого живота, с подозрением на пельвиоперитонит, кровотечение в брюшную полость. Выполнена лапаротомия, при этом интраоперационно обнаружена опухолевая диссеминация по брюшной полости, произведено удаление левых придатков матки с последующим гистологическим исследованием послеоперационного материала, диагностирован диссеминированный перитонеальный лейомиоматоз. В сентябре 2015 года отмечается рост образований в брюшной полости, направлена в РОНЦ им. Н.Н. Блохина для определения дальнейшей тактики лечения.

УЗИ брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза от 09.11.2015 г. Печень не увеличена, контур ровный, структура без очаговых изменений. В области ворот печени — без дополнительных образований. Внутрипеченочные желчные протоки не расширены. Вены портальной системы не расши-

рены. Поджелудочная железа не увеличена, однородная. Главный панкреатический проток не расширен. Селезенка не увеличена, без очаговых изменений. Почки обычных размеров, формы и расположения, полости не расширены. Мочеточники не визуализируются. В проекции надпочечников дополнительные объемные образования отчетливо не определяются. Забрюшинные лимфатические узлы в доступных для исследования отделах не визуализируются. Малый таз осмотрен трансабдоминально и трансвагинально: матка не увеличена. Эндометрий не утолщен +0,6 см. Шейка матки не гипертрофирована, без особенностей. Слева у дна матки — миоматозный узел на широком основании размерами 3,6x3,1 см. Справа у дна матки — аналогичный по структуре узел по брюшине малого таза, размерами 3,0x2,7 см, выше в проекции брыжейки кишки — узел диаметром 1,4 см. Кзади и справа от матки — образование смешанной солидно-кистозной структуры размерами 10,0 x 6,5 см (ультразвуковая структура соответствует опухоли яичников) (рис. 6 а, б). Левый яичник оперативно удален. Мочевой пузырь без экзофитных образований, стенки не утолщены, содержимое однородное. По брюшине малого таза справа — мелкие опухолевые диссеминаты диаметром 0,4, 0,5 и 0,7 см (рис. 7). В верхнем этаже брюшной полости определяются аналогичные по структуре множественные узлы (рис. 8). Большой сальник в нижнем полюсе утолщен до 1,2 см, что не позволяет исключить его метастатическое поражение (рис. 9). Ультразвуковая структура узлов солидно-кистозная, ячеистая (рис. 10).

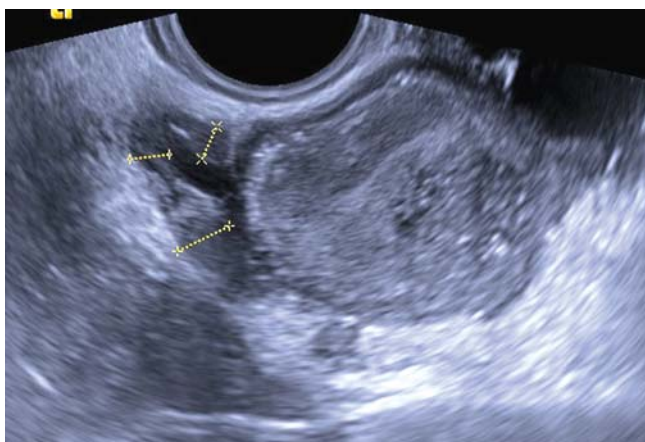


Рис 7. Ультразвуковая томограмма малого таза: определяются множественные образования по брюшине.

Заключение: ультразвуковая картина опухоли яичника, метастазы по брюшине малого таза. Миома матки (с учетом данных анамнеза — картина перитонеального лейомиоматоза).

Проведено хирургическое лечение 18.11.2015 г. в объеме экстирпации матки с придатками, резекция большого сальника, частичная перитонэктомия, остаточная опухоль: мелкие диссеминаты по висцеральной и париетальной брюшине. Интраоперационно: при вскрытии брюшной полости — большой сальник всей своей передней поверхностью подпаян к передней брюшной стенке, что потребовало его отделения с частичной резекцией. В брюшной полости — диссеминаты миоматозных узлов от 0,3 до 3,0 см, расположенных как по висцеральной, так и по париетальной брюшине. Отмечались опухолевые узлы на жировых подвесках толстой кишки до 1,5–2,0 см в диаметре, которые удалены. В малом тазу: матка увеличена до 8–9 недель беременности, вовлечена в спаечный процесс (результат ранее выполненной левосторонней аднексэктомии). На ее поверхности, на придатках справа, пузырно-маточной складке и в дугласовом пространстве — множественные гроздевидные опухолевые массы. Мочевой пузырь подпаян к передней стенке матки. На первом этапе с большими техническими трудностями произведена экстирпация матки с правыми придатками. После ее удаления обнаружен большой опухолевый узел до 6,0 см в диаметре, расположенный забрюшинно на стенке прямой кишки. Произведено его удаление. При дальнейшей ревизии органов малого таза в obturatorных областях с обеих сто-



Рис 8. Ультразвуковая томограмма брюшной полости: определяются множественные узлы по париетальной и висцеральной брюшине.

рон обнаружены крупные узлы от 1,0 до 3,0 см, которые впоследствии удалены. Частичная перитонэктомия пораженных опухолевых участков брюшины. На втором этапе произведено удаление пораженного большого сальника.

Морфологическое исследование операционного материала от 23.11.2016 г. Макроописание: матка с одним из придатков. Размеры матки 9,0×6,0×3,0 см. Слизистая оболочка шейки матки серо-розового цвета, гладкая, в толще наботовы кисты. Слизистая оболочка цервикального канала мелкозернистая. Эндометрий серо-розового цвета, гладкий. В теле матки субмукозные и интрамуральные узлы лейомиомы диаметром 1,0 см. Прилежащая к телу матки труба (правый яичник) с мелкими округлыми папилломатозными образованиями плотной консистенции, диаметром от 0,5 до 2,5 см. Труба тонкая. Яичник



Рис 9. Ультразвуковая томограмма брюшной полости: определяется утолщенный большой сальник.

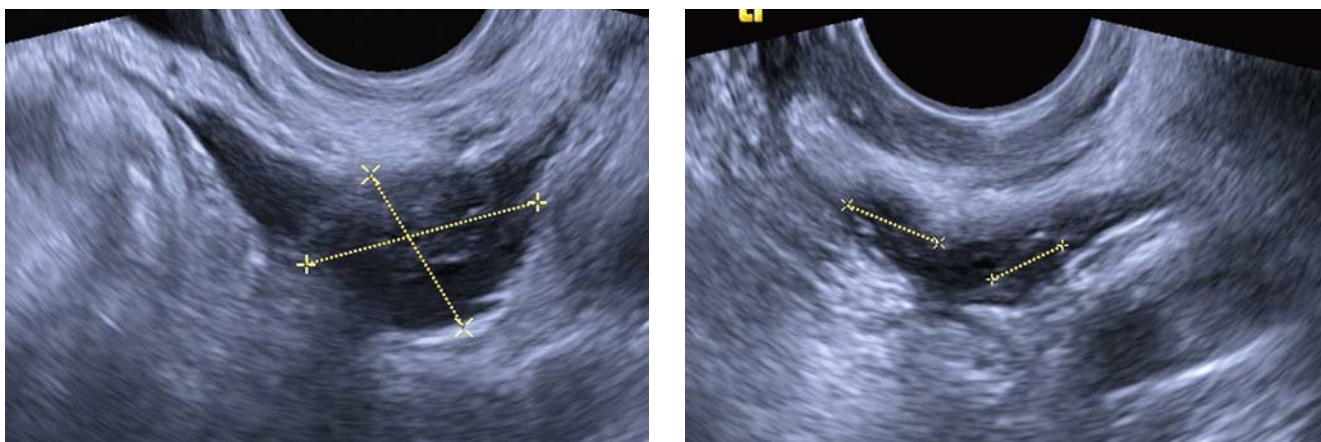


Рис 10. Ультразвуковая томограмма малого таза: множественные узловые образования по париетальной и висцеральной брюшине (а, б).

размерами 3,0×2,0×2,0 см. На поверхности яичника узловатое образование серовато-красного цвета размерами 0,3×0,2 см. 3. Отдельно узлы аналогичного вида с гладкой поверхностью, диаметром от 1,0 до 3,0 см. Мелкие узлы местами сливаются между собой, образуя конгломерат. 4. Кистозное образование размерами 5,0×5,0×1,0 см, с гладкой поверхностью с мелкими папилломатозными разрастаниями серовато-белой ткани, на разрезе в просвете кисты текучее зеленоватое содержимое, стенка кисты гладкая, местами с наложениями охряно-зеленого цвета. На наружной поверхности мелкие папилломатозные разрастания аналогичного вида. 5. Сальник размерами 29,0×12,0×1,0 см, содержащий дольчатую жировую ткань с серовато-белыми участками уплотнения округлой формы диаметром 0,1–1,3 см. 6. В салфетке серовато-красная ткань пленчатого вида, на разрезе темно-красного цвета с белесоватыми прослойками.

Микроописание: шейка матки с наботковыми кистами покрыта многослойным плоским эпителием цервикального типа. Эндометрий пролиферативного типа. В миометрии — узлы лейомиомы. В правом яичнике — желтое тело и белые тела, и очаги аденомиоза. Труба обычного строения, на серозе — множественные узлы лейомиомы различного размера. Отдельно присланные узлы (маркировки 4, 5, 6) представлены жировой тканью с узлами лейомиомы. В одном из узлов — очаг причудливой лейомиомы (маркировка 6). Большинство лейомиоматозных узлов содержат очаги аденомиоза.

Заключение: диссеминированный перитонеальный лейомиоматоз.

Этот случай, во-первых, интересен клиническим течением: первоначально у пациентки была клиника острого живота, что, возможно, обусловлено сдавлением опухолевыми узлами анатомических структур (сосудов, нервных окончаний). Во-вторых, наличием эндометриодных очагов в структуре лейомиомы, что может объяснить и болевой синдром, носящий циклический характер, и особенности ультразвукового изображения. В данном случае следует отметить несовпадение как некоторых данных протокола ультразвукового исследования протоколу операции, так и несовпадения ультразвукового и гистологического заключений. По нашему мнению, ошибочная интерпретация ультразвукового изображения объясняется наличием выраженного спаечного процесса в брюшной полости и области малого таза с образованием перитонеальных кист, наличием фокусов эндометриоза в структуре опухолевых узлов и рецидивирующим течением заболевания.

Описанное нами в ультразвуковой картине образование больших размеров, солидно-кистозной структуры, идентичной опухоли яичника [9], интраоперационно не найдено. При этом обнаружены в спайках полости с жидкостью, петли кишки, яичник и множественные «опухолевые диссеминаты» по брюшине, местами врастающие в прилежащие органы. Этот конгломерат при ультразвуковой диагностике вполне закономерно был ошибочно расценен как опухолево измененный яичник. А смешанная солидно-кистозная структура депозитов по брюшине, обусловленная фокусами эндометриоза, явилась дополнительным фактором,

натолкнувшим на заключение о диссеминированной опухоли яичников. Таким образом, несмотря на то, что в данном наблюдении имелся морфологически подтвержденный диагноз, ультразвуковая картина не позволила нам исключить злокачественную опухоль яичника с множественными метастазами по брюшине. Очевидно, что с начала развития заболевания как клиника, так и ультразвуковая картина не имели специфичных для ДПЛ критериев.

Заключение. Таким образом, можно отметить следующие особенности ультразвуковой диагностики ДПЛ: выраженная узловатая «диссеминация» по брюшине, идентичная метастатическому поражению при имплантационном распространении злокачественных новообразований; быстрый рост опухоли, которая может достигать больших размеров (до 10 см диаметром). Специфических критериев ультразвукового изображения при ДПЛ нами не выявлено: это может быть преимущественно однородная солидная

структура, характерная для доброкачественной опухоли (типичная лейомиома), или солидно-кистозная структура узловых образований.

Следует отметить важность предоперационной диагностики ДПЛ, поскольку данная патология имеет тенденцию к омоложению и возникновению в репродуктивном возрасте. Своевременная диагностика ДПЛ может позволить уменьшить объем операционного вмешательства и сохранить репродуктивную функцию молодых женщин, однако является нелегкой задачей для специалиста ультразвуковой диагностики. Сходство ДПЛ со злокачественным процессом создает препятствия для интерпретации выявленных изменений при ультразвуковом исследовании. Учитывая особенности течения этого заболевания, отсутствие специфичности ультразвуковых признаков, вероятно, целесообразно более широко использовать тонкоигольную аспирационную биопсию под ультразвуковым наведением для уточнения диагноза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреева Ю.Ю., Франк Г.А. Опухоли тела и шейки матки. — М.: Практическая медицина, 2015. — С. 207.
2. Аскольская С.И., Коган Е.А., Попов Ю.В., Демура Т.А., Калабухова Е.А., Мельников М.В., Чупрынин В.Д., Хилькевич В.Д., Бурыкина П.Н., Мухина В.А., Гус А.И. Диссеминированный перитонеальный лейомиоматоз // Акушерство и гинекология. — 2014. — № 12. — С. 109–112.
3. Паяниди Ю.Г., Жордания К.И., Захарова Т.И. Тактические ошибки при лечении больных внутривенным лейомиоматозом (клинические наблюдения) // Онкогинекология. — 2016. — № 2. — С. 22–28.
4. Паяниди Ю.Г., Жордания К.И., Стилиди И.С., Захарова Т.И., Бохан В.Ю. Редкие формы мезенхимальных опухолей // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина. — 2015. — Т. 26 (дополн.). — С. 35–41.
5. Стилиди И.С., Паяниди Ю.Г., Бохан В.Ю., Захарова Т.И., Жордания К.И. Внутривенный лейомиоматоз (клиническое наблюдение) // Онкогинекология. — 2012. — № 1. — С. 47–50.
6. Чекалова М.А., Зуев В.М. Ультразвуковая диагностика в онкогинекологии. — М.: Русский врач, 2004. — С. 22.
7. Kurman R.J., Ellenson L.H., Ronnett B.M. Blaustein's pathology of the female genital tract. 6th ed. — New York, Dodrecht, Heidelberg, London: Springer, 2011. — 470 p.
8. Nucci M.R., Oliva E. Gynecologic Pathology. First published. — London: Churchill Livingstone Elsevier, 2009. — 270 p.
9. Willson J.R., Peale A.R. Multiple peritoneal leiomyomas associated with a granulosa-cell tumor of the ovary // Am J Obstet Gynecol. — 1952; 64:204–8.

АВТОРЫ

Чекалова Марина Альбертовна, доктор медицинских наук, профессор, ведущий научный сотрудник, научно-консультативное отделение, ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина», Москва, Каширское шоссе, д. 24, ch2ml@yandex.ru

Chekalova Marina Albertovna, M.D., Ph.D. in Medical Sciences, Professor, Leading Research Associate, Scientific Advisory Department, Scientific Research Institute of Clinical Oncology «N.N.Blokhin Russian Cancer Research Center», Kashirskoye shosse, 24, 115478, 84993249845, e-mail: ch2ml@yandex.ru

Мусаева Залина Руслан-Бековна, ординатор, научно-консультативное отделение, ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина», Москва, Каширское шоссе, д. 24, zalina_9373.doctor@mail.ru

Musaeva Zalina Ruslan-Bekovna, Resident Physician, Scientific Advisory Department, Scientific Research Institute of Clinical Oncology «N.N.Blokhin Russian Cancer Research Center», Kashirskoye shosse, 24, 115478, 89253622145, zalina_9373.doctor@mail.ru