

УДК 616.353.1-002.181-08

К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИАНАЛЬНЫХ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ

А.М. Мадаминов, А.Ю. Айсаяев

Целью настоящей работы является улучшение результатов комплексного лечения периаанальных остроконежных кондиллом. Материалом исследования стали результаты лечения 97 больных с периаанальными остроконежными кондилломами. В зависимости от подхода к лечению больные с периаанальными остроконежными кондилломами были разделены на две группы. В контрольную группу вошли 48 (49,5 %) больных, которым были осуществлены электроэксцизия периаанальных остроконежных кондиллом с электрокоагуляцией их основания, а в послеоперационном периоде осуществлялись обработка ран антисептиками и перевязки с мазями (левомеколь, офломелид, стрептоцидовая) до их полного заживления. В основную группу были включены 49 (50,5 %) пациентов, которым также были произведены электроэксцизия периаанальных остроконежных кондиллом с электрокоагуляцией их основания. В послеоперационном периоде до полного заживления ран осуществляли туалет ран и перевязки с мазью левомеколь, офломелид и индифферентными мазями. После полного заживления послеоперационных ран назначали ежедневные микроклизмы с 0,3%-м раствором проторгола по 100 мл, также применялась противовирусная терапия в виде 5%-го крема ацикловир 2–3 раза в день на кожу периаанальной области. Сравнительный анализ результатов лечения периаанальных остроконежных кондиллом показывает уменьшение случаев рецидива болезни у больных основной группы, что позволяет нам рекомендовать применять антисептики и противовирусные препараты при этой болезни после её хирургического лечения.

Ключевые слова: периаанальные остроконежные кондилломы; задний проход; хирургическое лечение; противовирусные препараты; электроэксцизия.

ПЕРИАНАЛДЫК ЖЫНЫС СӨӨЛДӨРҮН ДАРЫЛОО МАСЕЛЕСИ

А.М. Мадаминов, А.Ю. Айсаяев

Бул эмгектин максаты периааналдык жыныс сөөлдөрүн комплекстүү дарылоонун натыйжаларын жакшыртуу болуп саналат. Изилдөөнүн материалдары периааналдык жыныс сөөлдөрү менен ооруган 97 бейтапты дарылоонун натыйжалары болду. Дарылоо ыкмасына жараша периааналдык жыныс сөөлдөрү менен ооруган бейтаптар эки топко бөлүндү. Кеземөлдөө тобуна периааналдык жыныс сөөлдөрүнө электрокоагуляция аркылуу электроэксцизия жасалган 48 (49,5 %) бейтап кирди. Бул бейтаптардын операциядан кийинки жараттары антисептик менен тазаланып, толук айыкканга чейин (левомеколь, офломелид, стрептоцидовая) майлары менен таңылган. Негизги топко 49 (50,5 %) бейтап кирди. Аларга дагы периааналдык жыныс сөөлдөрүнө электрокоагуляция аркылуу электроэксцизия жасалган. Операциядан кийинки жараттары тазаланып, толук айыкканга чейин левомеколь, офломелид жана индифферент майлары сүйкөлүп, таңылган. Операциядан кийинки жараттары толук айыккандан кийин күн сайын 0,3 % 100,0 мл проторгол суюктугу менен клизма жасалып, вируска каршы дарылоо 5 % ацикловир крем менен бир күндө 2–3 жолу периааналдык териге колдонуу жолу менен жүргүзүлгөн. Периааналдык жыныс сөөлдөрүн комплекстүү дарылоонун натыйжаларына салыштырылып талдоо жүргүзүү негизги топтогу бейтаптардын оорусунун кайталануусунун азайганын көрсөттү жана хирургиялык жол менен дарылануудан кийин антисептиктерди жана вируска каршы дары-дармектерди колдонууну сунуштаганга жол берет.

Түйүндүү сөздөр: периааналдык жыныс сөөлдөрү; көтөн чучук; хирургиялык дарылоо; вируска каршы дары-дармектер; электроэксцизия.

MEDICAL TREATMENT OF PERIANAL CONDYLOMA ACUMINATUM

A.M. Madaminov, A.Y. Aisaev

The aim of this work is to improve the results of complex treatment of perianal condyloma acuminatum. The material of the research was the results of the treatment of 97 patients with perianal condyloma acuminatum. Depending on the treatment, approach patients with perianal condyloma acuminatum were divided into two groups. To the control group included 48 (49.5 %) patients who implemented electroexcision of perianal condyloma acuminatum with electrocoagulation of their inception. Which in the postoperative period, wounds were treated with antiseptics and bandaged with ointments (levomekol, oflomelede, streptocid) until full healing. To the main group included 49 (50.5 %) patients who also implemented electroexcision of perianal condyloma with electrocoagulation of their inception. In postoperative period until the wounds were full healed and bandaging wounds with levomekol ointment, oflomelede, and indifferent ointments. After full healing of postoperative wounds, appointed daily microclysters with 0.3 % solution of 100 ml protorgol, also antiviral therapy was used in the form of a 5 % acyclovir cream 2–3 times a day on the skin of the perianal region. Comparative analysis of the results of treatment of perianal condyloma acuminatum shows a decrease in cases of relapse in patients of main group, which allows us to recommend using antiseptics and antiviral drugs for this disease after its surgical treatment.

Keywords: perianal condyloma acuminatum; anus; surgical treatment; antiviral drugs; electroexcision.

Актуальность. Остроконечные перианальные кондиломы – плотноватые бородавчатые узелки, образующие в области перианальной кожи разрастания в виде цветной капусты, разные по форме и размерам, вегетирующие, подвижные, розово-коричневые и часто расположенные настолько густо, что закрывают задний проход [1, 2]. Они встречаются редко, хотя не являются казуистикой [2].

Перианальные остроконечные кондиломы вызываются вирусом герпеса типа 6 и 11 [3–5]. Больные с перианальными кондиломами жалуются на наличие разрастаний вокруг заднего прохода, чувство инородного тела в области промежности, жжение, зуд, ощущение мокнутия в области заднего прохода [2, 3]. Кондиломы диагностируют у 50 % гомосексуалистов [1, 5].

Диагноз данного заболевания можно поставить после наружного осмотра промежности, пальцевого исследования прямой кишки, ректороманоскопии [3, 6, 7]. При наружном осмотре на коже вокруг заднего прохода определяются плотноватые бородавчатые узелки, типа цветной капусты, разные по форме и размерам, а при пальцевом исследовании прямой кишки иногда можно прощупать маленькие плотноватые узелки – кондиломы и в заднепроходном канале. При ректороманоскопии обычно не обнаруживают патологических изменений, лишь изредка у таких больных имеется катаральный

проктосигмоидит [6, 7]. При необходимости осуществляются ирригоскопия, колоноскопия.

Дифференциальный диагноз необходимо проводить со специфическими сифилитическими перианальными кондиломами, поэтому обязательным является обследование больных на ВИЧ-инфицированность и сифилис, а также консультация венеролога [2, 3].

Перианальные остроконечные кондиломы можно лечить консервативно различными препаратами или удалять их хирургическим путем [3]. Независимо от метода лечения рецидив остроконечных перианальных кондилом остается на довольно высоком уровне [3]. Так, по данным литературы, рецидивы после только хирургического иссечения кондилом возникают у 50 % больных, а после консервативного лечения – у 85 % пациентов [1, 5].

В связи с вышеизложенным нами была поставлена цель – улучшить результаты комплексного лечения перианальных остроконечных кондилом.

Материал и методы исследования. Материалом данного исследования являются результаты обследования и лечения 97 больных с перианальными остроконечными кондиломами, находившихся в отделении проктологии Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики за 2009–2018 гг. Эти больные, в зависимости от подхода к лечению, были разделены на две группы.

Эффективность проведенного лечения определяли путем сравнительной оценки полученных результатов между этими двумя группами пациентов. Больные обеих групп по полу, возрасту и основным клиническим проявлениям заболевания были идентичными.

Из 97 больных перианальными остроконечными кондиломами большинство составили мужчины – 81 (83,5 %), женщин было 16 (16,5 %).

Больные в отделение поступали полностью обследованными в амбулаторных условиях. В тех случаях, когда реакция Вассермана оказывалась положительной, больных направляли для дальнейшего обследования и лечения к венерологу. Больные при поступлении в стационар предъявляли жалобы на чувство инородного тела в области промежности, ощущения влажности кожи в этой области, боли в области заднего прохода во время акта дефекации и анальный зуд. В основном болели люди среднего возраста (20–40 лет). Длительность заболевания варьировала от 6 месяцев до 5 лет.

В день поступления больных в стационар осуществляли очищение кишечника. Для очищения кишечника больным в 16 часов давали выпить 60 мл дюфалака, потом с 19 до 20 часов вечера давали 120 мл дюфалака, который пациент разводил в одном литре теплой воды и выпивал в течение одного часа. В день операции больному делали одну очистительную клизму. Всех больных оперировали под сакральной анестезией. Сакральная анестезия заключалась в следующем: больного укладывали на операционный стол в положении на левом боку с подтянутыми к животу коленями, после обработки крестцово-копчиковой области, в сакральное пространство вводили 26 мл 2%-го раствора лидокаина. После чего больного переводили в положение как для камнесечения и приступали к операции.

В контрольную группу были включены 48 (49,5 %) больных, которым были осуществлены электроэксцизия перианальных остроконечных кондилом с электрокоагуляцией их основания. При наличии довольно больших ран на них накладывались узловыи швы из рассасывающихся нитей. Иссеченные ткани отправляли на гистологическое исследование.

В послеоперационном периоде осуществлялись обработка ран антисептиками и перевязка их с мазями (левомеколь, офломелид, стрептоцидовая) до полного заживления.

В основную группу вошли 49 (50,5 %) пациентов, которым также были произведены электроэксцизия перианальных остроконечных кондилом с электрокоагуляцией их основания. Если образовывались довольно большие раны, то на эти раны также накладывались узловыи швы из рассасывающихся нитей. Все иссеченные ткани отправляли на гистологическое исследование. В послеоперационном периоде до полного заживления осуществляли туалет ран и перевязки с мазью левомеколь, офломелид и индифферентными мазями.

В отличие от больных контрольной группы пациентам основной группы после полного заживления послеоперационных ран назначали ежедневные микроклизмы с 0,3%-м раствором проторгола или коллоргола по 100 мл в теплом виде на ночь в течение 30 дней. На кожу перианальной области наносили тонким слоем 5%-й крем ацикловир для наружного применения 2–3 раза в день в течение 10 дней. Кроме того, больным рекомендовали периодически повторять эти процедуры с целью профилактики рецидива болезни.

Результаты лечения и их обсуждение.

С целью изучения ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения перианальных остроконечных кондилом в исследуемых группах нами проведен сравнительный анализ. В первый день после операции болевой синдром наблюдался примерно одинаково у пациентов обеих групп (42 и 43 %, соответственно). С целью снятия болевого синдрома назначали раствор кетонала по 2,0 мл внутримышечно. Боли на 3–4 сутки прекращались. Рефлекторная задержка мочеиспускания наблюдалась у 2 (4,2 %) больных контрольной группы и 1 (2 %) пациента основной группы. Осложнения в виде кровотечения и нагноения ран мы не встречали. Пребывание больных на стационарном лечении друг от друга не отличалось.

Все пациенты на стационарном лечении находились в среднем $5,0 \pm 1,1$ койкодня. После выписки из стационара больные

продолжали амбулаторное лечение под контролем врача-колопроктолога до полного заживления послеоперационных ран. После заживления ран перианальной области грубых рубцовых сужений мы не наблюдали.

В сроки от 6 месяцев до 5 лет изучены отдаленные результаты хирургического лечения перианальных остроконечных кондилом у 39 (81,2%) больных контрольной группы и у 41 (83,7 %) пациента основной.

При этом выяснено, что среди больных контрольной группы у 5 (12,8 %) пациентов возник рецидив заболевания, а среди больных основной группы – у 2 (4,9 %) пациентов. Уменьшение случаев рецидива болезни у больных основной группы можно объяснить тем, что у этих пациентов кроме хирургического метода лечения применяли антисептик и противовирусный препарат.

Такой сравнительный анализ результатов лечения перианальных остроконечных кондилом позволяет нам рекомендовать применять антисептики и противовирусные препараты при этой болезни после её хирургического лечения с целью уменьшения рецидива заболевания.

Литература

1. Ривкин В.Л. Руководство по колопроктологии / В.Л. Ривкин, А.С. Бронштейн, С.Н. Файн. М.: Изд-во «Медпрактика», 2001. 300 с.
2. Фёдоров В.Д. Проктология / В.Д. Фёдоров, Ю.В. Дульцев. М.: Медицина, 1984. 384 с.
3. Основы колопроктологии / под ред. Г.И. Воробьева. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. 432 с.
4. Мрачковски Т.Ф. Генитальные и перианальные заболевания / Т.Ф. Мрачковски, Т.Э. Милликан, Л.Ч. Париш; пер. с англ.; под ред. В.А. Молочкова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. 368 с.
5. Антипова Е.В. Перианальные кондиломы: клиника, диагностика, перспективы лечения / Е.В. Антипова, В.А. Филиппенко, Е.В. Кузнецова и др. // Альманах клинической медицины. 2014. № 34. С. 96–99.
6. Семионкин Е.И. Руководство по колопроктологии / Е.И. Семионкин. М.: Изд-во Форум, Инфра-М., 2014. – 272 с.
7. Бычкова О.С. Современные принципы диагностики и лечения папилломавирусной инфекции аногенитальной области у детей и подростков. / О.С. Бычкова, В.Ф. Кокоткина, И.Н. Кузетченко // Детская больница. 2010. № 2. С. 28–34.