

ПРОТОКОЛ
ведения пациента с диагнозом псориаз.
(нормативная ссылка: КР 234 «Псориаз» 2020г, МЗ РФ)

Категория возрастная	дети
Вид медицинской помощи	первичная
Условия оказания медицинской помощи	амбулаторно, дневной стационар
Форма оказания медицинской помощи	плановая, неотложная
Средние сроки лечения (количество дней)	Не указаны
Врач	Врач- педиатр участковый, врач педиатр
Классификация	L40.0 Псориаз обыкновенный L40.1 Генерализованный пустулезный псориаз L40.2 Акродерматит стойкий L40.3 Пустулез ладонный и подошвенный L40.4 Псориаз каплевидный L40.5 Псориаз артропатический L40.8 Другой псориаз L40.9 Псориаз неуточненный
Клинические формы	
Псориаз обыкновенный (вульгарный, бляшечный) L 40.0	папулезные элементы розово-красного цвета с четкими границами, склонные к слиянию и образованию бляшек различных очертаний и величины, покрытые серебристо-белыми чешуйками. Бляшки располагаются преимущественно на волосистой части головы, разгибательной поверхности локтевых, коленных суставов, в области поясницы, крестца, могут локализоваться на любых других участках кожного покрова.
Экссудативный псориаз	повышенная экссудация в очагах поражения, серовато-желтые чешуйки-корки, плотно прилегают к поверхности бляшек, из-за чего псориазическая триада выявляется с трудом (проявляется у пациентов с ожирением, сахарным диабетом, дисфункцией щитовидной железы).
Себорейный псориаз	высыпания на себорейных участках кожи (волосистая часть головы, носогубные и заушные складки, грудь и межлопаточная область), чешуйки имеют желтоватый оттенок, на голове шелушение может выраженным, а высыпания могут переходить с волосистой части головы на кожу лба, образуя так называемую «псориазическую корону».
Каплевидный псориаз	на коже многочисленные каплевидные папулы ярко-красного цвета с шелушением и инфильтрацией. Часто возникает в детском или подростковом возрасте и развивается после перенесенных инфекционных заболеваний стрептококковой этиологии.
Пустулезный псориаз	генерализованные или ограниченные высыпания, чаще в области ладоней и подошв, представленных поверхностными пустулезными элементами, возникает на фоне инфекций,

	стрессовых ситуаций, гормональных нарушений, быстрой отменой кортикостероидов или других иммуносупрессивных препаратов, нерациональной наружной терапии.
Генерализованный псориаз Цумбуша	приступообразное появление на фоне яркой эритемы мелких поверхностных стерильных пустул, сопровождающихся жжением и болезненностью, расположенных как в зоне типичных псориатических бляшек, так и на ранее неизменной коже. Эритематозные очаги с пустулизацией быстро увеличиваются в размерах, сливаются, захватывая обширные участки кожного покрова, так что псориатические бляшки перестают быть различимыми. Слившиеся пустулы отслаивают эпидермис, образуя «гнойные озера». Генерализованный псориаз Цумбуша протекает тяжело, с лихорадкой и недомоганием. После прекращения появления пустул состояние пациентов улучшается, температура снижается, однако новый приступ развивается, как правило, внезапно.
Пустулезный псориаз ладоней и подошв Барбера	высыпания располагаются в области тенара, гипотенара и свода стоп. Характерна очерченность эритематозно-сквамозных бляшек, на фоне которых имеются пустулезные высыпания.
Акродерматит стойкий гнойный Аллопо	эритематозно-сквамозные и везикуло-пустулезные высыпания на дистальных фалангах пальцев. На пораженных участках отмечаются яркая эритема, отек, множественные пустулы, сливающиеся в «гнойные озера».
Псориатическая эритродермия	Процесс распространяется на все кожные покровы, занимая более 90% кожных покровов. Кожа становится ярко красной, отечной, инфильтрированной, местами лихенифицированной, горячей на ощупь, покрывается большим количеством крупных и мелких сухих белых чешуек, легко отпадающих при снятии одежды. Возникает в результате обострения вульгарного псориаза под влиянием раздражающих факторов или нерационального лечения (прием ванн в прогрессирующей стадии, избыточная инсоляция или передозировка ультрафиолетовых лучей, использование высоких концентраций мазей при обострении). Может развиваться первично у здорового человека при слиянии высыпаний быстро прогрессирующего псориаза.
Инверсный псориаз	типичные для обыкновенного псориаза высыпания, с преимущественной локализацией на сгибательных поверхностях конечностей.
Псориатический артрит (псориаз артропатический)	покраснение кожи над пораженными суставами, отечность, болезненность, ограничение подвижности, утренняя скованность. Может быть деформация суставов, анкилозы, энтезиты (воспаление сухожилий в области их прикрепления к костям), дактилиты, спондилит.
Стадии заболевания	
Прогрессирующая	рост элементов кожной сыпи по периферии, слиянием папул в бляшки, появлением свежих элементов на месте травм (феномен Кебнера). Эффоресценции ярко-розового цвета, покрыты серебристо-белыми чешуйками, по периферии – венчик эритем («роста»), свободный от шелушения. Псориатические феномены положительные.

Стационарная	отсутствуют свежие элементы сыпи, бляшки имеют застойно-красный цвет, умеренно инфильтрованы и слабо шелушатся, чешуйки покрывают высыпания полностью. Псориатическая триада сомнительная. Зуд практически не беспокоит.
Стадия регресса	отсутствует шелушение, уменьшение инфильтрации, разрешение бляшек в центре, формирование по периферии псевдоатрофического ободка Воронова. Субъективных ощущений нет.
Диагностика	
Жалобы и анамнез	высыпания, чувство стягивания кожи, зуд различной степени интенсивности. При сборе анамнеза указать наличие псориаза у родственников.
Данные объективного осмотра	Высыпания характеризуются наличием псориатической триады, которая представляет собой последовательно возникающие при поскабливании папулезных высыпаний феномены: 1. стеаринового пятна (при легком поскабливании папулы наблюдается усиление шелушения); 2. терминальной пленки (появление после полного удаления чешуек влажной, тонкой, блестящей, просвечивающей поверхности элементов); 3. точечного кровотечения (появление после осторожного соскабливания терминальной пленки точечных, не сливающихся между собой капелек крови) При прогрессировании псориаза можно наблюдать феномен Кебнера или изоморфная реакция – появление новых высыпаний в местах травматизации кожи, например, трения или давления.
Лабораторная диагностика	- общий (клинический) анализ крови развернутый, скорость оседания эритроцитов; - анализ крови биохимический общетерапевтический: общий белок, глюкоза, креатинин, мочевая кислота, билирубин общий, холестерин общий, триглицериды, АСТ, АЛТ; - общий (клинический) анализ мочи; - исследование биопсийного материала кожи из очага поражения при необходимости проведения дифференциальной диагностики.
Показания для госпитализации	
<p>Для определения критериев показания для госпитализации использовать индекс PASI, который представляет оценку эритемы (Э), инфильтрации (И), шелушения (Ш) и площади (S) псориатической бляшки.</p> <p>Для расчета PASI тело условно разделяют на четыре области: голова (г), туловище (т), руки (р), ноги (н).</p> <p>Для каждой из них оценивают:</p> <p>1. Площадь псориатического поражения кожи - (S) (определяют сначала в % из расчета - на голове 1 ладонь пациента соответствует 10%, на туловище - 3,3%, на руках - 5%, на ногах - 2,5%, а затем в баллах - 0 - нет псориаза, 1 - псориазом поражено меньше 10% площади любой из указанных частей тела, 2 - псориазом поражено от 10 до 29%, 3 - от 30 до 49%, 4 - от 50 до 69%, 5 - от 70 до 89%, 6 - от 90 до 100%).</p> <p>2. Эритему, инфильтрацию и шелушение определяют в баллах: 0 - отсутствие псориаза, 1 - минимальная выраженность, 2 - умеренная, 3 - значительная, 4 - максимальная. Формула расчета:</p> $PASI = [0,1 \times (\text{Эг} + \text{Иг} + \text{Шг}) \times S] + [0,2 \times (\text{Эр} + \text{Ир} + \text{Шр}) \times S] + [0,3 \times (\text{Эт} + \text{Ит} + \text{Шт}) \times S]$	

+ [0,4 x (Эн. + Ин. + Шн) x S] (3).

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

Лечение

В зависимости от характера и локализации псориатических высыпаний глюкокортикостероиды для местного лечения заболеваний кожи, применяемые в дерматологии, используются в виде различных лекарственных форм – мазей, кремов, спреев или лосьонов. При уменьшении выраженности симптомов можно сократить кратность их применения или назначить лечение другими средствами наружной терапии. В детском возрасте лечение следует начинать с препаратов группы глюкокортикоиды, применяемые в дерматологии, слабой или средней степени активности. Детям первых лет жизни не следует использовать глюкокортикоиды, применяемые в дерматологии, на кожу лица, шеи и естественных складок.

лечение ограниченных высыпаний

Наружная терапия:

- *гидрокортизон* 0,1% мазь 0,1% крем, 1% мазь наносить на очаги поражения кожи 2 раза в сутки в течение 3–4 недель. Возможно применение крема и мази гидрокортизона 0,1% с 6-месячного возраста. Противопоказанием к назначению мази гидрокортизона 1% является детский возраст до 2 лет.

- *алклометазон* крем 0,05%, мазь 0,05% наносить на пораженные участки кожи равномерным слоем 2–3 раза в сутки в течение 3–4 недель. У детей и в период долечивания возможно использовать препарат 1 раз в сутки. Для профилактики рецидивов при долечивании хронических заболеваний терапию следует продолжать еще некоторое время после исчезновения всех симптомов. Максимальная длительность лечения у детей – 3 недели.

- *триамцинолон* мазь 0,1% для наружного применения наносить на пораженные участки кожи 2 раза в сутки в течение 3–4 недель. Противопоказанием к назначению препарата является детский возраст до 2 лет.

- *мометазон* крем 0,1%, мазь 0,1% наносить тонким слоем на пораженные участки кожи 1 раз в сутки в течение 3–4 недель. Противопоказанием к назначению препарата является детский возраст до 2 лет.

- *метилпреднизолона ацепонат* мазь 0,1% наносить на пораженные участки кожи тонким слоем 1 раз в сутки в течение 3–4 недель. Противопоказанием к назначению мази является детский возраст до 4 месяцев.

- *бетаметазон крем* 0,05%, 0,1%, мазь 0,05%, 0,1% наносить 2 раза в сутки в течение 3–4 недель. Противопоказанием к назначению крема 0,05%, мази 0,05% является детский возраст до 1 года; крема 1%-возраст до 6 месяцев, крем 0,05% и мазь 0,05%-детский возраст до 1 года; крем 1%-до 6 месяцев.

- *бетаметазон спрей* 0,05% наносить 2 раза в сутки в течение 3–4 недель. Противопоказан до 2-х лет.

- *флуоцинолона ацетонид мазь* 0,025% наносить 2 раза в сутки в течение 25 дней, противопоказан до 2-х лет.

- *флуоцинолона ацетонид крем* 0,025% гель 0,025% наносить 2 раза в сутки в течение 3–4 недель, противопоказан до 2-х лет.

	<p>-<i>флутиказон</i> мазь 0,005%, крем 0,005% наносить 2 раза в сутки в течение 3-4 недель. Противопоказана мазь до 6 месяцев, крем до 1 года.</p> <p>-<i>клобетазол</i> мазь 0,05% наносить 1 раз всутки в течение 3-4 недель. Противопоказана до 1 года.</p>
при шелушении в очагах поражения кожи	<p>-<i>салициловая кислота</i> 2–5% мазь на очаги поражения кожи с выраженным шелушением. В прогрессирующую стадию псориаза показано применение наружных средств, содержащих салициловую кислоту в низкой концентрации – 2%.</p> <p>-<u>глюкокортикостероиды в комбинации с антисептиками:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>бетаметазон</i> + <i>салициловая кислота</i> мазь, раствор для наружного применения наносить на пораженные участки кожи 2 раза в сутки. (с 12 лет) • <i>мометазон</i> + <i>салициловая кислота</i> мазь наносить тонким слоем на пораженные участки кожи 2 раза в сутки. (с 12 лет)
для ускорения регресса высыпаний	<p>- <i>пиритион цинк аэрозоль</i> распыляют с расстояния 15 см на пораженные участки кожи 2 - 3 раза в день. Для достижения стойкого эффекта применение препарата рекомендуется продолжить в течение 1 недели после исчезновения клинических симптомов.</p> <p>В стационарную стадию пациентам с плотными инфильтрированными бляшками рекомендуются:</p> <p>-<i>ихтаммол</i> 5% (изготавливаемая экстемпорально) или 10% мазь наносить на очаги поражения 1 - 2 раза в сутки,</p> <p>-<i>нафталанская нефть</i> 5% и 10% мазь наносить на очаги поражения 1-2 раза в сутки,</p> <p>-деготь березовый жидкость для наружного применения наносить на очаги поражения кожи вначале на 15 минут 1 раз в день, постепенно увеличивая время аппликации до 30 минут. Препарат удаляют ватным или марлевым тампоном, смоченным растительным или вазелиновым маслом. Продолжительность курса лечения - до 4 недель, перерывы между курсами 1 - 2 месяца.</p>
Вульгарный псориаз	<p>Применение <i>кальцитриола</i> служит методом выбора терапии. <i>Дайвонекс</i> (крем, мазь, раствор) на очаги поражения 1 - 2 раза в сутки 4 - 8 недель пациентам с 6 лет.</p> <p>При длительном применении суточная доза не должна превышать 15 г, крема или мази. Максимальная доза за неделю для детей возрасте старше 12 лет - 75г. Максимальная доза за неделю для детей в возрасте от 6 до 12 лет - 50г. Не наносить препарат на обширные участки кожи, площадь которых более 30% поверхности тела. Терапевтический эффект обычно наблюдается через 1-2 недели от начала лечения. Продолжительность курса - не более 8 недель. Не следует применять кальцитриол вместе с препаратами салициловой кислоты.</p>
Псориаз волосистой части головы	<p>-<i>бетаметазон</i> + <i>салициловая кислота</i> раствор для наружного применения наносить на очаги поражения 2 раза в день. (с 12 лет)</p> <p>- <i>пиритион цинк</i> шампунь наносить на влажные волосы с последующим массажем кожи головы, далее необходимо промыть волосы, повторно нанести и оставить шампунь на голове в течение 5 минут, затем тщательно промыть волосы большим количеством воды. Применять 2–3 раза в неделю; курс лечения – 5 недель. В период ремиссии шампунь может использоваться 1–2 раза в неделю в качестве средства профилактики рецидивов</p>
Физиотерапия	<p>Методы физиотерапии в детской дерматологии Круглова Л.С. Москва 2017г.</p>

	-УФО-терапия -Магнитотерапия -Индуктотермия -Лазеротерапия (локальная, чрезкожная) -Электросон-терапия
Медицинская реабилитация	
Санаторно-курортное лечение в регрессирующую стадию заболевания и в период ремиссии.	
Профилактика	
Предупреждение стрессов, простудных заболеваний, санации хронических очагов инфекции. Диспансерное наблюдение проводится врачами-дерматовенерологами.	

Критерии оценки качества медицинской помощи

N	Критерий оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови: лейкоциты, эритроциты, гемоглобин, гематокрит, тромбоциты, тромбоциты, нейтрофилы палочкоядерные, нейтрофилы сегментоядерные, эозинофилы, базофилы, лимфоциты, моноциты, скорость оседания эритроцитов	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический: общий белок, глюкоза, креатинин, мочевая кислота, билирубин общий, холестерин общий, триглицериды, аланинаминотрансфераза, аспаргатаминотрансфераза	Да/Нет
3.	Выполнен общий (клинический) анализ мочи: цвет, прозрачность, относительная плотность, реакция pH, глюкоза, белок, билирубин, уробилиноиды, реакция на кровь, кетоновые тела, нитраты, эпителий плоский, эпителий переходный, эпителий почечный, лейкоциты, эритроциты, цилиндры гиалиновые, цилиндры зернистые, цилиндры восковидные, цилиндры эпителиальные, цилиндры лейкоцитарные, цилиндры эритроцитарные, цилиндры пигментные, слизь, соли, бактерии	Да/Нет
4.	Проведена терапия глюкокортикостероидами для местного лечения заболеваний кожи, и/или ретиноидами для лечения псориаза и/или иммунодепрессантами и/или метотрексатом и/или фототерапия	Да/Нет
5.	Достигнут частичный или полный регресс высыпаний	Да/Нет