

Псориаз



РЦРЗ (Республиканский центр развития здравоохранения МЗ РК)

Версия: Клинические протоколы МЗ РК - 2015

Категории МКБ: Псориаз (L40)

Разделы медицины: Дерматовенерология

Общая информация

Краткое описание

Рекомендовано
Экспертным советом
РГП на ПХВ «Республиканский центр
развития здравоохранения»
Министерства здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от «30» ноября 2015 года
Протокол № 18

Псориаз - хроническое системное заболевание с генетической предрасположенностью, провоцируемое рядом эндо и экзогенных факторов, характеризующееся гиперпролиферацией и нарушением дифференцировки эпидермальных клеток [1,2].

Название протокола: Псориаз

Код (коды) МКБ X:

L40 Псориаз:
L40.0 Псориаз обыкновенный;
L40.1 Генерализованный пустулезный псориаз;
L40.2 Акродерматит стойкий (аллопо);
L40.3 Пустулез ладонный и подошвенный;
L40.4 Псориаз каплевидный;
L40.5 Псориаз артропатический;
L40.8 Другой псориаз;
L40.9 Псориаз неуточненный

Дата разработки протокола: 2013 год.

Дата пересмотра протокола: 2015 год.

Сокращения, используемые в протоколе:

АлАТ – аланинаминотрансфераза
АсАТ – аспаратаминотрансфераза
БР-болезнь Рейтера
ДБСТ-диффузные болезни соединительной ткани

Мг – миллиграмм

Мл – миллилитр

МНН – международное непатентованное название

ОАК – общий анализ крови

ОАМ – общий анализ мочи

ПУВА - терапия - сочетание длинноволнового ультрафиолетового (320-400 нм) облучения и приема фотосенсибилизаторов внутрь

СОЭ – скорость оседания эритроцитов

СОЭ – скорость оседания эритроцитов

СФТ – селективная фототерапия

УФТ – узкополосная фототерапия

Категория пациентов: взрослые и дети с характерными клиническими проявлениями – мономорфная папулезная сыпь розовато-красного цвета, покрытая серебристо-белыми чешуйками.

Пользователь протокола: врач-дерматовенеролог кож-вен диспансера.

Классификация

Клиническая классификация:

Псориаз подразделяют на следующие основные формы:

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

Выделяют 3 стадии заболевания:

- прогрессирующая;
- стационарная;
- регрессирующая.

В зависимости от распространенности:

- ограниченный;
- распространенный;
- генерализованный.

В зависимости от сезона года типы:

- зимний (обострение в холодное время года);
- летний (обострение в летнее время года);
- неопределенный (обострение заболевания не связано с сезонностью) [1,2].

Клиническая картина

Симптомы, течение

Диагностические критерии:

Жалобы и анамнез

Жалобы: кожные высыпания, зуд различной интенсивности, шелушение, боли, припухлость в области суставов, ограничение движения.

Анамнез заболевания: начало первых клинических проявлений, время года, длительность заболевания, частота обострений, сезонность заболевания, генетическая предрасположенность, эффективность ранее проводимой терапии, сопутствующие заболевания.

Физикальное обследование

Патогномоничные симптомы:

- псориазная триада при поскабливании («стеариновое пятно», «терминальная пленка», «кровавая роса»);
- симптом Кебнера (изоморфная реакция);
- наличие зоны роста;
- размеры элементов;
- характеристика расположения чешуек;
- псориазное поражение ногтевых пластинок;
- состояние суставов [1,2].

Диагностика

Перечень диагностических мероприятий

Основные диагностические мероприятия (обязательные, вероятность 100%):

- общий анализ крови в динамике лечения
- общий анализ мочи в динамике лечения

Дополнительные диагностические мероприятия (вероятность менее 100%):

- Определение глюкозы
- Определение общего белка
- Определение холестерина
- Определение билирубина
- Определение АЛат
- Определение АСаТ
- Определение креатинина
- Определение мочевины
- Иммунограмма I и II уровня
- Гистологическое исследование биоптата кожи (в неясных случаях)
- Консультация терапевта
- Консультация физиотерапевта

Обследования, которые необходимо провести до плановой госпитализации (минимальный перечень):

- общий анализ крови;
- общий анализ мочи;
- биохимические анализы крови: АсАТ, АлАТ, глюкоза, общ. билирубин.;
- микрореакция преципитации;
- исследование кала на гельминты и простейшие (дети до 14 лет).

Инструментальные исследования: не специфичны

Показания для консультации специалистов (при наличии сопутствующей патологии):

- терапевт;
- невропатолог;
- ревматолог.

Лабораторная диагностика

Лабораторные исследования

Лейкоцитоз, повышенная СОЭ

Гистологическое исследование биоптата кожи: резко выраженные акантоз, паракератоз, гиперкератоз, спонгиоз и скопление лейкоцитов в виде кучек 4-6 и больше элементов «микроабцессы Мунро» (без везикуляции). В дерме: клеточный экссудат; экзоцитоз полинуклеарных лейкоцитов.

Дифференциальный диагноз

Дифференциальный диагноз:

Себорейный дерматит	Красный плоский лишай	Парапсориаз	Розовый лишай Жибера	Папулезный (псориазоформный) сифилид
Эритематозные очаги в себорейных участках кожи, с жирными грязно-желтоватыми чешуйками на поверхности.	Поражаются слизистые и сгибательные поверхности конечностей. Папулы полигональной формы, синюшно-красного цвета, с центральным пупковидным вдавлением, восковидным блеском. Сетка Уикхема при смачивании поверхностей бляшек маслом.	Папулы лентикулярные, округлые, розово-красног цвета, плоские с выраженными полигональными полями рисунка кожи. Чешуйки круглые, крупные, удаляются по типу «облатки».	На коже шеи, туловища розоватого цвета пятна с периферическим ростом, более крупные напоминают «медальоны». Самая крупная «материнская бляшка».	На боковых поверхностях туловища милиарные папулы розового цвета с незначительным шелушением. Положительный комплекс серологических реакций.

Лечение

Цели лечения:

- купировать остроту процесса;
- уменьшить или стабилизировать патологический процесс (отсутствие свежих высыпаний) на коже;
- снять субъективные ощущения;
- сохранить трудоспособность;
- повысить качество жизни больных.

Тактика лечения.

Немедикаментозное лечение:

Режим 2.

Стол №15 (ограничить: прием острых блюд, специй, алкогольных напитков, животных жиров).

Медикаментозное лечение.

Лечение должно быть комплексным, с учетом базовых аспектов патогенеза (устранение воспаления, подавление пролиферации кератиноцитов, нормализация их дифференцировки), клиники, степени тяжести, осложнений.

Могут использоваться другие препараты указанных групп и препараты нового поколения.

Основные терапевтические подходы:

1. Местная терапия: используется при любых формах псориаза. Возможна монотерапия.
2. Фототерапия: используется при любых формах псориаза.
3. Системная терапия: используется исключительно при умеренной и тяжелой формах псориаза.

Примечание: в данном протоколе используются следующие классы рекомендаций и уровни доказательств

- A – убедительные доказательства пользы рекомендации (80-100%);
- B – удовлетворительные доказательства пользы рекомендаций (60-80%);
- C – слабые доказательства пользы рекомендаций (около 50%);
- D – удовлетворительные доказательства пользы рекомендаций (20-30%);
- E – убедительные доказательства бесполезности рекомендаций (< 10%).

Перечень основных лекарственных средств (обязательные, 100% вероятность) – препараты выбора.

Фармакологическая группа	МНН препарата	Форма выпуска	Дозировка	Кратность применения
Иммуносупрессивные средства (Цитостатики), включая антицитокиновые средства	Метотрексат	ампулы, шприц	10, 15, 25, 30 мг	1 раз в неделю в течение 3-5 недель
		таблетки	2,5 мг	Дозы и режим назначения подбирается индивидуально.

Циклоспорин (уровень доказательности В- С)	Концентрат для приготовления раствора для инфузий, капсулы	(ампулы по 1 мл содержащие по 50 мг); капсулы, содержащие по 25, 50 или 100 мг циклоспорина.	доза и кратность определяются индивидуально
Инфликсимаб (уровень доказательности – В)	порошок д/п раствора	100 мг	5 мг/кг по схеме

	Устекинумаб (уровень доказательности – А-В)	Флакон, шприц	45мг /0,5 мл и 90 мг/1,0 мл	45 - 90 мг по схеме
	Etanercept* (уровень доказательности – В)	Раствор для подкожного введения	25 мг – 0,5 мл, 50 мг – 1,0 мл.	Этанерсепт назначается по 25 мг два раза в неделю, или 50 мг два раза в неделю в течение 12 недель, в последующем 25 мг два раза в неделю, в течение 24 недель
Наружная терапия				
Производные витамина Д-3	Кальципотриол (уровень доказательности – А-В)	мазь, крем, раствор	0,05мг/г; 0,005%	1-2 раз в день
Глюкокортикостероидные мази (уровень доказательности В – С) Очень сильные (IV)	Клобетазола пропионат	мазь, крем	0,05%	Непрерывная терапия: 2 раза в день, в течение 2 недель, затем перейти на более слабый ТГКС Интермиттирующая терапия: 3 раза в день на 1,4,7 и 13 сутки, затем перейти на более слабый ТГКС
Сильные (III)	Бетаметазон	мазь, крем	0,1%	1-2 раза в день

	Метилпреднизолона ацепонат	мазь, крем, эмульсия	0,05%	1-2 раза в день
	Мометазона фуруат	крем, мазь	0,1%	1-2 раза в день
	Флуоцинолона ацетонид	Мазь, гель	0,025%	1-2 раза в день
Умеренно сильные (II)	Триамцинолон	мазь	0,1%	1-2 раза в день
Слабые (I)	Дексаметазон	мазь	0,025%	1-2 раза в день
	Гидрокортизон	крем, мазь	1,0%-0,1%	1-2 раза в день
Ингибиторы кальциневрина	Такролимус (уровень доказательности – С)	мазь	В 100 г мази содержится 0,03 г или 0,1 г такролимуса	1-2 раза в день
Препараты цинка	Пиритион цинк активированный (уровень доказательности – С)	крем	0,2%	1-2 раза в день

Перечень дополнительных лекарственных средств (вероятность менее 100%)

Фармакологическая группа	МНН препарата	Форма выпуска
Антигистаминные препараты*	Цетиризин	таблетки
	Хлоропирамин	таблетки
	Дифенгидрамин	ампула
	Лоратадин	таблетки

	Клемастин	таблетки
Седативные препараты*	Экстракт валерианы	таблетки
	Гвайфенезин. Экстракт сухой (получаемый из корневищ с корнями валерианы (http://health.mail.ru/drug/valerianae_rhizomata_cum_radicibus/) лекарственной, травы мелиссы лекарственной, травы зверобоя продырявленного, листьев и цветков боярышника однопестичного или колючего, травы пассифлоры инкарнатной (страстоцвета), соплодий хмеля обыкновенного, цветков бузины черной (http://health.mail.ru/drug/sambucus/))	флакон
	Пиона уклоняющегося корневища и корни	флакон
Сорбенты*	Уголь активированный	таблетка
Десенсибилизирующие препараты*	Тиосульфат натрия	ампулы
	Кальция глюконат	ампулы
	Раствор магния сульфата	ампулы
Препараты коррегирующие нарушения микрогемодинамики*	Декстран	флаконы
Витамины*	Ретинол	капсулы
	Альфа-токоферилацетат, ретинола пальмитат	капсулы
	Тиамин	ампулы
	Пиридоксин	ампулы

	Токоферол	капсулы
	Цианокоболамин	ампулы
	Фолиевая кислота	таблетки
	Аскорбиновая кислота	ампулы
Глюкокортикостероиды*	Бетаметазон	Суспензия для инъекций
	Гидрокортизон	Суспензия для инъекций
	Дексаметазон	таблетки ампулы
	Преднизолон	таблетки ампулы
	Метилпреднизолон	Таблетки, Лиофилизат для приготовления раствора для инъекций
Препараты, улучшающие периферическое кровообращение*	Пентоксифиллин	ампулы
Средства, способствующие восстановлению микробиологического баланса кишечника*	1. Беззародышевый водный субстрат продуктов обмена веществ <i>Escherichia coli</i> DSM 4087 24.9481 г 2. беззародышевый водный субстрат продуктов обмена веществ <i>Streptococcus faecalis</i> DSM 4086 12.4741 г 3. беззародышевый водный субстрат продуктов обмена веществ <i>Lactobacillus acidophilus</i> DSM 4149 12.4741 г 4. беззародышевый водный субстрат продуктов обмена веществ <i>Lactobacillus helveticus</i> DSM 4183 49.8960 г.	флакон

	Порошок Лебенин	капсулы
	Лиофилизированные бактерии	флакон капсулы
Гепатопротекторы*	Экстракт дымянки, расторопши	капсулы
	Урзодезоксихолевая кислота	капсулы
Иммуномодуляторы*	Левамизол	таблетки
	Жидкий экстракт (1:1) из травы щучки дернистой и вейника наземного)	контейнер-капельница
	Оксодигидроакридинацетат натрия	таблетки ампулы
Биогенные стимуляторы*	Фибс	ампулы
Наружная терапия*	ЦиклоПироксолАмин	шампунь

	Кетоконазол	шампунь
Корнеопротекторы	Препараты ПальмитоилЭтанолАмина на основе Дерма-Мембранной-Структуры (ДМС)	Крем, Лосьон

Примечание: * - лекарственные средства, доказательная база по которым на сегодняшний день не является достаточно убедительной.

Другие виды лечения.

Физиолечение:

- фотолечение (уровень доказательности от А до D. Существует множество терапевтических комбинаций, где эффективность применения методов фотолечения в комплексном лечении доказана на высоком уровне): ПУВА-терапия, ПУВА – ванны, СФТ + УФТ.
- фонофорез, лазеромагнитотерапия, бальнеопроцедуры, гелиотерапия.

Хирургическое вмешательство – нет оснований

Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения:

- значительное улучшение – регресс 75 % высыпаний и более;
- улучшение – регресс от 50% до 75% высыпаний.

Препараты (действующие вещества), применяющиеся при лечении (<https://drugs.medelement.com/>)

Активированный уголь (Activated carbon)

Аскорбиновая кислота (Ascorbic acid)

Бетаметазон (Betamethasone)

Валерианы лекарственной корневища с корнями (*Valerianae officinalis rhizomata cum radicibus*)

Витамин Е (Vitamin E)

Гвайфенезин (Guaifenesin)

Гидрокортизон (Hydrocortisone)

Дексаметазон (Dexamethasone)

Декстран (Dextran)

Дифенгидрамин (Diphenhydramine)

Инфликсимаб (Infliximab)

Кальцитриол (Calcitriol)

Кальция глюконат (Calcium gluconate)

Клемастин (Clemastine)

Клобетазол (Clobetasol)

Левамизол (Levamisole)

Лоратадин (Loratadine)

Магния сульфат (Magnesium sulfate)

Метилпреднизолон (Methylprednisolone)

Метотрексат (Methotrexate)

Мометазон (Mometasone)

Натрия тиосульфат (Sodium thiosulfate)

Оксидигидроакридинилацетат натрия (*Oxodihydroacridinylacetate sodium*)

Пентоксифиллин (Pentoxifylline)

Пиона уклоняющегося трава, корневища и корни (*Paeoniae anomalae herbae, rhizomata et radices*)

Пиридоксин (Pyridoxine)

Пиритион цинка (Pyrithione zinc)

Преднизолон (Prednisolone)

Расторопши пятнистой плодов экстракт (*Silybi mariani fructuum extract*)

Ретинол (Retinol)

Такролимус (Tacrolimus)

Тиамин (Thiamin)

Токоферол (Tocopherol)

Триамцинолон (Triamcinolone)

Урсодезоксихолевая кислота (Ursodeoxycholic acid)

Устекинумаб (Ustekinumab)

Флуоцинолона ацетонид (Fluocinolone acetonide)

Фолиевая кислота (Folic acid)

Хлоропирамин (Chloropyramine)

Цетиризин (Cetirizine)

Цианокобаламин (Cyanocobalamin)

Циклоспорин (Cyclosporine)

Экстракт дымянки лекарственной (Fumaria officinalis)

Этанерцепт (Etanercept)

Госпитализация

Показания к госпитализации с указанием типа госпитализации:

- прогрессирующее заболевание, резистентного к терапии (плановая).
- острое поражение суставов, эритродермия (плановая).
- острота и тяжесть течения (плановая).
- торпидное течение заболевания (плановая).

Профилактика

Профилактические мероприятия:

- диета, бедная углеводами и жирами, обогащенная рыбой, овощами
- устранение факторов риска
- лечение сопутствующей патологии
- курсы витаминотерапии, фитотерапии, адаптогенов, липотропные средства
- гидротерапия
- санаторно-курортное лечение.
- корнеопротекторы (для восстановления целостности рогового слоя, способствуют продлению ремиссии).
- эмульсии (преимущественно в межрецидивный период – для восстановления гидролипидного слоя)

Дальнейшее ведение:

Диспансерный учет по месту жительства у дерматолога, профилактическое противорецидивное лечение, санаторно-курортное лечение.

Больные подлежат направлению на ВТЭК для определения инвалидности (при тяжелых клинических формах - трудоустройство с ограничением работы в тёплых помещениях).

Информация

Источники и литература

I. Протоколы заседаний Экспертного совета РЦРЗ МЗСР РК, 2015

1. Список использованной литературы: 1. «Кожные и венерические болезни». Руководство для врачей. Под редакцией ЮК Скрипкина. Москва.- 1999 г. 2. «Лечение кожных и венерических болезней». Руководство для врачей. И.М. Романенко, В.В. Калуга, СЛ Афонин. Москва.- 2006. 3. «Дифференциальная диагностика кожных болезней». Под редакцией А.А. Студницина. Москва 1983 г. 4. Рациональная фармакотерапия заболеваний кожи и инфекций передаваемых половым путем. Руководство для практикующих врачей. // Под ред А.А.Кубановой, В.И. Кисиной. Москва, 2005 г. 5. «Европейское руководство по лечению дерматологических болезней» Под ред. А.Д. Кацамбаса, Т.М. Лотти. // Москва Медпресс информ 2008.-727 с. 6. «Терапевтический справочник по дерматологии и аллергологии». П. Альтмайер Изд. дом ГЭОТАР-Мед Москва.-2003.-1246 с. 7. A 52-week trial comparing briakinumab with methotrexate in patients with psoriasis. Reich K, Langley RG, Papp KA, Ortonne JP, Unnebrink K, Kaul M, Valdes JM. // Source Dermatologikum Hamburg, Hamburg, Germany. kreich@dermatologikum.de. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22029980>. 8. Weekly vs. daily administration of oral methotrexate (MTX) for generalized plaque psoriasis: a randomized controlled clinical trial. Radmanesh M, Rafiei B, Moosavi ZB, Sina N. // Source Department of Dermatology, Jondishapour University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran. radmanesh_m@yahoo.com. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21950300> 9. Weber J, Keam SJ. Ustekinumab // BioDrugs. 2009;23(1):53-61. doi: 10.2165/00063030-200923010-00006. 10. Farhi D. Ustekinumab for the treatment of psoriasis: review of three multicenter clinical trials // Drugs Today (Barc). 2010.-Apr; 46(4):259-64. 11. Krulig E, Gordon KB. Ustekinumab: an evidence-based review of its effectiveness in the treatment of psoriasis // Core Evid. 2010 Jul 27; 5:-22. 12. Кубанова А.А. Активированный пиритион цинка (Скин-кап) в лечении легкого и среднетяжелого папулезно-бляшечного псориаза. Результаты рандомизированного, плацебо контролируемого исследования АНТРАЦИТ. Вестн. дерматол. венерол., 2008;1:59 – 65. 13. Safety and efficacy of a fixed-dose cyclosporinmicroemulsion (100 mg) for the treatment of psoriasis. Shintani Y, Kaneko N, Furuhashi T, Saito C, Morita A. // Source Department of Geriatric and Environmental Dermatology, Nagoya City University Graduate School of Medical Sciences, Nagoya, Japan. ysh1@yahoo.co.jp. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21545506>. 14. Psoriasis in the elderly: from the Medical Board of the National Psoriasis Foundation. Grozdev IS, Van Voorhees AS, Gottlieb AB, Hsu S, Lebwohl MG, Bebo BF Jr, Korman NJ; National Psoriasis Foundation.// Source. Department of Dermatology and Murdough Family Center for Psoriasis, University Hospitals Case Medical Center, Cleveland, OH 44106, USA. J Am AcadDermatol. 2011 Sep;65(3):537-45. Epub 2011 Apr 15. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21496950> 15. The risk of infection and malignancy with tumor necrosis factor antagonists in adults with psoriatic disease: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Dommasch ED, Abuabara K, Shin DB, Nguyen J, Troxel AB, Gelfand JM. // Source Department of Dermatology, University of Pennsylvania, Philadelphia, Pennsylvania 19104, USA. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21315483> 16. Infliximab monotherapy in Japanese patients with moderate-to-severe plaque psoriasis and psoriatic arthritis. A randomized, double-blind, placebo-controlled multicenter trial. Torii H, Nakagawa H; Japanese Infliximab Study investigators. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20547039>. 17. Efficacy of systemic treatments for moderate to severe plaque psoriasis: systematic review and meta-analysis. Bansback N, Sizto S, Sun H, Feldman S, Willian MK, Anis A. // Source Centre for Health Evaluation and Outcome Sciences, St. Paul's Hospital, Vancouver, BC, Canada. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19657180>. 18. Long-term

efficacy and safety of adalimumab in patients with moderate to severe psoriasis treated continuously over 3 years: results from an open-label extension study for patients from REVEAL. Gordon K, Papp K, Poulin Y, Gu Y, Rozzo S, Sasso EH. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21752491>. 19. Efficacy and safety of adalimumab in patients with psoriasis previously treated with anti-tumour necrosis factor agents: subanalysis of BELIEVE. Ortonne JP, Chimenti S, Reich K, Gniadecki R, Sprøgel P, Unnebrink K, Kupper H, Goldblum O, Thaçi D. // Source. Department of Dermatology, University of Nice, Nice, France. ortonne@unice.fr. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21214631> 20. Integrated safety analysis: short- and long-term safety profiles of etanercept in patients with psoriasis. Pariser DM, Leonardi CL, Gordon K, Gottlieb AB, Tying S, Papp KA, Li J, Baumgartner SW. // Source. Eastern Virginia Medical School and Virginia Clinical Research Inc, Norfolk, Virginia, USA. dpariser@pariserderm.com. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22015149>. 21. Development, evaluation and clinical studies of Acitretin loaded nanostructured lipid carriers for topical treatment of psoriasis. Agrawal Y, Petkar KC, Sawant KK. // Source. Centre for PG Studies and Research, TIFAC CORE in NDDS, Department of Pharmacy, The M.S. University of Baroda, Vadodara 390002, Gujarat, India. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20858539>. 22. Quality of life in patients with scalp psoriasis treated with calcipotriol/betamethasone dipropionate scalp formulation: a randomized controlled trial. Ortonne JP, Ganslandt C, Tan J, Nordin P, Kragballe K, Segaert S. // Source. Service de Dermatologie, Hôpital L'Archet2, Nice, France. ortonne@unice.fr. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19453810> 23. A calcipotriene/betamethasone dipropionate two-compound scalp formulation in the treatment of scalp psoriasis in Hispanic/Latino and Black/African American patients: results of the randomized, 8-week, double-blind phase of a clinical trial. Tying S, Mendoza N, Appell M, Bibby A, Foster R, Hamilton T, Lee M. // Source. Center for Clinical Studies, Department of Dermatology, University of Texas Health Science Center, Houston, TX, USA. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20964660>. 24. Psoriasis in the elderly: from the Medical Board of the National Psoriasis Foundation. Grozdev IS, Van Voorhees AS, Gottlieb AB, Hsu S, Lebwohl MG, Bebo BF Jr, Korman NJ; National Psoriasis Foundation. Source. // Department of Dermatology and Murdough Family Center for Psoriasis, University Hospitals Case Medical Center, Cleveland, OH 44106, USA. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21496950>. 25. Topical treatments for chronic plaque psoriasis. Mason AR, Mason J, Cork M, Dooley G, Edwards G. // Source. Centre for Health Economics, University of York, Alcuin A Block, Heslington, York, UK, YO10 5DD. arm10@york.ac.uk. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19370616>. 26. European S3-Guidelines on the systemic treatment of psoriasis vulgaris. D Pathirana, AD Ormerod, P Saiag, C Smith, PI Spuls, A Nast, J Barker, JD Bos, G-R Burmester, S Chimenti, L Dubertret, B Eberlein, R Erdmann, J Ferguson, G Girolomoni, P Gisondi, A Giunta, C Griffiths, H Honigsmann, M Hussain, R Jobling, S-L Karvonen, L Kemeny, I Kopp, C Leonardi, M MacCarone, A Menter, U Mrowietz, L Naldi, T Nijsten, J-P Ortonne, H-D Orzechowski, T Rantanen, K Reich, N Reytan, H Richards, HB Thio, P van de Kerkhof, B Rzany. October 2009, volume 23, supplement 2. EAVD. 27. Evaluation of methylprednisolone aceponate, tacrolimus and combination thereof in the psoriasis plaque test using sum score, 20-MHz-ultrasonography and optical coherence tomography. Buder K, Knuschke P, Wozel G. // Source. Department of Dermatology, University Hospital Carl Gustav Carus, Dresden University of Technology, Dresden, Germany. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21084037>. 28. Efficacy and safety of the Betamethasone valerate 0.1% plaster in mild-to-moderate chronic plaque psoriasis: a randomized, parallel-group, active-controlled, phase III study. Naldi L, Yawalkar N, Kaszuba A, Ortonne JP, Morelli P, Rovati S, Mautone G. // Source. Clinica Dermatologica, Ospedali Riuniti, Centro Studi GISED, Bergamo, Italy. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21284407>. 29. Evaluation of methylprednisolone aceponate, tacrolimus and combination thereof in the psoriasis plaque test using sum score, 20-MHz-ultrasonography and optical coherence tomography. Buder K, Knuschke P, Wozel G. // Source. Department of Dermatology, University Hospital Carl Gustav Carus, Dresden University of Technology, Dresden, Germany. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21084037>. 30. Bioavailability, antipsoriatic efficacy and tolerability of a new light cream with mometasone furoate 0.1%. Korting HC, Schöllmann C, Willers C, Wigger-Alberti W. // Source Department of Dermatology and Allergology, Ludwig Maximilian University, Munich, Germany. H.C.Korting@lrz.uni-muenchen.de. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22353786>. 31. Mometasone furoate 0.1% and salicylic acid 5% vs.

mometasonefuroate 0.1% as sequential local therapy in psoriasis vulgaris. Tiplica GS, Salavastru CM. // Source. Colentina Clinical Hospital, Bucharest, Romania. tiplica@b.astral.ro.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19470062>. 32. Kligman A.M., Review Article Corneobiology and Corneotherapy – a final chapter. // International Journal of Cosmetic Science, 2011, - 33, - 197-33 Zhai H, Maibach H.I. Barrier creams – skin protectants: can you protect skin? // Journal of Cosmetic Dermatology 2002, 1,(1), - 20–23. 34. В.В.Мордовцева «Корнеотерапия при псориазе» // Журнал Корнеопротекторы в дерматологии, 2012, с 25 – 28 (56).

Информация

Список разработчиков:

Баев А.И. - к.м.н. старший научный сотрудник Научно-исследовательского кожно-венерологического института МЗ РК

Рецензенты:

1. Г.Р. Батпенова - д.м.н., главный внештатный дерматовенеролог МЗ РК, заведующая кафедрой дерматовенерологии АО «МУА»
2. Ж.А. Оразымбетова - д.м.н., зав. курсом Казахстанско-Российский Медицинский Университет
3. С.М. Нурушева - д.м.н., зав. кафедрой Казахский Национальный Медицинский Университет им. С.Д. Асфендиярова

Указание условий пересмотра протокола: Обновление протоколов проводить по мере поступающих предложений от пользователей протокола и регистрации в Республике Казахстан новых лекарственных средств.