### Заболевания прямой кишки

Наиболее распространенным неинфекционным заболеванием является геморрой. Он довольно часто встречается вследствие распространенности хронического запора. У большинства заболевших эти два диагноза ставятся одновременно.

Все клинические проявления патологических изменений геморроидальных узлов относят к геморрою (некроз и гнойное расплавление наружных узлов, их тромбоз и набухание, кровотечение, и т. д.). На 1000 человек взрослого населения приходится около 118, страдающих геморроем, а в процентном соотношении он составляет примерно 40% среди всех болезней прямой кишки. При наблюдении патологии геморроидальных узлов в получении лечения нуждается до 20% пациентов. В России производится примерно 4600 – 4800 тысяч операций в год над пациентами с диагнозом: “хронический геморрой”.

На развитие геморроя влияют:

* механические факторы (характер трудовой деятельности, беременность малоактивный образ жизни, запор),
* приобретенная и врожденная недостаточность венозной системы и застой в венах прямой кишки,
* эндо- и экзогенные интоксикации (злоупотребление острой пищей, алкоголем и пр.),
* инфекционные заболевания (колит, флебит геморроидальных вен, криптогенная инфекция).

У большинства людей в какой-то период геморроидальные узлы непременно увеличиваются. Вероятно, нарушается прочность связи слизистой оболочки анального канала с его стенками, вследствие возрастного фактора, и поэтому наблюдается выпадение узлов. Если не слишком большое увеличение геморроидальных узлов обнаруживается только при врачебном осмотре, а жалобы отсутствуют, то это отклонение считаются бессимптомным геморроем и за заболевание не принимается.

**Развитие заболевания.**

Геморрой зачастую предваряется периодом предвестников. Наблюдаются легкий зуд, неприятные ощущения в области анального отверстия, небольшое затруднение во время дефекации.

Стадии заболевания: острую и хроническую. При хронической стадии болезнь проявляется незначительно, и больные способны сохранять трудоспособность. Довольно простые меры позволяют практически полностью забыть о болезни. Острая стадия нередко требует госпитализации, но при правильном лечении воспаление заметно стихает и заболевание снова переходит в хроническую стадию.

Продолжительность этого периода варьируется от нескольких месяцев до нескольких лет. По истечении этого срока начинают проявляться кровотечения различной интенсивности при дефекациях. При осложнениях или длительно существующем геморрое возможно развитие анемии. Кроме кровотечения зачастую наблюдается выпадение внутренних геморроидальных узлов.

**Хронический геморрой.**

Основные проявления – нечастые и непродолжительные кровотечения, в основном при опорожнении кишечника. Кровь как правило алого цвета, в форме нескольких капель, в конце дефекации или “брызг” при натуживании. Может также выделяться темная кровь и сгустки, при свертывании оставшейся в прямой кишке крови от предыдущей дефекации. Такие кровотечения являются первыми признаками этого заболевания. Уже через 5-8 лет возможно выпадение геморроидальных узлов при дефекации, а затем при кашле или чихании, натуживании или безо всякого напряжения. Поначалу их легко можно вправлять, только волевым сокращением, но со временем мышцы теряют эластичность и узлы приходится вправлять рукой.

Стадии выпадения узлов:

I стадия: узлы выходят из заднего прохода во время дефекации и самостоятельно вправляются без особых осложнений,

II стадия: выпадающие узлы необходимо вправлять самостоятельно,

III стадия: даже при небольшой физической нагрузке узлы выпадают.

“Геморрой” (лат.) – кровотечение. Это проблема подавляющего большинства пациентов. При лечении этой группы необходимо полноценное обследование. Причиной кровотечения из прямой кишки могут служить очень серьезные заболевания. Лечение геморроя начинают только в том случае, если точно определится, что нет другого источника кровотечения. Оно предполагает профилактику развития осложнений – ущемления или тромбоза узлов, также возможно хирургическое вмешательство.

Течение заболевания может принимать периодическую форму с обострениями и улучшениями (хронический рецидивирующий геморрой).

**Острый геморрой (ущемленный геморрой, тромбоз геморроидальных узлов)**

Тромбоз геморроидальных узлов сопровождается острыми болями в области анального отверстия, увеличением и уплотнением геморроидальных узлов. Степени тяжести:

I степень: небольшие наружные геморроидальные узлы располагаются ниже зубчатой линии. Пальпации приносят им резкую боль. Перианальная кожа слегка гиперемирована. Характерные жалобы: жжение и зуд, довольно резкие при дефекации.

II степень: отек перианальной области становится более выраженным, наблюдается гиперемия. Болезненные ощущения при пальпации этой области, а также пальцевом исследовании прямой кишки заметно усиливаются. У пациентов наблюдаются сильные боли в области заднего прохода, особенно резкие при ходьбе и в положении сидя.

III степень: задний проход и вся его окружность заняты “воспалительной опухолью”. Пальпация приносит весьма болезненные ощущения. В области заднего прохода можно наблюдать темно-красные внутренние геморроидальные узлы, сплошь покрытые фибриновыми пленками. При недостатке современного лечения возможно наступление некроза узлов. Покрывающая их слизистая оболочка изъязвляется, появляются участки черного цвета с налетом фибрина, что может привести даже к парапроктиту (тяжелому гнойному осложнению).

В начальных стадиях геморрой подлежит консервативному лечению. В лечение необходимо включать:

Местное лечение:

* обезболивание (Ненаркотические анальгетики),
* устранение спазма анального сфинктера (Изокерит),
* решение проблем тромбоза (Венобене, Гельпан, Гепатромбин)
* противовоспалительные препараты в фазе активного воспаления (Ауробин, Проктоседил, Ультрапрокт, Пастеризан - форте, Дибунол(после уменьшения воспаления)),
* кровоостанавливающие препараты (Берипласт ХС, Феракрил)

Общее лечение:

* необходимо регулировать частоту дефекаций (1 – 2 раза в день),
* регулирование акта дефекации и консистенции кала с помощью соответствующей диеты, содержащей продукты, обладающие послабляющим действием (числе овощи и фрукты),
* обеспечить нормализацию консистенции кала (не слишком плотный и не жидкий),
* при запорах назначаются гидрофильные коллоиды (удерживающие воду и размягчающие содержимое кишечника): отруби, метилцелюлозу, ламинарид, льняное семя, файберлакс,
* при учащенном стуле: гастролит, регидрон,
* лечение хронической венозной недостаточности (Венорутон, Троксевазин, Гливенол, Детралекс, Цикло 3 форт)

Гигиенический режим:

Использование восходящего душа или обмывание области заднего прохода после дефекации.

При лечении в ранние сроки от момента заболевания – выздоровление наступает значительно быстрее и может быт проведено амбулаторно (без госпитализации в стационар). В каждом случае схему вашего лечения необходимо обсудить с врачом.

 Анальная трещина является одной из наиболее частых причин появления боли в анальной области. Женщины чаще подвержены этому заболеванию. Более трети больных обращаются в возрасте 18-50 лет, хотя заболевание может наблюдаться в любом возрасте.

Анальная трещина имеет вид линейного или трапециевидной формы дефекта слизистой анального канала длиной около 2 см. В 90% анальная трещина расположена по средней линии на задней стенке заднепроходного канала.

Острая (свежая) трещина имеет вид щели с гладкими, ровными краями, дном ее является мышечная ткань анального сфинктера. Со временем дно и края трещины покрываются грануляциями (молодой тканью). При длительном существовании заболевания образуется грубая рубцовая ткань, края трещины утолщаются. У наружного края трещины формируется утолщенная складка - "сторожевой бугорок". Так формируется хроническая анальная трещина.

Причины образования анальной трещины различны и наиболее частыми являются:

* Травмирование слизистой анального канала плотными каловыми массами или инородными телами.
* Тромбоз геморроидальных узлов.

Проявления анальной трещины достаточно характерны. Первым признаком заболевания является боль в области заднего прохода. Боль во время дефекации характерна для острых трещин, а после дефекации - для хронических. Боль иногда очень сильная, "до крика". Интенсивные боли иногда заставляют больных сознательно задерживать дефекацию, результатом этого является развитие запоров. В редких случаях, при длительно существующей анальной трещине, боль отсутствует. Боль может отдавать в крестец и промежность, вызывать затруднение мочеиспускания, нарушение менструального цикла, провоцировать приступы стенокардии.

Раздражение нервных окончаний поврежденной слизистой оболочки при длительном существовании трещин вызывает резкие болевые ощущения и как следствие спазм сфинктеров заднего прохода. Выраженный спазм этих мышц, наступающий после дефекации, может длиться часами, вплоть до следующей дефекации. В этих случаях создается порочный круг - анальная трещина вызывает резкие болевые ощущения, боль ведет к спазму сфинктера, спазм усиливает боль. Спазм анального сфинктера является вторым характерным признак этого заболевания.

Наличие дефекта слизистой анального канала приводит к травмированию каловыми массами легко ранимых мышечной ткани и грануляций, что сопровождается кровотечением. Выделение крови из ануса третий признак анальной трещины. Характерно скудное выделение крови во время дефекации (линейные помарки крови на каловых массах или несколько капель на туалетной бумаге). Обильное кровотечение наблюдается только при других заболеваниях - геморрое, опухолях т. д.

Таким образом, для анальной трещины характерна триада симптомов: боль во время или после дефекации, спазм сфинктера, скудные кровянистые выделения из ануса.

Выделяют две клинические формы заболевания.

* Острую анальную трещину
* Хроническую анальную трещину

**Острая анальная трещина**

Жалобы на боль, обычно внезапную в начале дефекации часто после плотного кала или поноса иногда ощущение жжения. Существенной особенностью является связь боли с дефекацией. Продолжительность боли в течение нескольких часов после дефекации нередко с болезненным спазмом анального сфинктера. Часто наблюдаются запоры.

**Хроническая анальная трещина**

Если острую анальную трещину не лечить, в течение нескольких недель она переходит в хроническую форму. Боль становится менее интенсивной. Часто появляются жалобы на мокнутие в анальной области, значительный зуд с перианальной экземой, незначительные кровянистые выделения при дефекации. Хроническая анальная трещина отличается по виду от острой трещины: края подрытые, утолщенные, рубцово изменены, дно трещины чистое, нередко через трещину становятся различимыми мышечные волокна анального сфинктера. Часто у дистального края формируется специфическая складка "сторожевой бугорок".

**Лечение.**

Консервативное лечение эффективно у 65-70 % больных. Без хирургического вмешательства удается достигнуть излечения преимущественно при острых трещинах или хронических при отсутствии признаков рубцового перерождения (грубые каллезные края, сторожевой бугорок).

Лечение анальных трещин, направлено в первую очередь на снятие боли и спазма анального сфинктера. Последующим лечением добиваются нормализации стула и заживление самой трещины.

Лечение в амбулаторных условиях проводят следующим образом.

Утром, до естественной дефекации сделать очистительную клизму (800 мл воды комнатной температуры). После того как очистится прямая кишка, в течение 10 минут делать сидячую ванночку (в таз налить теплой воды и добавить перманганата калия до розового окрашивания). Анальную область высушить. В прямую кишку вводят свечку с белладонной. Вечером процедуру повторяют. При сильных болях допустимо применение ненаркотических анальгетиков. После уменьшения боли, на 3-4 неделе лечения хороший эффект дают мазевые микроклизмы.

Лечение требует большого упорства.

Необходимо диетой (кисломолочного и растительного характера, с исключением острых, соленых, горьких блюд и раздражающих приправ, а также алкогольных напитков, включая пиво) и режимом отрегулировать работу кишечника - стул 1 раз в сутки, "мягкой колбаской". Такое лечение продолжают около 4 -5 недель.

Такое лечение позволяет значительно уменьшить болевые ощущения в течение 1 недели, но полное заживление наступает значительно позже - через 1 - 2 месяца при настойчивом лечении.

Рак толстой кишки - злокачественная эпителиальная опухоль, поражающая чаще дистальные отделы толстой кишки. Длительное время может протекать бессимптомно, и лишь на относительно поздних стадиях появляются признаки кишечного кровотечения, запоры, а также боль в животе разной интенсивности.

**Эпидемиология**

Новообразования толстой и прямой кишки наиболее часто встречаются в экономически развитых странах, что связано с особенностями питания, недостаточным содержанием в рационе растительной клетчатки и шлаков.

**Этиология и патогенез**

Установлена прямая связь между содержанием в пищевом рационе жиров и животных белков и уровнем заболеваемости раком толстой кишки. Эта связь опосредуется через бактериальную флору толстой кишки, которая при избыточном питании жирами и животными белками продуцирует канцерогенные вещества. Установлено также, что можно добиться уменьшения продукции этих веществ путем активации фермента бензпиренгидроксилазы, вырабатываемого в тонкой кишке. Активность фермента повышает ряд продуктов (репа, капуста), а также антиоксиданты (витамины Е, С и др.). Торможению канцерогенеза способствует также употребление продуктов, содержащих повышенное количество клетчатки (пектин, лигнин, отруби). Эффект достигается в основном уменьшением концентрации канцерогенов за счет увеличения объема кишечного содержимого.

К факторам риска относятся и хронические воспалительные заболевания кишечника - неспецифический язвенный колит, гранулематозный колит, а также полипы толстой кишки, особенно семейный полипоз.

**Классификация**

Обычно выделяют две макроскопические формы рака: экзофитно- и эндофитнорастущие опухоли. Экзофитные опухоли могут быть узловыми, полиповидными и ворсиноподобными. Среди эндофитных выделяют блюдцеобразную, инфильтративную и стриктурирующую опухоль.

Принципы выделения 4 стадий рака ободочной и прямой кишки аналогичны таковым при раке желудка.

В зависимости от гистологической картины выделяют аденокарциному, перстневидноклеточный рак, недифференцированный рак.

**Ранняя диагностика**

В ранней диагностике новообразований прямой и толстой кишки большую роль играют профилактические проктологические обследования и исследования кала на скрытую кровь. Многие больные ошибочно объясняют проктологическую симптоматику имевшимися у них в прошлом геморроем, колитом и другими заболеваниями.

Проктологическое обследование позволяет выявлять у 5% из них аденоматозные полипы и у 0,1% - раки на разной стадии развития. Наряду с исследованием кала на скрытую кровь и ректороманоскопией в проктологическое обследование по показаниям включается ирригоскопия и колоноскопия.

Ирригоскопия проводиться при наличии явных симптомов заболевания толстой кишки, особенно у лиц старше 40 лет, больным с высокой семейной заболеваемостью раком толстой кишки, а также ранее получавшим лечение по поводу аденоматозных полипов. Кроме ирригоскопии, проводиться колоноскопия, так как полипы и раки менее 5 мм в диаметре, как правило, во время ирригоскопии не выявляются. Ценность колоноскопии определяется и возможностью дополнения осмотра гистологическим исследованием участков, подозрительных на очаговое поражение кишки.

У лиц старше 40 лет проктологическое исследование должно повторяться каждые 3 года.

Особую онкологическую настороженность необходимо проявлять больным с высоким риском развития рака, страдающим неспецифическим язвенным колитом с длительностью болезни свыше 5-7 лет, а также диффузным семейным полипозом. Им необходимо проводить ректороманоскопию не реже 2 раз в год и ежегодно колоноскопию.

К сожалению некоторые больные попадают впервые к врачу с картиной относительно далеко зашедшего рака толстой кишки. Наиболее часто у них выявляют боль в животе, нарушение функции кишки, (в частности, запоры), кишечные кровотечения. Для опухолей правой половины ободочной кишки чаще характерен экзофитный рост, и заболевание может длительно протекать с адинамией, похудением и анемией. Для опухолей левой половины ободочной кишки характерен чаще инфильтрирующий рост, приводящий к циркулярному сужению. Основными симптомами являются признаки кишечной непроходимости разной выраженности и кишечные кровотечения. Опухоль ободочной кишки на этой стадии можно пальпировать у 20-40% больных.

**Лечение**

Вопросы лечения больных карциномой толстой кишки обсуждаются совместно с хирургом-колопроктологом.

У большинства больных, успешно перенесших операцию, в последующем остаются нарушения функций кишечника. Они объясняются или нарушениями моторики, или спаечным процессом, или нарушением функции колостомы. Больных обычно беспокоят нарушения стула, боль (часто довольно значительная) в животе, вздутия, урчание, переливание в нем. Обменные нарушения ограничиваются обычно снижением массы тела при длительной диарее.

Принципы лечения в подобных случаях остаются теми же, что и при оказании помощи больным хроническим колитом, функциональными расстройствами толстой кишки. Особенности отмечаются при лечении больных с колостомой, функция которой во многом определяется режимом питания.

При упорной диарее рекомендуются курсы антибактериальной терапии, вяжущие, адсорбенты, регуляторы моторики. При запорах и плохом отхождении кала через колостому целесообразно применение церукала и пшеничных отрубей.

При резких нарушениях функции колостомы больных направляют в хирургическое отделение для проведения специального обследования, так как возможны сужение колостомы и другие формы ее патологии

В современной онкологии на первый план выходит проблема выявления и лечения доброкачественных предраковых новообразований, особенно таких, которые в течение многих месяцев и лет могут протекать абсолютно бессимптомно и выявляются либо случайно, либо при скрининге. Учитывая, что в странах с большими территориями и населением, к которым относится Россия, массовый скрининг опухолей толстой кишки (с обязательной кишечной эндоскопией и тестами на скрытую кровь в кале) практически невозможен, приходится уповать на внимательное отношение к своему здоровью. Каждый человек по достижении 50 лет должен подвергнуться колоноскопии. В наше время, когда проктологические и эндоскопические кабинеты имеются во всех крупных поликлиниках городов, врачи первого контакта просто обязаны направлять своих пожилых пациентов на это обследование, не дожидаясь появления жалоб на расстройство стула, патологические выделения из заднего прохода, боли в животе.

**Образование полипов.**

С одной стороны хронические соматические заболевания могут способствовать "старению" эпителия слизистой оболочки толстой кишки, разрастанию на слизистой этого органа доброкачественных новообразований (по аналогии со старческими кератомами на коже). С другой стороны, эпителиальные клетки слизистой оболочки толстой кишки в норме интенсивно регулярно обновляются (физиологический апоптоз), что, очевидно, способствует профилактике различных вредных воздействий, которые оказывают на слизистую толстой кишки многочисленные, в том числе канцерогенные, факторы внешней среды, в первую очередь, продукты метаболизма пищевых (в толстой кишке уже каловых) масс. Все это, а также многие еще невыясненные факторы являются причиной частого разрастания на слизистой толстой кишки различных по форме, размерам и гистологическому строению полипов. Среди этих факторов очень важное значение в последние годы придается генетической предрасположенности к опухолям вообще и к полипам и раку толстой кишки в частности. Семейный раковый анамнез, наличие у кровных родственников полипов или других поражений толстой кишки, прошлые операции на толстой кишке - все это факторы высокого риска колоректального рака. В этих случаях колоноскопия обязательна в любом возрасте, т.е. при первом же обращении к проктологу.

Аденомы - самая частая форма полипов. Они морфологически делятся на:

- железистые (тубулярные),

- железисто-ворсинчатые (тубуло-виллезные)

- ворсинчатые (виллезные полипы или ворсинчатые опухоли).

Железистый полип обычно на длинной ножке с выраженной стромой и с правильно построенными железами. Переходная форма - железисто-ворсинчатый полип, у которого ножка меньше, поверхность не такая гладкая как у аденомы. Макроскопическое строение ворсинчатой опухоли весьма характерно, это довольно крупные мягкие образования, легко кровоточащие при дотрагивании. При колоноскопии опытный проктолог сразу может отличить аденому и ворсинчатую опухоль (часто встречающихся вместе) от, скажем, ювенильных полипов. Железистый полип обычно имеет ножку или выраженное основание, его размеры редко превышают 1 см в диаметре. Эпителий, выстилающий сами железы аденомы, характерен той или иной, чаще всего слабо выраженной, степенью клеточной дисплазии. Переход железистой аденомы в рак не превышает 1% случаев. Железисто-ворсинчатый полип макроскопически более дольчатый, более крупный по размерам, но резкой морфологической разницы между этими двумя формами нет, хотя степень дисплазии эпителия в таких полипах нарастает и значительно выражена почти в четверти всех железисто-ворсинчатых аденом (в железистых аденомах значительная дисплазия прослеживается не более чем в 8%). Так что эти полипы почти в 4 раза чаще переходят в рак. Ворсинчатая аденома (ворсинчатая опухоль) всегда крупнее - больше 1 см в диаметре, а в половине случаев достигает размеров 3 и более см. Поверхность такой аденомы напоминает ковер; при ощупывании (если она достигается пальцем) она мягкая "как пух". Ворсинчатая аденома - крайняя стадия одного процесса роста и увеличения степени дисплазии истинных железистых полипов толстой кишки. С усложнением морфологической структуры, т.е. уменьшением числа желез, нарастает процент выраженной дисплазии и в таких аденомах почти в 10 раз чаще обнаруживаются участки аденокарциномы, достигая 40% и более. Частота малигнизации нарастает, с увеличением ворсинчатых структур аденомы.

Железистые полипы толстой кишки (аденомы) являются предраковым поражением. С увеличением размеров аденом толстой кишки и усложнением их микроскопического строения (нарастанием ворсинчатых структур) растет потенциал их злокачественного превращения.

У детей и юношей в толстой кишке встречаются т.н. **ювенильные полипы** ("аденомы детского возраста", "ретенционные полипы"), которые впоследствии были обнаружены и у взрослых, и которые относятся к гамартомам, т.е. к опухолям, растущим из эмбриональных остатков тканей. В данном случае это мнение основано на том, что в ювенильном полипе избыточно развита строма, которая, возможно, является продолжением слизистой оболочки кишки. Ювенильные полипы чаще солитарные, размерами до 5 см., на длинных ножках, иногда гроздевидные, гладкие или дольчатые, покрыты блестящей слизистой оболочкой. Длинные ножки ювенильных полипов часто перекручиваются и некротизируются, так что полип может самостоятельно отторгаться, обычно с небольшим кровотечением. При гистологическом исследовании ювенильного полипа обнаруживаются кистозно расширенные железы, выстланные цилиндрическим эпителием без признаков дисплазии, хотя изредка публикуются отдельные наблюдения ювенильных полипов с участками аденомы.

Доброкачественные ювенильные полипы толстой кишки должны быть удалены и тщательно исследованы гистологически, чтобы исключить наличие в них аденоматозных элементов и признаков дисплазии.

**Удаление полипов**

Низкие полипы прямой кишки удаляются трансанально.

Проксимально расположенные устраняются через эндоскопы с помощью электрокоагуляции петлевым электродом, захватывая и пережимая его ножку. Большие полипы удаляются по частям, используя кускование, но при этом велика вероятность взрыва кишечного газа и перфорации кишечной стенки при слишком глубоком ее ожоге.

Эти операции должен выполнять проктолог, владеющий как диагностической, так и хирургической колоноскопией, или же специально подготовленный врач-эндоскопист.

Полипы, которые следует немедленно удалять, зачастую обнаруживаются уже при первой колоноскопии.

Главным предметом гистологического исследования является нижний край ножки (основания) полипа, которая не всегда попадает в препарат, поэтому биопсия полипов неадекватна.

Чтобы определить степень малигнизации полипа необходимо исследовать всю окружность его основания (ножки), а если при микроскопии исследовано не меньше 2 мм здоровой ткани, то можно смело делать выводы о степени дисплазии или о неинвазивном раке в полипе. Это самое важное современное положение, так как после полного клинического удаления полипа возможно обнаружение раковых клеток и комплексов в его основании.

Если это произошло, то кроме эндоскопического удаления требуется проведение резекции кишки. После удаления ворсинчатых аденом, больших полипов (более 2 см) или множества полипов (более 5) через год требуется контрольная эндоскопия и если отсутствуют повторные проявления болезни, то колоноскопия повторяется каждые 3-5 лет. Этот период поддерживается большинством проктологов. По данным возможность обнаружить рак на месте удаленного полипа маловероятна через 1 -3 года, даже при повторном обнаружении доброкачественной аденомы, что в среднем встречается в 30% случаев. Колоноскопия через 3 года после удаления аденоматозных полипов так же эффективна, как выполняемая через 1 и 3 года.

Динамическая колоноскопия после удаления полипов толстой кишки заметно снижает частоту рака этой локализации.

**Остроконечные кондиломы** (condyloma acuminata - греческий термин обозначающий “выпуклость”, “шишка”) - это образования в виде узелка или множественных выростов розового цвета, внешне напоминающих цветную капусту, с хорошо заметным узким основанием.

Чаще всего наблюдаются рядом с анальным отверстием, на коже половых органов, в межягодичной и паховых складках.

Такая болезнь длится довольно долго, часто встречаются инфекционные осложнения с обильные выделения, запахом, зудом и болевыми ощущениями.

Эта болезнь напрямую зависит от вируса папилломы человека (ВПЧ). В половине случаев заражение происходит при половом контакте. Папилломавирусная инфекция гениталий и промежности (ПВИ) - одно из самых часто встречаемых венерических заболеваний в мире. У гомосексуалистов заболевание встречается в 5 – 10 раз чаще, чем у людей с обычной сексуальной ориентацией. За последние десять лет количество инфицированных в мире увеличилось больше чем в 10 раз. Самым частым проявлением папилломавирусной инфекции можно считать остроконечные кондиломы аногенитальной области.

В России это заболевание встречается 20- 21 раз на 100 000 населения.

Не всякое заражение вирусом папилломы человека приводит к развитию заболевания.

Вирус развивается вследствие изменений в иммунной системе организма, которым предрасполагают следующие факторы:

* возраст пациентов (в основном от 17 до 33 лет, наиболее часто в 20-24 года);
* раннее начало половой жизни;
* повышенная сексуальная активность, множество партнеров, частые и беспорядочные сексуальные контакты;
* анальный секс;
* сексуальные партнеры, имеющие половые взаимоотношения со страдающими аногенитальными кондиломами.

Пациенты, страдающие остроконечными аногенитальными кондиломами, обязаны понимать, что они способны служить путем для заражения своих сексуальных партнеров.

Примерно 65% всех заболеваний развивается в первые три месяца после полового акта с зараженным партнером.

Весь срок лечения требуется соблюдать барьерный метод контрацепции (презерватив).

Папилломавирусная инфекция способна вызывать возникновение и развитие злокачественных заболеваний гениталий, как у женщин, так и у мужчин.

Способы лечения аногенитальных остроконечных кондилом подразделяются на оперативные и консервативные, однако, зачастую эти два метода используются в комплексе. Первым делом удаляется хирургическим путем основной массив новообразования.

Дальнейшее лечение ведется с использованием синтетических иммуномодуляторов (декарис, пентоксил, метилурацил, ликопид), адаптогенов (настойка элеутерококка, китайского лимонника), витаминов (B, С, Е).

**Методы лечения:**

хирургические:

* Криодеструкция (лечение с помощью холода). Используя этот метод можно обрабатывать обширные поражения. Побочные эффекты – болезненная обработка, возникновение эрозий и язв, появление гиперпигментации кожи.
* Коагуляция электрохирургическими инструментами или лазером (особенно опасен для врача при этом дым от испарения тканей, так как очень высока вероятность заражения ВПЧ)
* Хирургическое иссечение – самый эффективный метод, гарантирующий успех в 63-91 % случаев, при самой низкой частоте повторных заболеваний.

местное медикаментозное лечение:

* Подофиллин (podophyllin). Смола, растительного происхождения. Оказывает цитотоксическое действие. Используется 10 – 25% раствор. Применяется в амбулаторных условиях 1 – 2 раза в неделю (не более 5 недель).
* Подофиллотоксин (podophyllotoxin) – активное вещество в подофилина. Используется как действующее вещество в препарате “Кондилин” (0,5% раствор подофиллотоксина в 96% спирте), также используют 20% мазь.
* МАЗЬ Оксолиновая 3% (unguentum oxolini 3%). Вируцидно активна. При устранении остроконечных кондилом мазь наносится непосредственно на них, накладывая сверху вощеную бумагу. Процедура принимается 2-3 раза в день (от 2 недель до 2 месяцев).
* Ферезол - смесь фенола (60%) и трикрезола (40%). Процедура принимается с перерывом в 1 неделю.
* Солкодерм (фирмы СОЛКО БАЗЕЛЬ АГ Швейцария) – некротизирующий, кератолитический препарат, смесь органических и неорганических кислот, обладающий коагулирующим эффектом, распространяющимся на измененные ткани. Обработка осуществляется специальным аппликатором, позволяющим наносить препарат непосредственно на образование, не допуская при этом его распространения на неповрежденные ткани. Безболезненных ощущений нет. Сеансами принимаются через 1-4 недели, период отпадения струпа - 3-5 суток.
* 80 – 90% трихлоруксусная кислота - слабый деструктивный химический препарат, вызывающий местный некроз. Используется при слабовыраженном течении болезни или беременности.