

РЕДКО ВСТРЕЧАЮЩАЯСЯ ОПУХОЛЬ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА У ДЕВУШКИ 27 ЛЕТ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Г.А. СЕРИКБАЕВ¹, А.К. КУРМАНАЛИЕВ¹, Ж.У. ПЫСАНОВА¹,
Р.Е. КАДЫРБАЕВА¹, Ж.К. МАЮКОВА^{1,2}, А.Т. АДИЛХАНОВА^{1,2}

¹АО «Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии», Алматы, Республика Казахстан;

²НАО «Казахский Национальный Медицинский Университет имени С.Д. Асфендиярова», Алматы, Республика Казахстан

АННОТАЦИЯ

Актуальность: Миоперицитомы – это опухоль мягких тканей, характеризующаяся пролиферацией миоперицитов. Опухоль происходит от миоидных клеток, локализуясь в коже и мягких тканях. Обычно данная опухоль доброкачественная, но в редких случаях может быть злокачественной. Миоперицитомы – редкое новообразование, поэтому конкретные данные о распространенности в мире ограничены. В статье представлен клинический случай миоперицитомы забрюшинного пространства и обзор описанных в литературе случаев для анализа эпидемиологии и клинических характеристик. Точные данные о глобальной распространенности миоперицитомы отсутствуют из-за редкости заболевания и трудностей диагностики. Таким образом, исследование миоперицитомы имеет значительную актуальность, поскольку способствует лучшему пониманию и управлению этой редкой опухолью мягких тканей, а также улучшению качества жизни пациентов.

Цель исследования – описать клинический случай миоперицитомы мягких тканей забрюшинного пространства у пациентки 27 лет.

Методы: Описывается клинический случай миоперицитомы мягких тканей забрюшинного пространства. Было исследовано 50 клинических случаев миоперицитомы в электронных базах данных PubMed, Cochrane Library, eLIBRARY, CyberLeninka и Google Scholar, включая результаты клинического осмотра, данные инструментальной диагностики, такие как компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ), а также гистопатологическое исследование биопсийного материала.

Результаты: 27-летняя девушка обратилась в клинику с жалобами на боли давящего характера в нижней части живота. После проведения комплексного обследования, включая КТ и МРТ, было выявлено образование в забрюшинном пространстве. Далее была проведена биопсия мягких тканей забрюшинного пространства, был подтвержден диагноз миоперицитомы. Пациентка была успешно подвергнута хирургическому удалению опухоли.

Заключение: Миоперицитомы, хотя и классифицируются как доброкачественные опухоли, представляют серьезную проблему из-за их склонности к рецидивированию. Несмотря на медленный рост, они способны достигать значительных размеров и прорастать в окружающие структуры и органы. Следовательно, опыт и мастерство хирургов играют важную роль в обширности хирургического вмешательства для радикального удаления опухоли, что имеет важное значение для прогноза и качества жизни пациента. Радикальное хирургическое лечение при миоперицитоме особенно важно, поскольку позволяет не только полностью удалить новообразование, но и минимизировать риск рецидива, тем самым улучшая долгосрочные результаты и снижая необходимость в дополнительных терапевтических вмешательствах.

Ключевые слова: миоперицитомы мягких тканей, клиническое исследование, доброкачественная опухоль, миоперицитомы забрюшинного пространства.

Введение: Миоперицитомы представляют собой редкую опухоль мягких тканей, характеризующуюся доброкачественным мезенхимальным новообразованием. Она состоит из цитологически однородных клеток, обладающих овальной или веретенообразной формой и миоидным внешним видом [1]. Несмотря на доброкачественный характер, у 20% пациентов с миоперицитомой возможен злокачественный исход, сопровождающийся рецидивом заболевания и появлением отдаленных метастазов [2]. Был подтвержден злокачественный характер опухоли с высокой пролиферативной и митотической активностью, а также характеризующийся клеточной атипией и участками некроза согласно гистопатологическим данным [3]. Миоперицитомы широко распространены в дерме и поверхностных мягких тканях, как в дистальных, так и в проксимальных отделах конечностей, и может встречаться на голове и шее, а также во внутренних органах. Возникновение данного новообразования во внутренних органах встречается крайне редко [4]. Миоперици-

тома чаще поражает нижние конечности, чем верхние [5]. В различных локализациях миоперицитомы обычно проявляется в виде одиночной, безболезненной и медленно растущей опухоли. Изучены статьи, в которых сообщалось о случаях миоперицитомы, и собраны данные об эпидемиологии и клинических характеристиках заболевания. Морфологические особенности этой опухоли до конца не изучены из-за ее редкости, что затрудняет понимание ее биологического поведения и оптимальных тактик лечения. Дальнейшие исследования, включая детальное изучение морфологических и иммуногистохимических (ИГХ) характеристик миоперицитомы, а также молекулярно-генетические анализы, могут пролить свет на механизмы развития и прогрессирования этой опухоли [6]. Это позволит разработать более эффективные методы диагностики, оценки прогноза и лечения пациентов с миоперицитомой. В данной статье описывается клинический случай миоперицитомы мягких тканей забрюшинного пространства.

Цель исследования – описать клинический случай миоперицитомы мягких тканей забрюшинного пространства у пациентки 27 лет.

Материала и методы: Описывается клинический случай миоперицитомы мягких тканей забрюшинного пространства. Для сравнения было изучено 50 клинических случаев миоперицитомы в электронных базах данных PubMed, Cochrane Library, eLIBRARY, CyberLeninka и Google Scholar, включая результаты клинического осмотра, данные инструментальной диагностики, такие как компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ), а также гистопатологическое исследование биопсийного материала.

Информация о пациенте: 27-летняя молодая девушка в июле 2022 года обратилась в поликлинику по месту жительства с жалобами на увеличение живота в объеме, боли внизу живота, иррадиирующие в спину, поясничную область и таз. Данные жалобы появились в течение 3-х месяцев, а в последний месяц боли усилились. Боль носила давящий, тянущий характер. Болевые ощущения имели периодический характер. Усиление болей пациентка связывала с физической активностью, тогда как облегчение боли наблюдалось в положении лежа или при приеме анальгетиков. Ранее пациентка не имела истории заболеваний, не находилась на учете у профильных специалистов, не подвергалась оперативным вмешательствам или травмам.

Общее состояние пациентки оценивалось как удовлетворительное. Сознание – ясное, ориентирована во времени, месте. Положение – активное, с возможностью свободного передвижения. Телосложение сбалансированное, без выраженных деформаций или асимметрии. Кожные покровы и видимые слизистые – обычного цвета, без высыпаний, пигментации. Подкожно-жировой слой – равномерный. Лимфатические узлы в области шеи, подмышечных впадин и паховых областей не увеличены, без болезненности при пальпации. **Костно-мышечная система** без явных деформаций или ограничений в движениях. При осмотре отдельных частей тела (конечности, позвоночник, суставы) не выявлено патологических изменений.

Сердечно-сосудистая система: при физикальном обследовании не выявлены патологические изменения на перкуссии и аускультации сердца и сосудов.

Дыхательная система: при осмотре дыхание везикулярное, без хрипов и шумов.

Мочевыделительная система: при осмотре почки не пальпируются, не выявлены симптомы обструкции мочевыводящих путей.

Эндокринная система: при осмотре не выявлены признаки эндокринных нарушений.

Status Localis: При пальпации живота в правом нижнем квадранте определяется крупное, частично подвижное образование размером около 10 см, упругой консистенции, вызывает небольшую болезненность при пальпации.

Диагностика:

Для оценки общего состояния пациентки и исключения возможных сопутствующих заболеваний был проведен комплекс лабораторных исследований. Лабораторные анализы были без особенностей.

КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с контрастированием от 07.2022 г.: в забрюшинном пространстве, больше справа определяется

ся больших размеров кистозно-солидное образование с большим количеством септ в структуре до 13,8×4,3×27,5 см нижним полюсом распространяется на область правого яичника. Солидный компонент и септы неинтенсивно, однородно накапливают контрастное вещество. Заключение: Кистозно-солидное образования забрюшинного пространства, КТ-картина неспецифична, наиболее вероятно для цистаденомы правого яичника.

Лечение: 07.2022 г. – по месту жительства выполнена лапаротомия, биопсия забрюшинных лимфатических узлов.

Результаты: *Послеоперационное гистологическое исследование:* в присланном материале обнаружен фрагмент мягкотканной опухоли, представленной порочно развитыми сосудами различного калибра; с фокусами пролиферации и патологическими митозами. Больше данных за ангиосаркому. Для определения гистотипа и степени пролиферативной активности рекомендовано ИГХ-исследование.

В августе 2022 года пациентка выписана в удовлетворительном состоянии для дальнейшего лечения и наблюдения по месту жительства. Пациентке рекомендовано КТ ОГК, ОМТ с в/в контрастированием, ИГХ-исследование послеоперационного материала, консультация онколога. *ИГХ анализ* выявил, что морфология и иммунофенотип опухоли наиболее соответствуют миоперицитоме мягких тканей забрюшинного пространства.

Контрольные обследования КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с контрастированием от 10.2022 г.: В забрюшинном пространстве, больше справа определяется больших размеров кистозно-солидное образование с большим количеством септ в структуре до 10,5×4,1×27,6 см. Нижним полюсом распространяется на область правого яичника. Солидный компонент и септы неинтенсивно, однородно накапливают контрастное вещество.

Заключение: Кистозно-солидное образование забрюшинного пространства, КТ-картина неспецифична, наиболее вероятно для цистаденомы правого яичника. В сравнении с данными КТ от 07.22 г. образование несколько уменьшилось в размерах.

МРТ органов малого таза с контрастированием от 10.2022 г.: В малом тазу справа по ходу подвздошных сосудов и забрюшинного пространства приблизительным размером 19×9,1×9,49 см, кистозное образование с множественными перегородками с интимным прилеганием к правому яичнику. Заключение: МРТ-признаки кистозного образования малого таза по ходу подвздошных сосудов и забрюшинно справа. Три месяца спустя после проведения биопсии отмечен продолжающийся рост опухоли. По неустановленным причинам пациентка не получила специального лечения.

В октябре 2022 года пациентка обратилась самостоятельно в Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии (КазНИИОиР). После проведения консультации мультидисциплинарной группы в рамках института было решено рекомендовать оперативное лечение. Пациентке было проведено оперативное лечение в условиях КазНИИОиР в объеме: Лапаротомия, удаление внеоргannого забрюшинного образования справа, дренирование брюшной полости.

Клинический диагноз на момент госпитализации: Внеоргannое забрюшинное образование подвздошной области справа.

Лечение:

В октябре 2022 г. произведена операция в объеме: Лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, удаление внеорганного забрюшинного образования подвздошной области, бокового канала справа, дренирование брюшной полости. Пациент поступил в операционную для выполнения лапаротомии и резекции забрюшинной опухоли. При ревизии брюшной полости отдаленных метастазов не выявлено, печень интактна.

Ход операции:

1. Осуществлена срединная лапаротомия длиной около 20 см для доступа к органам брюшной полости.

2. При дальнейшей ревизии выявлена кистозно-солидная опухоль подвздошной области, бокового канала справа, исходящая забрюшинно, размерами 12x15 см. Опухоль интимно прилежала к наружной подвздошной артерии и вене, а также аорте.

3. Проведена мобилизация опухоли в пределах здоровых тканей. Мобилизован правый фланг ободочной

кишки, аортокавальный промежуток, бифуркация аорты и подвздошные сосуды.

4. Подвздошные сосуды были скелетированы и взяты на турникеты для предотвращения кровотечения.

5. Острым путем и гармоническим скальпелем опухоль отделена от правой подвздошной артерии и вены.

6. После полной мобилизации опухоль была удалена из брюшной полости (рисунок 1).

7. Для контроля возможного кровотечения и обеспечения адекватного дренирования брюшная полость была дренирована двумя дренажами, один из которых был установлен в малый таз справа, другой – по правому боковому каналу.

8. Проведена тщательная ревизия операционного поля, гемостаз обеспечен.

9. Брюшная полость послойно ушита, наложены кожные швы.

Пациент переведен в палату интенсивной терапии для послеоперационного наблюдения.



Рисунок 1 – Послеоперационный образец удалённой забрюшинной опухоли

1-е сутки после операции. На момент осмотра: жалобы на общую слабость, боли в области послеоперационной раны. Общее состояние пациентки средней степени тяжести, соответствует срокам и объему перенесенной операции. Сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Живот мягкий, при пальпации – резко болезненный в области послеоперационной раны.

Status Localis: Послеоперационная рана чистая, без признаков воспаления, заживает первичным натяжением. Швы спокойные. По дренажу малого таза справа, правого бокового канала – 100 мл серозно-геморрагического отделяемого.

14-е сутки после операции. На момент осмотра: жалоб нет. Общее состояние пациентки удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые – чистые, обычной окраски. Живот мягкий, при пальпации безболезненный.

Status Localis: Послеоперационная рана чистая, без признаков воспаления, заживает первичным натяжением. Швы спокойные. Дренажи из правого бокового канала, малого таза справа удалены на 10 сутки после операции.

Результаты: В ноябре 2022 года пациентка была выписана из стационара под динамическое наблюдение с рекомендациями.

Основной диагноз: Внеорганное забрюшинное образование подвздошной области справа. СПО от 10.2022г. Лапаротомия, удаление внеорганного забрюшинного образования.

Состояние при выписке: На момент осмотра особых жалоб нет. Общее состояние пациентки удовлетворительное. Сознание – ясное. Кожные покровы и видимые слизистые – чистые, обычной окраски. Живот мягкий, при пальпации безболезненный.

Status Localis: Послеоперационная рана чистая, без признаков воспаления, заживает первичным натяжением. Швы сняты.

Микрофотография ткани, взятой из пораженной области, демонстрирует характерные веретенообразные клетки, формирующие периваскулярные розетки, а также показывающие положительную окраску на гладкомышечный актин (рисунок 2).

Микроскопическое исследование образца выявило наличие не инкапсулированной дольчатой опухоли,

содержащей множество сосудов различных размеров и форм. Вокруг этих сосудов наблюдается пролиферация клеток среднего размера с ограниченной цитоплазмой и веретенообразными ядрами. Отсутствие митотической активности и некрозов.

ИГХ исследование гистологических препаратов опухоли показало диффузную положительность для SMA (гладкомышечного актин-1), а также фокальную

положительность для Desmin в клетках опухоли. Уровень Ki-67 составил около 2%. На основании морфологической картины и иммунофенотипа был сделан вывод о соответствии опухоли миоперицитоме мягких тканей забрюшинного пространства, код МКБ-О: 8824/0 (рисунок 3).

Временная шкала клинического случая представлена в Таблице 1.

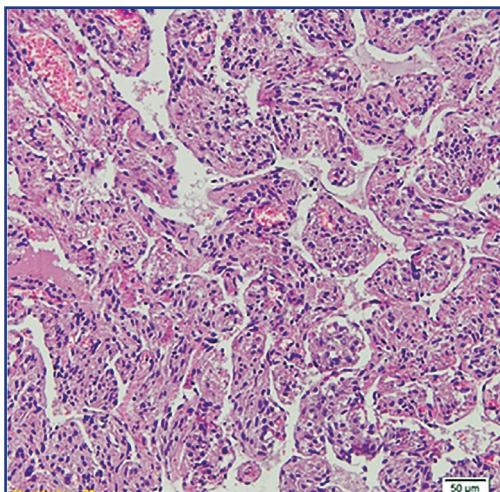


Рисунок 2 – Послеоперационное ИГХ исследование: очаговая позитивная реакция к HE. Увеличение $\times 20$, микроскоп OLYMPUS (Япония)

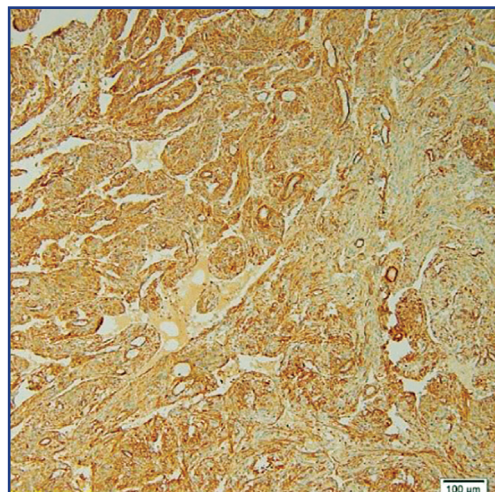


Рисунок 3 – Послеоперационное ИГХ исследование: очаговая позитивная реакция к кальдесмону. Увеличение $\times 10$, микроскоп OLYMPUS (Япония)

Таблица 1 – Временная шкала клинического случая миоперицитомы мягких тканей забрюшинного пространства

Дата	Тип обследования	Результаты	Изменения
02.2023	МРТ брюшной полости и забрюшинного пространства с контрастом	Состояние после оперативного лечения, по поводу удаление внеорганный забрюшинный образования	МРТ-признаки локальное скопление жидкости по ходу инфраренального отдела аорты слева (лимфогенная киста)
02.2023	КТ органов малого таза с контрастом	Стабильная картина	Нет изменений
05.2023	КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с контрастом	Состояние после удаления образования забрюшинного пространства	Кистозное образование парааортально слева, КТ признаки дифференцировать с лимфогенной кистой (в сравнении с КТ исследованием от 02.2023 уменьшение размера)
05.2023	КТ органов малого таза с контрастом	Стабильная картина	Нет изменений
09.2023	КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с контрастом	Состояние после удаления образования забрюшинного пространства	КТ-признаки диффузных изменений паренхимы печени. Хронический застойный холецистит.
01.2024	КТ органов малого таза с контрастом	Стабильная картина	Гиперплазия тела матки.
01.2024	КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с контрастом	Состояние после удаления образования забрюшинного пространства	без изменений по сравнению с предыдущими изображениями
04.2024	КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с контрастом	Состояние после удаления образования забрюшинного пространства	без изменений по сравнению с предыдущими изображениями.
04.2024	КТ органов малого таза с контрастом	Стабильная картина	Нет изменений

В течение первого года пациентка проходила контрольные обследования каждые 3 мес., в дальнейшем – 1 раз в год. Контрольные обследования не выявили изменений; стабильная картина. На текущий момент после проведения операции рецидив не выявлен.

Обсуждение: В нашем случае у пациентки была выявлена одна из крупных опухолей, описанных в литературе. Этот случай представляет собой редкую злокачественную миоперицитому мягких тканей забрюшинного пространства.

ИГХ играет важную роль в диагностике миоперицитомы мягких тканей забрюшинного пространства. Использование специфических антител в ИГХ-анализа позволяет

идентифицировать характерные маркеры опухоли, такие как гладкомышечный актин (SMA) и десмин, что помогает отличить миоперицитому от других новообразований. Роль ИГХ исследования заключается в следующем:

ИГХ исследование помогает точно определить тип новообразования, отличая миоперицитому от других опухолей мягких тканей.

Исследование определяет наличие специфических маркеров, характерных для миоперицитомы, что облегчает постановку диагноза и выбор подходящего лечения.

Результаты ИГХ исследования могут дать дополнительную информацию о степени агрессивности опухоли и потенциальном риске рецидива.

Таким образом, ИГХ исследование является важным диагностическим инструментом при миоперицитомах мягких тканей забрюшинного пространства и может существенно повлиять на тактику лечения и прогноз пациента [7].

Для лечения таких случаев обычно рекомендуется радикальное и обширное иссечение в сочетании с химиотерапией и адъювантной лучевой терапией [8]. Од-

нако, как правило, хирургическое иссечение является основным и зачастую единственным методом лечения миоперицитомы [9].

Пациентке была проведена экстирпация опухоли в забрюшинном пространстве. В течение последующих месяцев наблюдения рецидивы не были выявлены, и дополнительное лечение не потребовалось.

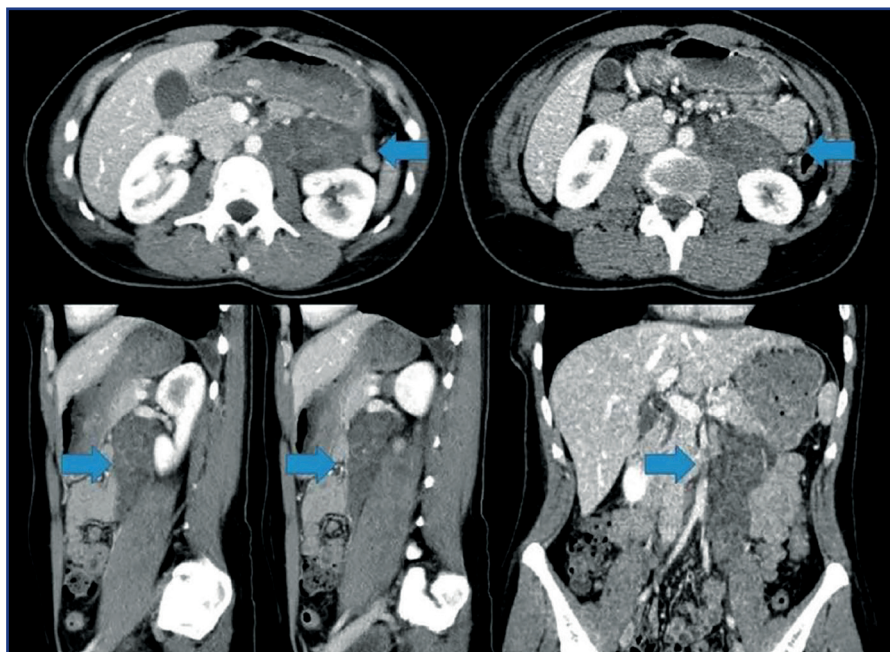


Рисунок 4 – КТ брюшной полости: образование в левой парааортальной области [17]

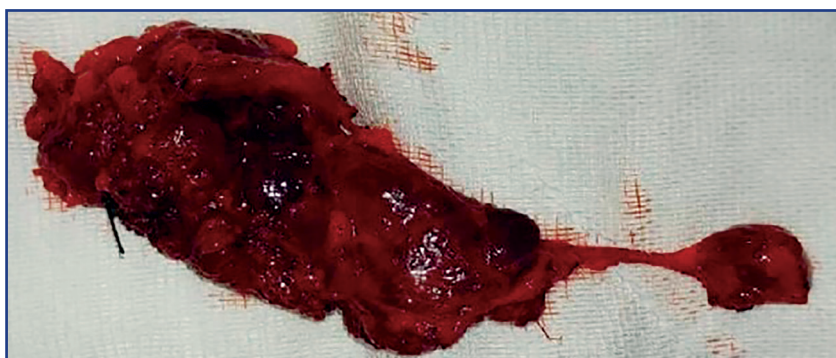


Рисунок 5 – Послеоперационный образец удалённой забрюшинной опухоли [17]

Анатомо-патологическая форма миоперицитомы остается объектом научных дискуссий, несмотря на то, что в последней классификации Всемирной организации здравоохранения эта опухоль была классифицирована как периваскулярная опухоль мягких тканей и костей [10].

Миоперицилома полости рта – редкое заболевание, в литературе описано лишь несколько случаев: три случая были зарегистрированы на языке [11], два – на слизистой оболочке щек [12] и два – на губах [13]. Пациенту с оральной миоперицитомой было выполнено иссечение пораженного участка. Дополнительное лечение не потребовалось, так как очаг поражения был полностью удален.

Миоперицилома может возникать у пациентов любого возраста в диапазоне от 10 до 87 лет [14], со средним возрастом появления около 49 лет [15]. Заболевание чаще встречается у мужчин [15]. Миоперицилома мочевого пузыря, хотя миоперицилома обычно поражает кожу и поверхностные мягкие ткани, в мочевом пузыре она

встречается крайне редко. Цистоскопические и патологические данные позволили сделать вывод, что опухоль является аналогом миоперицитомы мочевого пузыря [16].

Миоперицилома мягких тканей забрюшинного пространства является редким клиническим случаем. В ходе поиска в базе данных был описан только один клинический случай миоперицитомы забрюшинного пространства.

В Индийском журнале «Патология и микробиология» опубликована статья, посвященная случаю забрюшинной миоперицитомы. Результаты КТ брюшной полости не позволили установить специфичность для миоперицитомы, и предварительным диагнозом была забрюшинная саркома. КТ выявила новообразование размером примерно 6,5×3,3×10,2 см, локализованное в левой области парааорты (рисунок 4). Однако впоследствии ИГХ исследование подтвердило диагноз миоперицитомы. Было проведено открытое иссечение за-

брюшинной опухоли. Во время лапаротомии опухоль была тщательно удалена из области мочеточника, почечной артерии и аорты и иссечена единым блоком (рисунок 5). Послеоперационный период прошел без осложнений, и пациент был выписан на третий день после операции. В течение трех месяцев после вмешательства пациент находился под наблюдением; рецидивов или метастазов выявлено не было [17].

Наш исследование подтверждает, что миоперицитомы кожи и мягких тканей является редким заболеванием, которое чаще всего поражает взрослых пациентов. Хотя новообразование встречается в различных частях тела, наиболее распространенной локализацией являются нижние конечности.

Заключение: Миоперицитомы, хотя и классифицируются как доброкачественные опухоли, представляют серьезную проблему из-за их склонности к рецидивированию. Несмотря на медленный рост, они способны достигать значительных размеров и прорастать в окружающие структуры и органы. Следовательно, опыт и мастерство хирургов играют важную роль в обширности хирургического вмешательства для радикального удаления опухоли, что имеет важное значение для прогноза и качества жизни пациента. Радикальное хирургическое лечение при миоперицитоме особенно важно, поскольку позволяет не только полностью удалить новообразование, но и минимизировать риск рецидива, тем самым улучшая долгосрочные результаты и снижая необходимость в дополнительных терапевтических вмешательствах.

Список использованных источников:

- García Castro R., Domínguez Luis F., Santos-Briz Terrón A. *Miopericitoma mitóticamente activo* Mitotically Active Myopericytoma // *Actas Dermo-Sifiliográficas*. – 2021. – Vol. 112(1). – P. 59-60. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2019.02.032>
- Eubanks B.N., Hall J.R., Hall K.H., Buck Sh.P., Wohltmann W.E. *Malignant myopericytoma: Case report and review of the literature* // *Review J. Cutan. Pathol.* – 2023. – Vol. 50(1). – P. 39-42. <https://doi.org/10.1111/cup.14313>
- Phyu P. Aung, Lynne J. Goldberg, Meera Mahalingam, and Jag Bhawan. *Cutaneous Myopericytoma: A Report of 3 Cases and Review of the Literature* // *Dermatopathology (Basel)*-2015 Jan-Mar; -Vol 2(1): P. 9–14. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc>

- Morzycki A., Joukhadar N., Murphy A., Williams J. *Digital myopericytoma: a case report and systematic literature review* // *J. Hand Microsurg.* – 2017. – Vol. 9. – P. 32-36. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1601397>
- Provenzano D., Bianco S.L., Belfiore M., Buffone A., Cannizzaro M.A. *Foot soft tissue myopericytoma: Case-report and review* // *Int. J. Surg. Case Rep.* – 2017. – Vol. 9(41). – P. 377-382. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2017.10.061>
- Hsueh Y.H., Cheng Ch.Y. *The histopathological and ultrasonographic features of myopericytoma* // *Med. Ultrason.* – 2022. – Vol. 24(2). – P. 249-250. <http://dx.doi.org/10.11152/mu-3631>
- Kim J.W., Kwon H.J., Kim M.J., Huh C.H. *Two Cases of Cutaneous Myopericytoma: A Rare Perivascular Tumor with Distinct Histologic and Immunohistochemical Features* // *Ann. Dermatol.* – 2023. – Vol. 35(Suppl 2). – P. 361-363. <https://doi.org/10.5021%2Fad.21.188>
- Riley T., Shenjere P., Jain A., Sundera Sh. *Renal myopericytoma: A case report and literature review* // *Urol. Case Rep.* – 2021. – Vol. 35. – Art. no. 101537. <https://doi.org/10.1016/j.eurc.2020.101537>
- Cockburn C.J.K., Crene E.J.D., Cockburn W.J. *Pre-tibial myopericytoma: a case report* // *J. Surg. Case Rep.* – 2022. – Vol. 2022. – P. 2. <https://doi.org/10.1093/jscr/rjac021>
- Sbaraglia M., Bellan E., Dei Tos A.P. *The 2020 WHO Classification of Soft Tissue Tumors: news and perspectives* // *Pathologica*. – 2021. – Vol. 113(2). – P. 70-84. <https://doi.org/10.32074/1591-951X-213>
- Porat Ben Amy D., Yaffe V., Kawar R., Akrish Sh., Abu El-Naaj I. *Oral myopericytoma: a rare pediatric case report and a review of the literature* // *BMC Oral Health*. – 2021. – Vol. 21. – P. 176. <https://doi.org/10.1186/s12903-021-01534-y>
- Ju W.T., Zhao T.Ch., Liu Y., Dong M.J., Wang L.Z., Li J., Tan Y.R., Zhong L.P. *Clinical and pathologic analysis of myopericytoma in the oral and maxillofacial region* // *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol.* – 2019. – P. 128(4). – P. 393-399. <https://doi.org/10.1016/j.oool.2019.06.004>
- Vasenwala S.M., Afroz N., Ansari H.A., Khan A.H., Basari R., Rehman S. *Myopericytoma of lip: a rare lesion in an unusual location* // *Indian J. Pathol. Microbiol.* – 2015. – Vol. 58(2). – P. 211. <https://journals.lww.com/ijpm/fulltext/2015/58020/>
- Wei Ping Tan M., You Wei Tay A., Yin Tang P., Yik Chew Kh., Meng Nicholas Yeo E. *Myopericytoma: A Review of Twenty-Three Cases Over Twelve Years and a Case Report of a Rare Neoplasm* // *Review Am J. Dermatopathol.* – 2022. – Vol. 44(9). – P. 623-631. <https://doi.org/10.1097/DAD.0000000000002130>
- Boix-Vilanova J., Del Pozo Hernandez L.J., Lara R., Corral-Magaña O. *Distal digital myopericytoma: a dermoscopic case study* // *Actas Dermosifiliogr.* – 2020. – Vol. 111. – P. 338-341. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.09.015>
- Nagai T., Kamimura T., Itou K., Fujii M., Tsukino H., Mukai S., Akiyama Y., Kataoka H., Kamoto T. *Myopericytoma in urinary bladder: a case report* // *J. Med. Case Rep.* – 2017. – Vol. 11(1). – P. 46. <https://doi.org/10.1186/s13256-017-1226-2>
- Serkan Ozkent M., Günler T., Gönen M. *A retroperitoneal myopericytoma: The first case located at the retroperitoneal area and not originates from the kidneys. Case Reports* // *Indian J. Pathol. Microbiol.* – 2023. – Vol. 66(2). – P. 369-371. https://doi.org/10.4103/ijpm.ijpm_403_21

АНДАТПА

27 ЖАСТАҒЫ ҚЫЗДА РЕТРОПЕРИТОНЕАЛЬДІ КЕҢІСТІКТЕГІ ЖҰМСАҚ ТІНДЕРДІҢ СІРЕК КЕЗДЕСЕТІН ІСІГІ: КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙ

Г.А. Серікбаев¹, А.К. Құрманалиев¹, Ж.У. Пысанова¹, Р.Е. Қадырбаева¹, Ж.К. Маюкова^{1,2}, А.Т. Әділханова^{1,2}

¹«Қазақ онкология және радиология ғылыми-зерттеу институты» АҚ, Алматы, Қазақстан Республикасы;
²«С.Ж. Асфендияров атындағы қазақ ұлттық медицина университеті» КеАҚ, Алматы, Қазақстан Республикасы

Өзектілігі: Миоперицитомы – бұл миоперициттің көбеюімен сипатталатын жұмсақ тіндердің ісігі. Ісік теріде және жұмсақ тіндерде орналасқан миоперицит жасушалардан пайда болады. Әдетте бұл ісік қатерсіз, бірақ сирек жағдайларда қатерлі болуы мүмкін. Миоперицитомы сирек кездесетін ісік, сондықтан әлемде таралуы туралы нақты деректер шектеулі. Мақалада ретроперитонеальді кеңістіктегі миоперицитоманың клиникалық жағдайы және эпидемиология Мен клиникалық сипаттамаларды талдау үшін әдебиетте сипатталған жағдайларға шолу берілген. Миоперицитоманың жаһандық таралуы туралы нақты деректер аурудың сирек кездесетіндігіне және диагностиканың қиындықтарына байланысты жоқ. Осылайша, миоперицитоманы зерттеу айтарлықтай өзектілікке ие, өйткені бұл сирек кездесетін жұмсақ тіндердің ісігін жақсы түсінуге және басқаруға, сондай-ақ пациенттердің өмір сүру сапасын жақсартуға ықпал етеді.

Зерттеудің мақсаты – 27 жастағы науқаста ретроперитонеальді кеңістіктегі жұмсақ тіндердің миоперицитомасының клиникалық жағдайын сипаттаңыз.

Әдістері: Ретроперитонеальді кеңістіктегі жұмсақ тіндердің миоперицитомасының клиникалық жағдайы сипатталған. PubMed, Cochrane Library, eLIBRARY, CyberLeninka және Google Scholar электронды дерекқорларындағы миоперицитоманың 50 клиникалық жағдайы, соның ішінде клиникалық тексеру нәтижелері, СТ және MRI сияқты аспаптық диагностикалық деректер және биопсиялық материалды гистопатологиялық зерттеу зерттелді.

Нәтижелері: 27 жастағы қыз клиникаға іштің төменгі бөлігіндегі қысымды сипаттағы ауырсынуды туралы шағымдармен жүгінді. Компьютерлік томография (СТ) және магнитті-резонанстық томография (MRI) нәтижелерін қоса алғанда, кешенді тексеру жүргізілінен кейін ретроперитонеальді кеңістіктегі жұмсақ тіндердің миоперицитомасы анықталды. Әрі қарай ретроперитонеальді кеңістіктің

жұмсақ тіндерінің биопсиясы жасалды, миоперицитома диагнозы расталды. Науқас ісікті хирургиялық жолмен алып тастаудан өтті.

Қорытынды: Миоперицитомалар қатерсіз ісіктер ретінде жіктелгенімен, олардың қайталану үрдісіне байланысты күрделі мәселе болып табылады. Баяу өсуіне қарамастан, олар айтарлықтай мөлшерге жетіп, қоршаған құрылымдар мен мүшелерге өсе алады. Демек, хирургтардың тәжірибесі мен шеберлігі ісікті түбегейлі жою үшін хирургиялық араласудың кеңдігінде маңызды рөл атқарады, бұл пациенттің болжамы мен өмір сапасы үшін өте маңызды. Миоперицитомаға арналған радикалды хирургиялық емдеу әсіресе маңызды, өйткені ол неоплазманы толығымен алып тастауға ғана емес, сонымен қатар қайталану қаупін азайтуға мүмкіндік береді, осылайша ұзақ мерзімді нәтижелерді жақсартады және қосымша терапевтік араласулардың қажеттілігін азайтады.

Түйінді сөздер: жұмсақ тіндердің миоперицитомасы, клиникалық зерттеу, қатерсіз ісік, ретроперитонеальді кеңістіктің миоперицитомасы.

ABSTRACT

A RARE RETROPERITONEAL SOFT TISSUE NEOPLASM IN A 27-YEAR-OLD FEMALE: A CLINICAL CASE

G.A. Serikbaev¹, A.K. Kurmanaliev¹, Z.U. Pysanova¹, R.E. Kadyrbaeva¹, Zh.K. Mayukova^{1,2}, A.T. Adilkhanova^{1,2}

¹«Kazakh Institute of Oncology and Radiology» JSC, Almaty, the Republic of Kazakhstan;

²«Asfendiyarov Kazakh National Medical University» NPJSC, Almaty, the Republic of Kazakhstan

Relevance: Myopericytoma is a soft tissue tumor characterized by the proliferation of myopericytes. The tumor originates from myoid cells localized in the skin and soft tissues. Usually, this tumor is benign, but in rare cases, it can be malignant. Myopericytoma is a rare neoplasm, so specific data on its prevalence around the world are limited. The article presents a clinical case of retroperitoneal myopericytoma and a review of the cases described in the literature to analyze the epidemiology and clinical characteristics. Accurate data on the global prevalence of myopericytoma are not available due to the rarity of the disease and the difficulties of diagnosis. Thus, the study of myopericytoma has significant relevance, as it contributes to a better understanding and management of this rare soft tissue tumor and improves patients' quality of life.

The study aimed to describe a clinical case of retroperitoneal soft tissue myopericytoma in a 27-year-old patient.

Methods: The authors present a clinical case of retroperitoneal soft tissue myopericytoma. The descriptions of the other 50 clinical cases of myopericytoma were found in the PubMed, Cochrane Library, eLibrary, CyberLeninka, and Google Scholar electronic databases, including the results of clinical examination, computed tomography (CT) and magnetic resonance imaging (MRI), and histopathological examination of biopsy material.

Results: A 27-year-old girl went to the clinic complaining of pressure pains in the lower abdomen. A formation in the retroperitoneal space was revealed after a comprehensive examination, including CT and MRI. Further, soft tissue biopsies of the retroperitoneal space were performed, and the diagnosis of myopericytoma was confirmed. The patient was successfully surgically removed from the tumor.

Conclusion: Myopericytomas, although classified as benign tumors, pose a serious problem due to their tendency to relapse. Despite their slow growth, they can reach significant sizes and grow into surrounding structures and organs. Consequently, the experience and skill of surgeons play an important role in the vastness of surgical intervention for radical tumor removal, which is important for the patient's prognosis and quality of life. Radical surgical treatment for myopericytoma is especially important because it allows the complete removal of the neoplasm and minimizes the risk of recurrence, thereby improving long-term results and reducing the need for additional therapeutic interventions.

Keywords: soft tissue myopericytoma, clinical study, benign tumor, retroperitoneal myopericytoma.

Прозрачность исследования: Авторы несут полную ответственность за содержание данной статьи.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование: Авторы заявляют об отсутствии финансирования исследования.

Вклад авторов: вклад в концепцию – Серикбаев Г.А.; научный дизайн – Пысанова Ж.У.; исполнение заявленного научного исследования – Курманалиев А.К.; интерпретация заявленного научного исследования – Кадырбаева Р.Е.; создание научной статьи – Маюкова Ж.К., Адилханова А.Т.

Сведения об авторах:

Серикбаев Г.А. – к.м.н., руководитель центра опухолей костей, мягких тканей и меланом, АО «Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии», тел. +77017329992, e-mail: ganiserikbaev@mail.ru, ORCID ID: 0000-0003-1380-7949;

Курманалиев А.К. (корреспондирующий автор) – врач центра опухолей костей, мягких тканей и меланом АО «Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии», Алматы, Республика Казахстан, тел. +77079755525, e-mail: al-farabinii@mail.ru, ORCID ID: 0000-0001-8939-2730;

Пысанова Ж.У. – врач Центра опухолей костей мягких тканей и меланом АО «Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии», Алматы, Республика Казахстан, тел. +77016622249, e-mail: Zhanna_88@mail.ru, ORCID ID: 0000-0002-4376-1040;

Кадырбаева Р.Е. – онколог-химиотерапевт, АО «Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии», Алматы, Республика Казахстан, тел. +77074023344, e-mail: rabiga-92@mail.ru, ORCID ID: 0000-0001-8254-8575;

Маюкова Ж.К. – АО «Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии», резидент-онколог НАО «Казахский Национальный Медицинский Университет им. С.Д. Асфендиярова», Алматы, Республика Казахстан, тел. +77769126658, e-mail: mayukova.zhanara@icloud.com, ORCID ID: 0009-0009-6458-0802;

Адилханова А.Т. – АО «Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии», резидент-онколог НАО «Казахский Национальный Медицинский Университет им. С.Д. Асфендиярова», Алматы, Республика Казахстан, тел. +77470839331, e-mail: adina9331@mail.ru, ORCID ID: 0009-0008-7782-8443.

Адрес для корреспонденции: Курманалиев А.К., АО «Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии», пр-т Абая 91, Алматы, 050022, Республика Казахстан.