Псориаз

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2023 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: L40.0, L40.1, L40.2, L40.3, L40.4, L40.8, L40.9 · Общероссийская общественная организация "Российское общество дерматовенерологов и косметологов"

Псориаз — хроническое мультифакториальное заболевание с ускоренной пролиферацией кератиноцитов и возможным поражением опорно-двигательного аппарата и ногтей. Рекомендация описывает клиническую диагностику, оценку тяжести, наружное и системное лечение, контроль безопасности терапии и показания к госпитализации.

Главное

- Диагноз устанавливают на основании клинических проявлений заболевания. Уровень убедительности рекомендаций и уровень достоверности доказательств для клинической диагностики в тексте не указаны.
- Псориаз может поражать суставы и ногти; при суставных симптомах ищут утреннюю скованность, боль, отек, ограничение движений, энтезиты, дактилиты и спондилит. Следует учитывать риск ишемической болезни сердца, болезни Крона, сахарного диабета 2-го типа, депрессии и метаболического синдрома.
- PASI используют для оценки тяжести и распространенности: до 10 баллов — легкая степень заболевания, 10–19 — среднетяжелая, 20–72 — тяжелая. Индекс учитывает эритему, инфильтрацию, шелушение и площадь поражения.
- При PASI 10–19 показана госпитализация в дневной стационар, при PASI 20 и выше — в круглосуточный стационар. Дополнительные показания: необходимость проведения поддерживающей терапии селективными иммунодепрессантами, ингибиторами ФНО-альфа или интерлейкинов для дневного стационара и неэффективность ранее проведенного лечения для круглосуточного.
- При резистентности к проводимой наружной терапии и распространенных высыпаниях при псориазе средней или тяжелой степени проводят системную терапию или фототерапию. Доступные в тексте системные варианты включают метотрексат, ретиноиды и циклоспорин; при недостаточной эффективности возможен переход к селективным иммунодепрессантам, ингибиторам ФНО-альфа или интерлейкинов.
- Эффективную и хорошо переносимую терапию селективными иммунодепрессантами, ингибиторами ФНО-альфа и интерлейкинов не следует прерывать без необходимости: после отмены повышается риск рецидива, а при возобновлении может снизиться эффективность из-за образования нейтрализующих антител.
- Для профилактики обострений рекомендуются предупреждение стрессов и простудных заболеваний, санация хронических очагов инфекции; диспансерное наблюдение проводят врачи-дерматовенерологи в кожно-венерологических диспансерах.

Диагностика

1. Уточнить жалобы: высыпания, чувство стягивания кожи и зуд; выяснить наличие псориаза у родственников.
2. Провести визуальный осмотр кожных покровов пациента.
3. При необходимости осторожно проверить псориатическую триаду: стеариновое пятно, терминальную пленку и точечное кровотечение. Отметить феномен Кебнера — появление новых высыпаний в местах травмы, трения или давления.
4. Оценить распространенность и тяжесть по PASI, отдельно учитывая голову, туловище, руки и ноги, а также эритему, инфильтрацию, шелушение и площадь поражения.
5. Ежегодно проводить скрининг псориатического артрита. При болях в суставах или позвоночнике выбирать рентгенографию соответствующей области; МРТ позвоночника выполнять только при боли в соответствующем отделе.
6. Перед системной терапией и для контроля ее безопасности выполнить общий анализ крови, биохимический анализ крови и общий анализ мочи. При терапии тофацитинибом, ингибиторами ФНО-альфа или интерлейкинов дополнительно исследовать HBsAg, антитела к вирусу гепатита С и антитела IgM/IgG к ВИЧ-1 и ВИЧ-2.

7. При необходимости дифференциальной диагностики с другими кожными заболеваниями провести патолого-анатомическое исследование биоптата кожи.

Лечение

- При ограниченных высыпаниях используют наружную терапию. Возможные варианты: гидрокортизон 0,1% в форме мази или крема либо 1% в форме мази — 2 раза в сутки 3–4 недели; алклометазон 0,05% — 2–3 раза в сутки 3–4 недели; мометазон 0,1% — 1 раз в сутки 3–4 недели; бетаметазон 0,05–0,1% — 2 раза в сутки 3–4 недели. Для препаратов указаны разные возрастные ограничения, поэтому выбор зависит от возраста и лекарственной формы.
- При выраженном шелушении назначают салициловую кислоту 2–5%. В прогрессирующей стадии используют концентрацию 2%, в стационарной и регрессирующей возможны 3% и 5%; также применяют комбинации бетаметазона или мометазона с салициловой кислотой.
- Кальципотриол 0,005% наносят 2 раза в сутки 6–8 недель. При длительном лечении суточная доза не должна превышать 15 г, недельная — 100 г; площадь нанесения — не более 30% поверхности тела. Препарат не следует назначать перед УФ-облучением.
- При плотных инфильтрированных бляшках в стационарной стадии применяют ихтаммол 5% или 10% либо нафталановую нефть 5% или 10% в форме мази 1–2 раза в сутки. Березовый деготь начинают с аппликации на 15 минут 1 раз в день, постепенно увеличивают до 30 минут; курс — до 4 недель.
- При резистентности к наружной терапии и распространенных высыпаниях при псориазе средней или тяжелой степени метотрексат назначают подкожно, внутримышечно или внутрь по 10–15–20 мг 1 раз в неделю, при необходимости увеличивая до 25–30 мг. Для снижения нежелательных явлений применяют фолиевую кислоту 5 мг 1 раз в неделю через 24 часа после метотрексата. УУР А, УДД 2.
- Ретиноиды назначают с 25 или 30 мг в сутки на 2–4 недели, затем обычно используют 25–50 мг в сутки еще 6–8 недель; максимальная доза — 75 мг в сутки. Принимают во время еды или с молоком. УУР В, УДД 2.
- Циклоспорин начинают у взрослых с 2,5 мг/кг/сут в два приема; при отсутствии улучшения через 4 недели дозу можно увеличить до 5 мг/кг/сут при отсутствии клинически значимых лабораторных отклонений. В тяжелых случаях начальная доза может составлять 5 мг/кг. УУР В, УДД 2.
- Системные кортикостероиды при псориазе допустимы только в редких случаях — при генерализованном пустулезном псориазе или псориатической эритродермии — в виде единичных инъекций или инфузий короткодействующих препаратов. Длительные курсы и пролонгированные препараты могут привести к генерализации процесса.

Когда направить и как наблюдать

- При выявлении высыпаний или признаков псориаза терапевт, педиатр или врач общей практики направляет пациента в медицинскую организацию дерматовенерологического профиля.
- При признаках поражения суставов, непрерывно-рецидивирующем или прогрессирующем артрите, а также при торпидности к лечению нужна консультация ревматолога.
- Перед назначением и во время терапии генно-инженерными биологическими препаратами необходимы консультации фтизиатра для исключения противопоказаний; риск реактивации микобактериальной инфекции выше при ингибиторах ФНО-альфа.
- PASI 10–19 — направление в дневной стационар, PASI 20 и выше — в круглосуточный стационар. В круглосуточный стационар также направляют при неэффективности ранее проведенного лечения.
- Выписка возможна при регрессе высыпаний и/или уменьшении клинических проявлений.

Частые вопросы

Как подтверждают диагноз псориаза?

Диагноз устанавливают на основании клинических проявлений заболевания.

Когда при псориазе нужна госпитализация?

При PASI 10–19 показан дневной стационар, при PASI 20 и выше — круглосуточный. Дополнительным показанием в круглосуточный стационар служит неэффективность ранее проведенного лечения.

Как назначают метотрексат при псориазе?

Метотрексат назначают 10–15–20 мг 1 раз в неделю подкожно, внутримышечно или внутрь; при необходимости дозу увеличивают до 25–30 мг. Общий анализ крови проводят 1 раз в неделю; также контролируют печеночные трансаминазы и функцию почек. Фолиевую кислоту назначают по 5 мг через 24 часа после метотрексата.

Какие ограничения есть у кальципотриола?

Кальципотриол 0,005% применяют 2 раза в сутки 6–8 недель, не превышая 15 г в сутки и 100 г в неделю. Его не следует наносить на площадь более 30% поверхности тела или назначать перед УФ-облучением; противопоказанием к мази является детский возраст до 6 лет.

Что обследовать перед системной терапией псориаза?

Для оценки общего состояния и безопасности выполняют общий анализ крови, биохимический анализ крови и общий анализ мочи. Перед терапией тофацитинибом, ингибиторами ФНО-альфа или интерлейкинов дополнительно исследуют HBsAg, антитела к вирусу гепатита С и антитела IgM/IgG к ВИЧ-1 и ВИЧ-2.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/234-psoriaz. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/234_2