

УДК 616.5-М2.181-07-08

**А.Г. Барышев^{1,4}, В.В. Половинкин^{1,2}, А.С. Дикарев¹, С.Б. Богданов^{1,2},
Н.В. Хачатурьян^{1*}, Д.А. Валякис^{1,4}, И.В. Павлов¹, А.Ю. Мостовая³**

ПРИМЕНЕНИЕ ДВУХЭТАПНОГО МЕТОДА ПЛАСТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ДЕФЕКТА ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛИ БУШКЕ-ЛЕВЕНШТЕЙНА

¹Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.В. Очаповского» Министерства здравоохранения Краснодарского края, Краснодар, Россия

²Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения России, кафедра хирургии №1 ФПК и ППС, Краснодар, Россия

³Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения России, кафедра хирургии №2 ФПК и ППС, Краснодар, Россия

⁴Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения России, кафедра онкологии с курсом торакальной хирургии ФПК и ППС, Краснодар, Россия

Контактная информация: *Н.В. Хачатурьян – врач-онколог отделения колопроктологии, ГБУЗ «Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница №1 им. профессора С.В. Очаповского» Министерства здравоохранения Краснодарского края; 350086, Краснодар, ул. 1 мая, 167, e-mail: procto_kkb1@mail.ru, тел. +7 (918) 367-48-74

Остроконечные кондиломы, вызванные вирусом папилломы человека (ВПЧ), являются наиболее распространенными среди инфекций аногенитальной области, передающихся половым путём. Опухоль Бушке-Левенштейна, или гигантские остроконечные кондиломы является достаточно редкой патологией. Новообразование имеет локально инвазивный рост, но в большинстве случаев гистологически является доброкачественной опухолью, случаи малигнизации единичны. Учитывая низкую частоту встречаемости данной патологии, на сегодняшний день мало данных об отдалённых результатах лечения. В работе представлено наблюдение, в котором после удаления новообразования для закрытия послеоперационного дефекта промежности применен двухэтапный метод пластики с использованием VY-перемещения васкуляризированных перфорантных кожно-фасциальных лоскутов медиальной поверхности бедер и свободной аутодермальной трансплантацией расщепленного кожного транспланта.

Ключевые слова: Опухоль Бушке-Левенштейна, гигантские остроконечные кондиломы, пластика послеоперационной раны промежности.

**A.G. Baryshev^{1,4}, V.V. Polovinkin^{1,2}, A.S. Dikarev¹, S.B. Bogdanov^{1,2},
N.V. Khachatryan¹, D.A. Valyakis^{1,4}, I.V. Pavlov¹, A.J. Mostovaya³**

APPLICATION OF TWO-STAGED PLASTY FOR POSTOPERATIVE DEFECT AFTER BUSCHKE-LOWENSTEIN TUMOR REMOVAL

¹State Public Health Budget Institution 'Scientific Research Institute – Ochapovsky Regional Clinic Hospital #1 of Krasnodar Region Public Health Ministry, Krasnodar, Russia;

²State Educational Institution of Higher Professional Education «Kuban State Medical University», Ministry of Public Health, Russia, Department of Surgery #1 ATF, Krasnodar, Russia;

³State Educational Institution of Higher Professional Education «Kuban State Medical University», Ministry of Public Health, Russia, Department of Surgery #2 ATF, Krasnodar, Russia;

⁴State Educational Institution of Higher Professional Education «Kuban State Medical University», Ministry of Public Health, Russia, Department of Oncology with a Course of Thoracic Surgery ATF, Krasnodar, Russia.

The pointed condylomas caused by human papilloma virus (HPV) are more common seen among infections of anogenital area and they are sexually transmitted. Bushke-Lowenstein tumor which is also called huge acuminate condylomas is a rather infrequent pathology. This neoplasm has locally invasive growth, but in most cases histologically it is a benign tumor, cases with malignancy are quite rare. Considering the low frequency of its occurrence, today

there aren't enough data on the long-term results of treatment. In this paper we present our observation when after excision of a neoplasm by a two-staged method we applied plasty with VY – shift of vascularized perforated dermal and fascial flaps on the medial surface of hips and spare autodermal transplantation of the split dermal transplant.

Key words: Buschke-Lowenstein tumor, plasty for perineal postoperative wound.

Остроконечные кондиломы, вызываемые ВПЧ, являются наиболее часто встречающимися среди инфекций аногенитальной области, передающиеся половым путём. Распространённость ВПЧ в мире – 10%, в основном болеют женщины в возрасте до 35 лет. В Европе показатель распространённости ВПЧ 0,75-3% и 1% в США [1]. Соотношение встречаемости заболевания среди мужчин и женщин составляет 2, 7:1 [2]. Гигантская кондилома Бушке-Левенштейна – это бородавчатоподобные элементы типа папиллом, сливающиеся между собой и образующиеся очаг поражения с широким основанием, инфильтрирующим подлежащие ткани [3, 4]. Новообразование имеет локально инвазивный рост, но в большинстве случаев гистологически является доброкачественной опухолью, а малигнизация встречается крайне редко.

Свое название данная патология получила по имени авторов А. Buschke и L. Lowenstein, впервые описавших гигантскую остроконечную кондилому полового члена в 1925 г. Вопрос о морфологической классификации до настоящего окончательно не решен. Многие авторы причисляют данную патологию к гигантским кондиломам (доброкачественным опухолям), другие, напротив, относят опухоль Бушке-Левенштейна к переходной форме с малигнизацией в карциному [5].

Основным методом лечения является хирургический, который направлен на широкое иссечение опухоли в пределах здоровых тканей. Эффективность химио- и/или лучевой терапии на сегодняшний день остаются спорными методами лечения [1, 4, 11]. Однако частота рецидивирования может достигать 62% [6, 7, 8]. Кроме того, непростой проблемой для хирур-

га является выбор метода пластики обширной послеоперационной раны [9].

Целью данной работы является демонстрация применения двухэтапного метода пластики кожно-фасциальным VY-лоскутом и свободным расщепленным кожным лоскутом обширного дефекта промежности после удаления гигантской опухоли Бушке-Левенштейна.

Мужчина 52 лет обратился в отделение колопроктологии НИИ-ККБ №1 в октябре 2015 г.с жалобами на наличие в области промежности опухолевидного новообразования со свищевыми ходами и гнойным отделяемым. Считает себя больным около 20 лет. Ранее за медицинской помощью не обращался. При осмотре в перианальной области расположена опухоль на широком основании, исходящая из перианальной области с переходом на кожу ягодиц, размерами 20 x 30 см. По форме новообразование напоминает цветную капусту, по краям — гиперемия и инфильтрация, в центре и по периферии — множественные свищевые отверстия с гнойным отделяемым (рис. 1).

При планировании объема оперативного вмешательства было принято решение о формировании разгрузочной трансверзостомии, иссечении опухоли в пределах здоровых тканей с одномоментной реконструкцией двухсторонней ягодичной кожно-фасциальной VY-пластикой.

После дообследования и предоперационной подготовки под эндотрахеальным наркозом первым этапом выполнено выведение петлевой трансверзостомы. Вторым этапом путем электроэксцизии произведено удаление кондилом в пределах здоровых тканей. Далее выполнена разметка на коже для выкраивания лоскутов (рис. 2). После дистального иссечения ло-



Рис. 1. Перианальная область до операции.



Рис.2. Вид раны промежности больного после иссечения опухоли и разметка операционного поля перед выполнением VY-пластики перемещенными кожно-жировыми лоскутами.



Рис.3. После мобилизации лоскута смещен в область пострезекционного дефекта промежности.



Рис.4. Лоскуты смещены и фиксированы узловыми швами.



Рис.5. Вид послеоперационной раны после завершения VY-пластики.

скуты перемещены в область образовавшегося дефекта и фиксированы узловыми швами (рис. 3, 4, 5).

На 3-е сутки послеоперационного периода ввиду послеоперационного отека произошло расхождение краев раны в области фиксации лоскута к прямой кишке (рис.6). Принято решение о консервативной терапии: антибактериальной системной и местной с проведением ежедневных перевязок с мазью Левомеколь. На фоне проводимой терапии значительно уменьшился образовавшийся дефект, и спустя 4 месяца после первичной операции была выполнена повторная пластика, но уже свободным расщепленным кожным лоскутом. Для этого иссечены верхние слои грануляций и краевые участки рубцевания в области прямой кишки, выполнен забор кожи с передней поверхности бедра, который фиксирован по краям промежностной раны (рис. 7). Послеоперационный период протекал без осложнений. На 16 сутки послеоперационного периода пациент выписан в удовлетворительном состоянии (рис. 8).

Больной осмотрен через 12 мес. Признаков рецидивирования заболевания и развития стриктуры анального канала нет. Планируется закрытие разгрузочной трансверзостомы через 3 мес.

Обсуждение

Анализируя опыт отечественных из зарубежных авторов, на сегодняшний день не существует стандартов оказания помощи пациентам, страдающим опухолью Бушке-Левенштейна. Существует два метода лечения: медикаментозный и хирургическая эксцизия опухоли. Нехирургическим вариантом лечения является местная или системная химиотерапия, а также лучевая терапия, применение которой остается спорным вопросом из-за отсутствия отдаленных результатов, распространение новых кондилом после применения и анапластической трансформации. Тем не менее, несмотря на разнообразие методов лечения, к сожалению, в отдаленных результатах число рецидивов очень высокое [6, 7, 14]. Основными причинами рецидива опухоли может быть повторное заражение от того же или другого партнера, вирусная реактивация после длительного инкубационного периода, а также не радикальное удаление опухоли. Ввиду высокого показателя рецидивирования, а также возможной злокачественной трансформации хирургический метод с широким иссечением опухоли является наиболее эффективным, являясь также наиболее радикальным. Существует два



Рис. 6. Вид послеоперационной раны на 3 сутки (расхождение краев раны в области фиксации трансплантата к прямой кишке).



Рис. 7. Пересаженный расщепленный кожный лоскут.



Рис. 8. Ближайший послеоперационный результат.

основных принципа хирургии промежностных опухолей: широкое местное иссечение, с заживлением раны вторичным натяжением и реконструкция дефекта кожи за счёт использования сетчатых трансплантатов, либо S-образная пластика кожного лоскута, а также VY-пластика [4, 6, 8].

В нашей работе мы продемонстрировали успешное сочетание двух различных методов пластического закрытия кожного дефекта: VY-пластики кожно-фасциальным лоскутом и пластики свободным расщепленным кожным лоскутом. Первым этапом нами был применен наиболее распространенный метод пластики обширных промежностных ран, а именно VY-пластика. Но, к сожалению, данный метод не привел к излечению пациента, ввиду отторжения трансплантата по кожно-анальному краю. Положительным в данной пластике явилось локальное уменьшение раневого за счёт заживления периферических краев раны, что дало нам возможность пересадить свободный кожный лоскут на небольшой участок.

Выводы

Применение двухэтапного метода пластики ягодичным кожно-фасциальным VY-лоскутом и свободным расщепленным кожным лоскутом для закрытия обширного дефекта промежности после удаления гигантской опухоли Бушке-Левенштейна обеспечивает хороший косметический эффект, сокращает реабилитационный период и сроки госпитализации.

Литература

1. Wester N.E., Hutten E.M., Krikke C., Pol R.A. Intra-abdominal localization of a Buschke-Lowenstein tumor: case presentation and review of the literature // *Case Rep Transplant.* – 2013; <http://dx.doi.org/10.1155/2013/187682>.
2. Савченко Ю.П., Половинкин В.В., Триандафилов В.С., Прынь П.С. Гигантская остроконечная кондилома // *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.* – 2007. – №1. – С. 65 – 66.

3. Колопроктология /Под ред. Ю.А. Шелыгина. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2015. – 526 с.

4. Papiu H.S., Dumnici A., Olariu T., Onita M., Hornung E., Goldis D. Perianal giant condyloma acuminatum. Case report and review of the literature // *Chirurgia (Bucur).* – 2011. – N4(106). – P. 535 – 539.

5. Buffet M., Aynaud O., Piron D. Bushke-Lowenstein penile tumor // *Prog. Urol.* – 2002. – N2(12). – P. 332 – 336.

6. Trombetta L.G., Place R.J. Giant condyloma acuminatum of the anorectum: report of a case and review of the literature // *Dis Colon Rectum/* – 2001. – Vol. 44 – P. 1878 – 1886.

7. Dawson D.F., Duckworth J.K., Bernardt H. Giant condyloma and verrucous carcinoma of the genital area // *Arch Pathol.* – 1976. – Vol. 79. – P. 225-231.

8. Orkin B.A. Perineal reconstruction with local flaps: technique and results / *Tech Coloproctol.* – 2013. – Vol. 17. – P. 663 – 670.

9. Blondeel P.N., Morris S.F., Hallock G.G., Neligan P.C. Perforat Flaps. Anatomy // *Technique, & Clinical Applications. Second Edition, 2013.* – p. 1142 – 1166.

10. Uth Ovesen A. Perineal Buschke-Lowenstein tumor/ *Ugeskr Laeger.* – 2012. – N23(174). – P. 1616 – 1617.

11. Haque W., Kelly E., Dhingra S., Carpenter L. Successful treatment of recurrent Buschke-Lowenstein tumor by radiation therapy and chemotherapy // *Int J Colorec Dis.* – 2010. – N4(25). – P. 539 – 540.

12. Tas S., Alik M., Ozkul F., Cikman O. Perianal giant condyloma acuminatum Buschke-Lowenstein tumor: A case report // *Case Rep Surg.* – 2012. – N2(12). – P. 507 – 510.

13. Pagliusi S. International standard reagents for HPV detection // *Dis Markers.* – 2007. – Vol. 23. – P. 283 – 296.

14. Balik E., Eren T., Bugra D. A surgical approach to anogenital Buschke-Lowenstein tumours // *Acta Chirurgica Belgica.* – 2009. – Vol. 109. – P. 612 – 616.

Статья поступила 12.07.2016 г.