

Утверждено:  
Президент  
Общероссийской  
общественной организации  
«Российское общество  
дерматовенерологов  
и косметологов»

Приказ № 16/2025-КР  
от 05.06.2025

А.А. Кубанов



Клинические рекомендации

## Вирусные бородавки

Кодирование по Международной B07  
статистической классификации  
болезней и проблем, связанных  
со здоровьем:

Возрастная группа: дети/взрослые

Год утверждения: 2025

Разработчик клинической рекомендации:

- **Российское общество дерматовенерологов и косметологов**

Одобрено на заседании научно-практического совета Министерства здравоохранения  
Российской Федерации (протокол № 48) от 15.05.2025

## Оглавление

Оглавление .....	2
Список сокращений.....	4
Термины и определения.....	5
1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний) .....	6
1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	6
1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	6
1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	7
1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем .....	7
1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	7
1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	7
2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики.....	8
2.1 Жалобы и анамнез.....	9
2.2 Физикальное обследование .....	9
2.3 Лабораторные диагностические исследования .....	9
2.4 Инструментальные диагностические исследования.....	9
2.5 Иные диагностические исследования .....	9
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения.....	10
3.1 Консервативное лечение .....	10
3.2 Иное лечение .....	15
4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов .....	15
5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики.....	15
6. Организация оказания медицинской помощи .....	16

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния) .....	16
Критерии оценки качества медицинской помощи .....	16
Список литературы.....	17
Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций	20
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций.....	20
Приложение Б. Алгоритмы действий врача.....	23
Приложение В. Информация для пациента .....	24
Приложение Г1-ГН. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях .....	25

## **Список сокращений**

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека

ВПЧ – вирус папилломы человека

ДНК – дезоксирибонуклеиновая кислота

МКБ – Международная классификация болезней



## Термины и определения

Вирусные бородавки (*verrucae*) – доброкачественное пролиферативное заболевание кожи, вызываемое вирусами папилломы человека (ВПЧ) и характеризующееся появлением эпидермальных узелков с реактивными изменениями дермы.

Вирус папилломы человека (ВПЧ) – группа ДНК-содержащих вирусов семейства *Papavaviridae*. Установлено, что определенные типы ВПЧ могут инфицировать определенные топографические участки кожного покрова, вызывая стереотипные поражения кожи.

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

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

Вирусные бородавки (*verrucae*) – доброкачественное пролиферативное заболевание кожи, ассоциированное с вирусами папилломы человека (ВПЧ) и характеризующееся появлением эпидермальных узелков с реактивными изменениями дермы.

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

Возбудитель заболевания – вирусы папилломы человека (ВПЧ) – группа ДНК-содержащих вирусов семейства Papaviridae. Установлено, что определенные типы ВПЧ могут инфицировать определенные топографические участки кожного покрова, вызывая стереотипные поражения кожи. Некоторые типы ВПЧ связаны с риском развития злокачественных опухолей эпителия; в зависимости от канцерогенного потенциала они были разделены на типы низкого и высокого онкогенного риска. Клинические и гистологические особенности инфекции ВПЧ варьируются в зависимости от индивидуальной восприимчивости (например, у пациентов с иммунодефицитом), места поражения и типа ВПЧ. Гистологические особенности ВПЧ-инфекции очень легко идентифицировать на срезах, окрашенных гематоксилином и эозином. Наиболее частой причиной возникновения вирусных бородавок являются ВПЧ 1, 2, 3 и 4 типов. Реже выявляются ВПЧ 7, 10 и ВПЧ 26-29 типов [1,2].

Передача вируса может происходить контактно-бытовым путем, при ауто- или гетероинокуляции в местах повреждения эпителия. Риск инфицирования ВПЧ зависит от ряда факторов, таких как локализация очагов поражения, количественные показатели ВПЧ (вирусная нагрузка), степень и характер контакта с инфекцией, состояние общего и локального иммунного статуса. Инфицированию способствует наличие микротравм и воспалительных процессов кожных покровов и слизистых оболочек.

В клетках базального слоя вирус может находиться длительное время в латентном состоянии. При наличии благоприятных факторов начинается процесс репликации ВПЧ в эпителии, что приводит к нарушению дифференцировки клеток и формированию морфологически измененных тканей.

Вирусы папилломы человека обладают тканевой специфичностью – способностью определенных типов ВПЧ поражать топографически-специфичные области. Как правило, ВПЧ 1, 2 и 4 типов выявляются при подошвенных бородавках; ВПЧ 60 типа – при

кистозных вариантах бородавок. ВПЧ 1, 2, 4, реже ВПЧ 26-29 – при вульгарных бородавках, у иммуносупрессивных пациентов выявляются ВПЧ 75-77 типов; ВПЧ 3, 10 типов – при плоских бородавках [3].

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

Вирусные бородавки являются одной из наиболее широко распространенной инфекционной патологией кожи, имеющей тенденцию к длительному рецидивирующему течению. Клинические проявления папилломавирусной инфекции кожи наблюдаются у 3-9% детей и подростков и у 28-30% взрослых лиц. Достоверной корреляционной зависимости между частотой встречаемости данной патологии и расовой или гендерной принадлежностью не наблюдается. Около 38-42% людей являются носителями ВПЧ на видимо здоровой коже [3].

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

В07 – Вирусные бородавки.

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

В соответствии с классификацией опухолей кожи ВОЗ, 2018г.[2], выделяют

1. Вульгарные бородавки.
  - нитевидные бородавки
2. Подошвенные (ладонно-подошвенные) бородавки.
  - кистозные бородавки
3. Плоские бородавки.

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

*Вульгарные бородавки:* множественные безболезненные папилломатозные папулы диаметром 0,2-0,8 см, с гиперкератозом на поверхности, локализуются преимущественно на коже кистей. *Нитевидные бородавки* – вариант вульгарных бородавок при локализации



на коже лица в периоральной и периорбитальной областях, преддверии носа, характеризуются тонкими роговыми выростами.

*Ладонно-подошвенные бородавки:* плотные, нередко болезненные округлые папулы, локализующиеся на коже подошв стоп и/или ладонной поверхности кистей незначительно возвышающиеся над уровнем окружающей кожи, имеют зернистую поверхность, покрытую гиперкератотическими наслоениями; в центре нередко наблюдаются черно-коричневые точки - тромбированные капилляры гипертрофированных сосочков дермы. Бородавки проявляют склонность к периферическому росту и слиянию, при этом размер бородавок варьирует от 2-4 мм до 1-3см. *Кистозные бородавки:* образования в виде мягкого узла с гиперкератозом и трещинами на поверхности, при вскрытии которого выделяется бело-желтое творожистое содержимое; локализуются в местах наибольшего давления костных структур стопы.

*Плоские бородавки:* мелкие множественные папулы диаметром 2-4мм, гиперпигментированные или цвета неизменной кожи, плоской формы, локализующиеся преимущественно на коже лица, тыле кистей и предплечий.

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

### **Критерии установления диагноза/состояния:**

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

- **Рекомендован** сбор жалоб и анамнеза у всех пациентов с целью выявления факторов риска и факторов, которые могут повлиять на выбор тактики лечения и вторичной профилактики [2].

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

## **2.1 Жалобы и анамнез**

Длительность заболевания может варьировать – нескольких недель или лет. Характер жалоб зависит от площади поражения, размеров образования и их локализации. Больные могут предъявлять жалобы на:

- наличие одиночных или множественных новообразований на коже;
- болезненность при компрессии в области бородавок.

## **2.2 Физикальное обследование**

Данные физикального обследования *описаны в разделе «Клиническая картина».*

## **2.3 Лабораторные диагностические исследования**

- **Рекомендовано** проведение патолого-анатомического исследования биопсийного (операционного) материала при необходимости дифференциальной диагностики с другими заболеваниями кожи и/или слизистых оболочек [2].

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

## **2.4 Инструментальные диагностические исследования**

- **Рекомендовано** взрослым и детям проведение осмотра кожи под увеличением (дерматоскопия) при необходимости дифференциальной диагностики [4, 5].

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

**Комментарии:** *при дерматоскопическом исследовании бородавок определяются папиллярные линии, мозаичный рисунок, рисунок по типу узелков; сосудистый паттерн и его комбинации (клубочки, шпильки, пунктир) [5].*

## **2.5 Иные диагностические исследования**

- **Рекомендовано** при рецидивирующем и/или прогрессирующем течении (диссеминации): исследование уровня антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1/2 и антигена р24 (Human immunodeficiency virus HIV 1/2 + Agp24) в крови [6].

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

**Комментарии:** *хронические и рецидивирующие вирусные инфекции кожи являются показанием для обследования на ВИЧ-инфекцию [6].*



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

#### **3.1 Консервативное лечение**

- **Рекомендовано** для лечения детей и взрослых использовать физические методы деструкции, не вызывающие токсических и местных нежелательных реакций [7, 8].

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

**Комментарии:** Ведущим направлением в лечении вирусных бородавок является деструктивная терапия. Данная методика является приоритетной, несмотря на то, что ее эффективность составляет 50-80%, а вероятность развития рецидива после регенерации тканей остается весьма высокой. Высокий риск рецидива отмечается при распространенных бородавках (площадью более 2 см<sup>2</sup>), при длительном существовании бородавок и прогрессирующем течении заболевания – появление новых и рост существующих элементов. При выборе метода терапии необходимо учитывать локализацию и площадь очагов поражения.

- **Рекомендовано** для лечения детей и взрослых редукция клинических проявлений вирусных бородавок в результате проведенного лечения [7, 8].

**Для взрослых Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 3)**

- **Для детей Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)** **Рекомендовано** для лечения детей и взрослых проведение электрокоагуляции вирусных бородавок с целью редукции клинических проявлений [7, 8].

**Для взрослых Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 3)**

**Для детей Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)**

**Комментарии:** Вирусные бородавки методом электрокоагуляции удаляют послойно. Применяют электрохирургические аппараты, зарегистрированные на территории Российской Федерации и разрешенные для медицинского применения. Деструкцию проводят под местной инфильтрационной анестезией. Деструкции подлежат гиперкератотические наслоения и строма бородавки, включая эпидермальную часть и



реактивно-измененные глубокие слои дермы. Тканевой детрит / струп удаляют марлевым тампоном, увлажненный водным раствором хлоргексидина\*\*. Участки латеральной гиперкоагуляции тканей иссекают ножницами. Пациент обрабатывает раневую поверхность растворами входящими в группу лекарственных препаратов «Антисептики и дезинфицирующие средства» D08A, следует избегать травмирования раны и контакта с водой, а также самостоятельного удаления струпа / корки до окончания процесса заживления.

- **Рекомендовано для лечения взрослых и детей** проведение лазерной деструкции ткани кожи с целью редукции клинических проявлений бородавок [7, 8].

**Для взрослых Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 3)**

**Для детей Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)**

**Комментарии:** Применяются полупроводниковый (диодный) лазер, углекислотный и эрбиевый лазеры. Бородавки удаляют послойно. Лазерную деструкцию следует проводить в импульсном режиме генерации квантового излучения (для профилактики глубокого коагуляционного некроза). Применяют лазерные аппараты, зарегистрированные на территории Российской Федерации и разрешенные для медицинского применения. Деструкцию проводят под местной инфильтрационной анестезией. Деструкции подлежат гиперкератотические наслоения и строма бородавки, включая эпидермальную часть и реактивно-измененные глубокие слои дермы. В зависимости от типа лазерного аппарата воздействие осуществляют контактным/ бесконтактным способом, сканирующими движениями. Тканевой детрит / струп удаляют марлевым тампоном, увлажненный водным раствором хлоргексидина\*\*. Участки латеральной гиперкоагуляции тканей иссекают ножницами [7, 10, 11]. Пациент обрабатывает раневую поверхность растворами входящими в группу лекарственных «Антисептики и дезинфицирующие средства» D08A, следует избегать травмирования раны и контакта с водой, а также самостоятельного удаления струпа / корки до окончания процесса заживления.

- **Рекомендовано для лечения взрослых и детей** проведение высокочастотной радиоволновой деструкции вирусных бородавок с целью редукции клинических проявлений [12, 13].

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 2)**

**Комментарии:** Применяются аппараты высокочастотной радиоволновой хирургии, зарегистрированные на территории Российской Федерации и разрешенные для медицинского применения. Деструкцию проводят под местной инфильтрационной анестезией. Деструкции подлежат гиперкератотические наслоения и строма бородавки, включая эпидермальную часть и реактивно-измененные глубокие слои дермы. Воздействие осуществляют контактным способом. Тканевой детрит / струп удаляют марлевым тампоном, увлажненный водным раствором хлоргексидина\*\*. Участки латеральной гиперкоагуляции тканей иссекают ножницами. Пациент обрабатывает раневую поверхность растворами входящими в группу лекарственных препаратов «Антисептики и дезинфицирующие средства» D08A, следует избегать травмирования раны и контакта с водой, а также самостоятельного удаления струпа / корки до окончания процесса заживления [12-13].

- **Не рекомендовано** применение лазерных аппаратов реализующие принцип селективного фототермолиза (аппарат лазерный неодимовый, импульсный лазер на красителе) для деструкции вирусных бородавок [14-19].

**Для взрослых пациентов Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2)**

**Для детей Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 4)**

**Комментарии:** Импульсный лазер на красителе избирательно разрушает расширенные капилляры сосочков дермы. В рандомизированных клинических исследованиях из 37 пациентов не установлено заметных различий при лечении импульсным лазером на красителе и плацебо через 14 недель лечения.

- **Рекомендовано** проведение криодеструкции вирусных бородавок с целью редукции клинических проявлений [20-24].

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

**Комментарии:** Замораживание патологического образования производится с помощью жидкого азота. Применяются аппаратная и ручная (метод «камыш» - ватный тампон на деревянном основании) криодеструкция. Предварительно необходимо удалять поверхностные гиперкератотические наслоения, особенно при лечении подошвенных бородавок. Охлажденный криозонд помещают перпендикулярно поверхности кожи и плотно прижимают к ней. Экспозиция составляет 1-5 мин, до появления криоободка 1-2мм. При деструкции плоских и вульгарных бородавок применяется одноцикловой метод,



подошвенных бородавок - метод «олимпийских колец» и двухциклового метод. Повторное криовоздействие проводят через 7-14 дней, общая длительность лечения не должна превышать 4 месяца [20].

- **Рекомендовано** взрослым с целью удаления вирусных бородавок и предотвращения рецидива (как в монотерапии, так и при совместном применении с методами деструкции):

Имихимод, крем 5% для наружного применения на место поражения тонким слоем [30, 31, 32].

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

**Комментарии:** Крем наносится тонким слоем на вирусные бородавки (в т.ч. вульгарные, подошвенные, плоские, околонуговые) 1 раз в сутки перед сном (на 6-10 часов) 3 раза в неделю (через день). Утром крем смывают теплой водой с мылом. Пораженную область у взрослых предварительно обрабатывают кератолитиком. Использование избыточного количества или более длительный контакт лекарственного средства с кожей может вызвать выраженную местную реакцию в виде покраснения, раздражения, уплотнения, эрозий, пузырьков или гипопигментации [33,34]

- **Рекомендовано** детям (противопоказание - **младенческий возраст**) и взрослым пациентам (старше 18 лет) при противопоказаниях к проведению и /или отказе от прямой физической деструкции или невозможности ее проведения, деструкция препаратом салициловая кислота+Молочная кислота+Полидоканол [24].

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

**Комментарии:** препарат применяют наружно, по 1 капле 1-2 раза в сутки. Максимальная суточная доза для взрослых - 2 г (по салициловой кислоте), что соответствует 10 мл препарата; для детей - 0.2 г (1 мл препарата). Курс лечения при использовании препарата в максимальных суточных дозах - не более 1 недели. При лечении детей следует избегать одновременной обработки нескольких участков кожи.

- **Рекомендовано** взрослым пациентам (старше 18 лет) при противопоказаниях к проведению и /или отказе от прямой деструкции применение фerezола (раствор для наружного применения) [3, 25].

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

**Комментарии:** фerezол предназначен только для наружного применения. Препарат наносят точно на обрабатываемый участок небольшой тонкой деревянной палочкой, не допуская попадания его на соседние здоровые участки кожи и слизистые оболочки. На нитевидные бородавки фerezол наносят однократно. Небольшие бородавки (размером 2-3 мм) смазывают препаратом 3-4 раза, делая перерывы для подсыхания нанесенной жидкости.

Перед применением фerezол с плотной ороговевшей поверхностью на кистях, подошвенных бородавок, необходимо устранить с их поверхности роговые наслоения. Для этого на несколько часов наносят препараты для лечения ороговелостей и бородавок кератолитического действия под окклюзию. После чего кожу распаривают в горячей воде с добавлением мыла и соды в течение 10-15 мин и удаляют роговые наслоения (срезают маникюрными ножницами или щипцами). На подсушенную кожу наносят фerezол несколько раз, делая 3-4-минутные перерывы для подсыхания препарата. Бородавки на кистях и подошвах обрабатывают раствором фerezол 7-10 раз с интервалом 3-4 мин. При необходимости многократного нанесения препарата во избежание ожога окружающей кожи целесообразно процедуры в соответствии с инструкцией.

- **Рекомендовано** при распространенных бородавках, при длительной персистенции бородавок, прогрессирующем и рецидивирующем течении заболевания внутриочаговое (внутрикожное) введение #интерферона альфа-2b\*\* взрослым пациентам с высоким риском рецидива вирусных бородавок [3, 26].

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

**Комментарии:** в инструкции к препарату #интерферон альфа-2b\*\* отсутствуют показания к применению для лечения вирусных бородавок. Внутриочаговое (внутрикожное) введение #интерферона альфа-2b\*\* может применяться как самостоятельная методика лечения или в составе комплексной терапии вирусных бородавок (перед деструктивной терапией). Внутриочаговые (внутрикожные) инъекции препарата в дозе 2 000 000МЕ через день, курс лечения 18 000 000.

**Рекомендовано** взрослым и детям (с 3 лет) иммунотерапия инозином пранобекс при распространенных бородавках, при длительной персистенции бородавок, прогрессирующем и рецидивирующем течении [27].

#### **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)**



### **Комментарии:**

*При папилломавирусной инфекции взрослым препарат назначают по 2 таб. по 500 мг 3 раза/сут, детям - по 1/2 таб. на 5 кг/массы тела/сут в 3-4 приема в течение 14-28 дней в виде монотерапии.*

### **3.1 Иное лечение**

- **Рекомендовано** при электрохирургической, лазерной (диодные и углекислотные лазерные аппараты) и радиоволновой деструкции вирусных бородавок выполнять инфильтрационную анестезию, с предварительным анализом аллергологического анамнеза, применяют местные анестетики: 2% раствор лидокаина\*\*, в ряде случаев допустимо применять 0,5% раствор прокаина\*\* (детям) старше 12 лет) [28].

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

**Комментарии:** для местной анестезии применяются методики болюсного внутрикожного или подкожного введения препарата, с ретроградным или антеградным введением местного анестетика. Объем вводимого препарата определяется достижением необходимого уровня обезболивания и допустимой дозировкой анестетика, в соответствии с инструкцией для медицинского применения конкретного лекарственного препарата.

Диетотерапия не применяется.

## **4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов**

Реабилитация не проводится.

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

- **Рекомендовано** исключение контакта с высыпаниями, как первичная профилактика инфицирования и развития бородавок [29].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

**Комментарии:** первичная профилактика вирусных бородавок включает соблюдение правил личной гигиены при посещении мест общего пребывания – бассейнов, фитнес- и спортивных центров, не ходить босиком, носить обувь из материалов, позволяющих проводить ее обработку, при занятиях на тренажерах следить за обработкой контактных поверхностей соответствующими растворами.

## 6. Организация оказания медицинской помощи

Лечение проводится амбулаторно в условиях медицинского учреждения дерматовенерологического профиля.

Показания для госпитализации в медицинскую организацию: **Отсутствуют**

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

1. В связи с отсутствием специфических методов профилактики, этиотропных методов лечения и возможностью персистенции вируса в эпителиальных клетках кожи и слизистых оболочек в латентной форме существует риск рецидивов заболевания после деструктивной терапии.

2. При проведении деструктивных методов лечения проводится разрушение вирусной бородавки с повреждением эпителиальных тканей, что требует соблюдения антисептических условий в период заживления.

3. Несоблюдение врачебных назначений в период заживления ран после деструктивной терапии и нерегулярное применение назначенных средств может привести к инфицированию раны с развитием воспалительного процесса, увеличением длительности процесса заживления и рубцеванию тканей.

## Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Оценка выполнения (да/нет)
1.	Проведена деструкция вирусных бородавок	Да/нет
2.	Редукция клинических проявлений вирусных бородавок в результате проведённого лечения	Да/нет



## Список литературы

1. Cardoso JC, Calonje E. Cutaneous manifestations of human papillomaviruses: a review. *Acta Dermatovenereologica Alpina, Pannonica, et Adriatica*. 2011 Sep;20(3):145-154.
2. Elder DE, Massi D, Scolyer R, Willemze R WHO Classification of Skin Tumours. Fourth Edition. 2018: 470.
3. Хлебникова А.Н., Селезнева Е.В., Дорохина О.В. Лечение вульгарных и подошвенных бородавок. Вестник дерматологии и венерологии. 2015. № 1. С. 122-128.
4. Dong H1, Shu D, Campbell TM, Frühauf J, Soyer HP, Hofmann-Wellenhof R. Dermatoscopy of genital warts. *J Am Acad Dermatol*. 2011 May;64(5):859-64. doi: 10.1016/j.jaad.2010.03.028. Epub 2011 Mar 22.
5. Панкратов В.Г., Ревотюк А.А., Панкратов О.В. Дерматоскопическая картина некоторых распространенных дерматозов// МЕДИЦИНСКИЕ НОВОСТИ2012
6. Елькин В. Д., Коберник М. Ю., Микова О. Е., СПИД-индикаторный дерматологический синдром у вич-инфицированного пациента // Пермский медицинский журнал, 2015; 5 том XXXII № 1: С. 131 – 134.
7. Штиршнайдер Ю.Ю., Волнухин В.А. Сравнительная оценка эффективности лечения больных обыкновенными бородавками деструктивными методами. Вестник дерматологии и венерологии, 2012; 5: 65—70.
8. Мазитова Л.П., Асламазян Л.К., Намазова Л.С, Шаипов Т.С. Особенности клинического течения, диагностика и подходы к терапии папилломавирусной инфекции в детском возрасте // ПЕДИАТРИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ/ 2006/ ТОМ 3/ № 6. С. 51-54.
9. Halasz CL. Treatment of common warts using the infrared coagulator. *J Dermatol Surg Oncol*. 1994 Apr; 20(4):252-6.
10. Nguyen J, Korta DZ, Chapman L, Kelly KM. Laser Treatment of Nongenital Verrucae: A Systematic Review. *JAMA Dermatol*. 2016 Apr 27. doi: 10.1001
11. Oni G, Mahaffey PJ. Treatment of recalcitrant warts with the carbon dioxide laser using an excision technique. *J Cosmet Laser Ther*. 2011 Oct; 13(5):231-6.
12. Юцковская Я.А., Кусая Н.В. Метод радиохирургии в комплексном лечении вирусных бородавок. Современные наукоемкие технологии. 2004. № 5. С. 77-78.
13. Khandelwal K, Bumb RA, Mehta RD, Ghiya BC, Satoskar AR. Long-term efficacy of radiofrequency ablation in treatment of common and palmo-plantar warts. *Australas J Dermatol*. 2013 Nov;54(4):307-9.
14. King-fan Loo S, Yuk-ming Tang W. Clinical Evidence. Warts (non-genital). September24,2009. <http://clinicalevidence.bmj.com/ceweb/conditions/skd/1710/1710.jsp> (subscription required). Accessed March 4, 2011.
15. Robson KJ, Cunningham NM, Kruzan KL, et al. Pulsed-dye laser versus conventional therapy in the treatment of warts: a prospective randomized trial. *J Am Acad Dermatol*. 2000;43(2 pt 1):275–280.
16. Han TY, Lee JH, Lee CK et al. Long-pulsed Nd:YAG laser treatment of warts: report on a series of 369 cases. *J Korean Med Sci* 2009; 24:889–93.
17. Kopera D. Verrucae vulgares: flashlamp-pumped pulsed dye laser treatment in 134 patients. *Int J Dermatol*. 2003;42(11):905–908.
18. Bingol UA, Cömert A, Cinar C. The Overlapped Triple Circle Pulse Technique with Nd:YAG Laser for Refractory Hand Warts. *Photomed Laser Surg*. 2015 Jun; 33(6):338-42.
19. Kimura U, Takeuchi K, Kinoshita A, Takamori K, Suga Y. Long-pulsed 1064-nm neodymium:yttrium-aluminum-garnet laser treatment for refractory warts on hands and feet. *J Dermatol*. 2014 Mar; 41(3):252-7.
20. Zimmerman EE, Crawford P. Cutaneous cryosurgery. *Am Fam Physician*. 2012 Dec 15; 86 (12):1118-24.



21. Bruggink SC, Assendelft WJ. Cryotherapy for plantar warts more costly but no more effective than salicylic acid self-treatment. *Evid Based Med*. 2012 Oct; 17(5):156-7.
22. Afsar FS, Erkan CD, Karaca S. Clinical practice trends in cryosurgery: a retrospective study of cutaneous lesions. *Postepy Dermatol Alergol*. 2015 Apr; 32(2):88-93.
23. 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.
24. Белоусова Т.А., Горячкина М.В. Папилломавирусная инфекция кожи: рациональный выбор наружной терапии. *Клиническая дерматология и венерология*. 2014;12(6):120-125.
25. Беляев В.В., Цветаева Ю.С. Папилломавирусная инфекция (бородавки): аспекты клиники и лечения. *Клиническая дерматология и венерология*. 2011;9(5):97-101.
26. Баграмова Гаяне Эрнестовна, Седова Татьяна Геннадьевна, Хлебникова Альбина Николаевна. Внутриочаговая интерферонотерапия рецидивирующих бородавок//Российский журнал кожных и венерических болезней, 2013. № 1. С. 23-26.
27. Соловьев А.М. Иммуноотерапия изопринозином как адъювантный или самостоятельный способ лечения больных папилломавирусной инфекцией. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2011; 5: 146–151.
28. Матушевская Е.В., Смирщевская Е.В., Матушевская Ю.И., Коцарева О.Д. Топические местные анестетики в косметологии. *Клиническая дерматология и венерология*. 2017;16(3):89-96.
29. [7, 8]. Дерматология Фицпатрика в клинической практике. Клаус Фольф, Лоуэлл А. Голдсмит, Стивен И. Кац и др.; пе. С англ.; общ. ред. акад. А.А. Кубановой. – М.: Издательство Панфилова; БИНОМ. Лаборатория знаний. – Т.3. – 2013. С. 2095.
30. Grussendorf-Conen EI, et al. Topical 5% imiquimod long-term treatment of cutaneous warts resistant to standard therapy modalities. *Dermatology*. 2002;205:139-45 <https://doi.org/10.1159/000063909>
31. Grussendorf-Conen EI, Jacobs S. Efficacy of imiquimod 5% cream in the treatment of recalcitrant warts in children. *Pediatr Dermatol*. 2002;19:263-266 <https://doi.org/10.1046/j.1525-1470.2002.00083.x>
32. Micali G, et al. An open label evaluation of the efficacy of imiquimod 5% cream in the treatment of recalcitrant subungual and periungual cutaneous warts. *J Dermatolog Treat*. 2003;14:233-6. 10.1080/0954663031001676335.
33. Хрянин А.А., Решетников О.В., Лобзев Н.В., Перщетская Е.Б., Эсавулова Л.Т., Гивировский С.Е. Вирус папилломы человека: местная терапия аногенитальных поражений. *Клиническая дерматология и венерология* 6, 2016, doi: 10.17116/klinderma2016156102-11036.
34. Mashiah J, Brenner S. Possible mechanisms in the induction of vitiligo-like hypopigmentation by topical imiquimod. *Clin Exp Dermatol*

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

1. Кубанов Алексей Алексеевич – академик РАН, президент ООО «РОДВК», директор ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава России;
2. Дубенский Владислав Валерьевич – кандидат медицинских наук, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов;
3. Дубенский Валерий Викторович – доктор медицинских наук, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов;
4. Нечаева Ирина Анатольевна – кандидат медицинских наук, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов;
5. Степанова Ольга Викторовна – член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

Конфликт интересов: авторами не заявлено о конфликте интересов.

## Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

### Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врачи-дерматовенерологи
2. Врачи участковые терапевты
3. Врачи участковые педиатры
4. Врачи общей практики
5. Ординаторы и слушатели циклов повышения квалификации по указанным специальностям.

**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)

<b>УУР</b>	<b>Расшифровка</b>
<b>А</b>	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>В</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)
<b>С</b>	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.**

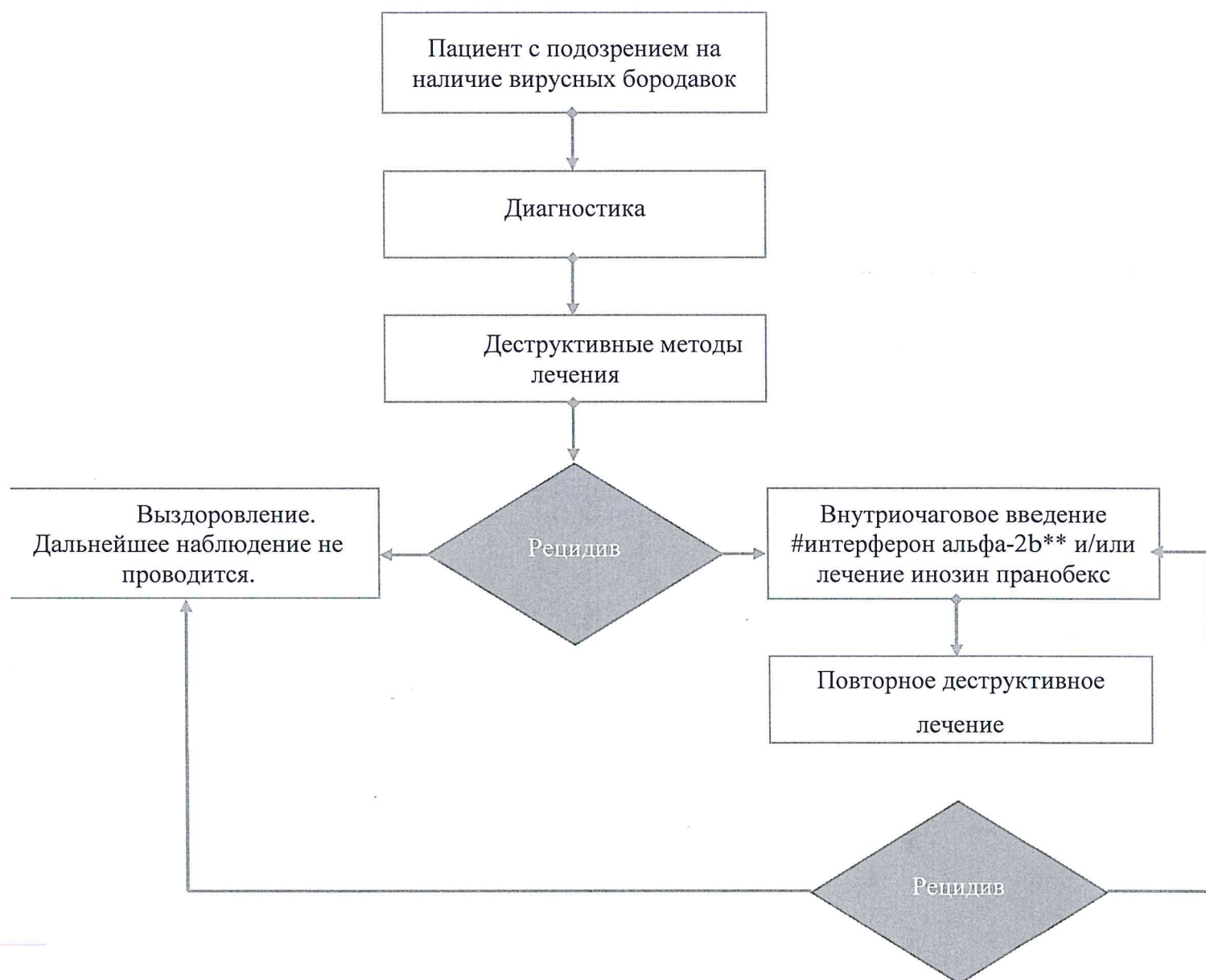
Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных 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**

Актуальные инструкции к лекарственным препаратам, упоминаемым в данных клинических рекомендациях, можно найти на сайте <http://grls.rosminzdrav.ru>.



Приложение Б. Алгоритмы действий врача



## **Приложение В. Информация для пациента**

1. Инфицирование кожи и слизистых оболочек ВПЧ при наличии вирусных бородавок происходит контактно-бытовым путем, а так же при ауто- и гетероинокуляции.
2. Лечение вирусных бородавок должно проводиться под контролем врача.
3. В связи с отсутствием специфических методов профилактики, этиотропных методов лечения и возможностью персистенции вируса в эпителиальных клетках кожи и слизистых оболочек в латентной форме существует риск рецидивов заболевания после деструктивной терапии.
4. При проведении деструктивных методов лечения проводится разрушение вирусной бородавки с повреждением эпителиальных тканей, что требует соблюдения антисептических условий в период заживления.
5. Несоблюдение врачебных назначений в период заживления ран после деструктивной терапии и нерегулярное применение назначенных средств может привести к инфицированию раны с развитием воспалительного процесса, увеличением длительности процесса заживления и рубцеванию тканей.

**Приложение Г1-ГN. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные  
инструменты состояния пациента, приведенные в клинических  
рекомендациях**

Не применяются.