Локализованный гипертрихоз

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: L68.2 · Общероссийская общественная организация "Российское общество дерматовенерологов и косметологов"

Локализованный гипертрихоз — избыточный рост волос на ограниченном участке тела по сравнению с лицами того же возраста, пола и расы, за исключением андрогензависимого роста волос. Рекомендация посвящена клинической диагностике, дифференциальной диагностике и удалению нежелательных волос амбулаторно у врача-косметолога.

Главное

- Диагноз «локализованный гипертрихоз» устанавливается на основании клинических проявлений.
- Пояснично-крестцовый очаг врожденного гипертрихоза может указывать на дефекты позвоночника; гипертрихоз на открытых солнцу участках требует рассмотрения порфирии как возможной причины.
- Приобретенный локализованный гипертрихоз наиболее часто встречается в местах повторной травматизации, трения, раздражения или хронического воспаления; он также может быть следствием использования различных лекарственных средств.
- У женщин с увеличением числа и качества волос на андроген-зависимых участках кожи, а также при других симптомах гиперандрогении проводят дифференциальную диагностику с гирсутизмом по шкале Ферримана —Голлвея (УУР С, УДД 5).
- Выбор метода зависит от клинической картины пациента и может определяться оснащением кабинета врача-косметолога; количество процедур индивидуально и может варьировать в зависимости от метода лечения, количества волосяных фолликулов и индивидуальных особенностей фототипа кожи и волос.
- Лечение осуществляется амбулаторно врачом-косметологом.

Диагностика

1. Уточнить жалобы: наличие, появление или усиление роста волос, а также изменение их качества — утолщение или усиление пигментации — на участках кожи, для которых такое оволосение не свойственно.
2. Собрать анамнез: возраст начала заболевания, историю приема лекарств, сопутствующие аномалии, семейный анамнез, этническую и расовую принадлежность, сопутствующие заболевания внутренних органов.
3. Провести визуальный осмотр кожных покровов пациента.
4. У женщин при увеличении числа и качества волос на андроген-зависимых участках кожи, а также при наличии других симптомов гиперандрогении рассчитать гирсутное число по шкале Ферримана—Голлвея в 9 областях; оценка проводится по шкале от 0 до 4.
5. При других клинических признаках нарушения гормонального статуса, включая нарушение уровня тестостеронов, пациенту с локализованным гипертрихозом рекомендован прием, осмотр или консультация врача-эндокринолога (УУР С, УДД 5).
6. При необходимости уточнения диагноза и дифференциальной диагностики с другими заболеваниями выполнить биопсию кожи с патолого-анатомическим исследованием биопсийного материала кожи (УУР С, УДД 5).

Лечение

- Для волос любого цвета используют временную депиляцию без воздействия на волосяной фолликул: бритье, электробритву, пинцет, триммер, воск, густую сахарную пасту или химическую депиляцию калия тиогликолятом (УУР С, УДД 5).
- Для волос любого цвета проводят электроэпиляцию индивидуальным курсом с учетом клинической картины (УУР С, УДД 5).
- Для волос любого цвета, кроме депигментированных — белых и седых, применяют IPL 500–1200 нм один раз в 4–6 недель; обычно требуется 6–10 процедур. Метод рекомендован для фототипов I–IV (УУР С, УДД 5).

- Для волос любого цвета, кроме депигментированных, применяют твердотельный лазер на иттрий-алюминиевом гранате 1064 нм один раз в 4–5 недель; в среднем проводят 8–10 процедур. Метод рекомендован для фототипов I–IV (УУР В, УДД 2).
- Александритовый лазер 755 нм применяют один раз в 4–8 недель в зависимости от зоны; обычно требуется 5–8 процедур. Процедуру можно проводить только на коже I–III фототипа с обязательным охлаждением для профилактики ожогов и дисхромий (УУР С, УДД 3).
- Диодный лазер 810 нм применяют один раз в 3–4 недели; в среднем проводят 8–12 процедур. Он рекомендован для фототипов I–V, но неэффективен для светлых, рыжих и седых волос (УУР С, УДД 3).
- После аппаратных методов коррекции избегать чрезмерного ультрафиолетового излучения до полной регенерации кожи и использовать солнцезащитные наружные средства UVA + UVB50+ на открытых участках кожи каждые 2 часа пребывания на солнце.

Когда направить и как наблюдать

- Лечение проводят амбулаторно у врача-косметолога.
- При клинических признаках нарушения гормонального статуса, включая нарушение уровня тестостеронов, требуется консультация врача-эндокринолога (УУР С, УДД 5).
- При необходимости уточнить диагноз или провести дифференциальную диагностику направляют на биопсию кожи с патолого-анатомическим исследованием (УУР С, УДД 5).

Частые вопросы

Чем локализованный гипертрихоз отличается от андрогензависимого оволосения?

Локализованный гипертрихоз — рост волос на любой ограниченной части тела в количестве, превышающем обычное для лиц того же возраста, расы и пола, за исключением андрогензависимого роста волос.

Нужны ли лабораторные исследования для диагностики?

Лабораторные диагностические исследования не применяются.

Какие инструментальные диагностические исследования применяются?

Инструментальные диагностические исследования не применяются.

Какая эпиляция подходит для белых и седых волос?

Для волос любого цвета подходит электроэпиляция. IPL, твердотельный лазер на иттрий-алюминиевом гранате, александритовый и диодный лазеры в рекомендации указаны для волос всех цветов, кроме депигментированных; диодный лазер также неэффективен для светлых и рыжих волос.

Когда нужно заподозрить системную или врожденную причину?

Пояснично-крестцовый врожденный очаг может указывать на дефекты позвоночника, а гипертрихоз на участках, подверженных солнцу, требует рассмотреть порфирию как возможную причину. В анамнезе также учитывают историю приема лекарств, семейный анамнез и сопутствующие аномалии.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/792-lokalizovannyj-gipertrihoz. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/792_1