|  |  |
| --- | --- |
| Клинические рекомендации | |
| **Аногенитальные (венерические) бородавки** | |
| Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: | **A63.0** |
| возрастная группа: | Взрослые и дети |
| Год утверждения: |  |
| Разработчик клинической рекомендации | |
| * Общероссийская общественная организация «Российское общество дерматовенерологов и косметологов» * Российская ассоциация колопроктологов | |

Оглавление

[Оглавление 2](#_Toc22566722)

[Список сокращений 4](#_Toc22566723)

[Термины и определения 5](#_Toc22566724)

[1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний) 6](#_Toc22566725)

[1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) 6](#_Toc22566726)

[1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) 6](#_Toc22566727)

[1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)](#_Toc22566728) 6

[1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 7](#_Toc22566729)

[1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)](#_Toc22566730) 7

[1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)](#_Toc22566731) 7

[2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики](#_Toc22566732) 8

[2.1 Жалобы и анамнез 8](#_Toc22566733)

[2.2 Физикальное обследование](#_Toc22566734) 8

[2.3 Лабораторные диагностические исследования 9](#_Toc22566735)

[2.4 Инструментальные диагностические исследования 9](#_Toc22566736)

[2.5 Иные диагностические исследования](#_Toc22566738) 9

[3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения 1](#_Toc22566739)0

[3.1 Консервативное лечение 10](#_Toc22566740)

[3.2 Хирургическое лечение](#_Toc22566741) 12

[3.3 Иное лечение 1](#_Toc22566742)2

[4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации 1](#_Toc22566743)2

[5. Профилактика и диспансерное наблюдение,медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики 1](#_Toc22566744)3

[6. Организация медицинской помощи 1](#_Toc22566745)3

[7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния) 1](#_Toc22566746)4

[Критерии оценки качества медицинской помощи 1](#_Toc22566747)4

[Список литературы 1](#_Toc22566748)4

[Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций](#_Toc22566749)

[Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций](#_Toc22566750)

[Целевая аудитория клинических рекомендаций:](#_Toc18751397) 18

[Таблица П1- Уровни достоверности доказательств 18](#_Toc18751398)

[Таблица П2 – Уровни убедительности рекомендаций](#_Toc18751399) 18

[Порядок обновления клинических рекомендаций](#_Toc18751400) 20

[Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата](#_Toc22566751) 21

[Приложение Б. Алгоритмы действий врача](#_Toc22566759) 22

[Приложение В. Информация для пациента](#_Toc22566760) 23

Список сокращений

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ВПЧ – вирус папилломы человека

МКБ – Международная классификация болезней

ИН – интраэпителиальная неоплазия

Термины и определения

Аногенитальные (венерические) бородавки – вирусное заболевание, передаваемое преимущественно половым путем, обусловленное вирусом папилломы человека.

Вирус папилломы человека (ВПЧ) – возбудитель аногенитальных (венерических) бородавок, антропонозный ДНК-содержащий вирус, относится к роду папилломавирусов (*Papillomavirus*) семейства папававирусов (*Papavaviridae*).

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)

## 1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

## Аногенитальные (венерические) бородавки – вирусное заболевание, передаваемое преимущественно половым путем, 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, анального канала, ротоглотки [40].

**Понятие папилломавирусная инфекция объединяется** группу вирусных заболеваний (состояний), обусловленных вирусом папилломы человека (ВПЧ), характеризующаяся поражением кожи и слизистых оболочек с клиническими (манифестными) проявлениями и/или формированием ассоциированных с ВПЧ состояний и/или заболеваний (интраэпителиальные неоплазии).

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

Возбудитель заболевания – вирус папилломы человека (ВПЧ) относится к семейству папилломавирусов (*Papillomaviridae*), состоящему из 16 родов, представители 5 из которых патогенны для человека [1]

1. *Alphapapillomavirus* (инфицирует оральный и урогенитальный эпителий): ВПЧ 2, 3, 6, 7, 10, 11, 13, 16, 18, 26-35, 39, 40, 42-45, 51-59, 61, cand62, 66-74, 77, 78, 81-84, cand85-90, 91, 94, PCPV-1, 1С, RhPV-1;

Инфицируют клетки кожи человека:

1. *Betapapillomavirus* (ВПЧ 5, 8, 9, 12, 14, 15, 17, 19-25, 36-38, 47, 49, 75, 76, 80, cand92, cand96, BPV-1, BPV-2, DPV, OvPV-1, OvPV-2);
2. *Gammapapilloma virus* (ВПЧ 4, 48, 50, 60, 65, 88, 95);
3. *Mupapillomavirus* (ВПЧ 1, 63);
4. *Nupapillomavirus* (вызывает доброкачественные и злокачественные новообразования): ВПЧ-41.

Международное Агентство по исследованию рака (The InternationalAgency for Research on Cancer) признало ВПЧ этиологическим агентом широкого спектра онкологических заболеваний, таких как рак шейки матки, вульвы, влагалища, анального канала, пениса, головы и шеи, а также аногенитальных (венерических) бородавок, как у мужчин, так и у женщин, и рецидивирующего респираторного папилломатоза [2].

В настоящее время идентифицировано более 200 генотипов вирусов папилломы человека [2], из них около 45 генотиповВПЧ могут инфицировать урогенитальный тракт [3, 4]. 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 взрослых лиц происходит половым путем (вагинальные, анальные, оральные половые контакты), детей – трансплацентарным (редко), перинатальным и половым путями. Возможность аутоинокуляции и передачи ВПЧ через бытовые предметы остается недостаточно изученной. Медицинский персонал может инфицироваться ВПЧ во время лазерной деструкции аногенитальных бородавок, вдыхая образующийся дым, содержащий вирус.

Инкубационный период заболевания может длиться от нескольких месяцев до нескольких лет. Среднее время между инфицированием ВПЧ и развитием аногенитальных бородавок составляет от 3 месяцев у женщин до 11 месяцев у мужчин. Инфицирование человека может происходить как одним, так и несколькими типами ВПЧ [5,6].

В процессе инфицирования вирус папилломы человека поражает незрелые клетки, чаще базального слоя, которые затем являются постоянным источником инфицирования эпителиальных клеток. Инфицированию способствует наличие микротравм и воспалительных процессов кожи и слизистых оболочек, приводящих к снижению местного иммунитета.

В клинической практике различают латентную, клиническую и субклиническую формы папилломавирусной инфекции. В клетках базального слоя вирус может находиться длительное время в латентном состоянии и определяться методом ПЦР - при отсутствии клинических и цитологических изменений. По мере дифференцировки эпителиальных клеток осуществляется транскрипция поздних генов, синтез капсидных белков, сборка вирионов, разрушение клеточного ядра и лизис инфицированной клетки, завершающийся освобождением дочерних частиц вируса. Воздействие различных экзогенных и эндогенных факторов приводит к усиленному размножению вируса, при этом процесс переходит из скрытой (латентной) в стадию продуктивной инфекции, при которой развиваются клинические проявления заболевания – аногенитальные бородавки или цитологические изменения, индуцированные ВПЧ (интраэпителиальные неоплазии (ИН) различных степеней: цервикальная ИН (CIN), ИН вульвы (VIN), полового члена (PIN) и анальной области (AIN) и других органов).

При полноценной иммунной сопротивляемости организма самопроизвольная элиминация ВПЧ происходит в течение 2 лет у 90% инфицированных лиц [7]. В зараженной клетке вирус существует в двух формах: эписомальной (вне хромосом клетки), которая считается доброкачественной, и интросомальной (интегрированной, «встроенной» в геном клетки) — злокачественной. При длительном персистирующем течении возможно развитие интраэпителиальной неоплазии и ракового процесса (характерно для типов ВПЧ, обладающих высокой трансформирующей активностью по отношению к эпителиальным клеткам). Развитие неопластических процессов, обусловленных ВПЧ-инфекцией, обычно происходит через несколько лет или несколько десятков лет. В настоящее время к вирусам высокого онкогенного риска отнесены 15 генотипов ВПЧ (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73, 82), к вирусам возможно высокого онкогенного риска – 3 генотипа (26, 53, 66) и к вирусам низкого онкогенного риска – 12 генотипов ВПЧ (6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81 и СР 6 108). До 90% всех случаев заболевания аногенитальными бородавками у мужчин и женщин вызывается 6 и 11 типами ВПЧ. У 20-50% пациентов с аногенитальными бородавками выявляют ВПЧ высокого онкогенного риска [7].

## 1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Папилломавирусная инфекция наиболее часто регистрируется у лиц молодого возраста, имеющих большое число половых партнеров. По данным ВОЗ, 50-80% населения инфицировано ВПЧ, но лишь 5-10% инфицированных лиц имеют клинические проявления заболевания.

Согласно систематизированному анализу мировых данных, заболеваемость аногенитальными бородавками мужчин и женщин (включая новые случаи и рецидивы заболевания) варьирует от 160 до 289 случаев на 100000 населения, со средним значением 194,5 случаев на 100000 населения, а средний ежегодный уровень выявляемости новых случаев аногенитальных бородавок составляет 137 случаев на 100000 населения среди мужчин и 120,5 случаев на 100000 населения среди женщин.

В Российской Федерации показатель заболеваемости аногенитальными бородавками в 2018 году составил 18,8 случаев на 100000 населения: у лиц в возрасте от 0 до 14 лет – 0,58 случаев на 100000 населения, у лиц в возрасте 15-17 лет - 21,1 случаев на 100000 населения, у лиц в возрасте старше 18 лет - 22,8 случаев на 100000 населения. Однако данные показатели не отражают истинного уровня заболеваемости и являются следствием неполной регистрации новых случаев аногенитальных бородавок [40].

## 1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

А63.0 – Аногенитальные (венерические) бородавки

## 1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Общепринятой классификации аногенитальных (венерических) бородавок не существует.

Выделяют несколько клинических разновидностей аногенитальных бородавок:

* остроконечные кондиломы;
* бородавки в виде папул;
* поражения в виде пятен;
* внутриэпителиальная неоплазия;
* бовеноидный папулез и болезнь Боуэна;
* гигантская кондилома Бушке-Левенштайна.

## 1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

*Остроконечные кондиломы* – пальцеобразные выпячивания на поверхности кожных покровов и слизистых оболочек, имеющие типичный “пестрый” и/или петлеобразный рисунок и локализующиеся в области внутреннего листка крайней плоти, головки полового члена, наружного отверстия мочеиспускательного канала, малых половых губ, входа во влагалище, влагалища, шейки матки, паховой области, промежности и анальной области;

*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;

*Бовеноидный папулез и болезнь Боуэна* – папулы и пятна с гладкой или бархатистой поверхностью; цвет элементов в местах поражения слизистой оболочки – бурый или оранжево-красный, а поражений на коже – пепельно-серый или коричневато-черный;

*Гигантская кондилома Бушке-Левенштайна* – мелкие бородавчатоподобные папилломы, сливающиеся между собой и образующие очаг поражения с широким основанием.

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

Диагноз аногенитальных бородавок устанавливается на основании клинических проявлений.

***Комментарий:*** *Для улучшения визуализации аногенитальных бородавок может быть проведена проба с 5% раствором уксусной кислоты, после обработки которым образования некоторое время сохраняют серовато-белую окраску, а сосудистый рисунок усиливается*. *Проба может применяться не только с целью визуализации, но и для уточнения границы поражения при проведении деструктивной терапии и/или определения места прицельной биопсии.*

## 2.1 Жалобы и анамнез

*Субъективные симптомы:* наличие одиночных или множественных образований в виде папул, папиллом, пятен на кожных покровах и слизистых оболочках половых органов; 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;болезненные трещины и кровоточивость кожных покровов и слизистых оболочек в местах поражения.

**Уровень убедительности рекомендаций - мнение экспертов**

## 2.2 Физикальное обследование

См. раздел клиническая картина

## Проводится осмотр половых органов, паховых складок, перианальной областей.

## Лабораторные диагностические исследования

* **Рекомендовано** исследование молекулярно-биологическими методами с целью подтверждения диагноза, идентификации генотипа ВПЧ, определения степени вирусной нагрузки и прогнозирования течения заболевания: молекулярно-биологическое исследование отделяемого из цервикального канала на вирус папилломы человека (Papilloma virus); молекулярно-биологическое исследование влагалищного отделяемого на вирус папилломы человека (Papilloma virus); молекулярно-биологическое исследование отделяемого из уретры на вирус папилломы человека (Pailloma virus) [1]

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)**

***Комментарии:*** *показаниями для обследования на ВПЧ высокого онкогенного риска являются: наличие аногенитальных бородавок, других инфекций, передаваемых половым путем, у лиц женского пола – патологии шейки матки и/или изменений при кольпоскопическом и/или цитологическом исследовании, половые контакты с партнерами, у которых выявлены аногенитальные бородавки и/или положительные результаты ПЦР на ВПЧ.*

* **Рекомендовано** цитологическое исследование цервикальных мазков пациенткам для исключения цервикальной итраэпителиальной неоплазии [2].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств –4)**

* **Рекомендовано** прижизненное патолого-анатомическое исследование при подозрении на малигнизацию [2].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств –4)**

***Комментарии:*** *патолого-анатомическое исследование при необходимости проводится с применением иммуногистохимического типирования.*

* **Рекомендовано** в связи с применением в терапии аногенитальных бородавок методов физической деструкции и хирургического иссечения дополнительно проводить серологическое исследование на сифилис, ВИЧ, гепатиты В и С [30].

**Уровень убедительности рекомендаций** С **(уровень достоверности доказательств – 4)**

## 2.4 Инструментальные диагностические исследования

Не применяется.

## 2.5 Иные диагностические исследования

* **Рекомендована** консультация врача-акушера-гинеколога с целью диагностики фоновых и диспластических процессов шейки матки, вульвы и влагалища; при ведении беременных, больных аногенитальными бородавками [30].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)**

* **Рекомендована** консультация врача-уролога – при внутриуретральной локализации аногенитальных бородавок [30].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)**

* **Рекомендована** консультация врача–колопроктолога – при наличии обширного процесса в анальной области [30].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)**

* **Рекомендована** консультация врача-хирурга, врача-онколога – при ведении больных гигантской кондиломой Бушке-Левенштайна [30].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)**

* **Рекомендована** консультация врача аллерголога-иммунолога – при наличии иммунодефицитных состояний и рецидивировании заболевания [30].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)**

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

## 3.1 Консервативное лечение

* **Рекомендованы** химические методы деструкции:

#1,5% раствор цинка хлорпропионата в 50% 2-хлорпропионовой кислоте, раствор для наружного применения наносится с помощью деревянного шпателя с заостренным наконечником (на аногенитальные бородавки диаметром от 0,1 до 0,5 см) или стеклянным капилляром (на аногенитальные бородавки диаметром свыше 0,5 см). В ряде случаев для достижения полной мумификации ткани аногенитальных бородавок требуется проводить до 3 сеансов нанесения кратностью 1 раз в 7-14 дней [10, 11].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 2)**

**Комментарии:** *Перед нанесением препарата обрабатываемую поверхность предварительно обезжиривают 70% спиртовым раствором для лучшего проникновения препарата. Раствор наносят на высыпания однократно до изменения окраски тканей на серовато-белый. Повторно препарат до отделения мумифицированного струпа не наносят. Противопоказан при злокачественных новообразованиях кожи и слизистой оболочки, выраженной склонности к образованию келоидов, беременности, в период кормления грудью, возрасте до 18 лет, повышенной чувствительности к компонентам препарата. При наличии обширных очагов поражения лечение препаратом проводится в несколько этапов с интервалом не менее 24 ч. Во время каждой процедуры может быть обработано не более 2-3 очагов поражения суммарной площадью до 3см2.*

* **Рекомендована** в качестве химического метода деструктивной терапии комбинация азотной, уксусной, щавелевой, молочной кислот и тригидрата нитрата медираствор для наружного применения наносится однократно непосредственно на аногенитальные бородавки при помощи стеклянного капилляра или пластмассового шпателя, не затрагивая здоровых тканей. [12].
* **Уровень убедительности рекомендаций A (уровень достоверности доказательств –1)**
* **Не рекомендовано** обрабатывать поверхность, превышающую 4-5 см2, перерыв между процедурами составляет 1-4 недели [12].

**Уровень убедительности рекомендаций A (уровень достоверности доказательств –1)**

***Комментарии:*** *препарат противопоказан при злокачественных образованиях кожи,*

*не должен использоваться у пациентов с выраженной склонностью к образованию рубцовой ткани. У детей в возрасте старше 5 лет применяется без ограничений, с соблюдением действующих рекомендаций. При беременности и в период лактации терапию препаратом назначают только в случае превышения потенциальной пользы для матери над возможным риском для плода.*

* **Рекомендовано** назначение иммуномодуляторов для местного применения:

имихимод,крем наносится тонким слоем на аногенитальные бородавки на ночь (на 6-8 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 бородавок [9, 13-15].

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств –1)**

***Комментарии:*** *препарат противопоказан при беременности, лактации, детском возрасте до 18 лет, гиперчувствительности к препарату. Если местная реакция на имихимод служит причиной дискомфорта для пациента и/или в зоне применения крема возникает инфекция, разрешается сделать перерыв в лечении. Лечение можно возобновить после купирования кожной реакции. Необходимо избегать применения избыточного количества крема и длительный контакт (более 10 часов) с кожей, так как это может вызвать выраженную местную реакцию.*

или

препаратов α-интреферона\*\*[16-18].

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств –2)**

* **Рекомендованы** физические методы деструктивной терапии с предварительной поверхностной или инфильтративной анестезией кожи:

электрокоагуляция [7,8, 24, 28, 31].

**Уровень убедительности рекомендаций A (уровень достоверности доказательств –1)**

или

лазерная деструкция [25]**.**

**Уровень убедительности рекомендаций B (уровень достоверности доказательств –1)**

или

радиохирургическая деструкция [26-31]**.**

**Уровень убедительности рекомендаций B (уровень достоверности доказательств –2)**

или

криодеструкция [7,8, 24, 28, 31]**.**

**Комментарий:** *При этом происходит гибель опухолевых клеток путем образования вне- и внутриклеточных кристалликов льда, стаза крови, приводящих к некрозу ткани, а также к гуморальному и клеточному иммунному ответу организма на криовоздействие. Метод наиболее эффективен при единичных, небольших размерах образований. Рецидив заболевания после применения криодеструкции отмечается у 31-40 % пациентов.*

**Уровень убедительности рекомендаций A (уровень достоверности доказательств –1)**

**Комментарии:** *Вне зависимости от применяемого метода деструкции у 20-30% больных могут развиваться новые поражения на коже и/или слизистых оболочках аногенитальной области. При отсутствии аногенитальных бородавок или цервикальных плоскоклеточных интроэпителиальных поражений лечение субклинической генитальной папилломавирусной инфекции не проводится.*

* **Рекомендовано** лечение беременных осуществлять на сроке до 36 недель беременности с использованием криодеструкции, лазерной деструкции или электрокоагуляции при участии акушеров–гинекологов. При обширных генитальных кондиломах **–** оперативное родоразрешение (с целью профилактики кондиломатоза гортани новорожденного) [33].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств –4)**

* **Рекомендовано**для лечения аногенитальных бородавок у детей применять физические методы деструкции, не вызывающие токсических побочных реакций [30].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств –4)**

* **Рекомендована** при рецидивировании клинических проявлений заболевания повторная деструкция аногенитальных бородавок на фоне применения интерферонов и прочих противовирусных препаратов [18,23,34-36, 41-45].

***Комментарии:*** *применяются препараты, содержащие интерферон-aльфа-2b*, *интерферон гамма, инозин пранобекс или полисахариды побегов картофеля,*

## 3.2 Хирургическое лечение

* **Рекомендовано** хирургическое иссечение при обширных поражениях кожи и слизистых оболочек вследствие деструктивного роста гигантской кондиломы Бушке-Левенштайна [28-31].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств –2)**

* **Рекомендовано** при большой площади поражения или при наличии кондилом в анальном канале хирургическое иссечение острым путем, лазерной деструкции или радиохирургической деструкции под спинальной анестезией [3, 32,46].

**Уровень убедительности рекомендаций – С** (уровень достоверности доказательств – 5).

**Комментарий**: *Методика иссечения кондилом острым путем: при аногенитальной локализации операция выполняется под спинальной анестезией. Используется стандартный набор хирургических инструментов, монополярный электрокоагулятор со стандартными насадками либо аппарат «Сургитрон». Частота возникновения рецидивов заболевания после иссечения кондилом составляет 28-51% [46, 47,48,49, 50].*

**Уровень убедительности рекомендаций – В** (уровень достоверности доказательств – 3)

## 3.3 Иное лечение

Диетотерапия не применяется.

Обезболивание не применяется.

4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации

Реабилитация показана после хирургического вмешательства.

1-й этап – ранняя реабилитация, со 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 и анального канала.

На всем протяжении послеоперационного периода пациентам необходимо соблюдать диету с потреблением адекватного количества жидкости и пищевых волокон. и приема препаратов, способствующих регулярной и полноценной дефекации (наиболее часто применяются средства на основе оболочки семян подорожника, лактулозы, макрогола) с исключением необходимости натуживаний для опорожнения прямой кишки, ограничение физических нагрузок, связанных с повышением внутрибрюшного давления и напряжением мышц тазового дна [46, 50, 23].

**Уровень убедительности рекомендаций – С** (уровень достоверности доказательств – 5).

После выписки из стационара, на период заживления раны пациентам рекомендовано находиться под наблюдением врача-колопроктолога или хирурга поликлиники [46, 50].

**Уровень убедительности рекомендаций – С** (уровень достоверности доказательств – 5).

При отсутствии полной эпителизации, на 45 день после операции, раны можно считать длительно незаживающей. В этих случаях необходимым является проведение: микробиологического посева раневого отделяемого, консультация и наблюдение врачом-физиотерапевтом [46,50].

**Уровень убедительности рекомендаций – С** (уровень достоверности доказательств – 5).

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

Профилактика:

* исключение случайных половых контактов;
* использование средств барьерной контрацепции;
* обследование и лечение половых партнеров.

Одним из методов специфической первичной профилактики ВПЧ-ассоциированной патологии является *вакцинация против вирусов папилломы человека различных генотипов.* В Российской Федерации зарегистрированы вакцины: двухвалентная, содержащая антигены ВПЧ 16 и 18 типа, и четырехвалентная, содержащая антигены ВПЧ 6,11,16,18 типов.

*Вакцинопрофилактика*

Для профилактики заболеваний, ассоциированных с ВПЧ, в Российской Федерации зарегистрированы вакцины: двухвалентная, содержащая антигены ВПЧ 16 и 18 типа, и четырехвалентная, содержащая антигены ВПЧ 6,11,16,18 типов [37].

* **Рекомендована** двухвалентная вакцина для профилактики рака и предраковых поражений шейки матки, вульвы, влагалища у женщин в возрасте от 9 до 45 лет [30].

**Уровень убедительности рекомендаций A (уровень достоверности доказательств –1)**.

* **Рекомендована** четырехвалентная вакцина для профилактики рака и предраковых поражений шейки матки, вульвы, влагалища, анального рака и аногенитальных кондилом у женщин, а также для профилактики анального рака и аногенитальных кондилом у мужчин в возрасте от 9 до 26 лет [38, 39].

**Уровень убедительности рекомендаций A (уровень достоверности доказательств –1)**.

***Комментарии:*** *Вакцина исключительно профилактическая, лечебным эффектом не обладает. Вакцинацию рекомендуется проводить до начала половой жизни, обе вакцины исключительно профилактические, не обладают лечебным эффектом, предохраняют не от всех высокоонкогенных ВПЧ, хотя обладают перекрестной эффективностью в отношении некоторых высокоонкогенных генотипов ВПЧ – 31, 33, 45. Среди лиц, неинфицированных ВПЧ, четырехвалентная вакцина обеспечивает почти 100% защиту от аногенитальных бородавок, ассоциированных с ВПЧ 6 и 11 типов и около 83% в отношении всех аногенитальных бородавок.*

6. Организация оказания медицинской помощи

Лечение проводится амбулаторно в условиях медицинского учреждения дерматовенерологического профиля.

При локализации аногенитальных (венерических) бородавок на слизистой оболочке прямой кишки лечение проводится в условиях медицинского учреждения колопроктологического профиля.

Показания для госпитализации в медицинскую организацию*:*

обширные поражения кожи и слизистых оболочек с целью хирургического иссечения и последующего гистологического исследования.

1. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

Аногенитальные (венерические) бородавки подлежат учёту в формах федерального статистического наблюдения:

*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 [51,52];
  2. анальные половые контакты, особенно у мужчин, имеющих секс с мужчинами [53];
  3. сопутствующие инфекции, передаваемые половым путем, особенно вызванные вирусом простого герпеса 2 типа, цитомегаловирусом, хламидиями, генитальными микоплазмами [54];
  4. иммунодефицитные состояния, особенно ВИЧ–индуцированный иммунодефицит [55];
  5. заболевания шейки матки (эрозии, эктопии, полипы цервикального канала, лейкоплакия, эритроплакия, эндометриоз) [56];
  6. длительное использование оральных и инъекционных контрацептивов, увеличивающих экспрессию генов ВПЧ в эпителиоцитах шейки матки за счет воздействия на гормоночувствительные элементы в вирусном геноме [55];
  7. гиперпролактинемия, как фактор, стимулирующий клеточную пролиферацию [57];
  8. роды в молодом возрасте (ранее 16 лет), травмы во время родов, абортов, введения внутриматочных спиралей, в связи с которыми нарушается иннервация, рецепция и трофика тканей в области шейки матки [58];
  9. наследственная предрасположенность к онкологическим заболеваниям репродуктивной системы [59];
  10. табакокурение, так как продукты горения сигарет концентрируются на слизистых оболочках, в том числе шейки матки, приводя к подавлению иммунной активности клеток Лангерганса [59];
  11. отсутствие диспансерного наблюдения и несоблюдение рекомендаций врача.

Критерии оценки качества медицинской помощи

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Критерии качества** | **Уровень достоверности доказательств** | **Уровень убедительности доказательств** |
| 1 | Деструкция аногенитальных (венерических) бородавок | 1 | А |
| 2 | Исчезновение клинических симптомов заболевания (клиническое выздоровление) | 3 | B |

**Список литературы**

1. Рахматулина М. Р., Большенко Н. В. Особенности клинического течения папилломавирусной инфекции в зависимости от генотипа и количественных показателей вирусов папилломы человека высокого онкогенного риска. Вестник дерматологии и венерологии, 2014; №3: С.95-105.
2. 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: С.40- 49.
3. Von Krogh G, Szpak E, Andersson M, et al. Self-treatment using 0.25%-0.5% podophyllotoxin ethanol solutions against penile condylomata acuminata—a placebocontrolled comparative study. Genitourin Med, 1994; 70: 105–9.
4. Claesson U, Lassus A, Happonen H, et al. Topical treatment of venereal warts: a comparative open study of podophyllotoxin cream versus solution. Int J STD & AIDS 1996; 7: 429– 34.
5. Strand A, Brinkeborn R-M, Siboulet A. Topical treatment of genital warts in men, an open study of podophyllotoxin cream compared with solution. Genitourin Med, 1995; 7: 387–90.
6. Lacey CJ, Goodall RL, Tennvall GR, Maw R, Kinghorn GR, Fisk PG *et al*. Randomised controlled trial and economic evaluation of podophyllotoxin solution, podophyllotoxin cream, and podophyllin in the treatment of genital warts. Sexually Transmitted Infections, 2003; 79: 270-5.
7. Gilson RJ, Ross J, Maw R, Rowen D, Sonnex C, Lacey CJ. A multicentre, randomised, double-blind, placebo controlled study of cryotherapy versus cryotherapy and podophyllotoxin cream as treatment for external anogenital warts. Sex Transm Inf, 2009; 85: 514-9.
8. Sherrard J, Riddell L. Comparison of the effectiveness of commonly used clinic-based treatments for external genital warts. Int J STD & AIDS, 2007; 18:365-8.
9. Komericki P, Akkilic-Materna M, Strimitzer T, Aberer W. Efficacy and safety of imiquimod versus podophyllotoxin in the treatment of genital warts. Sex Transm Dis, 2011; 38: 216-8.
10. Ламоткин И.А., Ушаков И.И., Марди Ш.И., Селезнева Е.В., Хлебникова А.Н. Опыт применения препарата Мардил Цинк® Макс в лечении доброкачественных новообразований кожи. Военно-медицинский журнал, 2015; №11: С.58-60.
11. 19. Shalva Mardi, A.F. Tzib, M. Calderon, M.V. Kiselevsky, Z.S. Smirnova, R. Gagua, R.S. Mardi, P. Davidovitch, K. Shanava, E. Selezneva Novel pharmaceitical product MC–Mardil for the intraoperative devitalisation of primary internal neoplasmas to prevent postsurgery recurrenses and metastases International Journal on Immunorehabilitation, 2011; Vol.13: 142-144.
12. Godley MJ, Bradbeer CS, Gellan M, et al. Cryotherapy compared with trichloracetic acid in treating genital warts. Genitourin Med, 1987; 63: 390–2.
13. Garland SM, Waddell R, Mindel A, Denham IM, McCloskey JC. An open-label phase II pilot study investigating the optimal duration of imiquimod 5% cream for the treatment of external genital warts in women. Int J STD & AIDS, 2006; 17: 448-52.
14. Schofer H, Van Ophoven A, Henke U, Lenz T, Eul A. Randomized, comparative trial on the sustained efficacy of topical imiquimod 5% cream versus conventional ablative methods in external anogenital warts. European Journal of Dermatology, 2006; 16: 642-8.
15. Arican O, Guneri F, Bilgic K, Karaoglu A. Topical imiquimod 5% cream in external anogenital warts: A randomized, double-blind, placebo-controlled study. Journal of Dermatology, 2004; 31: 627-31.
16. Sherrard J, Riddell L. Comparison of the effectiveness of commonly used clinic-based treatments for external genital warts. Int J STD & AIDS, 2007; 18: 365-8.
17. Panici PB, Scambia G, Baiocchi G et al. Randomised controlled trial treatments for external anogenital warts Interferons and diathermocoagulation. Obstet Gynecol, 1989; 74: 393-7.
18. Yang J, Pu Y, Zeng Z, Yu Z, Huang N, Deng Q. Interferons for the treatment of genital warts: a systematic review. BMC Infectious Diseases, 2009; 9: 156.
19. Iwasaka T1, Hayashi Y, Yokoyama M, Hachisuga T, Sugimori H. Interferon gamma treatment for cervical intraepithelial neoplasia. Gynecol Oncol. 1990 Apr; 37(1): 96-102.
20. Tian YP, Yao L, Malla P, Li SS Susseful treatment of giant condiloma acuminatum with combination retinoid and interferon-y therapy International Journal of STD and AIDS, 2012; 23: 445-447
21. Рахматулина М.Р. Современные возможности терапии вирусных инфекций, передаваемых половым путем. Акушерство и гинекология. 2015; №7, С.14 – 19.
22. [Trizna Z](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Trizna%20Z%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=9713916), [Evans T](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Evans%20T%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=9713916), [Bruce S](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Bruce%20S%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=9713916), [Hatch K](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Hatch%20K%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=9713916), [Tyring SK](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Tyring%20SK%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=9713916). A randomized phase II study comparing four different interferon therapies in patients with recalcitrant condylomata acuminata. [Sex Transm Dis.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9713916), 1998 Aug; 25(7): 315-5.
23. [Zouboulis CC](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Zouboulis%20CC%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=1417043), [Büttner P](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=B%C3%BCttner%20P%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=1417043), [Orfanos CE](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Orfanos%20CE%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=1417043). Systemic interferon gamma as adjuvant therapy for refractory anogenital warts: a randomized clinical trial and meta-analysis of the available data. [Arch Dermatol.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1417043), 1992 Oct; 128(10): 1413-4.
24. Khawaja HT. Treatment of condyloma acuminatum. Lancet.1986; i: 208-9.
25. Yang C-J, Liu S-X, Liu L-B et al. Holmium Laser Treatment of Genital Warts: an Observational Study of 1500 Cases. Acta Derm Venereol, 2008; 88: 136–8.
26. Прилепская В.Н., Карелов А.К. Отчет о клиническом испытании радиохирургического прибора «Сургитрон». Сб. статей и отзывов по радиохирургии.— М; 1998.
27. Кулаков В. И., Адамян Л. В., Мындаева О. А. Оперативная гинекология — хирургические энергии: Руководство. М.: Медицина–Антидор, 2000; 860 с.
28. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Treatment of external genital warts and pre-invasive neoplasia of the lower tract. In: Canadian consensus guidelines on human papillomavirus. 2007.
29. Buck H J. Warts (genital). Clinical evidence 2010; 2010.
30. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015 MMWR; Vol. 64 / No. 3.
31. Von Krogh G, Lacey CJN, Gross G, Barasso R, Schneider A. European Course on HPV associated pathology: guidelines for primary care physicians for the diagnosis and management of anogenital warts. Sex Transm Inf, 2000; 76: 162–8.
32. Кацамбас А.Д., Лотти Т.М. Европейское руководство по лечению дерматологических болезней. – М.: МЕДпресс-информ, 2008; С.235.
33. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября 2012 г. N 572н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)".
34. Georgala S, Katoulis AC, Befon A et al. Oral inosiplex in the treatment of cervical condylomata acuminata: a randomised placebo-controlled trial. BJOG 2006; 113 (9): 1088–91 (a).
35. Hicks D. Re: oral inosiplex in the treatment of cervical condylomata acuminata: a randomised placebo-controlled trial. BJOG 2007; 114 (4): 509.
36. Kodner CM, Nasraty S. Management of genital warts. Am Fam Physician 2004; 70 (12): 2335–42.
37. Вакцины против папилломавирусной инфекции человека: документ по позиции ВОЗ, октябрь 2014; № 43; 89, 465-492. URL: <http://www.who.int/wer> .
38. Schiller JT, Castellsagué X, Garland SM. A review of clinical trials of human papillomavirus prophylactic vaccines. Vaccine, 2012; 30 Suppl 5: F123-38.
39. Muñoz N, Kjaer SK, Sigurdsson K, Iversen OE, Hernandez-Avila M, Wheeler CM, et al. Impact of human papillomavirus (HPV)-6/11/16/18 vaccine on all HPV-associated genital diseases in young women. J Nat Cancer Inst, 2010;102(5): 325–339.
40. Клинические рекомендации РОДВК по ведению больных инфекциями, передаваемыми половым путем, и урогенитальными инфекциями.: Издательский дом Деловой Экспресс, 2012: 1-112.
41. Кононова И.Н., Обоскалова Т.А., Ворошилина Е.С., Комплексное лечение больных с ВПЧ-ассоциированной цервикальной интраэпителиальной неоплазией с использованием кавитированного раствора Панавира. Российский вестник акушера-гинеколога. 2017 (5): 71-74
42. Молочков А.В. Баграмова Г.Э. Гуреева М.А. Препарат Панавир в терапии новообразований кожи, ассоциированных с папилломавирусной инфекцией. Альманах клинической медицины 2018: 46(1): 24-28
43. Довлетханова Э.Р., Прилепская В.Н., Минаева Е.А. Эффективность и приемлемость лечения ВПЧ-ассоциированных заболеваний шейки матки с применением неспецифического противовирусного препарата растительного происхождения. Эндокринология. 2018(3): 50-53.
44. Роговская С.И., Подзолкова Н.М., Оламова А.Н., Генитальные кондиломы: терапия и профилактика. Врач. 2010; 12: 48–51.
45. Ибишев Х.С,, Коган М.И. Лечение крупных рецидивирующих остроконечных кондилом наружных гениталий у мужчин. Урология. 2013(6): 56-59.
46. Воробьев Г.И., Шелыгин Ю.А., Капуллер Л.Л., Маркова Е.В., Мартьянова В.И. Лечение папилломавирусной инфекции перианальной области и анального канала // Анналы хирургии. 2007. № 4. С. 66-70.
47. Адаскевич В.П. Инфекции, передаваемые половым путем. М.: Медицинская книга. 2001. 219-231 с.
48. Кожные и венерические болезни: руководство для врачей. Под редакцией Ю.К. Скрипкина, В.Н. Мордовцева. М.: Медицина. 1999. 880 с.
49. 9. Козлова В.И., Пухнер А.Д. Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий: руководство для врачей. СПб: Издательство «Ольга».2000. 572 с.
50. Роговская С.И. Папилломавирусная инфекция у женщин и патология шейки матки.М., Гэотар-медиа. 2008. 192 с.
51. Семенов Д.М. Триггерные факторы, определяющие клиническое течение папилломавирусной инфекции у женщин с патологией шейки матки. Охрана материнства и детства. 2006; 2 (8): 98–106.
52. Nyitray A., Nielson C. M., Harris R. B. et al. Prevalence of and risk factors for anal human papillomavirus infection in heterosexual men. J. Inf. Dis. 2008; 197(12): 1676–1684.
53. Липова Е. В., Посянникова Н.В. ВПЧ- ассоциированный анальный рак. Terra medica. 2013; 2: 4-8.
54. Шипулина О.Ю., Шаргородская А.В., Романюк Т.Н., Роговская С.И., Шипулин Г.А. Частота выявления вируса папилломы человека и инфекций, передаваемых половым путем, среди студенток медицинского вуза и факторы распространения инфекции. Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. 2012; 3: 26-31.
55. Bosch F.X. Silvia de Sanjose, Xavier Castallsague. Факторы риска прогрессирования персистирующей ВПЧ-инфекции и развития злокачественных новообразований. Вакцины для профилактики рака шейки матки. Москва. «МЕДпресс-информ». 2011: 71-73.
56. Роговская С.И. Папилломавирусная инфекция у женщин и патология шейки матки. М. ГЭОТАР-Медиа.2009: 198.
57. Сафронникова Н.Р., Мерабишвили В.М. Профилактика вирусозависимых онкологических заболеваний. Диагностика и лечение папилломавирусной инфекции. 2008: 20-21.
58. Козаченко А.В. Молекулярно – биологические аспекты современных представлений об этиологии и патогенезе рака шейки матки. АГ – инфо. 2012; (1): 3-11.
59. Старинский В.В., Александрова Л.М. Профилактика злокачественных новообразований. Онкология. Национальное руководство. Краткое издание. 2013: 101-106.

Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

1. Кубанов Алексей Алексеевич – член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, Президент Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
2. Перламутров Юрий Николаевич – доктор медицинских наук, профессор, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
3. Рахматулина Маргарита Рафиковна – доктор медицинских наук, профессор, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
4. Плахова Ксения Ильинична – доктор медицинских наук, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
5. Чернова Надежда Ивановна – доктор медицинских наук, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
6. Фролов Сергей Алексеевич – доктор медицинских наук, заместитель директора ФГБУ "ГНЦК им. А.Н. Рыжих" Минздрава России по научной работе.
7. Титов Александр Юрьевич - доктор медицинских наук, ученый секретарь ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» Минздрава России
8. Костарев Иван Васильевич – доктор медицинских наук, старший научный сотрудник, член ассоциации колопроктологов России.
9. Веселов Алексей Викторович - кандидат медицинских наук, ответственный секретарь Общероссийской общественной организации "Ассоциация колопроктологов России".
10. Москалев Алексей Игоревич – кандидат медицинских наук, руководитель научно-образовательного отдела, врач отделения онкологии и хирургии ободочной кишки «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, представитель Европейского общества колопроктолов по Восточному региону.
11. Мудров Андрей Анатольевич - кандидат медицинских наук, научный сотрудник отделения общей и реконструктивной колопроктологии; хирург-колопроктолог высшей квалификационной категории.
12. Большенко Наталья Викторовна – кандидат медицинских наук, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов

**Конфликт интересов:**

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

**Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:**

1. Врачи –специалисты: дерматовенерологи, колопроктологи, акушеры-гинекологи, урологи, Педиатры, стоматологи.

2. Преподаватели медицинских образовательных учреждений по специальности «Дерматовенерология».

**Таблица 1.** Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) 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 |

**Таблица 2.** Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (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 |

**Таблица 3.** Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (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) |

**Порядок обновления клинических рекомендаций.**

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утверждённым клиническим рекомендациям, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

Данные клинические рекомендации разработаны с учётом следующих нормативно-правовых документов:

1. Порядок оказания медицинской помощи по профилю «дерматовенерология», утвержденный Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 924н от 15 ноября 2012 г.

Приложение Б. Алгоритмы действий врача

**Блок-схема 1. Алгоритм ведения пациента**

Подозрение на аногенитальные (венерические) бородавки

Клинико-лабораторное обследование

Деструктивная терапия

Рецидив клинических проявлений?

Идентифицирован ВПЧ высокого онкогенного риска?

Оценка изменений слизистой оболочки шейки матки

Динамическое наблюдение

Клинические признаки аногенитальных бородавок выявлены?

НЕТ

Обследование на другие ИППП, а также кожные болезни

ДА

Повторная деструктивная терапия. Исследование иммунного статуса, консультация врача-иммунолога

Выявлена патология шейки матки?

Консультация врача-акушера-гинеколога

ДА

НЕТ

ДА

НЕТ

НЕТ

ДА

Приложение В. Информация для пациента

1. В период лечения и диспансерного наблюдения необходимо воздержаться от половых контактов или использовать барьерные методы контрацепции до установления излеченности.
2. Рекомендуется обследование и лечение половых партнеров.
3. С целью установления излеченности необходима повторная явка к врачу через 7 дней после проведения деструкции.
4. Рекомендуется обследование на другие инфекции, передаваемые половым путем.