

Одобрен
Объединенной комиссией
по качеству медицинских услуг
Министерства здравоохранения
Республики Казахстан
от «26» ноября 2024 года
Протокол №219

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

АНОГЕНИТАЛЬНЫЕ (ВЕНЕРИЧЕСКИЕ) БОРОДАВКИ

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ:

1.1 Код(ы) МКБ-10:

Код	Название
A63.0	Аногенитальные (венерические) бородавки

1.2 Дата разработки/пересмотра протокола: 2015 (пересмотр 2024 год).

1.3 Сокращения, используемые в протоколе:

ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВПЧ	Вирус папилломы человека
ИППП	инфекция, передаваемая половым путем
ИФА	Иммуноферментный анализ
МКБ-10	Международная классификация болезней десятого пересмотра
РКИ	рандомизированное контролируемое исследование
РПГА	Реакция пассивной гемагглютинации
ТСА	трихлоруксусная кислота
ВСА	бихлоруксусная кислота

1.4 Пользователи протокола: взрослые и детские: дерматовенеролог, гинеколог, уролог; проктолог, врач общей практики.

1.5 Категория пациентов: взрослые, подростки, дети.

1.6 Шкала уровня доказательности:

A	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
B	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или высококачественное (++) когортное или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты ко-

	торых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
C	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+), результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++) или +), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию.
D	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование или мнение экспертов.

1.7 Определение [1-5]:

Аногенитальные (венерические) бородавки (синоним - аногенитальная папилломовирусная инфекция, вирусные папилломы, остроконечные бородавки, генитальные бородавки) - вирусное заболевание, обусловленное вирусом папилломы человека (чаще всего типы ВПЧ-6, 11) и характеризующееся появлением экзофитных и эндофитных разрастаний на коже и слизистых оболочках наружных половых органов, уретры, влагалища, шейки матки, перианальной области.

1.8 Классификация:

Клинические разновидности аногенитальных бородавок:

По морфологии:

- остроконечные бородавки: представляют собой пальцеобразные выпячивания на поверхности кожи и слизистых, которые за счет хорошо васкуляризованных участков кожи, имеют типичный «пестрый» и/или петлеобразный рисунок;
- бородавки в виде папул: папулезные, иногда пигментированные высыпания без пальцеобразных выпячиваний;
- бородавки в виде пятен: проявляются на слизистой как небольшое изменение ее цвета (серовато-белые, розовато-красные или красновато-коричневые пятна).

По форме:

- Бовеноидный папулез и болезнь Боузна;
- Гигантская кондилома Бушке-Левенштайна.

2. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ [1-5]:

2.1 Диагностические критерии [1-5]:

Жалобы:

- наличие одиночных или множественных образований в виде папул, папиллом, пятен 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); при обширных поражениях в области уретры – затрудненное мочеиспускание;
- болезненные трещины и кровоточивость кожных покровов и слизистых оболочек в местах поражения.

Зачастую пациенты не имеют жалоб, и при обращении на профилактический осмотр врач выявляет аногенитальные бородавки.

Анамнез:

На первичном приеме необходимо выяснить у пациента:

- 1) причину обращения, характер субъективных симптомов;
- 2) анамнез заболевания: когда появились симптомы заболевания, динамика развития патологического процесса, применение системных или/и местных медикаментов по поводу симптомов, наличие и характер симптомов у полового партнера;
- 3) анамнез жизни: социальное положение, профессиональные вредности, соматические заболевания, аллергологический анамнез, употребление алкоголя, наркотиков, курение;
- 4) сексуальный анамнез: сексуальная ориентация, возраст начала половой жизни, семейное положение, наличие/отсутствие постоянного полового партнера, характер сексуальных контактов – вагинальный, оральный, анальный, дата последнего полового контакта;
- 5) анамнез по ИППП: наличие ИППП в анамнезе, анамнез ИППП у полового партнера;
- 6) гинекологический анамнез: возраст наступления менархе, установлен ли сразу менструальный цикл, нарушения менструального цикла, число беременностей и их исход (роды, аборты, выкидыши, бесплодие), гинекологические заболевания в анамнезе;
- 7) урологический анамнез: перенесенные урологические заболевания, нарушения сексуальной функции, бесплодие;
- 8) наличие факторов риска: возраст менее 40 лет, более 3-х новых половых партнеров за последний год, наличие любого из вышеперечисленных симптомов у полового партнера, урогенитальные инфекции у половых партнеров, сексуальное насилие, занятие коммерческим сексом, гомосексуализм.

Особенностями у подростков является необходимость на начальном этапе обследования, при изучении анамнестических данных, уделить особое внимание наличию аллергических и кожных заболеваний, которые могут привести к развитию патологических процессов в области половых органов. Необходимо получить информацию о наличии в анамнезе матери инфекционных заболеваний мочеполовых органов, о состоянии желудочно-кишечного тракта (запоры, кровотечения), наличии соматических заболеваний.

Объективные данные:

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.

Проба с 5% раствором уксусной кислотой для определения места прицельной биопсии и уточнения границы поражений при хирургическом лечении: обнаружение белой окраски эпителий кожи промежности или шейки матки, пораженного вирусом папилломы человека.

Лабораторные исследования [1-5]:

Диагноз аногенитальных бородавок ставится при визуальном осмотре при наличии типичных клинических проявлений.

Основные лабораторные исследования: нет.

Дополнительные лабораторные исследования:

Если поражения атипичны (например, пигментированные, затвердевшие, прикрепленные к подлежащей ткани, кровотечение или изъязвление) показана биопсия.

Биопсия также может быть показана при следующих обстоятельствах, особенно если пациент с ослабленным иммунитетом (включая ВИЧ-инфицированных):

- 1) диагноз не определен;
- 2) поражения не поддаются стандартной терапии;
- 3) заболевание ухудшается во время терапии.

Тестирование на ВПЧ не рекомендуется для диагностики аногенитальных бородавок, поскольку результаты тестов не являются подтверждающими и не могут служить руководством для лечения генитальных бородавок. Некоторые аногенитальные поражения могут напоминать аногенитальные бородавки (*condyloma accuminata*), но не поддаются лечению аногенитальных бородавок.

Исследование молекулярно-биологическими методами, позволяющими идентифицировать генотип ВПЧ, определять степень вирусной нагрузки и прогнозировать течение заболевания, однако **не рекомендуется** [1-3]:

При применении деструктивных методов в терапии аногенитальных бородавок дополнительно рекомендуется проводить экспресс тестирование (ЭТ) на ВИЧ и сифилис и при сомнительных или положительных результатах ЭТ подтверждение серологическими методами (ИФА на ВИЧ, РПГА или ИФА или РМП на сифилис) или сразу ИФА на ВИЧ, РПГА или ИФА или РМП на сифилис.

Инструментальные исследования:

Основные инструментальные методы: нет.

Дополнительные инструментальные методы:

Меатоскопия: обнаружение папиллом в ладьевидной ямке у мужчин;
Уретроскопия: обнаружение бородавок в мочеиспускательном канале;
Аноскопия: обнаружение остроконечными кондиломами в перианальной, анальной областях и промежности;

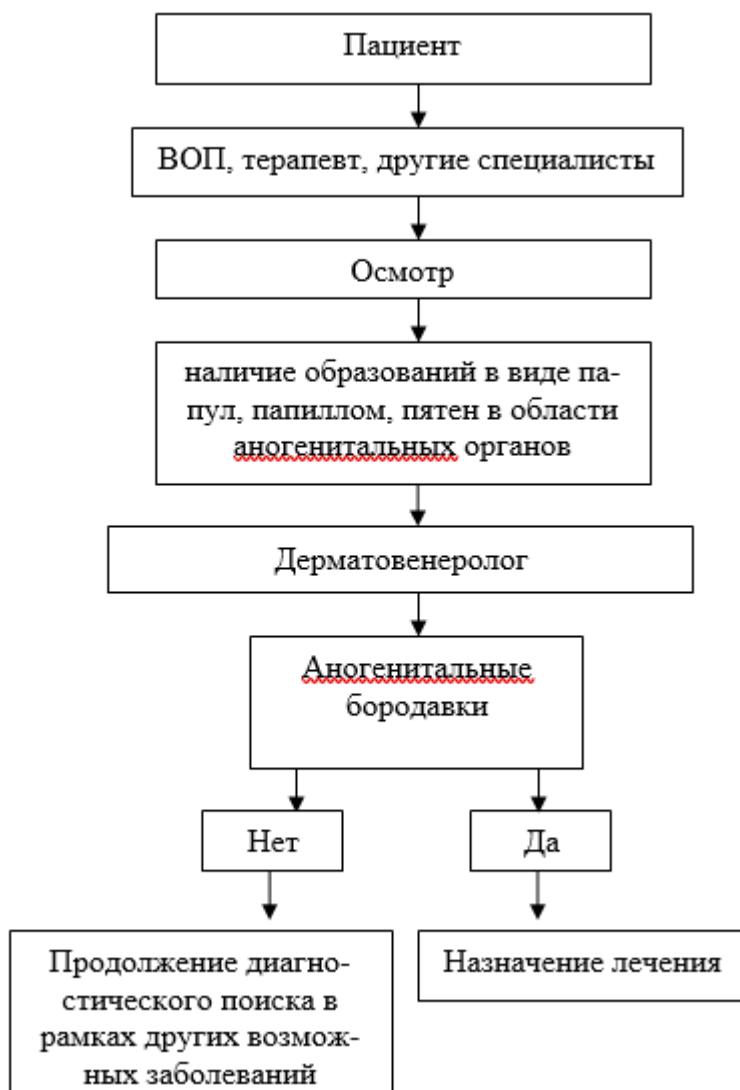
Кольпоскопия: обнаружение неклассифицируемых атипичных клеток плоского эпителия, изменения плоского эпителия, неклассифицируемые атипичные клетки железистого эпителия, инвазивный рак;

Показания для консультации специалистов:

- консультация уролога-андролога при внутриуретральной локализации аногенитальных бородавок;
- консультация проктолога и аноскопия – при наличии обширного процесса в анальной области;
- консультация хирурга, онколога – при ведении больных гигантской кондиломой Бушке-Левенштайна;
- консультация иммунолога – при наличии иммунодефицитных состояний и рецидиве заболевания.

2.2 Диагностический алгоритм:

Алгоритм диагностики аногенитальных бородавок



2.3 Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований [1-5]:

Дифференциальная диагностика проводится с сифилисом и заболеваниями кожи (контагиозным моллюском, фиброзепитиальной папилломой, себорейным кератозом).

У мужчин 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 не сливающиеся 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.

№ п/п	Диагноз	Обоснование диф- ференциальной ди- агностики	Обследования	Критерии исключения диагно- за
1	сифилис	1) наличие патоло- гических высыпаний в области аногени- тальных органов	1) физикальное обследование 2) обследова- ние трепонем- ными тестами	1) язва с твердым основанием и плотными краями, увеличенные регионарные лимфатические уз- лы 2) положительный результат ИФА или РПГА на сифилис
2	контагиозный моллюск	1) наличие патоло- гических высыпа- ний в области аноге- нитальных органов	1) физикальное обследование 2) микроскопия	1) Поверхность узелков блестя- щая и ровная, с пупкообразным вдавлением. при надавливании вытекать творожистая жидкость белого цвета. 2) наличие цитоплазматический включений («моллюсковые тель- ца») при микроскопии.
3	Акро- хордоны или- фиброз- епите- лиаль- ная па- пиллома	1) наличие пато- ло-гических высыпа- ний в об- ласти ано- гениталь- ных органов	1. физикальное обследование	1) доброкачественные новообра- зованные кожа, телесного цвета, мягкой консистенции, располо- женные на тонком основании
4	себо- рейный кератоз	1) наличие патоло- гических высыпа- ний в об- ласти ано- гениталь- ных органов	1) физикальное обследование 2) дерматоско- пия 3) гистологиче- ское обследо-	1) очерченные пятна от серо- коричневого до черного цвета, которые выглядят "как прикле- енные". Позже эти пятна могут подниматься и выглядеть как бо- родавчатая поверхность

			вание	2) тонкие светло-коричневые ретикулярные и/или изогнутые линии, «фестончатый край» дерматоскопического изображения новообразования кожи 3) при гистологическом обследовании гиперплазия покровного эпителия, гиперкератоз, папилломатоз и акантоз в разной степени выраженности
5	«папулезное ожерелье» полового члена	1) наличие патологических высыпаний в области аногенитальных органов	1) физикальное обследование 2) дерматоскопия	1) небольшие конусообразные папулы цвета кожи, обычно расположенные на коронке головки полового члена 2) при дерматоскопии в центре образования проходит одиничный кровеносный сосуд, который выглядит как точка или запятая
6	микропапилломатоз вульвы	1) наличие патологических высыпаний в области аногенитальных органов	1) физикальное обследование 2) гистология	1) мелкая узелковая безболезненная сыпь, обычно бледнорозового цвета с незначительной вариативностью оттенка в индивидуальных случаях, появляющаяся на половых губах 2) отсутствие в гистологическом или цитологическом исследовании признаков койлоцитоза, дискератоза, паракератоза, т.е. изменений в клеточном строении и составе, обнаруживаемых при папилломавирусных процессах

3 ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ [1-16]:

Показанием к проведению лечения является наличие типичных клинических проявлений заболевания. Обследование и лечение половых партнеров проводится при наличии у них клинических проявлений заболевания.

3.1 Немедикаментозное лечение:

Основным направлением в лечении является деструкция клинических проявлений заболевания. Вне зависимости от применяемого метода деструкции аногенитальных бородавок у 20-30% больных могут развиваться новые поражения на коже и/или слизистых оболочках аногенитальной области.

С целью деструкции применяются физические методы:

- электрокоагуляция;
- лазерная деструкция;
- криодеструкция.

3.2 Медикаментозное лечение [1-15]:

Перечень основных инструментальных методов лечения и лекарственных средств (имеющих 100% вероятность применения)

Рекомендуемые схемы лечения наружных аногенитальных бородавок (например, полового члена, паха, мошонки, вульвы, промежности, наружного ануса или перианальной области) *
Первая линия – криотерапия жидким азотом или криозондом
или
Вторая линия - Хирургическое удаление
или
Третья линия - 80% –90% раствор трихлоруксусной кислоты (ТСА) или бихлоруксусной кислоты (ВСА)

Перечень дополнительных инструментальных методов лечения (менее 100% вероятности применения): нет

Рекомендуемые схемы лечения наружных аногенитальных бородавок (например, полового члена, паха, мошонки, вульвы, промежности, наружного ануса или перианальной области) *
Электрокоагуляция
или
Лазерная деструкция

Схемы терапии

Рекомендуемые схемы лечения аногенитальных бородавок в уретры у мужчин
криотерапия жидким азотом
или
Хирургическое удаление
Рекомендуемые схемы лечения вагинальных аногенитальных бородавок у женщин
Криотерапия жидким азотом
<i>Использование криозонда во влагалище не рекомендуется из-за риска перфорации влагалища и образования свищей.</i>
или
Хирургическое удаление
или
80% –90% раствор трихлоруксусной кислоты (ТСА) или бихлоруксусной кислоты (ВСА)
Рекомендуемые схемы лечения цервикальных аногенитальных бородавок
Криотерапия жидким азотом
или
Хирургическое удаление
или
80% –90% раствор трихлоруксусной кислоты (ТСА) или бихлоруксусной кислоты (ВСА)
<i>Лечение бородавок шейки матки должно включать консультацию гинеколога. У женщин с экзофитными шейными бородавками перед началом лечения необходимо провести биопсию для исключения плоскоклеточного интраэпителиального</i>

поражения высокой степени.
Рекомендуемые схемы лечения интраанальных бородавок
Криотерапия жидким азотом
или
Хирургическое удаление
или
80% –90% раствор трихлоруксусной кислоты (ТСА) или бихлоруксусной кислоты (ВСА)
<i>Лечение интраанальных бородавок должно включать консультацию проктолога</i>

Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100% вероятности применения):

№ п/п	Фармакотерапевтическая группа	МНН	Способ применения	Уровень доказательности
1	Противоопухолевые средства растительного происхождения	Подофиллотоксин* крем	Накожный	B
2	Иммуномодуляторы	Имихимод крем	Накожный	B

*В соответствии с правилами применения ЛС незарегистрированных на территории РК.

Подофиллотоксин крем 0,15%, раствор 0,5% 2 раза в сутки наружно на область высыпаний в течение 3 дней с 4-дневным интервалом. В форме крема 0,15 % рекомендуется применять в терапии аногенитальных бородавок, расположенных в анальной области и области вульвы. В форме раствора 0,5% рекомендуется применять в терапии аногенитальных бородавок, расположенных на коже полового члена. Курсовое лечение (не более 4-5 курсов) продолжают до исчезновения клинических проявлений заболевания [5, 8].

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

Аналогичным образом крем имихимод 3,75% следует наносить один раз перед сном каждую ночь в течение <8 недель. Крем наносится тонким слоем на аногенитальные бородавки на ночь (на 6-8 часов) 3 раза в неделю (через день). Утром крем необходимо смыть с кожи теплой водой с мылом. Курсовое лечение (не более 16 недель) продолжают до исчезновения аногенитальных бородавок^[7,9,10]. При использовании любого препарата область обработки следует промыть водой с мылом через 6–10 часов после нанесения. При использовании имихимода могут возникать местные воспалительные реакции, включая покраснение, раздражение, уплотнение, изъязвление или эрозию, образование пузырьков, а также гипопигментация.

3.4 Особые ситуации Во время беременности

Во время беременности возможна активная пролиферация аногенитальных бородавок. Лечение беременных осуществляется на сроке до 36 недель беременности с использованием криодеструкции, лазерной деструкции или электроагуляции с обязательным привлечением врача акушера-гинеколога. При обширных генитальных кондиломах показано оперативное родоразрешения (с целью профилактики кондиломатоза гортани новорожденного) [1-5, 8].

Лечение детей [15]

Причиной возникновения аногенитальных бородавок у детей могут быть кожные бородавки на пальцах, передающиеся путем аутоинокуляции или гетероинокуляции от лиц, осуществляющих уход, или в результате вертикальной передачи ВПЧ-инфекции (в возрасте до 2 лет), или в результате сексуального насилия (после 2 лет).

Варианты лечения: криотерапия в любом возрасте, имихимод с 2 лет, подофиллотоксин с 12 лет.

Тактика при ВИЧ инфекции:

Люди с ВИЧ-инфекцией или другими состояниями с подавленным иммунитетом более склонны к развитию аногенитальных бородавок, чем те, у кого нет ВИЧ-инфекции. Кроме того, у таких людей могут быть более крупные или более многочисленные поражения, они могут не отвечать на терапию, также, как и те, кто иммунокомпетентен, и могут иметь более частые рецидивы после лечения. Несмотря на эти факторы, данные исследований не рекомендуют альтернативные подходы к лечению людей с ВИЧ-инфекцией. Плоскоклеточный рак, возникающий или напоминающий аногенитальные бородавки, может встречаться чаще у лиц с ослабленным иммунитетом, поэтому для подтверждения диагноза подозрительных случаев требуется биопсия.

Поскольку ВИЧ положительных повышен риск неоплазии, связанной с ВПЧ, преимущественно в анальном канале, рекомендуется аноскопия, даже если аногенитальные бородавки отсутствуют. У пациентов с ВИЧ, если $CD4 > 500$ клеток/ mm^3 , никакой другой модификации лечения не требуется, но, если $CD4 < 200$ клеток/ mm^3 , предпочтительны хирургические/физические методы [15].

3.7 Дальнейшее ведение:

При рецидивировании клинических проявлений рекомендуется повторная деструкция аногенитальных бородавок.

При отсутствии клинических проявлений заболевания пациенты дальнейшему наблюдению не подлежат.

3.8 Индикаторы эффективности лечения:

- деструкция аногенитальных бородавок;
- улучшение качества жизни пациентов.

4. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ:

4.1 Показания для плановой госпитализации: нет.

4.2 Показания для экстренной госпитализации: нет

5. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ: не проводится.

6. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОТОКОЛА:

- 6.1 Список разработчиков протокола с указанием квалификационных данных:**
- 1) Абишев Асылхан Туреханович – кандидат медицинских наук, заместитель директора по клинической и противоэпидемической деятельности РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК.
 - 2) Утегенова Алия Казиевна – кандидат медицинских наук, врач дерматовенеролог отдела клинического мониторинга РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК.
 - 3) Кипшакбаев Рафаиль Копбосынович – клинический фармаколог, кандидат медицинских наук, МВА ассоциированный профессор Международной школы медицины, Каспийский Университет.
 - 4) Хабижанов Аскар Болатович – кандидат медицинских наук, заведующий кафедрой дерматовенерологии НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова».
 - 5) Таубаева Айнур Абимуллаевна – врач дерматовенеролог, заведующая стационарным отделением РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК.
 - 6) Толыбекова Алима Алмасовна – кандидат медицинских наук, заведующая курсом дерматовенерологии НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет».
 - 7) Ольховская Екатерина Владимировна – врач-дерматовенеролог высшей категории, магистр МВА, директор, ГКП на ПХВ «Областной кожно-венерологический диспансер» Управления здравоохранения Западно-Казахстанской области.
 - 8) Танирбергенов Серик Тарасович – врач акушер-гинеколог, магистр делового администрирования, Национальный программный аналитик в области по сексуальному и репродуктивному здоровью, Страновой офис Фонда ООН в области народонаселения (ЮНФПА) в Казахстане.
 - 9) Оспанова Санимбала Алмешевна – кандидат медицинских наук, врач дерматовенеролог, заведующая отделом послевузовского и дополнительного образования РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК.
 - 10) Аймахашова Перизат Нахаевна – врач дерматовенеролог, 1 категории ГКП на ПХВ «Кожно-венерологический диспансер» Управления общественного здравоохранения города Алматы.
 - 11) Байсекенова Гульнара Витальевна – кандидат медицинских наук, заведующая кожно-венерологическим центром при КГП на ПХВ «Павлодарская областная больница имени Г.Султанова» Управления здравоохранения Павлодарской области.

6.2 Указание на отсутствие конфликта интересов: нет.

6.3 Рецензенты: Сагидолдина Ляйла Каликановна – кандидат медицинских наук, ассоциированный профессор кафедры дерматовенерологии НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет».

6.4. Условия пересмотра протокола: пересмотр не реже 1 раза в 5 лет и не чаще 1 раза в 3 года при наличии новых методов диагностики и лечения с уровнем доказательности.

6.5 Список использованной литературы:

- 1) Kimberly A. Workowski, MD; Laura H. Bachmann, MD et all, Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, Morbidity and Mortality Weekly Report, Recommendations and Reports / Vol. 70 / No. 4, 2021, CDC
<https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/STI-Guidelines-2021.pdf>
- 2) R. Gilson et al. Guidelines 2019 IUSTI-Europe guideline for the management of anogenital warts <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jdv.16522>
- 3) Anogenital warts Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015 MMWR / June 5, 2015 / Vol. 64 / No. 3.
- 4) UK National Guidelines on the Management of Anogenital Warts, 2015
- 5) Клинические рекомендации по диагностике и лечению взрослых пациентов с остроконечными кондиломами перианальной области и анального канала, 2013, Москва
<https://spe-elif.ru/upload/medialibrary/a42/a42cb6612b09385e1a7ae1681194e614.pdf>
- 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.
- 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.for external anogenital warts. Sex Transm Inf 2009; 85:514-9.
- 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) 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.
- 11) 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.
- 12) https://www.bashh.org/resources/36/anogenital_warts_2015
- 13) 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.
- 14) Hicks D. Re: oral inosiplex in the treatment of cervical condylomata acuminata: a randomised placebo-controlled trial. BJOG 2007; 114 (4): 509.
- 15) Delmonte S, Benardon S, Cariti C, Ribero S, Ramoni S, Cusini M. Anogenital warts treatment options: a practical approach. G Ital Dermatol Venereol 2020;155:261-8. DOI: 10.23736/S0392-0488.18.06125-4)