

## КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 618.16-002.181-031.82-089  
© Коллектив авторов, 2018

К.В. Меньшиков<sup>1</sup>, В.А. Пушкарев<sup>1</sup>, Р.Р. Уразин<sup>1</sup>, А.В. Пушкарев<sup>2</sup>  
**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИГАНТСКОЙ КОНДИЛОМЫ  
 БУШКЕ – ЛЕВЕНШТЕЙНА  
 (CONDYLOMA ACUMINATE GIGANTE BUSCHKE – LOEWENSTEIN)**  
<sup>1</sup>ГБУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер», г. Уфа  
<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»  
 Минздрава России, г. Уфа

Представлен клинический случай оперативного лечения пациентки, страдающей гигантской папилломой Бушке – Левенштейна. Приведены эпидемиологические факторы распространения данного заболевания, диагностика и методы лечения. Неадекватное наблюдение и лечение пациенток, страдающих вирусными заболеваниями кожи и слизистых наружных половых органов, могут привести к гигантским папилломам и раку.

**Ключевые слова:** папиллома Бушке–Левенштейна, этиология, лечение.

K.V. Menshikov, V.A. Pushkarev, R.R. Urazin, A.V. Pushkarev  
**SURGICAL TREATMENT OF GIANT CONDYLOMA BUSKE-LEWENSHTEIN  
 (CONDYLOMA ACUMINATE GIGANTE BUSCHKE-LOEWENSTEIN)**

The article presents a clinical review of an operative treatment of the patient with a giant Buske-Levenshtein papilloma. The epidemiologic factors of disease dissemination, diagnostics and methods of treatments are presented here. Inadequate monitoring and treatment of the patients with viral diseases of the skin and mucous of vulva can lead to giant Buske-Levenshtein papillomas and cancer.

**Key words:** giant Buske-Levenshtein papilloma, etiology, treatment.

Гигантская кондилома Бушке–Левенштейна – новообразование вирусного генеза, проявляющееся в виде остроконечной кондиломы, образующейся вследствие слияния множества элементов. Основным местом ее локализации у женщин являются половые губы, но встречаются случаи поражения и других участков кожи – перианальной области, лица, ротовой полости. Гигантская кондилома Бушке–Левенштейна – достаточно опасная патология, имеющая высокий риск малигнизации – впервые описана авторами А. Buschke, L. Loewenstein в 1925 году [1,2,3,6].

Причиной появления гигантской кондиломы Бушке–Левенштейна является вирус папилломы человека (ВПЧ-6, ВПЧ-11). Предрасполагающими факторами являются иммуносупрессия, травматизация, половые инфекции (уреаплазмоз, хламидиоз, цитомегаловирус) [2,4]. Заболевание начинается с появления на коже мелких папиллом или остроконечных кондилом, которые увеличиваются в размерах, сливаются друг с другом, образуя единый участок поражения – гигантскую кондилому Бушке–Левенштейна, которая покрывается ворсинчатыми разрастаниями, вегетациями, чешуйками ороговевшего эпителия и мацерируется. Часто происходит инфицирование, в результате которого отделяемое приобретает гнойный характер. Вместе с выраженным экзофитным ростом, приводящим к

разрастанию кондиломы по типу «цветной капусты», наблюдается выраженное прорастание ее в окружающие ткани. Озлокачествление гигантской кондиломы приводит к плоскоклеточному раку кожи [5,7,8].

Диагноз устанавливается на основании клинических данных, морфологического исследования, полимеразной цепной реакции (ПЦР) на вирус папилломы человека (ВПЧ). Лечение включает в себя оперативное удаление патологического образования – широкое хирургическое иссечение с комплексной общей и местной медикаментозной терапией (применение интерферонов, блеомицина). Эффективность химиотерапии и лучевой терапии на сегодняшний день невысока. Частота рецидивов составляет более 60%. Достаточно большой проблемой хирургического лечения гигантской кондиломы является необходимость пластического компонента для закрытия обширных дефектов кожи и мягких тканей [7,8].

Гигантские кондиломы встречаются относительно редко, одна из самых крупных из описанных в литературе достигала размеров 20×10 см [6,8]. Нами представлен случай хирургического лечения женщины, страдающей данным заболеванием в течение многих лет.

### Описание клинического случая

Пациентка Н. в возрасте 31 года, жительница сельской местности обратилась в

Республиканский клинический онкологический диспансер с жалобой на наличие опухоли кожи вульвы, промежности, перианальной области.

Анамнез заболевания: первые признаки заболевания появились в возрасте 15 лет, больная связывает их с началом половой жизни. Неоднократно обращалась по месту жительства к различным специалистам – акушерам-гинекологами, общим хирургам, дерматологам. Консервативное лечение было неэффективным.

Из акушерско-гинекологического анамнеза: имела три беременности, завершившиеся оперативным путем (кесарево сечение) в возрасте 22, 25, 29 лет. Дети здоровы. Проживает в благополучной семье, с достаточным уровнем доходов. Соматически здорова.

При осмотре: функциональный статус по ECOG 0 баллов.

Объективный статус: кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски, со стороны ЛОР-органов патологии не выявлено. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, частота дыхания – 16 в минуту. Границы сердца в пределах нормы, тоны ясные, ритмичные, шумы не выслушиваются, частота пульса 74 удара в минуту, АД – 120/70 мм рт. ст. Живот обычных размеров, симметричный, при пальпации мягкий, безболезненный. Физиологические отправления затруднены ввиду наличия опухоли.

Status localis: в области вульвы (большие и малые половые губы, клитор) с переходом на кожу лобковой области, слизистую влагалища, кожу перианальной области определяется гигантская экзофитная опухоль общей площадью более 240 см<sup>2</sup>, размерами 22×11 см (рис. 1). Вагинальный статус: шейка матки при осмотре цилиндрической формы, без патологических изменений. Матка и придатки не увеличены, своды свободные, выделения слизистые. Регионарные лимфоузлы (подвздошные, паховые, бедренные) клинически и по данным ультразвукового исследования, компьютерной томографии не увеличены.

На рентгенограмме органов грудной клетки патологии не выявлено. Клинический анализ крови: гемоглобин – 142 г/л, эритроциты –  $4,61 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты –  $7,1 \times 10^9$ /л, эозинофилы – 2%, лимфоциты – 25%, моноциты – 5%, нейтрофилы – 68%, тромбоциты –  $337 \times 10^9$ /л, СОЭ – 12 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий белок – 75 г/л, альбумины – 40 г/л, АЛТ – 13 Е/л, АСТ – 17 Е/л, об-

щий билирубин – 16,8 мкмоль/л, холестерин – 4,86 ммоль/л, глюкоза крови – 4,00 ммоль/л, мочевины – 3,4 ммоль/л. Коагулограмма: протромбиновое время по Квику – 106%, МНО – 0,97, АПТВ – 30 с. Анализ крови на ВИЧ, гепатиты, RW отрицательные. На ЭКГ – синусовый ритм 74 удара в минуту, горизонтальное положение электрической оси сердца. По данным УЗИ и МРТ очаговой патологии в брюшной полости и малом тазу не выявлено.



Рис. 1. Вид опухоли перед операцией

Пациентке произведено качественное определение ДНК ВПЧ 15 типов в соскобе эпителиальных клеток урогенитального тракта методом ПЦР. Положительный результат получен на ВПЧ 6 и 11 типов.

Проведен курс лечения ВПЧ по рекомендациям инфекционистов.

09.11.2017 года пациентке произведена операция под эндотрахеальным наркозом в положении Тренделенбурга – вульвэктомия, иссечение опухоли кожи промежности, кожи перианальной области с пластикой дефектов местными тканями, произведены разрезы кожи по внутренней поверхности бедер для снижения кожного натяжения (рис. 2).



Рис. 2. Вид раны после операции

В послеоперационном периоде проводилась инфузионная, антибактериальная терапия – введение низкомолекулярных гепари-

нов, адекватная анальгезия. Осложнений не выявлено. Эпителизация ран происходила как первичным, так и частично вторичным натяжением (рис. 3).



Рис. 3. Вид послеоперационных ран на 10-е сутки после операции

При контрольном осмотре через 6 недель после оперативного лечения состояние послеоперационных ран удовлетворительное, эпителизация полная (рис. 4).



Рис. 4. Вид послеоперационных ран через 6 недель после оперативного лечения



Рис. 5. Состояние послеоперационных ран через 4 месяца

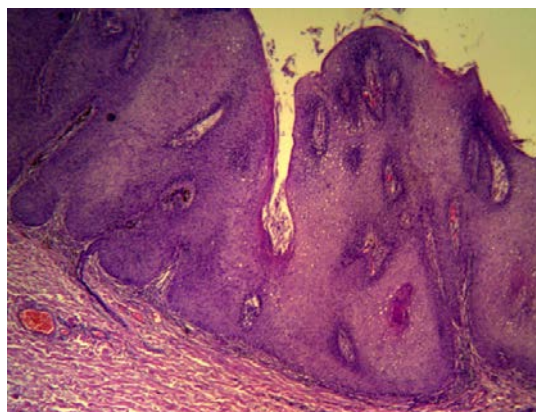


Рис. 6. Остроконечная кондилома. Папилломатоз и отчетливый акантоз с выраженной вакуолизацией клеток. Эпидермальные отростки утолщены и удлинены. В дерме выраженный хронический воспалительный инфильтрат. Окраска гематоксилином и эозином,  $\times 40$

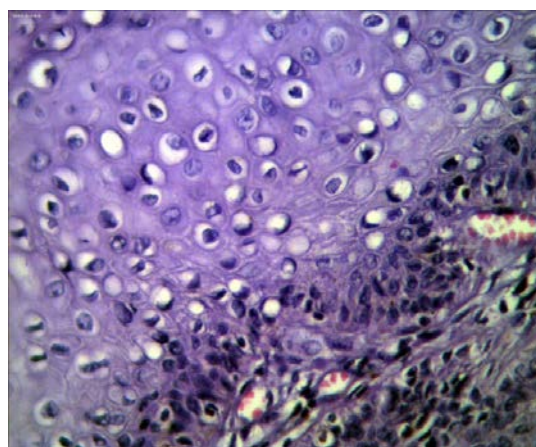


Рис. 7. Остроконечная кондилома. В эпителии выраженная вакуолизация клеток. Койлоцитоз – просветления вокруг ядер (перинуклеарное гало). Окраска гематоксилином и эозином,  $\times 400$

Через четыре месяца после оперативного лечения рецидива заболевания не выявлено (рис. 5).

Морфологическое заключение и микропрепараты представлены на рис. 6 и 7.

Следующим этапом пациентке будет произведено пластическое хирургическое лечение.

Таким образом, неадекватное наблюдение и лечение пациенток, страдающих вирусными заболеваниями кожи и слизистых наружных половых органов, могут привести к гигантским папилломам и раку.

#### Сведения об авторах статьи:

**Меньшиков Константин Викторович** – к.м.н., врач-ординатор отделения оперативной гинекологии ГБУЗ РКОД МЗ РБ. Адрес: 450098, г. Уфа, проспект Октября, 73/2. E-mail: kmenshikov80@bk.ru.

**Пушкарёв Василий Александрович** – д.м.н., зав. отделением оперативной гинекологии ГБУЗ РКОД МЗ РБ. Адрес: 450098, г. Уфа, проспект Октября, 73/2.

**Уразин Ринат Рафаэлевич** – врач-ординатор отделения оперативной гинекологии ГБУЗ РКОД МЗ РБ. Адрес: 450098, г. Уфа, проспект Октября, 73/2.

**Пушкарёв Алексей Васильевич** – клинический ординатор кафедры онкологии с курсами онкологии и патологической анатомии ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Ганцев, Ш.Х. Плоскоклеточный рак кожи/ Ш.Х. Ганцев, А.С. Юсупов// Практическая онкология. – 2012. – Т. 13, № 2. – С. 80-90.
2. Генитальные вирусные инфекции: руководство для венерологов / В.А. Молочков [и др.]. – М.: БИНОМ, 2009. – 207 с.

3. Ansink, A.C. Identification of sentinel lymph nodes in vulvar carcinoma patients with the aid of a patent blue V injection: a multicenter study/ A.C. Ansink, D.M. Sie-Go, J. Velden // Cancer. – 1999. – Vol. 86. – P. 652-656.
4. Haque, W. Successful treatment of recurrent Buschke-Lowenstein tumor by radiation therapy and chemotherapy/ W. Haque [et al.] // Int. J. Colorec Dis. – 2010. – N4 (25). – P. 539-540.
5. Papiu, H.S. Perianal giant condyloma acuminatum. Case report and review of the literature/ H.S. Papiu [et al.] // Chirurgia (Bucur). – 2011. – N4 (106). – P.535-539.
6. Tas, S. Perianal giant condyloma acuminatum Buschke-Lowenstein tumor: A case report /S.Tas [et al.] // Case Rep Surg. – 2012. – N2 (12). – P.507-510.
7. Uth Ovesen A. Perineal Buschke-Lowenstein tumor/ Ugeskr Laeger. – 2012. N23(174). – P.1616-1617.
8. Wester, N.E. Intra-abdominal localization of a Buschke-Lowenstein tumor case presentation and review of the literature/ N.E. Wester [et al.] // Case Rep. Transplant. – 2013; <http://dx.doi.org/10.1155/2013/187682>.

## REFERENCES

1. Gancev, SH.H. Ploskokletochnyj rak kozhi/ SH.H. Gancev, A.S. YUsupov// Prakticheskaya onkologiya. – 2012. – Т. 13. – № 2. – S. 80-90. (In Russ).
2. Genital'nye virusnye infekcii: rukovodstvo dlya venerologov / V.A. Molochkov [i dr.]. – М.: BINOM, 2009. – 207 s. (In Russ).
3. Ansink, A.C. Identification of sentinel lymph nodes in vulvar carcinoma patients with the aid of a patent blue V injection: a multicenter study/ A.C. Ansink, D.M. Sie-Go, J. Velden // Cancer. – 1999. – Vol. 86. – P. 652-656.
4. Haque, W. Successful treatment of recurrent Buschke-Lowenstein tumor by radiation therapy and chemotherapy/ W. Haque [et al.] // Int. J. Colorec Dis. – 2010. – N4 (25). – P.539-540.
5. Papiu, H.S. Perianal giant condyloma acuminatum. Case report and review of the literature/ H.S. Papiu [et al.] // Chirurgia (Bucur). – 2011. – N4 (106). – P.535-539.
6. Tas, S. Perianal giant condyloma acuminatum Buschke-Lowenstein tumor: A case report /S.Tas [et al.] // Case Rep Surg. – 2012. – N2 (12). – P.507-510.
7. Uth Ovesen A. Perineal Buschke-Lowenstein tumor/ Ugeskr Laeger. – 2012. N23(174). – P.1616-1617.
8. Wester, N.E. Intra-abdominal localization of a Buschke-Lowenstein tumor case presentation and review of the literature/ N.E. Wester [et al.] // Case Rep. Transplant. – 2013; <http://dx.doi.org/10.1155/2013/187682>.

УДК 616.137.83/86-007.271-089.168.1-06-07

© М.Ш. Кашаев, А.Р. Якупов, 2018

М.Ш. Кашаев<sup>1,2</sup>, А.Р. Якупов<sup>1,2</sup>

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИЕЙ АРТЕРИЙ БЕДРЕННО-ПОДКОЛЕННОГО СЕГМЕНТА В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

<sup>1</sup>Клиника ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

Целью исследования явилась оценка частоты развития тромбозов шунта в раннем послеоперационном периоде при хирургическом лечении окклюзий бедренно-подколенного сегмента артерий нижних конечностей в зависимости от материала шунта и уровня операционного вмешательства. Проведен ретроспективный анализ реконструктивных вмешательств у 95 больных с атеросклеротической окклюзией артерий бедренно-подколенного сегмента, получавших лечение в Клинике БГМУ (г. Уфа) в 2017г. Общая частота послеоперационных осложнений в виде тромбоза шунта составила 9,47%. При использовании аутовенозного шунта частота осложнений составила 13,0% (3 случая – все ниже щели коленного сустава), при использовании ксенопротеза («КемАнгиопротез») – 6,25% (2 случая – все ниже щели коленного сустава), политетрафторэтилена (ПТФЭ) – 9,75% (4 случая – все выше щели коленного сустава). Таким образом, использование биологического протеза несет меньший риск развития тромбозов в раннем послеоперационном периоде.

**Ключевые слова:** бедренно-подколенное шунтирование, аутовенозный протез, ксенопротез («КемАнгиопротез»), ПТФЭ, протез, тромбоз.

M.Sh. Kashaev, A.R. Yakupov

## COMPARATIVE ASSESSMENT OF THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH ATHEROSCLEROTIC ARTERIAL OCCLUSION OF THE FEMOROPOPLITEAL SEGMENT IN THE EARLY POSTOPERATIVE PERIOD

The purpose of our research is to assess the frequency of shunt thrombosis development in early postoperative period during the surgical treatment of occlusion of the femoropopliteal segment depending on the shunt material and duration of the intervention. There was performed a retrospective analysis of the surgical treatment of 95 patients with arterial atherosclerotic occlusion of the femoropopliteal segment, treated in BSMU Clinic in Ufa during the year 2017. The overall incidence of postoperative complications in the form of shunt thrombosis was 9, 47%. The incidence with the use of autovenous shunt was 13,0% (3 cases; all of them were below the knee joint cleft), with the use of xenoprosthesis (KemAngioprosthesis, Kemerovo, Russia) the incidence was 6,25% (2 cases; all of them were below the knee joint cleft), with the use of PTFE-prosthesis the incidence was 9,75% (4 cases; all of them were above the knee joint cleft).

**Key words:** femoral-popliteal bypass graft, autovenous prosthesis, xenoport («Kemangioprotez»), PTFE (polytetrafluoroethylene) prosthesis, thrombosis.