

## Рецидив серозной карциномы правой маточной трубы, вовлекающий купол слепой кишки и прямую кишку

© А.И. ЮРКОВСКАЯ, Ю.А. СТЕПАНОВА, Д.В. КАЛИНИН, И.А. КОЗЛОВ

Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А.В. Вишневского, ул. Большая Серпуховская, д. 27, Москва, 117997, Российская Федерация

*Рак маточной трубы - редкое и трудно поддающееся лечению заболевание. Оно часто протекает под маской рака эпителия яичников или первичными карциномами яичников и брюшины. Большинство рецидивов при этих опухолях наблюдается в малом тазу. Экстрапельвиальные рецидивы и метастазы в другие органы довольно необычны. Основой лечения является хирургическая циторедукция и химиотерапия на основе платины.*

*Представляем редкое и интересное клиническое наблюдение рецидива серозной карциномы правой маточной трубы высокой степени злокачественности, вовлекающей купол слепой кишки и прямую кишку у пациентки 65 лет. Продемонстрирован выбор тактики хирургического лечения в данном клиническом случае, позволившей получить результат выживаемости – 62 мес.*

**Ключевые слова:** РМТ (рак маточной трубы); рецидив серозной карциномы правой маточной трубы, хирургическое лечение

## Recurrent Serous Carcinoma of the Right Fallopian Tube Involving the Dome of Cecum and Rectum

© A.I. YURKOVSKAYA, YU.A. STEPANOVA, D.V. KALININ, I.A. KOZLOV

A.V. Vishnevsky National Medical Research Center of Surgery, Moscow, Russian Federation

*Cancer of the fallopian tube is a rare and difficult condition to be treated. It is often clinically simulated by ovarian epithelial cancer or primary ovarian and peritoneal carcinomas. Most of relapses in these tumors are observed in the small pelvis. Extrapelvic relapses and metastases to other organs are rather uncommon. Surgical cytoreduction and platinum-based chemotherapy are the mainstay of treatment.*

*The authors present a rare and noteworthy clinical case of recurrence of high-grade serous carcinoma of the right fallopian tube involving the caecum dome and rectum in a 65-year-old female patient. There was demonstrated the choice of surgical treatment tactics in this clinical case that allowed obtaining a 62-month survival result.*

**Keywords:** RMT (fallopian tube cancer); recurrent serous carcinoma of the right fallopian tube; surgical treatment

Рак яичников (РЯ), маточной трубы и первичный рак брюшины - группа злокачественных опухолей, исходящая из эпителия соответствующих органов. Рак маточной трубы (РМТ) – редкая патология, встречающаяся приблизительно в 0,11–1,18% случаев среди других онкогинекологических заболеваний [1, 2]. В соответствии с презентацией, сделанной Doran на заседании Манчестерского патологического общества в 1896 г. РМТ был впервые описан Ranmond в 1847 г. Это наблюдение было зарегистрировано в неопубликованной рукописи, которая хранится в библиотеке Королевского хирургического колледжа в Лондоне [3]. В 1888 г. E.G. Ортманн впервые опубликовал собственные данные, касающиеся зарегистрированного наблюдения первичной карциномы маточной трубы [4]. С тех пор в литературе было зарегистрировано более 2000 случаев [5].

Считается, что РМТ диагностируется в 150 раз реже, чем рак яичников [3]. У 10% больных раком яичников, РМТ развитие заболевания связано с наличием известных наследственных синдромов. Наиболее распространённый – синдром наследования рака молочной железы и яичников, связанный с мутациями генов BRCA [6].

В структуре онкологических заболеваний среди женского населения России РМТ занимает 9-е место, что соответствовало 4,2% в 2018 г. «Грубый» показатель заболеваемости РМТ в России в 2018 г. составил 18,19 на 100 тысяч женского населения, что в абсолютном выражении составило 14 318 новых случаев заболевания. Средний возраст женщин на момент установления диагноза – 59,3 года. Стандартизированный по возрасту показатель заболеваемости РМТ, РЯ составил 11,14 случаев на 100 тысяч женского населения. Прирост показателя заболеваемости РЯ за предшествующие 10 лет (с 2008 г.) составил 4,66% [7].

Редкость патологии обуславливает трудности верификации и стандартизации тактики терапии трубной карциномы. Предоперационная диагностика РМТ крайне малоинформативная (составляет всего 10%) [3].

РМТ часто предоперационно ошибочно диагностируется как рак яичника. Точный диагноз и дифференциация РМТ от поражения, которое распространяется из ипсилатерального яичника прямым путем или из контралатерального яичника чрезполостным путем, важны для мониторинга тенденций заболеваемости, для лучшей характеристики прогностических особенностей и, возможно, для улучшения управления. Кри-

терии для установления диагноза первичного PMT, впервые были предложены С.У. Ну с соавт. в 1950 г. [8], позже модифицированы А. Sedlis в 1978 г. [9]. PMT диагностируется, если: основная опухоль находится в маточной трубе и возникает из эндосальпинкса; гистологическая картина воспроизводит эпителий слизистой оболочки маточных труб; должен быть продемонстрирован переход от доброкачественного к злокачественному трубному эпителию, а яичники и эндометрий либо нормальные, либо имеют значительно меньший объем опухоли, чем объем трубы.

Увеличение за последнее время числа опубликованных наблюдений PMT объясняется не только онкологической настроенностью, но и повышением уровня знаний симптоматики, расширением диагностических методов и их возможностей, а также внедрением иммуногистохимических методов исследования [10]. Поэтому изучение особенностей редких опухолей женской репродуктивной системы является актуальным для расширения клинического опыта хирурга и врача любой специальности.

#### *Клиническое наблюдение*

В июле 2015 г. в отделение хирургии печени и поджелудочной железы НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского обратилась больная, 65 лет с жалобами на поносы через 15 мин. после еды до 5-6 раз в сутки, учащенное мочеиспускание с примесью слизи, выделение прозрачной жидкости из влагалища.

Анамнез. Экстирпация матки с придатками, резекция большого сальника 01.12.2014 г. (Владимирский областной онкодиспансер). По результатам гистологического исследования: низкодифференцированная аденокарцинома правой маточной трубы T<sub>4</sub>N<sub>1</sub>M<sub>0</sub>.

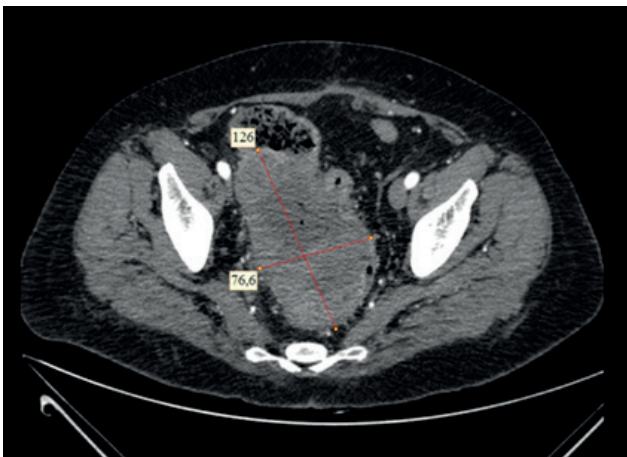


Рис. 1. МСКТ-изображение образования сигмовидной кишки (указано метками). Небольшое количество жидкости в малом тазу.

Fig. 1. MSCT image of the formation of the sigmoid colon (indicated by labels). A small amount of fluid in the pelvis.

При колоноскопии амбулаторно (20.06.2015 г.): опухоль ректосигмоидного отдела ободочной кишки (на 20-22 см), в проксимальных отделах кишки изменений не выявлено. По результатам гистологического исследования: низкодифференцированная аденокарцинома ободочной кишки.

Для дообследования и хирургического лечения пациентка было направлена в НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского.

Мультиспиральная компьютерная томография органов брюшной полости и малого таза.

В плевральных полостях и брюшной полости жидкости не выявлено. Печень в размерах не увеличена (20x12x14 см), контуры печени четкие. Усредненные показатели плотности паренхимы печени 58 ед. Н, сосудистый рисунок дифференцируется. Внутрипеченочные протоки не расширены. Холедох не расширен, прослеживается до уровня большого дуоденального сосочка. Желчный пузырь удален. В ложе пузыря жидкости нет.

Поджелудочная железа не увеличена: головка – 32 мм, тело – 16 мм, хвост – 19 мм. ГПП не расширен. При контрастировании плотность паренхимы равномерно повышается. Парапанкреатическая клетчатка не изменена. Парапанкреатические лимфатические узлы не увеличены.

Воротная вена определяется диаметром 12 мм, левая ветвь – 10 мм, правая ветвь – 8 мм, нижняя полая вена (D=30 мм) и печеночные вены контрастируются обычно. Селезеночная вена определяется диаметром 7 мм. Правая печеночная артерия отходит от верхнебрыжечной.



Рис. 2. Макропрепарат. Удаленная треть правой поперечной ободочной кишки, нижняя треть сигмовидной кишки, слепая кишка, часть задней стенки влагалища (стрелкой показана опухоль, прорастающая в сигмовидную кишку с частичным распространением на ректо-сигмоидный переход, размером 10x8 см).

Fig. 2. Macropreparation. Removed third of the right transverse colon, lower third of the sigmoid colon, caecum, part of the posterior vaginal wall (arrow shows a tumor growing into the sigmoid colon with partial spread to the recto-sigmoid junction, size 10x8 cm).

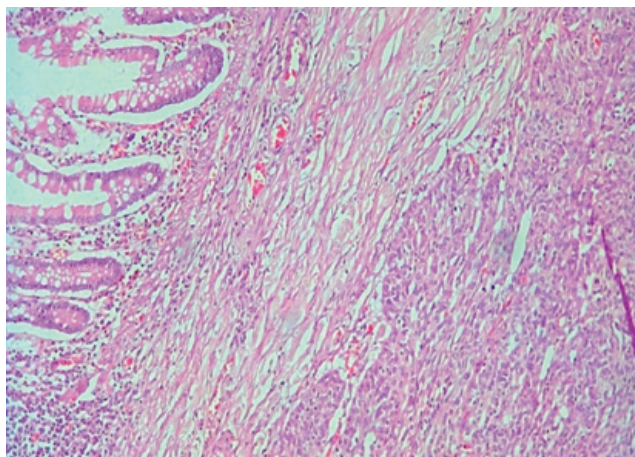


Рис. 3. Структуры серозной карциномы высокой степени злокачественности в стенке толстой кишки. Окраска гематоксилином и эозином. Увеличение  $\times 100$ .

Fig. 3. Structures of high-grade serous carcinoma in the colon wall. Stained with hematoxylin and eosin. Magnification  $\times 100$ .

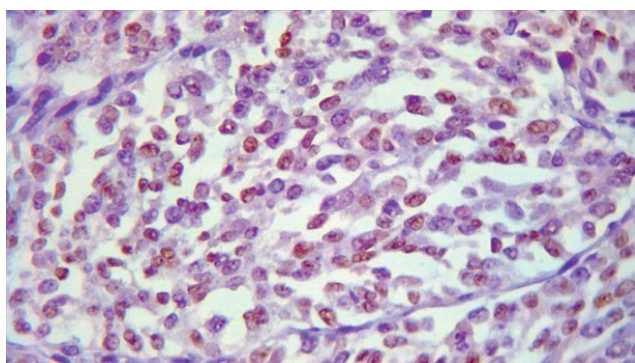


Рис. 5. Иммуногистохимическое исследование. Ядерная экспрессия Estrogen в клетках опухоли. Увеличение  $\times 400$ .

Fig. 5. Immunohistochemical study. Nuclear expression of Estrogen in tumor cells. Magnification  $\times 400$ .

Селезенка не увеличена, определяется размерами  $9 \times 3,8 \times 7$  см. Усредненные денситометрические показатели селезенки 43 ед. Н.

Положение, форма и размеры надпочечников не изменены. Правый надпочечник: латеральная ножка - 3 мм, медиальная - 2 мм, тело - 4 мм. Левый надпочечник: медиальная ножка - 2 мм, латеральная - 3 мм, тело - 4 мм. Объемные образования в проекции надпочечников не определяются.

Почки обычно расположены. Форма и размеры почек не изменены, плотностные показатели в пределах нормы. При контрастировании равномерно повышают плотность, корковый слой прослеживается на всем протяжении. Лоханки не увеличены, выделительная функция своевременная с обеих сторон. Конкрементов не выявлено. Паранефральная клетчатка не изменена.

В малом тазу, в проекции сигмовидной кишки с частичным распространением на ректо-сигмоидный переход, определяется крупное многоузловое образование, размерами  $13 \times 8$  см. В структуре образования

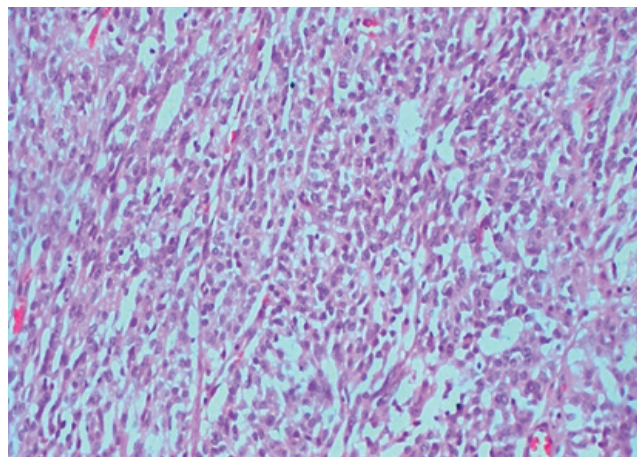


Рис. 4. В области опухолевого узла представлена опухоль солидного строения из относительно мономорфных клеток. Окраска гематоксилином и эозином. Увеличение  $\times 200$ .

Fig. 4. In the area of the tumor node, a solid structure of relatively monomorphic cells is presented. Stained with hematoxylin and eosin. Magnification  $\times 200$ .

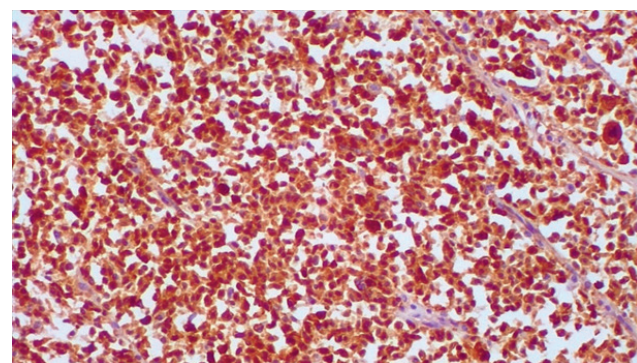


Рис. 6. Иммуногистохимическое исследование. Цитоплазматическая экспрессия СК7 в клетках опухоли. Увеличение  $\times 200$ .

Fig. 6. Immunohistochemical study. Cytoplasmic expression of SC7 in tumor cells. Magnification  $\times 200$ .

прослеживаются жидкостные полости с наличием воздуха (рис. 1). При контрастировании образование неравномерно повышает плотность. По контуру образования определяется небольшое количество жидкости. Нижний полюс образования на уровне мочевого пузыря, верхний - на уровне верхних крестцовых позвонков. Клетчатка вокруг образования тяжиста с наличием увеличенных до 19 мм лимфатических узлов. Подвздошные сосуды интактны. Матка удалена, яичники не определяются. Мочевой пузырь спавшийся, содержимое однородно. Мочеточники интактны.

Патологических очагов со стороны костей скелета не выявлено.

Выполнено оперативное вмешательство (16.07.2015 г.): Комбинированная передняя резекция прямой кишки с резекцией сигмовидной кишки, правосторонней гемиколэктомией, резекцией задней стенки влагалища, наложение илеотрансверзоанастомоза, концевая сигмостомия.

Восходящая, поперечная и нисходящая ободочная кишки не изменены. Большой сальник отсутству-

ет. Матка и придатки матки отсутствуют (в анамнезе: экстирпация матки с придатками). Париеальная брюшина чистая, без признаков метастазирования.

В области дистальной трети сигмовидной кишки, ректосигмоидного перехода определяется опухолевый конгломерат, который распространяется и выполняет апертуру малого таза, размерами 15x9 см. Опухолевый конгломерат плотно прилежит к передней стенке мочевого пузыря. Медиальная стенка слепой кишки вовлечена в опухолевый конгломерат на протяжении до 8 см, что обуславливает образование внутреннего сигмослепокишечного свища, вероятно, вследствие распада опухоли.

Подвздошные сосуды слева и левый мочеточник опухолевой конгломерат не прорастает, ниже уровня промонториума сзади отделен от крестцовой фасции.

Произведено лигирование и пересечение правой толстокишечной и подвздошно-ободочной артерий у устья. Мобилизована и скелетирована слепая, восходящая и правая треть поперечной ободочной кишки (в объеме правосторонней гемиколэктомии) с сохранением средних ободочных сосудов. Подвздошная кишка пересечена в 15 см от илеоцекального угла, а поперечная ободочная кишка – на границе ее средней и правой третей с использованием аппарата GIA-50. Визуализирован правый мочеточник до опухолевого конгломерата, к которому плотно фиксирована слепая кишка.

Перевязана и пересечена нижняя брыжеечная артерия у устья. Рассечен внутренний листок париетальной брюшины брыжейки и скелетирована сигмовидная кишка. На зажимах пересечена и перевязана брыжейка сигмовидной кишки с лигированием сигмовидных артерий. Острым путем опухолевый конгломерат книзу и сзади отделен от крестцовой фасции. Мобилизация продолжена в дистальном направлении со скелетизацией прямой кишки. Произведена мобилизация верхне- и нижеампулярной части прямой кишки. Выявлено, что опухоль инфильтрирует переднюю и правую стенки верхнеампулярной частей прямой кишки. При мобилизации опухолевого конгломерата спереди иссечена часть задней стенки влагалища, размерами до 4x3 см, которая прорастена опухолью.

Мобилизация прямой кишки дополнена пересечением и лигированием ее боковых связок и иссечением мезоректум до уровня предполагаемого пересечения.

Культи прямой кишки ушита открытым способом двухрядным непрерывным швом (1 ряд - через все слои, 2 ряд – серозомышечным швом) (викрил 3/0). Дефект задней стенки влагалища ушит двухрядным непрерывным швом (викрил 3/0).

Ряд механических швов на культе поперечной ободочной кишки перитонизирован непрерывным швом (ти-крон 3/0). Сформирован илеотрансверзоанастомоз «конец в бок» двухрядным непрерывным швом (1-ый ряд – викрил 3/0, 2-ой ряд – ти-крон 3/0), ширина анастомоза – 2 см.

Округлым разрезом иссечена кожа в левой подвздошной области (диаметром до 3 см). Брюшина фиксирована к коже по периметру разреза узловыми швами (викрил 3/0). В рану выведен проксимальный конец пересеченной сигмовидной кишки. Свободными концами наложенных нитей сигмовидная кишка по периметру фиксирована к коже.

Длительность операции составила 320 мин., кровопотеря 350 мл. Анестезиологическое пособие без особенностей.

Гистологическое исследование. В проекции купола слепой кишки и прямой кишки – морфологическая картина рецидива серозной карциномы высокой степени злокачественности правой маточной трубы в виде узла, размерами 10x8 см, вовлекающего купол слепой кишки и прямую кишку (рис. 2).

Принимая во внимание аналогичное гистологическое строение первичной опухоли (при пересмотре гистологических препаратов первичной опухоли №30563/14 и гистологических препаратов биопсии из купола слепой кишки №38066-68/15) (рис. 3) и опухолевого узла в проекции купола слепой кишки и прямой кишки – морфологическая картина рецидива серозной карциномы высокой степени злокачественности правой маточной трубы (рис. 4) в виде узла 10x8 см, вовлекающего купол слепой кишки и прямую кишку.

Иммуногистохимическое исследование. Клетки опухоли обнаруживают экспрессию: Cytokeratin 7 (клон OV-TL 12/30, Cell Marque) - выраженную мембранно-цитоплазматическую; Wilms' Tumor (клон WT49, Leica Biosystems) - диффузную ядерную; Estrogen receptor (клон SP1, Cell Marque) - диффузную ядерную (рис. 5); Ki67 (клон SP6, Cell Marque) - ядерную в 75% клеток опухоли.

Клетки опухоли негативны к Progesterone receptor (клон Y85, Cell Marque);

Synaptophysin (клон MRQ-40, Cell Marque); Chromogranin A (клон DAK-A3, DAKO); CD56 (клон

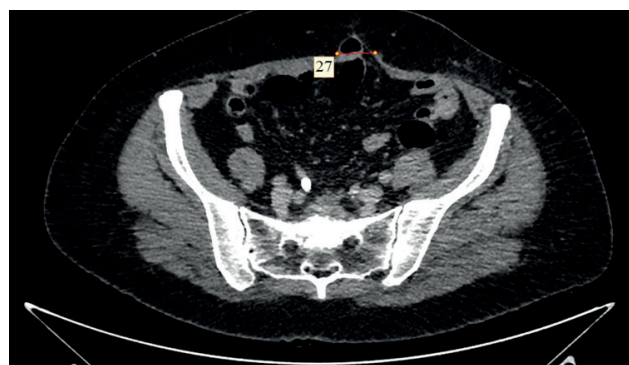


Рис. 7. МСКТ-изображение грыжевого выпячивания в области послеоперационного рубца, тотчас ниже пупка (указано метками), содержимое грыжевого мешка - петля тонкой кишки.

Fig. 7. MSCT-image of a hernial protrusion in the area of the postoperative scar, immediately below the navel (indicated by labels), the contents of the hernial SAC - a loop of the small intestine.

Таблица 1. Система стадирования рака яичников по TNM (8-е издание, 2017) и FIGO (7-е издание, 2014) [14]

Table 1. Ovarian cancer staging system by TNM (8th edition, 2017) and FIGO (7th edition, 2014) [14]

TNM	FIGO	Стадирование / Staging
T <sub>x</sub>	-	Недостаточно данных для оценки первичной опухоли / There is not enough data to assess the primary tumor
T <sub>0</sub>	-	Первичная опухоль не определяется / Primary tumor is not detected
T <sub>1</sub>	I	Опухоль ограничена яичниками / The tumor is limited to the ovaries
T <sub>1a</sub>	IA	Опухоль ограничена одним яичником, капсула не повреждена, нет опухолевых разрастаний на поверхности яичника, нет злокачественных клеток в асцитической жидкости или смывах из брюшной полости / The tumor is limited to one ovary, the capsule is not damaged, there are no tumor growths on the surface of the ovary, there are no malignant cells in the ascitic fluid or flushes from the abdominal cavity
T <sub>1b</sub>	IB	Опухоль ограничена двумя яичниками, их капсулы не повреждены, нет опухолевых разрастаний на поверхности яичников, нет злокачественных клеток в асцитической жидкости или смывах из брюшной полости / The tumor is limited to two ovaries, their capsules are not damaged, non-tumor growths on the surface of the ovaries, there are no malignant cells in the ascitic fluid or flushes from the abdominal cavity
T <sub>1c</sub>	IC	Опухоль ограничена одним или двумя яичниками и сочетается с любым из следующих факторов: разрыв капсулы, наличие опухолевых разрастаний на поверхности яичников, наличие злокачественных клеток в асцитической жидкости или смывах из брюшной полости / Tumor limited to one or two ovaries and combined with any of the following factors: rupture of the capsule, presence of tumor growths on the ovarian surface, malignant cells in ascites or washings from the abdominal cavity
T <sub>2</sub>	II	Опухоль поражает один или два яичника с распространением на малый таз / The tumor affects one or two ovaries and spreads to the pelvis
T <sub>2a</sub>	IIA	Врастание и/или метастазирование в матку и / или в одну или обе маточные трубы, нет злокачественных клеток в асцитической жидкости или смывах из брюшной полости / Ingrowth and / or metastasis to the uterus and / or one or both fallopian tubes, no malignant cells in ascitic fluid or abdominal flushes
T <sub>2b</sub>	IIB	Распространение на другие ткани таза, нет злокачественных клеток в асцитической жидкости или смывах из брюшной полости / Spread to other pelvic tissues, absence of malignant cells in ascitic fluid or flushes to the abdominal cavity
T <sub>2c</sub>	IIC	Распространение в пределах таза с наличием злокачественных клеток в асцитической жидкости или смывах из брюшной полости / Spread within the pelvis with the presence of malignant cells in ascitic fluid or flushes from the abdominal cavity
T <sub>3</sub> и/или N <sub>1</sub>	III	Опухоль поражает один или оба яичника с гистологически подтвержденными внутрибрюшинными метастазами за пределами таза и/или метастазами в регионарных лимфатических узлах / The tumor affects one or both ovaries with histologically confirmed intraperitoneal metastases outside the pelvis and / or metastases in regional lymph nodes
T <sub>3a</sub>	IIIA	Микроскопические гистологически подтвержденные внутрибрюшинные метастазы за пределами таза / Microscopic histologically confirmed intraperitoneal metastases outside the pelvis
T <sub>3b</sub>	IIIB	Макроскопические внутрибрюшинные метастазы за пределами таза ≤20 мм в наибольшем измерении / Macroscopic intraperitoneal metastases outside the pelvis ≤20 mm in the largest dimension
T <sub>3</sub> и/или N <sub>1</sub>	IIIC	Внутрибрюшинные метастазы за пределами таза >20 мм в наибольшем измерении и / или метастазы в регионарных лимфатических узлах (внутренних, наружных и общих подвздошных, запирательных, крестцовых, поясничных или паховых) / Intraperitoneal metastases outside the pelvis >20 mm in the largest dimension and / or metastases in regional lymph nodes (internal, external and common iliac, obturator, sacral, lumbar or inguinal)
M <sub>1</sub>	IV	Отдаленные метастазы (исключая внутрибрюшинные метастазы) Примечание: метастазы по капсуле печени классифицируются как стадия III, метастазы в паренхиме печени классифицируются как M1 / стадия IV. При обнаружении в плевральной жидкости раковых клеток процесс классифицируется как M1 / стадия IV / Distant metastases (excluding intraperitoneal metastases) Note: liver capsule metastases are classified as stage III, liver parenchyma metastases are classified as M1 / stage IV. When cancer cells are detected in the pleural fluid, the process is classified as M1 / stage IV

123C3.D5, Cell Marque); CD45 (клон 2B11 + PD7/26, DAKO).

Клетки опухоли обнаруживают экспрессию: Cytokeratin 7 (клон OV-TL 12/30, Cell Marque) - выраженную мембранно-цитоплазматическую (рис. 6); Estrogen receptor (клон SP1, Cell Marque) - диффузную ядерную; Ki67 (клон SP6, Cell Marque) - ядерную в 75% клеток опухоли.

Клетки опухоли негативны к Wilms' Tumor (клон WT49, Leica Biosystems); Progesterone receptor (клон Y85, Cell Marque); Synaptophysin (клон MRQ-40, Cell Marque); Chromogranin A (клон DAK-A3, DAKO); CD56 (клон 123C3.D5, Cell Marque); CD45 (клон 2B11 + PD7/26, DAKO).

**Заключение.** Аналогичное гистологическое строение и сходный иммунофенотип по Cytokeratin 7 и Estrogen receptor первичной опухоли маточной трубы и опухоли в клетчатке, в проекции купола слепой кишки наиболее соответствуют серозной карциноме высокой степени злокачественности.

Послеоперационный период осложнился формированием неполного толстокишечно-влагалищного свища.

Пациентка в удовлетворительном состоянии была выписана на 14-е сутки с функционирующим дренажом, дебит отделяемого составлял до 50 мл/сутки.

По месту жительства проходила химиотерапию (карбоплатин, паклитаксел) 6 курсов.

6.09.2016 г. пациентка повторно обратилась в НМИЦХ им. А.В. Вишневого с колостомой в левой боковой области для выполнения планового оперативного вмешательства в объеме: реконструктивно-восстановительная операция по восстановлению непрерывности кишечника с ликвидацией стомы, формированием анастомоза.

7.09.2016 г. выполнена операция: закрытие сигмостомы с аппаратным сигморектальным анастомозом «конец в конец», разобщение сращений, грыжесечение с пластикой местными тканями.

При контрольной мультиспиральной компьютерной томографии органов брюшной полости (14.12.2016 г.): Состояние после гемиколэктомии. Других изменений со стороны органов брюшной полости и малого таза не выявлено.

Весной 2018 г. пациентка обнаружила грыжевое выпячивание в зоне послеоперационного рубца в мезогастральной области, которое постепенно увеличивалось в размерах. 26.11.2018 г. обратилась в НМИЦХ им. А.В. Вишневого с диагнозом: Средняя срединная послеоперационная вентральная грыжа.

Мультиспиральная компьютерная томография (09.08.2017 г.). В области послеоперационного рубца, тотчас ниже пупка определяется грыжевое выпячивание, ширина грыжевых ворот до 27 мм, содержимое грыжевого мешка - петля тонкой кишки (рис. 7). Дан-

ных за вторичное поражение внутренних органов, рецидив процесса не получено.

Выполнено оперативное вмешательство (28.11.2018 г.): грыжесечение, комбинированная пластика передней брюшной стенки. В удовлетворительном состоянии, без осложнений пациентка была выписана.

Со слов больной от химиотерапии отказалась, наблюдалась динамически у онколога по месту жительства.

На настоящий момент (февраль 2020 г.) период наблюдения за пациентом составляет 56 месяцев, данных за рецидив заболевания ни клинически, ни по данным мультиспиральной компьютерной томографии не выявлено.

### Обсуждение

И гистологическая, и стадийная классификации злокачественных опухолей яичников, маточных труб и брюшины недавно изменились. Обсуждение недостатков этих классификаций и их совершенствование создало предпосылки для более глубокого понимания заболевания в соответствии с данными о биологии опухоли, полученными на современном этапе, что, безусловно, привело к улучшению качества лечения таких пациентов. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) выступила спонсором обзора и реклассификации патологии рака яичников, маточных труб и брюшины, и опубликовала эти обновления в 2014 г. [11, 12]. Параллельно Международная федерация гинекологии и акушерства (FIGO) рассмотрела и обновила систему хирургической постановки, примененную ко всем гистотипам рака яичников, маточных труб и брюшины, также опубликованную в 2014 г. [13, 14].

Классификация рака маточных труб

Международная гистологическая классификация (классификация ВОЗ, 4-е издание, 2014) [12]:

1. серозная карцинома:

- а) низкой степени злокачественности (low grade);
- б) высокой степени злокачественности (high grade);

2. эндометриодная карцинома;

3. муцинозная карцинома;

4. светлоклеточная карцинома;

5. злокачественная опухоль Бреннера;

6. серозно-муцинозная карцинома;

7. недифференцированная карцинома;

8. смешанная эпителиальная карцинома

Малое число наблюдений затрудняет поиск этиологических и прогностических факторов, характерных для рака маточной трубы. Диагностика данной опухоли затруднена из-за малой выраженности клинической картины и заболевание крайне редко устанавливается на предоперационном этапе. Несмотря на успехи выполнения послеоперационной химиотерапии, по данным литературы, в 70% случаев выявляется рецидив [10]. Ранняя диагностика, точность в постановке диа-

гноза, проведение полихимиотерапии, таргетной терапии или гормонотерапии и ответ на ее применение, внедрение циторедуктивных операций, все это - являются основными показателями выживаемости и качества жизни у больных РМТ.

Прогностически значимыми факторами для опухоли предполагаются стадия заболевания, ее гистологическая принадлежность, как в данном клиническом случае представление об ошибочной стадии заболевания (T<sub>3</sub>N<sub>1</sub>M<sub>1</sub>), согласно классификации FIGO – стадия T<sub>4</sub> отсутствует и при пересмотре гистологический препаратов первичной опухоли и удаленного опухолевого узла - серозная карцинома высокой степени злокачественности (high grade). Согласно клиническим рекомендациям по лечению РМТ при рецидивах методом лечения является применение препаратов платины. Часто применяемым режимом химиотерапии при карциносаркомах маточных труб является САР – комбинация циклофосамида, доксорубина и цисплатина [15]. Однако методом выбора лечения у нашей пациентки было проведение радикальной операции, ввиду рецидива местнораспространенной опухоли, отсутствия отдаленного метастазирования, отсутствия канцероматоза и асцита, а также отсутствия противопоказаний к оперативному вмешательству.

Из описанных в литературе 53 случаев карциносарком маточной трубы 30 пациенткам была выполнена гистерэктомия и двусторонняя аднексэктомия, в 4 случаях – удаление придатков матки с одной или двух сторон и в 6 – удаление большого сальника, дистанционная лучевая терапия проведена 17 больным [16]. В связи со способностью опухоли к имплантационному, лимфогенному и гематогенному распространению показатели 5-летней выживаемости различаются от 30 до 57% в зависимости от морфологической структуры [17].

### Список литературы

1. Зотиков А.И. Первичный рак маточных труб, клинко-морфологическая характеристика, диагностика, лечение. Автореф. дис. канд. мед. наук. М. 1991; 23.
2. Hellström AC, Silfverswärd C, Nilsson B, Pettersson F. Carcinoma of the fallopian tube. *The Radiumhemmet series. Int J Gynecol Cancer.* 1994; 4(6): 395-400. doi: 10.1046/j.1525-1438.1994.04060395.x.
3. Nordin AJ. Primary Carcinoma of the Fallopian Tube: a 20-year literature review. *Obstetrical & Gynecological Survey.* 1994; 49(5): 349-361. doi: 10.1097/00006254-199405000-00026
4. Orthmann EG. Primäreskarzinom in Einertuberkulosen. *Ztschr Geburtsh Gynaek.* 1888; 15: 212.
5. Rexhepi M, Trajkovska E, Ismaili H, Besimi F, Rufati N. Primary Fallopian Tube Carcinoma: A Case Report and Literature Review. *Open Access Maced J Med Sci.* 2017; 5(3): 344-348. doi: 10.3889/oamjms.2017.044.
6. Pal T, Permeth-Wey J, Betts JA, Krischer JP, Fiorica J, Arango H, LaPolla J, Hoffman M, Martino MA, Wakeley K, Wilbanks G, Nicosia S, Cantor A, Sutphen R. BRCA1 and BRCA2 mutations account for a large proportion of ovarian carcinoma cases. *Cancer.* 2005; 104(12): 2807-2816. doi: 10.1002/encr.21536.
7. Ebell MH, Culp MB, Radke J. A Systematic Review of Symptoms for the Diagnosis of Ovarian Cancer. *Am J Prev Med.* 2016; 50(3): и384-394. doi: 10.1016/j.amepre.2015.09.023.
8. Hu CY, Taymor ML, Hertig AT. Primary carcinoma of the fallopian tube. *Am J Obstet Gynecol.* 1950; 50: 58-67. doi: 10.1016/0002-9378(50)90341-3.
9. Sedlis A. Carcinoma of the fallopian tube. *Surg Clin North Am.* 1978; 58: 121-129. doi: 10.1016/S0039-6109(16)41439-8.

По данным литературы привлечен 1 случай успешного лечения пациентки с ПС стадией (по классификации FIGO) смешанной мюллеровской опухоли правой маточной трубы [18]. На 1-м этапе 71-летней пациентке выполнена резекция опухоли, удаление правых придатков матки и большого сальника. Интраоперационно выявлены множественные опухолевые узлы на сигмовидной кишке размером от 3 до 7 см. Далее пациентке было проведено 3 курса химиотерапии в режиме паклитаксел 175 мг / м<sup>2</sup> + карбоплатин АUC5 каждый 21-й день, после чего выполнена циторедуктивная операция в объеме гистерэктомии, левосторонней аднексэктомии, тазовой и парааортальной лимфодиссекции. Был достигнут частичный эффект – размеры опухолевых узлов на сигмовидной кишке после химиотерапии уменьшились на 60 % (с 7,5 до 3,0 см). Пациентка жива 28 мес. без признаков рецидива заболевания [18].

### Заключение

Представленное клиническое наблюдение редко встречающейся патологии – рецидива серозной карциномы высокой степени злокачественности правой маточной трубы, прорастающий в купол слепой кишки и прямую кишку, не имеет аналогов в литературе, подчеркивает не специфичность клинической картины заболевания, сложность диагностики РМТ (рака маточной трубы), а также выбора метода лечения в пользу хирургического у данной пациентки, и в конечном итоге результатов выживаемости – 62 месяца (5 лет 2 месяца).

### Дополнительная информация

#### Конфликт интересов

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

### References

1. Zotikov AI. Pervichnyi rak matochnykh trub, kliniko-morfologicheskaya kharakteristika, diagnostika, lechenie. Avtoref. dis. kand. med. nauk. M. 1991; 23. (In Russ.)
2. Hellström AC, Silfverswärd C, Nilsson B, Pettersson F. Carcinoma of the fallopian tube. *The Radiumhemmet series. Int J Gynecol Cancer.* 1994; 4(6): 395-400. doi: 10.1046/j.1525-1438.1994.04060395.x.
3. Nordin AJ. Primary Carcinoma of the Fallopian Tube: a 20-year literature review. *Obstetrical & Gynecological Survey.* 1994; 49(5): 349-361. doi: 10.1097/00006254-199405000-00026
4. Orthmann EG. Primäreskarzinom in Einertuberkulosen. *Ztschr Geburtsh Gynaek.* 1888; 15: 212.
5. Rexhepi M, Trajkovska E, Ismaili H, Besimi F, Rufati N. Primary Fallopian Tube Carcinoma: A Case Report and Literature Review. *Open Access Maced J Med Sci.* 2017; 5(3): 344-348. doi: 10.3889/oamjms.2017.044.
6. Pal T, Permeth-Wey J, Betts JA, Krischer JP, Fiorica J, Arango H, LaPolla J, Hoffman M, Martino MA, Wakeley K, Wilbanks G, Nicosia S, Cantor A, Sutphen R. BRCA1 and BRCA2 mutations account for a large proportion of ovarian carcinoma cases. *Cancer.* 2005; 104(12): 2807-2816. doi: 10.1002/encr.21536.
7. Ebell MH, Culp MB, Radke J. A Systematic Review of Symptoms for the Diagnosis of Ovarian Cancer. *Am J Prev Med.* 2016; 50(3): и384-394. doi: 10.1016/j.amepre.2015.09.023.
8. Hu CY, Taymor ML, Hertig AT. Primary carcinoma of the fallopian tube. *Am J Obstet Gynecol.* 1950; 50: 58-67. doi: 10.1016/0002-9378(50)90341-3.
9. Sedlis A. Carcinoma of the fallopian tube. *Surg Clin North Am.* 1978; 58: 121-129. doi: 10.1016/S0039-6109(16)41439-8.

10. Перване Н.Б., Жордания К.И., Захарова Т.И., Паяниди Ю.Г. Рак маточной трубы. Опухоли женской репродуктивной системы. 2007; 3: 69-73.
11. Kurman RJ, Carcangiu ML, Herrington CS, Young RH. WHO Classification of Tumours of Female Reproductive Organs. *WHO Press*. 2014; 316.
12. Meinhold-Heerlein I, Fotopoulou C, Harter P, Kurzeder C, Mustea A, Wimberger P, Hauptmann S, Schouli J. The new WHO classification of ovarian, fallopian tube, and primary peritoneal cancer and its clinical implications. *Arch Gynecol Obstet*. 2016; 293(4): 695-700. doi: 10.1007/s00404-016-4035-8.
13. Prat J. FIGO Committee on Gynecologic Oncology. FIGO's staging classification for cancer of the ovary, fallopian tube, and peritoneum: abridged republication. *J Gynecol Oncol*. 2015; 26(2): 87-89. doi: 10.3802/jgo.2015.26.2.87.
14. Zeppernick F, Meinhold-Heerlein I. The new FIGO staging system for ovarian, fallopian tube, and primary peritoneal cancer. *Arch Gynecol Obstet*. 2014; 290(5): 839-842. doi: 10.1007/s00404-014-3364-8.
15. "Клинические рекомендации "Рак яичников/рак маточной трубы/первичный рак брюшины" (утв. Минздравом России). [https://legalacts.ru/doc/klinicheskie-rekomendatsii-rak-jaichnikovrak-matochnoi-truby-pervichnyi-rak-bryushiny-utv\\_1/](https://legalacts.ru/doc/klinicheskie-rekomendatsii-rak-jaichnikovrak-matochnoi-truby-pervichnyi-rak-bryushiny-utv_1/) (дата обращения 08.07.2020)
16. Leppien G. Non-uterine gynecological sarcomas. *Arch Gynecol Obstet*. 1987; 241(1): 25-32. doi: 10.1007/BF00931437.
17. Le T, Krepart GV, Lotocki RJ, Heywood MS. Malignant mixed mesodermal ovarian tumor treatment and prognosis: a 20 year experience. *Gynecol Oncol*. 1997; 65(2): 237-240. doi: 10.1006/gyno.1997.4625.
18. Mariani L, Quattrini M, Galati M, Dionisi B, Piperno G, Modafferi F, Sbiroli C. Primary leiomyosarcoma of the fallopian tube: a case report. *Eur J Gynaecol Oncol*. 2005; 26(3): 333-335.

### Информация об авторах

1. Юрковская Ангелина Иосифовна – ординатор по специальности «хирургия» абдоминального отдела ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского» Минздрава России, e-mail: medicvichnya333@yandex.ru
2. Степанова Юлия Александровна – д.м.н., Ученый секретарь ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России, e-mail: medicvichnya333@yandex.ru
3. Калинин Дмитрий Валерьевич – к.м.н., руководитель патолого-анатомического отделения ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России, e-mail: medicvichnya333@yandex.ru
4. Козлов Илья Анатольевич – д.м.н., ведущий научный сотрудник Онкологического отделения хирургических методов лечения и противоопухолевой лекарственной терапии ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России по хирургии, e-mail: medicvichnya333@yandex.ru

### Information about the Authors

1. Angelina Iosifovna Yurkovskaya – General Surgery Resident of the Abdominal Department of A.V. Vishnevsky National Medical Surgery Research Center, e-mail: medicvichnya333@yandex.ru
2. Yulia Aleksandrovna Stepanova - M.D., Academic Secretary of A.V. Vishnevsky National Medical Surgery Research Center, e-mail: medicvichnya333@yandex.ru
3. Dmitry Valerievich Kalinin –Ph.D., head of the pathological and anatomical department of A.V. Vishnevsky National Medical Surgery Research Center, e-mail: medicvichnya333@yandex.ru
4. Ilya Anatolievich Kozlov - M.D., Leading Researcher of the Oncology Department of Surgical Methods of Treatment and Antitumor Drug Therapy of A.V. Vishnevsky National Medical Surgery Research Center, e-mail: medicvichnya333@yandex.ru

### Цитировать:

Юрковская А.И., Степанова Ю.А., Калинин Д.В., Козлов И.А. Рецидив серозной карциномы правой маточной трубы, вовлекающий купол слепой кишки и прямую кишку. *Вестник экспериментальной и клинической хирургии* 2020; 13: 4: 304-311. DOI: 10.18499/2070-478X-2020-13-4-304-311.

### To cite this article:

Yurkovskaya A.I., Stepanova Yu.A., Kalinin D.V., Kozlov I.A. Recurrent Serous Carcinoma of the Right Fallopian Tube Involving the Dome of Cecum and Rectum. *Journal of experimental and clinical surgery* 2020; 13: 4: 304-311. DOI: 10.18499/2070-478X-2020-13-4-304-311.