Приложение
к приказу № 176
от «22 » мая 2026-года
Министерства здравоохранения
Республики Узбекистан

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО НОЗОЛОГИИ «ОСТРОКОНЕЧНЫЕ КОНДИЛОМЫ»

ТАШКЕНТ 2026

«УТВЕРЖДАЮ»
Директор ГУ
РСНПМЦДВиК МЗ РУз
Сабиров У.Ю

«30» апреля 2026 год

НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПО НОЗОЛОГИИ «ОСТРОКОНЕЧНЫЕ КОНДИЛОМЫ»

ТАШКЕНТ 2026

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ «ОСТРОКОНЕЧНЫЕ КОНДИЛОМЫ»

1. Вводная часть
2. **Коды по МКБ-10/11:**

A63.0	ОСТРОКОНЕЧНЫЕ КОНДИЛОМЫ (Аногенитальные (венерические) бородавки)	1A95	ОСТРОКОНЕЧНЫЕ КОНДИЛОМЫ (Аногенитальные (венерические) бородавки)
	https://www.rlsnet.ru/mkb/anogenitalnye-venericeskie-borodavki-692		https://www.vidal.ru/drugs/mkb11

Дата разработки и пересмотра протокола: 2026 год, дата пересмотра 2029 г. или по мере появления новых ключевых доказательств. Все поправки к представленным рекомендациям будут опубликованы в соответствующих документах.

Ответственное учреждение по разработке данного клинического протокола и стандарта:
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии

В разработке клинического протокола и стандарта внесли вклад:
По организации процесса члены рабочей группы по направлению дерматовенерология:

1.	Сабиров У.Ю.	Директор центра, д.м.н., профессор	РСНПМЦДВиК
2.	Абдуллаев М.А.	Врач дерматовенеролог в отделении ИППП и Репродуктивных нарушений, PhD	РСНПМЦДВиК
3.	Боходирова А.А.	Учёный секретарь	РСНПМЦДВиК

Рецензенты:

1. Цой Наталья Олеговна - Доцент кафедры дерматовенрерологии и дерматокосметологии НАО "Медицинский Университет Астана", PhD
2. Рахматуллаева Севара Нодирбековна - Врач дерматовенеролог в отделении ИППП и Репродуктивных нарушений, к.м.н.

Техническая экспертная оценка и редактирование:

1. Иноятов Аваз Шавкатович – д.м.н., заместитель директора по лечебной, главный врач клиники.

2. Джалилов Дилшод Сайфуллаевич – к.м.н. заместитель директора по научной работе.

Настоящий национальный клинический протокол и стандарт разработан под руководством первого заместителя министра здравоохранения О.С.Имамова, начальника Управления по внедрению медицинского страхования, начальника Управления разработки и внедрения стандартов и клинических протоколов, а также с организационной и практической помощью главных и ведущих специалистов отдела.

Дата и номер выписки из протокола обсуждения:

Выписка из протокола №4 от 30.04.2026 года Учёного совета РСНПМЦДВиК МЗ РУз

Пользователи протокола:

1. Врачи дерматовенерологи;
2. Врачи общей практики;
3. Врачи акушер-гинекологи;
4. Врачи урологи;
5. Врачи педиатры;
6. Врачи лаборанты;
7. Организаторы здравоохранения;
8. Клинические фармакологи;
9. Студенты, клинические ординаторы, магистранты, докторанты, преподаватели медицинских вузов;
10. Пациенты с данной патологией, члены их семей и лица, осуществляющие уход.

Настоящий протокол является основой для внедрения современных методов диагностики и лечения данной нозологии в практику здравоохранения повсеместно.

Категория пациентов в данной нозологии: обследованию подлежат больные остроконечными кондиломами

Шкала уровня доказательности, на основе доказательной медицины.
Шкала оценки уровней достоверности доказательств для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Шкала оценки уровней достоверности доказательств для профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования

4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций для профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств

УУР	Расшифровка
A	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
B	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
C	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Оглавление

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ «ОСТРОКОНЕЧНЫЕ КОНДИЛОМЫ»……..……4
НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ «ОСТРОКОНЕЧНЫЕ КОНДИЛОМЫ» …..……..21
НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПО НОЗОЛОГИИ «ОСТРОКОНЕЧНЫЕ КОНДИЛОМЫ»…...……26

Список сокращений

МКБ	Международная классификация болезней
ИППП	Инфекции, передающиеся половым путем
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ТХУ	трихлоруксусная кислота
БХК	бихлоруксусная кислота
ВПЧ	вирус папилломы человека
ПЦР	полимеразная цепная реакция
ДНК	дезоксирибонуклеиновая кислота
МНН ЛС	Международное непатентованное название лекарственного средства
Ig	иммуноглобулин
РМП	реакция микропреципитации
КСР	комплементсвязывающая реакция
РИФ	реакция иммунофлуоресценции
ИХА	иммунохроматографический анализ
РИБТ	реакция иммобилизации бледных трепонем
РПГА	реакция пассивной гемагглютинации
ИХЛА	иммунохемилюминесцентный анализ
ИФлА	иммунофлюоресцентный анализ
ИФА	иммуноферментный анализ
в/м	внутримышечно
в/в	внутривенно
п/к	подкожно
мг	миллиграмм
кг	килограмм
НИЛИ	низкоинтенсивное лазерное излучение

2 Основная часть

1.Введение.

Аногенитальные (венерические) бородавки - вирусное заболевание, обусловленное вирусом папилломы человека и характеризующееся появлением экзофитных и эндофитных разрастаний на коже и слизистых оболочках наружных половых органов, уретры, влагалища, шейки матки, перианальной области. Заболевание относится к числу наиболее распространённых инфекций, передающихся половым путём, и характеризуется высокой контагиозностью и склонностью к рецидивирующему течению.

Инфицирование происходит преимущественно при половых контактах, реже — контактно-бытовым путём при наличии микротравм кожи и слизистых оболочек. Клинические проявления варьируют от единичных папилломатозных образований до множественных конгломератов, способных вызывать физический дискомфорт, психологическое напряжение и снижение качества жизни пациента.

Несмотря на доброкачественный характер большинства аногенитальных бородавок, персистенция ВПЧ-инфекции требует своевременной диагностики, оценки факторов риска и проведения адекватной терапии с целью предупреждения распространения инфекции и развития осложнений.

Настоящий клинический протокол разработан для унификации подходов к диагностике, лечению и профилактике аногенитальных бородавок в соответствии с принципами доказательной медицины.

Определение и заболеваемость

Аногенитальные (венерические) бородавки - вирусное заболевание, передаваемое преимущественно половым путем, обусловленное вирусом папилломы человека (ВПЧ) и характеризующееся появлением экзофитных и эндофитных разрастаний на коже и слизистых оболочках наружных половых органов, уретры, влагалища, шейки матки, перианальной области, анального канала, ротоглотки.

Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Возбудитель заболевания - вирус папилломы человека - относится к роду папилломавирусов (Papillomaviridae) семейства паповавирусов (Papovaviridae), состоящему из 16 родов, представители 5 из которых патогенны для человека.

Международное Агентство по исследованию рака (The International Agency for Research on Cancer) утвердило ВПЧ этиологическим агентом широкого спектра онкологических заболеваний, таких как рак шейки матки, вульвы, влагалища, анального канала, пениса, головы и шеи, пищевода, а также аногенитальных (венерических) бородавок и рецидивирующего респираторного папилломатоза [1].

В настоящее время идентифицировано более 200 генотипов вирусов папилломы человека, из которых около 45 генотипов ВПЧ могут инфицировать урогенитальный тракт.

ВПЧ относится к высококонтагиозным мукозотропным и дерматотропным вирусам, передаваемым от человека к человеку при оральном, генитальном и анальном половых контактах, а также контактно-бытовым и вертикальным путями.

Инфицирование ВПЧ происходит при любых формах половых контактов, при тесных бытовых контактах, инфицирование детей также возможно при рождении через естественные родовые пути. Возможность самозаражения (аутоинокуляции) и передачи ВПЧ через бытовые предметы остается недостаточно изученной. Инфицированию способствует наличие микротравм и воспалительных процессов кожи и слизистых оболочек, приводящих к снижению местного иммунитета, а также устойчивость ВПЧ к антисептикам [113]. Медицинский персонал может инфицироваться ВПЧ при нарушении правил санитарной профилактики во время лазерной, радиоволновой или электрохирургической деструкции аногенитальных (венерических) бородавок, вдыхая образующийся дым, содержащий вирусные частицы. Инкубационный период заболевания может длиться от нескольких месяцев до нескольких лет. Среднее время между инфицированием ВПЧ и развитием аногенитальных (венерических) бородавок составляет от 3 месяцев у женщин до 11 месяцев у мужчин. Инфицирование человека может происходить как одним, так и несколькими типами ВПЧ [2].

В процессе инфицирования ВПЧ проникает путем эндоцитоза в незрелые метаплазированные клетки, чаще базального слоя, и транспортируется в ядро клетки. В клетках базального слоя эпителия ДНК вируса может находиться длительное время в виде внеядерной плазмиды в молчащем состоянии (эписомальная форма) и определяться молекулярно-биологическими методами при отсутствии клинических и цитологических изменений. По мере дифференцировки и созревания эпителиальных клеток возможно активное размножение вируса (продуктивная стадия) или встраивание ДНК ВПЧ в геном инфицированной клетки (интегративная стадия). При продуктивной инфекции осуществляется транскрипция поздних генов, синтез капсидных белков и сборка вирусов с дальнейшим освобождением его дочерних частиц. Жизненный цикл ВПЧ завершается в зрелых клетках многослойного эпителия, и вирионы освобождаются со слущивающимися клетками.

При полноценной иммунной сопротивляемости организма у 90% инфицированных лиц в

течение 2 лет происходит самопроизвольная элиминация ВПЧ [108, 109]. Воздействие неблагоприятных экзогенных и эндогенных факторов может приводить к усиленному размножению вируса, при этом процесс переходит из эписомальной (латентной) стадии в стадию продуктивной или интегративной инфекции, при которой развиваются клинические проявления заболевания - аногенитальные (венерические) бородавки или цитологические изменения, индуцированные ВПЧ (интраэпителиальные неоплазии различных степеней: цервикальная (CIN), вульвы (VIN), полового члена (PIN), анальной области (AIN) и других органов).

До 90% всех случаев заболевания аногенитальными (венерическими) бородавками у мужчин и женщин вызывается 6 и 11 генотипами ВПЧ. У 20-50% пациентов с аногенитальными (венерическими) бородавками выявляют ВПЧ высокого онкогенного риска. ВПЧ высокого онкогенного риска (например, 16 и 18 типы) вызывает большинство предраковых заболеваний и рака шейки матки, полового члена, вульвы, влагалища, ануса и ротоглотки [3], тогда как 6 и 11 типы ВПЧ вызывают аногенитальные (венерические) бородавки и рецидивирующий респираторный папилломатоз, папилломатоз конъюнктивы, носа, полости рта и гортани. Часто инфицирование ВПЧ протекает бессимптомно или не распознаётся [4-6].

Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)
Заболеваемость аногенитальными (венерическими) бородавками мужчин и женщин (включая новые случаи и рецидивы заболевания) варьирует от 160 до 289 случаев на 100 тысяч населения, со средним значением 194,5 случаев на 100 тысяч населения, а средний ежегодный уровень выявляемости новых случаев аногенитальных (венерических) бородавок составляет 137 случаев на 100 тысяч населения среди мужчин и 120,5 случаев на 100 тысяч населения среди женщин [7]. До проведения вакцинации против ВПЧ в мире ежегодно выявлялось около 355 тысяч новых случаев аногенитальных (венерических) бородавок [8-9].

Клиническая классификация:
https://diseases.medelement.com

Выделяют несколько клинических разновидностей аногенитальных (венерических) бородавок:

- остроконечные кондиломы;

- бородавки в виде папул;

- поражения в виде пятен;

- гигантская кондилома Бушке-Левенштайна.

Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Остроконечные кондиломы – мелкие мягкие выросты в виде тонких сосочков, петушиного гребня с типичным «пестрым» и/или петлеобразным рисунком, локализующиеся в области внутреннего листка крайней плоти, головки полового члена, наружного отверстия мочеиспускательного канала, малых половых губ, преддверия влагалища, влагалища, шейки матки, паховой области, промежности и анальной области. Цвет кондилом может быть телесным, интенсивно красным, снежно-белым (при мацерации).

Бородавки в виде папул – папулезные высыпания без пальцеобразных выпячиваний, локализующиеся на кератинизированном эпителии наружного листка крайней плоти, тела

полового члена, мошонки, латеральной области вульвы, лобка, промежности и перианальной области.

Поражения в виде пятен – серовато-белые, розовато-красные или красновато-коричневые пятна на коже и/или слизистой оболочке половых органов.

Гигантская кондилома Бушке-Левенштайна – папилломы, сливающиеся между собой и образующие очаг поражения с широким основанием, покрытый ворсинчатыми разрастаниями, разделенный выраженными бороздками на больших и малых половых губах с переходом на бедренно - паховые складки и область заднего прохода. По периферии образования имеются изолированные остроконечные кондиломы. Со временем образования разрастаются, покрываются чешуйками ороговевшего эпителия и мацерируются. В проходящих между ними бороздках скапливается отделяемое, часто происходит инфицирование, в результате чего отделяемое приобретает гнойный характер и неприятный запах.

Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

Критерии установления диагноза/состояния:
1) Данные анамнеза
2) Данные физикального обследования и в ряде случаев дерматоскопического исследования
3) Результаты прижизненного патолого-анатомического исследования биопсийного материала при необходимости дифференциальной диагностики с другими заболеваниями кожи и/или новообразованиями кожи.

- **Рекомендован** сбор жалоб и анамнеза у всех пациентов с целью выявления факторов риска и факторов, которые могут повлиять на выбор тактики лечения и вторичной профилактики [3].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

1. Жалобы и анамнез
Наличие одиночных или множественных экзофитных разрастаний в виде папул, папиллом, пятен на кожных покровах и слизистых оболочках половых органов, перианальной области, промежности, ануса, паховых складок; возможен умеренный зуд и парестезии в области поражения; болезненность во время половых контактов (диспареуния); при локализации высыпаний в области уретры - зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия); при обширных поражениях в области уретры - затрудненное мочеиспускание, гематоспермия (примесь крови в сперме); болезненные трещины и кровоточивость кожных покровов и слизистых оболочек в местах поражения.
Аногенитальные (венерические) бородавки на слизистой оболочке ануса наблюдаются преимущественно у лиц, имевших анальный половой акт; однако они также могут встречаться у мужчин и женщин, у которых в анамнезе не было таковых [8].
У детей с аногенитальными (венерическими) бородавками существует риск самозаражения, распространения инфекции на здоровые участки кожи. У любого ребенка с аногенитальными (венерическими) бородавками следует предполагать возможность сексуальных контактов в анамнезе, однако у большинства детей заболевание возникает неполовым путем.

2. Физикальное обследование
Рекомендовано всем пациентам проводить осмотр кожных покровов и видимых слизистых оболочек наружных половых органов, перианальной области, промежности, ануса, паховых

складок; оценить состояние слизистой оболочки наружного отверстия уретры, провести пальпация уретры; у сексуально активных лиц женского пола – осмотр преддверия влагалища, слизистых оболочек стенок и сводов влагалища и видимой части шейки матки в гинекологических зеркалах; у лиц мужского пола без циркумцизии – осмотр под крайней плотью полового члена [7].
Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5)

3. Лабораторные диагностические исследования

- **Рекомендовано** для оценки общего состояния пациента для выявления противопоказаний к системной терапиии контроля безопасности системной терапии: общий (клинический) анализ крови развернутый (лейкоциты, эритроциты, гемоглобин, гематокрит, тромбоциты, тромбокрит, нейтрофилы палочкоядерные, нейтрофилы сегментоядерные, эозинофилы, базофилы, лимфоциты, моноциты, скорость оседания эритроцитов)

- **Рекомендовано** для оценки общего состояния пациента, для выявления противопоказаний к системной терапии и контроля безопасности системной терапии: анализ крови биохимический общетерапевтический: общий белок, глюкоза, креатинин, мочевая кислота, мочевина, билирубин общий, холестерин, триглицериды, натрий, калий, общий магний, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, щелочная фосфатаза, гамма-глютамилтрансфераза в крови

- **Рекомендовано** для оценки общего состояния пациента и выявления противопоказаний к системной терапии: общий (клинический) анализ мочи (цвет, прозрачность, относительная плотность, реакция pH, глюкоза, белок, билирубин, уробилиноиды, реакция на кровь, кетоновые тела, нитраты, эпителий плоский, эпителий переходный, эпителий почечный, лейкоциты, эритроциты, цилиндры гиалиновые, цилиндры зернистые, цилиндры восковидные, цилиндры эпителиальные, цилиндры лейкоцитарные, цилиндры эритроцитарные, цилиндры пигментные, слизь, соли, бактерии)

- **Рекомендовано** при необходимости уточнения диагноза (при атипичных клинических проявлениях, неэффективности проводимой терапии) применять молекулярно-биологические методы (ПЦР, ПЦР в реальном времени): молекулярно-биологическое исследование отделяемого из цервикального канала на вирус папилломы человека (Papilloma virus) и/или молекулярно-биологическое исследование влагалищного отделяемого на вирус папилломы человека (Papilloma virus) и/или молекулярно-биологическое исследование отделяемого из уретры на вирус папилломы человека (Papilloma virus) [11].
  Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 4)
  Комментарии: *Для получения достоверных результатов лабораторных исследований необходимо соблюдение ряда требований, к которым относятся:*
  - получение клинического материала из уретры не ранее, чем через 3 часа после последнего мочеиспускания, при наличии обильных уретральных выделений - через 15-20 минут после мочеиспускания;
  - получение клинического материала из цервикального канала и влагалища до менструации или через 2 дня после ее окончания;
  - получение клинического материала из цервикального канала и влагалища не ранее, чем через 24-48 часов после проведения интравагинального ультразвукового исследования и кольпоскопии;
  - исключение накануне обследования и в день его проведения спринцевания влагалища;

- исключение в день проведения обследования гигиенических процедур половых органов с использованием средств интимной гигиены;
- исключение за 3-5 дней до дня обследования применения жиросодержащих вагинальных лекарственных препаратов (свечи, кремы, вагинальные таблетки).

- **Рекомендовано** цитологическое исследование микропрепарата шейки матки и прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога первичный пациенткам с целью исключения цервикальной интраэпителиальной неоплазии, если пациентке не проводилось такого исследования в течение последних трёх лет (скрининг рака шейки матки) [2]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5)

- **Рекомендовано** патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала при нетипичных аногенитальных (венерических) бородавках (например, плотных, пигментированных, плотно прикрепленных к подлежащей ткани, кровоточащих или изъязвленных) [2, 7, 8]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5)
Комментарии: *Биопсия также показана иммунокомпроментированным пациентам (в том числе, ВИЧ-инфицированным), у которых поражения не поддаются стандартной терапии или клиническая картина заболевания ухудшается во время лечения [12-14].*

- **Рекомендовано** с целью проведения дифференциальной диагностики пациентам с аногенитальными (венерическими) бородавками в области половых органов, перианальной области и ануса следует проводить лабораторные исследования на сифилис: определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в нетрепонемных тестах (RPR, РМП) (качественное и полуколичественное исследование) в сыворотке крови и/или определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) иммуноферментным методом (ИФА) в крови [7, 8].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5)

- **Рекомендовано** пациентам с первичным эпизодом аногенитальных (венерических) бородавок в связи с едиными путями инфицирования ИППП, ВИЧ-инфекцией, гепатитами В и С следует проводить:

- лабораторные исследования на другие ИППП: сифилис (определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в нетрепонемных тестах (RPR, РМП) (качественное и полуколичественное исследование) в сыворотке крови и/или определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) иммуноферментным методом (ИФА) в крови), гонококковую инфекцию, хламидийную инфекцию, урогенитальный трихомониаз;
- определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови. Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 (Human immunodeficiency virus HIV 2) в крови;
- определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови;
- определение суммарных антител классов М и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови [7, 15-19].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5)

Исследование ВПЧ методом ПЦР
Комплекс биохимических исследований
Исследование антител методом ИФА, ИХЛА, ИФлА и ПЦР-диагностика
Общий анализ кала
Микробиологическое исследование с определением антибиотикочувствительности

Микологические исследования

4. Инструментальные диагностические исследования

- **Рекомендовано** взрослым и детям проведение осмотра кожи под увеличением (дерматоскопия) при необходимости дифференциальной диагностики [5,6].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)
Комментарии: *при дерматоскопическом исследовании бородавок определяются папиллярные линии, мозаичный рисунок, рисунок по типу узелков; сосудистый паттерн и его комбинации (клубочки, шпильки, пунктир)* [6].

- УЗИ внутренних органов

- Рекомендовано проведение вульвоскопии и/или кольпоскопии с целью визуализации образований, для уточнения границы поражения при проведении деструктивной терапии и/или определения места прицельной биопсии [2, 7, 8]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5)

- Рекомендовано проведение аноскопии у лиц с наружными анальными или перианальными бородавками с целью исключения поражения анального канала [2, 7, 8]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5)

5. Иные диагностические исследования

- Рекомендован прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога первичный при выявлении аногенитальных (венерических) бородавок у девочек и женщин с целью диагностики CIN, VIN, VAIN, AIN; при ведении беременных, больных аногенитальными (венерическими) бородавками [33]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5)

- Рекомендован прием (осмотр, консультация) врача-уролога первичный при внутриуретральной локализации аногенитальных (венерических) бородавок с целью диагностики и лечения [33]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5)

- Рекомендован прием (осмотр, консультация) врача-колопроктолога первичный при локализации аногенитальных (венерических) бородавок в анальной и/или перианальной области с целью диагностики и лечения [33]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5)

- Рекомендован прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный при ведении больных гигантской кондиломой Бушке-Левенштайна с целью диагностики и лечения [33]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5)

Таблица-1

Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований:

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследования	Критерии исключения диагноза
Эпидермальный	в отличие от простых	Дерматоскопия	невус значительно

бородавчатый невус	бородавок, чаще бывает одиночным и существует, как правило, с рождения или первых лет жизни;.	Гистологическое исследование	возвышается над уровнем кожи, имеет коричневый цвет и зачастую покрыт волосами
Контагиозный моллюск	чаще располагается на туловище и половых органах и редко – на тыле кистей и стоп. Элементы имеют полушаровидную форму с вдавлением на поверхности, при надавливании на них с боков выделяется белесоватая кашицеобразная масса.	дерматоскопия	
Красный плоский лишай	можно диффернцировать по цвету, полигональной форме, сетке Уикхема и возможной локализации на слизистой оболочке щек.	Дерматоскопия Гистологическое исследование	
Базалиома	имеет инфильтрированное основание, по периферии элемента – типичный периферический валик из узелковых элементов (жемчужины), а в центральной части – зону западения, покрытую корочкой, после удаления которой образуется поверхностное, слегка кровоточащее изъязвление.	Дерматоскопия Гистологическое исследование	развивается у лиц пожилого возраста
Кератодермия ладоней и подошв	отличается большим размером, конической формой, наличием воспаления вокруг наслоившихся роговых масс, отсутствием в центре очага черно-коричневых точек	Гистологическое исследование	

	затромбированных капилляров.		
Ладонно-подошвенные сифилиды	обычно множественные, безболезненные, имеют по периферии зону отслаивающегося эпидермиса (воротничок Биетта),	подтверждаются положительными серологическими реакциями на сифилис	
Мозоль	мозоли бывают болезненными только при вертикальном давлении, которые сохраняют кожный рисунок и	дерматоскопия не имеют затромбированных капилляров	папиллярный рисунок
Сирингома	проявляется множественными высыпаниями и узелками полушаровидной формы, локализующимися на нижнем веке, у внутреннего угла глаза, на шее, передней поверхности грудной клетки;	Дерматоскопия Гистологическое исследование	наблюдается преимущественно у женщин.
Ангиокератома Мибелли	цвет элементов темно-красный,	Дерматоскопия гистологически обнаруживается резкое расширение капилляров	

4. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

Таблица-2

Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100 % вероятность применения):

Фармакотерапевтическая группа	**МНН лекарственного средства**	**Способ применения**	**Уровень доказательности**
Противовирусные препараты	Имихимод, крем 5%	Применяют наружно 3 раза в неделю перед сном, и оставляются на коже,	С https://www.cdc.gov/std/treat

		приблизительно, на 6-10 ч. Лечение следует продолжать до исчезновения видимых генитальных или перианальных кондилом, но не более 16 недель.	ment-guidelines/anogenital-warts.htm

Таблица-3

Перечень лекарственных средств (имеющих менее 100 % вероятность применения):

Фармакотерапевтич еская группа	**МНН лекарственного средства**	**Способ применения**	**Уровень доказательности**
Местнонекротизирующие средства	Подофилокс (подофиллотоксин)	Раствор подофилокса (с помощью ватного тампона) или гель подофилокса (с помощью пальца) следует наносить на аногенитальные бородавки 2 раза в день в течение 3 дней, после чего следует 4 дня без лечения. Этот цикл можно повторять по мере необходимости до четырех раз. Общая площадь обработанных бородавок не должна превышать 10 см² , а общий объем подофилокса должен быть ограничен 0,5 мл/день.	C https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/anogenital-warts.htm
	15% мазь синекатехинов	3 раза в день (полоска мази 0,5 см на каждую бородавку) пальцем, обеспечивая тонкий слой мази до полного исчезновения бородавок. Применение этого препарата не следует продолжать более 16 недель	C https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/anogenital-warts.htm
	Трихлоруксусная кислота (ТХУ) и бихлоруксусная кислота (БХК)	Небольшое количество следует наносить только на бородавки и давать им высохнуть (то есть, образовать белый налет на ткани) Лечение ТХУ или БХК можно повторять еженедельно при необходимости.	C https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/anogenital-warts.htm

Иммуностимулирующее средство	интерферона альфа-2b	Внутриочаговые (внутрикожные) инъекции препарата в дозе 2 000 000 МЕ через день, курс лечения 18 000 000. **Взрослым, включая беременных, и детям старше 7 лет** - по 1 суппозиторию 500000 МЕ 2 раза/сут (каждые 12 ч) ежедневно в течение 5-10 суток. **Детям до 7 лет, в т.ч. новорожденным и недоношенным с гестационным возрастом более 34 недель** - по 1 суппозиторию 150000 МЕ 2 раза/сут (каждые 12 ч) ежедневно в течение 5-10 суток. По клиническим показаниям терапия может быть продолжена. Перерыв между курсами составляет 5 суток.	С https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9071414/
	Инозин пранобекс	взрослым препарат назначают по 2 таб. по 500 мг 3 раза/сут, детям – по 1/2 таб. на 5 кг/массы тела/сут в 3-4 приема в течение 14-28 дней в виде монотерапии.	С https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16343025/
	Изопринозин	По 20 мл сиропа 3-4 раза/сут. Максимальная суточная доза 80 мл., лечение продолжается от 5 до 14 дней. После исчезновения симптомов лечение следует продолжить в течение 1-2 дней.	С https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16343025/

Примечание: Если необходимый препарат из определённой группы отсутствует в перечне, утверждённом для применения в стационаре, или временно недоступен, врач может назначить альтернативный препарат (препараты с разным механизмом действия, но одной терапевтической целью). Выбор лекарства осуществляется на основе клинической ситуации, состояния пациента и доступных ресурсов.

Дозировка и количество препаратов определяются врачом индивидуально.

Препараты для увлажнения кожи(эмоленты), медицинские изделия, биологически активные добавки, микроэлементы, витамины, антиоксиданты и косметические средства могут применяться по необходимости при лечении дерматологических больных, если они не имеют противопоказаний и сертифицированы на территории Республики Узбекистан.

5. **[illegible]**

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ «ОСТРОКОНЕЧНЫЕ КОНДИЛОМЫ»

Введение.

Аногенитальные (венерические) бородавки - вирусное заболевание, обусловленное вирусом папилломы человека и характеризующееся появлением экзофитных и эндофитных разрастаний на коже и слизистых оболочках наружных половых органов, уретры, влагалища, шейки матки, перианальной области. Заболевание относится к числу наиболее распространённых инфекций, передающихся половым путём, и характеризуется высокой контагиозностью и склонностью к рецидивирующему течению.
Инфицирование происходит преимущественно при половых контактах, реже — контактно-бытовым путём при наличии микротравм кожи и слизистых оболочек. Клинические проявления варьируют от единичных папилломатозных образований до множественных конгломератов, способных вызывать физический дискомфорт, психологическое напряжение и снижение качества жизни пациента.
Несмотря на доброкачественный характер большинства аногенитальных бородавок, персистенция ВПЧ-инфекции требует своевременной диагностики, оценки факторов риска и проведения адекватной терапии с целью предупреждения распространения инфекции и развития осложнений.
Настоящий клинический протокол разработан для унификации подходов к диагностике, лечению и профилактике аногенитальных бородавок в соответствии с принципами доказательной медицины.

Методы деструкции или хирургического иссечения приводят к удалению аногенитальных (венерических) бородавок, но ни один из этих методов полностью не устраняет риск рецидива, поскольку удаление новообразований не приводит к элиминации ВПЧ, вызвавшего их развитие. Поскольку ни один метод лечения не является универсальным, возможно применение комбинированной терапии.
Выявление ВПЧ, ассоциированных с аногенитальными (венерическими) бородавками, при отсутствии клинических проявлений заболевания не является показанием к проведению какого-либо лечения.

1. Консервативное лечение

- Рекомендовано применение противовирусного препарата, в качестве иммуномодулятора с целью удаления аногенитальных (венерических) бородавок назначать наружно на область поражения:

имихимод, крем для наружного применения 5% наносится тонким слоем на остроконечные кондиломы 1 раз в сутки перед сном (на 6-10 часов) 3 раза в неделю (через день). Утром крем смывают с кожи теплой водой с мылом. Курсовое лечение (не более 16 недель) продолжают до исчезновения аногенитальных (венерических) бородавок [22-26]
Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1)
Комментарии: *Использование избыточного количества или более длительный контакт лекарственного средства с кожей может вызвать выраженную местную реакцию в виде покраснения, раздражения, уплотнения, эрозий, пузырьков или гипопигментации [27].*
Необходимо избегать попадания лекарственного средства на слизистые оболочки.
При лечении аногенитальных (венерических) бородавок, расположенных под крайней плотью, необходимо ежедневно промывать область поражения, оттянув крайнюю плоть, в случае обнаружения ранних признаков фимоза необходимо немедленно прекратить лечение.
Если местная реакция на нанесение препарата вызывает дискомфорт возможно сделать перерыв в лечении на несколько дней.
Лекарственное средство не применяется на участках кожи с открытыми язвами или ранами после использования других видов медикаментозного или хирургического лечения - до заживления кожи.

Перед половым контактом крем необходимо смыть с кожи.
Применение при беременности возможно по строгим показаниям, хотя данные доклинических исследований указывают на низкий риск тератогенности [28].
При применении во время лактации грудное вскармливание необходимо прервать.
Препарат противопоказан для лиц в возрасте до 18 лет.

- Рекомендованы физические методы деструктивной терапии с предварительной аппликационной или инфильтративной анестезией кожи с целью удаления аногенитальных (венерических) бородавок:

электрокоагуляция [7, 15, 18, 29-35]
Для взрослых - **уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2)**
Для детей - **уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5)**
или
CO2-лазерная вапоризация [7, 15, 18, 36-38]
Для взрослых - **уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2)**
Для детей - **уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5)**
или
радиочастотная термоаблация [15, 32, 33, 39-41]
Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5)
или
криодеструкция [29, 31-33, 42, 99]
Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2)

- Рекомендована в качестве второй линии терапии, а также при аногенитальных (венерических) бородавках уретры фотодинамическая терапия [37, 43, 110, 111]

Для детей - **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 4)**
Для взрослых - **уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2)**
Комментарии: *Лечебное воздействие осуществляют под местной анестезией.*

- Рекомендовано лечение беременных осуществлять на сроке до 36 недель беременности с использованием криодеструкции, CO2-лазерной вапоризации или электрокоагуляции акушерами-гинекологами. При аногенитальных (венерических) бородавках в виде обширных разрастаний, закрывающих родовой канала, рекомендуется оперативное родоразрешение (с целью снижения риска развития респираторного папилломатоза у новорожденного) [7, 15, 18, 44]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

- Рекомендована при рецидивировании клинических проявлений заболевания повторная деструкция аногенитальных бородавок на фоне применения интерферонов [11, 45, 47, 48, 102].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)
Комментарии: *Применяются препараты, содержащие интерферон-альфа-2b** [45, 47, 48] или интерферон гамма человеческий рекомбинантный** [11, 102] согласно инструкции по применению. Также могут быть использованы инозин пранобекс [47, 59, 60, 117], полисахариды побегов Solanum tuberosum [61, 64, 106, 107] или картофеля побегов суммы полисахаридов [61, 63-67, 106], и местные антисептики и дезинфицирующие средства [49-52]*

согласно инструкции по применению.

2. Хирургическое лечение

Показанием к хирургическому иссечению аногенитальных (венерических) бородавок является неэффективность консервативных и деструктивных методов лечения, подозрение на малигнизацию. Нецелесообразно откладывать радикальное лечение в связи с риском малигнизации процесса. Хирургическое иссечение аногенитальных (венерических) бородавок проводится различными методами: острым путем, электрохирургическим или радиохирургическим прибором, хирургическим CO2-лазером. Операцию проводят под аппликационной или инфильтративной анестезией кожи, при большой площади поражения аногенитальной области или при наличии кондилом в анальном канале - под спинальной анестезией. Частота развития рецидива аногенитальных (венерических) бородавок колеблется в пределах 17-29% [74].

- Рекомендовано хирургическое иссечение острым путем при обширных поражениях кожи и слизистых оболочек вследствие деструктивного роста гигантской кондиломы Бушке-Левенштайна [15, 32, 33, 41]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5)

Комментарии: *У больных с опухолью Бушке-Левенштайна необходимо иссекать вовлеченные в процесс ткани, отступя не менее 0,5 см от основания образования. При этом нередко образуются значительные по площади дефекты, требующие применения пластических методов (V-Y кожная пластика, использование свободных трансплантатов) [75].*

- Рекомендовано хирургическое иссечение острым путем при наличии кондилом в анальном канале [47, 76, 77]

Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств - 5)

- Рекомендовано удаление аногенитальных (венерических) бородавок с помощью радиоволновой хирургии [81-83]

Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств - 5)

- Рекомендовано удаление аногенитальных (венерических) бородавок с помощью хирургического CO2-лазера [7]

Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств - 5)

- Рекомендовано удаление аногенитальных (венерических) бородавок уретры с помощью хирургического CO2-лазера [7, 8, 15]

Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств - 5)

3. Иное лечение

Диетотерапия не применяется.

С 5	НИЛИ Озонотерапия

https://cyberleninka.ru/article/n/vnutrivennogo-lazernogo-oblucheniya-krovi-vlok-v-kompleksnoy-terapii-lecheniya-zabolevaniy-razlichnogo-geneza/viewer
https://cyberleninka.ru/article/n/effektivnost-ozonoterapii-v-dermatologicheskoy-praktike

В 3	С целью элиминации из кровотока токсинов, аутоантител, циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), провоспалительных цитокинов, нормализацию метаболизма и нарушенных функций органов рекомендована процедура плазмафереза

Организация оказания медицинской помощи
Лечение в основном проводится амбулаторно в условиях медицинской организации дерматовенерологического профиля, при локализации аногенитальных (венерических) бородавок на слизистой оболочке прямой кишки лечение - в условиях медицинской организации колопроктологического профиля, при обращении женщин, в том числе беременных, с аногенитальными (венерическими) бородавками при обширных поражениях на слизистой оболочке шейки матки - в условиях медицинской организации акушерско-гинекологического профиля, при внутриуретральной локализации аногенитальных (венерических) бородавок - в условиях медицинской организации урологического профиля.

Показания для госпитализации в медицинскую организацию:
поражения кожи и слизистых оболочек с целью хирургического иссечения и последующего патолого-анатомического исследования операционного материала.

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПО НОЗОЛОГИИ «ОСТРОКОНЕЧНЫЕ КОНДИЛОМЫ»

Введение.

Аногенитальные (венерические) бородавки - вирусное заболевание, обусловленное вирусом папилломы человека и характеризующееся появлением экзофитных и эндофитных разрастаний на коже и слизистых оболочках наружных половых органов, уретры, влагалища, шейки матки, перианальной области. Заболевание относится к числу наиболее распространённых инфекций, передающихся половым путём, и характеризуется высокой контагиозностью и склонностью к рецидивирующему течению.
Инфицирование происходит преимущественно при половых контактах, реже — контактно-бытовым путём при наличии микротравм кожи и слизистых оболочек. Клинические проявления варьируют от единичных папилломатозных образований до множественных конгломератов, способных вызывать физический дискомфорт, психологическое напряжение и снижение качества жизни пациента.
Несмотря на доброкачественный характер большинства аногенитальных бородавок, персистенция ВПЧ-инфекции требует своевременной диагностики, оценки факторов риска и проведения адекватной терапии с целью предупреждения распространения инфекции и развития осложнений.
Настоящий клинический протокол разработан для унификации подходов к диагностике, лечению и профилактике аногенитальных бородавок в соответствии с принципами доказательной медицины.

Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов
В большинстве случаев после удаления аногенитальных (венерических) бородавок реабилитация не требуется.

Реабилитация показана после хирургического вмешательства при удалении аногенитальных (венерических) бородавок с вовлечением аноректальной области или уретры.

Необходимость реабилитации пациентов, перенесших хирургическое лечение по поводу аногенитальных (венерических) бородавок перианальной области и анального канала, обусловлена хирургической травмой этих областей. Наличие послеоперационных ран в указанных анатомических областях, особенно при большой площади поражения, их заживление вторичным натяжением, обуславливают риск гнойно-септических осложнений. Боль различной степени выраженности и возможные нарушения функции дефекации и мочеиспускания в послеоперационном периоде могут приводить к значительной социальной дезадаптации и снижать качество жизни данной категории пациентов.

Особое внимание должно уделяться пациентам, перенесшим хирургическое вмешательство на анальном канале и при обширных пластических вмешательствах на перианальной области, так как при этом может страдать функция анального держания.

Удаление аногенитальных (венерических) бородавок уретры может сопровождаться в отдаленные сроки формированием ее стриктуры.
1-й этап - ранняя реабилитация, с 4-6 по 7-10 сутки после хирургического вмешательства. В данный период пациент находится на реабилитационном стационарном лечении в течение 3-5 дней, после чего дальнейшая реабилитация происходит в течение 7-14 дней в амбулаторных условиях.

Наиболее важными задачами 1 этапа реабилитации является нормализация работы желудочно-кишечного тракта с формированием нормальной консистенции и частоты стула. Кроме того, на данном этапе осуществляется контроль гемостаза, раневого процесса и купирование послеоперационного болевого синдрома.

2-й этап - с 15 по 45 сутки после операции, направлен на ускорение репаративных процессов и заживление послеоперационных ран, контроль деятельности желудочно-кишечного тракта. Критерием окончания реабилитации является полное заживление послеоперационных ран промежности, анального канала и уретры.

- Рекомендовано при хирургическом иссечении аногенитальных (венерических) бородавок после выписки из стационара, на период заживления раны пациентам находиться под наблюдением врача- колопроктолога или врача-уролога или врача-хирурга амбулаторно поликлинического звена [77, 80, 86-88].

Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств - 5)

- Рекомендовано при отсутствии полной эпителизации на 45 день после операции рану считать длительно незаживающей. В этих случаях необходимо микробиологическое (культуральное) исследование раневого отделяемого на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы, микробиологическое (культуральное) исследование раневого отделяемого на неспорообразующие анаэробные микроорганизмы микробиологическое исследование раневого отделяемого, консультация врача-физиотерапевта [77, 80]

Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств - 5)

Прогноз для жизни при отсутствии данных за атипию клеток при аногенитальных (венерических) бородавках благоприятен. Однако рецидивы после проведения деструкции наблюдаются у 20-30% пациентов. Для подростков воздержание от половой жизни является наиболее надежным методом профилактики инфицирования ВПЧ [115].

Риск заражения ВПЧ снижается при правильном использовании презервативов до начала полового контакта и ограничении количества сексуальных партнеров, хотя эти меры не могут полностью защитить от инфицирования ВПЧ, но могут снизить передачи ВПЧ половому партнеру. Отрицательно влияют на исход лечения и увеличивают риск заражения ВПЧ:
1. большое количество половых партнеров (более 3 в течение последнего года, более 6 на протяжении половой жизни [93, 94];
2. анальные половые контакты, особенно у мужчин, имеющих секс с мужчинами [95];
3. сопутствующие инфекции, передаваемые половым путем, особенно вызванные вирусом простого герпеса 2 типа, цитомегаловирусом, хламидиями, генитальными микоплазмами [96];
4. иммунодефицитные состояния, особенно ВИЧ-индуцированный иммунодефицит [97];
5. табакокурение, так как продукты горения сигарет концентрируются на слизистых оболочках, в том числе шейки матки, приводя к подавлению иммунной активности клеток Лангерганса [98];
6. несоблюдение правил личной гигиены лиц обоего пола и нарушение санитарных норм работы медицинских работников.

Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

- Рекомендовано для профилактики аногенитальных (венерических) бородавок:

- информирование населения о способах передачи ВПЧ и его последствиях;
- исключение случайных половых контактов;

- использование барьерных методов контрацепции при всех видах половых контактов;
- обследование на наличие аногенитальных (венерических) бородавок половых партнеров пациентов с поражением аногенитальными (венерическими) бородавками [15]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5)

- Рекомендовано применение вакцины против вируса папилломы человека квадривалентной, рекомбинантной (типов 6, 11, 16, 18) вакциной для профилактики рака и предраковых поражений шейки матки, вульвы, влагалища, анального рака и аногенитальных (венерических) бородавок у женщин, а также для профилактики анального рака и аногенитальных (венерических) бородавок у мужчин в возрасте от 9 до 26 лет [89-92].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 2)

Комментарии:

Вакцинацию рекомендуется проводить до начала половой жизни. Среди лиц, неинфицированных ВПЧ, квадривалентная, рекомбинантная вакцина против ВПЧ обеспечивает почти 100% защиту от аногенитальных (венерических) бородавок, ассоциированных с ВПЧ 6 и 11 типов и защиту около 83% в отношении всех аногенитальных (венерических) бородавок.

Рекомендуемый курс вакцинации состоит из 3 доз и проводится по схеме (0-2-6 мес.): первая доза – в назначенный день; вторая доза – через 2 месяца после первой; третья доза – через 6 месяцев после первой. Допускается ускоренная схема вакцинации, при которой вторая доза вводится через 1 месяц после первой прививки, а третья – через 3 месяцев после второй прививки. Курс вакцинации считается завершенным даже при нарушении интервала между прививками, если три прививки проведены в течение 1 года. Альтернативная 2-х дозовая схема вакцинации (0-6 мес.) препаратом допускается у лиц в возрасте 9-13 лет. При этом в случае введения второй дозы ранее, чем через 6 месяцев после первой дозы, всегда необходимо ввести третью дозу.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Клинические рекомендации РФ 2024 (Россия) Аногенитальные (венерические) бородавки (A63.0)
2. Herrero R., Castellsague X., Pawlita M. International Agency for Research on Cancer multicenter study. Journal of the National Cancer Institute. 2003;95(23):1772–1783.
3. Рахматулина М.Р., Кицак В.Я., Большенко Н.В. Современные методы профилактики развития онкологических заболеваний шейки матки у больных папилломавирусной инфекцией. Вестник дерматологии и венерологии. 2013;(6):40–49.
4. Cogliano V., Baan R., Straif K., Grosse Y., Secretan B., El Ghissassi F.; WHO International Agency for Research on Cancer. Carcinogenicity of human papillomaviruses. Lancet Oncol. 2005;(6):204.
5. Kreisel KM., Spicknall IH., Gargano JW., et al. Sexually transmitted infections among US women and men: prevalence and incidence estimates, 2018. Sex Transm Dis. 2021;48:208–214.
6. Myers ER., McCrory DC., Nanda K., Bastian L., Matchar DB. Mathematical model for the natural history of human papillomavirus infection and cervical carcinogenesis. Am J Epidemiol. 2000;151:1158–1171.
7. Chesson HW., Dunne EF., Hariri S., Markowitz LE. The estimated lifetime probability of acquiring human papillomavirus in the United States. Sex Transm Dis. 2014;41:660–664.
8. Gilson R., Nugent D., Werner RN., Ballesteros J., Ross J. IUSTI-Europe guideline for the management of anogenital warts. 2019.
9. CDC. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021.
10. Chesson HW., Ekwueme DU., Saraiya M., Watson M., Lowy DR., Markowitz LE. Estimates of the annual direct medical costs of the prevention and treatment of disease associated with human papillomavirus in the United States. Vaccine. 2012;30:6016–6019.
11. Кубанов А.А., Богданова Е.В. Результаты деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «дерматовенерология», в 2019–2021 гг. в Российской Федерации. Вестник дерматологии и венерологии. 2022;98(5):18–33.
12. Рахматулина М.Р., Семененко А.В. Сравнительный анализ методов диагностики и терапии клинических проявлений папилломавирусной инфекции. Вестник дерматологии и венерологии. 2015;(1):46–53.
13. Schlecht HP., Fugelso DK., Murphy RK., et al. Frequency of occult high-grade squamous intraepithelial neoplasia and invasive cancer within anal condylomata in men who have sex with men. Clin Infect Dis. 2010;51:107–110.
14. Maniar KP., Ronnett BM., Vang R., Yemelyanova A. Coexisting high-grade vulvar intraepithelial neoplasia (VIN) and condyloma acuminatum. Am J Surg Pathol. 2013;37:53–60.
15. Massad LS., Xie X., Darragh T., et al. Genital warts and vulvar intraepithelial neoplasia. Obstet Gynecol. 2011;118:831–839.
16. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. MMWR. 2015;64(3):86–93.
17. Palefsky JM. Anal squamous intraepithelial lesions. 1999;Suppl 1:S42–48.
18. Фицпатрик Т., Джонсон Р., Вулф К., Полано М., Сюрмонд Д. Дерматология по Томасу Фицпатрику. Атлас-справочник. 2007.
19. Canadian Guidelines on Sexually Transmitted Infections. Revised October 2014.
20. Соколовский Е.В., Савичева А.М., Домейка М. и соавт. Инфекции, передаваемые половым путем. МЕДпрессинформ; 2006.
21. Ламоткин И.А., Ушаков И.И., Марди Ш.И. и соавт. Опыт применения препарата Мардил Цинк® Макс. Военно-медицинский журнал. 2015;11:58–60.
22. Shalva Mardi et al. Novel pharmaceutical product MC-Mardil. Int J Immunorehabilitation. 2011;13:142–144.

23. Komericki P., Akkilic-Materna M., Strimitzer T., Aberer W. Imiquimod versus podophyllotoxin. Sex Transm Dis. 2011;38:216–218.
24. Garland SM., et al. Imiquimod 5% cream in women. Int J STD & AIDS. 2006;17:448–452.
25. Schofer H., et al. Imiquimod vs ablative methods. Eur J Dermatol. 2006;16:642–648.
26. Arican O., et al. Imiquimod 5% cream. J Dermatol. 2004;31:627–631.
27. Gotovtseva EP., et al. Optimal frequency of imiquimod. Sex Transm Dis. 2008;35:346–351.
28. Mashiah J., Brenner S. Hypopigmentation by imiquimod. Clin Exp Dermatol. 2008;33:74–76.
29. Briggs GC. Drugs in pregnancy and lactation. 11th ed. 2017.
30. Sherrard J., Riddell L. Clinic-based treatments comparison. Int J STD & AIDS. 2007;18:365–368.
31. Panici PB., et al. Interferon vs diathermocoagulation. Obstet Gynecol. 1989;74:393–397.
32. Khawaja HT. Treatment of condyloma acuminatum. Lancet. 1986;i:208–209.
33. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Canadian consensus guidelines on HPV. 2007.
34. Von Krogh G., et al. European Course on HPV guidelines. Sex Transm Inf. 2000;76:162–168.
35. Leung L. Hyfrecation for nongenital warts. J Fam Med Prim Care. 2013;2(2):141.
36. Stone KM. Podophyllin, cryotherapy, electrodesiccation. Genitourin Med. 1990;66:16–19.
37. Yang C-J., et al. Holmium Laser Treatment. Acta Derm Venereol. 2008;88:136–138.
38. Chen K., et al. Photodynamic therapy vs CO2 laser. Br J Dermatol. 2007;156(3):516–520.
39. Szeimies RM. Photodynamic therapy study. Dermatol Surg. 2009;35:757–764.
40. Прилепская В.Н., Карелов А.К. Клиническое испытание «Сургитрон». 1998.
41. Кулаков В.И., Адамян Л.В., Мындаева О.А. Оперативная гинекология – хирургические энергии. 2000.
42. Buck H.J. Warts (genital). Clinical Evidence. 2010.
43. Gilson RJ., et al. Cryotherapy vs cryotherapy + podophyllotoxin. Sex Transm Inf. 2009;85:514–519.
44. Jorge Pereira B., et al. Consensus on HPV. Rev Int Androl. 2020.
45. Зароченцева Н.В. и соавт. Папилломавирусная инфекция у беременных. Российский вестник акушера-гинеколога. 2011;11(6):75–78.
46. Гомберг М.А., Соловьев А.М. Рекомендации пациентам при отсутствии клинических проявлений. Медицинский совет. 2009;3:12–18.
47. Zouboulis CC., et al. Interferon gamma therapy. Arch Dermatol. 1992;128(10):1413–1414.

- https://doi.org/10.1097/OLQ.0b013e31820346ad
- https://doi.org/10.1258/095646206777323512
- https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17101496/
- https://doi.org/10.1111/j.1346-8138.2004.tb00570.x
- https://doi.org/10.1097/OLQ.0b013e31815c1f5a
- https://doi.org/10.1111/j.1365-2230.2007.02594.x
- https://shop.lww.com/Drugs-in-Pregnancy-and-Lactation/p/9781496349620
- https://doi.org/10.1258/095646207780749722
- https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2474802/
- https://doi.org/10.1016/S0140-6736(86)92273-0
- https://www.jogc.com/article/S1701-2163(16)34496-3/fulltext
- https://doi.org/10.1136/sti.76.3.162
- https://doi.org/10.4103/2249-4863.117412
- https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1962090/
- https://doi.org/10.2340/00015555-0376
- https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2006.07641.x
- https://doi.org/10.1111/j.1524-4725.2009.01136.x

Практические навыки и компетенции в управлении Аногенитальных бородавок.

(task shifting)

	Практическая медсестра	БМСП Семейный врач (бакалавр)	Узкий специалист
Жалобы и анамнез			
Демонстрация способности собирать жалобы с пациента		+	+
Применение знаний о симптомах при сборе анамнеза заболевания у пациента		+	+
Полный медицинский анамнез больных с кожно-венерологическими заболеваниями		+	+
Физикальный осмотр			
Осмотр кожных покровов и описание элементов высыпаний			+
Постановка диагноза			
на основании жалоб, осмотра и проведения лабораторно-инструментальных исследований			+
Основная лабораторная диагностика			
Назначение основных лабораторных анализов	+ +	+	+
Общий анализ крови		+	+
Скрининговые тесты на сифилис (старше 14 лет)		+	+
Дополнительная лабораторная диагностика			
ПЦР на ВПЧ			+
Биохимический анализ крови			+
Антитела методом ИФА, ИХЛА, ИФлА			+
Анализ на гепатит В, С, ВИЧ			+
Общий анализ мочи			+
Общий анализ кала			+
Подтверждающие тесты на сифилис (ИХА,			+

РПГА количественный, ИФА IgM, РИБТ, Иммуноблот, РИФ)			
Микробиологическое исследование			+
Микологическое исследование			+
Гистологическое исследование			+
Дополнительные инструментальные исследования			
Диагностика состояние кожи-дерматоскопия			+
Кольпоскопия			+
Аноскопия			+
УЗИ внутренних органов		+	+
Лечение			
Компетенция назначения немедикаментозного лечения (стр.23-24)			+
Компетенция назначения медикаментозного лечения (стр.17-20)			+
Профилактика			
Компетенции по улучшению соблюдения медикаментозного лечения		+	+

Основным узким специалистом является дерматовенеролог.

*Эти компетенции могут быть достигнуты путем подготовки медицинских сестер.

Компетенции в управлении Аногенитальных бородавок

	Практическая медсестра	**БМСП Семейный врач (бакалавр)**	**Узкий специалист**
Описание Аногенитальных бородавок		+	+
Симптоматическое описание жалоб		+	+
Описание патофизиологических механизмов			+
Создание подхода к диагностике на основе этиологии, симптомов и обследований (основные лабораторно-инструментальные исследования).			+
Интерпретация основных анализов		+	+
Формирование подхода к лечению			+
Опишите немедикаментозную терапию			+
Опишите медикаментозную терапию			+
Обсудите механизм действия, показания и побочные эффекты различных препаратов, используемых при Аногенитальных бородавках			+
Обсудите патофизиологические механизмы развития Аногенитальных бородавок			+

Основным узким специалистом является врач-дерматовенеролог.