

## **РАК БАРТОЛИНОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ С МЕТАСТАЗОМ В ГОЛОВНОЙ МОЗГ**

*Л.В. Цыганкова, Е.Л. Рязанцев, А.Н. Бирюков*

Рязанский государственный медицинский университет  
имени академика И.П. Павлова

**В статье представлен случай редкой опухоли вульвы – рака бартолиновой железы. Случай, кроме редкости этого страдания, интересен трудностями, возникшими при диагностике первичного очага, и метастазированием злокачественной опухоли в головной мозг.**

**Ключевые слова:** рак бартолиновой железы, метастаз, головной мозг

В литературе информация о раке бартолиновой железы представлена весьма скудно – в виде кратких описаний казуистических случаев. Я.В. Бохман, наблюдавший 15 больных с данной патологией, относил эти опухоли к редким. Несмотря на редкость рака бартолиновой железы, он составляет большинство наблюдений аденокарциномы вульвы и развивается на 10 – 15 лет раньше, чем в других отделах вульвы [1]. Кроме аденокарциномы, опухоль может быть представлена плоскоклеточным раком, развивающимся из зоны наружного отверстия выводного протока железы; из эпителия самого протока развивается сосочковый переходно-клеточный рак [5]. Обычно больные длительно лечатся по поводу бартолинита или кисты бартолиновой железы, и только при неэффективности лечения и быстром росте образования их направляют для обследования в онкологический диспансер. Рак бартолиновой железы несколько реже метастазирует в пахово-бедренные лимфатические узлы, чем опухоли, развивающиеся в других отделах вульвы. Несмотря на то, что опухоли женских половых органов нередко метастазируют в головной мозг [3], случаи метастазов рака бартолиновой железы в головной мозг не описаны. В лечении основной акцент делается на радикальность операции, т.к. рак бартолиновой железы является радиорезистентной опухолью. Эти опухоли относят к сравнительно благоприятно протекающим. Неблагоприятное течение процесса с частым рецидивированием связывают с наличием в железе разных гистологических структур [2].

### **Материалы и методы**

Под нашим наблюдением в течение более чем 1 года находилась больная М., 48 лет, которая обследовалась и лечилась вначале у онкогинеколога (по поводу рака бартолиновой железы), а затем у нейрохирурга (по поводу метастаза рака в головной мозг).

### **Результаты и их обсуждение**

Больная М., 48 лет, в марте 2006г. обнаружила у себя припухлость в области основания правой большой половой губы. Некоторое время спустя появились ощущения дискомфорта при ходьбе, слабые боли и жжение в области промежности,

что заставило её в апреле 2006г. обратиться к врачу женской консультации. Назначенное консервативное лечение не принесло облегчения. Граница инфильтрата значительно увеличилась, он стал более плотным, в связи с чем пациентка и была направлена в поликлинику онкодиспансера.

Из перенесённых заболеваний отмечает: корь, ОРВИ, псевдоэрозию шейки матки, хронический сальпингоофорит, миома матки. В 1968г. оперирована по поводу дефекта межжелудочковой перегородки, имеется дэкстракардия, страдает сложным нарушением ритма, политопной экстрасистолией, пароксизмальной желудочковой и наджелудочковой тахикардией. Аллергологический анамнез не отягощен. Дядя пациентки умер от рака легких.

Менструации с 12 лет, через 28 – 30 дней, по 3 – 5 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 20 лет. Было 9 беременностей, из которых одна в 1980 году завершилась срочными патологическими родами с исключением потужного периода путём наложения акушерских щипцов по поводу сердечной патологии, а остальные искусственными абортми без видимых осложнений.

При гинекологическом исследовании обнаружено: наружные половые органы ассиметричны за счёт увеличения правой большой половой губы. При пальпации в толще подкожной жировой клетчатки большой половой губы справа определяется плотный болезненный инфильтрат размерами приблизительно 5×4×3см, умеренно смещаемый. Кожа над зоной инфильтрации визуально не изменена. При осмотре шейки матки и влагалища с помощью зеркал патологии не выявлено. При влагалищном исследовании: матка в anteflexio, увеличена до 7 недель беременности, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки не пальпируются. Диагноз: инфильтрат клетчатки промежности справа.

Была произведена пункция инфильтрата с последующим цитологическим исследованием. Обнаружены клетки аденокарциномы.

При дополнительном обследовании в поликлинике онкодиспансера патологии со стороны легких и сердца не выявлено. При ирригоскопии обнаружен хронический колит. Больная была консультирована проктологом. При пальцевом исследовании прямой кишки и ректороманоскопии патологии не выявлено.

На консультации у онкогинеколога 24.04.2006г. был заподозрен рак бартолиновой железы и с 26.04.2006г. проводился курс предоперационной  $\gamma$ -лучевой терапии на область образования.

10.06.2006г. было выполнено иссечение опухоли в области промежности, операция Дюкена справа. Операционный диагноз: рак бартолиновой железы T<sub>3</sub>N<sub>1</sub>M<sub>0</sub>. При гистологическом исследовании обнаружена умеренно дифференцированная аденокарцинома, исходящая скорее всего из большой железы преддверия влагалища, лечебный патоморфоз 3 степени, метастазы в регионарные лимфоузлы.

С 17.07.2006г. проводился плановый послеоперационный курс лучевой терапии на паховую область справа.

21.08.2006г. обратилась в поликлинику онкодиспансера с жалобами на боли и появление объёмного образования в левой паховой области. При осмотре гинекологом патологии со стороны половых органов обнаружено не было, область послеоперационного рубца состоятельна. В левой паховой области пальпируется плотное подвижное образование до 3см в диаметре.

4.10.2006г. была выполнена операция Дюкена слева. В гистологическом заключении: в подкожной жировой клетчатке – лимфоузлы, размерами от 1 до 3,5см, метастаз аденогенного рака в лимфоузел с полным замещением паренхимы.

21.12.2006г. больная была направлена в нейрохирургическое отделение областной клинической больницы с жалобами на умеренную головную боль, слабость в конечностях правой стороны. С декабря 2006г. женщину стали беспокоить нарастающая слабость в правой ноге, через полмесяца – слабость в правой руке. Была консультирована профессором А.С. Стариковым, от предложенной операции отказалась. Консультировалась в НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко РАМН, где был поставлен диагноз: объемное образование левой теменно-парасагитальной области.

При магнитно-резонансной томографии выявлена картина объемного образования левой теменной доли. Начальные проявления наружной гидроцефалии. Из данных прижизненной макроскопической морфометрии головного мозга: опухолевый узел смещает боковой желудочек на своей стороне вниз, без латеральной дислокации срединных структур. Верхняя дистанция паренхимы на стороне новообразования значительно увеличивается: она достигает 50,00 мм при норме  $38,25 \pm 0,16$  мм справа и  $38,64 \pm 0,13$  мм слева.

При осмотре глазного дна: диски зрительных нервов бледные, ангиосклероз сосудов сетчатки.

Неврологический статус: больная эмоционально лабильна, раздражительна, отрицательно реагирует на медперсонал, отмечается частичный негативизм, память снижена, выявлен умеренный центральный правосторонний гемипарез (более выраженный в ноге), болевая и температурная гемигипестезия справа.

28.12.2006г. была выполнена костно-пластическая трепанация черепа в левой теменной области, произведено удаление опухоли. При патоморфологическом исследовании операционного материала обнаружено разрастание опухолевой ткани строения умеренно дифференцированной аденокарциномы.

Со 2.02.2007г. больной проводилась лучевая терапия на левую теменную область. После этого больная в поликлинику РОКОД не обращалась. Умерла 23.07.2007г. Вскрытия не проводилось.

### **Выводы**

1. В связи с тем, что рак бартолиновой железы встречается крайне редко, диагностика этого заболевания для практических врачей представляет значительные трудности.
2. Необходимо иметь онкологическую настороженность в отношении злокачественных новообразований вульвы, так как длительное консервативное лечение приводит к прогрессированию процесса и ухудшает прогноз заболевания.
3. Кроме редкости этого страдания данное клиническое наблюдение интересно тем, что в литературе не описано случаев метастазирования этой редкой опухоли в головной мозг.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Бохман Я.В. Злокачественные опухоли вульвы / Я.В. Бохман, М.А. Койро, Ю. Таджикибаева. – Ташкент: Медицина, 1986. – 160 с.

2. Кривец Н.А. Предрак и рак вульвы / Н.А. Кривец. – Алма-Ата: Казахстан, 1983. – 176с.
3. Нейрорадиология / под ред. Т.Н. Трофимовой. - СПб.: Издат. дом СПбМАПО, 2005. – 288 с.
4. Труфанов Г.Е. Лучевая диагностика опухолей головного мозга: (атлас КТ и МРТ-изображений): руководство для врачей / Г.Е. Труфанов, Т.Е. Рамешвили. – СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2007. – 326 с.
5. Шендерова Т.С. Гистологическая диагностика опухолей вульвы и влагалища / Т.С. Шендерова. – Кишинев: Штиинца, 1983. – 168 с.

#### THE CANCER OF BARTHOLIN'S GLAND WITH METASTASIS IN THE BRAIN

*Tsygankova L.V., Ryazantsev E.L., Biryukov A.N.*

**In this article there is a rare case of malignant tumor of vulva, the cancer of Bartholin's gland. This case is interesting, except the rareness of this disease, by the difficulties which are appeared at the first diagnosis and metastases the malignant tumor in the brain.**

Цыганкова Л.В. – ассистент кафедры акушерства и гинекологии с курсом акушерства и гинекологии ФПДО ГОУ ВПО Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова Росздрава;

Рязанцев Е.Л. – к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии с курсом акушерства и гинекологии ФПДО ГОУ ВПО Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова Росздрава;

Бирюков Александр Николаевич – к.м.н., ассистент кафедры неврологии и нейрохирургии ГОУ ВПО Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова Росздрава;  
[bezuikov@mail.ru](mailto:bezuikov@mail.ru)>