

Приложение
к приказу № 180
от «23» июня 2025 года
Министерства здравоохранения
Республики Узбекистан

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ**

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ
ПО НОЗОЛОГИИ
«ПСОРИАЗ»**

ТАШКЕНТ 2024



«УТВЕРЖДАЮ»
В.и.о. директора
РСНПМЦДВиК МЗ
РУз Джалилов Д.С.

« 19 » Июль 2025 год

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ
ПО НОЗОЛОГИИ
«ПСОРИАЗ»**

ТАШКЕНТ 2025

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ
«ПСОРИАЗ»**

Ташкент 2024

1. Вводная часть

Коды по МКБ-10/11:

L40.0	Псориаз обыкновенный	EA90.0 Бляшечный псориаз
L40.1	Генерализованный пустулезный псориаз	EA90.1 Каплевидный псориаз
L40.2	Акродерматит стойкий [Аллопо]	EA90.2 Нестабильный псориаз
L40.3	Пустулез ладонный и подошвенный	EA90.3 Псориатическая эритродермия
L40.4	Псориаз каплевидный	EA90.4 Пустулёзный псориаз
L40.5	Псориаз артропатический	EA90.5 Псориаз уточнённых областей или локализаций
L40.8	Другой псориаз	EA90.Y Другие уточнённые формы псориаза
L40.9	Псориаз неуточнённый	EA90.Z Псориаз, неуточнённый
	https://icd.who.int/browse11/l-m/ru	https://mkb-11.com/index.php?id=EA90

Дата разработки и пересмотра протокола: 2025 год, дата пересмотра 2028 г. или по мере появления новых ключевых доказательств. Все поправки к представленным рекомендациям будут опубликованы в соответствующих документах.

Ответственное учреждение по разработке данного клинического протокола и стандарта:

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии

В разработке клинического протокола и стандарта внесли вклад:

По организации процесса члены рабочей группы по направлению дерматовенерология:

1.	Сабилов У.Ю.	Директор центра, д.м.н., профессор	РСНПМЦДВиК
2.	Арифов С.С.	Заведующий кафедрой Дерматовенерологии и косметологии ЦРПКМР МЗ РУз, д.м.н., профессор	ЦРПКМР МЗ РУз
3.	Абдурашидов А.А.	Доцент кафедры Дерматовенерологии и косметологии ЦРПКМР МЗ РУз, к.м.н.	ЦРПКМР МЗ РУз
4.	Хакимов Д.Р.	Врач дерматовенеролог клиники, заведующий отделением физиотерапии, к.м.н.	РСНПМЦДВиК
5.	Боходирова А.А.	Врач дерматовенеролог клиники, помощник заместителя директора по научной работе	РСНПМЦДВиК

Рецензенты:

1. Балтабаев Мир-Али Курбан-Алиевич - Заведующий кафедрой дерматовенерологии и фтизиатрии Квргкзско-Российского Славянского университета им.Б.Н.Ельцина, доктор медицинских наук, профессор
2. Рахматов Акрам Баратович – ведущий научный сотрудник РСНПМЦДВиК МЗ РУз, доктор медицинских наук, профессор, заведующий научной лабораторией по изучению проблем микозов.

Техническая экспертная оценка и редактирование:

1. Иноятов Аваз Шавкатович – д.м.н., заместитель директора по лечебной, главный врач клиники.
2. Джалилов Дилшод Сайфуллаевич – к.м.н. заместитель директора по научной работе.

Клинический протокол обсужден и рекомендован к утверждению на заседании Ученого совета с участием профессорско-преподавательского состава РСНПМЦДВиК и высших учебных заведений, членов ассоциации дерматовенерологов Узбекистана, организаторов здравоохранения, а также врачей региональных учреждений дерматовенерологической службы в офлайн-формате _____ 2024г., протокол №4.

Руководитель рабочей группы - д.м.н. профессор Сабиров У.Ю., директор РСНПМЦДВиК

Пользователи протокола:

1. Врачи дерматологи;
2. Врачи общей практики;
3. Врачи педиатры;
4. Врачи лаборанты;
5. Организаторы здравоохранения;
6. Клинические фармакологи;
7. Студенты, клинические ординаторы, магистранты, докторанты, преподаватели медицинских вузов;
8. Пациенты с данной патологией, члены их семей и лица, осуществляющие уход.

Настоящий протокол является основой для внедрения современных методов диагностики и лечения псориаза в практику здравоохранения повсеместно.

Категория пациентов в данной нозологии: обследованию подлежат больные псориазом

Шкала уровня доказательности, на основе доказательной медицины.

Шкала оценки уровней достоверности доказательств 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

Шкала оценки уровней достоверности доказательств для 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

Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций для профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств

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

Оглавление

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ «ПСОРИАЗ»	4
НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ «ПСОРИАЗ»	46
НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПО НОЗОЛОГИИ «ПСОРИАЗ»	57

Список сокращений

ИЛ	интерлейкин
ПУВА	терапия - облучение ультрафиолетовым излучением длиной волны 320—400 нм с применением фотосенсибилизирующих препаратов сочетанное применение фотосенсибилизаторов группы фурукумаринов и длинноволнового ультрафиолетового излучения 320-400 нм
УФА	длинноволновое ультрафиолетовое излучение 350-400 нм
УФВ	средневолновое ультрафиолетовое излучение 280-320 нм (селективная фототерапия)
УФВ-311 терапия	узкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия с длиной волны 311 нм (либо узкополосная (311 нм) средневолновая терапия)
ФНО	-фактор некроза опухоли
PASI	индекс оценки тяжести и распространенности псориаза (Psoriasis Area Severity Index)
АЛТ	Аланинаминотрансфераза
АСТ	Аспартатаминотрансфераза
УЗИ	Ультразвуковое исследование
ИХЛА	Иммунохемилюминесцентный
ИФЛА	Иммунофлюоресцентный анализ
ИФА	Иммуноферментный анализ
ПЦР	Полимеразная цепная реакция
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
в/м	Внутримышечно
в/в	Внутривенно
п/к	Подкожно
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
нм	нанометр
НИЛИ	низкоинтенсивное лазерное излучение

2.Основная часть.

2.1.Введение

Псориаз — неинфекционное заболевание, которое проявляется в виде хронического воспаления кожи. При псориазе пораженным оказывается не только кожный покров. Течение умеренной или тяжелой форм псориаза может осложняться различными коморбидными патологиями.

Распространенность псориаза в мире составляет около 2%, однако по данным ряда исследований в развитых странах этот показатель выше и достигает в среднем 4,6%. Примерно у двух третей больных псориазом заболевание протекает в легкой форме с поражением менее 3% поверхности кожи. У остальных поражение кожи носит более обширный характер.

Приблизительно у трех четвертей пациентов псориаз возникает в возрасте до 40 лет. У трети больных первые проявления отмечаются до 20-летнего возраста. Распространенность

псориаза среди детей составляет 0,7%. Как правило, болезнь протекает как хроническое заболевание с чередующимися периодами ремиссий и обострений. Тем не менее, возможны периоды полной ремиссии, и в небольшом числе случаев наблюдаются ремиссии продолжительностью пять и более лет.

2.2 Определение

Псориаз - мультифакторное заболевание с наследственной предрасположенностью, характеризующееся повышенной пролиферацией эпидермальных клеток, нарушением кератинизации и воспалительной реакцией в дерме, обусловленной активированными Т-лимфоцитами и синтезом провоспалительных цитокинов.[1]

2.3 Классификация

Клиническая классификация:

Псориаз подразделяют на следующие основные формы:

- вульгарный (обыкновенный);
- экссудативный;
- псориаз эритродермия;
- артропатический;
- псориаз ладоней и подошв;
- пустулезный псориаз.

Выделяют 3 стадии заболевания:

- прогрессирующая;
- стационарная;
- регрессирующая.

В зависимости от распространенности:

- ограниченный;
- распространенный;
- генерализованный.

В зависимости от сезона года типы:

- зимний (обострение в холодное время года);
- летний (обострение в летнее время года);
- неопределенный (обострение заболевания не связано с сезонностью) [2-5]

2.4 Клиническая картина заболевания

Первичное высыпание **при вульгарном псориазе** представляет собой резко ограниченное розового цвета пятно круглой формы величиной с головку булавки (симптом Пыльнова). Цвет высыпаний может быть от ярко-розового до ярко-красного. Уже в самый момент появления поверхность пятна большей частью покрыта частично или целиком серебристо-белыми чешуйками.

В некоторых случаях первичный элемент с самого начала при ощупывании производит впечатление папулы, но если при этом снять полностью чешуйку, то обычно такое впечатление исчезает, ибо в начале существования псориазического первичного высыпания инфильтрировано столь незначительно, что в его основе клинически инфильтрат при пальпации не ощущается. Постепенно размеры высыпания увеличиваются, инфильтрат усиливается, чешуек становится больше и образуется монотипная сыпь в виде узелков (папул). [6-12]

Характерным признаком для псориаза является изоморфная реакция раздражения, или феномен Кебнера, когда на месте травмы или царапины через 10–14 дней (иногда позже) появляются псориазные папулы. Наличие изоморфной реакции раздражения у больного указывает на еще сохраняющееся у него в данное время предрасположение кожи к псориазной сыпи. [19]

В результате периферического роста или слияния элементов образуются бляшки самых разных очертаний. Предпочтительная локализация — разгибательные поверхности верхних и нижних конечностей, особенно в области локтей, колен, волосистая часть головы, кожные складки, туловище. У отдельных больных локализация псориазной сыпи бывает обратной. Это так называемый обратный псориаз (*psoriasis inversa*), так как вместо разгибательных поверхностей при этом поражаются сгибательные. Для псориазного высыпания характерны три следующих феномена:

— наслоение большого количества серебристо-белых чешуек, при поскабливании которых наблюдается некоторое сходство со стеариновым пятном — **феномен стеаринового пятна**;

— после полного снятия чешуек открывается тончайшая нежная просвечивающаяся пленка, покрывающая псориазный элемент — **феномен псориазной пленки**;

— при нарушении целостности этой пленки путем нежного ее поскабливания местами возникает точечное кровотечение — **феномен кровавой росы Полотобнова, или феномен Ауспитца**. [5,7]

В клиническом течении псориаза различают три стадии:

— период прогрессирования, когда элементы сыпи увеличиваются в размерах, причем это совпадает с появлением новых высыпаний, характерна изоморфная реакция Кебнера;

— стационарный период, когда периферический рост высыпаний прекращается и приостанавливается появление новых элементов;

— период регресса, когда происходит обратное развитие высыпаний.

Это деление условно, так как у одного больного одновременно с регрессом высыпаний могут появляться новые элементы. Характерен псевдоатрофический ободок, когда вокруг развитых, уже более не растущих элементов сыпи кожа несколько бледнее, более блестящая, чем окружающая здоровая кожа, периферия элементов чуть вдавлена, складчатая, наподобие папиросной бумаги.

Наличие псевдоатрофического ободка Воронова свидетельствует о приостановлении роста псориазного элемента.

По величине псориазных высыпаний различают:

-точечный псориаз, когда высыпания не превышают булавочной головки;

-каплевидный, когда высыпания несколько больше, чем булавочная головка;

-монетовидный, когда бляшка большая и круглая;

-фигурный, который образуется при слиянии соседних высыпаний и бляшек, при этом очаги поражения разнообразны по очертаниям и образуют фигуры;

-географический, когда очаги поражения, сливаясь, напоминают географическую карту;

-кольцевидный, когда высыпания в результате слияния или разрешения с центра образуют кольцевидную форму;

-серпигинозный, когда очаг поражения ползет в том или ином направлении.

При локализации псориаза на волосистой части головы особенно типичен переход сыпи на пограничные с волосистыми участки лба — «псориазная корона».

Экссудативный псориаз отличается от клинической картины обычного псориаза значительной экссудацией, в результате которой на поверхности псориазных высыпаний имеются чешуйки и корки желтоватого цвета. При удалении последних обнажается кровоточащая, мокнущая поверхность.

При **себорейном псориазе** высыпания локализуются на волосистой части головы и на других «себорейных» участках и имеют своеобразную клиническую картину. Волосистая

часть головы поражается наиболее часто. Процесс длительно может быть изолированным и проявляется не в виде папулезных элементов или бляшек, а обильным шелушением без выраженных воспалительных изменений. В таком случае диагностика затруднительна, если нет высыпаний на других участках кожи и отсутствуют данные о наличии псориаза у родственников больного. Кроме того, на лице, в области грудины, особенно у лиц, склонных к себорейным реакциям, обнаруживают папулы или бляшки, покрытые наслоениями чешуек с менее четкими границами. Псориатическая триада выражена слабее, чем при обычном псориазе. [6]

Артропатический псориаз представляет собой наиболее тяжелую форму заболевания, нередко приводящую к инвалидности, а иногда даже к гибели больного от кахексии. Поражение суставов при псориазе свидетельствует о системности процесса. Мужчины страдают чаще, чем женщины. Начало заболевания различно. Поражение суставов часто присоединяется к уже имеющимся кожным проявлениям. В других случаях последнему предшествуют суставные явления, иногда существуя изолированно длительное время. Рентгенологически различные изменения костно-суставного аппарата обнаруживаются у большинства больных без клинических признаков поражения суставов. Наиболее часто встречаются околосуставной остеопороз, сужение суставных щелей, остеофиты, кистозные просветления костной ткани, реже — эрозия костей, часто проявляющаяся асимметричным олигоартритом, ограничивающаяся одним или несколькими суставами кистей и стоп, нередко в процесс вовлекается позвоночник (псориатический спондилит), преимущественно грудной и поясничной отделы, крестцово-подвздошные сочленения (псориатический сакроилеит). Больные жалуются на сильные спонтанные боли в суставах, усиливающиеся при движении. Область пораженных суставов в первый период заболевания горяча и отечна. Ухудшается общее состояние больных: повышается температура тела в вечернее время, уменьшается аппетит, нарушается работа ЖКТ. Эти явления постепенно стихают и процесс переходит в подострую, затем в хроническую фазу. Время от времени возникают обострения артропатии и кожного процесса. В дальнейшем происходит ограничение, деформация суставов, а иногда — анкилоз. [8]

Псориатическая эритродермия развивается редко и представляет собой осложнение псориаза, в большинстве случаев развивающееся в результате излишне раздражающего местного лечения или действия каких-либо других неблагоприятных местных влияний (УФО, инсоляция). Эритродермия постепенно занимает весь или почти весь кожный покров. Кожа при этом становится яркокрасного цвета и покрывается крупными или мелкими сухими белыми чешуйками. Когда больной раздевается, с него сыплется огромное количество серебристо-белых чешуек. Кожа лица, ушных раковин и волосистая часть головы как бы посыпана мукой. Кожа более или менее инфильтрирована, отечна, горяча на ощупь, местами лихенизирована. Больные жалуются на более или менее выраженный зуд, стягивание кожи и жжение. Местами сохраняются участки клинически неизменной кожи или папулы и бляшки типичного псориаза.

Эритродермия значительно ухудшает течение псориаза. Общее состояние больных резко нарушено, температура повышается до 38–39 градусов, увеличиваются лимфатические узлы (чаще бедренные и паховые).

Пустулезный псориаз. Различают два вида пустулезного псориаза: генерализованный пустулезный псориаз (Zumbush) и ограниченный ладонно-подошвенный пустулезный псориаз (Barber). Генерализованная форма протекает тяжело, с лихорадкой, недомоганием, лейкоцитозом, повышением СОЭ. Приступообразно на фоне яркой эритемы появляются мелкие поверхностные пустулы, сопровождающиеся жжением и болезненностью, расположенные как в зоне бляшек, так и на ранее неизменной коже. Пустулезный псориаз ладоней и подошв встречается чаще, чем генерализованная форма. Высыпания, как правило, симметричные и представляют собой внутриэпидермальные пустулы на фоне резкой гиперемии, инфильтрации и лихенизации. Высыпания располагаются преимущественно в области тенара и гипотенара, свода стоп.

Псориаз ладоней и подошв встречается чаще у лиц, занимающихся физическим трудом, в возрасте от 30 до 50 лет. В большинстве случаев бывают поражены одновременно ладони и подошвы. Клинически различают следующие формы ладонно-подошвенного псориаза: лентикулярную, бляшечно-веерообразную, круговую, роговую и мозолистую. Одновременно на других участках кожи обнаруживают типичные псориазные высыпания. Феномены терминальной пленки и точечного кровотечения вызываются с большим трудом, чем на других участках.

Псориаз складок часто встречается у детей или пожилых людей, особенно у больных сахарным диабетом. Очаги наиболее часто располагаются в подмышечных впадинах, под молочными железами, вокруг пупка, в области промежности. Шелушение, как правило, незначительное или отсутствует, очаги резко очерчены, их поверхность гладкая, насыщенно-красного цвета, иногда слегка влажная, мацерирована. В глубине складок могут возникать трещины.

Изменения ногтей при вульгарном псориазе наблюдается до 10-50%, а при артропатическом и эритродермическом псориазе - до 80%. Изменения ногтей чаще отмечаются при затянувшемся псориазе. Наблюдаются следующие типы изменения ногтей при псориазе:

- *симптом «наперстка»* - расположение ямок индивидуально или группами на поверхности ногтя и они напоминают напёрсток.
- *симптом масляного пятна* (симптом «лососевого пятна») - иногда на свободном крае ногтей можно наблюдать желтоватое пятно, оранжево-желтой или желто-коричневой окраски похожее на пятно масла.
- *симптом «накопление чешуек»* - скопление белых чешуек на проксимальном и латеральных поверхностях ногтей (между кожей и ногтем).
- *изменения цвета* - цвет ногтей становится желто-коричневым, бурый.
- *онихолизис* - у дистального края ногтевой пластинки отмечается отслоение ногтя от ногтевого ложа.
- *подногтевой гиперкератоз* - усиление пролиферации клеток эпидермиса ногтевого ложа и гипонихии, которое сопровождается накоплением ороговевших кератиноцитов под свободным краем ногтевой пластинки.
- *симптом «псориазная паронихия»* - наличие псориазные бляшки в области проксимальных околоногтевых валиков.
- *псориазная онихорексис* - расщепление ногтевой пластинки в продольном направлении.
- *псориазная онихомадезис* - отрастающая ногтевая пластинка разрушается и отторгается от ногтевого ложа в его проксимальной части.

При этих изменениях ногтевой пластинки, их поверхность становится неровной, бугристой, имеются поперечные и глубокие поперечные дугообразные борозды (линии Бо) и они ломаются.

Слизистые оболочки поражаются редко, в основном при пустулезном и тяжело текущем артропатическом псориазе, но существенного прогностического или диагностического значения это не имеет [1-20]

3. Методы, подходы и процедуры диагностики

3.1. Диагностические критерии

<https://emedicine.medscape.com/article/1943419-overview?0=scode=msp&1=st=fpf&2=socialSite=google&3=form=about&4=reg=1>

<https://doi.org/10.3899/jrheum.090216>

Критерии установления диагноза/состояния: диагноз псориаза устанавливается на основании клинических проявлений заболевания.

1) Жалобы и анамнез:

Больные с псориазом могут жаловаться на наличие высыпаний, чувство стягивания кожи. Их может беспокоить зуд различной степени интенсивности.

При сборе анамнеза следует обратить внимание на наличие псориаза у родственников.

2) Физикальное обследование:

Для постановки диагноза основным является проведение визуального осмотра кожных покровов пациента.

Высыпания характеризуются наличием псориазической триады, которая представляет собой последовательно возникающие при поскабливании папулезных высыпаний феномены: стеаринового пятна (при легком поскабливании папулы наблюдается усиление шелушения, придающего поверхности папул сходство с растертой каплей стеарина); терминальной пленки (появление после полного удаления чешуек влажной, тонкой, блестящей, просвечивающей поверхности элементов); точечного кровотечения (появление после осторожного соскабливания терминальной пленки точечных, не сливающихся между собой капелек крови)

При прогрессировании псориаза можно наблюдать феномен Кебнера или изоморфная реакция - появление новых высыпаний в местах травматизации кожи, например, трения или давления. [27]

3. Лабораторные исследования

<https://www.aad.org/member/clinical-quality/guidelines/psoriasis>

<https://emedicine.medscape.com/article/1943419-guidelines?form=fpf>

<https://dermnetnz.org/topics/guidelines-for-the-treatment-of-psoriasis>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12381213/>

С
5

для оценки общего состояния пациента для выявления противопоказаний к системной терапии контроля безопасности системной терапии метотрексатом, ретиноидами для лечения псориаза, циклоспорином, селективными иммунодепрессантами, ингибиторами фактора некроза опухоли альфа (ФНО-альфа), ингибиторами интерлейкина: общий (клинический) анализ крови развернутый (лейкоциты, эритроциты, гемоглобин, гематокрит, тромбоциты, тромбоциты, нейтрофилы палочкоядерные, нейтрофилы сегментоядерные, эозинофилы, базофилы, лимфоциты, моноциты, скорость оседания эритроцитов)

С 5	для оценки общего состояния пациента, для выявления противопоказаний к системной терапии и контроля безопасности системной терапии метотрексатом, ретиноидами для лечения псориаза, селективными иммунодепрессантами, ингибиторами фактора некроза опухоли альфа (ФНО-альфа), ингибиторами интерлейкина: анализ крови биохимический общетерапевтический: общий белок, глюкоза, креатинин, мочевая кислота, мочевины, билирубин общий, холестерин, триглицериды, натрий, калий, общий магний, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, щелочная фосфатаза, гамма-глутамилтрансфераза в крови
С 5	для оценки общего состояния пациента и выявления противопоказаний к системной терапии: общий (клинический) анализ мочи (цвет, прозрачность, относительная плотность, реакция рН, глюкоза, белок, билирубин, уробилиноиды, реакция на кровь, кетоновые тела, нитраты, эпителий плоский, эпителий переходный, эпителий почечный, лейкоциты, эритроциты, цилиндры гиалиновые, цилиндры зернистые, цилиндры восковидные, цилиндры эпителиальные, цилиндры лейкоцитарные, цилиндры эритроцитарные, цилиндры пигментные, слизь, соли, бактерии)
С 5	для выявления противопоказаний к системной терапии и контроля безопасности системной терапии тофацитинибом, ингибиторами фактора некроза опухоли альфа (ФНО-альфа), ингибиторами интерлейкина определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови
С 5	для выявления противопоказаний к системной терапии и контроля безопасности системной терапии тофацитинибом, ингибиторами фактора некроза опухоли альфа (ФНО-альфа), ингибиторами интерлейкина определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) и антител к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови
С 5	для выявления противопоказаний к системной терапии и контроля безопасности системной терапии тофацитинибом, ингибиторами фактора некроза опухоли альфа (ФНО-альфа), ингибиторами интерлейкина определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ в крови
С 5	пациентам с псориазом женского пола для выявления противопоказаний к системной терапии и контроля безопасности системной терапии селективными иммунодепрессантами, ингибиторами фактора некроза опухоли альфа (ФНО- альфа), ингибиторами интерлейкина исследование мочи на хорионический гонадотропин
С 5	пациентам с псориазом женского пола для выявления противопоказаний к системной терапии и контроля безопасности системной терапии селективными иммунодепрессантами, ингибиторами фактора некроза опухоли альфа (ФНО- альфа), ингибиторами интерлейкина исследование мочи на хорионический гонадотропин

Комментарии: Селективные иммунодепрессанты (ингибиторы фосфодиэстеразы 4, блокаторы янус-киназ), ингибиторы фактора некроза опухоли альфа (ФНО-альфа), ингибиторы интерлейкина не следует применять во время беременности (исключение - цертолизумаба пэгол). В связи с этим перед началом терапии женщинам детородного возраста необходимо получить отрицательный результат теста на беременность, в ходе ее проведения и, по меньшей мере, в течение 6 месяцев после ее окончания женщины детородного возраста должны использовать надежные методы контрацепции.

С 5	<ul style="list-style-type: none"> • Скрининговые тесты на сифилис один из: РМП, RPR, КСР • Подтверждающие тесты (2 из 6 обязательные): РИФ, ИФА IgG и IgM, РИБТ, РПГА, ИХА, Иммуноблот IgG и IgM
----------------	---

С 5	<ul style="list-style-type: none"> • Общий анализ кала • Кал на скрытую кровь
----------------	---

С 5	<ul style="list-style-type: none"> • Иммунологические исследования • Исследование антител методом ИФА, ИХЛА, ИФЛА и ПЦР-диагностика • Микологическое исследование • Микробиологическое исследование с определением чувствительности к антибиотикам
----------------	--

4. Инструментальные исследования:

<https://www.aad.org/member/clinical-quality/guidelines/psoriasis>

<https://www.psoriasis.org/psoriasis-guidelines/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27104004/>

С 5	<ul style="list-style-type: none"> • Рекомендуется пациентам с псориазом ежегодно проводить скрининг псориатического артрита, в том числе с использованием инструментальных методов обследования (МРТ суставов (один сустав), КТ сустава, рентгенография) по показаниям • Рекомендуется пациентам с псориазом с жалобами на боли в соответствующих суставах : рентгенография кистей • Рентгенография стоп в одной проекции • Рентгенография грудного и поясничного отдела позвоночника • Рентгенография шейно-дорсального отдела позвоночника с целью диагностики псориатического артрита и для оценки степени повреждения суставов • Рентгенография крестца, подвздошной кости с целью выявления псориатического артрита и для оценки степени повреждения суставов • рентгенография локтевого сустава с целью выявления псориатического артрита и для оценки степени повреждения сустава • Рентгенография коленного сустава с целью выявления псориатического артрита и для оценки степени повреждения сустава
----------------	---

С 5	Рекомендуется магнитно-резонансная томография позвоночника только пациентам с наличием боли в соответствующем отделе с целью выявления псориатического артрита и для оценки степени повреждения суставов
----------------	--

С 5	Для выявления противопоказаний к системной терапии, физиотерапии и контроля безопасности системной терапии рекомендуется УЗИ внутренних органов
----------------	---

С 5	С целью оценки тяжести состояния рекомендовано проведение диагностики состояния кожи: <ul style="list-style-type: none"> - компьютерный анализ PASI - дерматоскопия
----------------	---

5. Дополнительное обследование

<https://www.aad.org/member/clinical-quality/guidelines/psoriasis>
<https://www.psoriasis.org/psoriasis-guidelines/>

С 5	Рекомендуется патолого-анатомическое исследование биопсийного материала кожи из очага поражения пациентам при необходимости проведения дифференциальной диагностики с другими заболеваниями кожи
----------------	--

6. Показания для консультации специалистов

<https://www.aad.org/member/clinical-quality/guidelines/psoriasis>
<https://www.aad.org/member/clinical-quality/guidelines/psoriasis>
<https://www.psoriasis.org/psoriasis-guidelines/>

С 4	<ul style="list-style-type: none"> При наличии признаков поражения суставов, непрерывно-рецидивирующего и прогрессирующего артрита, торпидного к проводимой терапии пациентам для исключения сопутствующей патологии рекомендуется консультация врача-ревматолога
----------------	--

С 5	<ul style="list-style-type: none"> При назначении пациентам терапии генно-инженерными биологическими препаратами и в процессе ее проведения рекомендуются консультации врачей терапевта, фтизиатра, с целью исключения противопоказаний к терапии генно-инженерными биологическими препаратами . Консультация психотерапевта и невролога– при наличии угнетённого настроения, дисморфофобии. Консультация гинеколога, офтальмолога , эндокринолога с целью исключения противопоказаний к применению физиотерапевтических процедур
----------------	--

Дифференциальный диагноз:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7122924/#:~:text=Common%20conditions%20on%20the%20differential,a%20biopsy%20may%20be%20helpful.>

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики
Себорейный дерматит	Эритематозные очаги в себорейных участках кожи, с жирными грязно-желтоватыми чешуйками на поверхности.
Красный плоский лишай	Поражаются слизистые и сгибательные поверхности конечностей. Папулы полигональной формы, синюшно-красного цвета, с центральным пупковидным вдавлением, восковидным блеском. Сетка Уикхема при смачивании поверхностей бляшек маслом.
Парапсориаз	Папулы лентикулярные, округлые, розово-красного цвета, плоские с выраженными полигональными полями рисунка кожи. Чешуйки круглые, крупные,

	удаляются по типу «облатки».
Розовый лишай Жибера	На коже шеи, туловища розоватого цвета пятна с периферическим ростом, более крупные напоминают «медальоны». Самая крупная «материнская бляшка».
Папулезный (псориазоформный) сифилид	На боковых поверхностях туловища милиарные папулы розового цвета с незначительным шелушением. Положительный комплекс серологических реакций.

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

<https://diseases.medelement.com/disease/%D0%BF%D1%81%D0%BE%D1%80%D0%B8%D0%B0%D0%B7-%D0%BA%D1%80-%D1%80%D1%84-2023/17540>

<https://www.aad.org/member/clinical-quality/guidelines/psoriasis>

<https://eadv.org/publications/clinical-guidelines/>

4.1 Тактика лечения на амбулаторном и стационарном уровнях :

Немедикаментозное лечение:

- Стол №15 (ограничить: прием острых блюд, специй, алкогольных напитков, животных жиров) В пищу рекомендуется включить растительные масла, а также продукты, богатые витаминами (фрукты, овощи). [25]

Физиотерапевтические процедуры:

Начальную дозу облучения определяют на основании индивидуальной чувствительности кожи путем измерения минимальной фототоксической дозы при ПУВА-терапии или минимальной эритемной дозы при УФВ-терапии либо без определения минимальных фототоксических/эритемных доз на основании фототипа кожи (по классификации Т.Б. Фитцпатрика).

Рекомендуются для лечения пациентов с псориазом с распространенными высыпаниями (средней и тяжелой степени тяжести) методы средневолновой фототерапии (УФВ/УФВ-311) и методы ПУВА-терапии с целью купирования клинических проявлений заболевания

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17036665/>

С 4	Селективная фототерапия (широкополосная ультрафиолетовая терапия): начальная доза облучения составляет 50-70% от минимальной эритемной дозы. При дозировании облучения в зависимости от типа кожи и степени загара пациента облучение начинают с дозы 0,01-0,03 Дж/см ² . Процедуры проводят с режимом 3-5 раз в неделю. При отсутствии эритемы разовую дозу увеличивают каждую 2-3-ю процедуру на 5-30%, или на 0,01-0,03 Дж/см ² . На курс назначают 15-35 процедур
----------------------	---

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15097957/>

В 2	узкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия: начальная доза облучения составляет 50-70% от минимальной эритемной дозы. При дозировании облучения в зависимости от типа кожи и степени загара пациента облучение начинают с дозы 0,1-0,3 Дж/см ² . Процедуры проводят 3-4 раза в неделю. При отсутствии эритемы разовую дозу повышают каждую процедуру или через процедуру на 5-30%, или на 0,05-0,2 Дж/см ² , при появлении слабовыраженной эритемы дозу оставляют постоянной. На курс назначают 15-35 процедур
----------------	--

Комментарии: Узкополосная средневолновая терапия с длиной волны 311 нм (УФВ-311) является более эффективным методом УФВ-терапии по сравнению с селективной фототерапией. Узкополосная средневолновая терапия длиной волны 311 нм (УФВ-311) предпочтительна при незначительной инфильтрации в очагах поражения кожи.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12063488/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12399761/>

В 3	ультрафиолетовое облучение кожи 308 нм (эксимерное УФ-облучение). При локализации высыпаний на лице, шее, туловище, верхних и нижних конечностях (кроме локтевых и коленных суставов) и незначительной инфильтрации очагов поражения лечение начинают с дозы облучения, равной 1 минимальной эритемной дозы, при выраженной инфильтрации очагов - с дозы, равной 2. При локализации высыпаний на коже локтевых и коленных суставов и незначительной инфильтрации псориатических бляшек начальная доза облучения составляет 2 минимальной эритемной дозы, при наличии плотных инфильтрированных бляшек - 3. Повышение разовой дозы облучения осуществляют каждую процедуру или каждую 2-ю процедуру на 1 минимальной эритемной дозы, или 25% от предыдущей дозы. Лечение проводят с режимом 2-3 раза в неделю. На курс назначают 15-35 процедур
----------------	--

Комментарии: Лечение ультрафиолетовым облучением кожи 308 нм (эксимерное УФ-облучение), показано, главным образом, при ограниченных формах псориаза с площадью поражения не более 10% поверхности тела.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16847198/>

В 2	Ультрафиолетовое облучение кожи. Фотохимиотерапия с внутренним применением фотосенсибилизаторов (ПУВА) взрослым пациентам. В качестве фотосенсибилизаторов используют псоралены для системного применения, которые принимают в дозе 0,6-0,8 мг на 1 кг массы тела за один прием, за 1,5-2 часа до облучения длинноволновым УФ-светом. Начальная доза УФА составляет 50-70% от минимальной фототоксической дозы. При дозировании облучения в зависимости от типа кожи и степени загара пациента начальная доза составляет 0,25-1,0 Дж/см ² . Процедуры проводят 2-4 раза в неделю. При отсутствии эритемы разовую дозу облучения увеличивают каждую 2-ю процедуру максимум на 30%, или на 0,25-1,0 Дж/см ² . При появлении слабовыраженной эритемы дозу облучения оставляют постоянной. Максимальные значения разовой дозы УФА - 15-18 Дж/см ² . На курс назначают 15-35 процедур
----------------	---

Комментарии: ПУВА-терапия предпочтительна при выраженной инфильтрации в очагах поражения кожи.

В 2	<p>Ультрафиолетовое облучение кожи. Фотохимиотерапия с внутренним применением фотосенсибилизаторов (ПУВА) взрослым пациентам. В качестве фотосенсибилизаторов используют псоралены для системного применения, которые принимают в дозе 0,6-0,8 мг на 1 кг массы тела за один прием, за 1,5-2 часа до облучения длинноволновым УФ-светом. Начальная доза УФА составляет 50-70% от минимальной фототоксической дозы. При дозировании облучения в зависимости от типа кожи и степени загара пациента начальная доза составляет 0,25-1,0 Дж/см². Процедуры проводят 2-4 раза в неделю. При отсутствии эритемы разовую дозу облучения увеличивают каждую 2-ю процедуру максимум на 30%, или на 0,25-1,0 Дж/см². При появлении слабовыраженной эритемы дозу облучения оставляют постоянной. Максимальные значения разовой дозы УФА - 15-18 Дж/см². На курс назначают 15-35 процедур</p>
----------------	--

В 2	<p>Ультрафиолетовое облучение кожи. Фотохимиотерапия с наружным применением фотосенсибилизаторов взрослым пациентам. В качестве фотосенсибилизаторов используют псоралены для местного применения, которые наносят на очаги поражения за 15-60 минут до облучения. Начальная доза УФА составляет 20-30% от минимальной фототоксической дозы. При дозировании облучения в зависимости от типа кожи и степени загара пациента начальная доза составляет 0,2-0,5 Дж/см². Процедуры проводят 2-4 раза в неделю. При отсутствии эритемы разовую дозу облучения увеличивают каждую 2-3-ю процедуру максимум на 30%, или на 0,1-0,5 Дж/см². При появлении слабовыраженной эритемы дозу оставляют постоянной. Максимальные значения разовой дозы УФА - 5-8 Дж/см². На курс назначают 20-50 процедур</p>
----------------	--

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17519218/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17010742/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7949478/>

В 2	<p>ПУВА-ванны взрослым пациентам с водным раствором амми большой плодов фурукумарины. Начальная доза облучения УФА составляет 20-30% от минимальной фототоксической дозы, или 0,3-0,6 Дж/см². Как при общих, так и при локальных ПУВА- ваннах облучение проводят 2-4 раза в неделю. При отсутствии эритемы разовую дозу увеличивают каждую 2-ю процедуру максимум на 30%, или на 0,2-0,5 Дж/см². У пациентов с I-II типом кожи дозирование проводят в диапазоне доз 0,5-1,0-1,5-2,0-2,5-3,0 Дж/см². У пациентов с III-VI типом кожи облучение проводят в диапазоне доз 0,6-1,2-1,8-2,4-3,0-3,6 Дж/см². При появлении слабовыраженной эритемы дозу оставляют постоянной.</p> <p>Максимальная разовая доза облучения у пациентов с I-II типом кожи составляет 4,0 Дж/см², у пациентов с III-VI типом кожи - 8,0 Дж/см². На курс назначают 15-35 процедур</p>
----------------	--

Рекомендуется при неэффективности фототерапии или системной терапии метотрексатом или ретиноидами для лечения псориаза или иммунодепрессантами циклоспорином, апремиластом, тофацитинибом у пациентов с распространенными высыпаниями (псориазом средней и тяжелой степени тяжести) комбинированная терапия:

С 5	<p>фототерапия + ретиноиды для лечения псориаза. Облучение начинают, в зависимости от индивидуальной чувствительности пациента, с дозы, составляющей 30-50% от МЭД или МФД. В дальнейшем разовую дозу повышают на 10-30% от МЭД или МФД. При появлении слабой эритемы дозу облучения не повышают, а в случае развития выраженной эритемы и болезненности кожи требуется перерыв в лечении</p>
----------------	---

--	--

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20015056/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7174914/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/676424/>

В 2	<ul style="list-style-type: none"> • Перед назначением ретиноидов для лечения псориаза пациентам, получающим УФВ или ПУВА-терапию в виде монотерапии, показано дозу облучения уменьшить на 50% • фототерапия + метотрексат
----------------	--

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29036248/>

С 4	Узкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия + апремиласт взрослым пациентам
----------------	--

<https://www.rodv.ru/upload/iblock/a84/q6gxj2hn1mip4m1vaaq1vyvsvy05u11y.pdf>

С 4	Ультразвуковая терапия с применением средств для топического применения Пелоидотерапия
----------------	---

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31099439/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32869298/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29908578/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29102940/>

<https://www.tmj-vgmu.ru/jour/article/view/720/676>

С 4	Бальнеотерапия с минеральными солями, травяными отварами
----------------	--

Медикаментозное лечение.

Включение незарегистрированных лекарственных средств в клинический протокол в Республике Узбекистан в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования не будет являться основанием для возмещения расходов.

Таблица-1

Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100 % вероятность применения):

<i>Фармакотерапевтическая группа:</i>	<i>МНН ЛС</i>	<i>Способ применения</i>	<i>Уровень доказательности</i>

Антигистаминные препараты	Дезлоратадин	Таблетки 5 мг раствор 10 мл перорально 1 раз в сутки 7-14 дней	(B) https://medicab.com/drugs/4e378840-105f-43dc-a1ca-572c6b314954 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29507561/
	Цетиризин	Таблетки 5 мг раствор 10 мл перорально 1 раз в сутки 7-14 дней	(B) https://medicab.com/drugs/520495cc-d9c7-491d-a392-bbae79ce7abb https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29507561/
	Левосетиризин	таблетки 5 мг раствор 20 капель перорально 1 раз в сутки 7-14 дней	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31714659/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29507561/
	Хлоропирамин	таблетки по 25 мг 3-4 раза/сут, При в/м или в/в введении взрослым разовая доза составляет 20-40 мг	(B) https://diseases.medelement.com/disease/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29507561/

	Эбастин	Внутрь. Рекомендуемая доза для взрослых - 10-20 мг/сут.	(B) <a href="https://medicl
ab.com/drugs/192
9f27b-33f3-48ad-
941a-
1ebee376df86">https://medicl ab.com/drugs/192 9f27b-33f3-48ad- 941a- 1ebee376df86 <a href="https://pubme
d.ncbi.nlm.nih.gov
/29507561/">https://pubme d.ncbi.nlm.nih.gov /29507561/
	Лоратадин	Таблетки 5 мг раствор 10 мл перорально 1 раз в сутки 7-14 дней	(B) <a href="https://medicl
ab.com/drugs/86e
315d7-e3f0-4771-
bce2-
e2ca1dab9119">https://medicl ab.com/drugs/86e 315d7-e3f0-4771- bce2- e2ca1dab9119 <a href="https://pubme
d.ncbi.nlm.nih.gov
/29507561/">https://pubme d.ncbi.nlm.nih.gov /29507561/
	Биластин	Внутрь. Рекомендуемая доза для взрослых - 10-20 мг/сут.	(B) <a href="https://pubme
d.ncbi.nlm.nih.gov
/34397204/">https://pubme d.ncbi.nlm.nih.gov /34397204/ <a href="https://pubme
d.ncbi.nlm.nih.gov
/29507561/">https://pubme d.ncbi.nlm.nih.gov /29507561/
Гипосенсибилизирующие средства *	Тиосульфат натрия	в/в — 5–50 мл 30% раствора внутрь — 2–3 г на прием в виде 10% раствора.	(B) <a href="https://medicl
ab.com/drugs/9c9
3b060-8249-4c9e-
b43b-
602ffc4d42b6">https://medicl ab.com/drugs/9c9 3b060-8249-4c9e- b43b- 602ffc4d42b6
	Глюконат кальция	В/в, в/в медленно (в течение 2–3 мин) или капельно, взрослым — 5–10 мл 100 мг/мл раствора ежедневно, через день или через 2 дня. Детям — внутривенно	(B) <a href="https://medicl
ab.com/drugs/14a
71333-052b-490a-">https://medicl ab.com/drugs/14a 71333-052b-490a-

		медленно (в течение 2–3 мин) или капельно, в зависимости от возраста, от 1 до 5 мл 100 мг/мл раствора каждые 2–3 дня.	bbe4-295b544ebc4a
Кортикостероиды для лечения заболеваний кожи для наружного применения I (очень высокая активность).	Клобетазола пропионат: 0,05%	наружно 1 раз в сутки; в течение 2–4 – х недель	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15303780/
	Бетаметазона дипропионат: 0,1%; 0,05%	наружно 1–2 раза в сутки; в течение 2–4 – х недель	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32186532/
II (высокая активность).	Мометазона фураат: 0,1%	наружно 1–2 раза в сутки; в течение 3–4 – х недель	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1781761/#:~:text=Of%20importance%20is%20the%20fact,for%20patients%20using%20this%20drug
	Триамцинолона ацетонид: 0,5%	наружно 1–2 раза в сутки; в течение 3–4 – х недель	(B) https://www.koreamed.org/SearchBasic.php?RID=0048KJD/1994.32.6.1054&DT=1
	Метилпреднизолон ацепонат: 0,1%	наружно 1–2 раза в сутки; в течение 3–4 – х недель	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16409433/
	Флуоцинонид: 0,05%	наружно 1–2 раза в сутки; в течение 3–4 – х недель	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14107624/

III–IV (средняя активность).	Мометазона фураат: 0,1%	наружно 1–2 раза в сутки; в течение 3–4 – х недель	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3058398/
	Триамцинолона ацетонид: 0,1%	наружно 2 раза в сутки; в течение 2–4 – х недель	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2261015/
	Флуоцинолона ацетонид 0,025%	наружно 1–2 раза в сутки; в течение 2–4 – х недель	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/387495/
	Бетаметазона валерат: 0,1%	наружно 1–2 раза в сутки; в течение 2–4 – х недель	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32186532/
V (активность ниже средней). Один из списка.	Гидрокортизона бутират 0,1%	наружно, в среднем, 2 раза в сутки; в течение 3–4 – х недель	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27183704/
	Гидрокортизона пробутат 0,1%	наружно, в среднем, 2 раза в сутки; в течение 3–4 – х недель	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27183704/
VI (низкая активность).	Аклометазона дипропионат 0,05%	наружно, в среднем, 2 раза в сутки; в течение 3–4 – х недель	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7152079/
	Флуоцинола ацетонид 0,01%	наружно, в среднем, 2–3 раза в сутки; до 4 – х недель	(C) https://pubmed

			d.ncbi.nlm.nih.gov/387495/
VII (самая низкая активность)	Дексаметазон 0,1%	наружно, в среднем, 2–3 раза в сутки; до 4 – х недель	(B) https://www.koreamed.org/SearchBasic.php?RID=0048KJD/1994.32.6.1054&DT=1
Дерматотропные средства	Кальципотриол	наружно 2 раза в сутки, в среднем, в течение 6–8 недель. У детей старше 12 лет кальципотриол наносят тонким слоем на пораженные участки кожи 2 раза в сутки, максимальная доза за неделю не должна превышать 75 г; у пациентов от 6 до 12 лет также используется 2 раза в сутки, максимальная доза за неделю не должна превышать 50 г. Терапевтический эффект наблюдается через 1–2 недели от начала лечения. Курс лечения не должен превышать 6–8 недель.	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9039169/
	Такальцитол	Применяют наружно. Наносят на пораженные участки кожи 2 раза/сут.	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18700105/
Глюкокортикостероид + комбинации с другими	Бетаметазон + кальципотриол (0,05%) комбинированный препарат	1 раз в сутки. Длительность применения для мази, в среднем, 4 недели и для геля – 4–8 недель.	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12125943/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12522370/
Кератолитическое средство	Салициловая кислота (2-5%)	наружно 1–2 раза в сутки в течение 2–3–х недель	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10065604/
	Мочевина (10,15,20,30,50%)	наружно 1–2 раза в сутки в течение 2–3–х недель	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25604924/
Глюкокортикостероид	Салициловая	наружно 1–2 раза в сутки в	(C)

роид + кератолитическое средство	кислота + бетаметазон	течение 2–3–х недель	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7152080/
Глюкокортикостероид + кератолитическое средство	Салициловая кислота + мометазон	наружно 1–2 раза в сутки в течение 2–3–х недель	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9377614/
Синтетические ретиноиды для наружного применения	Тазаротен	наружно 1–2 раза в сутки, в среднем, в течение 8–12 недель.	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10731131/
Селективный ингибитор фосфодиэстеразы 4	Рофлумиласт	крем 0,3% наружно 1 раз в день до 32 недель	(A) https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2022/215985s0001bl.pdf https://www.medscape.com/viewarticle/978324?&icd=login_success_email_match_pdf
Ингибиторы кальциневрина	Такролимус (0.1% ; 0.03%)	наружно 1–2 раза в сутки, в среднем, в течение 8–12 недель.	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15347485/
	Пимекролимус (1%)	наружно 1–2 раза в сутки, в среднем, в течение 8–12 недель.	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15347485/

Примечание: Если необходимый препарат из определённой группы отсутствует в перечне, утверждённом для применения в стационаре, или временно недоступен, врач может назначить альтернативный препарат (препараты с разным механизмом действия, но одной терапевтической целью). Выбор лекарства осуществляется на основе клинической ситуации, состояния пациента и доступных ресурсов.

Дозировка и количество препаратов определяются врачом индивидуально.

Препараты для увлажнения кожи (эмоленты), медицинские изделия, биологически активные добавки, микроэлементы, витамины, антиоксиданты и косметические средства могут применяться по необходимости при лечении дерматологических больных, если они не имеют противопоказаний и сертифицированы на территории Республики Узбекистан.

Таблица-2

Перечень основных лекарственных средств (менее 100% вероятности применения):

<i>Фармакологическая группа</i>	<i>МНН ЛС</i>	<i>Способ применения</i>	<i>Уровень доказательности</i>
Дерматопротекторное средство	Активированный пиритион цинка	<p>наносят 2 раза в сутки в течение 4–6 недель. Аэрозоль распыляют с расстояния 15 см 2–3 раза в сутки в течение недели.</p> <p>Лекарственное средство для наружного применения наносится на влажные волосы с последующим массажем кожи головы, далее необходимо промыть волосы, повторно нанести и оставить средство для наружного применения на голове в течение 5 минут, затем тщательно промыть волосы большим количеством воды.</p> <p>Применять 2–3 раза в неделю; курс лечения — 5 недель. В период ремиссии может использоваться 1–2 раза в неделю в качестве средства профилактики рецидивов.</p>	<p>(C)</p> <p>https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22367374/</p>
Тиронклар учун	Октопирокс ва Аквасил комплекси	<p>Косметик процедуранинг идеал функционаллиги учун кўллашдан олдин ишлов бериладиган сиртни яхшилаб тозалаш муҳимдир</p>	<p>(C)</p> <p>https://eptaderm.com/epta-pso-nails/</p>

<p>Дерматотропное средство</p>	<p>Дитранол и его производные</p>	<p>Подбор концентрации, время аппликации и каждый переход к более высокой концентрации устанавливает врач. Существует 2 схемы лечения препаратом Дитранол. В начале лечения наносят лекарственное средство для наружного применения дитранол на пораженные участки кожи на ночь, утром место аппликации промывают теплой водой с большим количеством мыла. Вторая схема применения – это метод «получасовой терапии»: применяют лекарственное средство для наружного применения дитранол, длительностью аппликации 20–30 мин. После этого удаляют избыток лекарственного средства для наружного применения ватным тампоном и моют место аппликации теплой водой с большим количеством мыла. Лечение продолжают до исчезновения поражений.</p>	<p>(B)</p> <p>https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/85893/</p>
<p>Ингибиторы кальциеврина</p>	<p>Циклоспорин</p>	<p>Начальная доза циклоспорина составляет от 2,5 до 3 мг/кг массы тела в сутки в 2 приема. В тяжелых случаях при необходимости доза препарата может быть увеличена до максимальной – 5 мг на кг массы тела в сутки. При достижении положительного результата дозу необходимо постепенно снижать до полной отмены.</p>	<p>(B)</p> <p>https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1986287/</p> <p>https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21093659/</p> <p>https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21093660/</p> <p>https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16428145/</p>

<p>Антиметаболиты (аналоги фолиевой кислоты)</p>	<p>Метотрексат</p>	<p>У взрослых метотрексат назначается в дозе от 10 до 30 мг / нед. п/к, в/м или внутрь; у детей – 0,2–0,7 мг/кг/нед.</p>	<p>(A) https://www.jaad.org/article/S0190-9622(10)02161-4/fulltext https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26614486/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27168193/</p>
<p>Витамин группы В</p>	<p>Фолиевая кислота</p>	<p>Рекомендован прием фолиевой кислоты через 12 – 48 часов после приема метотрексата. Оптимально – через 24 часа после недельной дозы метотрексата. Доза фолиевой кислоты должна быть не менее 5 мг в неделю.</p>	<p>(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24972718/</p>
<p>Системные ретиноиды</p>	<p>Ацитретин</p>	<p>Назначают в начальной суточной дозе 25 мг или 30 мг в сутки; препарат принимают один раз в сутки во время еды или с молоком; длительность приема 2–4 недели. У детей суточная доза зависит от массы тела и составляет около 0,5 мг/кг. В некоторых случаях на ограниченное время могут потребоваться более высокие дозы, до 1 мг/кг в сутки (не более 35 мг/сутки).</p>	<p>(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2530251/ https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7318687/</p>

<p>Селективный иммунодепрессант (ингибитор фосфодиэстеразы-4)</p>	<p>Апремиласт</p>	<p>По 30 мг 2 раза в день. Требуется начальное титрование дозы, после первичного титрования повторного титрования не требуется.</p>	<p>(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27307707/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26357944/</p>
<p>Антинеопластические средства</p>	<p>Гидроксимочевина</p>	<p>500мг ежедневно, дозу повышают до 1,0-1,5г ежедневно в зависимости от терапевтической реакции и переносимости</p>	<p>(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10233638/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10681171/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1918491/</p>
<p>Цитостатический препарат из группы антиметаболитов пуринов</p>	<p>6-Тиогуанин</p>	<p>Начинают с 80мг 2 раза в неделю с увеличением на 20мг каждые 2-4 недели. Максимальная доза 160мг 3 раза в неделю.</p>	<p>(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2436424/</p>

<p>Иммунодепрессивные препараты</p>	<p>Микофенолат мифетил</p>	<p>начинают часто с 500-750 мг два раза в день, затем увеличивают дозу до 1,0-1,5г два раза в день</p>	<p>(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17970888/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12704533/</p>
<p>Противомикробные и противовоспалительные средства</p>	<p>Сульфасалазин</p>	<p>Начальная доза 500мг три раза в день. При хорошей переносимости через три дня дозу увеличивают до 1г три раза в день. Если доза переносима, через 6 недель её увеличивают до 1г четыре раза в день.</p>	<p>(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38545493/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1690970/</p>
<p>Селективный иммунодепрессант (Гуманизованное рекомбинантное моноклональное антитело, связывающее сD11)</p>	<p>Эфализумаб</p>	<p>П/к инъекции. Подбор дозы в соответствии с массой тела. При весе <100кг-45мг; >100кг-90мг. Инъекции на неделе 0 и 4, а затем каждые 12 недель.</p>	<p>(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17241576/</p>

<p>Селективный иммунодепрессант (ингибитор сигнальной системы JAK/STAT)</p>	<p>Тофацитиниб</p>	<p>5–10 мг 2 раза в сутки перорально.</p>	<p>(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30118353/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26899199/</p>
<p>Селективный иммунодепрессант (ингибиторы ФНО–альфа)</p>	<p>Этанерцепт</p>	<p>Взрослым п/к по 25 мг дважды в неделю с интервалом 3–4 дня. Возможно введение 50 мг препарата один раз в неделю путем однократной п/к инъекции. В качестве альтернативы этанерцепт можно применять по 50 мг дважды в неделю на протяжении не более 12 недель. При необходимости продолжения лечения этанерцепт следует вводить в дозе 25 мг дважды в неделю или 50 мг один раз в неделю. Терапию следует проводить до достижения ремиссии и, как правило, не более 24 недель. В некоторых случаях продолжительность лечения может составить более 24 недель. При псориазе у детей 6 лет и старше доза определяется из расчета 0,8 мг/кг массы тела (максимальная разовая доза 50 мг). Препарат вводится 1 раз в нед. подкожно, до тех пор, пока не будет достигнута ремиссия, как правило, не более 24 нед. Лечение препаратом следует</p>	<p>(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18199863/</p>

		<p>прекратить, если после 12 нед. терапии не наблюдается положительной динамики симптомов. При необходимости повторного назначения этанерцепта, следует соблюдать длительность лечения, указанную выше. Доза препарата – 0,8 мг/кг массы тела (максимальная разовая доза 50 мг) 1 раз в нед. В некоторых случаях продолжительность лечения может составить более 24 недель.</p>	
--	--	---	--

	Инфликсимаб	<p>Инфликсимаб взрослым пациентам с псориазом внутривенно капельно медленно (не менее 2 ч.) со скоростью не более 2 мл/мин. Под наблюдением медицинского персонала. Для лечения псориаза начальная доза инфликсимаба составляет 5 мг на кг веса пациента. После первого введения препарат вводят в той же дозе на 0, 2 и 6 неделе, а затем каждые 8 недель. При отсутствии эффекта в течение 14 недель (после проведения четырех внутривенных инфузий) продолжать лечение не рекомендуется.</p>	<p>(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15389187/</p>
	Адалimumаб	<p>Взрослым и детям с 4–х лет, пациентам с бляшечным псориазом среднетяжелой и тяжелой степени, подкожно в область бедра или живота в начальной дозе 80 мг, поддерживающая доза – по 40 мг 1 раз в 2 недели, начиная через неделю после начальной дозы.</p>	<p>(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17936411/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17010738/</p>

	<p>Цертолизумаб пэгол</p>	<p>П/к, в разные анатомические области, чередуя места введения между животом и бедрами. Индукционная доза — 400 мг в 1-й день, на 2-й и 4-й нед лечения. Поддерживающая доза — 200–400 мг 1 раз в 2–4 нед.</p>	<p>(A) https://www.rlsnet.ru/active-substance/certolizuma-ba-pegol-2986 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29660421/</p>
<p>Селективный иммунодепрессант (ингибитор ИЛ – 12,23)</p>	<p>Устекинумаб</p>	<p>Взрослым пациентам подкожно 45 мг. Вторую инъекцию делают 4 недели спустя после первого применения, а затем каждые 12 недель. У пациентов с массой тела более 100 кг препарат рекомендуется использовать в дозе 90 мг. В случае недостаточной клинической эффективности при применении каждые 12 недель, следует увеличить дозу препарата до 90 мг каждые 12 недель. Если такой режим дозирования не эффективен, дозу препарата 90 мг следует вводить каждые 8 недель. Детям в возрасте старше 6 лет с массой тела подбор дозы осуществляется индивидуально с учетом массы тела.</p>	<p>(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18486739/</p>

<p>Ингибитор интерлейкина 36 (IL-36R)</p>	<p>Спесолимаб</p>	<p>450 мг/7,5 мл (60 мг/мл) раствор во флаконе с однократной дозой вводится в виде разовой дозы путем внутривенной инфузии в течение 90 минут</p> <p>Если симптомы обострения сохраняются, можно ввести дополнительную внутривенную дозу 900 мг (более 90 минут) через неделю после начальной дозы.</p>	<p>(A)</p> <p>https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2022/761244s0001bl.pdf</p>
<p>Высокоселективное моноклональное антитело, ингибитор интерлейкина 17A и 17F</p>	<p>Бимекизумаб</p>	<p>Доза составляет 320 мг (2 подкожные инъекции по 160 мг) на 0 неделе и затем на 4, 8, 12 и 16 неделях и затем каждые 8 недель. Для пациентов с весом 120 кг и более рекомендованная доза составляет 320 мг каждые 4 недели после 16 недель.</p>	<p>(A)</p> <p>https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35544084/</p>

<p>Селективный иммунодепрессант (ингибиторы ИЛ 17–А / 17–РА)</p>	<p>Секукинумаб</p>	<p>Взрослым пациентам, по возможности в непораженный участок кожи, 300 мг в качестве начальной вводимой дозы на 0, 1, 2 и 3 неделях, с последующим проведением поддерживающей терапии в виде ежемесячного введения, начиная с 4–й недели. Каждая доза 300 мг вводится в виде двух отдельных подкожных инъекций по 150 мг.</p> <p>Детям в возрасте старше 6 лет с массой тела менее 50 кг вводят в дозе 75 мг по той же схеме, что и для взрослых.</p>	<p>(А) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26259989/</p>
	<p>Иксекизумаб</p>	<p>Взрослым пациентам с псориазом среднетяжелой и тяжелой степени. Начальная рекомендуемая доза (0 неделя) для лечения пациентов составляет 160 мг в виде подкожной инъекции, далее 80 мг на 2, 4, 6, 8, 10 и 12 неделе, затем поддерживающая доза 80 мг каждые 4 недели (вне зависимости от массы тела). Начальная доза 160 мг вводится в виде двух отдельных подкожных инъекций по 80 мг.</p>	<p>(А) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27299809/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29747232/</p>

	Нетакимаб	<p>Взрослым в дозе 120 мг вводится 1 раз в неделю на неделях 0, 1 и 2 с последующим проведением поддерживающей терапии в дозе 120 мг 1 раз каждые 4 недели, начиная с 6-й недели. Доза 120 мг вводится в виде двух подкожных инъекций по 1 мл (60 мг) препарата каждая</p>	<p>(B) https://www.medi.asphera.ru/issues/klinicheskaia-dermatologiya-i-venerologiya/2019/4/199728492019041479</p>
Селективный иммунодепрессант (ингибиторы ИЛ – 23)	Гуселькумаб	<p>Рекомендуемая доза составляет 100 мг в виде подкожных инъекций. Вторую инъекцию делают 4 недели спустя после первого применения, затем каждые 8 недель.</p>	<p>(A) https://www.jaad.org/article/S0190-9622(16)31157-4/fulltext</p>
	Рисанкизумаб	<p>Взрослым рекомендуемая доза - 150 мг на неделе 0, неделе 4 и далее каждые 12 недель (в виде двух подкожных инъекций по 75 мг одновременно)</p>	<p>(A) file:///C:/Users/Le novo/Downloads/1349-4777-1-PB.pdf</p>
Иммуномодулирующее средство	Смеси эфиров фумаровой кислоты	<p>Начиная с одной стартовой дозы, увеличивая в течение следующих 8 недель до максимума 6 доз в день</p>	<p>(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27271164/</p>
	Преднизолон	<p>Для взрослых пациентов 40 – 50 мг в день. После достижения клинического улучшения (регресса) начинают постепенную отмену препарата. Общая продолжительность лечения, в среднем, не более 2–3 недель.</p>	<p>(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13767162/</p>

Системные ГКС *	Метилпреднизолон	Дозы глюкокортикоидов, в большинстве случаев, для взрослых составляют 40 – 50 мг в день в пересчете на преднизолон. После достижения положительного клинического результата – начинают постепенную отмену препарата. Общая продолжительность лечения глюкокортикостероидами обычно небольшая (в среднем, не более 2–3 недель).	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13767162/
	Бетаметазон	в/м в дозе от 1,0 до 2,0 мл каждые 2–4 недели.	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13767162/
Препараты, оказывающие гепатопротекторное действие *	Эссенциальные фосфолипиды	в/в медленно 1-2 ампулы (5-10 мл) , разводить раствор кровью пациента в соотношении 1:1. При необходимости разведения препарата используется только 5% или 10% раствор декстрозы для инфузионного введения Внутрь. Для подростков старше 12 лет и с массой тела более 43 кг, а также для взрослых рекомендуется принимать по 2 капсулы 3 раза/сут во время еды.	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35088499/
	Оксиматрин	в/м по 600 мг , один раз в день в/в 600 мг развести в 100 – 250 мл 5% раствора глюкозы или 0,9% раствора натрия хлорида. Вводить внутривенно капельно, со скоростью 60 капель в минуту, один раз в день внутрь, по 2 капсулы (0,2 г	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28450041/

		оксиматрина) три раза в день. При необходимости дневную дозу можно увеличить до 3 капсул три раза в день (что эквивалентно 0,3 г оксиматрина).	
	Урсодезоксихолевая кислота	Внутрь. Детям и взрослым с массой тела менее 34 кг рекомендуется применять урсодезоксихолевую кислоту в виде суспензии. Рекомендуемая доза урсодезоксихолевой кислоты составляет 10 мг/кг/сутки	(C) https://mediqlab.com/drugs/f111157b-cb3f-4c34-b8b8-ae84794d0084
	Антраль	внутри после еды 3 раза в сутки взрослым и детям старше 10 лет - по 200 мг на прием детям 4-10 лет - по 100 мг на прием	(C) https://mediqlab.com/drugs/57f976df-704c-46ee-b1c4-b7a71d5284a1
Витамины	Альфа-Токоферола ацетат	Внутри после еды в дозировке по 50 – 100 мг в день (длительность приема - 20-40 дней)	(C) https://www.lekhi.m.ua/ru/alfa-tokoferola-acetat-vitamin-e-dose-50-mgml-po-20-ml-no-1
	Ретинола ацетат	Высшая суточная доза для взрослых не должна превышать 100 000 МЕ 33 000–100 000 МЕ/сут	(B) https://compendium.com.ua/info/62400/vitamin-a
	Холекальциферол	Внутри, в/м. 500-200.000МЕ Учитывая уровень недостаточности	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37571324/
	Аскорбиновая кислота	Внутри, в/м, в/в 250-1000мг/сут	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35010995/

	Цианокобаламин	в/м или в/в по 1 мг ежедневно в течение 1-2 недель, поддерживающая доза 1-2 мг в/м или в/в - от 1 раза в неделю, до 1 раза/мес.	
	Тиамин	<p>в/м (глубоко)</p> <p>Начинать введение препарата рекомендуется с малых доз (не более 0,5 мл 5% раствора) и только при хорошей переносимости переходить на более высокие дозы</p> <p>Взрослым назначают по 25–50 мг тиамин гидрохлорида (0,5–1 мл 5% раствора) 1 раз в сутки, ежедневно; детям — по 12,5 мг (0,25 мл 5% раствора) 1 раз в сутки.</p> <p>Курс лечения составляет 10–30 инъекций.</p>	<p>(C)</p> <p>https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37063401/</p>
	Рибофлавин	<p>Внутрь: взрослым - 5-10 мг в сутки; детям - 2-5 мг 1 раз в сутки. Длительность лечения - 1-1.5 мес.</p> <p>В/м: 1 мл 1% раствора (0.1 г) 1 раз в сутки в течение 10-15 дней (детям - 3-5 дней), затем 2-3 раза в неделю; курс лечения - 15-20 инъекций.</p>	<p>(C)</p> <p>https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13361544/</p>
Антидепрессанты	Доксепин	<p>Внутрь. При умеренно выраженной степени депрессии и/или тревожности начальная доза составляет 75 мг/сут. В дальнейшем индивидуально подбирают эффективную дозу, которая обычно составляет 75-150 мг/сут.</p> <p>Увеличение дозы проводят постепенно. При значительно выраженной депрессии и/или тревожности эффективная доза может достигать 300 мг/сут. У больных с минимально выраженными нарушениями могут оказаться эффективными меньшие дозы - 25-50 мг/сут. Кратность</p>	<p>(B)</p> <p>https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27578078/</p>

		<p>приема - 1-2 раза/сут (при однократном приеме в течение дня доза доксепина не должна превышать 150 мг).</p> <p>При расстройствах сна большую часть суточной дозы принимают вечером.</p>	
	Миртазапин	<p>Внутри 15-45 мг/сут преимущественно 1 раз/сут перед сном. Дозу постепенно увеличивают до 30-45 мг/сут. Антидепрессивный эффект развивается постепенно, обычно через 2-3 недели от начала лечения, однако прием следует продолжать еще в течение 4-6 месяцев. Если в течение 6-8 недель лечения терапевтического эффекта не отмечается, лечение следует прекратить.</p> <p>Отмену миртазапина проводят постепенно.</p>	
	Пароксетин	<p>рекомендуется принимать 1 раз в сутки — утром во время еды. Таблетку следует глотать не разжевывая</p> <p>Рекомендуемая суточная доза — 20 мг., дозу необходимо тщательно подбирать индивидуально в течение первых 3–4 нед лечения, а затем корректировать ее в зависимости от клинических проявлений. Для лечения некоторых больных с недостаточным ответом на дозировку 20 мг может понадобиться повышение дозы. Это следует делать постепенно, повышая дозу на 10 мг (максимально до 50 мг/сут) в зависимости от клинической эффективности лечения.</p>	
Анксиолитики	Гидроксизин	<p>Внутри. По 12.5-50мг/сут</p> <p>Максимальная разовая доза не должна превышать 200 мг, максимальная суточная доза составляет не более 300 мг.</p> <p>У пациентов пожилого возраста начальную дозу следует уменьшить</p>	<p>(B)</p> <p>https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14445517/</p>

		в 2 раза. Пациентам с почечной недостаточностью средней и тяжелой степени тяжести, а также с печеночной недостаточностью необходимо снижение дозы.	
Антиоксиданты	Альфа-липоевая кислота	в/в капельно взрослым в дозе 600 мг в сутки в течение минимум 30 минут внутри взрослым и детям старше 14 лет - по 1 капсуле 1 раз в день перед едой. Продолжительность приема - не менее 1 месяца	(C) https://mediqlab.com/drugs/9572129b-5f56-4179-a69b-57ffa37dfe3a
	Глутатион	в/м, в/в медленно (2-3минуты) или путем инфузий по 600 мг в сутки или 1200мг через день. Внутри. 250мг в сутки, медленно рассасывая под языком. Курс приема 2-3-месячные циклы, которые можно повторять 2-3 раза в год.	(C) https://mediqlab.com/drugs/5dc77e7c-6dfb-4eab-9570-92bd53793d47

***Системные ГКС рекомендованы** к применению непродолжительным курсом, для устранения острого состояния при псориазической эритродермии, распространенном экссудативном или пустулезном псориазе

***Препараты, оказывающие гепатопротекторное действие**

При наличии симптомов, изменений в лабораторно-инструментальных исследованиях назначаются ЛС, обладающие гепатопротекторным свойством, выбор препарата, обладающим данными свойствами, определяется врачом.

***Антигистаминные, дезинтоксикационные и гипосенсибилизирующие средства**

У 2/3 взрослых пациентов с псориазом и в 90% случаев у детей псориазические высыпания сопровождаются зудом. Антигистаминные, дезинтоксикационные и гипосенсибилизирующие ЛС назначаются при наличии зуда или в тех случаях, когда псориаз протекает остро, с гиперергическими симптомами.

Примечание: Если необходимый препарат из определенной группы отсутствует в перечне, утверждённом для применения в стационаре, или временно недоступен, врач может назначить альтернативный препарат (препараты с разным механизмом действия, но одной терапевтической целью). Выбор лекарства осуществляется на основе клинической ситуации, состояния пациента и доступных ресурсов.

Дозировка и количество препаратов определяются врачом индивидуально.

Препараты для увлажнения кожи (эмоленты), медицинские изделия, биологически активные добавки, микроэлементы, витамины, антиоксиданты и косметические средства могут применяться по необходимости при лечении дерматологических больных, если они не имеют противопоказаний и сертифицированы на территории Республики Узбекистан.

Организация оказания медицинской помощи

В рамках оказания первичной врачебной медико-санитарной помощи врачи-терапевты

участковые, врачи-педиатры участковые, врачи общей практики при выявлении у больных высыпаний на коже, симптомов или признаков псориаза 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, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь оказывается врачами-дерматовенерологами в стационарных условиях.

Показания для госпитализации в медицинскую организацию: дневной и круглосуточный стационар:

- неэффективность проводимого ранее лечения;
- необходимость использования физиотерапевтических методов лечения;
- необходимость проведения поддерживающей терапии селективными иммунодепрессантами (ингибиторами фосфодиэстеразы-4, блокаторами янус-киназ), ингибиторами фактора некроза опухоли альфа (ФНО-альфа), ингибиторами интерлейкина;

Показания к выписке пациента из медицинской организации:

- регресс высыпаний и/или уменьшение клинических проявлений.[3]

Индикаторы эффективности лечения:

- отсутствие свежих элементов на коже и регресс высыпаний на коже (уменьшение индекса PASI);
- длительность ремиссии;
- улучшение качества жизни

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ
«ПСОРИАЗ»**

2.1. Введение

Псориаз — неинфекционное заболевание, которое проявляется в виде хронического воспаления кожи. При псориазе пораженным оказывается не только кожный покров. Течение умеренной или тяжелой форм псориаза может осложняться различными коморбидными патологиями.

Распространенность псориаза в мире составляет около 2%, однако по данным ряда исследований в развитых странах этот показатель выше и достигает в среднем 4,6% [1]. Примерно у двух третей больных псориазом заболевание протекает в легкой форме с поражением менее 3% поверхности кожи. У остальных поражение кожи носит более обширный характер.

Приблизительно у трех четвертей пациентов псориаз возникает в возрасте до 40 лет. У трети больных первые проявления отмечаются до 20-летнего возраста. Распространенность псориаза среди детей составляет 0,7%. Как правило, болезнь протекает как хроническое заболевание с чередующимися периодами ремиссий и обострений. Тем не менее, возможны периоды полной ремиссии, и в небольшом числе случаев наблюдаются ремиссии продолжительностью пять и более лет.

2.2 Определение

Псориаз - мультифакторное заболевание с наследственной предрасположенностью, характеризующееся повышенной пролиферацией эпидермальных клеток, нарушением кератинизации и воспалительной реакцией в дерме, обусловленной активированными Т-лимфоцитами и синтезом провоспалительных цитокинов. [1]

Терапия псориаза:

<https://www.aad.org/member/clinical-quality/guidelines/psoriasis>

<https://www.psoriasis.org/psoriasis-guidelines/>

А	Пациентам с псориазом для наружной терапии могут назначаться кортикостероиды для дерматологического применения, салициловая кислота, препараты для лечения псориаза для местного назначения другие (кальципотриол). Возможно также назначение препаратов для лечения заболеваний кожи других. Если заболевание имеет среднюю или тяжелую степень тяжести назначается системная терапия метотрексатом, ретиноидами для лечения псориаза, иммунодепрессантом циклоспорином или проводится ультрафиолетовое облучение кожи.
---	--

<https://mediqlab.com/drugs/9c93b060-8249-4c9e-b43b-602ffc4d42b6>

<https://mediqlab.com/drugs/14a71333-052b-490a-bbe4-295b544ebc4a>

В	Рекомендовано с целью устранения зуда антигистаминные и гипосенсибилизирующие препараты
---	---

<https://www.aad.org/member/clinical-quality/guidelines/psoriasis>

<https://www.psoriasis.org/psoriasis-guidelines/>

А	<p>При недостаточной эффективности средств системного лечения псориаза у пациента необходимо осуществлять перевод пациентов на терапию иммунодепрессантами. Используются селективные иммунодепрессанты (ингибиторы фосфодиэстеразы-4, блокаторы янус-киназ), ингибиторы фактора некроза опухоли альфа (ФНО-альфа), ингибиторы интерлейкина без учета фармакокинетики системной терапии. В случае возникновения нежелательных явлений, приведших к прекращению лечения метотрексатом, циклоспорином или ретиноидами для лечения псориаза необходимо предусмотреть период до нормализации нарушенных функций и/или лабораторных показателей, который должен предшествовать индукционной фазе генно-инженерной биологической терапии.</p>
---	--

<https://www.aad.org/member/clinical-quality/guidelines/psoriasis>
<https://www.psoriasis.org/psoriasis-guidelines/>

А	<p>Целесообразно при переводе пациента с терапии метотрексатом, циклоспорином постепенно уменьшать дозу выше названных лекарственных средств на фоне проведения начальной фазы терапии с использованием стандартных схем и доз селективных иммунодепрессантов (ингибиторов фосфодиэстеразы-4, блокаторов янус-киназ), ингибиторов фактора некроза опухоли альфа (ФНО-альфа), ингибиторов интерлейкина, предусмотренных инструкцией (в течение 12-16 недель - для метотрексата; не более 2-8 недель - для циклоспорина).</p>
---	---

<https://www.aad.org/member/clinical-quality/guidelines/psoriasis>
<https://www.psoriasis.org/psoriasis-guidelines/>

А	<p>При длительном применении селективных иммунодепрессантов (ингибиторов фосфодиэстеразы-4, блокаторов янус-киназ), ингибиторов фактора некроза опухоли альфа (ФНО-альфа), ингибиторов интерлейкина в случае эффективного лечения и хорошей переносимости, терапию следует продолжать с использованием стандартных доз и схем применения. Прекращать применение селективных иммунодепрессантов (ингибиторов фосфодиэстеразы-4, блокаторов янус-киназ), ингибиторов фактора некроза опухоли альфа (ФНО-альфа), ингибиторов интерлейкина в таком случае не следует, так как у пациентов со среднетяжелым и тяжелым псориазом высок риск развития рецидива при прекращении этого вида терапии. При возобновлении лечения с использованием генно-инженерных биологических средств прежняя эффективность может достигаться с трудом, так как при прерывистом лечении возрастает риск образования нейтрализующих антител. Доказана целесообразность комбинации ингибиторов фактора некроза опухоли альфа (ФНО-альфа) с метотрексатом для предотвращения образования аутоантител (в настоящее время не опубликованы результаты рандомизированных клинических исследований, демонстрирующих преимущества комбинации ингибиторов интерлейкина с метотрексатом для снижения иммуногенности этих лекарственных препаратов и предотвращения снижения эффективности). Неоднократная смена препаратов из групп ингибиторов фактора некроза опухоли альфа (ФНО-альфа) и ингибиторов интерлейкина может сопровождаться уменьшением терапевтической эффективности и невозможности достичь чистой или почти чистой кожи у пациента.</p>
---	---

A	В процессе терапии селективными иммунодепрессантами (ингибиторами фосфодиэстеразы-4, блокаторами янус-киназ), ингибиторами фактора некроза опухоли альфа (ФНО-альфа), ингибиторами интерлейкинов соответствии с инструкциями по медицинскому применению должен проводиться мониторинг нежелательных явлений и контроль лабораторных показателей.
----------	--

Для лечения ограниченных высыпаний пациентам рекомендуется наружная терапия
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27183704/>

C 3	гидрокортизон 0,1% мазь 0,1% крем, 1% мазь для наружного применения наносить на очаги поражения кожи 2 раза в сутки в течение 3-4 недель
----------------	--

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7152079/>

B 3	алклометазон крем 0,05%, мазь 0,05% наносить на пораженные участки кожи равномерным слоем 2-3 раза в сутки в течение 3-4 недель. У детей и в период долечивания возможно использовать препарат 1 раз в сутки. Для профилактики рецидивов при долечивании хронических заболеваний терапию следует продолжать еще некоторое время после исчезновения всех симптомов
----------------	---

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2261015/>

B 3	триамцинолон мазь 0,1% для наружного применения наносить на пораженные участки кожи 2 раза в сутки в течение 3-4 недель
----------------	---

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3058398/>

B 2	Мометазон крем 0,1%, мазь 0,1% наносить тонким слоем на пораженные участки кожи 1 раз в сутки в течение 3-4 недель
----------------	--

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16409433/>

C 4	метилпреднизолона ацепонат мазь 0,1% для наружного применения наносить на пораженные участки кожи тонким слоем 1 раз в сутки в течение 3-4 недель метилпреднизолона ацепонат крем 0,1%, эмульсия 0,1% для наружного применения наносить на пораженные участки кожи тонким слоем 1 раз в сутки в течение 3-4 недель флуоцинолона ацетонид мазь для наружного применения 0,025%, наносить на пораженные участки кожи 2-4 раза в сутки, курс лечения составляет до 25 дней флуоцинолона ацетонид крем для наружного применения 0,025%, гель для наружного применения 0,025% наносить на пораженные участки кожи 2-4 раза в сутки на протяжении до 4 недель
----------------	--

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32186532/>

B 2	бетаметазон крем 0,05%, 0,1%, мазь 0,05%, 0,1% наносить на пораженные участки кожи 2 раза в сутки в течение 3-4 недель бетаметазон спрей 0,05% наносить на пораженные участки кожи 2 раза в сутки в течение 3-4 недель флутиказон мазь 0,005% для наружного применения, крем 0,05% для наружного применения наносить на пораженные участки кожи 2 раза в сутки в течение 3-4 недель
----------------	---

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15303780/>

C 2	клобетазол мазь, крем для наружного применения 0,05% наносить на пораженные участки кожи очень тонким слоем 1 раз в сутки в течение 3-4 недель
----------------	--

При выраженном шелушении в очагах поражения кожи пациентам с псориазом рекомендуются наружные средства, содержащие салициловую кислоту и мочевины, для уменьшения интенсивности шелушения:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10065604/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25604924/>

В 3	салициловая кислота 2-5% мазь на очаги поражения кожи с выраженным шелушением крем с мочевиной 10-50% на очаги поражения кожи с выраженным шелушением
----------------	--

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7152080/>

С 2	Бетаметазон + салициловая кислота мазь, раствор для наружного применения наносить на пораженные участки кожи 2 раза в сутки
----------------	---

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9377614/>

В 2	мометазон + салициловая кислота мазь наносить тонким слоем на пораженные участки кожи 2 раза в сутки
----------------	--

Пациентам рекомендуются препараты для лечения псориаза для местного назначения другие

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9039169/>

А 2	кальципотриол 0,005% мазь для наружного применения 2 раза в сутки наносить на пораженные участки кожи в течение 6-8 недель
----------------	--

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12125943/>

В 2	бетаметазон + кальципотриол мазь 1 раз в сутки взрослым на срок не более 4 недель
----------------	---

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12522370/>

В 3	бетаметазон + кальципотриол гель 1 раз в сутки взрослым в течение 4 недель на кожу волосистой части головы и 8 недель - на гладкую кожу .
----------------	---

Для ускорения регресса высыпаний пациентам рекомендуются препараты для лечения заболеваний кожи другие:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22367374/>

С 4	пиритион цинк 0,2% аэрозоль для наружного применения распыляют с расстояния 15 см на пораженные участки кожи 2-3 раза в день. Для достижения стойкого эффекта применение препарата рекомендуется продолжить в течение 1 недели после исчезновения клинических симптомов
----------------	---

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22367374/>

В 2	пиритион цинк 0,2% крем для наружного применения наносят тонким слоем на пораженные участки кожи 2 раза в день в течение 1-1,5 месяцев .
----------------	--

В стационарную стадию пациентам с плотными инфильтрированными бляшками рекомендуются:

<https://www.aad.org/member/clinical-quality/guidelines/psoriasis>

C 5	ихтаммол 5% (изготавливаемая экстемпорально) или 10% мазь наносить на очаги поражения 1-2 раза в сутки нафталанская нефть 5% или 10% мазь (изготавливаемые экстемпорально) наносить на очаги поражения 1-2 раза в сутки деготь березовый жидкость для наружного применения наносить на очаги поражения кожи вначале на 15 минут 1 раз в день, постепенно увеличивая время аппликации до 30 минут. Препарат удаляют ватным или марлевым тампоном, смоченным растительным маслом или парафином жидким. Продолжительность курса лечения - до 4 недель, перерывы между курсами 1-2 мес.
----------------------	--

Рекомендуется при псориазе волосистой части головы пациентам с псориазом для купирования симптомов:

<https://www.aad.org/member/clinical-quality/guidelines/psoriasis>

B 2	клобетазол 0,05% шампунь взрослым пациентам ежедневно наносить на сухую кожу волосистой части головы (экспозиция 15 минут), после чего споласкивать
----------------------	---

C 2	Бетаметазон + Салициловая кислота раствор для наружного применения наносить на очаги поражения 2 раза в день
----------------------	--

B 3	Бетаметазон + кальципотриол гель для наружного применения 1 раз в сутки взрослым в течение 4 недель
----------------------	---

C 5	пиритион цинк 1% шампунь наносить на влажные волосы с последующим массажем кожи головы, далее необходимо промыть волосы, повторно нанести и оставить шампунь на голове в течение 5 минут, затем тщательно промыть волосы большим количеством воды. Применять 2-3 раза в неделю; курс лечения - 5 недель
----------------------	---

Рекомендуется при резистентности к проводимой наружной терапии, распространенных высыпаниях (при псориазе средней или тяжелой степени тяжести) проведения пациентам системной терапии или фототерапии для достижения ремиссии:

[https://www.jaad.org/article/S0190-9622\(10\)02161-4/fulltext](https://www.jaad.org/article/S0190-9622(10)02161-4/fulltext)

A 2	метотрексат подкожно, внутримышечно или перорально 10-15-20 мг, при необходимости - до 25-30 мг, 1 раз в неделю
----------------------	---

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24972718/>

B 2	Для снижения вероятности развития нежелательных явлений лечение метотрексатом должно сопровождаться терапией препаратом фолиевой кислоты перорально 5 мг 1 раз в неделю через 24 часа после приема метотрексата. Противопоказанием для назначения фолиевой кислоты является детский возраст до 18 лет. После достижения терапевтического эффекта возможна поддерживающая
----------------------	---

терапия в минимальной эффективной дозе (не более 22,5 мг в неделю).

Метотрексат противопоказан в детском возрасте до 3 лет.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2530251/>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7318687/>

**В
2**

ретиноиды для лечения псориаза согласно инструкции по применению, назначают в начальной суточной дозе 25 мг (т.е. 1 капсула по 25 мг) или 30 мг в сутки (т.е. 3 капсулы по 10 мг); препарат принимают один раз в сутки во время еды или с молоком; длительность приема 2-4 недели. Поддерживающая доза зависит от клинической эффективности и переносимости препарата. Как правило, оптимальный терапевтический эффект достигается при суточной дозе 25-50 мг, принимаемой еще в течение 6-8 недель. Максимальная доза равна 75 мг/сутки (т.е. 3 капсулы по 25 мг).

Необходимо контролировать уровень холестерина и триглицеридов сыворотки натощак.

У пациентов с сахарным диабетом ретиноиды для лечения псориаза могут ухудшить толерантность к глюкозе, поэтому на ранних этапах лечения концентрацию глюкозы в крови следует проверять чаще обычного.

Из-за возможности нарушения ночного зрения необходим тщательный мониторинг за нарушением зрения.

В связи с высокой тератогенностью ретиноидов для лечения псориаза за 2 недели до начала лечения должен быть получен отрицательный результат обследования на беременность. Во время лечения целесообразно проводить дополнительные обследования на беременность не реже 1 раза в месяц. Абсолютно необходимо, чтобы каждая женщина, способная к деторождению, применяла эффективные гормональные пероральные контрацептивы (противозачаточные средства) без перерывов в течение 4 недель до начала лечения, в процессе лечения и в течение двух лет после завершения терапии ретиноидами для лечения псориаза. Ретиноиды для лечения псориаза нельзя назначать кормящим матерям. Детям ретиноиды для лечения псориаза назначают только при неэффективности всех других методов лечения.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1986287/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21093659/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21093660/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16428145/>

**В
2**

Циклоспорин взрослым пациентам в начальной дозе 2,5 мг на кг массы тела в сутки в 2 приема (утром и вечером). Если после 4 недель лечения улучшения не отмечается, дозу можно увеличить до 5 мг на кг массы тела в сутки при отсутствии клинически значимых отклонений лабораторных показателей

Комментарии: Перед назначением циклоспорина и во время лечения циклоспорином следует контролировать состояния пациента для предупреждения развития побочных эффектов. Необходим регулярный контроль концентрации креатинина плазмы - повышение может свидетельствовать о нефротоксическом действии и потребовать снижения дозы: на 25% при возрастании уровня креатинина более чем на 30% от исходного, и на 50%, если уровень его повышается вдвое. Если уменьшение дозы в течение 4 недель не приводит к снижению уровня креатинина, циклоспорин отменяют. Показан мониторинг артериального давления, содержания в крови калия, мочевой кислоты, билирубина, определение активности аспаратаминотрансферазы и аланинаминотрансферазы в крови, анализ крови по оценке нарушений липидного обмена

биохимический. В тяжелых случаях заболевания для быстрого достижения эффекта начальная доза может составлять 5 мг/кг. При достижении удовлетворительного клинического результата циклоспорин отменяют, а при последующем обострении назначают в предыдущей эффективной дозе. Препарат следует отменять постепенно, снижая его дозу на 1 мг/кг в неделю в течение 4 недель или на 0,5-1 мг/кг каждые 2 нед. Применение препарата должно быть прекращено, если не достигнут удовлетворительный ответ после 6 недель лечения в дозе 5 мг/кг в сутки. При лечении циклоспорином повышается риск развития лимфопролиферативных заболеваний и других злокачественных новообразований, особенно кожи. Применение живых ослабленных вакцин во время лечения циклоспорином не показано. Пациенты, применяющие циклоспорин, не должны одновременно получать ПУВА- терапию или средневолновую УФ-терапию. Одновременное применение циклоспорина и методов фототерапии (ПУВА-терапия; УФВ-311 терапия) противопоказано ввиду повышения риска немеланомного рака кожи. Противопоказанием для назначения циклоспорина пациентам с псориазом является детский возраст до 18 лет.

При отсутствии клинического эффекта от применения других системных методов терапии, включая циклоспорин и ретиноиды для лечения псориаза (взрослым), метотрексат (детям с 3 лет и взрослым) и ПУВА-терапию (взрослым) либо в случаях непереносимости или наличия противопоказаний к их применению пациентам с распространенными высыпаниями (псориазом средней и тяжелой степени тяжести) рекомендуются селективные иммунодепрессанты (ингибитор фосфодиэстеразы-4 апремиласт, блокатор янус-киназ тофацитиниб), а также иммунодепрессанты, являющиеся генно-инженерными биологическими препаратами по способу производства, - ингибиторы фактора некроза опухоли альфа (ФНО-альфа), ингибиторы интерлейкина. Ниже препараты группы иммунодепрессантов, используемые в терапии псориаза, перечисляются не в приоритетном, а в алфавитном порядке.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27307707/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26357944/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15389187/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17936411/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18486739/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26259989/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27299809/>

[https://www.jaad.org/article/S0190-9622\(16\)31157-4/fulltext](https://www.jaad.org/article/S0190-9622(16)31157-4/fulltext)

А 2	<ul style="list-style-type: none"> • адалимумаб взрослым и детям с 4-х лет, пациентам с бляшечным псориазом среднетяжелой и тяжелой степени, подкожно в область бедра или живота в начальной дозе 80 мг, поддерживающая доза - по 40 мг 1 раз в 2 недели, начиная через неделю после начальной дозы • апремиласт взрослым пациентам по 30 мг 2 раза в день, утром и вечером, с интервалом примерно 12 часов перорально вне зависимости от времени приема пищи. Требуется начальное титрование дозы, после первичного титрования повторного титрования не требуется • гуселькумаб рекомендуется для лечения тяжелого и среднетяжелого бляшечного псориаза взрослым пациентам, которым показано назначение системной терапии. Рекомендованная доза составляет 100 мг в виде подкожных инъекций. Вторую инъекцию делают 4 недели спустя после первого применения, затем каждые 8 недель • иксекизумаб пациентам детского и подросткового возраста от 12 лет с массой тела от 50 кг со среднетяжелой или тяжелой степенью бляшечного псориаза при необходимости проведения системной терапии и взрослым пациентам с псориазом среднетяжелой и тяжелой степени. Взрослым пациентам
--------	---

	<p>начальная рекомендуемая доза иксекизумаба (0 неделя) для лечения взрослых пациентов составляет 160 мг в виде подкожной инъекции, далее 80 мг на 2, 4, 6, 8, 10 и 12 неделе, затем поддерживающая доза 80 мг каждые 4 недели (вне зависимости от массы тела). Начальная доза 160 мг вводится в виде двух отдельных подкожных инъекций по 80 мг . Начальная рекомендуемая доза иксекизумаба (0 неделя) для лечения пациентов детского и подросткового возраста от 12 лет с массой тела от 50 кг составляет 160 мг в виде подкожной инъекции, затем поддерживающая доза 80 мг каждые 4 недели (вне зависимости от массы тела). Начальная доза 160 мг вводится в виде двух отдельных подкожных инъекций по 80 мг</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфликсимаб взрослым пациентам с псориазом внутривенно капельно в течение не менее 2 ч. Со скоростью не более 2 мл/мин. Под наблюдением медицинского персонала. Для лечения псориаза начальная доза инфликсимаба составляет 5 мг на кг веса пациента. После первого введения препарат вводят в той же дозе через 2, затем - 6 нед. и далее - каждые 8 нед. При отсутствии эффекта в течение 14 нед. (после проведения четырех внутривенных инфузий) продолжать лечение не рекомендуется • рисанкизумаб взрослым пациентам для лечения бляшечного псориаза среднетяжелой и тяжелой степени. Рекомендуемая доза - 150 мг на неделе 0, неделе 4 и далее каждые 12 недель (в виде двух подкожных инъекций по 75 мг одновременно) • секукинумаб взрослым пациентам с псориазом среднетяжелой и тяжелой степени тяжести подкожно, по возможности в непораженный участок кожи, 300 мг в качестве начальной вводимой дозы на 0, 1, 2 и 3 неделях, с последующим проведением поддерживающей терапии в виде ежемесячного введения, начиная с 4-й недели. Каждая доза 300 мг вводится в виде двух отдельных подкожных инъекций по 150 мг • устекинумаб взрослым пациентам с псориазом среднетяжелой и тяжелой степени тяжести подкожно 45 мг. Вторую инъекцию делают 4 недели спустя после первого применения, затем каждые 12 недель. У пациентов с массой тела более 100 кг препарат рекомендуется использовать в дозе 90 мг. В случае недостаточной клинической эффективности при применении каждые 12 недель, следует увеличить дозу препарата до 90 мг каждые 12 недель. Если такой режим дозирования не эффективен, дозу препарата 90 мг следует вводить каждые 8 недель • цертолизумаба пэгол взрослым с вульгарным псориазом умеренной и высокой степени активности, которым показана системная терапия, в том числе пациентам с псориазическим артритом с учетом выраженного торможения деструкции суставов и высокой эффективности в отношении дактилита, энтезита и спондилита.
<p>А 1</p>	<ul style="list-style-type: none"> • секукинумаб детям и подросткам в возрасте 6 лет и старше, которым показана системная терапия. Рекомендуемую дозу секукинумаба при назначении детям и подросткам в возрасте старше 6 лет рассчитывают исходя из массы тела и вводят в виде подкожной инъекции в качестве начальной дозы на 0, 1, 2 и 3 неделе с последующим ежемесячным введением в качестве поддерживающей дозы, начиная с 4 недели. Каждую дозу 75 мг вводят в виде одной подкожной инъекции. Каждую дозу 150 мг вводят в виде одной подкожной инъекции. Каждую дозу 300 мг вводят в виде двух отдельных подкожных инъекций по 150 мг • тофацитиниб 10 мг 2 раза в сутки перорально

- устекинумаб детям с 6 лет при среднетяжелом и тяжелом псориазе, у детей весом до 60 кг рекомендованная доза составляет 0,75 мг/кг

**В
2**

нетакимаб взрослым пациентам с псориазом среднетяжелой и тяжелой степени тяжести в дозе 120 мг вводится 1 раз в неделю на неделях 0, 1 и 2 с последующим проведением поддерживающей терапии в дозе 120 мг 1 раз каждые 4 недели, начиная с 6-й недели. Доза 120 мг вводится в виде двух подкожных инъекций по 1 мл (60 мг) препарата каждая

Таблица: Рекомендуемая доза секукинумаба у детей и подростков с бляшечным псориазом

Масса тела на момент инъекции	Рекомендуемая доза
< 25 кг	75 мг
25-50 кг	75 мг (с возможностью увеличения до 150 мг)
50 кг	150 мг (с возможностью увеличения до 300 мг)

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18199863/>

**В
2**

этанерцепт лиофилизат для приготовления раствора подкожно взрослым с псориазом средней или тяжелой степени тяжести 25 мг дважды в неделю с интервалом 3-4 дня. Возможно введение 50 мг препарата один раз в неделю путем однократной подкожной инъекции или двух инъекций по 25 мг препарата, сделанных практически одновременно. В качестве альтернативы этанерцепт можно применять по 50 мг дважды в неделю на протяжении не более 12 недель. При необходимости продолжения лечения этанерцепт следует вводить в дозе 25 мг дважды в неделю или 50 мг один раз в неделю. Терапию следует проводить до достижения ремиссии и, как правило, не более 24 недель. В некоторых случаях продолжительность лечения может составить более 24 недель.

Дети 6 лет и старше с тяжелым псориазом, у которых наблюдалась непереносимость или недостаточный ответ на другую системную или фототерапию, с массой тела 62,5 кг и более могут использовать этанерцепт в лекарственной форме лиофилизат для приготовления раствора, который позволяет ввести дозу менее 25 мг, или раствор для подкожного введения в виде шприцев или шприц-ручек для одноразового использования. Доза определяется из расчета 0,8 мг/кг массы тела (максимальная разовая доза 50 мг). Препарат вводится один раз в неделю, длительность терапии составляет не более 24 недель. При необходимости повторного назначения препарата этанерцепт, следует соблюдать длительность лечения, указанную выше. Доза препарата - 0,8 мг/кг массы тела (максимальная разовая доза 50 мг) один раз в неделю. Комбинированное применение этанерцепта и УФВ-311 терапии может быть использовано при снижении терапевтического ответа на монотерапию этанерцептом

http://urniidvi.ru/files/kvb_3_12.pdf

<https://cyberleninka.ru/article/n/plazmaferez-v-kompleksnoy-terapii-psoriaticheskogo-artrita/viewer>

<https://www.mediasphera.ru/issues/klinicheskaya-dermatologiya-i-venerologiya/2016/4/1199728492016041102>

<https://cyberleninka.ru/article/n/plazmaferez-i-lazernaya-terapiya/viewer>

В 3	С целью элиминации из кровотока токсинов, аутоантител, циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), провоспалительных цитокинов, нормализацию метаболизма и нарушенных функций органов рекомендована процедура плазмафереза
----------------------	---

<https://cyberleninka.ru/article/n/vnutrivennogo-lazernogo-oblucheniya-krovi-vlok-v-kompleksnoy-terapii-lecheniya-zabolevaniy-razlichnogo-geneza/viewer>

<https://cyberleninka.ru/article/n/effektivnost-ozonoterapii-v-dermatologicheskoy-praktike>

С 5	НИЛИ Озонотерапия
----------------------	----------------------

В 3	При наличии изменений ногтевых пластин рекомендуются подологические процедуры
----------------------	---

Хирургическое вмешательство: не проводится [3]

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО
ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПО
НОЗОЛОГИИ «ПСОРИАЗ»**

ТАШКЕНТ – 2024

2.1. Введение

Псориаз — неинфекционное заболевание, которое проявляется в виде хронического воспаления кожи. При псориазе пораженным оказывается не только кожный покров. Течение умеренной или тяжелой форм псориаза может осложняться различными коморбидными патологиями.

Распространенность псориаза в мире составляет около 2%, однако по данным ряда исследований в развитых странах этот показатель выше и достигает в среднем 4,6% [1]. Примерно у двух третей больных псориазом заболевание протекает в легкой форме с поражением менее 3% поверхности кожи. У остальных поражение кожи носит более обширный характер.

Приблизительно у трех четвертей пациентов псориаз возникает в возрасте до 40 лет. У трети больных первые проявления отмечаются до 20-летнего возраста. Распространенность псориаза среди детей составляет 0,7%. Как правило, болезнь протекает как хроническое заболевание с чередующимися периодами ремиссий и обострений. Тем не менее, возможны периоды полной ремиссии, и в небольшом числе случаев наблюдаются ремиссии продолжительностью пять и более лет.

1.2 Определение

Псориаз - мультифакторное заболевание с наследственной предрасположенностью, характеризующееся повышенной пролиферацией эпидермальных клеток, нарушением кератинизации и воспалительной реакцией в дерме, обусловленной активированными Т-лимфоцитами и синтезом провоспалительных цитокинов. [1]

Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации

Пациентам с псориазом в регрессирующую стадию заболевания и в период ремиссии показано проведение комплексного санаторно-курортного лечения, эффективность которого обусловлена суммацией лечебных эффектов климатотерапии, бальнеотерапии и пелоидотерапии. При стационарной стадии псориаза и в период ремиссии пациентам показаны различные варианты бальнеотерапии - наружного применения общих минеральных (сероводородных, углекислых) и радоновых ванн, а также грязелечение (пелоидотерапия). Бальнеотерапия существенно улучшает процессы метаболизма и кровообращения в коже, оказывает противовоспалительное и активное рассасывающее действие. Противопоказания к применению бальнеотерапии и грязелечения: все заболевания в острой стадии или в период обострения хронического процесса, инфекционные болезни (туберкулез, сифилис и др.), беременность, кровотечения и предрасположенность к ним, злокачественные новообразования, фибромиома матки, мастопатии, недостаточность кровообращения выше ПА стадии, прогрессирующая стенокардия и стенокардия покоя, сердечная астма, прогностически неблагоприятные нарушения ритма сердечных сокращений и проводимости миокарда. Показана эффективность климатотерапии, в том числе талассотерапии в стадии регресса псориаза и в фазе ремиссии. [21-23]

Рекомендуются пациентам с псориазом ванны сероводородные лечебные, газовые (кислородные, углекислые, азотные), радоновые лечебные, грязевые, минеральные лечебные ванны [25]

Рекомендуется пациентам с псориазом гелиодействие [26-30]

Рекомендуется пациентам с псориазом воздействие климатом [24,31,32]

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

- Рекомендуется проводить пациентам с псориазом мероприятия по профилактике обострений псориаза (предупреждение стрессов, простудных заболеваний, санации хронических очагов инфекции в организме) [3,5,7].

Диспансерное наблюдение пациентов с псориазом проводится специалистами врачами-дерматовенерологами в условиях кожно-венерологических диспансеров[3]

Дальнейшее ведение:

Динамическое наблюдение по месту жительства у дерматолога, в процессе которого решаются вопросы поддерживающей терапии, минимизация побочных эффектов от проводимого лечения, осуществление постоянного базового ухода за кожей, элиминация провоцирующих факторов.[3]

Список литературы

1. Мордовцев В.Н., Бутов Ю.С., Мордовцева В.В. Псориаз. В кн.: Клиническая дерматовенерология: в 2 т./под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - т. 2., С. 212-233.
2. Кожные и венерические болезни: Справочник./Под ред. О.Л. Иванова. - М.: Медицина, 1997 - 352 С.
3. Клинические рекомендации Российского общества дерматовенерологов и косметологов
4. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. Кожные и венерические болезни
5. Олисова О.Ю. Кожные и венерические болезни
6. Арифов С.С. - Клиническая дерматология и венерология.
7. Рекен М., Шаллер М., Заттлер Э., Бургдорф В. Атлас по дерматологии
8. McClure S.L., Valentine J., Gordon K.B. Comparative tolerability of systemic treatments for plaque-type psoriasis. *Drug Saf.* 2002; 25(13): 913-927.
9. Wolverton S.E. Monitoring for adverse effects from systemic drugs used in dermatology. *J Am Acad Dermatol.* 1992; 26 (5Pt1): 661-679.
10. Hanley T, Handford M, Lavery D, Yiu ZZ. Assessment and monitoring of biologic drug adverse events in patients with psoriasis. *Psoriasis (Auckl).* 2016; 6: 41-54.
11. Menter A., Korman N.J., Elmets C.A. et al. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis: section 4. Guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with traditional systemic agents. *J Am Acad Dermatol.* 2009; 61(3): 451-485.
12. Menter A., Gelfand J.M., Connor C. et al. Joint American Academy of Dermatology-National Psoriasis Foundation guidelines of care for the management of psoriasis with systemic nonbiologic therapies. *J Am Acad Dermatol.* 2020; 82(6): 1445 - 1486.
13. Баткаева Н.В., Коротаяева Т.В., Баткаев Э.А. Распространенность псориазического артрита и коморбидных заболеваний у больных тяжелым псориазом: данные ретроспективного анализа госпитальной когорты. *Современная ревматология.* 2017; 11 (1): 19-22.
14. Carrascosa J.M., van Doorn M.B., Lahfa M. et al. Clinical relevance of immunogenicity of biologics in psoriasis: implications for treatment strategies. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2014; 28 (11): 1424-1430.
15. Habet K.A., Kolli S.S., Pona A., Feldman S.R. A review of topical corticosteroid sprays for the treatment of inflammatory dermatoses. *Dermatol Online J.* 2019 Aug 15; 25 (8).
16. Задорожный Б.А. Псориаз. К.: Здоров'я, 1983. - 160 с.

17. Фармакотерапия в дерматовенерологии/Под редакцией профессора В.Н. Мордовцева и доктора медицинских наук З.Б. Кешилевой. - Алматы: Казахстан, 1994. - 352 с.
18. Молочков В., Ермилова А., Шувалов Г. Клиника и лечение псориаза. Врач. 2006; (8): 11-14.
19. Знаменская Л.Ф., Яковлева С.В., Волнухин В.А., Пирогова Е.В. Современные методы терапии больных псориазом. Вестникдерматологиии венерологии. 2011; (1): 11-14.
20. Pinson R, Sotoodian B, Fiorillo L. Psoriasis in children. Psoriasis (Auckl). 2016 Oct 20; 6: 121-129.
21. Марьясис Е.Д. Курортное лечение кожных болезней. - М.: Медицина, 1981, 200 с.
22. Милявский А.Н. Санаторно-курортное лечение заболеваний кожи. - Киев: Здоров'я, 1981. - С. 128.
23. Маньшина Н.В., Севрюкова В.С., Соловьев А.М., Кулешова Л.М. Санаторнокурортное лечение болезней кожи. Медицинский совет 2008; 1-2: 67-75.
24. Kazandjieva J., Grozdev I., Darlenski R., Tsankov N. Climatotherapy of psoriasis. Clin Dermatol. 2008; 26 (5): 477-485.
25. Matz H., Orion E., Wolf R. Balneotherapy in dermatology. Dermatol Ther. 2003; 16 (2): 132-140.
26. Snellman E., Aromaa A., Jans n C.T. et al. Supervised four-week heliotherapy alleviates the long-term course of psoriasis. Acta Derm Venereol. 1993; 73 (5): 388-392.
27. Snellman E., Maljanen T., Aromaa A. et al. Effect of heliotherapy on the cost of psoriasis. Br J Dermatol. 1998; 138 (2): 288-292.
28. Snellman E., Lauharanta J., Reunanen A. et al. Effect of heliotherapy on skin and joint symptoms in psoriasis: a 6-month follow-up study. Br J Dermatol. 1993; 128 (2): 172-177.
29. Krzy cin J.W., Jaros awski J., Rajewska-Wi ch B. et al. Effectiveness of heliotherapy for psoriasis clearance in low and mid-latitudinal regions: a theoretical approach. J Photochem Photobiol B. 2012; 115: 35-41.
30. Karppinen T., Laine J.P., Kautiainen H. et al. Empowering heliotherapy in psoriasis and atopic dermatitis: An observational study of 186 subjects. Acta Derm Venereol. 2017; 97 (2): 255-257.
31. Ben-Amitai D, David M. Climatotherapy at the dead sea for pediatric-onset psoriasis vulgaris. Pediatr Dermatol. 2009; 26 (1): 103-104.
32. Tr strup H., Riis P.T., Heidenheim M. et al. Long-term evaluation of climatotherapy for psoriasis. Dermatol Ther. 2020; 33 (3): e13432.

<https://www.aad.org/member/clinical-quality/guidelines/psoriasis>

<https://emedicine.medscape.com/article/1943419-guidelines?form=fpf>

<https://dermnetnz.org/topics/guidelines-for-the-treatment-of-psoriasis>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12381213/>

<https://www.psoriasis.org/psoriasis-guidelines/>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7122924/#:~:text=Common%20conditions%20on%20the%20differential,a%20biopsy%20may%20be%20helpful.>

<https://diseases.medelement.com/disease/%D0%BF%D1%81%D0%BE%D1%80%D0%B8%D0%B0%D0%B7-%D0%BA%D1%80-%D1%80%D1%84-2023/17540>

<https://eadv.org/publications/clinical-guidelines/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31099439/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32869298/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29908578/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29102940/>

<https://www.tmj-vgmu.ru/jour/article/view/720/676>

<https://www.rodv.ru/upload/iblock/a84/q6gxj2hn1mip4m1vaaqg1vyvvy05u11y.pdf>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27104004/>

<https://cyberleninka.ru/article/n/vnutrivennogo-lazernogo-oblucheniya-krovi-vlok-v-kompleksnoy-terapii-lecheniya-zabolevaniy-razlichnogo-geneza/viewer>

<https://cyberleninka.ru/article/n/effektivnost-ozonoterapii-v-dermatologicheskoy-praktike>