

**Н.А. Баишева, А.А. Кузьмин, С.П. Токарев,  
К.В. Устимова (Казань). Случай успешного  
лечения миастенического синдрома после  
оперативного вмешательства по поводу  
злокачественной тимомы**

Ведение больных с тимомой, осложненной миастеническим синдромом, представляет собой значительные трудности для практических врачей. По данным М.И. Кузина, летальность среди больных миастенией с тимомами составляет 72,8%. К причинам смерти относятся усугубление миастенических расстройств, диссеминация тимомы, сердечно-сосудистые нарушения и др.

Приводим случай успешного лечения пациента, оперированного по поводу злокачественной тимомы, осложненной миастеническим синдромом.

П., 52 лет, обратился в участковую больницу с жалобами на мышечную слабость в левой нижней конечности. Через 2 недели он был переведен в РКБ МЗ РТ по поводу слабости во всех группах мышц. На серии компьютерных томограмм было выявлено объемное образование в передне-верхнем средостении. Проводилось лечение антихолинэстеразными препаратами — калимин-форте по 60 мг 3 раза в сутки.

30.11.1999 г. с диагнозом “опухоль переднего средостения, миастенический синдром” больной был госпитализирован в отделение торакальной хирургии Клинического онкологического центра МЗ РТ. На момент поступления состояние средней тяжести, сознание ясное, генерализованная мышечная слабость, нарушение глотания, птоз. Умеренная одышка в покое до 20—22 в 1 мин. При спирометрии выявлено значительное снижение ЖЕЛ. Вентиляционная недостаточность V ст. по шестибальной шкале, дыхательная недостаточность I—II степени.

Под тотальной внутривенной анестезией с применением наркотических анальгетиков, барбитуратов, кетамина и антидеполяризующих миорелаксантов в условиях однолегочной вентиляции было произведено торакоскопическое удаление опухоли, выявлены метастатические очаги на плевре, перикарде и в жировой клетчатке средостения. Срочный гистологический анализ показал метастазы тимомы. В отделении реанимации течение раннего послеоперационного периода осложнилось массивным внутриплевральным кровоотечением, объем кровопотери составил 2000 мл. Были произведены экстренная торакотомия, гемостаз ложа опухоли.

При плановом гистологическом исследовании были обнаружены тимомы с врастанием в плевру и перикард, метастазы в жировую клетчатку средостения (IV стадия).

Больной поступил в отделение реанимации на продленную ИВЛ аппаратом Ро-9Н в режиме нормовентиляции. Проведены коррекция анемии, гемостатическая терапия, введены глюкокортикоиды, антибиотики, дезагреганты.

На фоне терапии через 8 часов у больного восстановилось адекватное спонтанное дыхание, и после внутримышечного введения 0,5 мг прозерина ему была произведена экстубация. Однако через 5 часов появилась мышечная слабость и, несмотря на введение антихолинэстеразных препаратов (0,5 мг прозерина), начала нарастать дыхательная недостаточность. Наблюдались цианоз кожных покровов, дыхание с участием вспомогательной мускулатуры 8—10 раз в 1 мин, тахикардия до 102 уд. в 1 мин. Показатели газов крови: рН 7,3, рСО<sub>2</sub> — 58,4 мм Нг, рО<sub>2</sub> — 69,1 мм Нг, SaO<sub>2</sub> — 78%. После повторной в связи с этим интубации трахеи больной был переведен на ИВЛ.

Для лечения миастенического криза начато интенсивное введение антихолинэстеразных препаратов: калимин по 5 мг внутримышечно 2 раза в сутки, калимин-форте по 60 мг через зонд 3 раза в сутки, убретид в дозе 1 мл однократно внутримышечно. После безуспешных попыток перевести больного на спонтанное дыхание на следующие сутки ему дополнительно назначили прозерин по 0,5 мг внутримышечно 2 раза в сутки. С учетом необходимости длительного проведения ИВЛ и санации трахеобронхиального дерева на 3-и сутки была произведена трахеостомия.

Ввиду отсутствия признаков восстановления спонтанного дыхания, на фоне ясного сознания, доступности речевому контакту, стабильной гемодинамики такая тактика введения антихолинэстеразных препаратов проводилась до 5-х суток — до появления признаков холинэргического криза (гиперсаливация, диарея, миоз, выраженная брадикардия до 46 уд. в 1 мин). Поэтому доза антихолинэстеразных препаратов была уменьшена: калимин-форте по 60 мг 3 раза в сутки.

В течение всего периода лечения проводили инфузионную терапию с включением трансфузии эритроцитарной массы, свежемороженой плазмы, альбумина, симптоматическую терапию, энтеральное питание через зонд, иммуностимуляцию.

На 6-е сутки ввиду сохраняющихся признаков холинэргического криза, антихолинэстеразные препараты были отменены на 48 часов. Вводили кортикостероиды: преднизолон по 60 мг внутримышечно 3 раза в сутки, атропина сульфат по 0,5 мг подкожно 3 раза в сутки, увеличили дозу препаратов калия до 5 г в сутки внутривенно. На 6 и 7-е сутки были произведены два сеанса дискретного гравитационного плазмафеза с эксфузией плазмы 2200 мл. Холинэргический криз был купирован. С 8-х суток продолжено введение калимина через зонд по 60 мг 3 раза в сутки.

Основными проблемами восстановительного периода явились перевод больного на спонтанное дыхание, тренировка простейших двигательных навыков, активизация пациента, борьба с вторичными инфекционными осложнениями.

Тренировку дыхательной мускулатуры мы проводили путем отключения больного от аппарата ИВЛ каждые сутки с увеличением продол-

жительности самостоятельного дыхания, при этом были сложности из-за психологической зависимости больного от аппарата ИВЛ.

На 23-е сутки с момента поступления в отделение реанимации больной начал ходить, однако нуждался в проведении ИВЛ во время сна. На 33-и сутки с момента поступления в отделение реанимации ИВЛ полностью прекратили. Спустя 2 суток больной был деканюлирован и переведен в профильное отделение. Выписан из стационара на 42-е сутки. Через 2 недели больным поступил в клинику для проведения химиотерапии.

Таким образом, тренировка дыхательной мускулатуры в сочетании с комплексным лечением способствовала выздоровлению больного злокачественной тимомой, осложненной миастеническим синдромом.

УДК 618.16—006.52—085.849.19—02:618.16—006.6

**З.В. Мавлютова, Е.В. Савельев (Казань).**

### **Случай рака вульвы после лазерного выпаривания очагов лейкоплакии**

В литературе 80—90-х гг. имеются сообщения о применении лазеров с целью выпаривания очагов лейкоплакии вульвы после цитологического и гистологического исследований биоптата с хорошими ближайшими результатами. Однако анализа отдаленных результатов лечения таких больных мы не встречали.

В связи с этим представляют интерес три случая развития рака, которые мы наблюдали в сроки от 2 до 7 лет после лазерного выпаривания очагов лейкоплакии вульвы на аппарате “Ромашка-2”.

Приводим описание двух из них.

1. В., 28 лет, поступила в онкологическую клинику ГСМО “Онкология” 05.05.98 г. с жалобами на зуд вульвы. Из анамнеза: 03.06.96 г. после прицельной биопсии и цитологического исследования соскоба больной было произведено ла-

зерное выпаривание очагов лейкоплакии с хорошими ближайшими результатами. Некоторое время зуд не беспокоил. В 1998 г. вновь появился зуд. Больная применяла мази.

При поступлении на слизистой большой половой губы справа — очаг беловатого цвета (1,0 x 0,5 см) с трещиной в центре, возвышается над окружающими тканями. Слизистая в других отделах истонченная, ломкая. Внутренние половые органы без особенностей.

Взята биопсия: гистологически рак *in situ* с началом инвазии.

07.05.1998 г. была произведена простая тотальная электрохирургическая вульвэктомия. В удаленном препарате в серийных срезах обнаружен высококодифференцированный плоскоклеточный рак.

2. Х., 67 лет, поступила в гинекологическое отделение ГСМО “Онкология” 18.12.97 г. с жалобами на быстро увеличивающуюся язву в области наружных половых органов, боль, зуд.

Из анамнеза: в 1990 г. после предварительной биопсии и цитологического исследования соскобов ей было произведено лазерное (CO<sub>2</sub>) выпаривание обширной лейкоплакии вульвы. После этого наблюдалась положительная динамика, зуд исчез. К врачам не обращалась.

В 1997 г. появилась язва, которая быстро увеличивалась и стала причинять боль. При поступлении поставлен диагноз “Рак вульвы T<sub>3</sub>N<sub>1</sub>M<sub>0</sub>, гистологически плоскоклеточный рак”.

Больная получила курс наружного предоперационного облучения — 50 Гр на очаг и по 40 Гр на паховые лимфоузлы. 24.03.1997 г. были выполнены электрохирургическая тотальная вульвэктомия и пахово-бедренная лимфоаденэктомия. Больная переведена на инвалидность.

Таким образом, наши наблюдения показывают, что при обширных длительно существующих лейкоплакиях с целью профилактики рака вульвы следует производить хирургическую вульвэктомию, а не лазерное выпаривание очагов.