

Утверждено:

Национальный альянс дерматовенерологов
и косметологов
профессор
Н.И. Потекаев



Утверждено:

Союз педиатров России

профессор, академик РАН
Л.С. Намазова-Баранова



Клинические рекомендации

Кожный рог

Кодирование по Международной L85.8
статистической классификации
болезней и проблем, связанных
со здоровьем:

Возрастная группа: Взрослые, дети

Год утверждения: 2026

Разработчик клинической рекомендации:

- Общероссийская общественная организация «Национальный альянс дерматовенерологов и косметологов»
- Союз педиатров России

Одобрено на заседании Научно-практического совета Минздрава России

(протокол от 17.06.2026 № 60)

Оглавление

Оглавление	2
Список сокращений	4
Термины и определения	5
1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)	5
1.1 Определение заболевания	5
1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	
1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	
1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем	
1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	
1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	
2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики	7
2.1 Жалобы и анамнез	7
2.2 Физикальное обследование	7
2.3 Лабораторные диагностические исследования	7
2.4 Инструментальные диагностические исследования	7
2.5 Иные диагностические исследования	8
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения	8
3.1 Консервативное лечение	8
3.2 Хирургическое лечение	
3.3 Иное лечение	11
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	11
5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики	11

6. Организация медицинской помощи	11
7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)	10
Критерии оценки качества медицинской помощи	12
Список литературы	13
Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций	13
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций	16
Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов инструкции по применению лекарственного препарата	
Приложение Б. Алгоритмы действий врача	20
Приложение В. Информация для пациента	21
Приложение Г1-ГN. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях	21

Список сокращений

МКБ – Международная классификация болезней

УФО – ультрафиолетовое облучение

УФ – ультрафиолет

ВОЗ – Всемирная Организация Здравоохранения

ВПЧ – вирус папилломы человека

УЗИ – ультразвуковое исследование

КТ – компьютерная томография

Термины и определения

Кожный рог (*cornu cutaneum*, роговая кератома, фиброкератома Унны) – плотное эпителиальное образование на поверхности кожи или слизистых оболочек, конической или цилиндрической формы, состоящее из плотных роговых масс, происходящее из кератиноцитов и являющееся следствием выраженного гиперкератоза.

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

1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Кожный рог (*cornu cutaneum*, роговая кератома, фиброкератома Унны) – плотное эпителиальное образование на поверхности кожи или слизистых оболочек, конической или цилиндрической формы, состоящее из плотных роговых масс, происходящее из кератиноцитов и являющееся следствием выраженного гиперкератоза.

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

Кожный рог формируется в результате поражения эпидермиса, которое может быть:

- доброкачественным;
- предраковым;
- злокачественным.

Формирование характерного вида элемента поражения, его внешнее сходство с рогом животных объясняется высокой склеивающей возможностью рогового вещества.

Кожный рог может располагаться на коже: красной кайме губ, слизистой полости рта [1].

Кожный рог может возникать на неизмененной коже и носить первичный характер (истинный кожный рог), но обычно кожный рог является клиническим проявлением (симптомом) ряда этиологически различных заболеваний, [1, 2] таких как:

- базальноклеточная папиллома;
- вирусные бородавки;
- контагиозный моллюск;
- трихилеммальные кисты;
- эпидермальные невусы;
- актинический кератоз;
- кератоакантома;
- болезнь Боуэна;
- другие формы плоскоклеточного рака;
- базальноклеточный рак;
- рак сальных желез;
- рак из элементов волосяного фолликула;
- ангиокератома;
- саркома Капоши [3–6].

- **Таблица:** Этиология кожного рога (в зависимости от гистопатологии подлежащего основания)

Доброкачественное основание	Предраковое основание	Злокачественное основание	Реакция на отдаленную злокачественную опухоль
Ангиокератома	Актинические кератозы	Болезнь Боуэна	Почечно-клеточный рак
Хроническое трение (lichen simplex)	Мышьяковый кератоз	Кератоакантома	
Эпидермальный невус	Слюдяной баланит	Плоскоклеточный рак	
ВПЧ-ассоциированные образования	Псевдоэпителиоматозные кератозы	Базальноклеточная карцинома	
Себоорейный кератоз		Саркома Капоши	

Трихолеммома			
Ксантогранулема			
Саркоидоз			
Лихеноидный кератоз			
контагиозный моллюск			
Пиломатриксома			
Пиогенная гранулема			
Кожный риноспоридиоз			

Сам по себе кожный рог, возникающий как симптом, менее важен по сравнению с заболеванием, явившимся причиной его возникновения [7, 8].

60% всех регистрирующихся случаев кожного рога изначально носят доброкачественный характер [9].

Риск малигнизации кожного рога составляет от 12% до 20% [10].

Самым частым предраковым поражением кожи, приводящим к формированию кожного рога, является актинический кератоз [2].

Кожный рог, связанный со злокачественной опухолью, чаще всего ассоциируется с плоскоклеточным раком; менее часто с базально клеточным раком, раком сальных желез и волосяного фолликула [11, 12].

У пациентов, имеющих в анамнезе злокачественные новообразования либо предраковую патологию возникновение кожного рога обычно связано с новыми очагами злокачественного роста или предрака [13]. Рог слизистой оболочки полости рта в отличие от образований с локализацией на коже, чаще является симптомом злокачественного новообразования, чем носит доброкачественный характер [10, 14].

Патогенез кожного рога неизвестен. Предполагается, что его проявлению способствуют клеточное старение, фотоповреждение и последующая дисфункция эпителиальных клеток [15]. Ведущая роль фотоповреждения кожи и покровного эпителия красной каймы губ в патогенезе кожного рога подтверждается тем, что вне зависимости от того, является ли его образование следствием доброкачественного, предракового или злокачественного, поражение локализуется преимущественно в областях, наиболее

уязвимых к ультрафиолетовому излучению, таких как голова, шея и верхние конечности [7, 8].

Изменения в кератиноцитах, вызванные вирусами и другими инфекционными агентами так же могут приводить к формированию кожного рога. Наиболее часто в этой связи упоминаются вирус папилломы человека и вирус контагиозного моллюска.

Этиология рога слизистой оболочки полости рта отличается от этиологии кожного рога. В данном случае роль УФО отсутствует, но важное значение имеет неудовлетворительная гигиена полости рта, инфицирование слизистой ВПЧ, курение и др. вредные привычки.

1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Точная распространенность кожного рога в настоящее время неизвестна. Считается, что данное образование относится к относительно редкой патологии [16, 17].

Кожный рог встречается у пациентов обоих полов, но кожный рог губы чаще встречается у мужчин, и всех возрастных групп. Возможно развитие кожного рога в детском возрасте, но большинство пациентов – это люди в возрасте от 60 до 80 лет [18–20].

Вероятность наличия связи кожного рога со злокачественным новообразованием возрастает с увеличением возраста пациента. Предраковые заболевания кожи и злокачественные новообразования с симптоматикой в виде кожного рога у мужчин наблюдаются чаще, чем у женщин [7].

Более подвержены этому заболеванию люди со светлой кожей, особенно с фотозависимыми типами по Фитцпатрику [21] Однако единичные случаи кожного рога были отмечены и у пациентов со смуглой и темной кожей, в том числе и у лиц африканского происхождения [22, 23].

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

Шифр по Международной классификации болезней МКБ-10 –

L 85.8 – Кожный рог

1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Общепринятая классификация кожного рога отсутствует.

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

Клинические проявления кожного рога различны, главным в симптоматике этого образования является наличие на поверхности кожи состоящего из плотных масс кератина экзофитного выроста белого, серого, желтого или коричневого цвета, внешне напоминающего рог животных: толщина рогового выроста постепенно уменьшается от основания к вершине. Образование по своему протяжению может делать изгибы и закручиваться в спираль. Поражение в большинстве случаев носит единичный характер [24].

Диаметр и размеры самих образований могут колебаться от тонких (нитевидный кожный рог) до крупных как по диаметру, так и по высоте.

Образования, превышающие 1 см в высоту, называют гигантскими и в литературе имеются описания гигантского кожного рога, достигавшего 25 см [8, 25].

Диаметр основания рога в большинстве из описанных клинических наблюдений не превышал 1 см, однако и эта величина может достигать гораздо больших значений.

Основание рогового выроста как правило плотно фиксировано к коже и может находиться как на внешне неизменном фоне, так и на фоне эритемы. Возможно наличие у рогового выроста тканевого основания по типу пьедестала. Наряду с эритемой на коже в основании роговых масс могут присутствовать не связанные с тканью самого рога роговые чешуйки различных размеров.

В случаях, когда причиной формирования рога является опухолевое поражение, кожный рог может иметь под собой опухолевую ткань, типичную для симптоматики опухоли, явившейся источником его роста.

Наличие эритемы в основании кожного рога в 77% является критерием злокачественного процесса.

На доброкачественный характер кожного рога указывает наличие «террасной морфологии» элементов поражения, определяющейся по данным дерматоскопии. Признак «террасная морфология» представляет собой упорядоченный структурный дерматоскопический паттерн с гистопатологией ортогиперкератоза, состоящей из горизонтальных параллельных пластинок кератина [21].

Роговые выросты, высота которых в один-два раза превышает диаметр основания, имеют более высокий уровень злокачественного потенциала, чем рог с меньшим соотношением высоты к диаметру основания.

Из субъективной симптоматики при наличии кожного рога следует отметить бытовой дискомфорт, связанный с частым механическим раздражением поражения (одеждой,

расческой, полотенцем и т.д.). Наличие кожного рога может сопровождаться болевыми ощущениями, которые так же, как и эритема в окружающей основание нароста коже, следует отнести к косвенным признакам злокачественности процесса [21].

Возникновение кожного рога на слизистых и в переходных зонах встречается редко. Кожный рог, развивающийся в переходных зонах – это в основном образование, локализующееся на красной кайме губ. Наиболее подвержена такому поражению нижняя губа (60,9% случаев), далее следуют красная кайма верхней губы и комиссуры рта. Клинические проявления кожного рога на губах и в углах рта практически идентичны симптоматике кожного рога, образующегося на других участках кожи [14].

Рог, возникающий на спинке языка и на его боковых поверхностях, может состоять исключительно из роговых масс, располагающихся на визуально здоровой слизистой оболочке. Такой рог с опухолевой патологией как правило не связан, имеет небольшие размеры и формируется как следствие доброкачественного изменения нитевидных сосочков [26].

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

Диагностика кожного рога основывается на приеме (осмотре, консультации) врача-дерматовенеролога, анализе данных анамнеза и клинической картины. В качестве критериев установления диагноза используют данные характерной клинической картины: плотное эпителиальное образование на поверхности кожи или слизистых оболочек, конической или цилиндрической формы, состоящее из плотных роговых масс.

- **Рекомендуется** всем пациентам прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога первичный для подтверждения диагноза на основании клинической картины [8, 27, 38].

Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств –5) для взрослых.

Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств –4) для детей.

2.1 Жалобы и анамнез

Пациенты предъявляют жалобы на наличие плотного рогового нароста на коже или на губах, на связанные с этим эстетический недостаток и бытовой дискомфорт: образование мешает ношению одежды, при локализации на коже носа и в параорбитальных областях препятствует ношению очков и т.д. Пациентов с рогом на слизистой оболочке языка может беспокоить как наличие самого образования, так и ощущение инородного тела на языке. Симптоматика рога, возникшего, как проявление рака слизистой оболочки обычно вторична по отношению к проявлениям опухолевой симптоматики.

Кожный рог может не вызывать у больного субъективных ощущений, однако в ряде случаев больные отмечают болезненность кожного рога, особенно при его механическом раздражении. В случае травмирования основания образования могут наблюдаться явления воспаления в подлежащей коже.

Если не проводится лечение, то у пожилых пациентов протекающее без субъективной симптоматики кожный рог может существовать длительное время (годами). В тех случаях, когда формирование рогового нароста обусловлено злокачественным поражением, опухолевая симптоматика (инфильтрация, изъязвление, кровоточивость, боль и др.) может превалировать над симптоматикой собственно кожного рога и именно она становится причиной обращения больного за медицинской помощью.

2.2 Физикальное обследование

Объективные клинические проявления заболевания, выявляемые при физикальном обследовании, см. в разделе «Клиническая картина».

2.3 Лабораторные диагностические исследования

Рекомендуется пациентам с кожным рогом при выявлении клинически и дерматоскопически признаков, подозрительных в отношении злокачественной опухоли проведение биопсии кожи и патолого-анатомического исследования биопсийного (операционного) материала кожи с целью диагностики новообразования [18, 20, 28–41].

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

Комментарии: *Предпочтительной является эксцизионная биопсия кожи, которая может быть не только диагностической, но и лечебной манипуляцией, поскольку позволяет радикально удалить как сам кожный рог, так и первичную злокачественную опухоль, либо другое поражение, послужившее причиной формирования рогового нароста.*

При невозможности проведения эксцизионной биопсии кожи возможно проведение инцизионной биопсии кожи (ткани в основании кожного рога).

2.4 Инструментальные диагностические исследования

Рекомендуется взрослым пациентам проведение осмотра кожи под увеличением (дерматоскопия) основания кожного рога для уточнения природы кожного рога [27].

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

2.5 Иные диагностические исследования

Не применяется.

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

3.1 Консервативное лечение

Не применяется

3.2 Хирургическое лечение

- Рекомендуется пациентам с кожным рогом проведение эксцизионной биопсии кожи образования с целью диагностики и лечения образования [18, 20, 35–37].

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

Комментарии Хирургическое вмешательство является важным для определения этиологии образования. Биопсия кожи является не только диагностической, но и лечебной манипуляцией, поскольку позволяет радикально удалить как сам кожный рог, так и поражение, послужившее причиной формирования рогового нароста. Манипуляция проводится под местной анестезией

3.3 Иное лечение

Проводится по клиническим рекомендациям в зависимости от выявленного процесса, лежащего в основе формирования кожного рога [38–42].

Диетотерапия

Не применяется.

Обезболивание

Обезболивание проводится при необходимости

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
Не применяется.

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов

- **Рекомендовано:** взрослым защищать кожу от избыточного воздействия солнечных лучей как одного из причинных факторов формирования кожного рога с профилактической целью [27].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- **Рекомендовано:** регулярный полный осмотр кожных покровов у взрослых пациентов с кожным рогом с целью диагностики новых образований [27].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Диспансерное наблюдение

Не требуется

6. Организация медицинской помощи

Пациенты с наличием обоснованного подозрения на злокачественный характер поражения, либо с наличием подтвержденного, по данным обследования, злокачественного новообразования имеющего симптоматику кожного рога, должны быть направлены на обследование и лечение к врачу-онкологу/врачу-детскому онкологу/врачу-детскому онкологу-гематологу. Направление пациентов должно производиться в соответствии с существующим порядком направления, с оформлением всей необходимой направительной документации и с занесением информации об этом в первичную медицинскую документацию пациента.

В госпитализации в медицинскую организацию не нуждаются.

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

Дополнительная информация отсутствует

Критерии оценки качества медицинской помощи

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1	Проведен прием (осмотр, консультация) врачом-дерматовенерологом первичный	Да/Нет
2	Проведен осмотр кожи под увеличением (дерматоскопия)	Да/Нет

Список литературы

1. Дерматоонкология. Галил-Оглы, Г.; Молочков, В.; Сергеев, Ю.; Изд-во: Медицина для всех, 2005 г.; ISBN: 5-93649-019-X.; Онкодерматология : атлас : учебное пособие / И. А. Ламоткин. — М. : Лаборатория знаний, 2017. — 878 с.
2. Mantese SA, Diogo PM, Rocha A, Berbert AL, Ferreira AK, Ferreira TC. Cutaneous horn: a retrospective histopathological study of 222 cases. An Bras Dermatol. 2010 Mar-Apr;85(2):157-63.
3. Kossard, S. and Amiri, A. (2020), Onycholemmal variant of keratoacanthoma centrifugum marginatum as an expression of mutated committed stem cells in a conceptual pathway. Australas J Dermatol, 61: e354-e357. <https://doi.org/10.1111/ajd.13271>
4. Onak Kandemir, Nilufer, Gun, Banu Dogan, Barut, Figen, Solak Tekin, Nilgun, Ozdamar, Sukru Oguz, Cutaneous Horn-Related Kaposi's Sarcoma: A Case Report, Case Reports in Medicine, 2010, 825949, 3 pages, 2010. <https://doi.org/10.1155/2010/825949>
5. Endo, C., Tsunemi, Y., Fukuya, Y. and Kawashima, M. (2017), Solitary angiokeratoma presenting as cutaneous horn. J Dermatol, 44: e192-e193. <https://doi.org/10.1111/1346-8138.13864>
6. Ghosh, S.K., Bandyopadhyay, D. and Ghoshal, L. (2012), Solitary angiokeratoma presenting as a cutaneous horn. International Journal of Dermatology, 51: 313-315. <https://doi.org/10.1111/j.1365-4632.2011.05262.x>
7. Yu RC, Pryce DW, Macfarlane AW, Stewart TW. A histopathological study of 643 cutaneous horns. Br J Dermatol. 1991;124:449-452.
8. Copcu E, Sivrioglu N, Culhaci N. Cutaneous horns: are these lesions as innocent as they seem to be? World J Surg Oncol. 2004 Jun 03;2:18.
9. Cardis, M.A. and Kirkorian, A.Y. (2017), Giant Cutaneous Horn Arising in an Epidermal Nevus. Pediatr Dermatol, 34: e290-e291. <https://doi.org/10.1111/pde.13221>
10. Kumar S, Bijalwan P, Saini SK. Carcinoma buccal mucosa underlying a giant cutaneous horn: a case report and review of the literature. Case Rep Oncol Med. 2014;2014:518372. doi: 10.1155/2014/518372. Epub 2014 Jul 15. PMID: 25133002; PMCID: PMC4123614.
11. Shahi, Sudha, Bhandari, Tika Ram, Pantha, Tridip, Verrucous Carcinoma in a Giant Cutaneous Horn: A Case Report and Literature Review, Case Reports in Otolaryngology, 2020, 7134789, 3 pages, 2020. <https://doi.org/10.1155/2020/7134789>

12. Zhang, L.-w. and Chen, T. (2022), Cutaneous horn due to cutaneous squamous cell carcinoma. *Med J Aust*, 217: 586-586. <https://doi.org/10.5694/mja2.51781>
13. Spira J, Rabinovitz H. Cutaneous horn present for two months. *Dermatol Online J*. 2000;6:11.
14. Fallieri, Lucas & Ferreira, Gabriela & Barbosa, Beatriz & Araújo, Marcelo & Henrique, Paulo & Servato, João Paulo. (2021). Cutaneous horn occurring on the oral tissues: report of a case and review of literature. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*. 57. 10.5935/1676-2444.20210032.
15. Kneitz H, Motschenbacher S, Wobser M, Goebeler M. Photoletter to the editor: Giant cutaneous horn associated with squamous cell carcinoma. *J Dermatol Case Rep*. 2015 Mar 31;9(1):27-8.
16. Yang JH, Kim DH, Lee JS, et al. A case of cutaneous horn originating from keratoacanthoma. *Ann Dermatol*. 2011 Feb. 23(1):89-91.
17. Sathyanarayana SA, Deutsch GB, Edelman M, Cohen-Kashi KJ. Cutaneous horn: a malignant lesion? A brief review of the literature. *Dermatol Surg*. 2012 Feb. 38(2):285-7.
18. Ashchyan, H., Treat, J. and Rubin, A. (2018), A facial cutaneous horn. *Pediatr Dermatol*, 35: 515-516. <https://doi.org/10.1111/pde.13462>
19. Martínez-Gayosso, A., Dávalos-Tanaka, M., González-González, M., Sáez-de-Ocariz, M. and Orozco-Covarrubias, L. (2022), Cutaneous horn on the arm of an adolescent male. *Pediatr Dermatol*, 39: 982-984. <https://doi.org/10.1111/pde.15119>
20. Arribas, M.P., Betlloch, I., Soro, P. and Alfonso, R. (2013), Giant Cutaneous Horn on the Forearm of a Neonate. *Pediatric Dermatology*, 30: 261-262. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1470.2012.01760.x>
21. Pyne J, Sapkota D, Wong JC. Cutaneous horns: clues to invasive squamous cell carcinoma being present in the horn base. *Dermatol Pract Concept*. 2013 Apr;3(2):3-7.
22. Leppard W, Loungani R, Saylor B, Delaney K. Mythology to reality: case report on a giant cutaneous horn of the scalp in an African American female. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2014 Jan. 67(1):e22-4.
23. Nthumba PM. Giant cutaneous horn in an African woman: a case report. *J Med Case Rep*. 2007 Dec 5. 1:170.
24. Fernandes NF, Sinha S, Lambert WC, Schwartz RA. Cutaneous horn: a potentially malignant entity. *Acta Dermatovenerol Alp Pannonica Adriat*. 2009 Dec;18(4):189-93.
25. [Soriano LF, Piansay-Soriano ME. A rapidly growing giant cutaneous horn on the chest. *J Dermatol Case Rep*. 2015 Dec 31;9(4):113-5.
26. Gaultier, F., Ejeil, A., Lepelletier, F., Gogly, B., Chérifi, H., Bayet, K., & Dridi, S.M. (2019). Clinical and histopathological features of a lingual mucosal horn: First time described clinical case series. *Dental, Oral and Maxillofacial Research*.
27. Cutaneous Horn Bruce H. Thiers; Nicholas Strat; Alan N. Snyder; Patrick M. Zito StatPearls [Internet], Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 Jan-. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563280/>
28. Практические рекомендации RUSSCO, часть 1. Злокачественные опухоли,. 2023 (том 13), #3s2, стр. 311–334. ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ. НЕМЕЛАНОЦИТАРНЫЕ ОПУХОЛИ.
29. Potenza, Concetta, Bernardini, Nicoletta, Balduzzi, Veronica, Losco, Luigi, Mambrin, Alessandra, Marchesiello, Anna, Tolino, Ersilia, Zuber, Sara, Skroza, Nevena, Proietti, Ilari

- a, A Review of the Literature of Surgical and Nonsurgical Treatments of Invasive Squamous Cells Carcinoma, BioMed Research International, 2018, 9489163, 9 pages, 2018. <https://doi.org/10.1155/2018/9489163>
30. Yavuzekinci, Ü., Özcan, D. and Tülin Güleş, A. (2014), Kaposi's sarcoma beneath a cutaneous horn. International Journal of Dermatology, 53: e65-e67. <https://doi.org/10.1111/j.1365-4632.2012.05526.x>
 31. Abdelkader, H.A., Hamdan, J., Elbendary, A. and Abdel-Halim, M.R.E. (2022), Papillary eccrine adenoma presenting as a cutaneous horn. Int J Dermatol, 61: 874-876. <https://doi.org/10.1111/ijd.15962>
 32. Bilenchi, R., Poggiali, S., De Paola, M., Batsikosta, N. and Fimiani, M. (2013), Keratotic Horn on Left Fifth Fingertip: Congenital Ectopic Nail Misdiagnosed as a Common Wart. Pediatric Dermatology, 30: 267-269. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1470.2011.01660.x>
 33. Ho, J. and Bhawan, J. (2017), Folliculosebaceous neoplasms: A review of clinical and histological features. J Dermatol, 44: 259-278. <https://doi.org/10.1111/1346-8138.13773>
 34. Williams, V.L., Cohen, P.R. and Stewart, D.J. (2011), Sorafenib-induced premalignant and malignant skin lesions. International Journal of Dermatology, 50: 396-402. <https://doi.org/10.1111/j.1365-4632.2010.04822.x>
 35. Ishizuki, S., Nakamura, Y., Okiyama, N., Watanabe, R., Ishitsuka, Y. and Fujisawa, Y. (2020), Squamous cell carcinoma of the nose presenting with a giant cutaneous horn: A unique clinical presentation. J Dermatol, 47: e185-e186. <https://doi.org/10.1111/1346-8138.15279>
 36. Leblebici C, Yeni B, Erdem O, Aksu AEK, Bozkurt ER, Demirkessen C. Superficial variant of pilomatricoma, so-called pilomatricomal horn. J Cutan Pathol. 2019; 46: 801–804. <https://doi.org/10.1111/cup.13495>
 37. Matsudate, Y. and Kubo, Y. (2019), Case of angiokeratomas manifesting as cutaneous horns arising in chronic radiation dermatitis on the cheek. J Dermatol, 46: e388-e390. <https://doi.org/10.1111/1346-8138.14917>
 38. Iraj F, Ganjei Z, Kazemipour S. Cutaneous horn: A rare subtype of juvenile xanthogranuloma. Clin Case Rep. 2019;8(1):65–67. <https://doi.org/10.1002/ccr3.2549>
 39. Agrawal, A., Elhence, P. and Patra, S. (2022), Pseudoepitheliomatous keratotic and micaceous balanitis presenting as cutaneous horn and its response to acitretin. Dermatologic Therapy, 35: e15733. <https://doi.org/10.1111/dth.15733>
 40. Castle AMR, Ramien ML, Kanigsberg N, et al. Porokeratotic eccrine ostial and dermal duct nevus associated with an 11 megabase 3p deletion. Pediatr Dermatol. 2022; 39: 107–111. doi:10.1111/pde.14850
 41. Baykal C, Atcı T, Yılmaz Z, Büyükbabani N. Skin tumors in xeroderma pigmentosum: Evaluation of a large series and a literature review. J Cutan Pathol. 2021; 48(7): 884–895. <https://doi.org/10.1111/cup.13979>
 42. Nguyen H.P., Tying S.K. An update on the clinical management of cutaneous molluscum contagiosum. Skin Therapy Lett 2014; 17 (2): 5–8.

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

1. Потекаев Николай Николаевич – доктор медицинских наук, профессор, президент ООО «Национальный альянс дерматовенерологов и косметологов», член

Европейского союза по борьбе с ИППП (IUSTI/BOЗ), Почетный президент Евро-Азиатской ассоциации дерматовенерологов (EAAD), член Совета директоров Европейской академии дерматовенерологии (EADV), член корреспондент Немецкого общества дерматовенерологов (DDG), Заслуженный врач Российской Федерации, главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Минздрава России, главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы, директор ГБУЗ «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии ДЗМ», заведующий кафедрой кожных болезней и косметологии ФДПО ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России

2. Сергеева Ирина Геннадьевна – доктор медицинских наук, профессор кафедры фундаментальной медицины Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Новосибирский национальный исследовательский государственный университет», член ООО «Национальный альянс дерматовенерологов и косметологов», врач-дерматовенеролог, врач-онколог
3. Гетьман Алексей Дмитриевич – кандидат медицинских наук, врач-онколог высшей категории, заведующий отделением Онкологии ООО «Нео-Клиник» (г. Тюмень)
4. Якушенко Сергей Сергеевич – член ООО «Национальный альянс дерматовенерологов и косметологов», врач-дерматовенеролог, врач-онколог, врач-косметолог, врач-патоморфолог ГУЗ ОКВД (г. Липецк)
5. Кусая Наталья Валерьевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры нормальной и патологической физиологии ГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России, врач-дерматовенеролог, врач-онколог, врач-косметолог
6. Баранов Александр Александрович – доктор медицинских наук, профессор, академик РАН, главный внештатный специалист по педиатрии Минздрава РФ, член Союза педиатров России
7. Намазова-Баранова Лейла Сеймуровна – академик РАН, профессор, доктор медицинских наук, президент Союза педиатров России; паст-президент ЕРА/UNEPSA; руководитель НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ №2 ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского», заведующий кафедрой факультетской педиатрии педиатрического факультета ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, главный внештатный детский специалист по профилактической медицине Минздрава России

8. Мурашкин Николай Николаевич – доктор медицинских наук, заведующий отделением дерматологии с группой лазерной хирургии ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор кафедры дерматовенерологии и косметологии ЦГМА Управделами Президента РФ, профессор кафедры педиатрии и детской ревматологии ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет)
9. Амбарчян Эдуард Тигранович – кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник, заведующий отделением дерматологии для детей НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ №2 ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского» Минобрнауки России, член Союза педиатров России

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врачи-специалисты: врачи-дерматовенерологи, врачи-косметологи, врачи-онкологи, врачи-детские онкологи, врачи-детские онкологи-гематологи, врач-педиатр.
2. 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, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов (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, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	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)
С	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

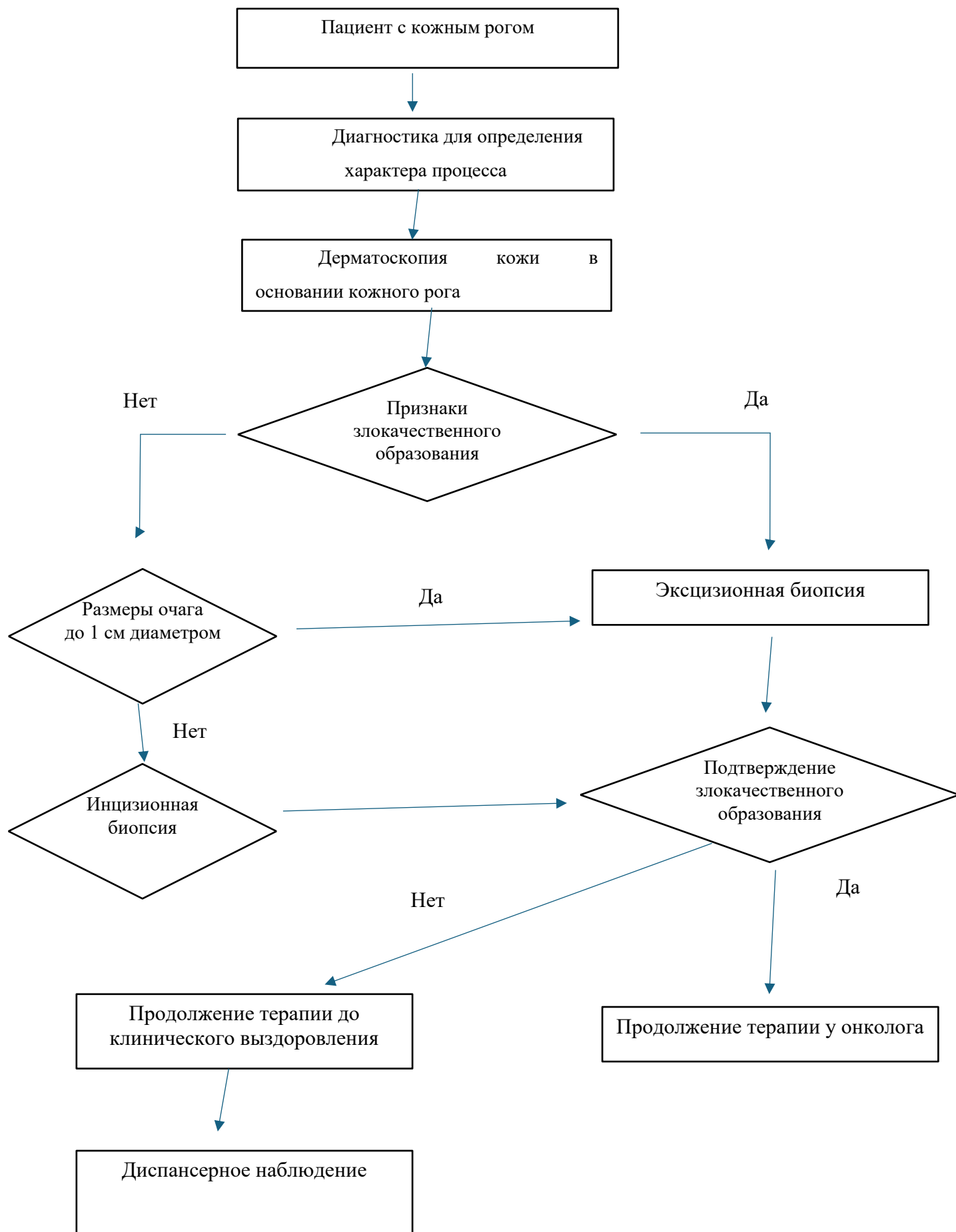
новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утверждённым клиническим рекомендациям, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

Данные клинические рекомендации разработаны с учётом следующих нормативно-правовых документов:

1. Порядок оказания медицинской помощи по профилю «дерматовенерология», утвержденный Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 924н от 15 ноября 2012 г.
2. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации № 142 н «Об утверждении профессионального стандарта «врач дерматовенеролог» от 14 марта 2018 г.

Приложение Б. Алгоритмы действий врача



Приложение В. Информация для пациента

1. В связи с возможным злокачественным характером процесса необходимо провести диагностику образования как можно раньше.
2. Не допускается самостоятельное удаление образования, поскольку это может привести к изменению клинической картины и затруднению диагностики.
3. Показан самостоятельный осмотр кожи для своевременного выявления новых образований.

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

Общепринятой шкалы оценки не существует.