

Клинические рекомендации

Ксероз кожи

Кодирование по Международной
статистической классификации
болезней и проблем, связанных со
здоровьем: **L85.3**

Возрастная группа: Взрослые, дети

Год утверждения: **202_**

Разработчик клинической рекомендации:

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

Оглавление

Список сокращений.....	3
1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	3
1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	3
1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	4
1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем	5
1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	5
1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	6
2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики	7
2.1 Жалобы и анамнез	7
2.3 Лабораторные диагностические исследования	8
2.4 Инструментальные диагностические исследования	8
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.....	11
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 оказания медицинской помощи	12
7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)	12
Список литературы.....	14
Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций.....	18
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций	20
Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов инструкции по применению лекарственного препарата.....	21
Приложение А3.1 Причины, вызывающие ксероз кожи	22
Приложение Б. Алгоритмы действий врача	25
Приложение В. Информация для пациента	26

Список сокращений

КК – ксероз кожи

NMF – натуральный увлажняющий фактор

УДД – шкала оценки уровней достоверности доказательств

УУР – шкала оценки уровней убедительности рекомендаций

Термины и определения

Ксероз кожи – заболевание или состояние, характеризующиеся повышенной сухостью кожи различной этиологии и связанное со снижением функции сальных и потовых желез, недостаточным содержанием гидролипидов в эпидермисе.

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

1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Ксероз (син. ксеродермия) - патологическое состояние, при котором наблюдается повышенная сухость кожи, связанная со снижением функции сальных и потовых желез, недостаточным содержанием гидролипидов в эпидермисе, что приводит к уменьшению влаги в эпидермисе и дерме, потере эластичности кожи, появлению стянутости кожи, шелушения, трещин, зуда [1].

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

Ксероз кожи (КК) имеет многофакторную этиологию, часто развивается на фоне других хронических дерматологических или соматических заболеваний (особенно у лиц пожилого и старческого возраста), связан с приемом системных и/или применением топических лекарственных средств; неблагоприятными изменениями окружающей среды, нерациональным уходом за кожей [2].

Формирование КК связано с нарушением морфологии и функции рогового слоя эпидермиса, изменением состояния водно-липидной мантии, качественного и количественного состава липидов межклеточного матрикса, снижением содержания натурального увлажняющего фактора (NMF), образующегося в процессе дифференцировки эпидермиса и формирования рогового слоя, что в целом приводит к увеличению трансэпидермальной потери воды. Молекулярным механизмом развития КК является измененный состав межклеточного липидного бислоя, вызванный внешними или эндогенными факторами. Механизмы развития КК включают изменения в общем содержании церамидов в эпидермисе, а также уменьшение их отдельных фракций

(церамида III (NP), церамида II (NS), церамида (EOS), церамида (NH), церамида (ЕОН) и других подтипов). У пациентов пожилого возраста достоверно ниже уровень содержания церамидов в эпидермисе, при сравнении с лицами в контрольной группе той же возрастной группы [3]. При сухости кожи, вследствие различных причин, а особенно у больных с сахарным диабетом, снижено количество NMF в коже, включая стандартные аминокислоты, орнитин, цитруллин, гамма-аминомасляную кислоту, уроганиновую кислоту, карбоновые кислоты и пирролидонкарбоновую кислоту [4]. Следует отметить, что несмотря на высокий интерес к поиску возможных маркеров ксероза в исследованиях биоптатов кожи, в настоящее время неясно, какие из них являются наиболее актуальными [5].

Важным фактором развития КК также являются: аномальная дифференцировка кератиноцитов или десмолиз, снижение содержания увлажняющих факторов в коже, недостаток жидкости или снижение ее эндогенной продукции при дефиците филагтрина и аквапорина-3. Изменения в эпидермисе приводят к снижению барьерной функции эпидермиса; проникновению патогенов и раздражителей; развитию субклинического воспаления с образованием провоспалительных факторов [6-8]. Формирование состояния КК может быть связано с неблагоприятным воздействием факторов внешней среды, таких как холод, низкая влажность воздуха в помещениях, контакт с раздражающими веществами в быту и на производстве, излишними водными процедурами, использованием щелочных очищающих агентов [1].

КК могут сопровождаться другие воспалительные заболевания кожи: атопический дерматит, хронические дерматит и экзема, псориаз, себорейный и периоральный дерматит, а также первичные лимфомы кожи, гематологические заболевания и др. Повышенная сухость кожи также может быть связана с нарушением гормонального и эндокринного статуса: менопауза, андропауза, беременность, сахарный диабет; хроническими заболеваниями почек, печени. КК может носить ятрогенный характер при длительной терапии кортикостероидами системного действия и/или кортикостероидами, применяемыми в дерматологии, ретиноидами, диуретиками, цитостатиками, фотохимиотерапии, химио- и лучевой терапии онкологических заболеваний [7] (см. Приложение А3.1).

1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Ксероз – одно из наиболее распространенных заболеваний (состояний) в повседневной практике врачей дерматовенерологов, хотя статистические данные о

заболеваемости отсутствуют. По данным повседневной клинической практики, ежегодная распространенность КК в Германии составляет не менее 10 миллионов пациентов. Скрининговые исследования среди работающего контингента (48 380 осмотренных) выявили, что 29,4 % в возрасте от 16 до 70 лет страдали КК, вне зависимости от гендерной принадлежности. Распространенность КК увеличивается с возрастом (55,6% при среднем возрасте 75,1 года) и достигает максимума в более старшей возрастной популяции (99,1 %). Исследования здоровья детей и подростков (в Германии) показывают распространенность ксероза и атопического дерматита в течение жизни у 13,2 % данной возрастной группы [9].

Анализ данных показывает, что КК как отдельный диагноз значительно реже фиксируется по сравнению с его фактической распространенностью и составляет лишь 0,3% среди женщин и 0,2% среди мужчин, что свидетельствует о редком обращении больных с диагнозом КК за медицинской помощью, частым самолечением пациентов, а также особенностями кодирования фонового дерматоза, когда выставляется основной диагноз (атопический дерматит, хроническая экзема и др.), а КК остается вне статистического учета [10].

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

L85.3 Ксероз кожи, МКБ-10

1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Общепринятой классификации КК не существует.

Принято различать:

- конституциональный ксероз кожи: атопический дерматит, различные виды вульгарного ихтиоза;
- ксероз, сопровождающий другие дерматозы: аллергический, контактный дерматит, хроническая экзема, псориаз, себорейный дерматит и др. заболевания кожи;
- ксероз, связанный с эндогенными причинами: эндокринопатии, метаболические нарушения, хронические болезни почек, печени, воспалительные заболевания кишечника, ревматические заболевания, гематологические и лимфопролиферативные, онкологические заболевания;
- ксероз ятрогенный, связанный с влиянием на кожу фармакологических препаратов: ретиноиды, топические глюкокортикостероиды (при длительном применении), диуретики, гиполипидемические средства, антагонисты кальция, бета-блокаторы,

противоревматические препараты, контрацептивы/антиандрогены, цитостатики, может возникать после лучевой терапии;

- ксероз, возникающий вследствие действия неблагоприятных факторов внешней среды (холод, жара, сухость воздуха, интенсивное солнечное облучение), влияния производственно-профессиональных факторов (контакт с раздражающими веществами);
-ксероз возрастной [1, 7, 11].

Таблица 1. Классификация по степени выраженности ксероза кожи [12].

Классификация	Симптомы
Склонность к сухой коже	Отсутствуют
Ксероз легкой степени	Шершавая и/или шелушащаяся кожа (+) Нет или легкий зуд (- или +) Нет боли (-) Нет или минимальная эритема (- или +) Нет трещин (-)
Умеренно сухая кожа	Грубое и умеренное шелушение (++) Легкий или умеренный зуд (+ или ++) Легкая или умеренная боль (+ или ++) Легкая эритема (++) Наличие трещин (- или +)
Выраженная сухая кожа	Грубое и выраженное шелушение (+++) Сильный зуд (+++) Сильная боль (+++) Легкая эритема (++) Наличие трещин (- или от + до +++)

Примечание: «-»- отсутствует; «+»-легкая; «++»-умеренная; «+++»-выраженная. Зуд определяют как умеренный, если он беспокоит до 10% от времени в течение суток и влияет на повседневную жизнь; зуд определяется как «сильный», если он присутствует большую часть времени и нарушает ночной сон. При наличии трещин, оценка ксероза - средняя или тяжелая.

Классификация используется для оценки выраженности степени КК и оценки динамики терапии.

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

Ксероз может развиваться на любом участке кожного покрова, чаще на участках кожи с меньшим количеством сальных желез, например на нижних конечностях, предплечьях, кистях, стопах.

Клинически ксероз проявляется совокупностью объективных симптомов, включающих сухость кожи различной выраженности, появление на поверхности кожи большого количества мелких и крупных серовато-белых чешуек, шелушение. На вид кожа выглядит шероховатой, с неровностью поверхностного рельефа, бледной или сероватой, тусклой, имеет сетчатый и/или потрескавшийся рисунок. Для более выраженного ксероза кожи

характерны: снижение эластичности и тургора кожи, огрубление ее текстуры, морщинистость, микротрещины, могут появляться участки гиперемии. Выраженный КК может сопровождаться появлением более глубоких трещин, в том числе кровоточащих [7].

Субъективные симптомы при ксерозе зависят от степени сухости кожи и площади поражения и включают чувство стягивания, покалывания, жжения, боли и зуда различной степени (силы). Расчесывание кожи, для облегчения зуда, может привести к возникновению эксфолиаций и повышает риск присоединения вторичной инфекции. При выраженной сухости кожи и сопутствующем зуде у больных, чаще пожилого возраста, может формироваться астеатотический дерматит/экзема (*eczema craquele*, «потрескавшаяся», ксеротическая экзема) – тип зудящего дерматоза, характеризующегося сухой, потрескавшейся и шелушащейся кожей и сопровождающегося активным воспалением, а трещины имеют многоугольную или криволинейную форму, покрыты чешуйко-корками [12-15].

КК особенно в сочетании с зудом, приводит к значительному ухудшению качества жизни пациентов и формированию высокого уровня общей тревожности [16].

Дифференциальную диагностику ксероза проводят со следующими заболеваниями: атопический дерматит, вульгарный ихтиоз, дерматит контактный, в том числе аллергический, токсикодермия, псориаз, микозы гладкой кожи, первичная лимфома кожи.

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

Диагностика КК проводится на основании анализа жалоб, данных анамнеза, оценке клинической картины заболевания и основана на изучении морфологических проявлений симптомов дерматоза, носит преимущественно клинический характер, учитывает локализацию процесса, наличие фоновых дерматозов и применяемые ранее методы их терапии, возраст пациента, имеющиеся у больного сопутствующие заболевания органов и систем, неблагоприятное воздействие факторов внешней среды и профессионально-производственных условий деятельности (см. раздел 1.5.).

2.1 Жалобы и анамнез

Пациенты с КК предъявляют жалобы, описанные в разделе 1.6. «Клиническая картина». При сборе анамнеза на приеме (осмотре, консультации) врача-дерматовенеролога первичном следует обратить внимание на наличие возможных фоновых заболеваний кожи, признаков семейной предрасположенности к атопии; существующие заболевания и их

длительность (в т.ч. сахарный диабет, поражение почек, печени с формированием их функциональной недостаточности, желчного пузыря, щитовидной железы, хронические инфекции), выяснить какие фармакологические средства и в каком режиме ранее применялись пациентом, уточнить возможные контакты с раздражающими веществами, применяемыми в быту и при трудовой деятельности [17].

2.2 Физикальное обследование

Данные физикального обследования описаны в разделе «Клиническая картина».

2.3 Лабораторные диагностические исследования

Не применяются. Исключением являются случаи необходимости дифференциальной диагностики с другими дерматозами, и/или при неэффективности проведенного ранее стандартного лечения ксероза.

- **Рекомендуется** пациентам с КК биопсия кожи с последующим проведением патолого-анатомического исследования биопсийного (операционного) материала кожи из очага поражения при необходимости с целью дифференциальной диагностики [18-20].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

2.4 Инструментальные диагностические исследования

Не применяются.

2.5. Иные диагностические исследования

Не применяются.

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

3.1 Консервативное лечение

- **Рекомендуется** всем пациентам с ксерозом независимо от степени тяжести: увлажняющие и смягчающие средства (эмоленты) наружно [21, 22].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).

Комментарии: Эмоленты могут использоваться в форме лосьонов, кремов, мазей, моющих средств, средств для ванн. [23]. Выбор препарата и его формы осуществляется индивидуально с учетом предпочтений пациента, индивидуальных особенностей кожи, сезона, климатических условий. Средства на мазевой основе (более жирные) можно использовать в холодное время года, а летом следует применять кремы и гели с высоким содержанием воды. Лосьоны отличаются более высоким содержанием воды, которая может испаряться, поэтому их не следует применять у пациентов с выраженным ксерозом [24, 25]. Пациентам с КК необходимо постоянно, часто и в больших количествах

использовать увлажняющие и смягчающие средства (не менее 2-3 раз в день) как самостоятельно, так и после водных процедур [25-27]. Однако есть указания, что нанесение эмоленов без принятия ванны имеет более продолжительное действие [28]. Наиболее выраженный эффект увлажняющих и смягчающих препаратов наблюдается при их постоянном использовании в виде крема, мази, масла для ванны и заменителей мыла [29, 30]. Для достижения клинического эффекта необходимо использовать достаточный объем смягчающих препаратов (у взрослого с распространенным поражением кожи расходуется до 600 граммов в неделю, у ребенка – до 250 граммов) [31, 32].

Таблица 2. Классификация активных ингредиентов в составе средств ухода за кожей [1, 33]

Группа	Механизм действия и примеры
Увлажнители	
	Связывает и удерживает воду в коже. Мочевина, производные молочной кислоты, пирролидин карбоновая кислота, аминокислоты (аланин, аргинин, цитруллин, глицин, гистидин, лейцин, лизин, серин, треонин), неорганические соли и др.
Другие увлажняющие факторы, и привлекающие воду агенты	Гидрофильные и гигроскопичные вещества восстанавливают распределение воды и уменьшают трансэпидермальную потерю влаги кожей. Глицерин, глицерил глюкозид, гиалуроновая кислота, гликозаминогликаны, пропиленгликоль, бутиленгликоль, полиэтиленгликоль/макрогол, и др.
Пленкообразующие вещества (окклюзивы)	
Минеральные масла (смеси углеводородов)	Образуют гидрофобную пленку на поверхности кожи, уменьшая потерю воды. Вазелин, жидкий парафин, воск, микрокристаллический озокерит
Силиконовые масла	Образуют тонкую гидрофобную полуюкклюзионную (проницаемую для циклометикон, водяного пара) пленку на поверхности кожи. Диметикон, симетикон, полисилоксан
Липидовосполняющие	
Липиды (природные масла, жиры и воски; синтезированные липиды, аналогичные природным)	Пополнение пула липидов для межклеточного липидного матрикса. Масла, жиры и воски также образуют гидрофобную пленку на поверхности кожи. Сквален, триглицериды, свободные жирные кислоты, церамиды, стерин, производные холестерина, полиненасыщенные омега-6 жирные кислоты (линолевая кислота, -линоленовая кислота), фитостерин и стерин для образования липидов кожного барьера - входят в состав масел примулы вечерней, виноградных косточек, канолы, льняного семени, бурачника, масла ши, масла жожоба, подсолнечного, сафлорового, миндального масел Ланолин, пчелиный воск и др.
Успокаивающие кожу, противовоспалительные	

Природные и синтезированные вещества	Подавляют секрецию медиаторов воспаления. Связывает свободные радикалы и/или способствует заживлению ран. Ликохалкон А, глицирризиновая кислота, декспантенол, экстракт овса, бисабол, витамин А (ретинол), витамин Е (альфа-токоферола ацетат), витамин В (ниацинамид), экстракт лесного ореха
Противозудные	
Природные и синтезированные вещества	Действуют как местная анестезия, уменьшают зуд боль и/или активируют холодовые рецепторы. Полидоканол, ментол, камфора, ментоксипропандиол, N-пальмитоилэтаноламид, дубильные вещества и др.

Системная терапия

Не показана.

Наружная терапия

Используются различные средства, но при отсутствии эффекта от лечения осуществляется индивидуальный подбор смягчающих и увлажняющих кожу средств.

- **Рекомендуются** пациентам с сухостью кожи средства с кератолитическим действием и содержанием:

2–5 -10% мочевины [34-37];

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)
и/или салициловой кислоты 2–5% [37];

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)
и/или молочной кислоты 8% [37];

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)
и/или гликолевой кислоты [37].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *наносить указанные средства 2 раза в сутки как во время терапии, так и в перерывах между курсами лечения [37, 38].*

- **Рекомендуются** пациентам с сухостью кожи средства, обладающие смягчающим и увлажняющим действием: глицерин наносится на пораженные участки кожи и слизистых оболочек по мере необходимости [39].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *Противопоказаниями являются гиперчувствительность, детский возраст до 1 года. Возможно применение при беременности и кормлении грудью.*

- **Рекомендуется** пациентам с сухостью кожи мазь, содержащая ретинол 0,5% 2 раза в день на участки пораженной кожи, возможно длительное применение до 4-12 недель

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Примечание: *противопоказаниями являются: гиперчувствительность, гипервитаминоз А, острые воспалительные заболевания кожи. Применение при беременности и кормлении грудью: наружное применение ретинола в период беременности и грудного вскармливания возможно, если ожидаемый эффект терапии превышает потенциальный риск для плода и ребенка.*

- **Рекомендуются** пациентам с сухостью кожи средства для ухода за сухой кожей, содержащие керамиды [42, 43].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 3)

Хирургическое лечение

Не применяется

3. Иное лечение

Бальнеологическое лечение:

- **Рекомендуется** рассмотреть пациентам с сухостью кожи солевые ванны 35–38°С в концентрации 10 г/л, длительность процедуры 10–15 минут, с последующим втиранием в кожу 10% крема, содержащего соль, ланолин, рыбий жир,

или

ванны с морской солью, крахмалом (1–2 стакана крахмала на ванну), отрубями, содой, отваром ромашки (38° С), продолжительностью 15–20 минут [44]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

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

- **Рекомендуется** пациентам с сухостью кожи сульфидные ванны – по умеренно-интенсивному режиму (0,1–0,4 г/л), 36–37°С, длительность процедуры 8–12 мин (на курс 12–14 ванн); кислородные ванны под давлением 2,6кПа, (36°С), продолжительностью 10–15–20 минут [44].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

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

Профилактика КК предусматривает своевременное целенаправленное лечение сопутствующих заболеваний, провоцирующих сухость кожи и мероприятия, включающие устранение и/или ограничение воздействия триггерных факторов.

- **Рекомендуется** пациентам с сухостью кожи оберегать кожу от агрессивного воздействия внешних факторов среды с целью профилактики обострений ксероза кожи [1, 12].

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

Примечание: *необходимо избегать сухого, жаркого или очень холодного климата, а также значительных перепадов температур и интенсивного пребывания на солнце. Очищение кожи необходимо проводить при использовании ванны с липидовосполняющими средствами длительностью не более 5 мин или теплого душа с мягким не щелочными очищающими средствами, ношение одежды из хлопка, избегать одежды из шерсти, использовать защитные перчатки при работе с бытовой и профессиональной химией дома и на работе, избегать чрезмерного употребления цитрусовых, очень горячей и острой пищи, большого количества горячих напитков и алкоголя, улучшать образ жизни, избегать психоэмоционального напряжения и стресса, использовать фотозащитные средства.*

Диспансерное наблюдение не требуется.

6. Организация оказания медицинской помощи

В рамках оказания первичной врачебной медико-санитарной помощи врачи-терапевты участковые, врачи-педиатры участковые, врачи общей практики (семейные врачи) при выявлении у больных выраженной сухости кожи, зуда кожи в локализации ксероза, симптомов или признаков инфекционных (бактериальных, грибковых) осложнений ксеродермии направляют больного в медицинскую организацию дерматовенерологического профиля для оказания ему первичной специализированной медико-санитарной помощи. При невозможности оказания медицинской помощи в рамках первичной специализированной медико-санитарной помощи и наличии медицинских показаний больной направляется в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь. Специализированная медицинская помощь оказывается врачами-дерматовенерологами в амбулаторных условиях.

Показания к окончанию (прекращению) терапии: регресс высыпаний, прекращение зуда.

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

Необходимо информирование пациента об особенностях ухода за кожей, с использованием щадящих средств для очищения кожи и регулярного применения

эмолентов. Соблюдение режима терапии и приверженность пациента играют ключевую роль при лечении и профилактике КК. При выборе тактики лечения необходимо учитывать возрастные особенности (ксероз у детей, пожилых пациентов), а также локализацию процесса (губы, веки, кожа головы и область половых органов), оценивать степень снижения качества жизни.

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1	Прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога первичный	Да/Нет
2	Назначена наружная терапия эмолентами	Да/Нет

Список литературы

1. Augustin M., Wilsmann-Theis D., Körber A. et al. Positionspapier: Diagnostik und Therapie der Xerosis cutis. JDDG. 2018; №16 (4): 3-35. doi: 10.1111/ddg.13906.
2. Proksch E., Berardesca E., Misery L. et al. Dry skin management: practical approach in light of latest research on skin structure and function. Journal of Dermatological Treatment. 2020; №31 (7): 716-722. doi: 10.1080/09546634.2019.1607024
3. Akimoto K., Yoshikawa N., Higaki Y. et al. Quantitative analysis of stratum corneum lipids in xerosis and asteatotic eczema. Journal of Dermatology. 1993; №20 (1): 1–6. doi: 10.1111/j.1346-8138.1993.tb03820.x.
4. Lechner A., Akdeniz M., Tomova-Simitchieva T. et al. Comparing skin characteristics and molecular markers of xerotic foot skin between diabetic and non-diabetic subjects: An exploratory study. Journal of Tissue Viability. 2019; №28 (4): 200–209. doi: 10.1016/j.jtv.2019.09.004
5. Amin R, Lechner A, Vogt A, Blume-Peytavi U, Kottner J. Molecular characterization of xerosis cutis: A systematic review. PLoS One. 2021 Dec 16;16(12):e0261253. doi: 10.1371/journal.pone.0261253
6. Rawlings A.V., Matts P.J. Stratum corneum moisturization at the molecular level: an update in relation to the dry skin cycle. J. Invest. Dermatol. 2005; №124 (6): 1099–1110. doi: [10.1111/j.1523-1747.2005.23726.x](https://doi.org/10.1111/j.1523-1747.2005.23726.x)
7. Augustin M., Kirsten N., Körber A. et al. Prevalence, Predictors and comorbidity of dry skin in the general population. JEADV. 2019; №33 (1): 147-150. doi: 10.1111/jdv.15157.
8. Vyumvuhore R., Michael-Jubeli R., Verzeaux L. et al. Lipid organization in xerosis: the key of the problem? International Journal of Cosmetic Science. 2018; №40 (6): 549–554. doi: 10.1111/ics.12496
9. Bergmann K-C., Heinrich J., Niemann H. Current status of allergy prevalence in Germany: Position paper of the Environmental Medicine Commission of the Robert Koch Institute. Allergo Journal International. 2016; № 25: 6–10. doi: 10.1007/s40629-016-0089-1
10. Paul C., Maumus-Robert S., Mazereeuw-Hautier J. et al. Prevalence and risk factors for Xerosis in the elderly: a cross-sectional epidemiological study in primary care. Dermatology. 2011; №223 (3): 260–265. doi: 10.1159/000334631
11. Augustin M., Berardesca E., Blume-Peytavi U. et al. Managing dry skin in patients with comorbidities or with advanced age: unmet needs and roles for products containing potential emollient-plus ingredients. Journal of Dermatological Treatment. 2024; №35 (1): 2326171. doi 10.1080/09546634.2024.232617

12. Guenther L., Lynde C.W., Andriessen A. et al. Pathway to Dry Skin Prevention and Treatment. *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery*. 2012; №16 (1): 23-31. doi: 10.2310/7750.2011.10104
13. Saeki H., Tsunemi Y., Arai S. et al. English version of guidelines for the management of asteatosis 2021 in Japan. *J Dermatol*. 2021; №49 (3): 77-90. doi: 10.1111/1346-8138.16293
14. Kimura N., Nakagami G., Takehara K. et al. Prevalence of asteatosis and asteatotic eczema among elderly residents in facilities covered by long-term care insurance. *J Dermatol*. 2013; №40 (9): 770-771. doi: 10.1111/1346-8138.12217
15. Neena V., Asokan N., Jose R., Sarin A. Prevalence of eczema among older persons: A population-based cross-sectional study. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2023; №89: 426-430. doi: [10.25259/IJDVL_990_19](https://doi.org/10.25259/IJDVL_990_19)
16. von Stülpnagel C.C., Augustin M., da Silva N. et al. Exploring the burden of xerosis cutis and the impact of dermatological skin care from patient's perspective. *Journal of Dermatological Treatment*. 2022; №33 (5): 2482–2487. doi: [10.1080/09546634.2021.1970704](https://doi.org/10.1080/09546634.2021.1970704)
17. Völzer B., Genedy-Kalyoncu M.E., Fastner A. et al. Enhancing skin health and safety in aged care (SKINCARE trial): A cluster-randomised pragmatic trial. *Int J Nurs Stud*. 2024; № 149:104627. doi: [10.1016/j.ijnurstu.2023.104627](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104627)
18. Gabriel JTobón, Anne-Marie Roguedas, Laurent Misery, Pierre Youinou, Jacques-Olivier Pers Skin biopsy as a routine diagnostic tool for primary Sjögren's syndrome *International Journal of Clinical Rheumatology* 6(3):291-296
19. Xerosis. Australasian College of Dermatologists. <https://www.dermcoll.edu.au/wp-content/uploads/2022/02/A2Z-Xerosis-2017.pdf>
20. Bailleux S, Collins P, Nikkels AF. The Relevance of Skin Biopsies in General Internal Medicine: Facts and Myths. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2022 May;12(5):1103-1119. doi: [10.1007/s13555-022-00717-x](https://doi.org/10.1007/s13555-022-00717-x). Epub 2022 Apr 17. PMID: 35430724
21. Deleuran M., Georgescu V., Jean-Decoster C. An Emollient Containing Aquaphilus dolomiae Extract is Effective in the Management of Xerosis and Pruritus: An International, Real-World Study. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2020. №10: 1013–1029. doi: [10.1007/s13555-020-00415-6](https://doi.org/10.1007/s13555-020-00415-6)
22. Kalaaji N., Wallo W. A randomized controlled clinical study to evaluate the effectiveness of an active moisturizing lotion with colloidal oatmeal skin protectant versus its vehicle for the relief of xerosis. *Journal of Drugs in Dermatology*. 2014; №13 (10): 1265–1268.
23. Abbas S., Goldberg J.W., Massaro M. Personal cleanser technology and clinical

performance. *Dermatol Ther.* 2004; №17 (1): 35-42. doi: 10.1111/j.1396-0296.2004.04s1004.x.

24. Hon K.L., Kung J.S.C., Tsang K.Y.C. et al. Testing the actions of a multi-action emollient: patient's acceptability determines product efficacy. *Curr Pediatr Rev.* 2018; №14: 110–116. doi: [10.2174/1573396313666171117114005](https://doi.org/10.2174/1573396313666171117114005)

25. Boralevi F., Meledie N'Djong A..P, Yao Yoboue P. et al. Regression of cutaneous xerosis with emollient treatment in sub-Saharan African patients. *Int J Dermatol.* 2017; №56: 467–473. doi: [10.1111/ijd.13454](https://doi.org/10.1111/ijd.13454)

26. Blaak J., D'ähnhardt D., S. D'ähnhardt-Pfeifer S. et al. A plant oil-containing pH 4 emulsion improves epidermal barrier structure and enhances ceramide levels in aged skin. *International Journal of Cosmetic Science.* 2017; №39 (3): 284–291. doi: [10.1111/ics.12374](https://doi.org/10.1111/ics.12374)

27. Белоусова Т.А., Горячкина М. В. Терапевтические возможности коррекции нарушений барьерных свойств сухой кожи. *Вестник дерматологии и венерологии.* 2012; № 3: С. 128–133. doi:10.25208/vdv707

28. Parker J.C., Scharfbillig R.W., Jones S. Effectiveness of two moisturizers in the treatment of foot xerosis a randomized clinical trial. *J Am Podiatr Med Assoc.* 2018; №108 (6): 458–465. doi: [10.7547/16-119](https://doi.org/10.7547/16-119)

29. Аравийская Е.Р., Соколовский Е.В. Барьерные свойства кожи и базовый уход: инновации в терапии и практике. *Вестник дерматологии и венерологии.* 2010; № 6. С. 135–139. doi: <https://doi.org/10.25208/vdv872>

30. Alves A.Q., Da Silva V.A. Jr., Góes A.J.S. et al. The Fatty Acid Composition of Vegetable Oils and Their Potential Use in Wound Care. *Adv. Skin Wound Care.* 2019; № 32 (8): 1–8. doi: [10.1097/01.ASW.0000557832.86268.64](https://doi.org/10.1097/01.ASW.0000557832.86268.64)

31. Koppes S.A., Charles F., Lammers L.A. et al. Efficacy of a cream containing ceramides and magnesium in the treatment of mild to moderate atopic dermatitis: a randomized, double-blind, emollient-and hydrocortisone-controlled trial. *Acta Derm Venereol.* 2016; №96 (7): 948–953. doi: [10.2340/00015555-2395](https://doi.org/10.2340/00015555-2395).

32. Giam Y.C., Hebert A.A., Dizon M.V. et al. A review on the role of moisturizers for atopic dermatitis Asia Pac Allergy. 2016. № 6 (2): 120–128. doi: [10.5415/apallergy.2016.6.2.120](https://doi.org/10.5415/apallergy.2016.6.2.120)

33. Круглова Л.С., Львов А.Н., Аравийская Е.Р. и др. Практические вопросы применения эмоленов в ведении пациентов с ксерозом кожи: резолюция совета экспертов России, Казахстана и Республики Беларусь. *Кремлевская медицина. Клинический вестник.* 2021; № 4: С. 103-115. doi: 10.26269/bwrb-4d12

34. Lichterfeld A., Lahmann N., Blume-Peytavi U., Kottner J. Dry skin in nursing care

receivers: a multi-centre cross-sectional prevalence study in hospitals and nursing homes. *International Journal of Nursing Studies*. 2016; № 56: 37–44. doi: [10.1016/j.ijnurstu.2016.01.003](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.01.003)

35. Friedman A.J., von Grote E.C., Meckfessel M.H. Urea: a clinically oriented overview from bench to bedside. *J Drugs Dermatol*. 2016; №15 (5): 633-639.

36. Verzì A.E., Musumeci M.L., Lacarrubba F., Micali G. History of urea as a dermatological agent in clinical practice. *Int J Clin Pract*. 2020; № 74 (187): e13621. doi: [10.1111/ijcp.13621](https://doi.org/10.1111/ijcp.13621)

37. Охлопков В.А., Комаровский И.В., Скальский С.В. Мочевина — «золотой стандарт» терапии ксероза кожи. *Клиническая дерматология и венерология*. 2020; №19 (1): 93-100. doi: [10.17116/klinderma20201901193](https://doi.org/10.17116/klinderma20201901193)

38. Augustin M., Wilsmann-Theis D., Körber A. et al. Diagnosis and treatment of xerosis cutis - a position paper. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2019; №17 (7): 3-33. doi: [10.1111/ddg.13906](https://doi.org/10.1111/ddg.13906)

39. Tiplica G.S., Kaszuba A., Malinauskiene L. et al. Prevention of flares in children with atopic der-matitis with regular use of an emollient containing glycerol and paraffin: a randomized controlled study. *Pediatr Dermatol*. 2017; №34 (3): 282–289. doi: [10.1111/pde.13113](https://doi.org/10.1111/pde.13113).

40. Альбанова В.И., Иванов О.Л., Кубанова А.А. и др. Результаты применения нового отечественного препарата мази 0,5% ретинола пальмитата (Видестим) в дерматологической практике. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2001; № 3: с. 62-65.

41. Альбанова В.И. Ретинол и ретиноиды в дерматологии. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2000; № 3: 72.

42. Chang A.L.S., Chen S.C., Osterberg L. et al. A daily skincare regimen with a unique ceramide and flaggrin formulation rapidly improves chronic xerosis, pruritus, and quality of life in older adults. *Geriatric Nursing*. 2018; №39 (1): 24–28. doi: [10.1016/j.gerinurse.2017.05.002](https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2017.05.002)

43. Filippi F., Chessa M.A., Bardazzi F. et al. An easy to use, ceramide-containing skincare routine: effectiveness and improvement of quality of life in elderly patients with xerosis. *Ital J Dermatol Venereol*. 2023; №158: 429-436. doi: [10.23736/S2784-8671.23.07533-3](https://doi.org/10.23736/S2784-8671.23.07533-3)

44. Рациональная фармакотерапия заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путем: Рук. для практикующих врачей под редакцией Кубановой А.А., Кисиной В.И.: М.: Литтерра; 2005.

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

1. Потекаев Николай Николаевич - доктор медицинских наук, профессор, президент Общероссийской общественной организации «Национальный альянс дерматовенерологов и косметологов», член Европейского союза по борьбе с ИППП (IUSTI/ВОЗ), 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 Центр дерматовенерологии и косметологии», заведующий кафедрой кожных болезней и косметологии ФДПО ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России. Конфликт интересов отсутствует.

2. Баранов Александр Александрович - д.м.н., профессор, академик РАН, главный внештатный специалист по педиатрии Минздрава РФ, член Союза педиатров России. Конфликт интересов отсутствует.

3. Намазова-Баранова Л.С. – акад. РАН, профессор, д.м.н., президент Союза педиатров России; паст-президент ЕРА/UNEPSA; руководитель НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ №2 ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В.Петровского», заведующая кафедрой факультетской педиатрии педиатрического факультета ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, главный внештатный детский специалист по профилактической медицине Минздрава России. Конфликт интересов отсутствует.

4. Зильберберг Наталья Владимировна - доктор медицинских наук, профессор, член Общероссийской общественной организации «Национальный альянс дерматовенерологов и косметологов», главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Уральского Федерального округа, заместитель директора по научно-исследовательской работе ГБУ СО «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии». Конфликт интересов отсутствует.

5. Кениксфест Юлия Владимировна - доктор медицинских наук, доцент, член Общероссийской общественной организации «Национальный альянс дерматовенерологов и косметологов», ведущий научный сотрудник научного клинического отдела дерматологии, заведующий отделением хронических дерматозов для взрослых ГБУ СО

«Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии». Конфликт интересов отсутствует.

6. Кохан Муза Михайловна - доктор медицинских наук, профессор, член Общероссийской общественной организации «Национальный альянс дерматовенерологов и косметологов», заслуженный врач РФ, заведующий научным клиническим отделом дерматологии ГБУ СО «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии». Конфликт интересов отсутствует.

7. Кунгуров Николай Васильевич - доктор медицинских наук, профессор, член Общероссийской общественной организации «Национальный альянс дерматовенерологов и косметологов», заслуженный врач РФ, директор ГБУ СО «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии». Конфликт интересов отсутствует.

8. Стукова Евгения Игоревна - кандидат медицинских наук, член Общероссийской общественной организации «Национальный альянс дерматовенерологов и косметологов», младший научный сотрудник научного клинического отдела дерматологии, врач-дерматовенеролог отделения хронических дерматозов для взрослых ГБУ СО «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии». Конфликт интересов отсутствует.

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 отсутствует.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врачи-специалисты: врачи-дерматовенерологи, врачи-аллергологи-иммунологи, врачи-педиатры, врачи общей практики (семейные врачи), врачи-терапевты, врачи-эндокринологи, врачи-ревматологи, врачи-гериатры, врачи-онкологи, врачи-хирурги, врачи-косметологи, врачи-профпатологи, врачи-психиатры.

2. Преподаватели медицинских образовательных учреждений по специальности «Дерматовенерология».

3. Ординаторы и слушатели циклов повышения квалификации по указанным специальностям.

Таблица П1. 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 П2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, 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 ПЗ. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (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 КР, 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. Федеральный закон “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” №323-ФЗ от 21.11.2011 г. (ред. 24.07.2023).

2. Порядок оказания медицинской помощи по профилю «дерматовенерология», утвержденный Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 924н от 15 ноября 2012 г

Приложение А3.1 Причины, вызывающие ксероз кожи [38]

Таблица 4. Примеры внешних причин и экологических факторов, вызывающих ксероз кожи

Факторы окружающей среды	Холод; низкая влажность/сухое тепло в помещении; интенсивное воздействие солнечного света
Профессиональные факторы/хобби	«Мокрая» работа или контакт с раздражающими профессиональными веществами (например, парикмахеры, строители, медицинский персонал); ведение домашнего хозяйства
Очищение кожи	Частое принятие длительных горячих душей или ванн. Использование щелочных мыл и моющих средств

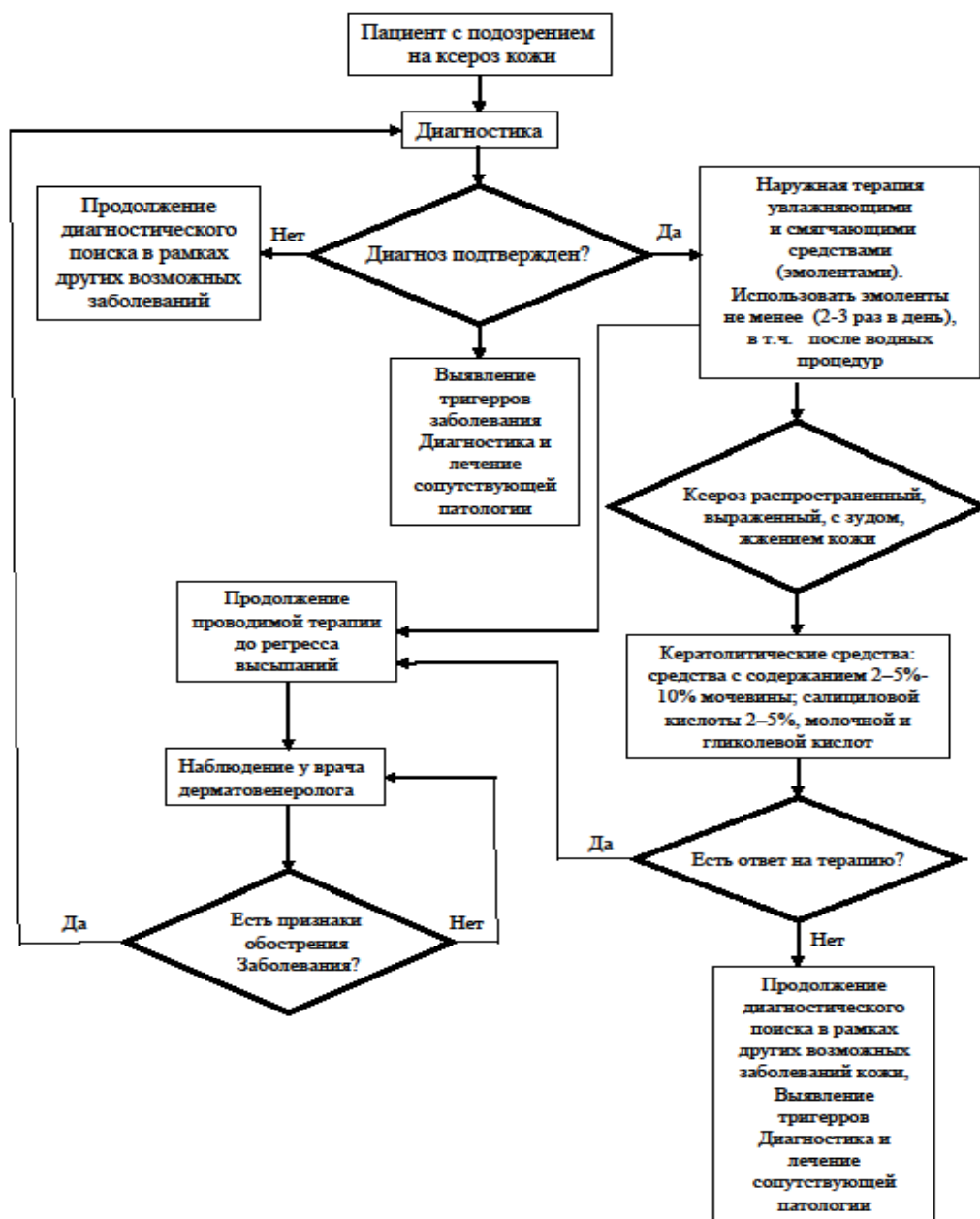
Таблица 5. Эндогенные причины (различные заболевания, диета, применение препаратов), связанные с ксерозом кожи

Категория	Примеры заболеваний/триггеров
Дерматологические заболевания	
Воспалительные заболевания кожи	Атопический дерматит, аллергический контактный дерматит, раздражающий контактный дерматит, дисгидротическая экзема, нуммулярная экзема, токсикодермия, псориаз, себорейный дерматит, периоральный дерматит
Генодерматозы	Ихтиозы
Инфекционные дерматозы (хроническая стадия)	Грибковые и бактериальные инфекции, педикулез, чесотка
Новообразования	Кожная лимфома (например, грибовидный микоз)
Наличие сопутствующих заболеваний	

Категория	Примеры заболеваний/триггеров
Эндокринные и метаболические нарушения	Хроническая болезнь почек, сахарный диабет, гепатопатии (например, первичный билиарный холангит, первичный склеротический холангит, лекарственный холестаз, внепеченочный холестаз), гиперпаратиреоз, гипотиреоз, мальабсорбция
Воспалительные заболевания	Хроническое воспалительное заболевание кишечника (глутеновая энтеропатия), ревматологические патологии
Инфекции	Заболевания, сопровождаемые диареей, гельминтозы, вирусные гепатиты В и С, ВИЧ-инфекция
Гормональные изменения	Менопауза, андропауза, беременность
Гематологические и лимфопролиферативные заболевания	Миелопролиферативные заболевания (например, истинная полицитемия, эссенциальный тромбоцитоз), болезнь Ходжкина, неходжкинская лимфома, множественная миелома
Психиатрические причины	
Обсессивно-компульсивные расстройства	Навязчивое очищение кожи
Расстройства пищевого поведения	Анорексия
Зависимости	Злоупотребление алкоголем и наркотиками
Диетические причины	
Обезвоживание	Недостаточное потребление жидкости, чрезмерное потоотделение
Нутритивная недостаточность	Гиповитаминоз (дефицит витамина D, витамина А, ниацина), дефицит цинка или железа
Причины, связанные с препаратами	

Категория	Примеры заболеваний/триггеров
Фармацевтические препараты (не включая эритему)	Ретиноиды для лечения угревой сыпи для наружного применения, кортикостероиды, применяемые в дерматологии (длительное применение), кортикостероиды системного действия, диуретики, гиполипидемические средства, антагонисты кальция, бета-адреноблокаторы, препараты группы «другие анальгетики и антипиретики», гормональные контрацептивы системного действия (с антиандрогенным эффектом), иммунодепрессанты, лучевая терапия (лучевой дерматит), возможно, иммуностимуляторы

Приложение Б. Алгоритмы действий врача



Приложение В. Информация для пациента

Пациентам с КК необходимо применение постоянной терапии увлажняющими и смягчающими наружными средствами, с целью профилактики и предупреждения развития ухудшения. Выбор подходящего базисного средства для ухода за кожей требует оценки тяжести состояния с учетом степени выраженности и этиологии ксероза и подбирается индивидуально совместно со специалистом. Использование щадящих очищающих средств, составляют основу успешного лечения ксероза кожи.

Необходимо избегать возможных провоцирующих факторов, приводящих к усилению сухости кожи. В связи с тем, что с КК может быть связано множество других дерматологических и заболеваний внутренних органов, их необходимо своевременно лечить у смежных специалистов.

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

Приложение Г1. Название на русском: Классификация по степени выраженности ксероза кожи.

Оригинальное название: Classification of Dry Skin.

Источник (публикация с валидацией): Guenther L., Lynde C.W., Andriessen A. et al. Pathway to Dry Skin Prevention and Treatment. Journal of Cutaneous Medicine and Surgery. 2012; №16 (1): 23-31. doi: 10.2310/7750.2011.10104

Классификация	Симптомы
Склонность к сухой коже	Отсутствуют
Ксероз легкой степени	Шершавая и/или шелушащаяся кожа (+) Нет или легкий зуд (- или +) Нет боли (-) Нет или минимальная эритема (- или +) Нет трещин (-)
Умеренно сухая кожа	Грубое и умеренное шелушение (++) Легкий или умеренный зуд (+ или ++) Легкая или умеренная боль (+ или ++) Легкая эритема (++) Наличие трещин (- или +)
Выраженная сухая кожа	Грубое и выраженное шелушение (+++) Сильный зуд (+++) Сильная боль (+++) Легкая эритема (++) Наличие трещин (- или от + до ++)

Примечание: «-»- отсутствует; «+»-легкая; «++»-умеренная; «+++»-выраженная.

Зуд определяют как умеренный, если он беспокоит до 10% от времени в течение суток и влияет на повседневную жизнь; зуд определяется как «сильный», если он присутствует большую часть времени и нарушает ночной сон. При наличии трещин, оценка ксероза - средняя или тяжелая.

Тип (подчеркнуть):

- шкала оценки
- индекс
- вопросник

Приложение Г2. Оценка выраженности зуда по визуальной аналоговой шкале ВАШ от 0 до 10 баллов предназначен для оценки степени зуда у больных ксерозом кожи.

Название на русском: визуально-аналоговая шкала (ВАШ) зуда. Интерпретация шкалы ВАШ : 0 баллов – нет зуда; >0 - <4 баллов соответствует слабой степени зуда, ≥4 - <7 баллов соответствует умеренному зуду, ≥7 - <9 – тяжелому зуду, >9 баллов –очень сильный зуд.

Оригинальное название: Visual Analogue Scale: Evaluation of the Instrument for the Assessment of Pruritus

Источник (публикация с валидацией): Reic A., Heisig M., Phan N.Q. et al. Visual Analogue Scale: Evaluation of the Instrument for the Assessment of Pruritus. Acta Derm Venereol 2012; №92: 497–501. doi: 10.2340/00015555-1265.

- шкала оценки
- индекс
- вопросник
- другое (уточнить):

Выраженность субъективных симптомов (оценивается пациентом)

отсутствие
зуда

очень
сильный зуд

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

