

РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ

**ФЕДЕРАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ПО ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ АНОГЕНИТАЛЬНЫМИ
(ВЕНЕРИЧЕСКИМИ) БОРОДАВКАМИ**

Москва - 2013

Персональный состав рабочей группы по подготовке федеральных клинических рекомендаций по профилю "Дерматовенерология", раздел «Аногенитальные бородавки»:

1. Перламутров Юрий Николаевич – заведующий кафедрой кожных и венерических болезней ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор, г. Москва.
2. Рахматулина Маргарита Рафиковна – заместитель директора ФГБУ «Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии» Минздрава России по лечебной работе, доктор медицинских наук, г. Москва.
3. Соколовский Евгений Владиславович - заведующий кафедрой дерматовенерологии с клиникой Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. академика И.П. Павлова, доктор медицинских наук, профессор, г. Санкт-Петербург.
4. Чернова Надежда Ивановна – доцент кафедры кожных и венерических болезней ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Минздрава России, кандидат медицинских наук, г. Москва.

МЕТОДОЛОГИЯ

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

поиск в электронных базах данных.

Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств:

доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кокрановскую библиотеку, базы данных EMBASE и MEDLINE.

Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:

- Консенсус экспертов;
- Оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой (схема прилагается).

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций:

Уровни доказательств	Описание
1++	Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведенные мета-анализы, систематические, или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Мета-анализы, систематические, или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Неаналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнение экспертов

Методы, использованные для анализа доказательств:

- Обзоры опубликованных мета-анализов;
- Систематические обзоры с таблицами доказательств.

Методы, использованные для формулирования рекомендаций:

Консенсус экспертов.

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций:

Сила	Описание
А	По меньшей мере один мета-анализ, систематический обзор или РКИ, оцененные как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов
В	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 1++ или 1+
С	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов; или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2++
D	Доказательства уровня 3 или 4; или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2+

Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points – GPPs):

Рекомендуемая доброкачественная практика базируется на клиническом опыте членов рабочей группы по разработке рекомендаций.

Экономический анализ:

Анализ стоимости не проводился и публикации по фармакоэкономике не анализировались.

Метод валидации рекомендаций:

- Внешняя экспертная оценка;
- Внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидации рекомендаций:

Настоящие рекомендации в предварительной версии рецензированы независимыми экспертами.

Комментарии, полученные от экспертов, систематизированы и обсуждены членами рабочей группы. Вносимые в результате этого изменения в рекомендации регистрировались. Если же изменения не были внесены, то зарегистрированы причины отказа от внесения изменений.

Консультация и экспертная оценка:

Предварительная версия была выставлена для обсуждения на сайте ФГБУ «Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии» Минздрава России для того, чтобы лица, не участвующие в разработке рекомендаций, имели возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании рекомендаций.

Рабочая группа:

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации повторно проанализированы членами рабочей группы.

Основные рекомендации:

Сила рекомендаций (A–D) приводится при изложении текста рекомендаций.

АНОГЕНИТАЛЬНЫЕ (ВЕНЕРИЧЕСКИЕ) БОРОДАВКИ

**Шифр по Международной классификации болезней МКБ-10
A63.0**

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Аногенитальные бородавки - вирусное заболевание, 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.

ЭТИОЛОГИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Возбудитель заболевания - вирус папилломы человека (ВПЧ) относится к роду папилломавирусов (*Papillomavirus*), который в свою очередь принадлежит к семейству папававирусов (*Papovaviridae*) и является ДНК-содержащим.

Папилломавирусная инфекция (ПВИ) наиболее часто регистрируется у лиц молодого возраста, имеющих большое число половых партнеров. По данным ВОЗ, 50-80% населения инфицировано ВПЧ, но лишь 1-2% имеют клинические проявления.

Выявляемость ВПЧ значительно варьирует в различных этнико-географических регионах и определяется поведенческими, социально-экономическими, медицинскими, гигиеническими факторами. Географическая вариабельность характерна не только для частоты выявляемости вируса, но и для распределения генотипов ВПЧ.

В Российской Федерации показатели заболеваемости аногенитальными бородавками в 2012 году составили 26,0 случаев на 100 тысяч населения. Наиболее высокий уровень заболеваемости зарегистрирован в Северо-Западном и Приволжском федеральных округах - 38,8 и 37,7 случаев на 100000 населения соответственно.

Наиболее уязвимой для инфицирования является возрастная группа от 18 до 29 лет, среди которой регистрируются высокие интенсивные показатели заболеваемости аногенитальными бородавками, составляющие в общей структуре ИППП 55-65%.

КЛАССИФИКАЦИЯ

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.

ПУТИ ИНФИЦИРОВАНИЯ

- половой контакт;
- трансплацентарный;
- перинатальный;
- контактно-бытовой, при этом возможность аутоинокуляции и передачи ВПЧ через бытовые предметы остается недостаточно изученной.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Субъективные симптомы:

- наличие одиночных или множественных образований в виде папул, папиллом на кожных покровах и слизистых оболочках наружных 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);
- болезненные трещины и кровоточивость кожных покровов и слизистых оболочек в местах поражения.

Объективные симптомы:

- *остроконечные кондиломы* - пальцеобразные выпячивания на поверхности кожных покровов и слизистых оболочек, имеющие типичный “пестрый” и/или петлеобразный рисунок и локализующиеся на коже внутреннего листка крайней плоти и 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 (наружный листок крайней плоти, тело полового члена, мошонка, латеральная область вульвы, лобок, промежность и перианальная область);
- *поражения в виде пятен* – серовато-белые, розовато-красные или красновато-коричневые пятна на слизистой оболочке половых органов;
- *бовеноидный папулез и болезнь Боуэна* - папулы и пятна с гладкой бархатистой поверхностью; цвет элементов в местах поражения слизистой оболочки – бурый или оранжево-красный, а поражений на коже – пепельно-серый или коричневатый-черный;
- *гигантская кондилома Бушке-Левенштайна* - мелкие бородавчатоподобные папилломы, сливающиеся между собой и образующие очаг поражения с широким основанием.

Для улучшения визуализации аногенитальных бородавок проводится проба с 3-5% раствором уксусной кислоты, после обработки которым

образования некоторое время сохраняют серовато-белую окраску и усиливается сосудистый рисунок.

ДИАГНОСТИКА

Диагноз аногенитальных бородавок устанавливается на основании клинических проявлений.

Для верификации диагноза могут использоваться *лабораторные исследования*:

- исследование молекулярно-биологическими методами, позволяющими идентифицировать генотип ВПЧ;
- цитологическое и морфологическое исследования.

В связи с применением в терапии деструктивных методов дополнительно проводится серологическое исследование на сифилис, ВИЧ, гепатиты В и С.

По показаниям назначаются консультации других специалистов:

- гинеколога (с целью ранней диагностики фоновых и диспластических процессов шейки матки, вульвы и влагалища);
- уролога (при внутриуретральной локализации процесса);
- проктолога (при наличии обширного процесса в анальной области);
- иммунолога (при наличии иммунодефицитных состояний и рецидивировании заболевания).

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Дифференциальная диагностика проводится с сифилитической инфекцией и заболеваниями кожи (контагиозным моллюском, фиброэпителиальной папилломой и себорейным кератозом).

У мужчин также необходимо дифференцировать аногенитальные бородавки с «папулезным ожерельем» полового члена, которое проявляется 1-3 рядами отдельных, не сливающихся папул диаметром 1-2 мм, расположенных по окружности венца головки полового члена и/или симметрично около уздечки крайней плоти.

У женщин аногенитальные бородавки необходимо дифференцировать с микропапилломатозом вульвы - физиологическим вариантом, представляющим собой несливающиеся папулы правильной формы, расположенные симметрично на внутренней поверхности малых половых губ и в области преддверия влагалища.

Сальные железы в области крайней плоти и вульвы у здоровых лиц также часто выглядят как отдельные или множественные папулы серовато-желтого цвета, расположенные на внутренней поверхности крайней плоти и малых половых губах.

ЛЕЧЕНИЕ

Цели лечения:

- деструкция аногенитальных бородавок;
- улучшение качества жизни пациентов.

Общие замечания по терапии

Показанием к проведению лечения является наличие клинических проявлений заболевания.

Основным направлением в лечении является деструкция клинических проявлений заболевания. Вне зависимости от применяемого метода деструкции аногенитальных бородавок у 20-30% пациентов могут развиваться новые поражения на границе между иссеченными и внешне здоровыми тканями или в других местах.

Обследование и лечение половых партнеров проводится при наличии у них клинических проявлений.

Методы деструкции аногенитальных бородавок

1. Цитотоксические методы

- подофиллотоксин, крем 0,15%, раствор 0,5% (А) 2 раза в сутки наружно на область высыпаний в течение 3 дней с 4-хдневным интервалом. Крем 0,15 % рекомендуется применять в терапии аногенитальных бородавок, расположенных в анальной области и области вульвы. Раствор 0,5% рекомендуется применять в терапии аногенитальных бородавок, расположенных на коже полового члена. Курсовое лечение продолжают до исчезновения клинических проявлений, но не более 4-5 курсов [1-7].

Подофиллотоксин не рекомендуется применять в терапии аногенитальных бородавок, расположенных на слизистой оболочке прямой кишки, влагалища, шейки матки, уретры.

2. Химические методы

- комбинация азотной, уксусной, щавелевой, молочной кислот и тригидрата нитрата меди, раствор для наружного применения (А) наносится однократно непосредственно на аногенитальные бородавки при помощи стеклянного капилляра или пластмассового шпателя, не затрагивая здоровых тканей. Не рекомендуется обрабатывать поверхность, превышающую 4-5 см², перерыв между процедурами составляет 1-4 недели [8].

3. Иммуномодуляторы для местного применения

- имихимод, крем (А) наносится тонким слоем на пораженные участки кожи на ночь (на 6-8 часов) 3 раза в неделю (через день). Утром крем необходимо смыть с кожи теплой водой с мылом. Курс лечения длится до полного исчезновения аногенитальных бородавок, но не более 16 недель [9-13].
- внутриочаговое введение препаратов α -интреферона (D) [14-16].

Применение системных иммуномодулирующих средств может быть рекомендовано при рецидивирующем течении заболевания.

4. Физические методы

- электрокоагуляция (А) [17-18];
- лазерная деструкция (В) [19];
- радиохирургическая деструкция (А) [19-20];
- криодеструкция (А) [21-22].

5. Хирургическое иссечение (В) [23-24].

Особые ситуации

Лечение беременных

Во время беременности возможна активная пролиферация аногенитальных бородавок.

Лечение беременных осуществляется в сроке до 36 недель беременности с использованием криодеструкции или электрокоагуляции при участии акушеров – гинекологов. При обширных генитальных кондиломах показано оперативное родоразрешение (с целью профилактики кондиломатоза гортани новорожденного) (В) [25].

Лечение детей

Методами выбора лечения аногенитальных бородавок у детей являются физические методы деструкции, не вызывающие токсических побочных реакций.

Показания к госпитализации

Госпитализация показана больным с обширным поражением кожи и слизистых оболочек вследствие деструктивного роста гигантской кондиломы Бушке-Левенштайна с целью хирургического иссечения пораженных тканей.

Требования к результатам лечения

Клиническое выздоровление. При отсутствии клинических проявлений пациенты дальнейшему наблюдению не подлежат.

Тактика при отсутствии эффекта от лечения

При рецидивировании клинических проявлений рекомендуется повторная деструкция аногенитальных бородавок на фоне применения неспецифических противовирусных препаратов:

- инозин пранобекс, таблетки (А) 500 мг 3 раза в сутки в течение 20 дней [26-28].

Список литературы

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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
6. 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
7. Komericki P, Akkilić-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
8. Godley MJ, Bradbeer CS, Gellan M, et al. Cryotherapy compared with trichloroacetic acid in treating genital warts. *Genitourin Med* 1987;63:390–2
9. 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
10. 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
11. 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
12. Einarson E, Costei A, Kalra S, Rouleau M, Koren M. The use of topical 5% imiquimod during pregnancy: a case series. *Reprod Toxicol* 2006;21:1-2
13. Audisio T, Roca FC, Piatti C. Topical imiquimod therapy for external anogenital warts in pregnant women. *Int J Gynaecol Obstet* 2008;100:275-6
14. 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
15. Panici PB, Scambia G, Baiocchi G, L Перроне, Pintus C, Манкузо С. рандомизированное клиническое сравнительное исследование терапии интерфероном и диатермокоагуляцией аногенитальных кондилом . *Obstet Gynecol* 1989; 74:393-7
16. 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
17. Khawaja HT. Treatment of condyloma acuminatum. *Lancet*.1986;i:208-9
18. 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.
19. Прилепская В.Н., Карелов А.К. Отчет о клиническом испытании радиохирургического прибора «Сургитрон» // Сб. статей и отзывов по радиохирургии.— М., 1998.— С.

20. Оперативная гинекология — хирургические энергии: Руководство / Под ред. В. И. Кулакова, Л. В. Адамян, О. А. Мындаева.— М.: Медицина–Антидор, 2000.— 860 с.
21. 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. Available at URL: Last access 6, Mar 2012
22. Buck H J. Warts (genital). Clinical evidence 2010;2010.
23. Guidelines 2002 for treatment of sexually transmitted diseases / CDC Atlanta. – USA. – 400 p. Workowski, K.A. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines – 2002 / K.A. Workowski, W.C. Levine // MMWR Recomm Rep. – 2002. –Vol. 51 (RR-6). – P. 1–78.
24. 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
25. 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)"
26. 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).
27. Hicks D. Re: oral inosiplex in the treatment of cervical condylomata acuminata: a randomised placebo-controlled trial. BJOG 2007; 114 (4): 509.
28. Kodner CM, Nasraty S. Management of genital warts. Am Fam Physician 2004; 70 (12): 2335–42.