

Лейомиома влагалища: клинический случай

А.Е. Мишина¹, Л.С. Веленчук¹, Л.А. Синицына¹, И.В. Мишин²

¹Институт матери и ребенка, Кишинев, Молдова;

²Государственный университет медицины и фармации им. Н.А. Тестемичану, Кишинев, Молдова

Аннотация

Миома матки (лейомиома матки) – распространенная доброкачественная опухоль у женщин репродуктивного возраста; по имеющимся данным, ее распространенность составляет 20–80 %. Лейомиома влагалища – редкая опухоль гладкомышечного происхождения, и к настоящему времени в литературе описано около 300 случаев данной патологии. Опухоли часто протекают бессимптомно, но могут вызывать дизурию, учащенное мочеиспускание, задержку мочи и диспареунию. Эти опухоли обычно представляют собой одиночное, четко отграниченное образование, исходящее из передней стенки по средней линии и реже – из передней и боковых стенок. В статье представлено клиническое наблюдение: у 49-летней пациентки, не предъявлявшей жалоб, в ходе ультразвукового исследования случайно выявлено новообразование в правой боковой стенке влагалища. При магнитно-резонансной томографии в правой боковой стенке влагалища визуализировалось солидное однородное образование с четкими контурами и размерами 35 × 26 × 43 мм. Образование было полностью удалено трансвагинальным доступом. Послеоперационный период протекал без осложнений. Гистопатологическое и иммуногистохимическое (окрашивание на гладкомышечный актин – SMA) исследования подтвердили диагноз «лейомиома». При контрольном осмотре в гинекологическом отделении через 6 мес признаков рецидива не выявлено. Трансвагинальный доступ с полным хирургическим иссечением является эффективным методом лечения лейомиомы влагалища.

Ключевые слова: опухоли влагалища; доброкачественные опухоли; фиброид; лейомиома; клинический случай.

Как цитировать: Мишина А.Е., Веленчук Л.С., Синицына Л.А., Мишин И.В. Лейомиома влагалища: клинический случай // Андрология и генитальная хирургия 2026;27(2):146–51. DOI: <https://doi.org/10.63769/2070-9781-2026-27-2-146-151>

Vaginal leiomyoma: a case report

Anna E. Mishina¹, Ludmila S. Velenciuc¹, Lilia A. Sinitina¹, Igor V. Mishin²

¹Institute of Mother and Child Care, Kishinev, Moldova;

²Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy, Kishinev, Moldova

Abstract

Uterine fibroids, also known as uterine leiomyomas, are common benign tumors in women of reproductive age, with a reported prevalence of 20–80 %. Vaginal leiomyoma is a rare smooth muscle tumor and up to date approximately 300 cases of vaginal leiomyomas have been described in the literature. The tumors are often asymptomatic, but can cause dysuria, urinary frequency, urinary retention, and dyspareunia. These tumors' usually occur as a single, well circumscribed mass arising from the midline anterior wall, and less commonly from the anterior and lateral walls. The article presents a case of a 49-year-old asymptomatic woman who had a mass in the right lateral wall of the vagina discovered incidentally during ultrasonography. Magnetic resonance imaging revealed a solid, homogeneous mass in the right lateral vaginal wall with well-defined margins measuring 35 × 26 × 43 mm. The mass was completely excised via vaginal approach. The postoperative recovery of the patient was uneventful. Histopathological and immunohistochemical (smooth muscle actin – SMA) studies confirmed the diagnosis of leiomyoma. She was reviewed in the gynecology clinic 6 months later and there was no evidence of recurrence. Transvaginal approach with complete surgical excision is an effective approach to treatment of vaginal leiomyomas.

Keywords: vaginal tumors; benign tumors; fibroid; leiomyoma; case report.

To cite this article: Mishina A.E., Velenciuc L.S., Sinitina L.A., Mishin I.V. Vaginal leiomyoma: a case report. *Andrology and Genital Surgery*. 2026;27(2):146–51. DOI: <https://doi.org/10.63769/2070-9781-2026-27-2-146-151>

Обоснование

Лейомиома — наиболее частая доброкачественная опухоль мезенхимального происхождения, обнаруживается у 2/3 женщин репродуктивного возраста [1, 2]. Данный тип опухолей чаще всего локализуется в теле матки, а лейомиомы влагалища (ЛВ) относятся к довольно редкой локализации [3–5]. До настоящего времени в специализированной англоязычной литературе опубликовано около 300 случаев ЛВ [2, 6, 7]. По данным D.R.D.S. Fontinele и соавт. (2022), ЛВ составляют только 0,03 % в структуре опухолей женской репродуктивной системы [8].

Лейомиомы влагалища относятся к медленно растущим опухолям, для них характерно наличие маленького и безболезненного образования на протяжении многих лет [9]. При симптоматичных ЛВ клинические манифестации довольно разнообразны и во многом зависят от локализации и размеров опухоли [5, 10, 11]. В связи с редкой встречаемостью ЛВ предоперационная диагностика и выбор доступа для хирургического вмешательства остаются достаточно затруднительными [1, 3].

В статье представлен клинический случай лечения ЛВ, диагностированной предоперационно по данным магнитно-резонансной томографии (МРТ) и подтвержденной после гистопатологического и иммуногистохимического исследований.

Клинический случай

Пациентка 49 лет обратилась в отделение хирургической гинекологии с солидным образованием влагалища, обнаруженным инсиденциально при ультразвукографии. Акушерско-гинекологический анамнез: менструации с 13 лет, установились сразу, продолжительностью 4–5 дней с интервалом 25–27 дней, по объему кровопотери умеренные, безболезненные. В анамнезе у пациентки 6 беременностей: 3 родов через естественные родовые пути и 3 медицинских аборта. В возрасте 43 лет — субтотальная гистерэктомия без придатков по поводу множественной миомы матки с эпизодами метрорагии и в возрасте 47 лет — частичная резекция щитовидной железы по поводу узлового зоба.

Пациентка правильного телосложения (индекс массы тела — 27,7 кг/м²), органы и системы органов — без патологии. При влагалищном исследовании: на правой стенке в верхней трети влагалища определяется опухолевидное образование размерами ≈3–4 см, малоподвижное, плотное и безболезненное. Культы матки и придатки с обеих сторон без особенностей. Своды влагалища свободные, безболезненные. Выделения слизистые. При вагиноскопии — слизистая влагалища над опухолевидным образованием не изменена.

По данным МРТ (рис. 1): в правой боковой стенке влагалища визуализируется солидное, гомогенное

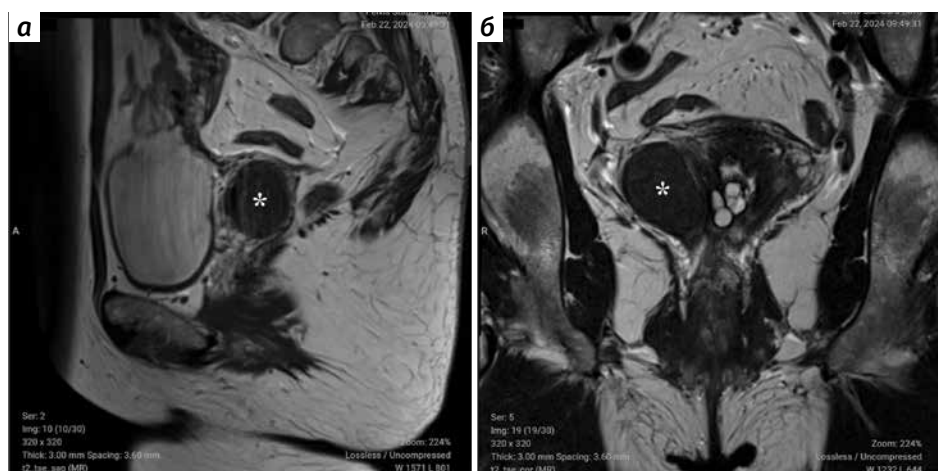


Рис. 1. Магнитно-резонансная томография, T2-взвешенное изображение: а – сагитальная проекция; б – краниальная проекция. Сольное, гомогенное образование размером 35 × 26 × 43 мм, расположенное в правой боковой стенке влагалища (отмечено звездочкой)

Fig. 1. Magnetic resonance imaging, T2-weighted image: а – sagittal projection; б – cranial projection. Solid, homogeneous mass with dimensions 35 × 26 × 43 mm, located in the right lateral wall of the vagina (marked with an asterisk)



Рис. 2. Макропрепарат удаленной опухоли на разрезе
Fig. 2. Macroscopic appearance of the dissected resected tumor

образование с четкими контурами, размером $35 \times 26 \times 43$ мм. В шейке матки множественные кисты Наботовых желез (≈ 12 мм). Оба яичника размером $7 \times 16 \times 18$ мм с гомогенной структурой. Диагноз: миома влагалища.

Под общим обезболиванием в литотомической позиции выполнен продольный разрез стенки влагалища непосредственно над опухолью, которая полностью удалена без технических трудностей и с минимальной кровопотерей. Дефект влагалища ушит синтетическим шовным материалом.

Макропрепарат: солидная опухоль с четким контуром, на разрезе — белесовато-желтая ткань (рис. 2). Гистопатологическое исследование продемонстрировало, что опухоль состоит из разнонаправленных пучков гладкомышечных клеток и стромы. В клетках опухоли отмечена диффузная, выраженная экспрессия на гладкомышечный актин (SMA) (рис. 3). Гистопатологический диагноз: ЛВ. Послеоперационный период протекал без осложнений. Контрольный осмотр через 6 мес — симптомы отсутствуют и рецидива опухоли нет.

Обсуждение

Впервые ЛВ описана D. de Leyden в 1733 г. [6, 12]. ЛВ относится к достаточно редкой патологии, и на основании системного обзора литературы (используя принцип PRISMA) с использованием баз данных MedLine, Embase и PubMed мы выявили 85 документированных случаев ЛВ за период 2000–2019 гг. [10]. Точный гистогенез ЛВ до конца не известен, тем не менее в литературе существует гипотеза, что данные опухоли происходят из гладкомышечных волокон или остаточной ткани эмбриональных сосудов влагалища [2, 4, 10].

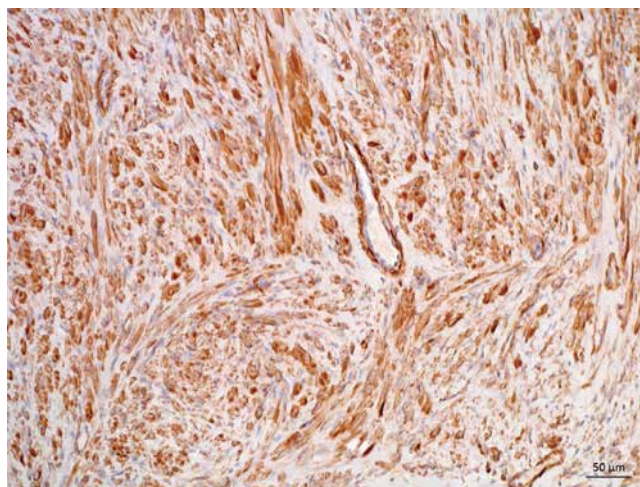


Рис. 3. Иммуногистохимия: позитивная экспрессия на гладкомышечный актин (SMA) (DAB $\times 200$)

Fig. 3. Immunohistochemistry: positive expression of smooth muscle actin (SMA) (DAB $\times 200$)

Лейомиомы влагалища чаще наблюдаются в 4-й и 5-й декадах жизни [1, 4–6, 10], тем не менее описаны единичные наблюдения ЛВ у подростков [8] и у пациенток в перименопаузальном периоде [2, 9]. Поскольку ЛВ являются эстрогензависимыми опухолями, замечена их регрессия в менопаузе или на фоне приема аналогов гонадотропин-рилизинг-гормона [10].

Чаще всего ЛВ представлены в виде единичной опухоли и локализируются в передней стенке влагалища (в 69,5 % случаев) и реже в задней стенке (17 %) и боковых стенках (13,5 %) [10]. В ряде случаев ЛВ сочетаются с лейомиомами матки и аденомиозом [2, 12].

Считается общепринятым мнение, что ЛВ относятся к медленно растущим опухолям [7, 12, 13], однако в литературе имеются описания прогрессивного роста в течение короткого временного промежутка до 7 см в диаметре [10]. Чаще всего ЛВ небольших размеров (от 1,5 до 5 см) и, как правило, покрыты гладкой интактной слизистой влагалища [3, 6, 10, 12]. В то же время опубликованы спорадические наблюдения ЛВ размерами ≥ 10 см [7, 8].

В связи с незначительными размерами опухоли ЛВ в течение длительного времени остаются бессимптомными и обнаруживаются инцидентально при профилактических осмотрах и/или ультразвукографии [4, 5, 10, 13]. Клиническая манифестация ЛВ достаточно разнообразна, во многом зависит от локализации опухоли и ее размеров и может проявляться диспареунией [2, 6, 9, 11], сексуальным дискомфортом [7, 14], кровотечениями [5, 12], повторяющимися эпизодами задержки мочи [1], недержанием мочи [3, 5], пролабирующим из влагалища объемным образованием [2, 5–7, 10–12]. В редких случаях ЛВ ассоциируются

с появлением на слизистой влагалища трофических нарушений, дефектов и сопровождаются гнойными выделениями и контактными кровотечениями [5, 7].

Ввиду широкого спектра симптомов ЛВ достаточно редко диагностируются предоперационно и ошибочно трактуются как лейомиомы матки на ножке (рождающийся миоматозный узел), миомы шейки матки, полипы шейки матки, кисты влагалища, объемные образования бартолиниевой железы, цистоцеле, гематокольпос и злокачественные опухоли [2, 5, 6, 10, 12].

Радиологические исследования при ЛВ, как правило, направлены на выяснение природы опухоли, ее расположения и дифференциальную диагностику со злокачественными образованиями данной области [2]. При использовании трансвагинального/трансперинеального ультразвукового исследования данный тип опухоли представлен в виде хорошо ограниченного, солидного образования, по эхогенности схожего с миометрием [1, 2, 4, 6–8, 11, 13]. По данным доплерографии фиксировалась васкуляризация в области псевдокапсулы опухоли [6, 10]. При наличии некрозов опухоли и гиалиновой дегенерации ЛВ определяются как гетерогенные образования [10].

При МРТ ЛВ визуализируются как солидные образования с гладким контуром с однородным гипоинтенсивным сигналом на T1-взвешенных изображениях и/или изоинтенсивными на T2-взвешенных изображениях [1, 2, 5, 7, 9, 11, 12]. Следует отметить, что радиологические характеристики ЛВ зависят от гистопатологических изменений (кровоизлияний, некрозов) в тканях опухоли и могут напоминать злокачественные опухоли [5]. В единичных случаях для диагностики ЛВ успешно использовалась предоперационная тонкоигольная аспирационная биопсия из опухоли [7, 11].

Хирургическое иссечение опухоли является единственным методом лечения ЛВ, а выбор доступа зависит от локализации и размеров ЛВ [2–5, 9–12]. В большинстве случаев (≈90 %) для удаления ЛВ используется трансвагинальный доступ [2–7, 9–12]. В редких случаях при гигантских размерах опухоли и ее расположении в верхней трети влагалища рекомендуется использовать лапаротомию или комбинированный (трансабдоминальный + трансвагинальный) доступ [10]. К настоящему времени опубликованы примеры использования лапароскопических технологий для удаления ЛВ, расположенных в верхней трети влагалища. Авторы высказали мнение, что при лапароскопических операциях создается лучшая визуализация области диссекции, что предупреждает повреждение мочевого пузыря, мочеточников, прямой кишки и т. д. [1, 14]. При лейомиомах верхней трети влагалища J. H. Liu и соавт. выполнили успешную миомэктомию с использованием одного многоканального порта, стандартных лапароскопических инструментов и принципа трансваги-

нальной транслуминальной эндоскопической хирургии (vNOTES) [13].

Y. Liu и соавт. использовали аналоги гонадотропин-рилизинг-гормона на протяжении 6 мес в предоперационном периоде с целью уменьшения размеров ЛВ, заполняющей всю полость влагалища, с последующим трансвагинальным удалением опухоли. Авторы констатировали уменьшение ЛВ на момент операции в 2 раза от исходного размера опухоли, что позволило упростить и обезопасить хирургическое вмешательство [11].

Объем оперативного вмешательства при ЛВ — энуклеация (иссечение) опухоли с отрицательным хирургическим краем (R0-резекция) [1, 4, 6, 7, 9, 10, 12]. При удалении ЛВ передней стенки влагалища (параметральные лейомиомы) необходимо учитывать взаимоотношение опухоли с уретрой и мочевым пузырем, что обуславливает необходимость предварительной катетеризации мочевого пузыря [2, 4–6, 9, 12]. Для ЛВ, исходящих из боковых стенок влагалища, характерен рост в параректальное пространство, что диктует четкое определение их локализации в отношении стенки и сфинктерного аппарата прямой кишки [10]. При сочетании ЛВ с лейомиомой матки выполнялось одноэтапное оперативное вмешательство — гистерэктомия с придатками и миомэктомию из стенки влагалища [2, 12].

Макроскопически ЛВ представлены в виде солидных, эластичных образований белесовато-желтого цвета, иногда с наличием псевдокапсулы [5, 7, 10]. При морфологическом исследовании ЛВ установлены 3 гистопатологических варианта: веретенообразный, эпителиоидный и миксоидный [7]. В подавляющем большинстве случаев атипия и митозы отсутствуют [8], а в ряде случаев определяются участки некрозов, гиалиновой и кистозной дегенерации. Гистопатологическое исследование обеспечивает дифференциальную диагностику ЛВ от атипичной лейомиомы и лейомиосаркомы [2]. При иммуногистохимическом исследовании ЛВ, как правило, в ткани опухоли отмечается диффузная экспрессия SMA [5, 8], кальдесмона [8] и десмина [5], а также положительная экспрессия эстрогеновых и прогестероновых рецепторов [5, 11].

Рецидивы ЛВ после хирургического лечения встречаются чрезвычайно редко, тем не менее длительное наблюдение за данной категорией пациенток является обязательным [6, 8, 10].

Заключение

Лейомиомы влагалища должны учитываться при дифференциальной диагностике доброкачественных и злокачественных опухолей влагалища. МРТ позволяет корректно установить предоперационный диагноз ЛВ, определить точную локализацию, размеры и взаимоотношение с окружающими органами,

а также наличие/отсутствие лейомиомы матки. Полученная при МРТ информация позволяет адекватно планировать доступ и объем оперативного вмешательства.

Удаление ЛВ трансвагинальным доступом является методом выбора в лечении данной патологии в большинстве наблюдений.

Дополнительная информация / Additional information

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при подготовке публикации.

Funding source. The authors declare that there was no external funding for the preparation of this publication.

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

Disclosure of interests. The authors declare that they have no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Вклад авторов. Все авторы подтверждают соответствие своего авторства международным критериям ICMJE (все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией). А.Е. Мишина – разработка концепции и дизайна исследования, выполнение оперативного вмешательства, написание текста статьи; Л.С. Веленчук – сбор и обработка материала, выполнение оперативного вмешательства, научное редактирование; Л.А. Синицына – сбор и обработка материала, научное редактирование; И.В. Мишин – разработка концепции и дизайна исследования, научное редактирование.

Authors' contribution. All authors confirm that they meet the international ICMJE criteria for authorship (all authors have made a significant contribution to the development of the concept, preparation of the article, and have read and approved the final version before publication). A.E. Mishina – development of the concept and design of research, performing surgical intervention, article writing; L.S. Velenciuc – collection and processing of material, performing surgical intervention, scientific editing; L.A. Sinitina – collection and processing of material, scientific editing; I.V. Mishin – development of the concept and design of research, scientific editing.

Информированное согласие на публикацию. Пациентка подписала форму информированного согласия на публикацию персональной медицинской информации в обезличенной форме.

Consent for publication. Patient signed informed consent for publication of medical data in an anonymized form.

Список литературы / References

- Giovannopoulou E., Kogeorgos S., Lazaridis A., Pistofidis G. Vaginal leiomyomas – Safe steps for laparoscopic removal: feasibility from 3 case reports. *Facts Views Vis Obgyn* 2023;15(2):161–5. DOI: 10.52054/FVVO.15.2.067
- Deepika, Goyal S., Garg P. et al. Vaginal leiomyoma in a perimenopausal woman: A rare case report and review of the literature. *J Family Med Prim Care* 2024;13(5):2161–3. DOI: 10.4103/jfmpc.jfmpc_1229_23
- Alsahabi J., Benawadh A., Bamanie E. Long-term follow up of paraurethral leiomyoma: A case report and literature review. *Int J Surg Case Rep* 2022;101:107773. DOI: 10.1016/j.ijscr.2022.107773
- Chen M., Li Y., Chi Y., Xia E. Diagnosis and management of vaginal leiomyoma: a case report and literature review. *Ginekol Pol* 2023;94(10):858–61. DOI: 10.5603/GP.a2022.0145
- Gao Y., Qin Y., Li J. et al. Vaginal leiomyoma: A case report. *Exp Ther Med* 2022;24(5):661. DOI: 10.3892/etm.2022.11597
- Costa C., Barba M., Cola A., Frigerio M. Transvaginal excision of vaginal paraurethral leiomyoma: A video case report. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2023;290:11–3. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2023.09.008
- Egbe T.O., Kobenge F.M., Metogo J.A.M. et al. Vaginal leiomyoma: medical imaging and diagnosis in a resource low tertiary hospital: case report. *BMC Womens Health* 2020;20(1):12. DOI: 10.1186/s12905-020-0883-2
- Fontinele D.R.D.S., Silva L.H.C., Vieira S.C. et al. Leiomyoma of the vulva: Case report. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2022;35(3):391–2. DOI: 10.1016/j.jpbg.2021.10.020
- Touimi Benjelloun A., Ziad I., Elkaroini D. et al. Vaginal leiomyoma mimicking a cystocele (report case). *Int J Surg Case Rep* 2022;93:106955. DOI: 10.1016/j.ijscr.2022.106955
- Braga A., Soave I., Caccia G. et al. What is this vaginal bulge? An atypical case of vaginal paraurethral leiomyoma. A case report and literature systematic review. *J Gynecol Obstet Hum Reprod* 2021;50(6):101822. DOI: 10.1016/j.jogoh.2020.101822
- Liu Y., Wang X., He Y. GnRH analogue followed by surgery in treatment of vaginal leiomyoma – a case report. *Medicine (Baltimore)* 2021;100(8):e24911. DOI: 10.1097/MD.00000000000024911
- Akkamahadevi C.H., Neekita P., Pooja S. et al. Benign primary vaginal leiomyoma – A diagnostic challenge: Rare case report. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2020;247:261–2. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2020.02.005
- Liu J.H., Zheng Y., Wang Y.W. Transvaginal natural orifice transluminal endoscopic surgery (vNOTES) as treatment for upper vaginal leiomyoma: A case report. *Medicine (Baltimore)* 2021;100(20):e25969. DOI: 10.1097/MD.00000000000025969
- Zhang N.N., Li D., Chen S.L. et al. An effective method using laparoscopy in treatment of upper vaginal leiomyoma. *Fertil Steril* 2020;114(1):185–6. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2020.03.026

Об авторах / Authors' info

***Мишина Анна Евгеньевна**, д-р мед. наук;

***Anna E. Mishina**, MD, Dr. Sci. (Medicine);

ORCID: 0000-0002-8317-422X; e-mail: anna.mishina2023@gmail.com

Веленчук Людмила Сидоровна, акушер-гинеколог;

Ludmila S. Velenciuc, MD;

ORCID: 0009-0006-7971-5501; e-mail: lvelenciuc15@gmail.com

Синицына Лилия Алексеевна, канд. мед. наук;

Lilia A. Sinitina, MD, Cand. Sci. (Medicine);

ORCID: 0000-0001-9646-8860; e-mail: sinitinalilia@gmail.com

Мишин Игорь Валентинович, д-р мед. наук, профессор;

Igor V. Mishin, MD, Dr. Sci. (Medicine), Professor;

ORCID: 0000-0003-0754-7917; e-mail: mishin_igor@mail.ru

Рукопись получена: 09.05.2026. **Рукопись одобрена:** 10.07.2026. **Опубликована онлайн:** 31.08.2026.

Submitted: 09.05.2026. **Accepted:** 10.07.2026. **Published online:** 31.08.2026.

*Автор, ответственный за переписку

*Corresponding author