

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 у взрослых и детей (код по МКБ-10 – L40)

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 у взрослых и детей (код по МКБ-10 – L40)», 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:

Махнева Н.В. – главный внештатный специалист по дерматологии и косметологии, главный врач ГБУЗ «Московский областной клинический кожно-венерологический диспансер», д.м.н.;

Олисова О.Ю. – заведующий кафедрой кожных и венерических болезней им. В.А. Рахманова Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского Первого МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), д.м.н., член-корреспондент РАН, профессор.

Предназначение:

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

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

К493 Клинико-технологический алгоритм лекарственной терапии псориаза у взрослых и детей (код по МКБ-10 – L40). – Красногорск: ООО «Принт», 2023. – 30 с.

УДК 616.517-085

ББК 55.831.74

ISBN 978-5-9631-1107-9

© Коллектив авторов, 2023

ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК ТАБЛИЦ И СХЕМ.....	4
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	5
ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	6
Определения.....	6
Эпидемиология	6
Этиология.....	6
Классификация	6
ДИАГНОСТИКА	6
Обследование перед назначением терапии.....	8
МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ	10
Терапевтические цели	10
Наружная терапия.....	10
Системная терапия	13
Фототерапия.....	19
Комбинированная терапия.....	21
Иное лечение.....	25
ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ.....	25
ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....	25
НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ ДОКУМЕНТЫ	25
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	26
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	27

СПИСОК ТАБЛИЦ И СХЕМ

Таблица 1. Перечень диагностических мероприятий, включенных в клинические рекомендации 2020, одобренные Минздравом РФ	6
Таблица 2. Методы контроля состояния пациента перед назначением и во время проведения системной терапии для предупреждения развития побочных эффектов	8
Таблица 3. Лекарственные препараты для наружной терапии и способы их применения ..	10
Таблица 4. Режимы применения иммунодепрессантов (циклоsporин), ретиноидов (ацитретин) и антиметаболитов (метотрексат) при псориазе	14
Таблица 5. Режимы применения селективных иммунодепрессантов (апремиласт, тофацитиниб)	15
Таблица 6. Режимы применения ингибиторов фактора некроза опухоли альфа (ФНО-альфа) (инфликсимаб, адалимумаб, этанерцепт, цертолизумаба пэгол) и ингибиторов интерлейкина (устекинумаб, гуселькумаб, секукинумаб, иксекизумаб, нетакимаб, рисанкизумаб)	16
Таблица 7. Методы и схемы фототерапии	19
Таблица 8. Методы и схемы комбинированной терапии	22
Таблица 9. Перечень лекарственных препаратов для лечения псориаза, зарегистрированных на территории Российской Федерации, с указанием средних суточных и курсовых доз, согласно приказу Минздрава России от 07.12.2021 N 1128н	23
Таблица 10. Стандарты оказания медицинской помощи пациентам с псориазом	25
Приложение 1. Лекарственные препараты, используемые для терапии псориаза	27
Схема 1. Алгоритм назначения лекарственной терапии пациентам с псориазом	28
Схема 2. Рекомендации по профилактике и лечению нежелательных реакций, связанных с приемом метотрексата	29
Схема 3. Рекомендации по предотвращению и лечению НЛР, развивающихся на фоне лечения иФНО α , ингибиторами ИЛ, моноклональными антителами, селективными иммунодепрессантами (апремиласт, тофацитиниб, инфликсимаб, адалимумаб, цертолизумаба пэгол, этанерцепт, устекинумаб, секукинумаб, иксекизумаб, рисанкизумаб)	30

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

БПВП - базовые противовоспалительные препараты	УФБ – средневолновое ультрафиолетовое излучение 280–320 нм (селективная фототерапия)
ИЛ – интерлейкин	УФБ-311 терапия – узкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия с длиной волны 311 нм (либо узкополосная (311 нм) средневолновая терапия)
ИЗЛ – интерстициальное заболевание легких	МТ – метотрексат
иФНО α – ингибиторы фактора некроза опухоли альфа (ФНО-альфа)	НЛР – нежелательные лекарственные реакции
ПУВА-терапия – облучение ультрафиолетовым излучением длиной волны 320-400 нм с применением фотосенсибилизирующих препаратов	ФНО - фактор некроза опухоли
сочетанное применение фотосенсибилизаторов группы фурукумаринов и длинноволнового ультрафиолетового излучения 320–400 нм	ФК – функциональный класс
УФА – длинноволновое ультрафиолетовое излучение 350–400 нм	ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь легких
	ХСН – хроническая сердечная недостаточность
	PASI – индекс оценки тяжести и распространенности псориаза.

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Определения

Псориаз – хроническое иммуноассоциированное заболевание мультифакториальной природы с доминирующим значением в развитии генетических факторов, характеризующееся ускоренной пролиферацией кератиноцитов и нарушением их дифференцировки, дисбалансом между провоспалительными и противовоспалительными цитокинами, с частыми патологическими изменениями опорно-двигательного аппарата.

Эпидемиология

Псориаз относится к числу наиболее распространенных заболеваний кожи и по литературным данным встречается у 1–2% населения стран. По данным официальной государственной статистики в Российской Федерации распространенность псориаза в 2018 году составляет 242,4 заболевания на 100 тысяч населения; заболеваемость – 66,5 на 100 тысяч населения.

Этиология

В развитии псориаза значение имеют наследственная предрасположенность, нарушения функции иммунной, эндокринной, нервной систем, неблагоприятное воздействие факторов внешней среды. Описан ряд генов (PSORS), наличие которых предрасполагает к развитию заболевания. В частности, у пациентов с псориазом чаще выявляют антигены HLA-Cw6 и HLA-DR7.

К числу провоцирующих факторов относят психоэмоциональное перенапряжение, хронические инфекции (чаще стрептококковые), злоупотребление алкоголем, прием лекарственных средств (соли лития, бета-адреноблокаторы, хлорохин/гидроксихлорохин, пероральные контрацептивы, интерферон и его индукторы и др.).

Классификация

В настоящее время принято выделять несколько клинических форм псориаза – обыкновенный (вульгарный, бляшечный), себорейный, каплевидный, пустулезный (генерализованный Цумбуша; ладоней и подошв Барбера; акродерматит стойкий гнойный Аллопо), инверсный, псориазическая эритродермия, псориазический артрит (псориаз артропатический).

Диагностика

Диагностические мероприятия и процедуры при псориазе, одобренные Минздравом РФ, отражены в таблице 1.

Таблица 1. Перечень диагностических мероприятий, включенных в клинические рекомендации 2020, одобренные Минздравом РФ

Жалобы и анамнез:

Пациенты жалуются на наличие высыпаний, чувство стягивания кожи. Пациентов с псориазом может беспокоить зуд различной степени интенсивности.

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

Физикальное обследование:

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

Высыпания характеризуются наличием псориатической 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.

Лабораторная диагностика:

- общий (клинический) анализ крови развернутый (лейкоциты, эритроциты, гемоглобин, гематокрит, тромбоциты, тромбоциты, нейтрофилы палочкоядерные, нейтрофилы сегментоядерные, эозинофилы, базофилы, лимфоциты, моноциты, скорость оседания эритроцитов);
- анализ крови биохимический общетерапевтический: общий белок, глюкоза, креатинин, мочевиная кислота, билирубин общий, холестерин общий, триглицериды, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза;
- 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).

Иные диагностические исследования:

- патологоанатомическое исследование биопсийного материала кожи из очага поражения пациентам при необходимости проведения дифференциальной диагностики с другими заболеваниями кожи;
- при наличии признаков поражения суставов, непрерывно-рецидивирующего и прогрессирующего артрита, торпидного к проводимой терапии пациентам для исключения сопутствующей патологии рекомендуется консультация врача-ревматолога;
- при назначении пациентам терапии генно-инженерными биологическими препаратами и в процессе ее проведения рекомендуются консультации врача-фтизиатра, с целью исключения противопоказаний к терапии генно-инженерными биологическими препаратами.

Постановка диагноза

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

Индекс оценки тяжести и распространенности псориаза (PASI – Psoriasis Area Severity Index)

Расчет индекса PASI представляет собой композитную оценку эритемы (Э), инфильтрации (И), шелушения (Ш) и площади (S) псориатической бляшки.

Для расчета PASI тело условно разделяют на четыре области: голова (г), туловище (т), руки (р), ноги (н).

Для каждой из них оценивают:

1. Площадь псориазического поражения кожи – (S) (определяют сначала в % из расчета – на голове 1 ладонь пациента соответствует 10%, на туловище – 3,3%, на руках – 5%, на ногах – 2,5%, а затем в баллах – 0 – нет псориаза, 1 – псориазом поражено меньше 10% площади любой из указанных частей тела, 2 – псориазом поражено от 10 до 29%, 3 – от 30 до 49%, 4 – от 50 до 69 %, 5 – от 70 до 89%, 6 – от 90 до 100%).

2. Эритему, инфильтрацию и шелушение определяют в баллах: 0 – отсутствие псориаза, 1 – минимальная выраженность, 2 – умеренная, 3 – значительная, 4 – максимальная. Формула расчета:

$$PASI = [0,1x(Эг+Иг+Шг)xS] + [0,2x(Эр+Ир+Шр)xS] + [0,3x(Эт+Ит+Шт)xS] + [0,4x(Эн.+Ин.+Шн)xS] \quad (3).$$

Диапазон изменений от 0 до 72 баллов.

Индекс PASI до 10 баллов соответствует легкой степени заболевания; 10–19 баллов – средне-тяжелой; 20–72 – тяжелой.

ОБСЛЕДОВАНИЕ ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ТЕРАПИИ

Перед назначением и во время проведения системной терапии требуется контролировать состояния пациента для предупреждения развития побочных эффектов. Методы контроля состояния приведены в таблице 2.

Таблица 2. Методы контроля состояния пациента перед назначением и во время проведения системной терапии для предупреждения развития побочных эффектов

Назначаемый лекарственный препарат	Методы контроля
Метотрексат	С целью своевременного выявления побочных явлений необходимо контролировать состояние периферической крови, для чего 1 раз в неделю проводится общий (клинический) анализ крови с определением количества лейкоцитов и тромбоцитов в крови. Необходимо контролировать активность печеночных трансаминаз, функцию почек, по необходимости проводить прицельную рентгенографию органов грудной клетки. Терапию метотрексатом прекращают, если число лейкоцитов в крови составляет менее $1,5 \times 10^9/\text{л}$, количество нейтрофилов – менее $0,2 \times 10^9/\text{л}$, количество тромбоцитов менее $75 \times 10^9/\text{л}$. Повышение уровня креатинина в крови на 50% и более первоначального содержания требует повторного измерения уровня креатинина. Возрастание уровня билирубина в крови требует интенсивной дезинтоксикационной терапии. При развитии диареи и язвенного стоматита терапию метотрексатом необходимо прервать. При появлении признаков пульмональной токсичности (особенно сухой кашель без мокроты) лечение метотрексатом следует прекратить. Появление признаков угнетения функции костного мозга, необычных кровотечений или кровоизлияний, черного дегтеобразного стула, крови в моче или в кале, или точечных красных пятен на коже требует немедленной консультации врача.
Ацитретин	Следует контролировать функцию печени перед началом лечения ацитретином, каждые 1–2 недели в течение первого месяца после начала лечения, а затем – через каждые 3 месяца. Если результаты анализов указывают на патологию, контроль следует проводить еженедельно. Если функция печени не нормализуется или ухудшается, препарат следует отменить. В этом случае целесообразно продолжать контролировать функцию печени на протяжении, по крайней мере, 3 месяцев.

	<p>Необходимо контролировать уровень холестерина и триглицеридов сыворотки натошак.</p> <p>У пациентов с сахарным диабетом ацитретин может ухудшить толерантность к глюкозе, поэтому на ранних этапах лечения концентрацию глюкозы в крови следует проверять чаще обычного.</p> <p>Из-за возможности нарушения ночного зрения необходим тщательный мониторинг за нарушением зрения.</p>
Циклоспорин	<p>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, трансаминаз, липидного профиля.</p>
Селективные иммунодепрессанты (апремиласт, тофацитиниб), ингибиторы фактора некроза опухоли альфа (ФНО-альфа) (инфликсимаб, адалимумаб, цертолизумаба пэгол, этанерцепт) и ингибиторы интерлейкина (устекинумаб, секукинумаб, иксекизумаб, гуселькумаб, нетакимаб, рисанкизумаб)	<ul style="list-style-type: none"> • 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, гамма-глутамилтрансферазы и щелочной фосфатазы в крови; • общий (клинический) анализ мочи; • ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) • ультразвуковое исследование органов малого таза (комплексное) • эзофагогастроуденоскопия; • прицельная рентгенография органов грудной клетки (в 2 проекциях) или компьютерная томография органов грудной полости, очаговая проба с туберкулином, 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).

Перед назначением фототерапии для выявления противопоказаний целесообразно клиническое обследование пациента и комплекс лабораторных исследований, включающий общий (клинический) анализ крови, общий (клинический) анализ мочи, анализ крови биохимический общетерапевтический (включая определение показателей функции печени и почек), консультация врача-терапевта, врача-эндокринолога, врача-акушера-гинеколога (для женщин), врача-офтальмолога (при назначении ультрафиолетового облучения кожи, фотохимиотерапии с внутренним применением фотосенсибилизаторов (ПУВА)). По показаниям проводится обследование у других специалистов.

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Лечение псориаза включает в себя:

- наружная терапия (мази, крема, эмульсии, гели, шампуни, аэрозоли, спреи, лосьоны, растворы);
- системная терапия;
- фототерапия;
- комбинированная терапия;
- санаторно-курортное лечение.

Терапевтические цели

Цель терапии псориаза - достижение ремиссии или уменьшение основных клинических проявлений заболевания до минимальных, увеличение качества жизни пациентов.

Наружная терапия

Для лечения ограниченных высыпаний пациентам рекомендуется наружная терапия. Лекарственные препараты для наружной терапии и способы их применения приведены в таблице 3.

Таблица 3. Лекарственные препараты для наружной терапии и способы их применения

Лекарственный препарат	Способ применения	Примечание
Глюкокортикоиды		
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.	Возможно применение крема и мази гидрокортизона 0,1% с 6-месячного возраста. Противопоказанием к назначению мази гидрокортизона 1% является детский возраст до 2 лет.
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. Максимальная длительность лечения у детей – 3 недели.
триамцинолон мазь 0,1% для наружного применения	наносить на пораженные участки кожи 2 раза в сутки в течение 3–4 недель	Противопоказанием к назначению препарата триамцинолон является детский возраст до 2 лет.
мометазон крем 0,1%, мазь 0,1%	наносить тонким слоем на пораженные участки кожи 1 раз в сутки в течение 3–4 недель	Противопоказанием к назначению препарата мометазон является детский возраст до 2 лет.
метилпреднизолона ацепонат мазь 0,1% для наружного применения	наносить на пораженные участки кожи тонким слоем 1 раз в сутки в течение 3–4 недель	Противопоказанием к назначению мази метилпреднизолона ацепоната является детский возраст до 4 месяцев.

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	Противопоказанием к назначению крема, эмульсии метилпреднизолона ацепоната является детский возраст до 4 месяцев.
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	Противопоказанием к назначению препарата бетаметазон крем 0,05%, мазь 0,05% является детский возраст до 1 года. Противопоказанием к назначению препарата бетаметазон крем 1%, является детский возраст до 6 месяцев.
бетаметазон спрей 0,05%	наносить на пораженные участки кожи 2 раза в сутки в течение 3–4 недель	Противопоказанием к назначению препарата бетаметазон спрей 0,05% является детский возраст до 2 лет.
флуоцинолона ацетонид мазь для наружного применения 0,025%	наносить на пораженные участки кожи 2–4 раза в сутки, курс лечения составляет до 25 дней	Противопоказанием для применения препарата мазь флуоцинолона ацетонид является детский возраст до 2 лет.
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	Противопоказанием для применения препарата крем, гель флуоцинолона ацетонид является детский возраст до 2 лет.
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	Противопоказанием к назначению мази флутиказон является детский возраст до 6 месяцев, крема флутиказон – детский возраст до 1 года.
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	Противопоказанием к назначению препарата клобетазол является детский возраст до 1 года.
Наружные средства, содержащие салициловую кислоту или глюкокортикостероиды в комбинации с антисептиками		
салициловая кислота 2–5% мазь	наносить тонким слоем в виде аппликаций под окклюзионную повязку	Наружные средства, содержащие салициловую кислоту, рекомендуются пациентам с псориазом для уменьшения интенсивности шелушения при выраженном шелушении в очагах поражения кожи. В прогрессирующую стадию псориаза показано применение наружных средств, содержащих салициловую кислоту в низкой концентрации – 2%. В стационарную и регрессирующую стадии возможно назначение средств с более высокой концентрацией
бетаметазон + салициловая кислота мазь, раствор для наружного применения	наносить на пораженные участки кожи 2 раза в сутки	
мометазон + салициловая кислота мазь	наносить тонким слоем на пораженные участки кожи 2 раза в сутки	

		салициловой кислоты – 3% и 5%. Бетаметазон + Салициловая кислота рекомендуется также при псориазе волосистой части головы для купирования симптомов.
Прочие средства		
кальципотриол мазь	2 раза в сутки наносить на пораженные участки кожи в течение 6–8 недель	При длительном лечении суточная доза не должна превышать 15 г, а еженедельная – 100 г крема или мази. Не следует наносить препарат на обширные участки кожи, площадь которых превышает 30% поверхности тела. Возможно проведение повторных курсов лечения при последующих обострениях. Применение кальципотриола может служить методом выбора терапии вульгарного псориаза, при этом препарат не следует назначать перед УФ-облучением, так как это приводит к инактивации кальципотриола.
бетаметазон + кальципотриол мазь	1 раз в сутки взрослым на срок не более 4 недель	Площадь нанесения комбинированного препарата бетаметазон + кальципотриол не должна превышать 30% поверхности тела. Максимальная суточная доза составляет не более 15 г, максимальная недельная доза – 100 г. Препарат должен оставаться на коже в течение ночи или дня для достижения оптимального терапевтического эффекта. Возможно повторное применение препарата под наблюдением врача. Применение комбинированного препарата бетаметазон + кальципотриол позволяет ускорить достижение клинического эффекта. Одновременное наружное применение препаратов салициловой кислоты приводит к инактивации кальципотриола. Бетаметазон + кальципотриол гель рекомендуется также при псориазе волосистой части головы для купирования симптомов.
бетаметазон + кальципотриол гель	1 раз в сутки взрослым в течение 4 недель на кожу волосистой части головы и 8 недель – на гладкую кожу	

пиритион цинк аэрозоль	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	Препараты, содержащие цинк пиритион активированный, рекомендуются пациентам для ускорения регресса высыпаний.
пиритион цинк крем	наносят тонким слоем на пораженные участки кожи 2 раза в день в течение 1–1,5 месяцев	
ихтаммол 5% (изготавливаемая экстемпорально) или 10% мазь	наносить на очаги поражения 1–2 раза в сутки	В стационарную стадию пациентам с плотными инфильтрированными бляшками
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 или вазелиновым маслом. Продолжительность курса лечения – до 4 недель, перерывы между курсами 1–2 мес.	
клобетазол 0,05% шампунь	ежедневно наносить на сухую кожу волосистой части головы (экспозиция 15 минут), после чего споласкивать	Рекомендуется при псориазе волосистой части головы для купирования симптомов
пиритион цинк 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. В период ремиссии шампунь может использоваться 1–2 раза в неделю в качестве средства профилактики рецидивов.	

Системная терапия

Проведение пациентам системной терапии рекомендуется при резистентности к проводимой наружной терапии, распространенных высыпаниях (при псориазе средней или тяжелой степени тяжести).

Для лечения больных псориазом применяются базисные противовоспалительные препараты (БПВП): антиметаболиты (метотрексат), ретиноиды (ацитретин), иммунодепрессанты (циклоsporин), селективные иммунодепрессанты (апремиласт, тофацитиниб), ингибиторы фактора некроза опухоли альфа (ФНО-альфа) (инфликсимаб, адалимумаб, цертолизумаба пэгол, этанерцепт) и ингибиторы интерлейкина (устекинумаб, секукинумаб, иксекизумаб, гуселькумаб, нетакимаб, рисанкизумаб).

Лекарственные препараты системной терапии и способы их применения указаны в таблицах 4-6.

Таблица 4. Режимы применения иммунодепрессантов (циклоспорин), ретиноидов (ацитретин) и антиметаболитов (метотрексат) при псориазе

Лекарственный препарат	Способ применения	Примечания
Метотрексат	<p>Подкожно, внутримышечно или перорально 10–15–20 мг, при необходимости – до 25–30 мг, 1 раз в неделю.</p> <p>После достижения терапевтического эффекта возможна поддерживающая терапия в минимальной эффективной дозе (не более 22,5 мг в неделю).</p> <p>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.</p>	<p>Высокоэффективен для терапии обыкновенного псориаза, псориатической эритродермии, пустулезного и артропатического псориаза. Перед назначением метотрексата и во время лечения проводится контроль состояния пациента с целью своевременного выявления побочных явлений.</p> <p>Мужчинам и женщинам детородного возраста во время лечения метотрексатом и как минимум в течение 3 месяцев после следует применять надежные методы контрацепции, чтобы избежать зачатия. Пациентам, получающим метотрексат, необходимо отказаться от иммунизации (если она не одобрена врачом) в интервале от 3 мес. до 1 года после приема препарата.</p>
Ацитретин	<p>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).</p>	<p>Перед назначением ацитретина и во время терапии необходимо проводить контроль состояния пациентов.</p> <p>В связи с высокой тератогенностью ацитретина 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 противозачаточные средства без перерывов в течение 4 недель до начала лечения, в процессе лечения и в течение двух лет после завершения лечения ацитретином. Ацитретин нельзя назначать кормящим матерям. Детям ацитретин назначают только при неэффективности всех других методов лечения.</p>

Циклоспорин	Назначают 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.	Перед назначением циклоспорина и во время лечения следует контролировать состояния пациента для предупреждения развития побочных эффектов. 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; УФБ-311 терапия) противопоказано ввиду повышения риска немеланомного рака кожи.
--------------------	---	--

При отсутствии клинического эффекта от применения циклоспорина, ацитретина, метотрексата и ПУВА-терапии, 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. Режимы их применения приведены в таблицах 5, 6.

Таблица 5. Режимы применения селективных иммунодепрессантов (апремиласт, тофацитиниб)

Препарат	Режим введения	Комментарии
Апремиласт	по 30 мг 2 раза в день, утром и вечером, с интервалом примерно 12 часов перорально вне зависимости от времени	Отмечается эффективность апремиласта у пациентов с псориазом ногтей, волосистой части головы, ладонно-подошвенной области, псориатическим артритом. Прием апремиласта противопоказан при беременности. До начала

	приема пищи. Требуется начальное титрование дозы, после первичного титрования повторного титрования не требуется.	лечения необходимо исключить беременность. Женщины, способные к деторождению должны использовать эффективный метод контрацепции во время терапии. Не следует применять в период грудного вскармливания. Препарат противопоказан в детском возрасте до 18 лет и при наличии редкой наследственной непереносимости галактозы, дефиците лактазы, синдроме глюкозо-галактозной мальабсорбции (препарат содержит лактозу). Комбинированное применение апремиласта и УФБ 311 терапии может быть использовано для повышения эффективности терапии.
Тофацитиниб	10 мг 2 раза в сутки перорально.	Противопоказанием к назначению тофацитиниба является детский возраст до 18 лет.

Таблица 6. Режимы применения ингибиторов фактора некроза опухоли альфа (ФНО-альфа) (инфликсимаб, адалимумаб, этанерцепт, цертолизумаба пэгол) и ингибиторов интерлейкина (устекинумаб, гуселькумаб, секукинумаб, иксекизумаб, нетакимаб, рисанкизумаб)

Препарат	Режим введения	Комментарии
Инфликсимаб лиофилизат для приготовления раствора для инфузий	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.	Во время внутривенной инфузии инфликсимаба и в течение не менее 1–2 часов после ее окончания пациент должен находиться под наблюдением врача. Во время внутривенного вливания инфликсимаба необходимо проводить измерения артериального давления, пульса, частоты дыхательных движений и температуры тела каждые 30 мин.
Адалимумаб раствор для подкожного введения	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.	При снижении терапевтического ответа на монотерапию адалимумабом может быть использовано комбинированное применение адалимумаба и УФБ -311 терапии.
Этанерцепт лиофилизат для приготовления раствора для	Взрослым с псориазом средней или тяжелой степени тяжести 25 мг дважды в неделю с интервалом 3–4 дня. Возможно введение 50 мг препарата	В случае пропуска дозы в положенное время, необходимо ввести препарат сразу же, как только об этом

<p>подкожного введения</p>	<p>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.</p> <p>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.</p>	<p>вспомнили, но при условии, что следующая инъекция должна быть не ранее, чем через день. В противном случае необходимо пропустить забытую инъекцию и сделать вовремя очередную инъекцию. Введение этанерцепта следует прекратить, если после 12 недель лечения не наблюдается ответа на проводимую терапию. Комбинированное применение этанерцепта и УФВ-311 терапии может быть использовано при снижении терапевтического ответа на монотерапию этанерцептом.</p>
<p>Цертолизумаба пэгол раствор для подкожного введения</p>	<p>Взрослым с вульгарным псориазом умеренной и высокой степени активности, которым показана системная терапия, в том числе пациентам с псориатическим артритом с учетом выраженного торможения деструкции суставов и высокой эффективности в отношении дактилита, энтезита и спондилита.</p> <p>Лечение активного псориатического артрита у взрослых: Рекомендуемая</p>	<p>Цертолизумаба пэгол может назначаться пациентам репродуктивного возраста с учетом потенциальной беременности, на протяжении всей беременности, а также во время грудного вскармливания.</p>

	<p>индукционная доза препарата составляет 400 мг в виде двух подкожных инъекций по 200 мг в первый день лечения, и далее на второй и на четвертой неделе лечения; рекомендованная поддерживающая доза препарата для взрослых пациентов составляет 200 мг 1 раз в 2 недели. После ответа на терапию возможно использование альтернативного режима дозирования 400 мг 1 раз в 4 недели. При недостаточном ответе – возможно увеличение дозы до 400 мг 1 раз в 2 недели.</p>	
<p>Устекинумаб раствор для подкожного введения</p>	<p>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.</p>	<p>Может комбинироваться с метотрексатом или УФВ 311 терапией.</p>
<p>Иксекизумаб раствор для подкожного введения</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>Отмечается эффективность иксекизумаба у пациентов с псориазом ногтей, волосистой части головы, ладонно-подошвенной области, а также при псориазе аногенитальной области.</p>
<p>Секукинумаб раствор для подкожного введения</p>	<p>Взрослым пациентам с псориазом среднетяжелой и тяжелой степени тяжести подкожно, по возможности в неповрежденный 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</p>	<p>Отмечается эффективность секукинумаба у пациентов с псориазом ногтей, волосистой части головы, ладонно-подошвенной области, псориатическим артритом, а также при генерализованном</p>

	с 4-й недели. Каждая доза 300 мг вводится в виде двух отдельных подкожных инъекций по 150 мг.	пустулезном псориазе.
Гуселькумаб раствор для подкожного введения	Рекомендуется для лечения тяжелого и среднетяжелого бляшечного псориаза 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.	Отмечается эффективность гуселькумаба у пациентов с псориазом ногтей, волосистой части головы, ладонно-подошвенной области. Эффективность препарата не зависит от веса пациентов.
Нетакимаб раствор для подкожного введения	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.	
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.	Отсутствуют данные по безопасности и эффективности применения препарата у детей в возрасте до 18 лет.

Фототерапия

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

Методы и схемы фототерапии приведены в таблице 7.

Таблица 7. Методы и схемы фототерапии

Методы фототерапии	Схема терапии	Примечания
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.	

<p>Узкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия</p>	<p>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/см². 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/см², при появлении слабовыраженной эритемы дозу оставляют постоянной. На курс назначают 15–35 процедур.</p>	<p>Узкополосная средневолновая терапия с длиной волны 311 нм (УФБ-311) является более эффективным методом УФБ-терапии по сравнению с селективной фототерапией. Узкополосная средневолновая терапия длиной волны 311 нм (УФБ-311) предпочтительна при незначительной инфильтрации в очагах поражения кожи.</p>
<p>Ультрафиолетовое облучение кожи 308 нм (эксимерное УФ-облучение).</p>	<p>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.</p>	<p>Лечение ультрафиолетовым облучением кожи 308 нм (эксимерное УФ-облучение), показано, главным образом, при ограниченных формах псориаза с площадью поражения не более 10% поверхности тела.</p>
<p>Ультрафиолетовое облучение кожи. Фотохимиотерапия с внутренним применением фотосенсибилизаторов (ПУВА).</p>	<p>Псоралены для системного применения 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>	<p>ПУВА-терапия предпочтительна при выраженной инфильтрации в очагах поражения кожи. Перед назначением лечения для выявления противопоказаний проводится клиническое обследование пациента и комплекс лабораторных исследований. При распространенных высыпаниях облучают весь кожный покров (общая фототерапия), при ограниченных высыпаниях – пораженную область тела (локальная фототерапия).</p>

<p>Ультрафиолетовое облучение кожи. Фотохимиотерапия с наружным применением фотосенсибилизаторов (ПУВА).</p>	<p>Псоралены для местного применения 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>	
<p>ПУВА-ванны с водным раствором амми большой плодов фурукумарины.</p>	<p>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. 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>	<p>Для приготовления водного раствора амми большой плодов фурукумарины используют официальный 0,3%-ный спиртовой раствор фотосенсибилизатора. Концентрация амми большой плодов фурукумарины в ванне составляет 1 мг/л, температура воды 36–37°C, продолжительность ванны 15 мин. При распространенных высыпаниях назначают общие ванны с водным раствором амми большой плодов фурукумарины и последующим облучением всего кожного покрова (общие ПУВА-ванны), при ограниченных высыпаниях проводят локальные ванны с последующим облучением пораженной области (локальные ПУВА-ванны).</p>

Комбинированная терапия

Рекомендуется при неэффективности фототерапии или системной терапии метотрексатом или ацитретином или иммунодепрессантами циклоспорином, апремиластом, тофацитинибом у пациентов с распространенными высыпаниями (псориазом средней и тяжелой степени тяжести) комбинированная терапия. Методы и схемы комбинированной терапии приведены в таблице 8.

Таблица 8. Методы и схемы комбинированной терапии

Терапия	Схема	Примечания
Фототерапия + ацитретин	Прием ацитретина в дозе 10–35 мг в сутки (обычно 25 мг в сутки или 0,3–0,5 мг на кг массы тела в сутки) начинают за 7–14 дней до начала фототерапии, реже – одновременно с ней. 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.	Перед назначением ацитретина пациентам, получающим УФВ или ПУВА-терапию в виде монотерапии, показано дозу облучения уменьшить на 50%. При переводе на комбинированное лечение пациентов, получающих монотерапию высокими дозами ацитретина, суточную дозу препарата показано снизить до 10–35 мг/сут, а УФ-облучение проводится начиная с дозы, составляющей 50% от дозы, назначаемой при монотерапии.
Фототерапия + метотрексат	Метотрексат перорально в дозе 0,5 мг/кг один раз в неделю с максимальной дозой 30 мг/нед и узкополосная ультрафиолетовая терапия (NBUVB). Фототерапию NBUVB начинают на следующий день после приема метотрексата и проводят три раза в неделю в непоследовательные дни. Начинают с дозы 280 мДж/см ² , затем ее увеличивают на 20%, если не развилось никаких нежелательных реакций на предыдущее лечение, на 10%, если возникали минимальные реакции, и на 0%, в случае развития выраженной эритемы. При пропуске процедуры дозу снижают на 10%. Увеличение дозы NBUVB продолжают (макс. –1200 мДж/см ²).	Возможно повышение эффективности лечения метотрексатом при комбинации его с УФБ или ПУВА-терапией. Специфические побочные эффекты такой комбинированной терапии не установлены, поскольку требуется длительное наблюдение. Возможно повышение фототоксичности при комбинации метотрексата с ПУВА-терапией, которое не наблюдалось при применении препарата в комбинации с УФВ-терапией.
Узкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия + апремиласт	Пациенты получают апремиласт по 30 мг 2 раза в сутки и возрастающие дозы NBUVB (310-312 нм) 3 раза в неделю в течение 12 недель.	

В таблице 9 представлен перечень лекарственных препаратов, зарегистрированных на территории Российской Федерации, с указанием средних суточных и курсовых доз, согласно приказу Минздрава России от 07.12.2021 N 1128н "Об утверждении стандарта медицинской помощи взрослым при псориазе (диагностика, лечение и диспансерное наблюдение)" (Зарегистрировано в Минюсте России 14.01.2022 N 66869).

Таблица 9. Перечень лекарственных препаратов для лечения псориаза, зарегистрированных на территории Российской Федерации, с указанием средних суточных и курсовых доз, согласно приказу Минздрава России от 07.12.2021 N 1128н

Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата	Усредненный показатель частоты предоставления	Ед. изм.	ССД	СКД
Фолиевая кислота и ее производные					
	Фолиевая кислота	0,2	мг	5	200
Препараты салициловой кислоты					
	Салициловая кислота	0,18	г	20	960
Деготь					
	Деготь березовый	0,036	г	4	284
Препараты для лечения псориаза для местного назначения другие					
	Бетаметазон + Кальципотриол	0,27	г	10	710
	Бетаметазон + Кальципотриол	0,19	г	5	355
	Кальципотриол	0,27	г	10	710
Ретиноиды для лечения псориаза					
	Ацитретин	0,051	мг	30	8 160
	Ацитретин	0,042	мг	25	1 700
Глюкокортикоиды с умеренной активностью (группа II)					
	Алклометазон	0,14	г	10	480
	Гидрокортизон	0,23	г	10	480
	Триамцинолон	0,14	г	10	480
Глюкокортикоиды с высокой активностью (группа III)					
	Бетаметазон	0,091	мг	3	144
	Бетаметазон	0,36	г	10	480
	Мометазон	0,18	г	5	240
	Флуоцинолона ацетонид	0,046	г	5	240
Глюкокортикоиды с очень высокой активностью (группа IV)					
	Клобетазол	0,18	г	5	170
	Клобетазол	0,19	мл	7,5	150
Кортикостероиды с высокой активностью в комбинации с другими препаратами					
	Бетаметазон + [Салициловая кислота]	0,44	г	20	960
	Бетаметазон + [Салициловая кислота]	0,37	мл	6	288

	Мометазон + Салициловая кислота	0,11	г	10	480
Другие антисептики и дезинфицирующие средства					
	Нафталанская нефть	0,11	г	20	960
Препараты для системного лечения угревой сыпи другие					
	Ихтаммол	0,036	г	5	170
Препараты для лечения заболеваний кожи другие					
	Пиритион цинк	0,22	г	10	710
	Пиритион цинк	0,15	мл	10	710
	Пиритион цинк	0,19	мл	7,5	255
Аналоги фолиевой кислоты					
	Метотрексат	0,2	мг	15	600
Селективные иммунодепрессанты					
	Апремиласт	0,00068	мг	10	10
	Апремиласт	0,00068	мг	20	20
	Апремиласт	0,00068	мг	30	30
	Апремиласт	0,00068	мг	60	21 600
	Апремиласт	0,0098	мг	60	21 900
	Апремиласт	0,00068	мг	40	40
	Апремиласт	0,00068	мг	50	50
	Тофацитиниб	0,00062	мг	20	7 300
Ингибиторы фактора некроза опухоли альфа (ФНО-альфа)					
	Адалимумаб	0,0013	мг	40	1 040
	Адалимумаб	0,0005	мг	80	80
	Инфликсимаб	0,0019	мг	350	2 100
	Цертолизумаба пэгол	0,000038	мг	200	5 000
	Цертолизумаба пэгол	0,000015	мг	400	11 200
	Этанерцепт	0,000047	мг	25	2 600
	Этанерцепт	0,00042	мг	50	2 900
Ингибиторы интерлейкина					
	Гуселкумаб	0,0017	мг	100	700
	Иксекизумаб	0,0018	мг	80	1 120
	Иксекизумаб	0,00073	мг	160	160
	Нетакимаб	0,0029	мг	120	1 560
	Секукинумаб	0,0022	мг	300	3 900
	Устекинумаб	0,0011	мг	45	180
	Устекинумаб	0,00014	мг	90	450
Ингибиторы кальциневрина					
	Циклоспорин	0,1	мг	300	81 600

Алгоритм назначения лекарственной терапии пациентам с псориазом представлен на схеме 1.

Рекомендации по профилактике и лечению нежелательных реакций (НЛР), связанных с приемом МТ, приведены на схеме 2.

Рекомендации по предотвращению и лечению НЛР, развивающихся на фоне лечения иФНО α , ингибиторами ИЛ, моноклональными антителами, селективными иммунодепрессантами (апремиласт, тофацитиниб, инфликсимаб, адалимумаб,

цертолизумаба пэгол, этанерцепт, устекинумаб, секукинумаб, иксекизумаб, рисанкизумаб), приведены на схеме 3.

Иное лечение

Рекомендуется проводить пациентам санаторно-курортное лечение в регрессирующую стадию заболевания, а также в период ремиссии для удлинения периода ремиссии.

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Диспансерное наблюдение пациентов с псориазом проводится специалистами врачами-дерматовенерологами в условиях кожно-венерологических диспансеров.

ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Для определения критериев показаний для госпитализации рекомендуется использовать индекс PASI:

- значение индекса от 10 до 19 – показания для госпитализации в дневной стационар;
- значение индекса 20 и выше – показания для госпитализации в круглосуточный стационар.

Дополнительные показания для госпитализации в медицинскую организацию:

- **дневной стационар:** необходимость проведения поддерживающей терапии селективными иммунодепрессантами (ингибиторами фосфодиэстеразы-4, блокаторами янус-киназ), ингибиторами фактора некроза опухоли альфа (ФНО-альфа), ингибиторами интерлейкина;
- **круглосуточный стационар:** неэффективность проводимого ранее лечения.
- **показания к выписке пациента из медицинской организации:** регресс высыпаний и/или уменьшение клинических проявлений.

НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ ДОКУМЕНТЫ

Стандарты, порядки оказания медицинской помощи пациентам с псориазом и другие связанные нормативно-правовые документы представлены в таблице 10.

Таблица 10. Стандарты оказания медицинской помощи пациентам с псориазом

Наименование стандарта	Нормативный правовой акт, утвердивший стандарт
"Об утверждении стандарта медицинской помощи взрослым при псориазе (диагностика, лечение и диспансерное наблюдение)" (Зарегистрировано в Минюсте России 14.01.2022 N 66869)	Приказ Минздрава России от 07.12.2021 N 1128н

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Клинические рекомендации. Псориаз. Общероссийская общественная организация "Российское общество дерматовенерологов и косметологов". Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ. 2020 г.
2. Приказ Минздрава России от 07.12.2021 N 1128н "Об утверждении стандарта медицинской помощи взрослым при псориазе (диагностика, лечение и диспансерное наблюдение)" (Зарегистрировано в Минюсте России 14.01.2022 N 66869)
3. Mahajan R, Kaur I, Kanwar AJ. Methotrexate/narrowband UVB phototherapy combination vs. narrowband UVB phototherapy in the treatment of chronic plaque-type psoriasis--a randomized single-blinded placebo-controlled study. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2010;24(5):595-600. doi:10.1111/j.1468-3083.2009.03486.x
4. Bagel J, Nelson E, Keegan BR. Apremilast and Narrowband Ultraviolet-B Combination Therapy for Treating Moderate-to-Severe Plaque Psoriasis. *J Drugs Dermatol.* 2017;16(10):957-962.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1. Лекарственные препараты, используемые для терапии псориаза

Наименование лекарственного препарата (МНН)	Наличие лек. преп. в ЖНВЛП (2022)	Наличие лек. преп. в КР МЗ РФ КР234 (2020 г)	Приказ Минздрава России от 07.12.2021 N 1128н "Об утверждении стандарта медицинской помощи взрослым при псориазе (диагностика, лечение и диспансерное наблюдение)" (Зарегистрировано в Минюсте России 14.01.2022 N 66869)
Адалimumаб	да	да	да
Алклометазон	нет	да	да
Апремиласт	да	да	да
Ацитретин	нет	да	да
Бетаметазон	да	да	да
Бетаметазон + кальципотриол	нет	да	да
Бетаметазон + салициловая кислота	нет	да	да
Гидрокортизон	да	да	да
Гуселькумаб	да	да	да
Деготь березовый	нет	да	да
Иксекизумаб	да	да	да
Инфликсимаб	да	да	да
Ихтаммол	нет	да	да
Кальципотриол	нет	да	да
Клобетазол	нет	да	да
Метилпреднизолон ацепонат	нет	да	нет
Метотрексат	да	да	да
Мометазон	да	да	да
Мометазон + салициловая кислота	нет	да	да
Нафталанская нефть	нет	да	да
Нетакимаб	да	да	да
Пиритион цинк	нет	да	да
Рисанкизумаб	да	нет	нет
Салициловая кислота	да	да	да
Секукинумаб	да	да	да
Тофацитиниб	да	да	да
Триамцинолон	нет	да	да
Устекинумаб	да	да	да
Флуоцинолона ацетонид	нет	да	да
Флутиказон	нет	да	нет
Фолиевая кислота	да	да	да
Цертолизумаба пэгол	да	да	да
Циклоспорин	да	да	да
Этанерцепт	да	да	да

Схема 1. Алгоритм назначения лекарственной терапии пациентам с псориазом

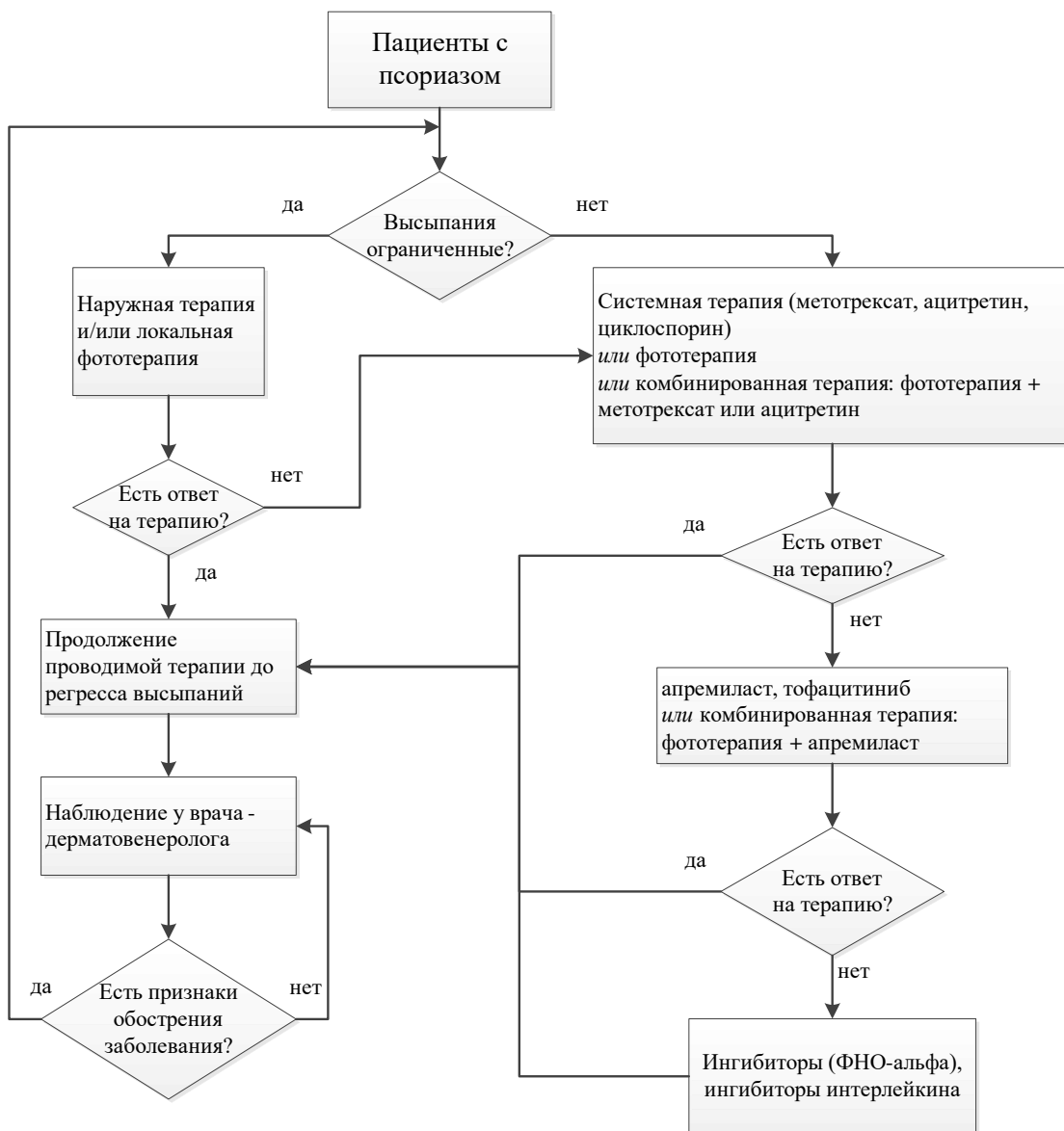


Схема 2. Рекомендации по профилактике и лечению нежелательных реакций, связанных с приемом метотрексата

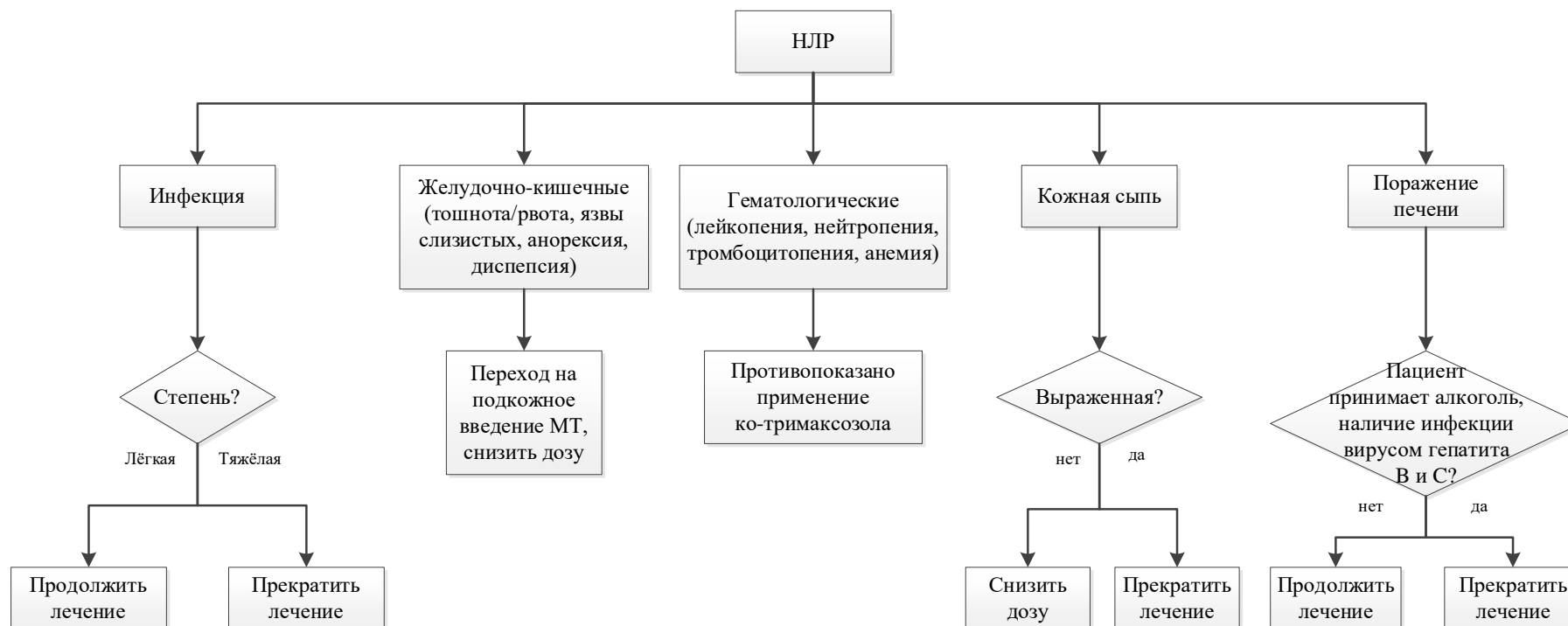


Схема 3. Рекомендации по предотвращению и лечению НЛР, развивающихся на фоне лечения иФНОα, ингибиторами ИЛ, моноклональными антителами, селективными иммунодепрессантами (апремиласт, тофацитиниб, инфликсимаб, адалимумаб, цертолизумаба пэгол, этанерцепт, устекинумаб, секукинумаб, иксекизумаб, рисанкизумаб)

