

УДК616.517+614.2

DOI: [https://doi.org/10.31612/2616-4868.4\(10\).2019.02](https://doi.org/10.31612/2616-4868.4(10).2019.02)

РОЛЬ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА В МЕНЕДЖМЕНТЕ ПАЦИЕНТА С ПСОРИАЗОМ

Т. Б. Бевзенко¹, А. А. Мантула²¹«Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика», г. Киев, Украина.²«Киевский медицинский университет», г. Киев, Украина.

Резюме

Псориаз является распространенным мультифакториальным, иммуноассоциированным заболеванием. Примерно у трети пациентов это заболевание носит рецидивирующий характер и имеет среднюю степень тяжести или тяжелое течение. Помимо дерматологических проявлений и поражения опорно-двигательного аппарата, при псориазе нередко наблюдается системные проявления и ряд коморбидных состояний: сахарный диабет, артериальная гипертензия, ожирение и другие. Пациент с псориазом попадает в профессиональное поле интереса врачей таких специальностей: семейный врач, дерматовенеролог, ревматолог, травматолог, эндокринолог, кардиолог.

На современном этапе реформирования системы здравоохранения, на наш взгляд, особо актуальным является регламентация лечебно-диагностических мероприятий для врачей общей практики – семейной медицины. В статье детально представлен маршрут и менеджмент пациента с псориазом, псориатическим артритом. Пациенты должны пройти ежегодную консультацию у своего врача общей практики, которая включает документирование тяжести заболевания с помощью шкалы DLQI, скрининг на наличие депрессии, оценку кардиоваскулярного риска, оценку суставных симптомов, оптимизацию местной терапии, оценку необходимости для направления в учреждения вторичной медицинской помощи. Требуется активное вмешательство, чтобы улучшить качество жизни пациентов и снизить вероятность возникновения психосоциальных последствий.

Проблема псориаза является актуальной медицинской, социальной и экономической сложной задачей в Украине. Несомненно, с учетом системности псориатической болезни и коморбидностей требуется персонифицированный и мультидисциплинарный подход. Своевременные диагностические, лечебные мероприятия, а также коллаборация со смежными специалистами семейного врача определяют прогноз для здоровья и качества жизни пациента с псориазом.

Ключевые слова: псориаз, псориатический артрит, семейный врач, менеджмент.

В настоящее время псориаз – наиболее часто встречающийся, хронический, рецидивирующий дерматоз в практике дерматовенеролога. Псориаз является мультифакториальным, иммуноассоциированным заболеванием с генетической детерминацией. Патологический процесс при псориазе характеризуется повышенной пролиферацией кератиноцитов, нарушением их дифференцировки, развитием иммунных воспалительных реакций в дерме, частым поражением суставов.

Распространенность псориаза в мире значительна и составляет 2-7% от общей популяции. Следует отметить неоднородность частоты заболеваемости псориазом в различных географических регионах и этнических группах. Наиболее часто псориаз встре-

чается у лиц европеоидной расы. По статистическим данным распространенность псориаза составляет 14% у жителей Европы [1]. В то же время это заболевание имеет низкую частоту встречаемости у жителей Кувейта и практически не регистрируется у эскимосов и японцев. Следует отметить, что на долю хронического бляшечного псориаза приходится более 90% случаев, а примерно у трети пациентов это заболевание носит рецидивирующий характер и характеризуется средней степенью тяжести и тяжелым течением. Помимо дерматологических проявлений и поражения опорно-двигательного аппарата, при псориазе нередко наблюдается ряд коморбидных состояний: сахарный диабет (СД), артериальная гипертензия (АГ), ожирение. Пациент с псориазом попадает в профессиональное

поле интереса врачей таких специальностей: семейный врач, дерматовенеролог, ревматолог, травматолог, эндокринолог, кардиолог и других. На современном этапе реформирования системы здравоохранения, на наш взгляд, особо актуальным является регламентация лечебно-диагностических мероприятий для врачей общей практики – семейной медицины.

На сегодняшний день семейный врач руководствуется в своей работе Приказом МОЗ Украины 20.11.2015 № 762, адаптированной клинической установкой и унифицированным клиническим протоколом первичной, вторичной (специализированной), третичной (высокоспециализированной) медицинской помощи «Псориаз, включая псориазические артропатии» [2-4].

МАРШРУТ ПАЦИЕНТА С ПСОРИАЗОМ

Основными задачами семейного врача является диагностика псориаза, а также лечение пациентов с легкой и средней степенью тяжести данного заболевания топическими препаратами. В случае неэффективности проводимой терапии, пациент направляется на консультацию к дерматовенерологу. Далее через 4-6 недель оценивается эффективность лечения, пациент либо остается под наблюдением семейного врача, либо, при отсутствии эффекта топической терапии или определении 6 и более баллов по шкале DLQI, направляется на консультацию к дерматовенерологу для подбора эффективной терапии. В зависимости от тяжести заболевания дерматолог назначает фотолечение, местную и/или системную терапию, а при неэффективности – биологическую терапию. Следует отметить, что при затруднении диагностики псориаза; при распространенных высыпаниях; при утрате трудоспособности; при псориазическом поражении особых зон (половые органы, ладони, ступни, волосистая часть головы, лицо), которые, как правило, тяжело поддаются терапии; при нежелательных местных реакциях на топические препараты семейный врач обязан направить пациента с псориазом к дерматовенерологу в специализированное лечебное учреждение. Наличие пустулезного псориаза, а также псориазической эритродермии (универсального поражения кожи) являются прямым показанием для экстренной госпитализации в специализированное лечебное учреждение. Пациенту после специального лечения во время диспансерного наблюдения семейным врачом назначается симптоматическая терапия, направленная на коррекцию патологических симптомов со стороны органов и систем, лечение сопутствующих заболеваний и поддержку качества жизни.

При появлении у пациента суставного синдрома любой локализации и интенсивности пациент направляется к ревматологу с подозрением на псориа-

тический артрит (ПсА). При подтверждении данного диагноза могут быть назначены нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), болезнь-модифицирующие противоревматические препараты (DMARD) (золотым стандартом является метотрексат), внутрисуставные инъекции глюкокортикоидов (ГК), а при неэффективности – биологическая терапия. Далее пациент возвращается под наблюдение семейного врача. Нужно отметить, что пациент с суставным синдромом без высыпаний, однако с псориазом у кровных родственников, также должен быть направлен к ревматологу для исключения ПсА.

Пациенты с псориазом или ПсА должны пройти ежегодную консультацию у своего врача общей практики, которая включает документирование тяжести заболевания с помощью шкалы DLQI, скрининг на наличие депрессии, оценку кардиоваскулярного риска (у больных с тяжелым течением болезни), оценку суставных симптомов, оптимизацию местной терапии, оценку необходимости для направления в учреждения вторичной медицинской помощи. Несомненно, лечение пациентов с тяжелым псориазом и ПсА требует сотрудничества между специалистами нескольких специальностей.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПСОРИАЗА

Следует отметить, что в настоящий момент единой клинической классификации псориаза не существует. Украинские специалисты широко используют унифицированную международную классификацию МКБ – 10 [5]. К сожалению, она не включает в себя все клинические формы псориаза (себорейный псориаз, экссудативный псориаз, фолликулярный псориаз, псориаз с изолированным поражением ногтей пластинки):

L40 Псориаз (МКХ-10)

L40.0 Псориаз обычный (вульгарный):

Монетоподобный псориаз.

Бляшкоподобный псориаз.

L40.1 Генерализованный пустулезный псориаз:

Импетиго герпетиформное.

Болезнь Цумбуша.

L40.2 Акродерматит стойкий (Аллопо).

L40.3 Псориаз ладоней и ступней.

L40.4 Псориаз каплевидный.

L40.5 Псориаз артропатический (M07.0 – M07.3*, M09.0*).

L40.8 Другой псориаз:

Сгибательный инверсный псориаз.

L40.9 Псориаз неопределенный.

Принято различать I и II тип псориаза. I тип псориаза характеризуется началом в молодом возрасте (до 25 лет), как правило хроническим рецидивирующим течением. При данном типе псориаза нередко прослеживается наследственный характер заболева-

ния. II тип псориаза – начало заболевания в возрасте старше 50 лет, течение более благоприятное.

Клиническая картина псориаза неоднородна. Начальные проявления вульгарного псориаза характеризуются появлением на неизменной коже папул розового – красного цвета, склонных к периферическому росту и слиянию, в последствии слившиеся папулы образуют бляшки с четкими границами различных размеров. На поверхности папул и бляшек отмечается серебристо – белое шелушение. В то же самое время, при экссудативном псориазе на поверхности папул и бляшек отмечаются чешуйко – корки, пропитанные экссудатом. При пустулезном псориазе отмечается наличие стерильных пустул на эритематозном фоне. Особую клиническую картину имеет себорейный псориаз. Субъективно пациенты могут отмечать болезненность, чувство стянутости кожи

в местах поражения, а также зуд, который в последние годы все чаще встречается у больных псориазом – 60-85% пациентов [6].

Для диагностики псориаза важны не только характер высыпаний, но и типичные места локализации (волосистая часть головы, участки кожи в проекции локтевых и коленных суставов). Также учитывается группа симптомов, которая наблюдается при проведении поскабливания папул (псориатическая триада); феномен Кебнера; «симптом рассыпанного перца» при проведении дерматоскопии. В последние годы с целью дифференциальной диагностики дерматвенерологи прибегают к проведению патогистологического исследования кожи.

Различают следующие клинические формы псориаза (Рис. 1).



Рис. 1. Клинические формы псориаза. Источник: <https://psoriasis-online.ru/>

Бляшечный псориаз с постепенным появлением эритематозных папул или бляшек, покрытых плотными, серебристыми, блестящими чешуйками, которые могут исчезать и появляться спонтанно или под действием провоцирующих факторов. Бляшечный псориаз имеет ремиссии и рецидивы, однако полностью не излечивается.

Инверсный псориаз в местах естественных складок кожи (паховых, ягодичных, подмышечных, подгрудных, задних ушных складках и на головке полового члена) с возможным образованием трещин или борозд в центре или по краям пораженных участков кожи, шелушение кожи может отсутствовать.

При легкой форме этих двух клинических вариантов псориатической болезни врач общей практики может назначить местные ГК с/без аналогов витамина

D3 (например, кальцитриол). Можно использовать 0,1% мазь такролимуса в случаях, которые не поддаются стандартному лечению. Смолы (деготь) и антралин могут вызывать раздражение.

Каплевидный псориаз – внезапное появление на туловище у детей и молодых людей многочисленных бляшек 0,5-1,5 см в диаметре после стрептококкового фарингита. Семейный врач назначает антибиотики для лечения первопричины с благоприятным прогнозом и часто со стойким выздоровлением. В редких случаях может прогрессировать до бляшечного псориаза.

Ладонно-подошвенный псориаз – гиперкератозные бляшки на ладонях и/или подошвах, которые часто сливаются. При легком течении назначаются местные ГК, аналоги витамина D3. Однако даже при

лечении системными ретиноидами, DMARD полностью излечивается редко.

Псориаз ногтей – точечные углубления (симптом «наперстка») и бороздки на ногтях, расщепление края, обесцвечивание (симптом «масляного пятна») и утолщение ногтей, с/без отслоения ногтевой пластины (онихолизис), которые часто путают с грибковой инфекцией. Поражением ногтей страдают до половины пациентов с псориазом. Данная форма заболевания не относится к легкому течению заболевания, требует системной терапии и лечения у дерматолога. Прогноз неудовлетворительный.

В отношении пустулезного псориаза ладоней и подошв нужно отметить, что внезапное обострение симптомов может быть болезненным и приводить к инвалидизации и требуют направления к дерматологу для лечения системными ретиноидами или псораленом с облучением ультрафиолетом А (ПУВА-терапия). При особо тяжелом течении уместно сочетание этих методик (РЕ-ПУВА терапия).

Пустулезный стойкий акродерматит Аллопо ограничивается поражением дистальных фаланг пальцев рук или ног с разрешением процесса до шелушения кожи и корочки. Назначаются аналоги витамина D3, местные ГК, системные ретиноиды первично в условиях дерматологического стационара.

Генерализованный пустулезный псориаз с бурным началом в виде обширной эритемы со стерильными пустулами; если не лечить, может привести к летальному исходу из-за сердечной недостаточности.

Эритродермический псориаз с постепенным или внезапным диффузным покраснением, преимущественно у пациентов с бляшечным псориазом, при неправильном использовании местных или системных ГК или светолечения; типичные псориатические бляшки менее выражены или отсутствуют.

Последние два подтипа псориаза требуют экстренного направления в дерматологический стационар.

ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА

Семейный врач во время осмотра пациента обязан установить тяжесть течения псориаза. На сегодняшний день общепринятая система оценки включает метод пораженной площади поверхности тела BSA и индекс площади поражения и тяжести псориаза PASI, основанный на оценивании тяжести симптомов (эритемы, инфильтрации, шелушения) и степени вовлечения кожи головы, рук, ног, туловища. При чём, изменения индекса PASI, рассчитанный по формуле $(PASI_{до} - PASI_{после}) / PASI_{до} \times 100\%$, дают возможность оценить эффективность лечения, так его снижение на 75% считается клинически значимым. Однако обязательным во время приема врача общей

практики является оценка показателя качества жизни (КЖ), связанного с болезнью – анкетирование DLQI.

На основании рекомендаций Европейского Консенсуса 2009 года врач устанавливает легкое течение псориаза при индексах BSA, PASI, i DLQI ≤ 10 баллов, иначе – среднее или тяжелое течение. Указывается, что ведущим показателем считается DLQI, который может увеличивать или уменьшать тяжесть псориаза независимо от показателей BSA, PASI [7].

ЛЕЧЕНИЕ ПСОРИАЗА НА ЭТАПЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Пациенты с легким или умеренным характером высыпаний (PASI <10% поверхности тела) подлежат, как правило, лечению с использованием средств наружной терапии. При умеренном и тяжелом течении болезни (PASI >10) проводится комплексное лечение с применением фототерапии, иммуносупрессоров, системных ретиноидов, иммунобиологической терапии.

Назначение топических препаратов при псориазе проводится с учетом стадии заболевания (прогрессирующая, стационарная, регрессирующая), распространенностью высыпаний, а также мест локализации патологического процесса.

Наряду с кератолитическими средствами (мочевина, салициловая мазь), кератопластическими средствами (нафталан, ихтиол, деготь) в последние годы значимую клиническую эффективность и безопасность показали топические ГК и/или их комбинация с кератолитиками. В настоящий момент данная группа препаратов является препаратами первой линии для лечения легкой или средней степени тяжести псориаза. Однако при назначении данной группы с целью избежания побочного действия следует учитывать площадь нанесения, а также длительность применения. Применение системных методов терапии при псориазе (цитостатики, ретиноиды) требуют лабораторно-клинического мониторинга из-за возможных значимых побочных эффектов. Назначение системных ГК в настоящий момент при псориазе встречается редко в связи с возможным синдромом отмены, а также с возможным появлением осложненных форм псориаза (пустулезный псориаз, эритродермия). Важным аспектом для пациентов с псориазом как в период ремиссии, так и в период обострения является применение средств базового ухода (эмоленгов), с целью восстановления гидролипидной мантии кожи и гидратации.

ПСОРИАТИЧЕСКИЙ АРТРИТ

ПсА проявляется воспалением суставов конечностей и позвоночника, связок и сухожилий, негативная по ревматоидному фактору и может быть ассоциирована

на с HLA-B 27, имеет хронический прогрессирующий характер с обострениями и ремиссиями, со снижением функции суставов, до 15% случаев с системными проявлениями и нередкой инвалидизацией. Поэтому раннее установление диагноза и своевременная адекватная терапия направлены на улучшение прогноза для заболевания и КЖ пациента.

Клинические особенности ПсА согласно классификации J. M. Moll. и V. Wright [8]:

- Асимметричный моно- или олигоартрит (преимущественно тазобедренные и коленные суставы)
- Дистальный полиартрит (преимущественное вовлечение дистальных и проксимальных межфаланговых суставов)
- Симметричный проксимальный полиартрит (преимущественное вовлечение пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов – ревматоидоподобный артрит)
- Сакроилиит и / или псориатический спондилит с/без периферическим артритом

- Мутилирующий артрит (остеолиз фаланг)

Отмечено, что дактилит («сосископодобный» палец) и тендинопатия встречается при любой из перечисленных форм.

Диагноз основывается на типичном анамнезе и клиническом обследовании; диагностического теста нет, и часто острая фаза не так выражена, как при других воспалительных заболеваниях суставов. Рентгенологическое исследование мало полезно на раннем этапе: периартикулярная остеопения отсутствует, а классический остеолиз, приводящий к деформациям типа «карандаш в стакане», является поздним признаком. Тендинопатия, энтезопатия, подошвенный фасциит, сакроилиит и спондилоартропатия могут быть подтверждены при УЗИ и МРТ.

Таким образом, при первичной консультации ревматолог проводит дифференциальный диагноз и на основании диагностических критериев CASPAR 2006 года подтверждает ПсА [9] (рис. 2).

Для соответствия критериям CASPAR пациенты должны иметь признаки воспаления суставов (артрит, спондилит, энтезит) и 3 и более пунктов из пяти категорий.	
Псориаз в момент осмотра в анамнезе семейный анамнез	2 1 1
2. Псориатическая дистрофия ногтей, точечные вдавления, онихолизис, гиперкератоз.	1
3. Отрицательный ревматоидный фактор (кроме латекс-теста).	1
4. Дактилит («сосископодобный» палец) на момент обследования в анамнезе	1 1
5. Рентгенологическое подтверждение формирования новой костной ткани (кроме остеофитов) в суставах кистей и стоп.	1

Рис. 2 Классификационные критерии псориатической артропатии CASPAR.

Семейный врач должен ежегодно проводить переоценку данных в отношении наличия симптомов артрита и своевременно направляет к ревматологу для ранней диагностики. Внедрение «Краткой анкеты пациента» позволяет повысить осведомленность о заболевании и помочь в раннем выявлении ПсА. Одним из инструментов скрининга является анкета PEST, которую целесообразно использовать на этапе первичной медицинской помощи [10].

Для установления активности ПсА на момент осмотра семейный врач использует композитный индекс оценки активности ПсА (CPDAI) [11]. При наличии боли или асимметричного отека хронического характера периферических суставов или позвоночника, энтезита асимметричного характера, дактилита на момент обследования или в анамнезе пациент с псориазом направляется к ревматологу.

Врач общей практики не только назначает при легкой степени активности ПсА симптоматическую терапию и НПВП, но и владеет глубокими фармацевтическими знаниями о базисных препаратах для лечения ПсА, мониторирует переносимость и эффективность лечения, при необходимости направляет на повторную консультацию к узкому специалисту. Терапия средней и тяжелой степени активности ПсА включает внутрисуставные инъекции ГК, DMARD (метотрексат, лефлуномид, циклоспорин, сульфосалазин), при неэффективности – биологическую терапию (адалimumаб, этанерцепт, инфликсимаб, устекинумаб).

При высокой активности псориатического артрита возможно развитие поражения глаз (подострый конъюнктивит, ирит, иридоциклит, эписклерит, увеит, склероз хрусталика), почек (гломерулонефрит, IgA-нефропатия, вторичная подагрическая нефропатия,

амилоидоз), которые нужно дифференцировать с другими вторичными нефропатиями и НПВП-нефропатией, сердца (миокардиодистрофия, миокардиофиброз, неревматический миокардит), желудочно-кишечного тракта [12-16], что требует своевременного выявления и направления на консультации к узким специалистам.

КОМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ

Псориаз у большинства пациентов протекает с множественными сопутствующими заболеваниями и состояниями. Наличие коморбидности необходимо учитывать при выборе тактики проводимого лечения.

К частым внекожным нарушениям, связанным с псориазом, относятся: ожирение, метаболический синдром, сердечно-сосудистые, цереброваскулярные и периферические сосудистые заболевания (АГ, инфаркт миокарда, инсульт), СД 2 типа, дислипидемия, вторичная гиперурикемия, вторичная подагра [17-23]. Установлен повышенный риск заболеваемости плоскоклеточным раком кожи на фоне фототерапии, в некоторых исследованиях выявили повышенные показатели возникновения лимфомы, рака легких, поджелудочной железы и других органов [24, 25]. Среди аутоиммунных заболеваний в ряде исследований доказана связь псориаза с системной и очаговой склеродермией, болезнью Крона, неспецифическим язвенным колитом, целиакией, витилиго, аутоиммунным тиреоидитом [25,26]. К более редким коморбидным состояниям относятся: хроническая обструктивная болезнь легких, обструктивное апноэ во сне, остеопороз, паркинсонизм, психические расстройства, неалкогольная жировая болезнь печени, мигрень, рассеянный склероз [27-32].

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

Независимо от тяжести заболевания характерным является замкнутый круг: псориаз – фактор риска депрессии, депрессия может провоцировать обострение псориаза. Псориаз связан со значительной психосоциальной заболеваемостью и снижением КЖ, связанного со здоровьем [33-35].

Психосоциальные симптомы, связанные с псориазом, включают: чувство вины, стыда, смущения или беспомощности; низкую самооценку, которая иногда приводит к социальной изоляции; сексуальную дисфункцию из-за самосознания или болезненных ощущений; суицидальные мысли; снижение профессиональных возможностей из-за дискриминации или предполагаемых ограничений в выборе профессии, что может приводить к проблеме с трудоустройством и экономическим проблемам; вмешательство в повседневную жизнь, включая переодевания, купания и сон, публичную деятельность; негативное влияние на уклад семьи пациента, включая финансовые труд-

ности, человеческое выгорание, совершающего уход, и ухудшение отношений между пациентом и семьей; депрессию, вызванная снижением КЖ. Доказано, что псориаз связан со снижением производительности труда и социального функционирования; это может объяснить относительно высокую стоимость этого заболевания как на макро-, так и на микроэкономическом уровне.

Обычно в первичном звене используется скрининговый тест «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (HADS). Для первичной медико-санитарной помощи также разработаны «Анкета здоровья пациента» (PHQ-9) и шкала «Текущая оценка клинических последствий – мера результата» (CORE-OM) [2].

Психологические эффекты псориаза можно лечить с помощью любой комбинации следующего: психологическое консультирование, соответствующие психотропные препараты для приема внутрь, релаксация / терапия стресса, когнитивно-поведенческая терапия, обучение медитации и / или технике «управляемые изображения», участие в группах поддержки пациентов (школа пациентов). Требуется активное вмешательство, чтобы улучшить КЖ пациентов и снизить вероятность возникновения психосоциальных последствий, с привлечением служб социальной терапии и реабилитации, охраны психического здоровья, гигиены труда, поддержки отказа от курения, алкоголя, снижения массы тела, юридической службы. В Украине работает организация, созданная для пациентов с псориазом и ПсА, чтобы помочь людям, страдающим от него и членам их семей, в том числе оказывает информационную поддержку врачей и пациентов, проводит школу пациента [36].

Семейный врач должен выразить пациенту сочувствие, признать наличие повседневных проблем, а также распознать и контролировать психологические потребности, связанные с псориазом. Варианты лечения, риски и выгоды должны быть обсуждены с пациентом, что позволяет им участвовать в принятии решений. Связанные со здоровьем показатели КЖ становятся необходимым дополнением к традиционным клиническим оценкам и лечениям пациентов с псориазом семейным врачом. Они также предоставляют ценную информацию правительственным учреждениям и сторонним плательщикам при определении распределения ресурсов и их возмещения.

ПРИМЕР ФОРМУЛИРОВАНИЯ ДИАГНОЗА

Псориаз, бляшечная форма, I тип, тяжелое течение, стационарная стадия, псориазическая ониходистрофия, псориазический артрит, акт. 2 ст., полиартрит, спондилоартрит, правосторонний сакроилеит, вторичная подагра, тофусная форма, НФС I, с поражением почек, уролитиазный тип, камневыведатель в 2012 году, мочевого синдром, ХБП 3, вторичная артериальная гипертензия,

вторичная анемия, рецидивирующий эписклерит справа, клинически выраженная депрессия.

ВЫВОДЫ

Таким образом, проблема псориаза является актуальной медицинской, социальной и экономической

сложной задачей в Украине. С учетом системности заболевания и коморбидностей – требует персонифицированного и мультидисциплинарного подхода. Своевременные диагностические, лечебные мероприятия, а также коллаборация со смежными специалистами семейного врача определяют прогноз для здоровья и качества жизни пациента с псориазом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Global report on psoriasis. WHO 2016. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204417/1/9789241565189_eng.pdf
2. Псоріаз, включаючи псоріатичну артропатію: адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. Київ, 2015. 223 с.
3. Псоріаз, включаючи псоріатичну артропатію: уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Київ, 2015. 54 с.
4. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при псоріазі, включаючи псоріатичні артропатії: Наказ МОЗ України від 20.11.2015 № 762.
5. International Classification of Diseases (ICD - 10). URL: <https://www.who.int/classifications/icd/icdonlineversions/en/>
6. Sampogna F., Gisondi P., Melchi C. F., et al. Prevalence of symptoms experienced by patients with different clinical types of psoriasis. *Br J Dermatol.* 2004. 151(3). 594–599.
7. Schafer I., Hacker J., Rustenbach S.J., Radtke M., Franzke N., Augustin M. Concordance of the Psoriasis Area and Severity Index (PASI) and patient-reported outcomes in psoriasis treatment. *Eur J Dermatol.* 2010. 20. 62–7.
8. Moll J.M., Wright V. Psoriatic arthritis. *Semin Arthritis Rheum.* 1973. 3(1). 55-78.
9. Stern R.S., Nijsten T., Feldman S.R., Margolis D.J., Rolstad T. Psoriasis is common, carries a substantial burden even when not extensive, and is associated with widespread treatment dissatisfaction. *J Investig Dermatol Symp Proc.* 2004. 9(2). 136- 9.
10. Ibrahim G., Buch M., Lawson C., Waxman R., Helliwell P.S. Evaluation of an existing screening tool for psoriatic arthritis in people with psoriasis and development of a new instrument: the Psoriasis Epidemiology Screening Tool (PEST) questionnaire. *Clin Exp Rheumatol.* 2009. 27(3). 469-74.
11. Mumtaz A., Gallagher P., Brian K. Development of Composite Psoriatic Disease Activity Index (CPDAI) in psoriatic arthritis. *Irish Journal of Medical Science.* 2010. 179. 546-547.
12. Daniel Pietrzak, Aldona Pietrzak et al. Digestive system in psoriasis: an update. *Arch Dermatol Res.* 2017. 309(9). 679–693.
13. Бакулев Андрей Леонидович, Шагова Юлия Викторовна, Козлова Ирина Вадимовна Псоріаз как системная патология. Саратовский научно-медицинский журнал. 2008. 4(1). С. 13-20.
14. Reich K. The concept of psoriasis as a systemic inflammation: implications for disease management. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2012. Mar. 26 Suppl 2. 3-11.
15. Hashim T., Ahmad A., Chaudry A., Khouzam R. Psoriasis and Cardiomyopathy: A Review of the Literature. *South Med J.* 2017. Feb. 110(2). 97-100.
16. Erythrodermic Psoriasis Causing Uric Acid Crystal Nephropathy. *Case Rep Med.* 2019. Mar 28. 81. 658-08.
17. Takeshita J., Grewal S., Langan S.M. et al. Psoriasis and comorbid diseases: Implications for management. *J Am Acad Dermatol.* 2017. Mar. 76(3). 393-403.
18. Danielsen K., Wilsgaard T., Olsen A.O., et al. Elevated odds of metabolic syndrome in psoriasis: a population-based study of age and sex differences. *Br J Dermatol.* 2015. 172. 419.
19. Gyldenlove M., Storgaard H., Holst J.J., et al. Patients with psoriasis are insulin resistant. *J Am Acad Dermatol.* 2015. 72. 599.
20. Lonnberg A. S., Skov L., Skytthe A., et al. Association of Psoriasis With the Risk for Type 2 Diabetes Mellitus and Obesity. *JAMA Dermatol.* 2016. 152. 761.
21. Snekvik I., Nilsen T.I.L., Romundstad P.R., Saunes M. Metabolic syndrome and risk of incident psoriasis: prospective data from the HUNT Study, Norway. *Br J Dermatol.* 2019. 180. 94.
22. Takeshita J., Wang S., Shin D. B., et al. Effect of psoriasis severity on hypertension control: a population-based study in the United Kingdom. *JAMA Dermatol.* 2015. 151. 161.
23. Association between psoriasis, psoriatic arthritis and gout: a nationwide population-based study. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2019. Mar. 33(3). 560-567.
24. Chiesa Fuxench Z. C., Shin D. B., Ogdie Beatty A., Gelfand J. M. The Risk of Cancer in Patients With

- Psoriasis: A Population-Based Cohort Study in the Health Improvement Network. *JAMA Dermatol.* 2016. 152. 282.
25. Kimball A. B., Gladman D., Gelfand J.M., et al. National Psoriasis Foundation clinical consensus on psoriasis comorbidities and recommendations for screening. *J Am Acad Dermatol.* 2008. 58. 1031.
 26. Cohen A. D., Dreiher J., Birkenfeld S. Psoriasis associated with ulcerative colitis and Crohn's disease. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2009. 23. 561.
 27. Kwok T., Jing Loo W., Guenther L. Psoriasis and multiple sclerosis: is there a link? *J Cutan Med Surg.* 2010. 14. 151.
 28. Egeberg A., Mallbris L., Hilmar Gislason G., et al. Increased risk of migraine in patients with psoriasis: A Danish nationwide cohort study. *J Am Acad Dermatol.* 2015. 73. 829.
 29. Sheu J. J., Wang K. H., Lin H. C., Huang C. C. Psoriasis is associated with an increased risk of parkinsonism: a population-based 5-year follow-up study. *J Am Acad Dermatol.* 2013. 68. 992.
 30. Kathuria P., Gordon K. B., Silverberg J. I. Association of psoriasis and psoriatic arthritis with osteoporosis and pathological fractures. *J Am Acad Dermatol.* 2017. 76. 1045.
 31. Karaca S., Fidan F., Erkan F., et al. Might psoriasis be a risk factor for obstructive sleep apnea syndrome? *Sleep Breath.* 2013. 17. 275.
 32. He Z., Chen Y., Chen P., et al. Local inflammation occurs before systemic inflammation in patients with COPD. *Respirology.* 2010. 15. 478.
 33. Gupta M. A., Schork N. J., Gupta A. K., et al. Suicidal ideation in psoriasis. *Int J Dermatol.* 1993. 32. 188.
 34. Pearce D. J., Singh S., Balkrishnan R., et al. The negative impact of psoriasis on the workplace. *J Dermatolog Treat.* 2006. 17. 24.
 35. Cohen B. E., Martires K. J., Ho R. S. Psoriasis and the Risk of Depression in the US Population: National Health and Nutrition Examination Survey 2009-2012. *JAMA Dermatol.* 2016. 52. 73.
 36. Цивільна асоціація «Всеукраїнська пацієнтська асоціація псоріазу». URL: <https://uap.ip.cv.ua/>

REFERENCES

1. Global report on psoriasis. WHO 2016. Retrieved from WHO website: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204417/1/9789241565189_eng.pdf
2. Psoriaz, vključaiuchy psoriatychnu artropatii: adaptovana klinična nastanova, zasnovana na dokazakh (Psoriasis, including psoriatic arthropathy: an adapted, evidence-based clinical setting). (2015). Kyiv, 223.
3. Psoriaz, vključaiuchy psoriatychnu artropatii: unifikovanyi kliničnyi protokol pervynnoi, vtorynnoi (spetsializovanoi), tretynnoi (vysokospetsializovanoi) medychnoi dopomohy [Psoriasis, including psoriatic arthropathy: unified clinical protocol of primary, secondary (specialized), tertiary (highly specialized) medical care] (2015). Kyiv, 54.
4. Pro zatverdzhennia ta vprovadzhennia medyko-tekhnolohichnykh dokumentiv zi standartyzatsii medychnoi dopomohy pry psoriazi, vključaiuchy psoriatychni artropatii: Nakaz MOZ Ukrainy vid 20.11.2015 № 762 [Ministry of Health of Ukraine Order No. 762 of 20.11.2015 On approval and introduction of medical and technological documents on standardization of medical care for psoriasis, including psoriatic arthropathy].
5. International Classification of Diseases (ICD - 10). Available at: <https://www.who.int/classifications/icd/icdonlineversions/en/>
6. Sampogna F., Gisondi P., Melchi C. F. (2004). Prevalence of symptoms experienced by patients with different clinical types of psoriasis. *Br J Dermatol.*, 151(3), 594–599.
7. Schafer I., Hacker J., Rustenbach S. J., Radtke M., Franzke N., Augustin M. (2010). Concordance of the Psoriasis Area and Severity Index (PASI) and patient-reported outcomes in psoriasis treatment. *Eur J Dermatol.*, 20, 62–7.
8. Moll J. M., Wright V. (1973). Psoriatic arthritis. *Semin Arthritis Rheum.*, 3(1), 55-78.
9. Stern R.S., Nijsten T., Feldman S.R., Margolis D.J., Rolstad T. (2004). Psoriasis is common, carries a substantial burden even when not extensive, and is associated with widespread treatment dissatisfaction. *J Invest Dermatol Symp Proc*, 9(2), 136-9.
10. Ibrahim G., Buch M., Lawson C., Waxman R., Helliwell P. S. (2009). Evaluation of an existing screening tool for psoriatic arthritis in people with psoriasis and development of a new instrument: the Psoriasis Epidemiology Screening Tool (PEST) questionnaire. *Clin Exp Rheumatol*, 27(3), 469-74.
11. Mumtaz A., Gallagher P., Brian K. (2010). Development of Composite Psoriatic Disease Activity Index (CPDAI) in psoriatic arthritis. *Irish Journal of Medical Science*, 179, 546-547.
12. Daniel Pietrzak, Aldona Pietrzak (2017). Digestive system in psoriasis: an update. *Arch Dermatol Res.*, 309(9), 679–693.
13. Bakulev A. L., Shagova Y. V., Kozlova I. V. (2008). Psoriaz kak sistemnaya patologiya [Psoriasis as a systemic pathology]. *Saratov Journal of Medical Scientific Research*, 4(1), 13-20.
14. Reich K. (2012). The concept of psoriasis as a systemic inflammation: implications for disease management. *J Eur Acad Dermatol Venereol.*, 26 Suppl 2, 3-11.

15. Hashim T., Ahmad A., Chaudry A., Khouzam R. (2017). Psoriasis and Cardiomyopathy: A Review of the Literature. *South Med J.*, 110(2), 97-100.
16. Erythrodermic Psoriasis Causing Uric Acid Crystal Nephropathy (2019). *Case Rep Med.*, 81, 658-08.
17. Takeshita J., Grewal S., Langan S.M. (2017). Psoriasis and comorbid diseases: Implications for management. *J Am Acad Dermatol.* Mar, 76(3), 393-403.
18. Danielsen K., Wilsgaard T., Olsen A.O. (2015). Elevated odds of metabolic syndrome in psoriasis: a population-based study of age and sex differences. *Br J Dermatol.* 172, 419.
19. Gyldenlove M., Storgaard H., Holst J. J. (2015). Patients with psoriasis are insulin resistant. *J Am Acad Dermatol.* 72, 599.
20. Lonnberg A. S., Skov L., Skytthe A. (2016). Association of Psoriasis With the Risk for Type 2 Diabetes Mellitus and Obesity. *JAMA Dermatol.* 152, 761.
21. Snekvik I., Nilsen T. I. L., Romundstad P. R., Saunes M. (2019). Metabolic syndrome and risk of incident psoriasis: prospective data from the HUNT Study, Norway. *Br J Dermatol.*, 180, 94.
22. Takeshita J., Wang S., Shin D. B. (2015). Effect of psoriasis severity on hypertension control: a population-based study in the United Kingdom. *JAMA Dermatol.*, 151, 161.
23. Association between psoriasis, psoriatic arthritis and gout: a nationwide population-based study. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2019, 33(3), 560-567.
24. Chiesa Fuxench Z. C., Shin D. B., Ogdie Beatty A., Gelfand J. M. (2016). The Risk of Cancer in Patients With Psoriasis: A Population-Based Cohort Study in the Health Improvement Network. *JAMA Dermatol.* 152, 282.
25. Kimball A.B., Gladman D., Gelfand J. M. (2008). National Psoriasis Foundation clinical consensus on psoriasis comorbidities and recommendations for screening. *J Am Acad Dermatol.* 58, 1031.
26. Cohen A. D., Dreiherr J., Birkenfeld S. (2009). Psoriasis associated with ulcerative colitis and Crohn's disease. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 23, 561.
27. Kwok T., Jing Loo W., Guenther L. (2010). Psoriasis and multiple sclerosis: is there a link? *J Cutan Med Surg.* 14, 151.
28. Egeberg A., Mallbris L., Hilmar Gislason G. (2015). Increased risk of migraine in patients with psoriasis: A Danish nationwide cohort study. *J Am Acad Dermatol.*, 73, 829.
29. Sheu J. J., Wang K. H., Lin H. C., Huang C. C. (2013). Psoriasis is associated with an increased risk of parkinsonism: a population-based 5-year follow-up study. *J Am Acad Dermatol.*, 68., 992.
30. Kathuria P., Gordon K. B., Silverberg J. I. (2017). Association of psoriasis and psoriatic arthritis with osteoporosis and pathological fractures. *J Am Acad Dermatol.*, 76, 1045.
31. Karaca S., Fidan F., Erkan F. (2013). Might psoriasis be a risk factor for obstructive sleep apnea syndrome? *Sleep Breath.*, 17., 275.
32. He Z., Chen Y., Chen P. (2010). Local inflammation occurs before systemic inflammation in patients with COPD. *Respirology.*, 15., 478.
33. Gupta M.A., Schork N. J., Gupta A.K. (1993). Suicidal ideation in psoriasis. *Int J Dermatol.*, 32, 188.
34. Pearce D. J., Singh S., Balkrishnan R. (2006). The negative impact of psoriasis on the workplace. *J Dermatolog Treat.*, 17, 24.
35. Cohen B. E., Martires K. J., Ho R. S. (2016). Psoriasis and the Risk of Depression in the US Population: National Health and Nutrition Examination Survey 2009-2012. *JAMA Dermatol.*, 152, 73.
36. Tsyvilna asotsiatsiia «Vseukrainska patsiientska asotsiatsiia psoriazu» [Civil Association «Ukrainian Patient's Association of Psoriasis»]. Available at : <https://uap.ip.cv.ua/>.

Резюме

РОЛЬ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ В МЕНЕДЖМЕНТІ ХВОРИХ НА ПСОРИАЗ

Т. Б. Бевзенко, А. О. Мантула

«Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика», м. Київ, Україна
«Київський медичний університет», м. Київ, Україна

Псоріаз є поширеним мультифакторним, іммуноасоційованим захворюванням. Приблизно у третини пацієнтів це захворювання носить рецидивуючий характер і має середню ступінь тяжкості або тяжкий перебіг. Крім дерматологічних проявів і ураження опорно-рухового апарату при псоріазі нерідко спостерігаються системні прояви і ряд коморбідних станів: цукровий діабет, артеріальна гіпертензія, ожиріння та інші. Пацієнт з псоріазом потрапляє в професійне поле інтересу лікарів таких спеціальностей: сімейний лікар, дерматовенеролог, ревматолог, травматолог, ендокринолог, кардіолог.

На сучасному етапі реформування системи охорони здоров'я, на наш погляд, особливо актуальним є регламентація лікувально-діагностичних заходів для лікарів загальної практики – сімейної медицини. У статті детально представлений маршрут і менеджмент пацієнта з псоріазом, псоріатичним артритом. Пацієнти повинні пройти щорічну консультацію у свого лікаря загальної практики, яка включає документування тяжкості захворювання за допомогою шкали DLQI, скринінг на наявність депресії, оцінку кардіоваскулярного ризику, оцінку суглобових симптомів, оптимізацію місцевої терапії, оцінку необхідності для направлення в установи вторинної медичної допомоги. Потрібне активне втручання, щоб поліпшити якість життя пацієнтів і знизити ймовірність виникнення психосоціальних наслідків.

Проблема псоріазу є актуальним медичним, соціальним та економічним складним завданням в Україні. Безсумнівно, з урахуванням системності псоріатичної хвороби і коморбідностей потрібен персоніфікований і мультидисциплінарний підхід. Своєчасні діагностичні, лікувальні заходи, а також колаборація з суміжними спеціалістами сімейного лікаря визначають прогноз для здоров'я і якості життя пацієнта з псоріазом.

Ключові слова: псоріаз, псоріатичний артрит, сімейний лікар, менеджмент.

Summary

THE ROLE OF THE FAMILY PHYSICIAN IN THE MANAGEMENT OF A PATIENT WITH PSORIASIS

T. B. Bevezenko, A. A. Mantula

«Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education», Kyiv, Ukraine
«Kyiv Medical University», Kyiv, Ukraine

The psoriasis is a common multifactorial, immunoassociated disease. Approximately one-third of patients have the disease in a sustained effect and have a moderate or severe extent. Besides dermatological occurrences and damages of the musculoskeletal system systemic occurrences and certain comorbid conditions are often observed in psoriasis: diabetes mellitus, arterial hypertension, obesity and others. A patient with the psoriasis gets into the professional field of interest of doctors in the following specialties: family physician, dermatologist, rheumatologist, traumatologist, endocrinologist, cardiologist.

At the present phase of reforming of the health care system, in our opinion, the regulation of medical-diagnostic measures for GPs is especially relevant. The article presents in detail the route and management of a patient with the psoriasis, the psoriatic arthritis. The patients should be consulted annually by their GP, which includes documenting the seriousness of the disease using the DLQI scale, psychological screening for depression, assessing cardiovascular risk, assessing joint pains symptoms, improving local therapy, the evaluation of the need for referral to a secondary care facility. Active intervention is needed to improve patients' quality of life and reduce the probability of psychosocial consequences.

The problem of psoriasis is involved into medical, social and economic challenge in Ukraine. Undoubtedly, considering the nature systemic of psoriatic disease and comorbidities, a personalized and multidisciplinary approach is required. Forehanded diagnostic, treatment measures, as well as collaborations with related professionals by family physician determine the prognosis for the health and quality of life of a patients with the psoriasis.

Key words: psoriasis, psoriatic arthritis, family physician, management.

Інформація про авторів знаходиться на сайті <http://www.cp-medical.com>.

Дата надходження до редакції – 17.06.2019