Гипертрофические изменения кожи

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: L91 · Общероссийская общественная организация "Российское общество дерматовенерологов и косметологов"

Гипертрофические изменения кожи включают келоидные и гипертрофические рубцы — доброкачественные рубцовые разрастания, различающиеся характером роста и клиническим течением. Рекомендация предназначена для диагностики и амбулаторного лечения; основное внимание уделено силиконовой терапии, внутриочаговым методам и профилактике рецидивов.

Главное

- Келоид выходит за пределы исходной раны, имеет нечеткие границы, часто зудит и болит; гипертрофический рубец остается в пределах первоначального повреждения, появляется в первый месяц, растет в течение 6 месяцев и часто регрессирует в течение 1 года.
- Келоид может появиться через 3–4 недели — 2–3 месяца после повреждения и продолжать развиваться несколько лет. Для гипертрофического рубца характерны начало роста сразу после заживления и созревание рубцовой ткани в течение 6 месяцев — 1 года.
- Лечение показано при патологическом рубце, зуде или активном росте в местах характерной локализации. Цели — остановить прогрессирование, прекратить субъективные симптомы и сгладить рубец.
- Лабораторные исследования для диагностики не применяются. При спонтанном единичном келоиде без сведений о травме, операции или предшествующем патологическом процессе рекомендуется патолого-анатомическое исследование биопсийного или операционного материала (УУР С, УДД 4).
- Ни один метод лечения келоидов не гарантирует предотвращение рецидива; хирургическое иссечение келоида как монотерапию не рекомендуют. Исключение в тексте рекомендации — келоид мочки уха; хирургическое лечение должно сопровождаться другими методами профилактики и лечения патологических рубцов.
- Профилактику начинают после эпителизации раны: силиконовый гель или силиконовые повязки используют не менее 1 месяца. До созревания рубца следует избегать солнца и применять солнцезащитные средства с SPF более 50.
- Госпитализация не требуется: келоидные и гипертрофические рубцы лечат амбулаторно. Уменьшение объема рубца на 30–50% и снижение симптомов может наступить после 3–6 процедур или 3–6 месяцев лечения.

Диагностика

1. Собрать жалобы: пациенты предъявляют жалобы на наличие экзофитного образования с субъективными ощущениями — парестезиями, болезненностью при пальпации или контакте с одеждой, зудом.
2. Осмотреть образование: оценить клинические признаки рубца — выступание над кожей, плотность, поверхность, цвет, границы, локализацию и связь с исходной раной.
3. Определить тип рубца по характеру роста и течению: выход за пределы исходного повреждения указывает на келоид, а рост в пределах раны — на гипертрофический рубец.
4. Сопоставить сроки: гипертрофический рубец обычно формируется в первый месяц, увеличивается до 6 месяцев и может регрессировать в течение года; келоид появляется позже и способен расти неопределенно долго.
5. При необходимости дифференциальной диагностики выполнить осмотр кожи под увеличением — дерматоскопию.
6. При спонтанном единичном келоиде без анамнеза травмы, операции или предшествующего патологического процесса направить биопсийный или операционный материал на патолого-анатомическое исследование для исключения новообразования кожи.

Лечение

- Средство на основе силикона — гель или спрей — рекомендуется пациентам любого возраста с гипертрофическими и келоидными рубцами; гель наносят на область рубца 2 раза в день в течение 3–12

месяцев, препарат может назначаться детям с рождения (УУР C, УДД 5). Силиконовые повязки носят не менее 23 часов в сутки в течение 3–12 месяцев (УУР A, УДД 2).

- Внутриочагово вводят триамцинолон или бетаметазон с интервалом 4–6 недель. Максимальная однократная доза триамцинолона указана как 20 мг/мл для детей 12–18 лет и 40 мг/мл для взрослых; бетаметазона для пациентов старше 3 лет — 0,2 мл/см² очага поражения, но не более 1 мл за процедуру (триамцинолон: УУР C, УДД 5; бетаметазон: УУР B, УДД 2).
- Ботулинический токсин типа A-гемагглютинин комплекс вводят внутри рубца каждые 8 недель в дозе 5 ЕД/см³ объема рубцовой ткани; курс составляет не менее 3 процедур (УУР B, УДД 2).
- При келоидных рубцах возможно внутриочаговое введение фторурацила: 5% раствор, 50–150 мг 1 раз в неделю, всего 3–16 инъекций; метод рекомендован с 18 лет (УУР B, УДД 2). Для уменьшения боли перед инъекцией возможно введение 2% раствора лидокаина в ткани под рубцом.
- Гипертрофические рубцы старше 1 года можно иссекать с применением специальных техник, включая Z- или W-пластику, с выбором метода закрытия операционного дефекта и различными вариантами пластики местными тканями (УУР B, УДД 3). Операцию сопровождают другими методами профилактики и лечения рубцов.
- Для уменьшения эритемы и объема рубца применяют лазерную коагуляцию телеангиоэктазий: длина волны 585 или 595 нм, плотность энергии 4,5–6 Дж/см², пятно 5–10 мм, импульс 0,45–1,5 мс, перекрытие не более 10% при охлаждении; всего 2–12 процедур (УУР B, УДД 2).
- Контактную криотерапию выполняют криозондом по 2–3 цикла длительностью 20–40 секунд, повторяя процедуру через 3–4 недели (УУР B, УДД 3). При келоидах криодеструкцию рекомендуют сочетать с внутриочаговым триамцинолоном или бетаметазоном; методы «открытого спрея» и «камыша» не рекомендуются (УУР B, УДД 2).
- Окклюзионную терапию применяют при келоидных и гипертрофических рубцах: герметичную повязку на «молодой» рубец накладывают без дополнительной компрессии на 12–20 часов, затем снимают, промывают с мылом и вновь накладывают на очаг; препараты рекомендованы детям с рождения (УУР C, УДД 3).

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализация не показана; лечение проводят амбулаторно.
- После эпителизации раны тактику ведения можно пересмотреть через 4–8 недель, чтобы решить вопрос о дополнительных вмешательствах по коррекции рубца.

Частые вопросы

Как отличить келоидный рубец от гипертрофического?

Келоид распространяется за пределы исходной раны, часто сопровождается зудом и выраженной болезненностью и может расти неопределенно долго. Гипертрофический рубец ограничен исходным повреждением, появляется в первый месяц и нередко регрессирует в течение года.

Нужны ли лабораторные анализы при гипертрофических рубцах?

Нет, лабораторные исследования для диагностики не применяются.

Когда нужна биопсия келоида?

Патолого-анатомическое исследование проводят при спонтанном единичном келоиде без сведений о травме, операции или предшествующем патологическом процессе — для дифференциальной диагностики с новообразованиями кожи.

Как применять силиконовый гель или повязку?

Гель наносят 2 раза в день 3–12 месяцев. Силиконовую повязку носят не менее 23 часов в сутки 3–12 месяцев.

Можно ли удалить келоид хирургически?

Иссечение келоида как монотерапию не применяют из-за высокого риска рецидива; исключение в рекомендации — келоид мочки уха. После операции необходимы дополнительные методы профилактики и лечения рубца.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/974-gipertroficheskie-izmeneniya-kozhi. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/974_1