

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 больной 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 высокодифференцированный 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 (CO₂) 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 T₃N₁M₀, 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 вульвэктомия, а не лазерное выпаривание очагов.