

# **МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Кокушкин К.А., Кобзева Н.В., Давыдовская М.В., Ермолаева Т.Н.,  
Клабукова Д.Л., Ермолаева А.Д., Полякова К.И., Полякова В.И., Фисун А.Г.*

## **КЛИНИКО-ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ лекарственной терапии псориаза артропатического у взрослых и детей (код по МКБ-10 – L40.5, M07.0, M07.1, M07.2, M07.3)**

### **МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

Красногорск, 2023

УДК 616.517-085

ББК 55.831.74

К493

**Организация – разработчик:** Государственное бюджетное учреждение Московской области «Научно-практический центр клинико-экономического анализа Министерства здравоохранения Московской области»,

Методические рекомендации разработаны на основании «Клинико-технологического алгоритма лекарственной терапии псориаза артропатического у взрослых и детей (код по МКБ-10 – L40.5, M07.0, M07.1, M07.2, M07.3)», утвержденного Министерством здравоохранения Московской области

**Составители:**

Кокушкин К.А., Кобзева Н.В., Давыдовская М.В., Ермолаева Т.Н.,  
Клабукова Д.Л., Ермолаева А.Д., Полякова К.И., Полякова В.И., Фисун А.Г.

**Эксперты:**

Каратеев Д.Е. – главный внештатный специалист ревматолог Министерства здравоохранения Московской области, руководитель Московского областного ревматологического центра, руководитель отделения ревматологии, профессор кафедры терапии ФУВ ГБУЗ МО МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского, д.м.н.;  
Махнева Н.В. – главный внештатный специалист по дерматологии и косметологии, главный врач ГБУЗ «Московский областной клинический кожно-венерологический диспансер», д.м.н.

**Предназначение:**

Данный клинико-технологический алгоритм предназначен для организаторов здравоохранения, руководителей медицинских организаций, врачей общей практики, врачей-терапевтов, врачей-педиатров, врачей-дерматовенерологов, врачей-ревматологов, клинических фармакологов.

Авторы несут персональную ответственность за предоставленные данные в клинико-технологическом алгоритме.

К493 Клинико-технологический алгоритм лекарственной терапии псориаза артропатического у взрослых и детей (код по МКБ-10 – L40.5, M07.0, M07.1, M07.2, M07.3). – Красногорск: ООО «Принт», 2023. – 34 с.

УДК 616.517-085

ББК 55.831.74

ISBN 978-5-9631-1106-2

© Коллектив авторов, 2023

## ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК ТАБЛИЦ И СХЕМ.....	4
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	6
ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.....	7
Определения.....	7
Эпидемиология.....	7
Этиология.....	7
Классификация.....	7
ДИАГНОСТИКА.....	7
МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ.....	12
Лекарственная терапия.....	12
Хирургическое лечение.....	24
ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ.....	24
ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....	24
НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ ДОКУМЕНТЫ.....	25
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	26
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	27

## СПИСОК ТАБЛИЦ И СХЕМ

Таблица 1. Перечень диагностических мероприятий, включенных в клинические рекомендации 2021, одобренные Минздравом РФ .....	8
Таблица 2. Критерии псориатического артрита CASPAR.....	10
Таблица 3. Градации клинической активности псориатического артрита по клиническим рекомендациям 2021, одобренным Минздравом РФ .....	11
Таблица 4. Возрастные ограничения при назначении нестероидных противовоспалительных и противоревматических препаратов.....	12
Таблица 5. Режимы применения иммунодепрессантов (лефлуномид, сульфасалазин или циклоспорин) и антиметаболитов (метотрексат) .....	13
Таблица 6. Режимы применения селективных иммунодепрессантов .....	14
Таблица 7. Режимы применения ингибиторов фактора некроза опухоли альфа (ФНО-альфа) (инфликсимаб, адалимумаб, этанерцепт, голимумаб, цертолизумаба пэгол) и ингибиторов интерлейкинов (устекинумаб, гуселькумаб, рисанкизумаб, секукинумаб, иксекизумаб, нетакимаб) .....	16
Таблица 8. Перечень лекарственных препаратов, зарегистрированных на территории Российской Федерации, с указанием средних суточных и курсовых доз, для оказания первичной медико-санитарной помощи при анкилозирующем спондилите, псориатическом артрите, других спондилоартритах .....	19
Таблица 9. Перечень лекарственных препаратов, зарегистрированных на территории Российской Федерации, с указанием средних суточных и курсовых доз, для оказания специализированной медицинской помощи при анкилозирующем спондилите, псориатическом артрите, других спондилоартритах .....	21
Таблица 10. Перечень лекарственных препаратов, зарегистрированных на территории Российской Федерации, с указанием средних суточных и курсовых доз, для поддерживающей терапии в дневном стационаре .....	23
Таблица 11. Стандарты оказания медицинской помощи пациентам с псориатическим артритом .....	25
Приложение 1. Синтетические базисные противовоспалительные препараты, используемые для терапии псориатического артрита .....	27
Приложение 2. Лекарственные препараты, используемые для таргетной терапии псориатического артрита .....	28
Приложение 3. Лекарственные препараты, используемые для гормональной терапии псориатического артрита .....	29
Приложение 4. Лекарственные препараты, используемые для сопутствующей терапии псориатического артрита .....	30
Схема 1. Алгоритм назначения лекарственной терапии пациентам с псориатическим артритом .....	31
Схема 2. Лечение псориатического артрита в зависимости от преимущественного клинического фенотипа и его активности .....	32
Схема 3. Рекомендации по профилактике и лечению нежелательных реакций, связанных с приемом МТ .....	33
Схема 4. Рекомендации по предотвращению и лечению НЛР, развивающихся на фоне лечения иФНО $\alpha$ , ингибиторами ИЛ, моноклональными антителами, селективными	

иммунодепрессантами (апремилас, тофацитиниб, инфликсимаб, адалимумаб, голимумаб, цертолизумаба пэгол, этанерцепт, устекинумаб, секукинумаб, иксекизумаб) .....34

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АЛТ - аланинаминотрансфераза	МРТ - магнитно-резонансная томография
АСТ - аспартатаминотрансфераза	МТ – метотрексат
БПВП – базисные противовоспалительные препараты	НЛР – нежелательные лекарственные реакции
ВИЧ - вирус иммунодефицита человека	НПВП - нестероидные
ИЗЛ – интерстициальное заболевание легких	противовоспалительные препараты
ИЛ – интерлейкин	СОЭ - скорость оседания эритроцитов
иФНО $\alpha$ – ингибиторы фактора некроза опухоли альфа (ФНО-альфа)	СРБ - С-реактивный белок
IgG - иммуноглобулин G	ФНО $\alpha$ - фактор некроза опухоли- $\alpha$
	ХСН – хроническая сердечная недостаточность
	DAS - Disease Activity Index

## **ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

### **Определения**

Псориатический артрит (псориаз артопатический) – хроническое воспалительное заболевание суставов, позвоночника и энтезисов, которое может наблюдаться у больных с псориазом. При псориатическом артрите главным образом наблюдается воспаление периферических суставов (артрит), суставов и околосуставных структур пальцев кистей и стоп (дактилит), энтезисов (энтезит), а также может наблюдаться воспаление в аксиальных структурах – телах позвонков и в связочном аппарате позвоночника (спондилит) и илиосакральных сочленениях (сакроилиит).

### **Эпидемиология**

Псориатический артрит выявляется примерно у 25% больных псориазом. Псориатический артрит может развиваться в любом возрасте, часто страдает трудоспособная часть населения. У 70% больных псориаз появляется раньше поражения опорно-двигательного аппарата, у 20% – одновременно, у 15–20% больных – псориатический артрит возникает до первых клинических проявлений псориаза. Прямой корреляции между распространенностью псориатического процесса и частотой, и тяжестью развития псориатического артрита нет.

### **Этиология**

Этиология псориатического артрита неизвестна. Имеются данные о наследственной предрасположенности к развитию псориаза и псориатического артрита: более 40% больных псориатическим артритом имеют родственников первой степени родства, страдающих этими заболеваниями. Псориаз и псориатический артрит считают Т-клеточно-опосредованными заболеваниями, при которых происходит активация клеточного иммунитета в коже и синовии с последующими гиперпродукцией и дисбалансом ключевых про- и противовоспалительных цитокинов таких как фактор некроза опухоли альфа (ФНО- $\alpha$ ), интерлейкины (ИЛ)-12, ИЛ-23, ИЛ-17, ИЛ-1, ИЛ-1 $\beta$ , ИЛ-6 и хемокинов.

### **Классификация**

В настоящее время выделяют 5 клинических форм псориатического артрита:

- преимущественное поражение дистальных межфаланговых суставов кистей и стоп, дистальная форма (L40.5, M07.0);
- мутилирующий артрит (L40.5, M07.1);
- псориатический спондилит (L40.5, M07.2);
- асимметричный моно-олигоартрит (L40.5, M07.3);
- симметричный полиартрит, ревматоидоподобная форма (L40.5, M07.3).

## **ДИАГНОСТИКА**

Диагностические процедуры при псориатическом артрите, одобренные Минздравом РФ, отражены в таблице 1.

**Таблица 1. Перечень диагностических мероприятий, включенных в клинические рекомендации 2021, одобренные Минздравом РФ**

**Жалобы и анамнез:**

Пациенты предъявляют жалобы на боль, припухлость суставов кистей и стоп, коленных, голеностопных, реже плечевых, локтевых и тазобедренных, или равномерную припухлость всего пальца кистей и стоп. Одновременно могут наблюдаться боли в области пяток при ходьбе, в месте прикрепления ахилловых сухожилий, а также боль в любом отделе позвоночника, преимущественно в шейном или пояснично-крестцовом, которая возникает в ночное время, уменьшается после физических упражнений или приема нестероидных противовоспалительных препаратов, боль в грудной клетке при дыхании.

У большинства пациентов, которые предъявляют данные жалобы, имеется псориаз кожи и/или ногтей на момент осмотра либо семейный анамнез по псориазу.

**Физикальное обследование:**

При физикальном обследовании обращают внимание на следующие признаки:

- при периферическом артрите - боль, припухлость, ограничение подвижности суставов, артрит дистальных межфаланговых суставов кистей/стоп, осевой артрит (одновременное поражение трех суставов одного пальца);
- при дактилите (син. - воспаление пальца: сочетание артрита, энтезита, тендинита и тендовагинита в одной локализации) – боль, равномерная припухлость всего пальца с цианотично-багровым окрашиванием кожных покровов, плотным отеком всего пальца, болевым ограничением сгибания, характерная для псориатического артрита "сосискообразная" деформация пальца;
- при энтезите - боль, иногда припухлостью в точках энтезов: верхний край надколенника, края (крылья) подвздошных костей, трохантеры, место прикрепления ахиллова сухожилия и подошвенного апоневроза к пяточной кости, латеральный надмыщелок плечевой кости, медиальный мыщелок бедренной кости;
- при спондилите - активное выявление воспалительной боли в позвоночнике с последующей оценкой его подвижности.

**Лабораторная диагностика:**

- общий (клинический) анализ крови (исследование скорости оседания эритроцитов);
- исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови;
- определение содержания ревматоидного фактора в крови для установления соответствия классификационным критериям псориатического артрита CASPAR;
- пациентам в целях дифференциальной диагностики с ревматоидным артритом определение содержания антител к циклическому цитрулиновому пептиду (АЦЦП) в крови;
- пациентам с псориатическим артритом с признаками спондилита определение антигена HLA-B27;
- пациентам с острым артритом коленных, 1-ых плюснефаланговых, голеностопных, лучезапястных суставов для дифференциальной диагностики с подагрой анализ крови биохимический общетерапевтический, включая исследование уровня мочевой кислоты в крови;
- пациентам с острым артритом коленных, 1-ых плюснефаланговых, голеностопных, лучезапястных суставов лечебно-диагностическая пункция синовиальной сумки сустава.



**Инструментальная диагностика:**

- проведение рентгенографического исследования дистальных отделов кистей, стоп при периферическом артрите, всего таза при спондилите;
- магнитно-резонансная томография крестцово-подвздошных суставов при подозрении на сакроилит;
- при рецидивирующем моноартрите коленного сустава в плане дифференциальной диагностики с локальной патологией (виллезно-нодулярный синовит и пр.) может потребоваться диагностическая артроскопия.

**Иные диагностические исследования:**

- пациентам с выявленной временной связью между инфекцией мочеполового или желудочно-кишечного тракта и возникновением артрита у больных псориазом в целях дифференциальной диагностики псориатического артрита с артритами, ассоциированными с инфекциями:
  - консультация врача-дерматовенеролога;
  - консультация врача-уролога;
  - консультация врача-инфекциониста;
  - консультация врача-гастроэнтеролога.
- проведение консультаций перечисленных ниже специалистов для диагностики сопутствующих заболеваний, которые могут оказать влияние на диагностику и выбор терапии псориатического артрита:
  - врач-кардиолог - для диагностики сердечно-сосудистых заболеваний при наличии у пациента жалоб со стороны сердечно-сосудистой системы, назначения или коррекции уже проводимой кардиопротективной терапии;
  - врач-эндокринолог - для диагностики заболеваний эндокринной системы, главным образом, сахарного диабета;
  - врач-офтальмолог - для диагностики конъюнктивита, ирита, иридоциклита, увеитов;
  - врач-гастроэнтеролог - только при подозрении на наличие язвенного колита или болезни Крона;
  - врач-фтизиатр - до назначения терапии ингибиторами фактора некроза опухоли альфа (ФНО-альфа) или ингибиторами интерлейкина, затем каждые 6 месяцев в процессе ее проведения.
- пациентам с необратимыми повреждениями нарушением функции суставов консультация врача - травматолога-ортопеда для решения вопроса о необходимости оперативного лечения (эндопротезирование тазобедренных, коленных суставов, суставов кистей, артропластика и др.).

**Лабораторные диагностические исследования для оценки безопасности перед назначением терапии:**

Перед началом терапии селективными иммунодепрессантами, ингибиторами фактора некроза опухоли альфа (ФНО-альфа), ингибиторами интерлейкина необходимо проведение следующих исследований:

- общий (клинический) анализ крови, включая дифференцированный подсчет лейкоцитов (лейкоцитарная формула) и исследование уровня тромбоцитов в крови;
- анализ крови биохимический общетерапевтический, включая исследование уровня креатинина, мочевины, билирубина в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы, аланинаминотрансферазы в крови;
- общий (клинический) анализ мочи;

- обзорная рентгенография органов грудной клетки (в 2 проекциях) или компьютерная томография органов грудной полости, очаговая проба с туберкулином, при необходимости – консультация врача-фтизиатра для исключения активной и латентной туберкулезной инфекции;
- обследование на ВИЧ-инфекцию (определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови, определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 (Human immunodeficiency virus HIV 2) в крови);
- обследование на вирусные гепатиты В и С (определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови, определение антител к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови);
- тест на беременность (исследование мочи на хорионический гонадотропин) женщинам детородного возраста.

### Постановка диагноза

Диагноз псориатического артрита устанавливаются в соответствии с критериями CASPAR (Classification criteria for Psoriatic Arthritis, 2006). Согласно критериям CASPAR, пациенты должны иметь признаки воспалительного заболевания суставов (артрит или спондилит или теносиновит или энтезит) и 3 или более баллов из 5 категорий (табл. 2).

**Таблица 2. Критерии псориатического артрита CASPAR**

	Баллы
1. Псориаз:	
- псориаз в момент осмотра;	2
- псориаз в анамнезе;	1
- семейный анамнез псориаза.	1
2. Псориатическая дистрофия ногтей:	
- точечные вдавления, онихолизис, гиперкератоз	1
3. Отрицательный ревматоидный фактор (кроме метода латекс-теста)	1
4. Дактилит:	
- припухлость всего пальца в момент осмотра;	1
- дактилит в анамнезе.	1
5. Рентгенологические признаки внесуставной костной пролиферации по типу краевых разрастаний (кроме остеофитов) на рентгенограммах кистей и стоп	1

Определение характера боли в позвоночнике с целью формирования клинического подозрения на псориатический спондилит проводится в соответствии с критериями ASAS (Международного общества по изучению спондилоартритов) (2009):

1. Возраст начала < 40 лет.
2. Постепенное начало.
3. Улучшение после выполнения физических упражнений.
4. Отсутствие улучшения в покое.

5. Ночная боль (с улучшением при пробуждении).

Боль в спине считается воспалительной при наличии как минимум 4-х признаков из

5.

**Диагноз спондилита при псориатическом артрите** устанавливается на основании наличия двух из четырех представленных ниже признаков:

1. Наличие воспалительной боли в спине по критериям (ASAS, 2009).
2. Ограничение подвижности в шейном, грудном или поясничном отделе позвоночника в сагиттальной и фронтальной плоскостях.
3. Признаки двустороннего сакроилиита 2 стадии и выше или одностороннего 3 стадии и выше (по Kellgren) на обзорной рентгенограмме таза ИЛИ синдесмофиты в позвоночнике.
4. Выявление МРТ-активного сакроилиита (остеит/отек костной ткани в области крестцово-подвздошных сочленений в режиме STIR или других режимов T2 взвешенного изображения с подавлением жира).

**Оценка клинической активности псориатического артрита** проводится по критериям, представленными в таблице 3.

**Таблица 3. Градации клинической активности псориатического артрита по клиническим рекомендациям 2021, одобренным Минздравом РФ**

Клинические категории	Низкая	Умеренная	Высокая
Периферический артрит	Число болезненных суставов или число припухших суставов <5 Отсутствуют рентгенологические деструкции и функциональные нарушения. Минимальные нарушения качества жизни	Число болезненных суставов или число припухших суставов ≥5 Едиличные рентгенологические деструкции, умеренные функциональные нарушения. Умеренное нарушение качества жизни	Число болезненных суставов или число припухших суставов ≥5 Распространенные рентгенологические деструкции и выраженные функциональные нарушения Выраженное нарушение качества жизни Отсутствие ответа на стандартную терапию
Поражение позвоночника	Слабая боль в позвоночнике. Отсутствуют функциональные нарушения	Выраженная боль в позвоночнике BASDAI >4, функциональные нарушения	Выраженная боль в позвоночнике BASDAI >4, Отсутствие ответа на стандартную терапию.
Энтезит	Вовлечены 1 - 2 точки энтезов. Нет ухудшения функции	Вовлечены > 2 точек энтезов или ухудшение функции	Вовлечены > 2 точек энтезов или ухудшение функции и отсутствие ответа на стандартную терапию
Дактилит	Незначительная боль или отсутствие боли. Нормальная функция	Эрозии суставов или ухудшение функции	Эрозии суставов, отсутствие ответа на стандартную терапию

**Неблагоприятные прогностические факторы:**

1. Полиартрит (≥ 5 число болезненных суставов/число припухших суставов).

2. Наличие эрозий при рентгенографическом обследовании.
3. Повышение скорости оседания эритроцитов/содержания С-реактивного белка в крови.
4. Дактилит.
5. Псориатическая ониходистрофия.
6. Функциональные нарушения.

## **МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ**

Лечение псориатического артрита включает в себя:

- лекарственную терапию;
- хирургическое лечение;
- физиотерапию;
- лечебную физкультуру;
- обучение пациентов с псориатическим артритом.

### **Терапевтические цели**

Цель терапии псориатического артрита - достижение ремиссии или уменьшение основных клинических проявлений заболевания до минимальных, замедление или предупреждение рентгенологической прогрессии, увеличение продолжительности и качества жизни пациентов.

### **Лекарственная терапия**

Для лечения больных псориатическим артритом применяются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), глюкокортикоиды для внутрисуставного введения, редко – для системного применения, базисные противовоспалительные препараты (БПВП): антиметаболиты (метотрексат) и иммунодепрессанты (сульфасалазин, лефлуномид, циклоспорин), селективные иммунодепрессанты (апремиласт, тофацитиниб, упадацитиниб), ингибиторы фактора некроза опухоли альфа (ФНО-альфа) (инфликсимаб, адалимумаб, голимумаб, цертолизумаба пэгол, этанерцепт) и ингибиторы интерлейкинов (устекинумаб, секукинумаб, иксекизумаб, гуселькумаб, рисанкизумаб, нетакимаб).

Рекомендуются всем пациентам с псориатическим артритом нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты.

Рекомендуются пациентам с псориатическим артритом с очаговой болью препараты для местного применения при суставной и мышечной боли: диклофенак 2% гель для наружного применения наносят тонким слоем над очагом воспаления 2 - 3 раза в сутки.

Возрастные ограничения при назначении нестероидных противовоспалительных и противоревматических препаратов показаны в таблице 4.

**Таблица 4. Возрастные ограничения при назначении нестероидных противовоспалительных и противоревматических препаратов**

<b>Препарат</b>	<b>Условия применения</b>
Диклофенак раствор для внутримышечного введения, диклофенак таблетки с пролонгированным высвобождением, мелоксикам раствор для	Возраст старше 18 лет

внутримышечного введения, ацеклофенак в форме таблеток, цефекоксид в форме таблеток	
Эторикоксиб	Возраст старше 16 лет
Напроксен в форме таблеток	Возраст старше 15 лет
Индометацин в форме таблеток	Возраст старше 14 лет
Нимесулид в форме таблеток, мелоксикам в форме таблеток	Возраст старше 12 лет
Диклофенак в форме таблеток, покрытых кишечнорастворимой пленочной оболочкой	Возраст старше 6 лет
Ибупрофен в форме суспензии для приема внутрь	Дети в возрасте от 3 месяцев до 12 лет при массе тела ребенка больше 5 кг
Ибупрофен в форме суппозиторий ректальных	Дети в возрасте от 3 месяцев до 2 лет при массе тела ребенка больше 6 кг
Диклофенак 2% гель для наружного применения	Возраст старше 6 лет

Рекомендуется всем пациентам с псориатическим артритом, особенно с моноолигоартритом, при энтезите для быстрого подавления воспалительных изменений в суставах и достижения клинического улучшения внутрисуставное и периартикулярное введение лекарственных препаратов - глюкокортикоидов системного действия: метилпреднизолон лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 80 мг/2 мл или триамцинолон - суспензия для инъекций в ампулах 40 мг/мл вводить внутрисуставно или бетаметазон суспензия для инъекций вводить в сустав 1 мл.

Рекомендуются больным псориатическим артритом в сочетании с факторами неблагоприятного прогноза (полиартрит, эрозии суставов кистей и стоп на рентгенограммах, функциональные нарушения, повышение СОЭ/СРБ, дактилит, псориатическая ониходистрофия) иммунодепрессанты (лефлуномид, сульфасалазин или циклоспорин) или антиметаболиты (метотрексат). Режимы их применения представлены в таблице 5.

**Таблица 5. Режимы применения иммунодепрессантов (лефлуномид, сульфасалазин или циклоспорин) и антиметаболитов (метотрексат)**

Препарат	Режим введения	Комментарии
Метотрексат	<p>Взрослым пациентам перорально, подкожно или внутримышечно, 10 мг/неделю с увеличением по 5 мг каждые 2 - 4 недели до максимальной дозы 20 - 25 мг/неделю, в зависимости от эффективности и переносимости.</p> <p>На фоне лечения следует назначить фолиевую кислоту в дозе не менее 5 мг, но не более 10 мг в неделю через 24 часа после приема метотрексата.</p> <p>Пациентам детского возраста старше 3 лет - 10 - 15 мг/м<sup>2</sup> поверхности тела 1 раз в неделю перорально или внутримышечно.</p>	<p>В начале лечения и при увеличении дозы необходимо проводить контроль уровня АЛТ и АСТ, билирубина, креатинина, клинического анализа крови - каждые 2 недели в течение 2-х месяцев, а затем - каждые 3 месяца; клиническую оценку нежелательных явлений и/или факторов риска следует проводить во время каждого визита пациентов. При появлении признаков инфекции очередной прием препарата следует пропустить до их полного исчезновения.</p> <p>Первичный эффект оценивается через 12 недель.</p>

Лефлуноמיד	Взрослым пациентам старше 18 лет перорально с начальной дозой 100 мг однократно в течение 3 дней, далее 20 мг 1 раз в день, затем при развитии стойкой ремиссии возможен переход на поддерживающее лечение по 10 мг 1 раз в день.	Первичный эффект оценивается через 12 недель. На фоне лечения необходима оценка нежелательных явлений, контроль артериального давления, функции печени и показателей крови не реже 1 раза в 4-12 недель.
Сульфасалазин	Взрослым пациентам перорально начальная доза 500 мг 2 раза/сутки, еженедельно прибавляя по 500 мг до лечебной дозы 2 г в сутки. При отсутствии эффекта целесообразно увеличить дозу препарата до 3 г в сутки. Пациентам детского возраста перорально 30 мг/кг в сутки в 2 приема.	Первичный эффект оценивается через 12 недель. Необходим контроль функции печени и показателей крови не реже 1 раза в 4-12 недель.
Циклоспорин	Взрослым пациентам в дозе 2,5 - 5 мг/кг в сутки перорально. При достижении клинического результата дозу постепенно снижают до полной отмены. В случае постоянно рецидивирующего тяжелого течения псориаза и невозможности полной отмены назначают минимально эффективную дозу на длительное время, но не более 2 лет, в связи с возможными кардиоваскулярными рисками и возможностью развития нефросклероза.	Циклоспорин предпочтительно назначать пациентам с псориатическим артритом минимальной или умеренной активности. Циклоспорин эффективен при псориатическом поражении кожи, поэтому его применение показано при сочетании псориатического артрита с тяжелыми формами псориаза, включая пустулезный псориаз и эритродермию. На фоне лечения рекомендуется регулярная оценка нежелательных явлений, контроль за функцией печени и почек, уровнем артериального давления. Первичный эффект оценивается через 12 недель.

Рекомендуется пациентам с неэффективностью и/или непереносимостью метотрексата, лефлуномида, сульфасалазина, циклоспорина и/или пациентам с дактилитом и/или энтезитами селективные иммунодепрессанты: апремиласт, тофацитиниб и упадацитиниб. Режимы их применения приведены в таблице 6.

**Таблица 6. Режимы применения селективных иммунодепрессантов**

Препарат	Режим введения	Комментарии
Апремиласт	Взрослым пациентам перорально по 30 мг 2 раза в день, утром и вечером, с интервалом 12 часов. Начало терапии проводить по следующей схеме: первый день 10 мг утром, второй день по 10 мг утром и вечером, третий день утром	Рекомендуется пациентам с неэффективностью и/или непереносимостью метотрексата, лефлуномида, сульфасалазина, циклоспорина и/или пациентам с дактилитом и/или энтезитами, а также пациентам с метаболическими

	10 мг, вечером 20 мг, четвертый день утром и вечером по 20 мг, пятый день утром 20 мг, вечером 30 мг, далее по 30 мг утром и вечером.	<p>нарушениями, сахарным диабетом, инфекционными осложнениями и т.п., когда другие иммунодепрессанты назначить нельзя.</p> <p>Эффект от лечения развивается постепенно, в течение длительного времени.</p> <p>Назначение апремиласта не требует обязательного постоянного мониторинга лабораторных показателей или скрининга на туберкулез до начала и на фоне лечения.</p>
Тофацитиниб	Взрослым пациентам старше 18 лет 5 мг 2 раза в сутки в комбинации с БПВП или в монотерапии. При недостаточном эффекте возможно повышение дозы тофацитиниба до 10 мг 2 раза в сутки.	<p>Рекомендуется пациентам с артритом при неэффективности и/или непереносимости одного или нескольких иммунодепрессантов или метотрексата.</p> <p>Не следует применять тофацитиниб в дозе 20 мг/сутки у пациентов с высоким риском развития тромبوэмболических осложнений, с факторами риска развития кардиоваскулярных заболеваний, с перенесенными серьезными сердечно-сосудистыми событиями, с сердечной недостаточностью, а также у пациенток, применяющих гормональные контрацептивы.</p> <p>Клиническая эффективность тофацитиниба сопоставима с ингибиторами фактора некроза опухоли альфа (ФНО-альфа) и ингибиторами интерлейкина. Требуется скрининг на туберкулез до начала лечения и каждые 6 месяцев терапии.</p>
Упадацитиниб	Взрослым пациентам старше 18 лет 15 мг 1 раз в сутки. Препарат может применяться в качестве монотерапии или в комбинации с метотрексатом или другими традиционными БПВП.	<p>Рекомендуется пациентам с артритом при неэффективности и/или непереносимости одного или нескольких иммунодепрессантов или метотрексата.</p> <p>Требуется скрининг на туберкулез до начала лечения и каждые 6 месяцев терапии.</p>

Рекомендуются пациентам с псориатическим артритом в случае недостаточной эффективности ранее проводившейся терапии антиметаболитами (метотрексат) или иммунодепрессантами (лефлуномид, сульфасалазин, циклоспорин, апремиласт, тофацитиниб) ингибиторы фактора некроза опухоли альфа (ФНО-альфа) (инфликсимаб, адалимумаб, этанерцепт, голимумаб, цертолизумаба пэгол) или ингибиторы интерлейкинов (устекинумаб, гуселькумаб, рисанкизумаб, секукинумаб, иксекизумаб, нетакимаб). Режимы их применения приведены в таблице 7.

**Таблица 7. Режимы применения ингибиторов фактора некроза опухоли альфа (ФНО-альфа) (инфликсимаб, адалимумаб, этанерцепт, голимумаб, цертолизумаба пэгол) и ингибиторов интерлейкинов (устекинумаб, гуселькумаб, рисанкизумаб, секукинумаб, иксекизумаб, нетакимаб)**

<b>Препарат</b>	<b>Режим введения</b>	<b>Комментарии</b>
Инфликсимаб лиофилизат для приготовления раствора для инфузий, лиофилизат для приготовления концентрата для приготовления раствора для инфузий	Взрослым пациентам 5 мг/кг внутривенно капельно на 0 - 2 - 6 неделе, далее каждые 8 недель.	При отсутствии эффекта в течение 6 недель продолжать лечение инфликсимабом нецелесообразно. Противопоказанием для назначения инфликсимаба при псориатическом артрите является возраст до 18 лет.
Адалимумаб раствор для подкожного введения	Взрослым пациентам 40 мг 1 раз в 2 недели подкожно.	Противопоказанием для назначения адалимумаба при псориатическом артрите является детский возраст до 18 лет.
Этанерцепт раствор для подкожного введения, лиофилизат для приготовления раствора для подкожного введения	Подкожно взрослым 50 мг 1 раз в неделю, подросткам старше 12 лет доза определяется из расчета 0,4 мг/кг массы тела (максимальная разовая доза 25 мг), препарат вводится 2 раза в неделю с интервалом 3 - 4 дня, возможно также введение дозы 0,8 мг/кг массы тела 1 раз в неделю (максимальная разовая доза - 50 мг) 1 раз в неделю.	Лечение этанерцептом подростков старше 12 лет следует прекратить, если после 4 месяцев терапии не наблюдается положительной динамики.
Голимумаб раствор для подкожного введения	Взрослым пациентам 50 мг подкожно 1 раз в месяц в один и тот же день месяца, пациентам с массой тела более 100 кг при отсутствии адекватного ответа после 3 - 4 инъекций возможно рассмотреть увеличение дозы голимумаба до 100 мг ежемесячно.	При отсутствии эффекта через 12 - 14 недель терапии голимумабом (3 - 4 инъекции) в дозе 50 мг у пациентов с массой тела не более 100 кг необходимо оценить целесообразность дальнейшего применения препарата. У пациентов с массой тела более 100 кг после повышения дозы препарата до 100 мг и при отсутствии эффекта после 3 - 4 инъекций голимумаба по 100 мг необходимо повторно оценить целесообразность дальнейшего применения. Противопоказанием к назначению голимумаба является детский возраст до 18 лет.
Цертолизумаба пэгол раствор для подкожного введения	Взрослым пациентам подкожно сначала в индукционной дозе по 400 мг на 0 - 2 - 4 неделе, далее по	Противопоказанием к назначению препарата цертолизумаба пэгол является



	200 мг 1 раз в 2 недели или 400 мг 1 раз в 4 недели.	детский возраст до 18 лет.
Устекинумаб раствор для подкожного введения	45 мг подкожно, второе введение проводят через 4 недели, далее каждые 12 недель. Пациентам с весом более 100 кг - в дозе 90 мг подкожно с той же частотой.	При сочетании псориатического артрита с бляшечным псориазом среднетяжелой или тяжелой степени в случаях недостаточной клинической эффективности режим дозирования сокращается до 8 недель. Противопоказанием к назначению устекинумаба при псориатическом артрите является детский возраст до 18 лет.
Иксекизумаб раствор для подкожного введения	Вводится по 160 мг подкожно на 0 неделе, далее по 80 мг каждые 4 недели. Начальная доза 160 мг вводится в виде двух отдельных подкожных инъекций по 80 мг.	При сочетании псориатического артрита с бляшечным псориазом среднетяжелой или тяжелой степени режим дозирования соответствует таковому при бляшечном псориазе - в первый день препарат вводят в дозе 160 мг (2 инъекции по 80 мг), следующее введение препарата осуществляют через 2 недели в дозе 80 мг, в последующем препарат вводится 1 раз в 2 недели по 80 мг через 4, 6, 8, 10 и 12 недель после первого введения, а после 12 недель лечения препарат вводится 1 раз в 4 недели. Противопоказанием к назначению иксекизумаба является детский возраст до 18 лет.
Секукинумаб раствор для подкожного введения, лиофилизат для приготовления раствора для подкожного введения	Взрослым пациентам 150 мг подкожно на 0, 1, 2 и 3 неделе с последующим ежемесячным введением в качестве поддерживающей дозы, начиная с 4 недели, в монотерапии или в комбинации с метотрексатом. В зависимости от клинического ответа дозу препарата можно увеличить до 300 мг.	Для пациентов с неадекватным ответом на терапию препаратами ингибиторами фактора некроза опухоли альфа (ФНО-альфа) или для пациентов с сопутствующим псориазом средней и тяжелой степени тяжести рекомендуемая доза препарата составляет 300 мг в качестве начальной дозы на 0, 1, 2 и 3 неделе подкожно с последующим ежемесячным введением в качестве поддерживающей дозы, начиная с 4-й недели. Противопоказанием к

		назначению секукиномаба при псориатическом артрите является детский возраст до 18 лет.
Гуселькумаб раствор для подкожного введения	Рекомендуемая доза препарата составляет 100 мг в виде подкожной инъекции. Вторая инъекция осуществляется через 4 недели после первой, с последующими введениями 1 раз каждые 8 недель.	Следует рассмотреть прекращение терапии у пациентов с отсутствием ответа на терапию после 16 недель применения препарата. Противопоказанием к назначению при псориатическом артрите является детский возраст до 18 лет.
Рисанкизумаб раствор для подкожного введения	Рекомендуемая доза препарата – 150 мг (в виде двух подкожных инъекций по 75 мг одновременно) на неделе 0, неделе 4 и далее каждые 12 недель.	Противопоказанием к назначению при псориатическом артрите является детский возраст до 18 лет.
Нетакимаб раствор для подкожного введения	В режиме монотерапии или в комбинации с метотрексатом при недостаточном ответе на стандартную терапию: рекомендуемая доза 120 мг в виде двух подкожных инъекций по 1 мл (60 мг) препарата каждая. Препарат вводится 1 раз в неделю на неделях 0, 1 и 2, затем каждые 2 недели до недели 10 включительно. Далее с недели 14 препарат вводится в дозе 120 мг в виде двух подкожных инъекций по 1 мл (60 мг) каждая 1 раз в 4 недели.	Противопоказанием к назначению при псориатическом артрите является детский возраст до 18 лет.

Алгоритм назначения лекарственной терапии пациентам с псориатическим артритом представлен на схеме 1.

Лечение псориатического артрита в зависимости от преимущественного клинического фенотипа и его активности представлено на схеме 2.

В таблице 8 представлен перечень лекарственных препаратов, зарегистрированных на территории Российской Федерации, с указанием средних суточных и курсовых доз, согласно приказу Минздрава России от 09.11.2012 N 866н "Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при анкилозирующем спондилите, псориатическом артрите, других спондилоартритах" (Зарегистрировано в Минюсте России 30.01.2013 N 26753), для оказания первичной медико-санитарной помощи при анкилозирующем спондилите, псориатическом артрите, других спондилоартритах.

**Таблица 8. Перечень лекарственных препаратов, зарегистрированных на территории Российской Федерации, с указанием средних суточных и курсовых доз, для оказания первичной медико-санитарной помощи при анкилозирующем спондилите, псориатическом артрите, других спондилоартритах**

Код АТХ	Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата	Усредненный показатель частоты предоставления	Ед. изм.	ССД	СКД
A02BC	Ингибиторы протонного насоса		0,4			
		Омепразол		мг	20	7300
A02BX	Другие препараты для лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и гастроэзофагальной рефлюксной болезни		0,05			
		Висмута трикалия дицитрат		мг	360	10800
A07EC	Аминосалициловая кислота и аналогичные препараты		0,4			
		Сульфасалазин		мг	2000	730000
A11CC	Витамин D и его аналоги		0,1			
		Колекальциферол		МЕ	400	146000
B03BB	Фолиевая кислота и ее производные		0,1			
		Фолиевая кислота		мг	5	260
C07AB	Селективные бета-адреноблокаторы		0,2			
		Атенолол		мг	100	36500
C08CA	Производные дигидропиридина		0,1			
		Амлодипин		мг	10	3650
C09AA	Ингибиторы АПФ		0,2			
		Эналаприл		мг	10	3650
D07AC	Глюкокортикоиды с высокой активностью (группа III)		0,5			
		Бетаметазон		мг	3	90
J04AC	Гидразиды		0,05			
		Изониазид		мг	500	14000
L01BA	Аналоги фолиевой кислоты		0,2			

		Метотрексат		мг	20	1040
L04AB	Ингибиторы фактора некроза опухоли альфа (ФНО-альфа)		0,06			
		Адалимумаб		мг	40	960
		Инфликсимаб		мг	300	2700
		Этанерцепт		мг	50	2600
		Голимумаб		мг	50	50
M01AB	Производные уксусной кислоты и родственные соединения		0,5			
		Ацеклофенак		мг	100	36500
		Диклофенак		мг	100	36500
M01AC	Оксикамы		0,1			
		Мелоксикам		мг	15	5475
M01AE	Производные пропионовой кислоты		0,05			
		Кетопрофен		мг	150	54750
M01AH	Коксибы		0,2			
		Целекоксиб		мг	200	73000
M01AX	Другие нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты		0,2			
		Нимесулид		мг	200	73000
M05BA	Бифосфонаты		0,2			
		Алендроновая кислота		мг	10	3640
		Ибандроновая кислота		мг	50	18200
M05BX	Другие препараты, влияющие на структуру и минерализацию костей		0,1			
		Стронция ранелат		мг	2000	730000

В таблице 9 представлен перечень лекарственных препаратов, зарегистрированных на территории Российской Федерации, с указанием средних суточных и курсовых доз, согласно Приказу Минздрава России от 07.11.2012 N 687н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при анкилозирующем спондилите, псориатическом артрите, других спондилоартритах" (Зарегистрировано в Минюсте России 18.01.2013 N 26594), для оказания специализированной медицинской помощи при анкилозирующем спондилите, псориатическом артрите, других спондилоартритах.

**Таблица 9. Перечень лекарственных препаратов, зарегистрированных на территории Российской Федерации, с указанием средних суточных и курсовых доз, для оказания специализированной медицинской помощи при анкилозирующем спондилите, псориатическом артрите, других спондилоартритах**

Код АТХ	Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата	Усредненный показатель частоты предоставления	Ед. изм.	ССД	СКД
A02BC	Ингибиторы протонового насоса		0,4			
		Омепразол		мг	20	560
A02BX	Другие препараты для лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и гастроэзофагальной рефлюксной болезни		0,05			
		Висмута трикалия дицитрат		мг	480	13440
A07EC	Аминосалициловая кислота и аналогичные препараты		0,4			
		Сульфасалазин		мг	2000	42000
A11CC	Витамин D и его аналоги		0,1			
		Колекальциферол		МЕ	800	22400
B03BB	Фолиевая кислота и ее производные		0,1			
		Фолиевая кислота		мг	10	30
C07AB	Селективные бета-адреноблокаторы		0,2			
		Атенолол		мг	75	1575
C08CA	Производные дигидропиридина		0,1			
		Амлодипин		мг	5	105
C09AA	Ингибиторы АПФ		0,4			
		Каптоприл		мг	50	1050
		Эналаприл		мг	10	210
C10AA	Ингибиторы ГМГ-КоА-редуктазы		0,15			
		Аторвастатин		мг	20	420
D07AC	Глюкокортикоиды с высокой активностью (группа III)		0,5			
		Бетаметазон		мл	1	2

H02AB	Глюкокортикоиды		0,1			
		Метилпреднизолон		мг	20	60
H05BA	Препараты кальцитонина		0,1			
		Кальцитонин		ЕД	200	5600
J01FA	Макролиды		0,1			
		Кларитромицин		мг	1000	14000
J01MA	Фторхинолоны		0,01			
		Ципрофлоксацин		мг	1000	7000
J02AC	Производные триазола		0,05			
		Флуконазол		мг	200	1400
J04AC	Гидразиды		0,05			
		Изониазид		мг	300	8400
L01BA	Аналоги фолиевой кислоты		0,2			
		Метотрексат		мг	20	80
L04AB	Ингибиторы фактора некроза опухоли альфа (ФНО-альфа)		0,25			
		Адалимумаб		мг	40	80
		Инфликсимаб		мг	300	600
		Этанерцепт		мг	50	150
		Голимумаб		мг	50	50
M01AB	Производные уксусной кислоты и родственные соединения		0,5			
		Ацеклофенак		мг	200	4200
		Диклофенак		мг	100	200
M01AC	Оксикамы		0,1			
		Мелоксикам		мг	15	315
M01AE	Производные пропионовой кислоты		0,05			
		Кетопрофен		мг	150	4200
M01AH	Коксибы		0,2			
		Целекоксиб		мг	200	4200
M01AX	Другие нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты		0,2			
		Нимесулид		мг	200	4200
M05BA	Бифосфонаты		0,2			
		Алендроновая кислота		мг	10	280
		Ибандроновая кислота		мг	6	126

M05BX	Другие препараты, влияющие на структуру и минерализацию костей		0,1			
		Стронция ранелат		мг	2000	50000

В таблице 10 представлен перечень лекарственных препаратов, зарегистрированных на территории Российской Федерации, с указанием средних суточных и курсовых доз, согласно приказу Минздрава России от 09.11.2012 N 822н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при анкилозирующем спондилите, псориатическом артрите, других спондилоартритах (поддерживающая терапия в дневном стационаре)" (Зарегистрировано в Минюсте России 18.02.2013 N 27146), для поддерживающей терапии в дневном стационаре.

**Таблица 10. Перечень лекарственных препаратов, зарегистрированных на территории Российской Федерации, с указанием средних суточных и курсовых доз, для поддерживающей терапии в дневном стационаре**

Код АТХ	Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата	Усредненный показатель частоты предоставления	Ед. изм.	ССД	СКД
D07AC	Глюкокортикоиды с высокой активностью (группа III)		0,5			
		Бетаметазон		мл	1	4
H02AB	Глюкокортикоиды		0,1			
		Метилпреднизолон		мг	1000	2000
L04AB	Ингибиторы фактора некроза опухоли альфа (ФНО-альфа)		0,25			
		Адалимумаб		мг	40	80
		Инфликсимаб		мг	300	600
		Этанерцепт		мг	50	150
		Голимумаб		мг	50	50

Рекомендации по профилактике и лечению нежелательных реакций (НЛР), связанных с приемом МТ, приведены на схеме 3.

Рекомендации по предотвращению и лечению НЛР, развивающихся на фоне лечения иФНО $\alpha$ , ингибиторами ИЛ, моноклональными антителами, селективными иммунодепрессантами (апремиласт, тофацитиниб, инфликсимаб, адалимумаб, голимумаб, цертолизумаба пэгол, этанерцепт, устекинумаб, секукинумаб, иксекизумаб), приведены на схеме 4.

## **Хирургическое лечение**

Эндопротезирование или артродез суставов рекомендуется пациентам с псориатическим артритом при рецидивирующем артрите, приведшем к необратимому повреждению и нарушению функции суставов.

## **Иное лечение**

К нему относятся такие нефармакологические методы как лечебная физкультура при заболеваниях и травмах суставов, физиотерапевтические методы, иглоукалывание, санаторно-курортное лечение, грязелечение, сероводородные и радоновые ванны, образование пациента - информирование больных о необходимости вести здоровый образ жизни, нормализовать вес, отказаться от курения.

## **ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ**

Диспансерное наблюдение врача-дерматовенеролога и/или врача-ревматолога.

Достижение ремиссии или минимальной активности псориатического артрита следует оценивать каждые 3 - 6 месяцев. Для оценки эффективности проводимой терапии при псориатическом артрите могут использоваться следующие индексы и шкалы: индекс BASDAI (БАСДАЙ) (батский индекс активности анкилозирующего спондилита), индекс LEI (лидский энтезиальный индекс), шкала активности псориатического артрита (DAPSA), Визуальная Аналоговая Шкала (ВАШ, см) (DAS 28), критерий ответа при псориатическом артрите (критерий PsARC, критерии ответа на терапию Европейской Антиревматической Лиги (EULAR)).

## **ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Медицинская помощь пациентам с псориатическим артритом оказывается в виде:

- первичной медико-санитарной помощи;
- специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

Медицинская помощь пациентам с псориатическим артритом может оказываться в следующих условиях:

- амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение);
- в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
- стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

**Показания для плановой госпитализации в медицинскую организацию ревматологического или терапевтического или дерматовенерологического профиля:**

- 1) Показания для оказания медицинской помощи в дневном стационаре:
  - недостаточная эффективность лечения, проводимого в амбулаторных условиях, у пациентов с невысокой активностью псориатического артрита;
- 2) Показания для оказания медицинской помощи стационарно:



- псориатический артрит высокой активности;
- необходимость проведения поддерживающей терапии иммунодепрессантами;
- недостаточная эффективность проводимого лечения в амбулаторных условиях.

**Показания для плановой госпитализации в медицинскую организацию хирургического профиля:**

- 1) Показания для оказания медицинской помощи стационарно:
  - Стойкое необратимое нарушение функции сустава, требующее хирургической коррекции.
- 2) Показания к выписке пациента из медицинской организации:
  - Частичное или полное восстановление функции пораженного сустава.
  - Уменьшение болей в пораженных суставах.

**НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ ДОКУМЕНТЫ**

Стандарты, порядки оказания медицинской помощи пациентам с псориатическим артритом и другие связанные нормативно-правовые документы представлены в таблице 11.

**Таблица 11. Стандарты оказания медицинской помощи пациентам с псориатическим артритом**

Наименование стандарта	Нормативный правовой акт, утвердивший стандарт
"Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при анкилозирующем спондилите, псориатическом артрите, других спондилоартритах" (Зарегистрировано в Минюсте России 18.01.2013 N 26594)	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 N 687н
"Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при анкилозирующем спондилите, псориатическом артрите, других спондилоартритах (поддерживающая терапия в дневном стационаре)" (Зарегистрировано в Минюсте России 18.02.2013 N 27146)	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 822н
"Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при анкилозирующем спондилите, псориатическом артрите, других спондилоартритах" (Зарегистрировано в Минюсте России 30.01.2013 N 26753)	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 866н

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Клинические рекомендации. Псориаз артропатический. Псориатический артрит. Общероссийская общественная организация "Российское общество дерматовенерологов и косметологов". Ассоциация ревматологов России. Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ. 2021 г.
2. Приказ Минздрава России от 07.11.2012 N 687н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при анкилозирующем спондилите, псориатическом артрите, других спондилоартритах" (Зарегистрировано в Минюсте России 18.01.2013 N 26594)
3. Приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 822н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при анкилозирующем спондилите, псориатическом артрите, других спондилоартритах (поддерживающая терапия в дневном стационаре)" (Зарегистрировано в Минюсте России 18.02.2013 N 27146)
4. Приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 866н "Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при анкилозирующем спондилите, псориатическом артрите, других спондилоартритах" (Зарегистрировано в Минюсте России 30.01.2013 N 26753)

## ПРИЛОЖЕНИЯ

### Приложение 1. Синтетические базисные противовоспалительные препараты, используемые для терапии псориатического артрита

Наименование лекарственного препарата (МНН)	Наличие лек. преп. в ЖНВЛП (2023)	Наличие лек. преп. в КР МЗ РФ КР562 (2021 г)	Наличие ЛП в стандарте (Приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 822н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при анкилозирующем спондилите, псориатическом артрите, других спондилоартритах (поддерживающая терапия в дневном стационаре)")	Наличие ЛП в стандарте (Приказ Минздрава России от 07.11.2012 N 687н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при анкилозирующем спондилите, псориатическом артрите, других спондилоартритах")	Наличие ЛП в стандарте (Приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 866н "Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при анкилозирующем спондилите, псориатическом артрите, других спондилоартритах")
Метотрексат	да	да	нет	да	да
Сульфасалазин	да	да	нет	да	да
Лефлуномид	да	да	нет	нет	нет
Циклоспорин	да	да	нет	нет	нет
Апремиласт	да	да	нет	нет	нет
Тофацитиниб	да	да	нет	нет	нет
Упадацитиниб	да	нет	нет	нет	нет

**Приложение 2. Лекарственные препараты, используемые для таргетной терапии псориатического артрита**

Наименование лекарственного препарата (МНН)	Наличие лек. преп. в ЖНВЛП (2023)	Наличие лек. преп. в КР МЗ РФ КР562 (2021 г)	Наличие ЛП в стандарте (Приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 822н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при анкилозирующем спондилите, псориатическом артрите, других спондилоартритах (поддерживающая терапия в дневном стационаре)")	Наличие ЛП в стандарте (Приказ Минздрава России от 07.11.2012 N 687н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при анкилозирующем спондилите, псориатическом артрите, других спондилоартритах")	Наличие ЛП в стандарте (Приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 866н "Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при анкилозирующем спондилите, псориатическом артрите, других спондилоартритах")
Голimumаб	да	да	да	да	да
Адалimumаб	да	да	да	да	да
Инflixимаб	да	да	да	да	да
Этанерцепт	да	да	да	да	да
Устекинумаб	да	да	нет	нет	нет
Секукинумаб	да	да	нет	нет	нет
Иксекизумаб	да	да	нет	нет	нет
Цертолизумаба пэгол	да	да	нет	нет	нет
Гуселькумаб	да	нет	нет	нет	нет
Рисанкизумаб	да	нет	нет	нет	нет
Нетакимаб	да	нет	нет	нет	нет

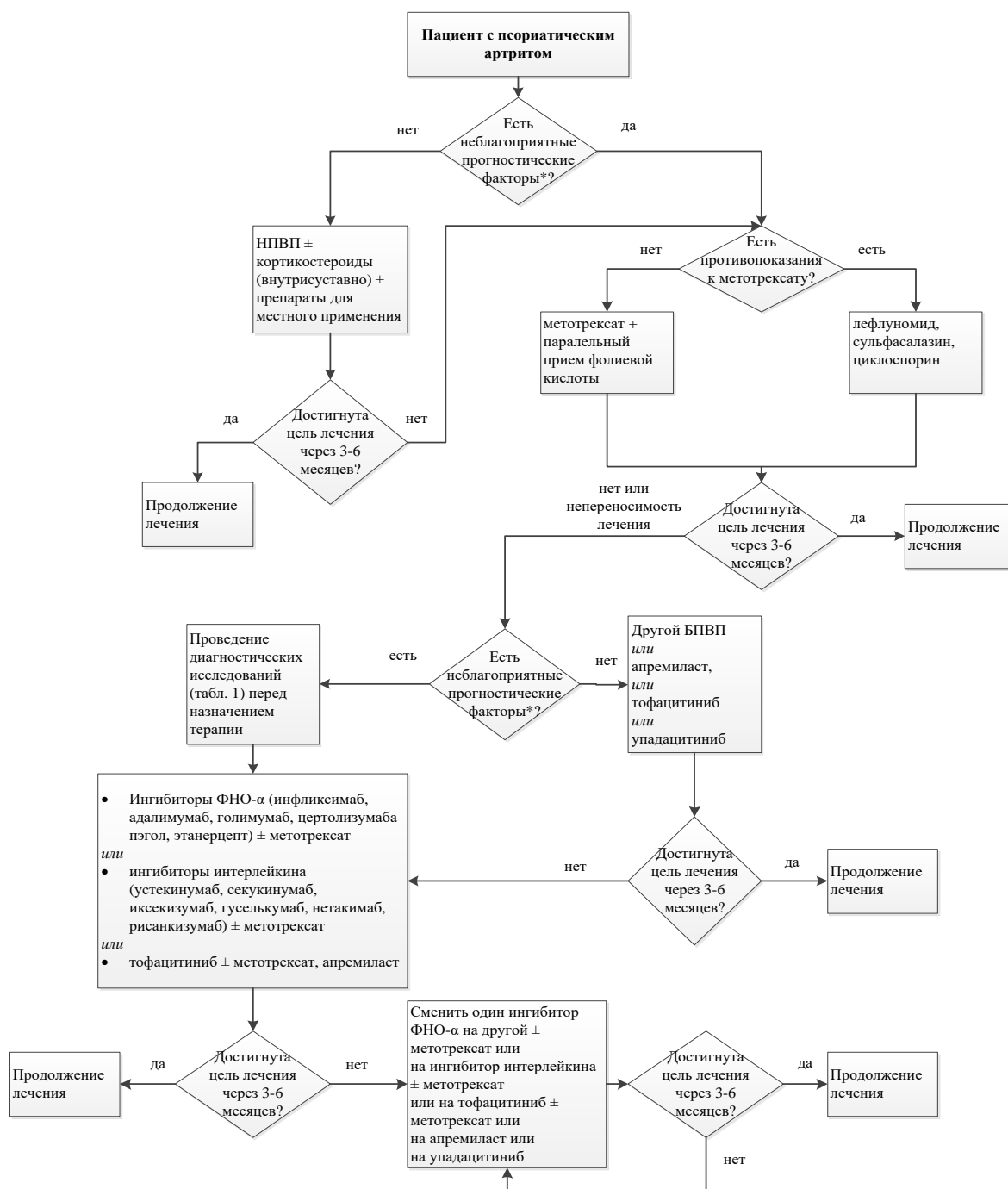
**Приложение 3. Лекарственные препараты, используемые для гормональной терапии псориатического артрита**

Наименование лекарственного препарата (МНН)	Наличие лек. преп. в ЖНВЛП (2023)	Наличие лек. преп. в КР МЗ РФ КР562 (2021 г)	Наличие ЛП в стандарте (Приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 822н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при анкилозирующем спондилите, псориатическом артрите, других спондилоартритах (поддерживающая терапия в дневном стационаре)")	Наличие ЛП в стандарте (Приказ Минздрава России от 07.11.2012 N 687н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при анкилозирующем спондилите, псориатическом артрите, других спондилоартритах")	Наличие ЛП в стандарте (Приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 866н "Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при анкилозирующем спондилите, псориатическом артрите, других спондилоартритах")
Метилпреднизолон	да	да	да	да	нет
Бетаметазон	нет	да	да	да	да
Триамцинолон	нет	да	нет	нет	нет

**Приложение 4. Лекарственные препараты, используемые для сопутствующей терапии псориатического артрита**

Наименование лекарственного препарата (МНН)	Наличие лек. преп. в ЖНВЛП (2023)	Наличие лек. преп. в КР МЗ РФ КР562 (2021 г)	Наличие ЛП в стандарте (Приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 822н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при анкилозирующем спондилите, псориатическом артрите, других спондилоартритах (поддерживающая терапия в дневном стационаре)")	Наличие ЛП в стандарте (Приказ Минздрава России от 07.11.2012 N 687н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при анкилозирующем спондилите, псориатическом артрите, других спондилоартритах")	Наличие ЛП в стандарте (Приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 866н "Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при анкилозирующем спондилите, псориатическом артрите, других спондилоартритах")
Диклофенак	да	да	нет	да	да
Мелоксикам	нет	да	нет	да	да
Нимесулид	нет	да	да	да	да
Ципрофлоксацин	да	нет	нет	да	
Кларитромицин	да	нет	нет	да	
Флуконазол	да	нет	нет	да	
Кальцитонин	да	нет	нет	да	
Алендроновая кислота	да	нет	нет	да	да
Фолиевая кислота	да	да	нет	да	да
Омепразол	да	нет	нет	да	да
Висмута трикалия дицитрат	да	нет	нет	да	да
Каптоприл	да	нет	нет	да	
Эналаприл	да	нет	нет	да	да
Атенолол	да	нет	нет	да	да
Амлодипин	да	нет	нет	да	да
Колекальциферол	да	нет	нет	да	да
Аторвастатин	да	нет	нет	да	
Изониазид	да	нет	нет	да	да
Ацеклофенак	нет	да	нет	да	да
Кетопрофен	да	нет	нет	да	да
Целекоксиб	нет	да	нет	да	да
Ибандроновая кислота	нет	нет	нет	да	да
Стронция ранелат	да	нет	нет	да	да

# Схема 1. Алгоритм назначения лекарственной терапии пациентам с псориатическим артритом



\* Неблагоприятные факторы:

1. Полиартрит ( $\geq 5$  число болезненных суставов/число припухших суставов).
2. Наличие эрозий при рентгенографическом обследовании.
3. Повышение скорости оседания эритроцитов/содержания С-реактивного белка в крови.
4. Дактилит.
5. Псориатическая ониходистрофия.
6. Функциональные нарушения.

**Схема 2. Лечение псориазического артрита в зависимости от преимущественного клинического фенотипа и его активности**

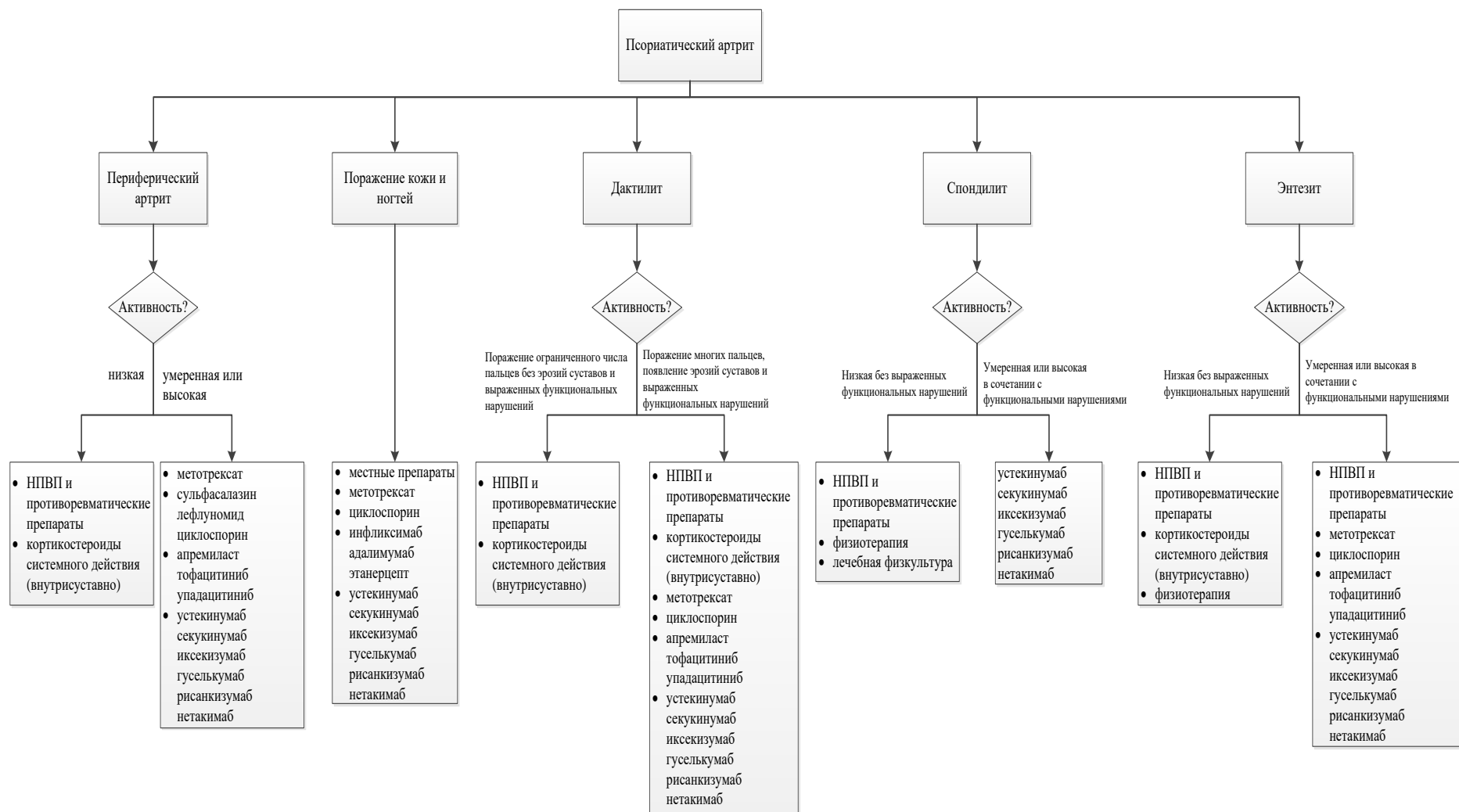




Схема 3. Рекомендации по профилактике и лечению нежелательных реакций, связанных с приемом МТ



**Схема 4. Рекомендации по предотвращению и лечению НЛР, развивающихся на фоне лечения иФНОα, ингибиторами ИЛ, моноклональными антителами, селективными иммунодепрессантами (апремиласт, тофацитиниб, инфликсимаб, адалимумаб, голимумаб, цертолизумаба пэгол, этанерцепт, устекинумаб, секукинумаб, иксекизумаб, упадацитиниб, гуселькумаб, рисанкизумаб, нетакимаб)**

