



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

5 (67) 2024

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

5 (67)

2024

Май

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 616.33-006.6

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ И ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ, ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ МИОФИБРОБЛАСТИЧЕСКАЯ ОПУХОЛЬ ЖЕЛУДКА

*Х.И. Жуманиёзов^{1,3}, Г. Г. Хакимова^{1,2,3}, Г.А. Хакимов^{1,3}, Ш.Ш. Кадиров^{1,3}
Х.А. Салохиддинов^{1,3}, А.И. Аскаралиева¹*

¹Ташкентский педиатрический медицинский институт; Узбекистан, 100140, Ташкент, ул. Богишамол, 223

²Nano Medical Clinic; Узбекистан, 100069 Ташкент, ул. Чимбой 2А

³Ташкентский городской филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии, 100140, Ташкент, ул. Богистон, 1

✓ Резюме

Нами представлено весьма интересное в теоретическом, практическом и методологическом отношении клиническое наблюдение редкого заболевания, крайне трудного для клинической и морфологической диагностики. Пациентке 35 лет с желудочным кровотечением по экстренным показаниям выполнено хирургическое лечение по поводу миофибробластической опухоли желудка, морфологически трудно дифференцируемой с гастроинтестинальными стромальными опухолями.

Ключевые слова: миофибробластическая опухоль желудка, хирургическое лечение.

CASE STUDY AND LITERATURE REVIEW, INFLAMMATORY MYOFIBROBLASTIC TUMOR OF THE STOMACH

*H.I. Jumaniyozov^{1,3}, G. G. Khakimova^{1,2,3}, G.A. Khakimov^{1,2,3}, Sh.Sh. Kadirov^{1,3},
H.A. Saloxiddinov^{1,3}, A.I. Askaraliev*

¹Tashkent Pediatric Medical Institute; Uzbekistan, 100140 Tashkent, Bogishamol street, 223

²Nano Medical Clinic; Uzbekistan, 100069 Tashkent, Chimboy st. 2A

³Tashkent City Branch of the Republican Specialized Scientific Practical Medical Center of Oncology and Radiology

✓ Resume

We have presented a very interesting theoretical, practical and methodological clinical observation of a rare disease, extremely difficult for clinical and morphological diagnosis. A 35-year-old patient with gastric bleeding underwent emergency surgical treatment for a myofibroblastic tumor of the stomach, morphologically difficult to differentiate from gastrointestinal stromal tumors.

Keywords: myofibroblastic tumor of the stomach, surgical treatment.

Актуальность

Воспалительные миофибробластические опухоли (ВМО) (inflammatory myofibroblastic tumor) – это термин, используемый для характеристики очень редких, преимущественно доброкачественных, мезенхимальных новообразований разнообразной локализации, чаще выявляемых в легких, но описанных в последние годы практически в любых структурах человеческого организма [1, 2, 3]. ВМО была впервые описана в печени G. Rask и N. Baker в 1953 г. [4]. Среди интраабдоминальных локализаций ВМО чаще всего выявляют в печени, затем в желудке, кишечнике и селезенке [5]. При априорной гистологической доброкачественности были описаны случаи малигнизации, рецидива [3, 6,7] и крайне редкого метастазирования ВМО [6,8]. Низкая эффективность визуализационных методов дифференциальной диагностики и неэффективность неэксцизионных способов морфологической верификации способствуют высокой вероятности «недостаточно

обоснованных» расширенных резекций [9,10] и также объясняют отсутствие (за исключением Франции [11]) стандартов диагностики и лечения ВМО желудка.

Клинический случай

Больная У., 35 лет, 01.08.2023г. поступила в хирургическое отделение НАО медикал клиник с жалобами на боль в эпигастральной области, резкую слабость. Из анамнеза: считает себя больной с июля 2023г, когда появилась боль в эпигастральной области, потеря массы тела (5 кг за 3 месяца). По данным инструментальных методов исследования: КТ органов брюшной полости от 1.08.2023г: В большой кривизне желудка с распространением в пилорическую часть определяется неправильной формы объемное образование, вызывающее неравномерно сужение просвета желудка в данной области. Образование с четкими неровными контурами размерами 5,0x3,8x4,5 см. Фиброгастроскопия от 1.08.2023г.: экзофитная изъязвленная неоплазма по передней стенке антрального отдела желудка округлой формы плотной консистенции, не подвижное размером около 5,0x5,0 см с изъязвлением на верхушке размером 2,0x1,0 см без тромбов. МРТ органов малого таза от 01.08.2023г: без патологии.

При поступлении состояние Общее состояние стабильно тяжелое, сознание soporозное, положение ограничено активное. Кожа и слизистые бледной окраски. В легких везикулярное дыхание с обеих сторон хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 90/60 ммртст, пульс - 112 ударов\мин. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Стул и диурез регулярный. Общий анализ крови от 01.08.2023г.: *Лейкоциты*: 10,6 L, *Эритроциты*: 2,45 L, *Гемоглобин*: 60 g/L, *Тромбоциты*: 335 L. Гематокрит 24,2%. Другие лабораторные показатели в пределах нормы. Состояние после гемотрансфузий в объеме 2 эритроцитарный масс, 2 свежезамороженных плазм. Общий анализ крови от 03.08.2023г.: *Лейкоциты*: 13,3 L, *Эритроциты*: 4,38 L, *Гемоглобин*: 120 g/L, *Тромбоциты*: 259 L. Гематокрит 35,8%.

На основании имеющихся результатов обследования был установлен предоперационный диагноз: С 16,2 Рак антрального отдела желудка сT4NxM0 3 ст. Осложнения: Кровотечение. Распад и изъязвление. 02.08.2023г. в экстренном порядке больной проведено хирургическое лечение в объеме высокой дистальной субтотальной резекции желудка.

При ревизии: Образование занимает антральный отдел и н/3 тела желудка, поражая циркулярно, прорастая все слои стенки, суживая выход из желудка. В желудке определяются сгустки крови. Увеличенные лимфоузлы по ходу общей печеночной, левой желудочной, правой желудочно-сальниковой артерий размерами 1,5x2,0x2,0 см, мягко – эластической консистенции метастатического характера. Печень, желчный пузырь и брыжейка кишечника не изменена. Процесс признан местнораспространённым и осложненным. Желудок мобилизован по большой и малой кривизнам острым путем с перевязкой и пересечением питающих сосудов. Левые желудочные сосуды обработаны раздельно. Выполнена лимфодиссекция D-2. На двенадцатиперстную кишку наложен аппарат УО-60 и желудок отсечён. Линия танталовых скрепок дополнительно перитонизирована атравматическими швами. На малую кривизну у пищевода наложен аппарат УО-60 по большой кривизне мягкие зажимы. Препарат удален. Сформирован впередиободочно гастро-энтеро, энтеро-энтеро анастомоз. Брюшная полость санирована и дренирована в обеих подреберьях. Послойное ушивание раны.

Макропрепарат: Резецированный желудок с большим и малым сальником, ретропанкреатической клетчаткой. Опухоль занимает антральный отдел и н/3 тела желудка поражая циркулярно, прорастая все слои стенки размером 5,0 × 6,0 × 6,5 см, каменистой плотности, белесоватого цвета с распадом и изъязвлением. Гистологическое исследование №132460 от 07.08.2023г.: Гастроинтестинальная стромальная опухоль (GIST), эпителиодный вариант. Высокий риск прогрессирования. Опухоль проникает до подслизистого слоя. Края резекции отрицательны. Лимфатические узлы 16/16 - реактивные. ИГХ №102230135588 от 21.08.23г: воспалительная миофибробластическая опухоль желудка. CD138+, ALK-, IgG4+. Гистологическое исследование №132460 от 21.10.23г. (пересмотр МНИОИ им.П.А.Герцена): Фрагменты стенки желудка с ростом опухоли, построенной из веретеновидных и овальных клеток с минимальным полиморфизмом клеточных и ядерных элементов. В опухоли выявляется выраженная инфильтрация сегментоядерными лейкоцитами, эозинофилами. Видны не многочисленные фигуры митозов. Опухоль поражает слизистую и врастает в стенку желудка практически на всю толщу. В краях резекции – опухолевого роста нет. В регионарных лимфатических узлах метастазов опухоли не выявлено. Заключение: воспалительная миофибробластическая опухоль (опухоль с неясным потенциалом злокачественности). ИГХ №132460 от 21.10.23г.: на иммуноштейнере Ventana BenchMark XT с использованием системы детекции ultraView Universal DAB Detection Kit: SMA-положительная экспрессия в части клеток, S100 – отрицательная экспрессия, CD34 – отрицательная экспрессия, CD117 – отрицательная экспрессия. FISH с использованием набора ALK Gene Probe Detection Kit (Wuhan Health Care) от 27.09.2023г.: перестройка гена ALK (2p23) не выявлена.

А Б В

Рисунок 2. Микропрепарат воспалительной миофибробластической опухоли желудка.

А) Участки выраженной лимфоидной инфильтрации с примесью сегментоядерных лейкоцитов. Н&Е × 10; Б) Участки выраженной лимфоидной инфильтрации с примесью сегментоядерных лейкоцитов. Н&Е × 20; В) Положительная экспрессия иммуногистохимического маркера SMA × 200

Послеоперационный период протекал без осложнений. В удовлетворительном состоянии больная выписана из стационара на 12-е сутки после операции.

Обсуждение

Воспалительная миофибробластическая опухоль (ВМО) — редкое новообразование, встречающееся преимущественно у детей и молодых людей. Часто рецидивирует и редко метастазирует. ВМО появляется в результате реактивного воспалительного или послеоперационного процесса и обычно локализуется в легких, брыжейке, сальнике и брюшинном пространстве, но может наблюдаться и в конечностях, голове и шее, мочеполовых путях и других органах [1, 3].

Этиология ВМО до сих пор остается неизвестной [3, 6]. За последние два десятилетия достигнута конкретика в понимании сущности ВМО как промежуточных (редко метастазирующих) фибробластических/миофибробластических опухолей со своими морфофункциональными особенностями [1, 6, 12], структурно состоящих из пучков веретеновидных миофибробластов и очаговых пролифератов полиморфных воспалительных клеток (плазматических, лимфоцитов, макрофагов и эозинофильных гранулоцитов) [13-16], иммунопозитивных к виментину, к гладкомышечному актину (SMA), очагово - к анапластической лимфомной киназе (ALK) и десмину; иммунонегативных к панцитокератину, S-100, CD21, CD34, CD35, CD68, CD117, Ki 67, p53 [3, 15, 17], с лимфоплазмочитарной инфильтрацией в заинтересованных лимфатических узлах [14]. Среди отличий желудочных от других ВМО отмечают отсутствие клеточной атипии или некроза. Митотическая активность ВМО желудка слабая: 1–2 митоза в каждом поле зрения [18, 14, 16]. Макроскопически опухоль поражает все слои стенки желудка, при больших размерах имеет тенденцию к распространению на связки желудка [16] и далее на пищевод, двенадцатиперстную кишку, поджелудочную железу, селезенку, печень, большой сальник и брюшинные структуры, имитируя диагностические признаки злокачественной опухоли [8,9,16], что создает трудности дифференцировки. Клинико-лабораторные проявления первичных ВМО желудка не патогномоничны: это диспепсические явления, боли в животе, лихорадка, потеря в массе, пальпируемая опухоль в брюшной полости, желудочное кровотечение, лабораторные признаки воспалительного процесса, гипергаммаглобулинемия, анемия, тромбоцитоз, ускоренная СОЭ [18,14,16,17], гемоперитонеум [16]. ВМО желудка встречается крайне редко. Патологический и иммуногистохимический анализ является ключом к диагностике первичных миофибробластных опухолей желудка. Экспрессия ALK отличает ВМО от других диагностических заболеваний, таких как фиброматоз, узловый фасцит, лейомиосаркома и стромальная опухоль желудочно-кишечного тракта, которые не экспрессируют ALK [16, 19]. Иммуногистохимия ALK является полезным диагностическим дополнением в соответствующих обстоятельствах, особенно положительной в отношении перегруппировки ALK, но фокально положительной в отношении CD34 и отрицательной в отношении CD21, CD117, CD23 и S100, что подтверждает четкий патологический диагноз ВМО и исключает все другие возможности. Хотя ALK-положительный результат способствует диагностике ВМО, он наблюдается только в 56% случаев. Недавно было обнаружено, что реактивность ALK связана с местным рецидивом, но не с отдаленным метастазированием, которое ограничивается ALK-негативными поражениями, что позволяет предположить, что реактивность ALK может быть благоприятным прогностическим индикатором при ВМО. В нашем клиническом случае не наблюдалось ни метастазов в лимфатические узлы, ни отдаленных метастазов, что согласуется с приведенной выше информацией в исследованиях.

Лечение

Несмотря на структурную доброкачественность ВМО, практика свидетельствует о частой тенденции к инвазивному росту и местным рецидивам. В большинстве наблюдений невозможно ответить на вопрос, вероятен рецидив либо его вероятность низка. В связи с этим расширенное хирургическое удаление является наиболее оправданным методом лечения ВМО желудка [18,3,20]. Если таковое невыполнимо, следует проводить симптоматическую терапию, а при прогрессировании заболевания либо его симптомов использовать более агрессивные методы - лучевую или химиотерапию [3,11]. Паллиативное лечение либо симптоматические операции оправданы при осложненном течении ВМО желудка в виде геморрагического, либо обструктивного синдрома, когда радикальные, в первую очередь мультиорганые резекции непереносимы из-за тяжести соматического статуса. В отдельных наблюдениях при ВМО других локализаций эффективно применяли высокодозную кортикостероидную терапию, лучевую терапию, химиотерапию (циклоспорин, метотрексат, азатиоприн и циклофосфамид) [3], в том числе в комбинации с нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП) [21,22],

изолированную НПВП-терапию [23,24], таргетную терапию (infliximab) [25]. Вероятность рецидива и метастазов ВМО прямо коррелирует с размером опухоли и ALK-реактивностью [26,6]. В случае нерадикальности резекции ВМО желудка, локальные рецидивы выявляются в течение года в 15–37% наблюдений [7,8]. Повторное оперативное вмешательство позволяет рассчитывать на выздоровление [17]. Большинство ВМО требуют хирургического вмешательства для установления точного диагноза и лечения. Тем не менее, в отдельных случаях возможно локальное иссечение. Полная резекция является предпочтительным хирургическим лечением, поскольку было показано, что неполное иссечение является фактором риска рецидива. В таблице 1 представлен обзор ранее опубликованных клинических случаев с воспалительной миофибробластической опухолью желудка, где соотношение женщин и мужчин было 1:1 с преимущественным поражением антрального отдела желудка и схожей клинической картиной в виде общей слабости и желудочным кровотечением. Размер опухоли варьировал от 4 см до 15 см в наибольшем диаметре. Всем пациентам было проведено хирургическое лечение с последующим наблюдением до 20 лет.

Таблица 1 Опубликованные клинические случаи пациентов с миофибробластической опухолью желудка за период с 2007 по 2022 г.

№	Возраст	Пол	Клиническая картина	Расположение опухоли	Размер опухоли, см	Митоз	Ki-67 %	Объем хирургического лечения	Прогноз	Ссылки
1	50	М	Острая абдоминальная боль, перфорация	Антральный отдел	4.0×4.0×2.5	Нет	< 1%	Дистальная гастрэктомия	-	[27]
2	68	М	Без симптомов (случайная находка при холецистэктомии)	Антральный отдел	4.5×3.5×3.0	Нет	< 1%	Дистальная гастрэктомия	Без прогрессирования 12 мес.	[27]
3	50	Ж	Утренняя тошнота	Антральный отдел	1.9×1.8×0.8	Нет	2%	Эксцизия опухоли	Без прогрессирования 3 мес.	[28]
4	61	М	Рвота кровью	Антральный отдел	3.7	Нет	-	Дистальная гастрэктомия	Без прогрессирования 3 мес.	[29]
5	19	Ж	Боль в эпигастрии	Антральный отдел	4.5 × 3.5 × 3.0	Нет	-	Дистальная гастрэктомия	Без прогрессирования 9 мес.	[30]
6	46	М	Кровотечение	Антральный отдел	3.5	< 1/50 HPF	< 1%	Дистальная гастрэктомия	Без прогрессирования 4 мес.	[30]
7	38	Ж	Кровотечение, язва желудка	Антральный отдел	3 × 2	1/50 HPF	-	Дистальная гастрэктомия	-	[31]
8	62	М	Потеря массы тела	Антральный отдел	4 × 4	0/50 HPF	-	Дистальная гастрэктомия, omentectomy	-	[31]
9	75	Ж	-	Антральный отдел	5	0/50 HPF	-	Дистальная гастрэктомия	Умер по неизвестной причине в течении 2 мес.	[31].
10	65	Ж	Потеря массы тела, язва желудка	Антральный отдел, луковица дуоденума	5.0 × 4.5 × 2.5	4/50 HPF	-	Субтотальная гастрэктомия	Умер по неизвестной причине через 14,5 лет	[31]

Примечание: «-» - нет информации; HPF – поле высокого увеличения

11	33	М	Анемия, общая слабость	Антральный отдел	5.5 × 3.5 × 3.5	0/50 HPF	-	Дистальная гастрэктомия	Без прогрессирования 19,7 лет	[31]
12	43	М	Кровотечение	Антральный отдел	5.5 × 4.5 × 4.5	0/50 HPF	-	Субтотальная гастрэктомия	Без прогрессирования 18,4 лет	[31]
13	56	Ж	-	Антральный отдел, луковица дуоденума	5.5 × 3.0	0/50 HPF	-	Субтотальная гастрэктомия	Без прогрессирования 19,9 лет	[31]
14	50	М	Стеноз желудка	Антральный отдел, луковица дуоденума	7 × 6 × 6	2/50 HPF	-	Дистальная гастрэктомия	Умер по неизвестной причине через 22,5 лет	[31]
15	21	М	Анемия, обморочное состояние	Антральный отдел duodenal bulb	9 × 6 × 5	0/50 HPF	-	Дистальная гастрэктомия	-	[31]
16	16	Ж	Рвота кровью	Антральный отдел	10 × 9 × 6	2/50 HPF	-	Дистальная гастрэктомия	-	[31]
17	30	Ж	Язва желудка	Антральный отдел	10 × 9 × 6	1/50 HPF	-	Дистальная гастрэктомия	-	[31]
18	7	Ж	Тошнота, диарея, боль в эпигастрии	Антральный отдел, луковица дуоденума	15 × 11 × 8	4/50 HPF	-	Эксцизия опухоли	-	[31]
19	10 мес.	Ж	Лихорадка, профузная диарея, профузная рвота, потеря массы тела	Тело желудка, II сегмент печени	5.5 × 8.7 × 5.9	-	18 %	Субтотальная гастрэктомия, левая гепатэктомия	Без прогрессирования 2 мес.	[32]
20	29	Ж	Ноющая боль в эпигастрии, тошнота, ночная потливость	желудок	15×11	-	80-85 %	Субтотальная гастрэктомия	Умерла по неизвестной причине	[33]

Примечание: «-» - нет информации; HPF – поле высокого увеличения

Заключение

Таким образом, у взрослых воспалительная миофибробластическая опухоль желудка является чрезвычайно редкой мезенхимальной опухолью. Дифференциальная диагностика такой опухоли сложна, обширна, зависит от клинико-морфологических особенностей конкретной опухоли, объема диагностического комплекса, качества забора биоптата [34]. Основная трудность лечения заключается в выборе адекватного объема резекции и непредсказуемом течении послеоперационного периода, так как до сих пор нет достоверных и

убедительных клинических, гистологических или генетических критериев прогнозирования рецидива или метастазов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ;

1. Дубова Е.А., Павлов К.А., Франк Г.А., Щеголев А.И. Воспалительная миофибробластическая опухоль печени. *Арх патол* 2009; 3: 25—28. Dubova E.A., Pavlov K.A., Frank G.A., Shchegolev A.I. Inflammatory myofibroblastic tumor of the liver. *Arch Pathol* 2009; 3: 25-28.
2. Франк Г.А. Проблемы морфологической классификации и диагностики опухолей мягких тканей. *Практическая онкология* 2004; 5: 4: 231—236. Frank G.A. Problems of morphological classification and diagnosis of soft tissue tumors. *Practical Oncology* 2004; 5: 4: 231—236.
3. Arpacı E., Yetişiyiğit T., Ulaş A. et al. A case of intraabdominal myofibroblastic tumor with aggressive behavior. *Turkish Journal of Oncology* 2010; 25: 1: 28—32.
4. Pack G.T., Baker H.W. Total right hepatic lobectomy: report of a case. *Ann Surg* 1953; 138: 53—58.
5. Patnana M., Sevrakov A., Elsayes K.M. et al. Inflammatory Pseudotumor: The Great Mimicker. *Am J Roentgenol* 2012; 198: 217—227.
6. Coffin C.M., Hornick J.L., Fletcher C.D. Inflammatory myofibroblastic tumor: comparison of clinicopathologic, histologic, and immunohistochemical features including ALK expression in atypical and aggressive cases. *Am J Surg Pathol* 2007; 31: 4: 509—520.
7. Hamidah A., Khu S.Y., Thambidorai C.R. et al. Recurrent gastric inflammatory myofibroblastic tumour in a 13-year-old male. *Pediatr Surg Int* 2007; 23: 601—603.
8. Kim K., Park C., Lee J. et al. Inflammatory myofibroblastic tumor of the stomach with peritoneal dissemination in a young adult: imaging findings. *Abdom Imaging* 2004; 29: 9—11.
9. Kim S.J., Kim W.S., Cheon J.E. et al. Inflammatory myofibroblastic tumors of the abdomen as mimickers of malignancy: imaging features in nine children. *Am J Roentgenol* 2009; 193: 5: 1419—1424.
10. Mirshemirani A., Tabari A.K., Sadeghian N. et al. Abdominal inflammatory myofibroblastic tumor: report on four cases and review of literature. *Iran J Pediatr* 2011; 21: 4: 543—548.
11. Marie-Cardine A., Berrebi D., Orbach D. Guidelines for management of localized inflammatory myofibroblastic tumours in children. *Bull Cancer* 2011; 2: 209—216.
12. Gleason B.C., Hornick J.L. Inflammatory myofibroblastic tumours: where are we now? *J Clin Pathol* 2008; 61: 428—437.
13. Hosler G.A., Steinberg D.M., Sheth S. et al. Inflammatory pseudotumor: a diagnostic dilemma in cytopathology. *Diagnostic Cytopathology* 2004; 4: 267—270.
14. Jain A., Kasana S., Ramrakhiani D., Sharma M. Inflammatory myofibroblastic tumor of the stomach in an adult female-report of a rare case and review of the literature. *Turk J Gastroenterol* 2012; 23: 4: 399—405.
15. Leon C.J., Castillo J., Mebold J. et al. Inflammatory myofibroblastic tumor of the stomach: an unusual complication after gastrectomy. *Gastrointest Endosc* 2006; 63: 2: 347—349.
16. Park S.H., Kim J.H., Min B.W. et al. Exophytic inflammatory myofibroblastic tumor of the stomach in an adult woman: a rare cause of hemoperitoneum. *World J Gastroenterol* 2008; 14: 1: 136—139.
17. Shi H., Wei L., Sun L., Guo A. Primary gastric inflammatory myofibroblastic tumor: A clinicopathologic and immunohistochemical study of 5 cases. *Pathol Res Pract* 2010; 206: 5: 287—291.
18. Albayrak F., Dursun H., Albayrak Y. et al. Inflammatory myofibroblastic tumor of the stomach in an adult woman: a rare intermittent cause of gastric outlet obstruction. *Tumori* 2010; 96: 3: 492—495.
19. Pappo A.S., Janeway K., Laquaglia M., Kim S.Y. Special considerations in pediatric gastrointestinal tumors. *J Surg Oncol* 2011; 104: 8: 928—932.
20. Coffin C.M., Watterson J., Priest J.R., Dehner L.P. Extrapulmonary inflammatory myofibroblastic tumor (inflammatory pseudotumor). A clinicopathologic and immunohistochemical study of 84 cases. *Am J Surg Pathol* 1995; 19: 8: 859—872.

21. Johnson K., Notrica D.M., Carpentieri D. et al. Successful treatment of recurrent pediatric inflammatory myofibroblastic tumor in a single patient with a novel chemotherapeutic regimen containing celecoxib. *J Pediatr Hematol Oncol* 2013; 35: 5: 414—416.
22. Tao Y.L., Wang Z.J., Han J.G., Wei P. Inflammatory myofibroblastic tumor successfully treated with chemotherapy and nonsteroidals: A case report. *World J Gastroenterol* 2012; 18: 47: 7100—7103.
23. Colakoglu O., Unsal B., Hacıyanlı M. et al. A successfully managed inflammatory pseudotumour of liver without surgery: report of a case. *Acta Gastroenterol Belg* 2005; 68: 3: 382—384.
24. Vassiliadis T., Vougiouklis N., Patsiaoura K. et al. Inflammatory pseudotumor of the liver successfully treated with nonsteroidal anti-inflammatory drugs: a challenge diagnosis for one not so rare entity. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2007; 9: 11: 1016—1020.
25. Germanidis G., Xanthakis I., Tsitouridis I. et al. Regression of inflammatory myofibroblastic tumor of the gastrointestinal tract under infliximab treatment. *Dig Dis Sci* 2005; 50: 2: 262—265.
26. Butrynski J.E., D'Adamo D.R., Hornick J.L. et al. Crizotinib in ALK- rearranged inflammatory myofibroblastic tumor. *N Engl J Med* 2010; 363: 18: 1727—1733.
27. Takahashi Y, Shimizu S, Ishida T, Aita K, Toida S, Fukusato T, Mori S. Plexiform angiomyxoid myofibroblastic tumor of the stomach. *Am J Surg Pathol.* 2007;**31**:724–728.[PubMed] [Google Scholar] [Ref list]
28. Rau TT, Hartmann A, Dietmaier W, Schmitz J, Hohenberger W, Hofstaedter F, Katenkamp K. Plexiform angiomyxoid myofibroblastic tumour: differential diagnosis of gastrointestinal stromal tumour in the stomach. *J Clin Pathol.* 2008;**61**:1136–1137. [PubMed] [Google Scholar][Ref list]
29. Galant C, Rousseau E, Ho Minh Duc DK, Pauwels P. Re: Plexiform angiomyxoid myofibroblastic tumor of the stomach. *Am J Surg Pathol.* 2008;**32**:1910; author reply 1912–1910; author reply 1913. [PubMed] [Google Scholar][Ref list]
30. Yoshida A, Klimstra DS, Antonescu CR. Plexiform angiomyxoid tumor of the stomach. *Am J Surg Pathol.* 2008;**32**:1910–1912; author reply 1912–1913. [PubMed] [Google Scholar] [Ref list]
31. Miettinen M, Makhlof HR, Sobin LH, Lasota J. Plexiform fibromyxoma: a distinctive benign gastric antral neoplasm not to be confused with a myxoid GIST. *Am J Surg Pathol.* 2009;**33**:1624–1632. [PubMed] [Google Scholar] [Ref list]
32. Otto Morales Prillwitz a, Bladimir Pérez Hurtado b, Stephany Olaya Álvarez c, Nasly Marcela Arevalo Sánchez c, Raúl Ernesto Astudillo Palomino a: Gastric inflammatory myofibroblastic tumor in a 10-month-old girl: A case report <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2020.02.062>
33. Megan Spafford, Danley Lunn, Peter Graham, Malignant inflammatory myofibroblastic tumor: a rare case presentation, *Journal of Surgical Case Reports*, Volume 2022, Issue 9, September 2022, rjac403, <https://doi.org/10.1093/jscr/rjac403>
34. Карсанов А.М., Какабадзе С.А., Какабадзе Ю.Ч. Местно-распространенная воспалительная миофибробластическая опухоль желудка. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.* 2014;(4):46-48.
Karsanov A.M., Kakabadze S.A., Kakabadze Yu.Ch. Locally advanced inflammatory myofibroblastic tumor of the stomach. *Surgery. Journal named after N.I. Pirogov.* 2014;(4):46 48.

Поступила 20.04.2024