

РЕДКИЕ ОПУХОЛЕВЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ И КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

Ахвердиева Г.И.✉, Лукьянченко А.Б., Лаптева М.Г., Фирсов К.А.

Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина Минздрава России;
Россия, 115522, Москва, Каширское шоссе, 23

✉ Ахвердиева Гюля Ильгар кызы, Doctor_gulya@mail.ru

РЕФЕРАТ

Представлен обзор литературы, посвященный редким мезенхимальным опухолям предстательной железы (ПЖ), который проиллюстрирован серией соответствующих клинических наблюдений. Кратко освещены сведения о распространенности этих новообразований, их клинические проявления и особенности их отображения при КТ и МРТ.

Описано 5 редких случаев мезенхимальных опухолей ПЖ у пациентов различного возраста (от 6 мес до 74 лет), проходивших обследование и лечение в НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина, которым были выполнены КТ/МРТ-исследования области таза с внутривенным контрастированием. Отображение выявленных опухолей у всех 5 пациентов в виде крупных, гетерогенных, солидных образований с довольно четкими, ровными или волнистыми контурами не имело характерных особенностей (как до, так и после внутривенного контрастирования), что не позволяло уточнять характер опухолевого процесса.

Заключение: Корректное распознавание редких мезенхимальных новообразований ПЖ с использованием различных методов лучевой диагностики крайне затруднено и практически невозможно, поэтому окончательный диагноз подобных поражений должен основываться на гистологических и иммуногистохимических данных.

Ключевые слова: мезенхимальные опухоли предстательной железы, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография

Для цитирования: Ахвердиева Г.И., Лукьянченко А.Б., Лаптева М.Г., Фирсов К.А. Редкие опухолевые поражения предстательной железы: обзор литературы и клинические наблюдения. Онкологический журнал: лучевая диагностика, лучевая терапия. 2026;9(3):40-48.

<https://doi.org/10.37174/2587-7593-2026-9-3-40-48>

RARE TUMORS OF THE PROSTATE: A REVIEW OF THE LITERATURE AND CASE SERIES

Gyulya I. Akhverdieva✉, Alexander B. Lukianchenko, Mariia G. Lapteva, Konstantin A. Firsov

N.N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology; 23 Kashirskoye Highway, Moscow, Russia 115522

✉ Akhverdieva Gyulya Ilgar kzy, Doctor_gulya@mail.ru

ABSTRACT

The article presents a literature review dealing with rare mesenchymal tumors of the prostate, illustrated by a series of corresponding clinical cases. Information on the prevalence of these neoplasms, their clinical manifestations, and CT and MRI features are briefly summarized.

Five rare cases of mesenchymal tumors of the prostate in patients of various ages (from 6 months to 74 years) who underwent different examinations including pelvic CT/MRI with intravenous contrast enhancement and treatment at the N.N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology are described. The imaging appearance of the identified tumors in all 5 patients as large, heterogeneous, solid masses with fairly distinct, smooth or wavy contours had no characteristic features (before and after intravenous contrast enhancement), which did not allow us to specify the nature of the tumor process.

Conclusion: accurate recognition of rare mesenchymal neoplasms of the prostate using various radiological methods is extremely difficult and practically impossible; therefore, the final diagnosis of such lesions should be based on histological and immunohistochemical data.

Keywords: mesenchymal tumors of the prostate, computed tomography, magnetic resonance imaging

For citation: Akhverdieva G.I., Lukianchenko A.B., Lapteva M.G., Firsov K.A. Rare Tumors of the Prostate: a Review of the Literature and Case Series. Journal of Oncology: Diagnostic Radiology and Radiotherapy. 2026;9(3):40-48. (In Russ.).

<https://doi.org/10.37174/2587-7593-2026-9-3-40-48>

Введение

Согласно данным литературы, у пациентов старше 50 лет ацинарная аденокарцинома составляет около 95 % от всех гистологических подтипов опухолей предстательной железы (ПЖ). Новообразования иной гистологической структуры, упоминаемые в Классификации опухолей ПЖ ВОЗ (2022) встречаются в редких или крайне редких случаях у мужчин различного возраста [1, 2].

Цель нашего сообщения — провести краткий обзор соответствующих литературных данных и продемонстрировать редкие случаи некоторых мезенхимальных опухолей ПЖ, наблюдаемых менее чем в 1 % от всех ее новообразований [2, 3], которые не включены в упомянутую выше Классификацию ВОЗ (2022) [1]. Данная Классификация [1] представлена значительно меньшим количеством нозологических форм по сравнению с предыдущей Классификацией ВОЗ от 2016 г. [4].

Классификация опухолей ПЖ ВОЗ 2022

Эпителиальные опухоли ПЖ

Железистые опухоли ПЖ:

- Простатическая цистаденома
- Простатическая интраэпителиальная неоплазия высокой степени (ПИН),
- Внутрипротоковая (интрадуктальная) карцинома ПЖ
- Простатическая ацинарная аденокарцинома
 - ацинарная аденокарцинома с перстневидноподобными клетками,
 - плеоморфная гигантоклеточная ацинарная аденокарцинома
 - саркоматоидная ацинарная аденокарцинома
 - ацинарная аденокарцинома, ПИН-подобная
- Простатическая протоковая аденокарцинома
- Нейроэндокринная простатическая карцинома, обусловленная лечением (treatment-related)

Плоскоклеточные опухоли ПЖ

- Аденоплоскоклеточная (аденосквамозная) карцинома простаты,
- плоскоклеточная карцинома простаты (Squamous cell carcinoma)
- аденокистозная (базальноклеточная) карцинома простаты.

Мезенхимальные опухоли,
характерные только для ПЖ

Стромальные опухоли ПЖ

- простатическая стромальная опухоль с неопределённым потенциалом злокачественности,
- Простатическая стромальная саркома

Данная Классификация опухолей ПЖ ВОЗ (2022), актуальная в текущий период времени, не содержит представленных нами ниже новообразований, таких как эмбриональная рабдомиосаркома, лейомиосаркома и солитарная фиброзная опухоль, хотя в предыдущей Классификации ВОЗ (2016) они присутствовали. Упомянутые новообразования в настоящее время включены в Классификацию опухолей мягких тканей и костей ВОЗ (2020) [5].

Мы сочли целесообразным кратко напомнить об некоторых особенностях обсуждаемых нами редких новообразований ПЖ.

Эмбриональная рабдомиосаркома (ЭРС) — один из вариантов редких злокачественных новообразований мягких тканей, наблюдаемых у людей любого возраста. Примерно в половине случаев данные опухоли развиваются в области головы и шеи, а в другой половине случаев — в органах мочеполовой системы. Значительно реже они возникают в других анатомических областях. Считается, что рабдомиосаркома — это наиболее частая мягкотканная саркома, наблюдаемая в ПЖ у детей и подростков, при этом эмбриональный ее подтип чаще встречается у детей до 5 лет [2, 5–9].

Чаще всего единственным симптомом данного заболевания является наличие безболезненного новообразования, поэтому клинические проявления этих опухолей обычно связаны с масс-эффектом. При их развитии происходит сдавление органов мочеполовой системы, тем самым вызывая дизурические расстройства.

Отображение этих опухолей при лучевых методах исследования в виде крупных, гетерогенных, солидных образований с довольно четкими контурами — неспецифичны, поэтому корректный диагноз рабдомиосарком может быть основан только на морфологических данных.

Характерной особенностью эмбриональных рабдомиосарком считается высокая склонность к метастазированию. Без своевременного лечения прогноз крайне неблагоприятный. Возраст больного и стадия опухолевого процесса являются наиболее важными факторами риска и прогноза, который в детском возрасте значительно лучше, чем у взрослых [2, 5–9].

Лейомиосаркома (ЛМС) — злокачественная опухоль, развивающаяся из гладкомышечных тканей. Наиболее часто наблюдается в нижних конечностях, забрюшинно, в абдоминальной области и области малого таза у пациентов любого возраста. Отдельная подгруппа ЛМС развивается в крупных сосудах, чаще всего в нижней полой вене. Среди злокачественных поражений ПЖ встречается менее чем в 0,1 % случаев у пациентов зрелого возраста [2, 10]. Клинически данные опухоли проявляются неспецифическими симптомами, обусловленными масс-эффектом [2, 5, 10–15].

Отображение ЛМС в виде крупных, гетерогенных, солидных образований при визуализирующих методах исследования (КТ/МРТ с внутривенным контрастированием) не имеет характерных особенностей, поэтому корректный диагноз устанавливается по данным морфологических методов.

ЛМС относят к агрессивным, часто рецидивирующим и метастазирующим новообразованиям. Наиболее важными факторами прогноза при этом считаются степень злокачественности опухоли (grade), ее локализация и размер [5, 10–15].

Солитарная фиброзная опухоль (СФО) — относится к группе редких мезенхимальных новообразований, которые составляют менее 2 % от всех опухолей мягких тканей, а в ПЖ они отмечены менее чем в 1 % случаев [2, 3, 5]. СФО — это фибробластическая опухоль с неопределенным злокачественным потенциалом и непредсказуемым биологическим поведением, которая может развиваться у пациентов разного пола (чаще в возрасте 40–70 лет) в любой анатомической области. Считается, что излюбленной локализацией этой опухоли является плевра, но она встречается также в поверхностных и глуболежащих мягких тканях, висцеральных органах и костях [5]. Клинически в большинстве случаев они характе-

ризируются как медленно растущие, безболезненные новообразования. Локализуясь в области таза, СФО могут проявляться запорами и дизурическими расстройствами. В большинстве наблюдений они протекают бессимптомно и обнаруживаются случайно при визуализирующих методах исследований [2, 5].

СФО предстательной железы — крайне редко встречающееся новообразование. К 2022 г. в мировой литературе описано около 40 соответствующих случаев. Клиническая картина данных опухолей сводится к симптомам нарушения мочеиспускания легкой или средней степени тяжести, неотличимых от таковых при гиперплазии или распространенном раке ПЖ. В редких случаях возможна гематурия. Уровень ПСА находится в пределах референсных значений [3, 16, 17].

Как и в представленном нами случае, отображения СФО при КТ/МРТ не имеют характерных особенностей, что не позволяет однозначно их идентифицировать. Они выглядят как хорошо отграниченные, иногда дольчатые образования. СФО может иметь округлую форму с четкими, ровными контурами и относительно гомогенную внутреннюю структуру при небольших размерах узла, в крупных образованиях — структура может быть неоднородной за счет участков пониженной плотности/интенсивности или мелких рассеянных кальцинатов [16, 17].

Особенности проявления целого ряда других, редко наблюдаемых в ПЖ опухолей, достаточно подробно освещены в сходных работах LP Marcal et al., 2022 [2] и JM Chang et al., 2008 [18].

Клинические случаи

В НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина за период 2010–2026 гг. нами наблюдались 5 пациентов с редкими злокачественными новообразованиями ПЖ, которые представляют с нашей точки зрения значимый клинический интерес. Все 5 пациентов проходили соответствующее обследование и лечение в различные промежутки времени. В данной статье мы сочли целесообразным представить только результаты объективных методов исследования — КТ и МРТ области таза с внутривенным контрастированием.

Возраст наших пациентов варьировал в широких пределах — от 6 мес до 74 лет. Клинические проявления опухолевого процесса у них были сходными: дизурические расстройства различной степени выраженности. У всех 5 пациентов заключительный диагноз установлен на основании морфологических исследований, у 3 — после трепанобиопсии ПЖ, у 2 — после оперативного ее удаления. Таким образом, в 3 случаях диагностирована эмбриональная рабдомиосаркома (ЭРС) и по одному случаю — лейомиосаркома (ЛМС) и солитарная фиброзная опухоль (СФО). Следует подчеркнуть, что результаты предоперационных КТ/МРТ-исследований не позволяли вы-

сказаться однозначно о характере опухолевого процесса у всех 5 больных вследствие большой редкости подобных наблюдений.

Эмбриональная рабдомиосаркома (ЭРС) у всех 3 пациентов формально проявлялась сходным образом (рис. 1–3): в области ПЖ определялось массивное опухолевое образование с довольно четкими, ровными, местами волнистыми контурами и неоднородной внутренней структурой за счет кистозного вида элементов, что отчетливее определялось при МРТ (рис. 2). При внутривенном контрастировании — маловыраженное, диффузное усиление всей опухолевой массы (рис. 1 Б-Д и рис. 3 Г,Е). Прилежащие к опухоли костные структуры были не изменены. Взаимосвязи новообразований с крупными магистральными сосудами не отмечалось.

В первом из представленных наблюдений — пациенту С. 44 лет была выполнена эвисцерация органов малого таза с деривацией мочи по Брикеру и удалением регионарных лимфатических узлов. В дальнейшем отмечено прогрессирование опухолевого процесса с появлением метастатических узлов по капсуле печени. Была рекомендована химиотерапия.

Во втором нашем наблюдении у пациента 17 лет в области малого таза было выявлено крупное опухолевое образование (рис. 2). После консультации по месту жительства в Волгоградском областном клиническом онкологическом диспансере №1, а также по каналу телемедицины в НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина радикальное хирургическое лечение в тот период времени представлялось невозможным вследствие местной распространенности процесса. Поэтому в течение 6 мес проводилась химиотерапия с положительным эффектом в виде уменьшения размеров опухоли. Однако в последующем, на фоне повторных курсов химиотерапии при контрольном МРТ-исследовании отмечено увеличение размеров новообразования ПЖ: диагностировано прогрессирование опухолевого процесса.

Особый интерес на наш взгляд представляет третье наблюдение эмбриональной рабдомиосаркомы ПЖ у ребенка 6 мес. Со слов мамы, в этом возрасте у ребенка появилось затрудненное мочеиспускание и рвота, не связанная с приемом пищи. При госпитализации в стационар по месту жительства выявлена острая задержка мочи за счет объемного образования малого таза, компримирующего шейку мочевого пузыря. Проведена катетеризация мочевого пузыря и пациент переведен в НИИ детской онкологии и гематологии НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина для дообследования.

При дополнительных исследованиях (УЗИ и МРТ) установлено, что полость малого таза выполнена многоузловым, пресакрально расположенным новообразованием (рис. 3) размерами до 5,5×5,5×7 см с неоднородной внутренней структурой, гиперинтенсивной при ДВ МРТ. При внутривенном кон-

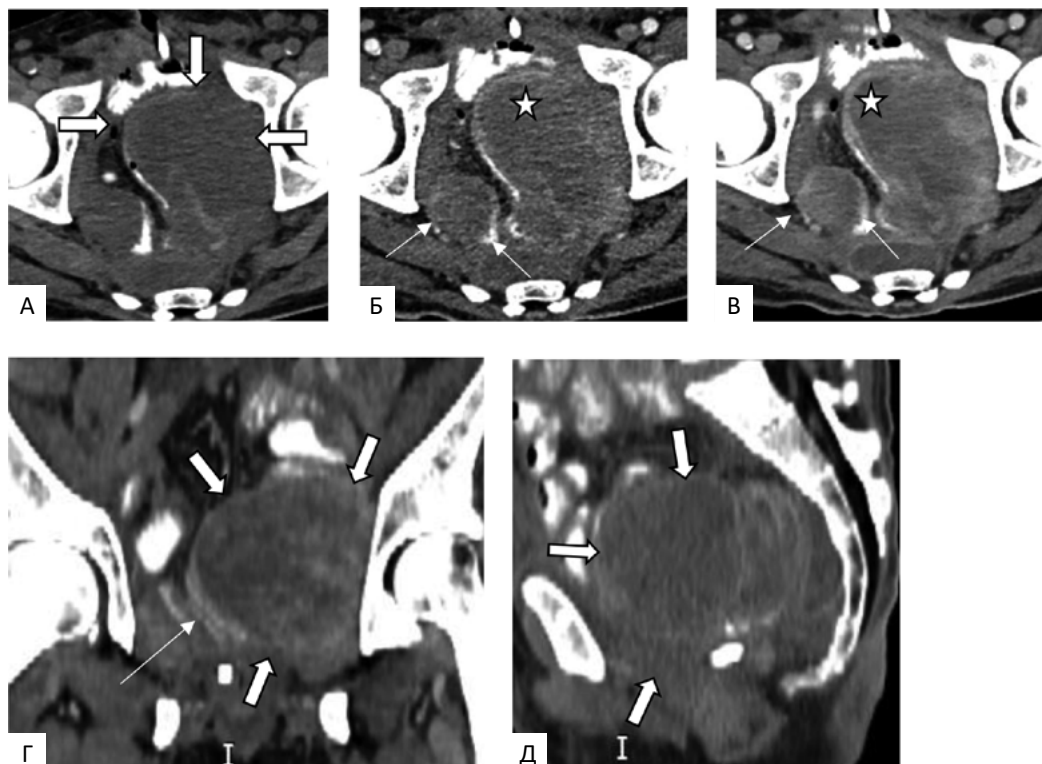


Рис. 1. Аксиальные (А, Б, В), фронтальная (Г) и сагиттальная (Д) компьютерные томограммы области таза пациента С. 44 лет с эмбриональной рабдомиосаркомой ПЖ. А) нативная фаза внутривенного контрастирования, Б) артериальная фаза, В-Д) венозная фаза. Почти вся полость таза выполнена опухолево-измененной ПЖ размерами до 13×8,5×16 см (А, Г, Д — толстые стрелки). Опухоль инфильтрировала семенные пузырьки, стенки мочевого пузыря, тесно прилежала к мочеточникам и подвздошным сосудам с обеих сторон, сдавливала и оттесняла прямую кишку вправо — ее просвет не визуализировался (Г — длинная тонкая стрелка). В запираательных областях с обеих сторон определялись конгломераты увеличенных метастатических лимфоузлов (Б, В — короткие тонкие стрелки)

Fig. 1. Axial (A, B, V), coronal (Г), and sagittal (Д) pelvic CT scans of patient S., 44 years old, with embryonal rhabdomyosarcoma of the prostate. A) native phase of contrast enhancement; Б) arterial phase; В-Д) venous phase. Almost the entire pelvic cavity is occupied by the tumoraltered prostate measuring up to 13×8.5×16 cm (A, Г, Д — thick arrows). The tumor infiltrated the seminal vesicles and the bladder wall, was closely adjacent to the ureters and iliac vessels on both sides, compressed and displaced the rectum to the right — its lumen was not visualized (Г — long thin arrow). In the obturator regions on both sides, conglomerates of enlarged metastatic lymph nodes were identified (Б, В — short thin arrows)



Рис. 2. Фронтальная (А) и сагиттальная (Б) МР-томограммы (протокол Т₂) области таза пациента Б. 17 лет с эмбриональной рабдомиосаркомой ПЖ. В области малого таза — массивное опухолевое образование с довольно четкими, волнистыми контурами и неоднородной внутренней структурой за счет сливающихся между собой разновеликих кистозных элементов различного строения (стрелки). Мочевой пузырь сдавлен и смещен вверх (звездочки)

Fig. 2. Coronal (A) and sagittal (Б) pelvic MRI scans (T₂-weighted imaging) of patient B., 17 years old, with embryonal rhabdomyosarcoma of the prostate. In the pelvic cavity, there is a massive tumor with fairly distinct, wavy contours and a heterogeneous internal structure due to confluent cystic elements of varying sizes and different architectures (arrows). The urinary bladder is compressed and displaced superiorly (asterisks)

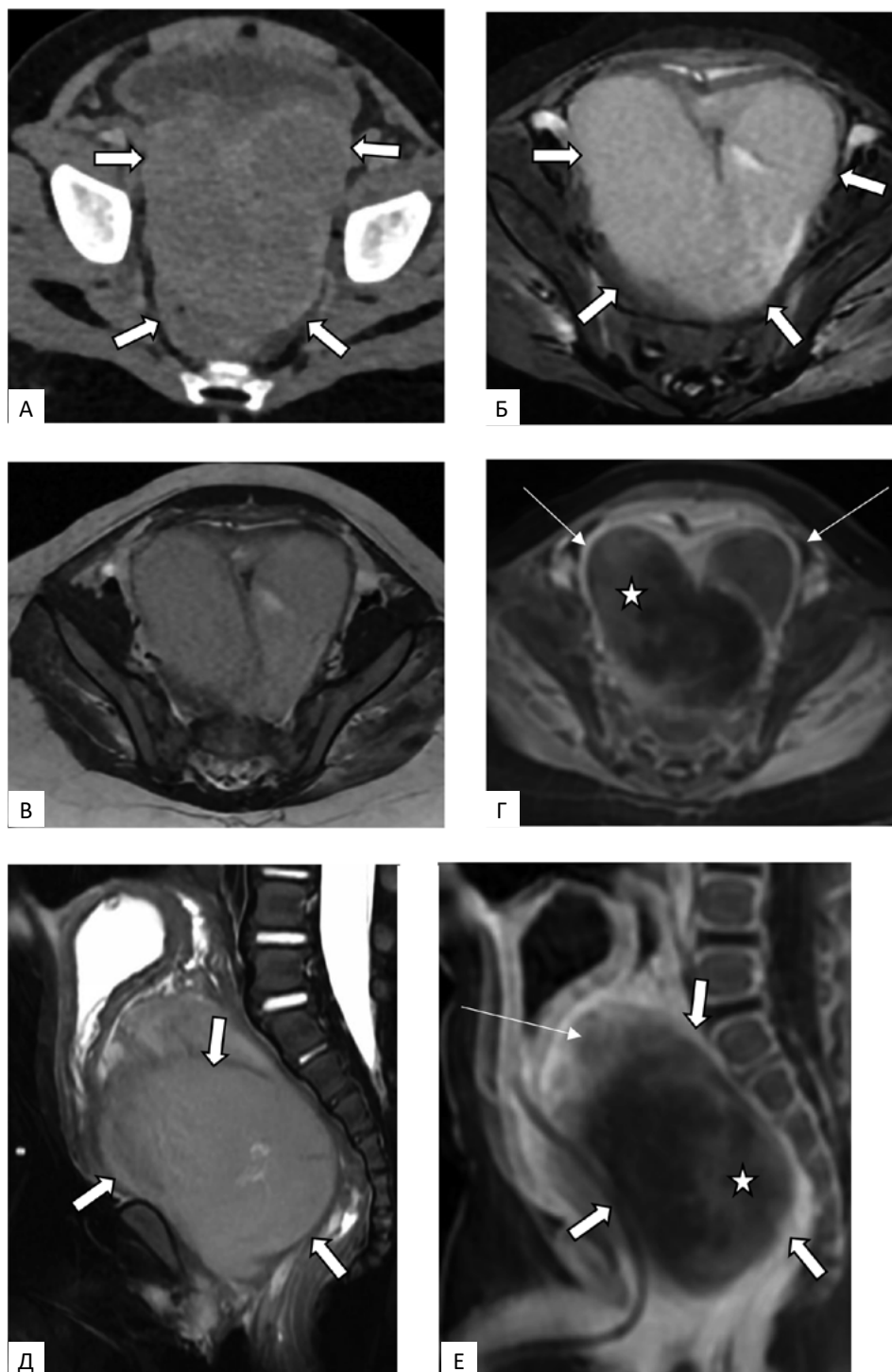


Рис. 3. Компьютерная (А) и МР-томограммы (Б–Е) области таза ребенка Л. 6 мес. А–Г) аксиальные проекции. Б) T_2 -протокол, В, Г) T_1 -протоколы: (В) — нативная фаза, (Г) — венозная фаза внутривенного контрастирования; Д, Е) сагиттальные проекции: Д) T_2 -протокол, Е) T_1 -протокол — венозная фаза. Большую часть полости таза выполняло массивное образование (А, Б, Д — стрелки) неправильно округлой формы с четкими, ровными контурами и сравнительно однородной внутренней структурой как при КТ, так и при МРТ нативно (А, Б, В, Д), с маловыраженным неоднородным усилением всей опухоли при внутривенном контрастировании (Г, Е — стрелки и звездочки)

Fig. 3. Pelvic CT (A) and MRI (Б–Е) scans of infant L., 6 months old. А–Г) axial plane. Б) T_2 -weighted imaging; В, Г) T_1 -weighted imaging: (B) native phase, (Г) venous phase of intravenous contrast enhancement. Д, Е) sagittal planes: Д) T_2 -weighted imaging, Е) T_1 -weighted imaging — venous phase. The greater part of the pelvic cavity was occupied by a massive formation (А, Б, Д — arrows) of irregularly rounded shape with distinct, smooth contours and a relatively homogeneous internal structure on both CT and MRI in the native scans (А, Б, В, Д), with mild heterogeneous enhancement of the entire tumor (Г, Е — arrows and asterisks)

трастировании отмечалось некоторое усиление его периферических отделов (рис. 3 Г, Е — стрелки) и, частично, самих опухолевых узлов (рис. 3 Г, Е — звездочки). Многочисленные паховые и наружные подвздошные лимфатические узлы были увеличены с обеих сторон. Заключение: Новообразование малого таза злокачественной природы, исходящее из ПЖ (рабдомиосаркома?).

С целью морфологической верификации диагноза и определения тактики лечения пациента была выполнена Tru-cut биопсия образования. При морфологическом исследовании: иммуноморфологическая картина соответствует рабдомиосаркоме, скорее всего, эмбриональной.

Назначена химиотерапия по протоколу CWS-2014 по схеме лечения I2VA с последующим контролем ее эффективности.

Лейомиосаркома (ЛМС) ПЖ выявлена у пациента Т. 59 лет, предъявлявшем минимальные жалобы на дизурические явления. При обращении в медицинское учреждение по месту жительства было выполнено УЗИ малого таза, определен уровень ПСА ($= 1,5$ нг/мл) и произведена биопсия ПЖ. Гистологическое заключение: лейомиосаркома ПЖ.

При обращении пациента в НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина произведен пересмотр готовых гистологических препаратов, подтвердивший этот диагноз. От предложенного оперативного вмешательства в объеме экзентерации малого таза (вследствие местной распространенности процесса — рис. 4) пациент отказался. Поэтому было принято решение о проведении 1-й линии химиотерапии в режиме — доксорубицин/дакарбазин, 1 раз в 21 день. Всего до

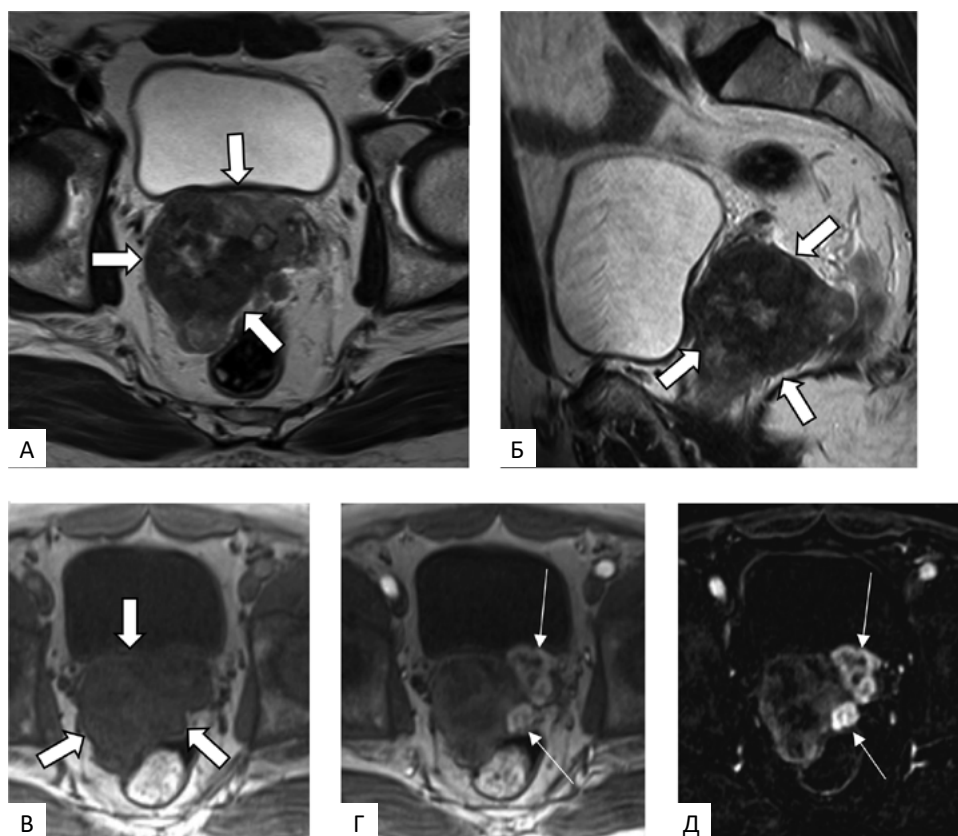


Рис. 4. МР-томограммы области таза (с внутривенным контрастированием) пациента Т. 59 лет с лейомиосаркомой ПЖ. Аксиальная (А) и сагиттальная (Б) проекции в T_2 -протоколах. В–Г) аксиальные проекции: В) нативная фаза внутривенного контрастирования, Г) венозная фаза, Д) режим субтракции. Область ПЖ замещена крупным опухолевым узлом с нечеткими, бугристыми контурами и неоднородной внутренней структурой (А–Б–В — толстые стрелки). Отмечалось вовлечение в процесс семенных пузырьков и тесное прилегание к основной массе образования немногочисленных разноразмерных гипervasкулярных узелков, что отчетливо определялось в артериальную фазу внутривенного контрастирования и на субтракционных изображениях (Г, Д — тонкие стрелки). Опухоль также тесно прилежала к задней стенке мочевого пузыря, прямой и сигмовидной кишкам с их возможным вовлечением в опухолевый процесс

Fig. 4. Pelvic MRI scans (with intravenous contrast enhancement) of patient T., 59 years old, with leiomyosarcoma of the prostate. Axial (A) and sagittal (B) planes in T_2 -weighted imaging. В–Г) axial planes: В) native phase of intravenous contrast enhancement; Г) venous phase; Д) subtraction mode. The prostatic region is replaced by a large tumor with indistinct, uneven contours and a heterogeneous internal structure (A–B–В — thick arrows). Involvement of the seminal vesicles and close adherence to the tumor mass a few hypervascular nodules of varying sizes were noted, which were clearly visualized in the arterial phase of intravenous contrast enhancement and on subtraction images (Г, Д — thin arrows). The tumor also closely adhered to the posterior wall of the urinary bladder, the rectum, and the sigmoid colon, with possible involvement of these structures in the tumor process

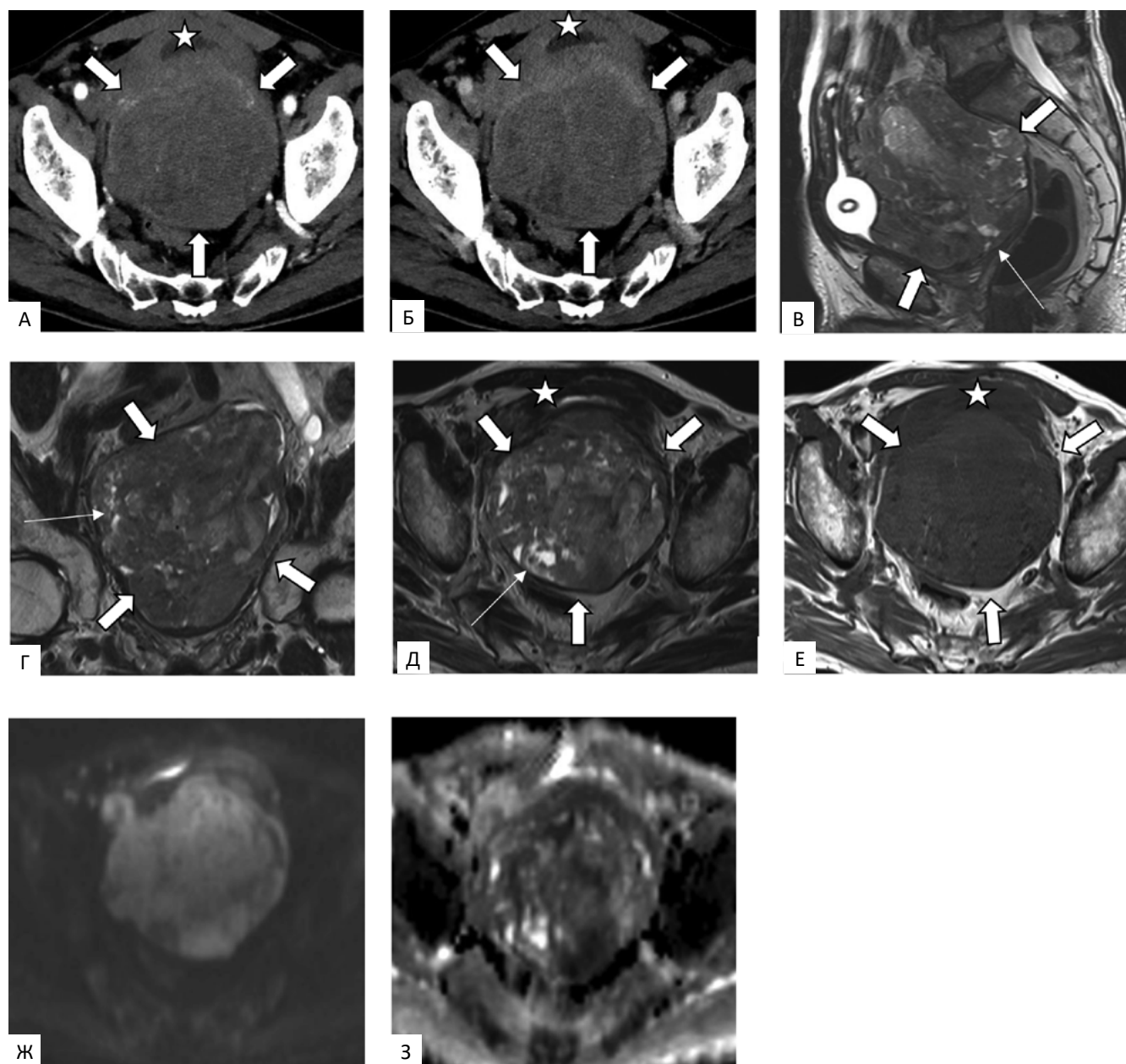


Рис. 5. Компьютерные (А–Б) и МР-томограммы (В–З) области таза пациента К. 74 лет с СФО ПЖ: А–Б, Д–З) аксиальные проекции, В) сагиттальная проекция, Г) фронтальная проекция. Ж) диффузионно-взвешенная томограмма с b-фактором = 1000 с/мм², З) ИКД-карта (карта измеряемого коэффициента диффузии). Выраженное увеличение размеров ПЖ с формированием крупного, солидного образования размерами около 13х12,5 см в поперечнике (А–Е — толстые стрелки), с довольно четкими, ровными контурами и неоднородной внутренней структурой за счет маловыраженных, аморфных кистозных участков (В–Д — тонкие стрелки). Опухолевая масса оттесняет кпереди и, по-видимому, инфильтрирует мочевого пузыря (А, Б, Д, Е — звездочки), прилежит к неизменной поверхности крестца, к подвздошным сосудам и к прямой кишке без явных признаков их вовлечения в процесс. При внутривенном контрастировании в различные фазы КТ-исследования (А — артериальная фаза, Б — венозная фаза) — маловыраженное (диффузное) усиление всего массива опухоли ПЖ псевдокапсула которой прослеживалась на всем протяжении. Увеличенных лимфатических узлов в полости таза не выявлено. При диффузионно-взвешенной МРТ: Ж) умеренно выраженная гиперинтенсивность структуры опухоли, при преимущественной гипоинтенсивности ее отображения на ИКД-картах (З). Заключение: массивная опухоль ПЖ

Fig. 5. Pelvic CT (A–B) and MRI (B–3) scans of patient K., 74 years old, with solitary fibrous tumor (SFT) of the prostate: A–Б, Д–З) axial planes; В) sagittal plane; Г) coronal plane. Ж) DWI with bvalue = 1000 s/mm²; 3) ADC map (apparent diffusion coefficient map). Marked enlargement of the prostate looking like a large, solid mass measuring approximately 13x12.5 cm in transverse diameter (A–Е — thick arrows), with fairly distinct, smooth contours and a heterogeneous internal structure due to subtle, amorphous cystic areas (B–Д — thin arrows). The tumor mass displaces anteriorly and apparently infiltrates the urinary bladder (A, Б, Д, Е — asterisks), abuts the unaltered surface of the sacrum, the iliac vessels, and the rectum without obvious signs of their involvement. On the contrast CT study (A — arterial phase, Б — venous phase) — mild (diffuse) enhancement of the entire tumor mass, the pseudocapsule of the prostate was traceable throughout. No enlarged lymph nodes were detected in the pelvic cavity. On diffusionweighted MRI: Ж) moderately pronounced hyperintensity of the tumor structure; with low ADC values on ADC maps (3). Conclusion: massive tumor of the prostate

8 курсов с последующим контролем эффективности лечения.

Солидарная фиброзная опухоль (СФО) ПЖ была обнаружена у пациента К. 74 лет. Данное наблюдение в целом уже описано ранее в статье Фирсова КА и соавт., 2024 [3], но лишь с единичными диагностическими изображениями, именно поэтому мы решили дополнить их ряд.

Этот пациент в связи с острой задержкой мочи был госпитализирован в стационар по месту жительства, где вначале установили уретральный катетер, а в последующем провели цистостомию и интраоперационную биопсию опухоли малого таза. При гистологическом исследовании: злокачественная солидарная фиброзная опухоль. Уровень ПСА в сыворотке крови составлял 4,2 нг/мл.

При обращении пациента в НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина, согласно решению онкоурологического консилиума, пациенту была проведена радикальная цистопростатэктомия, расширенная тазовая лимфодиссекция, операция Брикера.

При морфологическом исследовании удаленного макропрепарата выявлено, что в ткани ПЖ помимо разрастания злокачественной солитарной фиброзной опухоли определялся очаг (менее 5 % от общего объема) ацинарной аденокарциномы 6 (3+3) баллов по шкале Глисона, без прорастания капсулы, без признаков сосудистой и перинеуральной инвазии. Поэтому окончательный диагноз был сформулирован как «Первично-множественные синхронные злокачественные опухоли: солитарная фиброзная опухоль ПЖ и рак ПЖ II стадии». Проведение адъювантной терапии было не показано.

Можно отметить, что даже при тщательном ретроспективном анализе данных КТ/МРТ-признаков наличия второй опухоли в ПЖ (на фоне выраженной неоднородности ее измененной структуры) обнаружить не удалось (рис. 5).

Таким образом, на основе литературных данных и собственных наблюдений можно говорить о наличии ряда признаков, позволяющих отличать аденокарциномы ПЖ от некоторых редких мезенхимальных опухолей ПЖ, которые характеризуются более крупными размерами, наличием четких контуров и менее выраженным инфильтративным ростом. Вследствие редкости обсуждаемых опухолей каких-либо значимых особенностей их структуры и характера их контрастирования выявить не удалось.

Заключение

Корректное распознавание редких мезенхимальных новообразований ПЖ (в частности, упомянутых выше) с использованием различных методов лучевой диагностики крайне затруднено и практически невозможно. Окончательный диагноз подобных опухолевых поражений ПЖ должен основываться на гистологических и иммуногистохимических данных.

Список литературы / References

1. WHO Classification of Tumors Editorial Board. Urinary and male genital tumors. Lyon (France) International Agency for Research on Cancer, 2022. (WHO Classification of Tumors series, 5th ed.; vol.8). Tumours of the prostate pp. 193-241. <https://publication.iars.fr/610>.
2. Marcal LP, Surabhi VR, Ramani NS et al. Mesenchymal neoplasms of the prostate and seminal vesicles: spectrum of disease with radiologic-pathologic correlation. Radiographics 2022;2(42):417-32. <https://doi.org/10.1148/rg.210084>.
3. Фирсов КА, Салимзянов ФИ, Халмурзаев ОА и др. Солитарная фиброзная опухоль предстательной железы: клинический случай и обзор литературы. Онкоурология 2024;20(2):116-21. <https://doi.org/10.17650/1726-9776-2024-20-2-116-121>.
Firsov KA, Salimzyanov FI, Khalmurzaev OA et al. Solitary fibrous tumor of the prostate: clinical case and literature review. Cancer Urology. 2024;20(2):116-21. (In Russ.). <https://doi.org/10.17650/1726-9776-2024-20-2-116-121>.
4. Moch H, Humphrey PA, Ulbright TM, Reuter VE, eds. WHO Classification of Tumours of the Urinary System and Male Genital Organs. vol. 8. 4th ed. WHO Press; 2016. ISBN-13 (Print Book) 978-92-832-2437-2.
5. The WHO Classification of Tumors Editorial Board. WHO Classification of Tumours of Soft Tissue and Bone, 5th ed. Lyon. France. IARC. 2020, 104-108; 195-197, 201-204.
6. Olivas AD and Antic T. Rhabdomyosarcoma of the adult prostate: a case report with complete molecular profile. Int J Surg Pathol. 2020;28:92-98.
7. Drabbe C, Benson C, Younger E, et al. Embryonal and alveolar rhabdomyosarcoma in adults: real-life data from a tertiary sarcoma centre. Clinical Oncology. 2020;32(1):e27-e35. <https://doi.org/10.1016/j.clon.2019.07.007>.
8. Sow O, Sarr A, Niang D et al. Prostate rhabdomyosarcoma in a young adult: Case report and literature review. Urol Case Rep. 2021;39:101745. <https://doi.org/10.1016/j.eurc.2021.101745>.
9. Адамян ЛВ, Сибирская ЕВ, Шарков СМ. и соавт. Эмбриональная рабдомиосаркома. Детская хирургия. 2017;21(2):102-104. <https://doi.org/10.18821/1560-9510-2017-21-2-102-104>.
Adamyant LV, Sibirskaia EV, Sharkov SM, Korotkova S.A., Tarbaya N.O. Embryonal rhabdomyosarcoma. Russian Journal of Pediatric Surgery. 2017;21(2):102-104. (In Russ.).
10. Cheville JC, Dundore PA, Nascimento AG et al. Leiomyosarcoma of the prostate. Report of 23 cases. Cancer. 1995;76(8):1422-7. [https://doi.org/10.1002/1097-0142\(19951015\)76<1422::aid-cn-cr2820760819>3.0.co;2-l](https://doi.org/10.1002/1097-0142(19951015)76<1422::aid-cn-cr2820760819>3.0.co;2-l).
11. Alves LJ, Gameiro CD, Lopes SP, et al. Prostate Leiomyosarcoma: A Rare Misleading Tumor. Urology. 2019;130:13-16. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2019.04.014>.
12. Miedler JD, MacLennan GT. Leiomyosarcoma of the prostate. J Urol. 2007;178:668.
13. Raj DH, Dash PK, Mohanty J, et al. Leiomyosarcoma of the prostate—an unexpected histopathological outcome. BMJ Case Rep 2016. <https://doi.org/10.1136/bcr-2016-215594>.
14. Singh JP, Chakraborty D, Bera MK, et al. Leiomyosarcoma of prostate: a rare, aggressive tumor. J Cancer Res Ther. 2013;9:743-5. <https://doi.org/10.1136/bcr-2016-215594>.
15. Dubey A, Sivananthan G, Bradel T, et al. Prostatic leiomyosarcoma—a rare case report with review of literature. Internet J Oncol. 2010;8. <https://doi.org/10.1155/2015/485786>.
16. Peng Y, Jiang Y, Ding S et al. Solitary fibrous tumors in prostate: a case report with review of the literature. Aging Male. 2022;1(25):219-27. <https://doi.org/10.1080/13685538.2022.2110232>.
17. Ronchi A, Mantia EL, Gigantino V et al. A rare case of malignant solitary fibrous tumor in prostate with review of the literature. Diagn Pathol. 2017;1(12):50. <https://doi.org/10.1186/s13000-017-0640-5>.
18. Chang JM, Lee HJ, Lee SE. Pictorial review: unusual tumours involving the prostate: radiological-pathological findings. Br J Radiol. 2008;81:907-15. <https://doi.org/10.1259/bjr/68294775>.

Information about the authors

Gyulya I. Akhverdieva, <https://orcid.org/0000-0001-7381-0942>
Alexander B. Lukianchenko, <https://orcid.org/0000-0002-7021-6419>
Mariia G. Lapteva, <https://orcid.org/0000-0002-1295-4106>
Konstantin A. Firsov, <https://orcid.org/0000-0002-4626-1295>

Вклад авторов

Г.И. Ахвердиева — сбор и предварительный анализ материала
А.Б. Лукьянченко — обработка материала, написание статьи
М.Г. Лаптева — редактирование и оформление статьи, подготовка
ее к публикации
К.А. Фирсов — клинический анализ включенных в работу пациентов

Финансирование

Исследование проведено без спонсорской поддержки.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Соответствие принципам этики

Одобрение этического комитета получено.

Информированное согласие

Пациенты подписали информированное согласие на публикацию
данных.

Поступила: 20.05.2026
Принята к публикации: 03.07.2026
Опубликована online: 26.09.2026

Authors' contributions

G.I. Akhverdiev — data collection and its preliminary analysis
A.B. Lukianchenko — data processing, writing the article
M.G. Lapteva — editing the article and preparing it for the publication
K.A. Firsov — clinical evaluation of the data

Funding

The study had no sponsorship.

Conflict of interests

The authors declare no conflict of interest.

Ethical compliance

Ethical committee approval was received.

Informed consent

The patients signed informed consent for the publication of the data.

Received: 20.05.2026
Accepted for publication: 03.07.2026
Published online: 26.09.2026