



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**  
**Головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності**  
**«дерматовенерологія»**

01601, м.Київ-23, вул. Шовковична 39/1,  
корпус 2

т/ф (044) 255-16-32; т. моб. 050-380-31-56  
E: mail - [dvk2@ukr.net](mailto:dvk2@ukr.net)

№ 33 від 21 вересня 2016 р.

**Заступнику Генерального директора**  
**Державного експертного центру МОЗ України**  
**КОЗОДОЮ Ю.А.**  
**Директору Департаменту стандартизації**  
**медичних послуг Державного підприємства**  
**«Державний експертний центр МОЗ України»**  
**ст.н.с.,к.мед.н.,**  
**ЛІЩИШИНІЙ О.М.**

Відповідно до Вашого листа від 10.08.2016 р. №18/82/М щодо внесення змін до Уніфікованого клінічного протоколу надання медичної допомоги «Псоріаз, включаючи псоріатичні артропатії», що пропонується головним позаштатним спеціалістом МОЗ зі спеціальності «ревматологія» професором О.Б.Яременком, інформую:

Вищезазначений лист був уважно розглянутий ініціативною групою за участю лікарів дерматовенерологів – членів міждисциплінарної робочої групи з розробки уніфікованого клінічного протоколу «Псоріаз, включаючи псоріатичні артропатії».

Слід зазначити, що питання ролі дерматолога в діагностиці та лікуванні псоріатичного артриту заслужило опису не лише в Україні, а й та висвітленов окремих зарубіжних статтях (повні версії додаються):

ORIGINAL ARTICLE

**Evidence-based recommendations on the role of dermatologists in the diagnosis and management of psoriatic arthritis: systematic review and expert opinion**

M.-A. Richard,<sup>1,\*</sup> T. Barnetche,<sup>2</sup> M. Rouzaud,<sup>3</sup> M. Sevrain,<sup>4</sup> A.P. Villani,<sup>5</sup> S. Aractingi,<sup>6</sup> F. Aubin,<sup>7</sup> M. Beylot-Barry,<sup>8</sup> P. Joly,<sup>9</sup> D. Jullien,<sup>5</sup> M. Le Maître,<sup>9</sup> L. Misery,<sup>4</sup> J.-P. Ortonne,<sup>10</sup> A. Cantagrel,<sup>11</sup> C. Paul<sup>12</sup>

JEADV 2014, 28 (Suppl 5), 3–12

© 2014 European Academy of Dermatology and Venereology

EDITORIAL

BJD  
British Journal of Dermatology

**Time for a 'joint' approach?**

© 2013 The Authors  
BJD © 2013 British Association of Dermatologists

British Journal of Dermatology (2013) 168, pp683–684

Суперечки між європейськими/американськими лікарями ревматологами та дерматологами, щодо компетентності та доцільності участі останніх у лікуванні артропатичного псоріазу (АП) практично не виникали після появи у

дерматологічних гайдлайнах настанов по застосуванню сучасних високоефективних лікарських засобів для терапії шкірних проявів псоріатичної хвороби (метотрексат, біологічні препарати), оскільки ці ж медикаменти в основному використовуються ревматологами для терапії уражених псоріазом суглобів. Про це свідчить поява позиції лікаря дерматолога у маршруті пацієнта із псоріатичною артропатією не лише в останніх дерматологічних та GP (лікарі загальної практики), але й ревматологічних протоколах, гайдлайнах та клінічних настановах. Тобто, лікарі дерматологи та ревматологи повинні працювати в парі при лікуванні пацієнтів із псоріатичною артропатією. (повна версія додається)



Available online at  
ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
EM|consulte  
www.em-consulte.com

Joint Bone Spine 76 (2009) 524–531



#### Recommendations

Pharmacological treatment (biotherapy excluded) of peripheral psoriatic arthritis: Development of recommendations for clinical practice based on data from the literature and experts opinion

Emmanuelle Dernis<sup>a</sup>, Frédéric Lavie<sup>b</sup>, Carine Salliot<sup>c</sup>, René-Marc Flipo<sup>d</sup>, Alain Saraux<sup>e</sup>, Jean-François Mailliefert<sup>f</sup>, Carle Paul<sup>g</sup>, Philippe Goupille<sup>h</sup>, Alain Cantagrel<sup>i</sup>, Pascal Claudepierre<sup>j</sup>, Philippe Gaudin<sup>k</sup>, Jacques Tebib<sup>l</sup>, Daniel Wendling<sup>m</sup>, Thierry Schaeffer<sup>n</sup>, Xavier Le Loët<sup>o</sup>, Bernard Combe<sup>p,\*</sup>

Слід теж відмітити, що «European S3-Guidelines on the systemic treatment of psoriasis vulgaris Update 2015 EDF in cooperation with EADV and IPC» містить розділ, присвячений псоріатичному артрити (повна версія додається).

**European S3-Guidelines on the  
systemic treatment of psoriasis vulgaris  
Update 2015  
EDF in cooperation with EADV and IPC**

A Nast<sup>1</sup>, P Gisondi<sup>2</sup>, AD Ormerod<sup>3</sup>, P Saiag<sup>4</sup>, C Smith<sup>5</sup>, PI Spuls<sup>6</sup>, P Arenberger<sup>7</sup>, H Bachelez<sup>8</sup>, J Barker<sup>9</sup>, E Dauden<sup>10</sup>, E de Jong<sup>11</sup>, E Feist<sup>12</sup>, A Jacobs<sup>1</sup>, R Jobling<sup>13</sup>, L Kemény<sup>14</sup>, M Maccarone<sup>15</sup>, U Mrowietz<sup>16</sup>, KA Papp<sup>17</sup>, C Paul<sup>18</sup>, K Reich<sup>19</sup>, S Rosthnek<sup>1</sup>, T Tahne<sup>20</sup>, HB Thio<sup>21</sup>, P van de Kerkhof<sup>22</sup>, RN Werner<sup>1</sup>, N Yawalkar<sup>23</sup>

Зазначено, що спеціальність дерматолога чудово підходить для ранньої діагностики та лікування псоріатичної артропатії. Дерматологи, які відчувають себе невпевнено, або мають малий досвід у діагностиці та лікуванні пацієнтів із псоріатичною артропатією, повинні скеровувати таких пацієнтів до ревматологів. Тісна співпраця дерматологів із ревматологами зможе забезпечити оптимальну вигоду для пацієнтів із псоріазом та псоріатичною артропатією. (повна версія додається)

## Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis

### Section 6. Guidelines of care for the treatment of psoriasis and psoriatic arthritis: Case-based presentations and evidence-based conclusions

Work Group: Chair, Alan Menter, MD,<sup>a</sup> Neil J. Korman, MD, PhD,<sup>b</sup> Craig A. Elmets, MD,<sup>c</sup> Steven R. Feldman, MD, PhD,<sup>d</sup> Joel M. Gelfand, MD, MSCE,<sup>e,1</sup> Kenneth B. Gordon, MD,<sup>f</sup> Alice Gottlieb, MD, PhD,<sup>g</sup> John Y. M. Koo, MD,<sup>h</sup> Mark Lebwohl, MD,<sup>i</sup> Craig L. Leonardi, MD,<sup>j</sup> Henry W. Lim, MD,<sup>k</sup> Abby S. Van Voorhees, MD,<sup>l</sup> Karl R. Beutner, MD, PhD,<sup>h,m</sup> Caitriona Ryan, MB, BCh, BAO,<sup>n</sup> and Reva Bhushan, PhD<sup>o</sup>  
*Dallas, Texas; Cleveland, Ohio; Birmingham, Alabama; Winston-Salem, North Carolina; Philadelphia, Pennsylvania; Chicago and Schaumburg, Illinois; Boston, Massachusetts; San Francisco and Palo Alto, California; New York, New York; St Louis, Missouri; and Detroit, Michigan*

From the Psoriasis Research Center, Baylor University Medical Center, Dallas<sup>a</sup>; Department of Dermatology at Murdough Family Center for Psoriasis and University Hospitals Case Medical Center, Cleveland<sup>b</sup>; Department of Dermatology, University of Alabama at Birmingham<sup>c</sup>; Department of Dermatology, Wake Forest University School of Medicine, Winston-Salem<sup>d</sup>; Center for Clinical Epidemiology and Biostatistics<sup>e</sup> and Department of Dermatology,<sup>1</sup> University of Pennsylvania; Division of Dermatology, Evanston Northwestern Healthcare, and Department of Dermatology, Northwestern University, Feinberg School of Medicine, Chicago<sup>f</sup>; Tufts Medical Center, Tufts University School of Medicine, Boston<sup>g</sup>; Department of Dermatology, University of California—San Francisco<sup>h</sup>; Department of Dermatology, Mount Sinai School of Medicine, New York<sup>i</sup>; Saint Louis University<sup>j</sup>;

Department of Dermatology, Henry Ford Hospital, Detroit<sup>k</sup>; Anacor Pharmaceuticals Inc, Palo Alto, CA<sup>m</sup>; and American Academy of Dermatology, Schaumburg.<sup>n</sup>

Funding sources: None.

The authors' conflict of interest/disclosure statements appear at the end of the article.

Accepted for publication November 26, 2010.

Reprint requests: Reva Bhushan, PhD, 930 E Woodfield Rd, Schaumburg, IL 60173. E-mail: rbhushan@aad.org.

Published online February 9, 2011.

0190-9622/\$36.00

© 2010 by the American Academy of Dermatology, Inc.

doi:10.1016/j.jaad.2010.11.055

Сучасні погляди на псоріатичну хворобу, як комплексну нозологію, із усіма її екстракутанними проявами та коморбідними станами<sup>1-4</sup>, а також досвід лікарів дерматологів у застосуванні хворобомодифікуючих протиревматичних препаратів та біологічної терапії **абсолютно не виключають необхідності консультативної участі лікарів суміжних спеціальностей (ревматологів та ортопедів – при псоріатичній артропатії, гастроентерологів – при Хворобі Крона та ін.), проте дозволяють сконцентрувати лікувальний процес у межах однієї спеціальності – дерматології, і таким чином уникнути поліпрагмазії у терапії<sup>4</sup>, зекономити час пацієнтів та підвищити якість їхнього життя.**

1. Gottlieb AB, Chao C, Dann F. Psoriasis comorbidities. *J Dermatol Treat.* 2008;19(1):5–21.
2. Ni C, Chiu MW. Psoriasis and comorbidities: links and risks. *Clin Cosmet Investig Dermatol.* 2014 Apr 17;7:119–32.
3. De Oliveira M de FSP, Rocha B de O, Duarte GV. Psoriasis: classical and emerging comorbidities. *An Bras Dermatol.* 2015;90(1):9–20.
4. Burden AD, Hilton Boon M, Leman J, Wilson H, Richmond R, Ormerod AD, et al. Diagnosis and management of psoriasis and psoriatic arthritis in adults: summary of SIGN guidance. *BMJ.* 2010;341:c5623.

Таким чином, вважаємо, що передача «псоріатичних артропатій» на повну курацію до ревматологічної служби є недоцільною, а з деяких точок зору шкідливою з наступних причин:

1. МКХ – 10 розглядає псоріаз у класі XII «Хвороби шкіри та підшкірної клітковини» (L00 – L99) у рубриках L40 – L45. Сюди ж під рубрикою L40.5 віднесено псоріаз артропатичний з наступним посиланням на рубрикатор хвороб сполучної тканини. Отже, на рівні міжнародних документів, ратифікованих Україною, псоріаз, як шкірний синдром, а артропатичний псоріаз, як суглобовий синдром, є різновидами основного захворювання – псоріатичної хвороби. З огляду на це є недоцільним, щоб ці синдроми одного захворювання, як окремі одиниці, лікували б різні фахівці (у даному випадку ревматологи та дерматологи).
2. За даними літературних джерел, 2-3% населення європейських країн властиві різні форми псоріазу, серед яких показник частоти виявлення АП коливається від 13 до 47 %. Слід зазначити, що на тлі прогресуючої динаміки розвитку псоріазу неможливо представити відповідні показники в Україні по АП через низку причин. Така проблема, перш за все, пов'язана з недосконалістю медико-статистичних систем, адже пацієнти з метою підтвердження чи встановлення інвалідності неодноразово переходять з дерматологічних стаціонарів у ревматологічні. Дискусійність даних статистичної обробки АП зумовлена й тим, що для опису одного й того ж патологічного суглобового процесу ревматологами і дерматологами застосовується різна термінологія – «артропатичний псоріаз», «псоріатична артропатія», «псоріатичний артрит», «псоріатична остеоартропатія».
3. Псоріаз – поширене хронічне захворювання шкіри, котре супроводжується висипаннями на шкірі практично у 100% хворих. За різними даними 75-90% хворих відчувають стигматизацію, що реально утруднює їх перебування в соціумі. Тому, лікування їх поза межами спеціалізованого дерматологічного лікувального закладу лише посилює стигматизацію і погіршує і без того знижену якість життя. У зв'язку з цим і, посилаючись на міжнародний досвід подолання та зниження стигматизації хворих, лікування хворих псоріазом слід проводити виключно в мережі спеціалізованих дерматовенерологічних закладів. Більше того, Україна (на відміну від деяких країн світу) має розвинуту мережу закладів дерматовенерологічного профілю.
4. У клінічній практиці майже не буває ізольованих захворювань, а з віком число хворих, у яких реєструють кілька нозологічних форм патології, значно зростає. Хвороби травного каналу, серцево-судинної системи та ендокринопатії є можливими причинами ініціації та підтримання загострення ПХ, що може свідчити про формування поліморбідного тла та полісистемність ураження організму. Наявна у хворих на АП супутня патологія може бути провокуючим чинником тяжкого перебігу хвороби. Тому для них вкрай необхідна рання діагностика найбільш поширених коморбідних станів, зокрема: ЦД II типу, ожиріння, АГ, ДЛП, МС, НЖХП, ЗЗК, лімфоми тощо. При цьому, **роль дерматолога полягає в своєчасній оцінці загального**

стану хворого на АП і виявленні у нього факторів ризику коморбідних станів, з подальшим скеруванням пацієнта до відповідного фахівця для уточнення діагнозу і лікування. При роботі з пацієнтом, який вже має супутню патологію, в тому числі АП, дерматолог повинен акцентувати його увагу на важливість дотримання призначеного лікування, здійснювати моніторинг призначеної терапії в межах дерматологічного стаціонару (із зазначенням впливу лікувальних засобів на перебіг усіх виявлених синдромів), протоколу контрольних обстежень, здорового способу життя. Водночас, первинна діагностика, коректне направлення пацієнтів до профільних фахівців, спостереження та рекомендації щодо дотримання лікувального режиму, правил догляду за шкірою, суглобами, навчання пацієнтів та їх близьких, – перебувають в площині первинної ланки медичної допомоги і потребують активного залучення лікарів загальної практики – сімейної медицини.

5. Наукові роботи та дослідження з питань псоріазу та АП проводяться чисельно на кафедрах дерматовенерології та в дермато-венерологічних клініках. Ревматологічна допомога при цьому носить для таких хворих консультативний характер.
6. Медико-соціальна експертиза щодо пацієнтів хворих на псоріаз, в т.ч. артропатичний, ініціюється і проводиться за направленнями лікарів-дерматовенерологів. При проведенні медико-соціальної експертизи при псоріазі (артропатичному) ревматологи залучаються не до постановки інвалідизуючого діагнозу, а лише до визначення важкості суглобового синдрому. Водночас ступінь втрати функцій суглобів чи їх значиме зниження визначається ортопедичною службою та рентгенологами. У той же час ортопеди та рентгенологи не претендують на лікування хворих на псоріаз.
7. Функції ревматологів рівно як і інших консультантів, у процесі курації хворих на псоріаз (включно з артропатичним) чітко визначені в розділі V п. 5.3.1. стор 43 затверджених наказом МОЗ України від 20.11.2015 р. «Уніфікованих клінічних протоколів» і подальшої деталізації на даному етапі не потребують.
8. Чинні протоколи «Псоріаз», включаючи псоріатичні артропатії, укладені за участі фахівців загальної практики (проф. Барна О.М.), ревматології (проф. Борткевич О.П.), педіатрії (проф. Охотнікова О.М.) і відображають консолідовану з дерматовенерологами позицію стосовно курації хворих на псоріаз.
9. Чинні протоколи з питань псоріазу чітко пов'язані з аналогічними документами, прийнятими в країнах Євросоюзу, США та близького зарубіжжя (див. список джерел) і не містять елементів корпоративної зацікавленості.
10. Намагання деяких фахівців-ревматологів вичленити із загальної системи курації хворих на псоріаз курацію фрагменту хвороби, зокрема АП, не має об'єктивної підстави. Таким чином, на думку членів робочої групи, діагностика, зокрема диференціальна



діагностика, оцінка ступеня тяжкості, активності процесу, функціонування суглобів, а також вибір оптимальної базової терапії, зрозуміло, має проводитися спільно з ревматологами, але без сумніву також те, що динамічне спостереження за хворими у процесі терапії має проводитися при постійній участі дерматолога, бо мова йде про єдине захворювання «псоріаз» і лікуємо ми конкретно хворого у всій сукупності проявів захворювання. Крім того, дуже важливо відзначити, що деякі підходи у лікуванні суглобового синдрому, що широко застосовуються в артрології, а саме внутрішньосуглобове введення глюкокортикоїдів вкрай не бажане, особливо на початку, для лікування хворих на псоріаз, тому що ці препарати модифікують перебіг псоріазу, обтяжуючи його, розвиваючи резистентність до інших методів терапії, дуже швидко формуючи гормонозалежність. Місцеві ін'єкції ГКС у суглобах розглядаються в якості додаткової терапії АП у хворих з моно- та олігоартритом, також можуть бути корисними при дактиліті та ентезиті.

У зв'язку з вище наведеним, доцільно обговорити та виробити спільну із ревматологами стратегію і тактику діагностики та лікування цієї категорії хворих. Ми готові сприйняти і впроваджувати у практику цей загальний досвід.

**З повагою,**

**Головний позаштатний спеціаліст МОЗ України  
зі спеціальності «дерматовенерологія»,  
професор**



**В.І.СТЕПАНЕНКО**