|  |
| --- |
| Клинические рекомендации |
| **Псориаз артропатический****Псориатический артрит** |
| Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем:  | **L 40.5** /**M07.0/ M07.1/M07.2/M07.3/** |
| Возрастная группа:  | дети/взрослые |
| Год утверждения: | **2020** |
| Разработчик клинической рекомендации:  |
| * Общероссийская общественная организация «Российское общество дерматовенерологов и косметологов»
* Общероссийская общественная организация «Ассоциация Ревматологов России»
 |

Оглавление

[Оглавление 2](#_Toc22566722)

[Список сокращений 4](#_Toc22566723)

[Термины и определения 5](#_Toc22566724)

[1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний) 6](#_Toc22566725)

[1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) 6](#_Toc22566726)

[1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) 6](#_Toc22566727)

[1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) 6](#_Toc22566728)

[1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 7](#_Toc22566729)

[1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) 7](#_Toc22566730)

[1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)](#_Toc22566731) 7

[2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики 8](#_Toc22566732)

[2.1 Жалобы и анамнез 8](#_Toc22566733)

[2.2 Физикальное обследование 9](#_Toc22566734)

[2.3 Лабораторные диагностические исследования](#_Toc22566735) 10

[2.4 Инструментальные диагностические исследования](#_Toc22566736) 12

[2.5 Иные диагностические исследования](#_Toc22566738) 15

[3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения](#_Toc22566739) 19

[3.1 Консервативное лечение](#_Toc22566740) 19

[3.2 Хирургическое лечение](#_Toc22566741) 30

[3.3 Иное лечение](#_Toc22566742) 31

[4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение , медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации](#_Toc22566743) 31

[5. Профилактика и диспансерное наблюдение,медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики 31](#_Toc22566744)

[6. Организация медицинской помощи 31](#_Toc22566745)

[7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)](#_Toc22566746) 35

[Критерии оценки качества медицинской помощи 36](#_Toc22566747)

[Список литературы 37](#_Toc22566748)

[Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций 46](#_Toc22566749)

[Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций 47](#_Toc22566750)

[Целевая аудитория клинических рекомендаций:](#_Toc18751397) 47

[Таблица П1- Уровни достоверности доказательств 47](#_Toc18751398)

[Таблица П2 – Уровни убедительности рекомендаций 47](#_Toc18751399)

[Порядок обновления клинических рекомендаций 48](#_Toc18751400)

[Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата](#_Toc22566751) 49

[Приложение Б. Алгоритмы действий врача](#_Toc22566759) 50

[Приложение В. Информация для пациента](#_Toc22566760) 51

[Приложение Г1. Опросник mPEST для скрининга ПсА у пациентов с псориазом](#_Toc22566760) 52

[Приложение Г2. ПсА: индексы оценки активности и эффективности терапии](#_Toc22566760) 53

Список сокращений

АСТ – аспартатаминотрансфераза

АЛТ – аланинаминотрансфераза

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека

ГТТ – гаммаглутамилтрансфераза

ИЛ – интерлейкин

СОЭ – скорость оседания эритроцитов

СРБ – С-реактивный белок

ФДЭ4 – фосфодиэстераза 4

ФНО – фактор некроза опухоли

цАМФ – циклический аденозинмонофосфат

Термины и определения

**Артрит** – воспаление тканей сустава с обязательным вовлечением его синовиальной оболочки (синовит).

**Генно-инженерные биологические препараты** – группа лекарственных препаратов, полученных с помощью методов генной инженерии, обладающие иммуносупрессивным действием.

**Дактилит** – воспаление пальца, которое возникает в результате сочетания артрита и теносиновита.

**Ремиссия псориатического артрита** – это отсутствие любых клинических признаков воспаления структур костно-суставного аппарата (артрит, дактилит, энтезит, теносиновит, спондилит)

**Сакроилиит** – воспаление в илиосакральных (син. крестцово-подвздошных) сочленениях таза.

**Спондилит** – воспаление структур осевого скелета.

**Тендинит** – воспаление сухожилий разных локализаций, чаще всего сгибателей и/или разгибателей пальцев кистей и стоп.

**Теносиновит** – воспаление сухожильных влагалищ разных локализаций, чаще всего сгибателей и/или разгибателей пальцев кистей и стоп.

**Тендинит/теносиновит** – воспаление структур сухожильно-связочного аппарата

**Энтезит** – воспаление в точке прикрепления сухожилия к кости (энтезис).

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)

1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Настоящие клинические рекомендации посвящены вопросам диагностики и терапии поражений опорно-двигательного аппарата при псориазе (L 40.0). По классификации МКБ 10 пересмотра, данные поражения могут быть закодированы как L40.5 – псориаз артропатический, так и M07.0–M07.3 Псориатические и энтеропатические артропатии. Для удобства изложения и восприятия текста разработчиками рекомендаций используется обобщающий термин – «псориатический артрит».

 Псориатический артрит (псориаз артопатический) – хроническое воспалительное заболевание суставов, позвоночника и энтезисов, которое может наблюдаться у больных с псориазом. При псориатическом артрите главным образом наблюдается воспаление периферических суставов (артрит), пальцев кистей и стоп (дактилит), энтезисов (энтезит), а также может наблюдаться воспаление в аксиальных структурах – телах позвонков (спондилит) и илиосакральных сочленениях (сакроилиит) [1].

1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Этиология псориатического артрита неизвестна. Имеются данные о наследственной предрасположенности к развитию псориаза и псориатического артрита: более 40% больных псориатическим артритом имеют родственников первой степени родства, страдающих этими заболеваниями. Псориаз и псориатический артирт считают Т-клеточно-опосредованными заболеваниями, при которых происходит активация клеточного иммунитета в коже и синовии с последующими гиперпродукцией и дисбалансом ключевых про- и противовоспалительных цитокинов таких как фактор некроза опухоли альфа (ФНО-α), интерлейкины (ИЛ)-12, ИЛ-23, ИЛ-17, ИЛ-1, ИЛ-1ß, ИЛ-6 и хемокинов [2].

1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Псориатический артрит выявляется у 19,7% больных псориазом и у 24,6% – с умеренной и высокой тяжестью псориаза [3].

Псориатический артрит может развиться в любом возрасте, часто страдает трудоспособная часть населения.

Псориатический артрит может развиться в любом возрасте. У 70% больных псориаз появляется раньше поражения опорно-двигательного аппарата, у 20% – одновременно, у 15–20% больных – псориатический артрит возникает до первых клинических проявлений псориаза [4]. Корреляция между тяжестью псориаза и псориатического артрита отсутствует, однако в когортных наблюдениях отмечена высокая частота случаев псориатического артрита у больных с распространенным псориазом [5]. При псориатическом артрите воспалительный процесс затрагивает не только скелетно-мышечные структуры (суставы, позвоночник, энтезы), но и кожу, ногти (псориаз), желудочно-кишечный тракт (воспалительные заболевания кишечника) и орган зрения (увеит, иридоциклит). В дополнение к этому пациенты с ПсА характеризуются более высоким риском развития ожирения, инсулин-резистентности, сахарного диабета 2 типа, метаболического синдрома, артериальной гипертонии, дислипидемии, сердечно-сосудистых заболеваний, ряда нервно-психических расстройств и фибромиалгии по сравнению с общей популяцией [6].

1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

## Все варианты заболевания могут быть закодированы как L40.5 Псориаз артропатический. В тоже время кодировки в разделе M07\* Псориатические и энтеропатические артропатии, уточняют формы заболевания:

M07.0 – Дистальная межфаланговая псориатическая артропатия;

М07.1 – Мутилирующий артрит;

M07.2 – Псориатический спондилит;

M07.3 – Другие псориатические артропатии.

1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

В настоящее время выделяют 5 клинических форм псориатического артрита:

преимущественное поражение дистальных межфаланговых суставов кистей и стоп, дистальная форма (L40.5, М07.0);

мутилирующий артрит (L40.5, М07.1);

псориатический спондилит (L40.5, М07.2);

асимметричный моно-олигоартрит (L40.5, М07.3);

симметричный полиартрит, ревматоидоподобная форма (L40.5, М07.3)

1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Клинические симптомы псориатического артрита с преимущественным поражением дистальных межфаланговых суставов кистей и стоп, дистальная форма, характеризуются классическим изолированным поражением дистальных межфаланговых суставов кистей и/или стоп. Данная форма наблюдается у 5% больных псориатическим артритом. Вовлечение дистальных межфаланговых суставов кистей и стоп наряду с другими суставами часто наблюдают при других клинических вариантах псориатического артрита. Асимметричный моно-олигоартрит встречается у большинства больных с псориатическим артритом (до 70%). Обычно вовлекаются коленные, лучезапястные, голеностопные, локтевые, а также межфаланговые суставы кистей и стоп, при этом общее число воспаленных суставов не превышает 4.

Симметричный полиартрит, ревматоидоподобная форма, наблюдается примерно у 15–20% пациентов с псориатическим артритом. Характеризуется вовлечением парных суставных областей как при ревматоидном артрите. Часто наблюдают асимметричный полиартрит пяти или более суставов.

Псориатический спондилит характеризуется воспалительным поражением позвоночника как при анкилозирующем спондилите, часто (примерно у 50%) сочетается с периферическим артритом, редко (2–4%) – наблюдают изолированный спондилит.

Мутилирующий артрит представляет собой редкую клиническую форму псориатического артрита. Наблюдается у 5% больных псориатическим артритом. Характеризуется распространенной резорбцией суставных поверхностей (остеолиз) с укорочением пальцев кистей и/или стоп с формированием «телескопической деформации», укорочения, разнонаправленных подвывихов пальцев конечностей. В тоже время локальный (ограниченный) остеолиз суставных поверхностей может развиваться при всех клинических вариантах псориатического артрита.

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

2.1 Жалобы и анамнез

Пациенты предъявляют жалобы на боль, припухлость суставах кистей и стоп, коленных, голеностопных, реже плечевых, локтевых и тазобедренных, или равномерную припухлость всего пальца кистей и стоп. Одновременно могут наблюдаться боли в области пяток при ходьбе, в месте прикрепления ахилловых сухожилий, а также боль в любом отделе позвоночника, преимущественно в шейном или пояснично-крестцовом, которая возникает в ночное время, уменьшается после физических упражнений или приема нестероидных противовоспалительных препаратов, боль в грудной клетке при дыхании.

У большинства пациентов, которые предъявляют данные жалобы, имеется псориаз кожи и/или ногтей на момент осмотра либо семейный анамнез по псориазу. У части больных перечисленные жалобы возникли спонтанно, примерно у трети – после травмы, значительной физической или эмоциональной перегрузки. Необходимо отметить, что боль в позвоночнике у большинства больных может быть незамеченной в течение длительного времени.

2.2 Физикальное обследование

При физикальном обследовании обращают внимание на следующие признаки:

*при периферическом артрите* – боль, припухлость, ограничение подвижности суставов, артрит дистальных межфаланговых суставов кистей/стоп и «редискообразная» деформация, осевой артрит (одновременное поражение трех суставов одного пальца), дактилит и «сосискообразная» деформация пальцев кистей и стоп.

*при дактилите* (син. – воспаление пальца) - боль, равномерная припухлость всего пальца с цианотично-багровым окрашиванием кожных покровов, плотным отеком всего пальца, болевым ограничением сгибания, характерная для псориатического артрита «сосискообразная» деформация пальца.

*при энтезите* – боль, иногда припухлостью в точках энтезов: верхний край надколенника, края (крылья) подвздошных костей, трохантеры, место прикрепления ахиллова сухожилия и подошвенного апоневроза к пяточной кости, латеральный надмыщелок плечевой кости, медиальный мыщелок бедренной кости.

* *при спондилите* – активное выявление воспалительной боли в позвоночнике с последующей оценкой его подвижности по перечисленным ниже тестам. Для выявления ограничения движений в поясничном отделе в сагиттальной плоскости используется модифицированный тест Шобера. Выполняется в положении пациента стоя прямо: по средней линии спины отмечается точка на воображаемой линии, соединяющей задне-верхние ости подвздошных костей. Затем отмечается вторая точка на 10 см. выше первой. После чего просят пациента нагнуться максимально вперед, не сгибая колен, и в этом положении с помощью сантиметровой ленты измеряют расстояние между двумя точками. В норме это расстояние становится больше 15 см. Измерение проводится дважды. Записывается результат наилучшей попытки;
* Для оценки подвижности в поясничном отделе позвоночника во фронтальной плоскости используется измерение бокового сгибания в этом отделе. У пациента, стоящего у стены с прижатыми к ней пятками, ягодицами и лопатками, с помощью сантиметровой ленты сначала определяется расстояние между кончиком среднего пальца руки и полом, затем пациентом выполняется наклон вбок и снова измеряется это расстояние. Оценивается разница между исходным расстоянием и расстоянием после наклона. В норме эта разница должна составлять не менее 10 см. Измерение проводится дважды для каждой из сторон. Записывается результат наилучшей попытки;
* Для оценки степени выраженности шейного кифоза используется расстояние козелок-стена и затылок-стена: больного ставят спиной к стене и просят прижать к ней лопатки, ягодицы и пятки. Подбородок поддерживаетя на обычном уровне. Пациент пытается максимально приблизить голову (затылок) к стене, не запрокидывая при этом голову назад. С помощью сантиметровой ленты измеряется расстояние от затылка до стены и козелка до стены. Измерение проводится дважды для расстояния затылок стена и для каждой из сторон при измерении расстояния козелок-стена. Записывается результат наилучшей попытки;
* Для оценки степени выраженности подвижности в шейном отделе позвоночника измеряется ротация в шейном отделе позвоночника с помощью гониометра, и в норме угол поворота должен быть не менее 70 градусов;
* Для оценки нарушений подвижности в тазобедренных суставах измеряется максимальное расстояние между медиальными лодыжками (в cм). Для этого, лежа на спине, больного просят максимально раздвинуть ноги и измеряют расстояние между медиальными лодыжками. Нормой считается расстояние 100 см. и выше. Измерение проводится дважды. Записывается результат наилучшей попытки;

- Экскурсия грудной клетки определяется как разница между ее окружностью при глубоком вдохе и полном выдохе на уровне 4-го межреберья. В норме она должна быть не менее 5 см. Измерение проводится дважды. Записывается результат наилучшей попытки [7].

2.3 Лабораторные диагностические исследования

* **Рекомендуется** всем пациентам для оценки активности псориатического артрита общий (клинический) анализ крови [8].

**Уровень убедительности рекомендаций В** (уровень достоверности доказательств – 3)

**Комментарии:** *Скорость оседания эритроцитов (СОЭ) не является чувствительным и/или специфичным методом диагностики, так как повышается у 50% больных, несмотря на высокую активность заболевания.* **Рекомендуется** всем пациентам для оценки активности псориатического артрита исследование уровня C-реактивного белка в сыворотке крови [8].

**Уровень убедительности рекомендаций В** (уровень достоверности доказательств – 3)

**Комментарии:** *Исследование уровня C-реактивного белка в сыворотке крови не является чувствительным и/или специфичным методом диагностики т.к. он повышается у 50% больных, несмотря на высокую активность заболевания. Тест на С-РБ выполняют* *высокочувствительным методом*

* **Рекомендуется** всем пациентам определение содержания ревматоидного фактора в крови [8].

**Уровень убедительности рекомендаций В** (уровень достоверности доказательств – 3)

**Комментарии:** *Определение ревматоидного фактора IgM в крови пациентам с псориатическим артритом следует проводить нефелометрическим методом.*

* **Рекомендуется** пациентам с положительным результатом определения ревматоидного фактора в крови в целях дифференциальной диагностики с ревматоидным артритом определение содержания антител к циклическому цитрулиновому пептиду (анти-CCP) в крови [9, 10].

**Уровень убедительности рекомендаций В** (уровень достоверности доказательств – 3)

**Коментарии:** *При псориатическом артрите ревматоидный фактор и антитела к циклическому цитрулиновому пептиду (анти-CCP) могут выявляться в крови в низких титрах у 15–18,9% и у 0,9–2,9% пациентов соответственно. В случае их выявления, в высоких титрах, а также выявления других нехарактерных для псориатического артрита иммунологических отклонений (например, антинуклеарный фактор, анти-ДНК, анти-РНП, Scl-70, волчаночный антикоагулянт, антитела к бетта2 гликопротеиду и т.п.) следует проводить дифференциально-диагностический поиск для исключения ревматоидного артрита, системной красной волчанки, системной склеродермии и др.).*

* **Рекомендуется** пациентам с псориатическим артритом с признаками спондилита определение антигена HLA-B27 [11, 12].

**Уровень убедительности рекомендаций ­­В** (уровень достоверности доказательств – 3)

**Комментарии:** *Предпочтительным является определение антигена HLA-B27 методом полимеразной цепной реакции с использованием крови как субстрата. HLA-B27 антиген выявляют у 40–50% больных ПсА. Исследование проводят однократно в течение всего срока болезни.*

* **Рекомендуется** пациентам с острым артритом коленных, 1-ых плюснефаланговых, голеностопных, лучезапястных суставов для дифференциальной диагностики с подагрой анализ крови биохимический общетерапевтический, включая исследование уровня мочевой кислоты в крови [13].

**Уровень убедительности рекомендаций ­­В** (уровень достоверности доказательств – 3)

**Комментарий:** *У пациентов с тяжелым псориазом, псориатическим артритом может наблюдаться вторичная гиперурикемия, которая не сопровождается острыми приступами подагры. Решение о характере гиперурикемии и/или наличии подагрического артрита принимает врач-ревматолог в зависимости от клинической ситуации* [14, 15].

* **Рекомендуется** пациентам с острым артритом коленного или 1-го плюсне-фалангового сустава лечебно-диагностическая пункция синовиальной сумки сустава [16, 17].

**Уровень убедительности рекомендаций ­­В** (уровень достоверности доказательств – 3)

**Комментарии:** *Лечебно-диагностическая пункция синовиальной сумки сустава позволяет получить и исследовать синовиальную жидкость на кристаллы мочевой кислоты.*

2.4 Инструментальные диагностические исследования

* **Рекомендуется** всем пациентам проведение рентгенографического исследования, если последнее исследование выполнялось не ранее, чем за один год до обращения [19–22]:

рентгенография кистей [19–22]

**Уровень убедительности рекомендаций ­­В** (уровень достоверности доказательств – 3)

рентгенографиястоп в одной проекции [19–22]

**Уровень убедительности рекомендаций ­­В** (уровень достоверности доказательств – 3)

рентгенография таза [19–22]

**Уровень убедительности рекомендаций ­­В** (уровень достоверности доказательств – 3)

рентгенография грудного и поясничного отдела позвоночника [19–22]

**Уровень убедительности рекомендаций ­­В** (уровень достоверности доказательств – 3)

**Комментарии:** *Для оценки состояния пациента необходима рентгенография переходного отдела позвоночника (нижне-грудного с захватом поясничного в боковой проекции)* [19–22]. *Рентгенографию таза следует проводить в прямой проекции. Рентгенографию стоп следует проводить в прямой проекции. По показаниям следует выполнять рентгенографические исследования других суставов и других отделов позвоночника (шейного), вовлеченных в патологический процесс.*

* **Рекомендуется** пациентам с жалобами на боли в шейном отделе позвоночника рентгенография шейно-дорсального отдела позвоночника [19–22].

**Уровень убедительности рекомендаций ­­В** (уровень достоверности доказательств – 3)

* **Рекомендуется** пациентам с жалобами на боли в поясничном отделе позвоночника рентгенография поясничного отдела позвоночника [19–22].

**Уровень убедительности рекомендаций ­­В** (уровень достоверности доказательств – 3)

* **Рекомендуется** пациентам с жалобами на боли в крестце рентгенография крестца [19–22].

**Уровень убедительности рекомендаций ­­В** (уровень достоверности доказательств – 3)

* **Рекомендуется** пациентам с жалобами на боли в области крестцово-подвздошного сустава рентгенография подвздошной кости [19–22].

**Уровень убедительности рекомендаций ­­В** (уровень достоверности доказательств – 3)

* **Рекомендуется** пациентам с жалобами на боли в области локтевого сустава рентгенография локтевого сустава [19–22].

**Уровень убедительности рекомендаций ­­В** (уровень достоверности доказательств – 3)

* **Рекомендуется** пациентам с жалобами на боли в области коленного сустава рентгенография коленного сустава [19–22].

**Уровень убедительности рекомендаций ­­В** (уровень достоверности доказательств – 3)

**Комментарии**: *При выявлении признаков поражения других суставов следует выполнить рентгенографию соответствующих суставов. Данные исследования проводятся не чаще, чем один раз в год. Характерные рентгенологические изменения при псориатическом артрите: сужение суставной щели; костная ремодуляция (резорбция концевых фаланг, крупные эксцентрические эрозии, остеолиз – деформация «карандаш в стакане») и пролиферации (краевые костные разрастания, периоститы, энтезофиты и костные анкилозы), асимметричный двусторонний/односторонний сакроилиит, паравертебральные оссификаты и краевые синдесмофиты [23, 24]*

* + - **Рекомендуется** магнитно-резонансная томография позвоночника проводить **только** больным с наличием боли в соответствующем отделе [25, 26].

**Уровень убедительности рекомендаций ­­В** (уровень достоверности доказательств – 3)

**Комментарий:** *Магнитно-резонансная томографию позвоночника пациентам с псориатическим артритом следует проводить в режиме Т1, Т2 и STIR.**При псориатическом артрите**спондилит наблюдают у 60% больных. МРТ-активный сакроилиит признается при наличии отека костного мозга (остеита), который выражается в виде зон гиперинтенсивного сигнала в режиме STIR. Необходимо наличие не менее двух сигналов на одном срезе или одного сигнала (одной зоны воспаления) на двух последовательных срезах. МРТ активный спондилит также выражается в виде зон гиперинтенсивного сигнала в режиме STIR в углах тел позвонков (передний спондилит) и в задних структурах позвоночника (фасеточные суставы, связки и т.п.) [27–30].*

* **Рекомендуется** при рецидивирующем псориатическим артрите коленных суставов артроскопия диагностическая для решения вопроса о необходимости хирургического лечения [83].

**Уровень убедительности рекомендаций В** (уровень достоверности доказательств – 3).

**Комментарии:** *При необратимом повреждении и нарушении функции коленных суставов показано оперативное лечение по их замене (эндопротезирование коленных суставов) или артродез. Показания для проведения оперативного лечения определяются хирургом-ортопедом [83].*

2.5 Иные диагностические исследования

Диагноз псориатического артрита устанавливают в соответствии с критериями CASPAR (ClASsification criteria for Psoriatic ARthritis, 2006) [31].Согласно критериям CASPAR, пациенты должны иметь признаки воспалительного заболевания суставов (артрит или спондилит или теносиновит или энтезит) и 3 или более баллов из 5 категорий (Табл. 1).

Таблица 1. Критерии псориатического артрита CASPAR

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Псориаз:* псориаз в момент осмотра;
* псориаз в анамнезе;
* семейный анамнез псориаза.
 | Баллы211 |
| 2. Псориатическая дистрофия ногтей:  точечные вдавления, онихолизис, гиперкератоз | 1 |
| 3. Отрицательный ревматоидный фактор (кроме метода латекс-теста) | 1 |
| 4. Дактилит:* припухлость всего пальца в момент осмотра;
* дактилит в анамнезе.
 | 11 |
| 5. Рентгенологические признаки внесуставной костнойпролиферации по типу краевых разрастаний (кроме остеофитов) на рентгенограммах кистей и стоп | 1 |

Для оценки активности заболевания и эффективности терапии также могут рассчитываться различные индексы, например, PsARC, DAS, BASDAI [95–97] (Приложение Г2)

Определение характера боли в позвоночнике проводится в соответствии с критериями ASAS (Международного общества по изучению спондилоартритов) (2009) [32]:

1. Возраст начала <40 лет
2. Постепенное начало
3. Улучшение после выполнения физических упражнений
4. Отсутствие улучшения в покое
5. Ночная боль (с улучшением при пробуждении)

Боль в спине считается воспалительной при наличии как минимум 4-х признаков из 5.

Диагноз спондилита при псориатическом артрите устанавливается на основании наличия двух из четырех представленных ниже признаков [33]:

1. Наличие воспалительной боли в спине по критериям (ASAS, 2009).
2. Ограничение подвижности в шейном, грудном или поясничном отделе позвоночника в сагиттальной и фронтальной плоскостях.
3. Признаки двустороннего сакроилиита 2 стадии и выше или одностороннего 3 стадии и выше (по Kellgren) на обзорной рентгенограмме таза ИЛИ синдесмофиты в позвоночнике.
4. Выявление МРТ-активного сакроилиита (остеит/отек костной ткани в области крестцово-подвздошных сочленений в режиме STIR с подавлением жира).

Оценка клинической активности псориатического артрита проводится по следующим критериям [34]:

**Активный псориатический артрит** – это ≥1 число болезненных суставов/число припухших суставов и/или болезненный энтезис и/или дактилит и/или воспалительная боль в спине (спондилит).

Неблагоприятные прогностические факторы – полиартрит (≥5 число болезненных суставов/число припухших суставов), наличие эрозий при рентгенографическом обследовании, повышение СОЭ/СРБ, дактилит, функциональные нарушения.

**Степень клинической активности** псориатического артрита определяется по критериям, указанным в таблице 2.

Таблица 2. Градации клинической активности псориатического артрита

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Клинические категории** | **Низкая** | **Умеренная** | **Высокая** |
| Периферический артрит | Число болезненных суставов или число припухших суставов<5Отсутствуют рентгенологическиедеструкции и функциональные нарушения.Минимальные нарушения качества жизни | Число болезненных суставов или число припухших суставов≥5Единичные рентгенологические деструкции, умеренные функциональные нарушения.Умеренное нарушение качества жизни | Число болезненных суставов или число припухших суставов ≥5 Распространенные рентгенологические деструкции и выраженные функциональные нарушенияВыраженное нарушение качества жизниОтсутствие ответа на стандартную терапию |
| Поражение позвоночника | Слабая боль в позвоночнике.Отсутствуют функциональные нарушения | Выраженная боль в позвоночнике BASDAI>4, функциональные нарушения | Выраженная боль в позвоночнике BASDAI>4, Отсутствие ответа на стандартную терапию. |
| Энтезит | Вовлечены 1–2 точкиэнтезов. Нет ухудшения функции | Вовлечены >2 точек энтезов или ухудшение функции | Вовлечены >2 точек энтезов или ухудшение функции и отсутствие ответа на стандартную терапию |
| Дактилит | Незначительная боль или отсутствие боли.Нормальная функция | Эрозии суставов или ухудшение функции | Эрозии суставов, отсутствие ответа на стандартную терапию |

* **Рекомендуется** пациентам с выявленной временной связью между инфекцией мочеполового или желудочно-кищечного тракта и возникновением артрита у больных псориазом в целях дифференциальной диагностики псориатического артрита с артритами, ассоциированными с инфекциями [18]:

консультация врача-дерматовенеролога

**Уровень убедительности рекомендаций ­­В** (уровень достоверности доказательств – 3)

или

консультация врача-уролога [18]

**Уровень убедительности рекомендаций ­­В** (уровень достоверности доказательств – 3)

или

консультация врача-инфекциониста[18]

**Уровень убедительности рекомендаций ­­В** (уровень достоверности доказательств – 3)

**или**

консультация врача-гастроэнтеролога [18]

**Уровень убедительности рекомендаций ­­В** (уровень достоверности доказательств – 3)

**Комментарии:** *Для дифференциальной диагностики псориатического артрита с артритами, ассоциированными с инфекциями, необходимы лабораторные исследования на выявление хламидий, сальмонелл, иерсиний, шигелл, кампилобактера, выполняемые в специализированных медицинских учреждениях – в соответствии с действующими клиническими рекомендациями по данным заболеваниям [18].*

* + - **Рекомендуется** проведение консультаций перечисленных ниже специалистов для диагностики сопутствующих заболеваний, которые могут оказать влияние на диагностику и выбор терапии псориатического артрита [87–91]:

врач-кардиолог – для диагностики кардиоваскулярных заболеваний при наличии у пациента жалоб со стороны сердечно-сосудистой системы, назначения или коррекции уже проводимой кардиопротективной терапии [87–91];

**Уровень убедительности рекомендаций В** (уровень достоверности доказательств – 3)

врач-эндокринолог – для диагностики заболеваний эндокринной системы, главным образом, сахарного диабета [87–91];

**Уровень убедительности рекомендаций В** (уровень достоверности доказательств – 3)

врач-офтальмолог – для диагностики конъюктивита, ирита, иридоциклита, увеитов [87–91];

**Уровень убедительности рекомендаций В** (уровень достоверности доказательств – 3)

врач-гастроэнтеролог – только при подозрении на наличие язвенного колита или болезни Крона [87–91];

**Уровень убедительности рекомендаций В** (уровень достоверности доказательств – 3)

врач-фтизиатр – до назначения генно-инженерной биологической терапии, затем каждые 6 месяцев в процессе ее проведения [87–91]

**Уровень убедительности рекомендаций В** (уровень достоверности доказательств – 3)

* **Рекомендуется** пациентам с необратимым повреждением и нарушением функции суставов консультация врача-травматолога-ортопеда для решения вопроса о необходимости оперативного лечения по их замене (эндопротезирование тазобедренных, коленных суставов, мелких суставов кистей) или артродеза.

**Уровень убедительности рекомендаций В** (уровень достоверности доказательств – 3).

**Комментарии:** *Показания для проведения оперативного лечения пациентов с псориатическим артритом определяются хирургом-травматологом-ортопедом [83].*

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

3.1 Консервативное лечение

 Цель терапии псориатического артрита – достижение ремиссии или уменьшение проявлений основных клинических проявлений заболевания до минимальных, замедление или предупреждение рентгенологической прогрессии, увеличение продолжительности и качества жизни пациентов [35–37].

Для лечения больных псориатическим артритом применяются нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты, кортикостероиды системного действия (вводимые внутрисуставно), антиметаболиты (метотрексат\*\*) и иммунодепрессанты (сульфасалазин\*\*, лефлуномид\*\*, циклоспорин\*\*, селективные иммунодепрессанты (ингибитор фосфодиэстеразы 4 – апремиласт\*\*, ингибитор янус-киназ тофацитиниб\*\*) и ингибиторы интерлейкинов (ингибиторы ФНО-а – инфликсимаб\*\*, адалимумаб\*\*, голимумаб\*\*, цертолизумаба пэгол\*\*, этанерцепт\*\* и интерлейкинов 12/23 – устекинумаб\*\* и интерлейкина-17 – секукинумаб\*\* и иксекизумаб [2].

Достижение ремиссии или минимальной активности псориатического артрита следует оценивать каждые 3–6 месяцев [38, 39]. Оценка эффективности проводимой терапии при псориатическом артрите может проводиться с помощью индексов, представленных в Приложении Г2.

* **Рекомендуются** всемпациентам с активным псориатическим артритом нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты [40, 41].

диклофенак\*\* – разовая доза 50–100 мг, максимальная суточная доза 150 мг перорально, раствор для внутримышечного введения 25 мг/мл вводить глубоко внутримышечно 75 мг (содержимое 1 ампулы) 1 раз в сутки или наружно гель для наружного применения 1%, мазь для наружного применения 1% наносят тонким слоем над очагом воспаления 2–3 раза в сутки.

**Комментарии:** *Диклофенак раствор для внутримышечного введения не назначают детям до 18 лет. Противопоказанием для назначения диклофенака в форме таблеток с пролонгированным высвобождением является детский и подростковый возраст до 18 лет. Противопоказанием для назначения таблеток, покрытых кишечнорастворимой пленочной оболочкой, геля и мази для наружного применения диклофенак является детский возраст до 6 лет.*

или

целекоксиб разовая доза 200–400 мг, максимальная суточная доза 400 мг, перорально.

**Комментарии:** *Противопоказанием для назначения целекоксиба является детский возраст до 18 лет.*

или

мелоксикам разовая доза 7,5–15 мг, максимальная суточная доза 15 мг перорально или раствор для внутримышечного введения 10 мг/мл внутримышечно или гель для наружного применения 1% наносят тонким слоем 2 раза в сутки на чистую сухую кожу над очагом поражения.

**Комментарии:** *Противопоказанием к назначению таблеток мелоксикам является детский возраст до 12 лет.* *Противопоказанием к назначению раствора для внутримышечного введения и геля для наружного применения мелоксикам является детский возраст до 18 лет.*

или

эторикоксиб перорально 60–90 мг 1 раз в сутки, максимальная суточная доза – 120 мг.

**Комментарии:** *Эторикоксиб противопоказан детям и подросткам до 16 лет.*

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1)**

**Комментарий:** *До начала терапии оценивают потенциальные риски от применения со стороны сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта. У пациентов с очень высоким риском следует избегать использования в терапии любых нестероидных противовоспалительных и противоревматических препаратов.* *Нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты используют совместно с иммунодепрессантами и/или внутрисуставным введением* *глюкокортикоидов. У пациентов с моно-олигоартритом длительность приема нестероидных противовоспалительных и противоревматических препаратов в режиме монотерапии не должна превышать 1 месяц, в случае сохранения активности необходима комбинация с иммунодепрессантами (метотрексат\*\*, лефлуномид\*\*, сульфасалазин\*\*, циклоспорин\*\*). У пациентов с преимущественным поражением энтезисов и/или при наличии активного спондилита эффект от приема нестероидных противовоспалительных препаратов оценивают через 4–12 недель. При наличии ответа на терапию прием нестероидных противовоспалительных препаратов продолжают, при отсутствии – используют другие лекарственные препараты (селективные иммунодепресанты или ингибиторы интерлейкинов в соответствии с рекомендациями). Длительное непрерывное использование нестероидных противовоспалительных препаратов обеспечивает лучший контроль симптомов заболевания, чем прием в режиме «по требованию».*

* **Рекомендуется** всем пациентамс псориатическим артритом и активным моно-олигоартритом, при энтезитедля быстрого подавления воспалительных изменений в суставах и достижения клинического улучшения внутрисуставное введение лекарственных препаратов – кортикостероидов системного действия [42, 43].

метилпреднизолон\*\* лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 80 мг/2 мл.

или

триамциналон – суспензия для инъекций в ампулах 40 мг/мл вводить внутрисуставно

или

бетаметазон суспен*з*ия для инъекций вводить в сустав 1 мл.

**Уровень убедительности рекомендаций С** (уровень достоверности доказательств – 4)

**Комментарии**: *Доказательств эффективности кортикостероидов системного действия в терапии пациентов с псориатическим артритом, основанных на данных рандомизированных клинических исследований нет. Кортикостероиды системного действия пациентам с псориатическим артритом обычно не назначаются перорально, внутримышечно или внутривенно в связи с высоким риском обострения (утяжеления) псориаза, в некоторых случаях возможно использование кортикостероидов системного действия в низких дозах, если другой возможности блокировать воспаление нет****.*** *Обычно внутрисуставное введение кортикостероидов системного действия назначаются пациентам с псориатическим артритом в сочетании с приемом нестероидных противовоспалительных и противоревматических препаратов и/или иммунодепрессантов для быстрого подавления воспалительных изменений в суставах и достижения клинического улучшения [42, 43].*

* **Рекомендуются** больным с активным ПсА в сочетании с факторами неблагоприятного прогноза (полиартрит, эрозии суставов кистей и стоп на рентгенограммах, функциональные нарушения, повышение СОЭ/СРБ, дактилит)иммунодепрессанты (лефлуномид\*\*, сульфасалазин\*\* или циклоспорин\*\*) или антиметаболиты (метотрексат\*\*) [44–46].

**Уровень убедительности рекомендаций А** (уровень достоверности доказательств – 1)

**Комментарии**: *При псориатическом артрите системная терапия иммунодепрессантами уменьшает симптомы периферического артрита, а также выраженность дактилита в рамках влияния на периферический артрит. Не доказана способность системной терапии иммунодепрессантами влиять на энтезит и спондилит, а также задерживать образование эрозий в суставах [52]. Комбинированное лечение метотрексатом и циклоспорином не рекомендуется в связи с высоким риском развития нежелательных явлений [54]. Результаты терапии оценивают каждые 3–6 месяцев, в эти сроки определяется целесообразность их дальнейшего применения, при достижении ремиссии заболевания возможно снижение дозы или временная отмена. У пациентов с тяжелым псориазом следует отдать предпочтение метотрексату\*\* [47, 48]*

метотрексат\*\* – перорально, подкожно или внутримышечно, начальная доза 10 мг/неделю с увеличением по 5 мг каждые 2–4 недели до максимальной дозы 20–25 мг/неделю в зависимости от эффективности и переносимости [25, 49, 50]

**Уровень убедительности рекомендаций А** (уровень достоверности доказательств – 1)

**Комментарии**: *в начале лечения метотрексатом\*\* и при увеличении его дозы необходимо проводить контроль уровня АЛТ и АСТ, биллирубина, креатинина, клинического анализа крови – каждые 2 недели в течение 2-х месяцев, а затем – каждые 3 месяца; клиническую оценку нежелательных явлений и/или факторов риска следует проводить во время каждого визита пациентов. При появлении признаков инфекции очередной прием препарата следует пропустить до их полного исчезновения.* *На фоне лечения метотрексатом\*\* следует назначить фолиевую кислоту в дозе не менее 5 мг, но не более 25 мг в неделю через 24 часа после приема метотрексата\*\* [51, 52].*

или

лефлуномид\*\*пероральнос начальной дозой 100 мг однократно в течение 3 дней, затем переходят на поддерживающее лечение 10–20 мг 1 раз в день [53].

**Уровень убедительности рекомендаций А** (уровень достоверности доказательств – 1)

**Комментарии**: *На фоне лечения лефлуномидом\*\* необходима оценка нежелательных явлений, контроль за артериальным давлением, функцией печени и показателями крови. Наибольший эффект терапии лефлуномидом\*\* наступает через 8–10 недель.*

или

сульфасалазин\*\* **–** перорально, начальная доза 500 мг/сутки, еженедельно прибавляя по 500 мг до лечебной дозы 2 г в сутки. При отсутствии эффекта целесообразно увеличить дозу препарата до 3 г в сутки [54].

 **Уровень убедительности рекомендаций А** (уровень достоверности доказательств – 1)

**Комментарии:** *Действие сульфасалазина\*\* оценивают через 6–8 недель, наибольший эффект наступает через 12–16 недель. Принимается длительно. [54].*

* **Рекомендуется** всемпациентам с псориатическим артритом минимальной или умеренной активности в сочетании с тяжелыми формами псориаза, включая пустулезный псориаз и эритродермию в качестве препарата выбора использовать циклоспорин\*\* в дозе 2,5–5 мг/кг [56–58].

**Уровень убедительности рекомендаций А** (уровень достоверности доказательств – 1)

**Комментарии:** *При достижении клинического результата дозу циклоспорина\*\* постепенно снижают до полной отмены.* *В случае постоянно рецидивирующего тяжелого течения псориаза и невозможности полной отмены циклоспорина\*\* назначают минимально эффективную дозу на длительное время, но не более 2 лет, в связи с возможными кардиоваскулярными рисками и возможностью развития нефросклероза. На фоне лечения рекомендуется регулярная оценка нежелательных явлений, контроль за функцией печени и почек, уровнем артериального давления*.

* **Рекомендуется** пациентам с активным артритом, неэффективностью и/или непереносимостью метотрексата\*\*, лефлуномида\*\*, сульфасалазина\*\*, циклоспорина\*\* и/или пациентам с активным дактилитом и/или энтезитами:

апремиласт\*\* – перорально по 30 мг 2 раза в день, утром и вечером, с интервалом 12 часов [55]. Начало терапии проводить по следующей схеме: первый день 10 мг утром, второй день по 10 мг утром и вечером, третий день утром 10 мг, вечером 20 мг, четвертый день утром и вечером по 20 мг, пятый день утром 20 мг, вечером 30 мг, далее по 30 мг утром и вечером. Эффект от лечения развивается постепенно, в течение длительного времени.

**Уровень убедительности рекомендаций А** (уровень достоверности доказательств – 1)

**Комментарии:** *Апремиласт\*\* – ингибитор фосфодиэстеразы 4, опосредованно через блокаду сигнальных путей, снижает продукцию провоспалительных цитокинов. Обладает умеренной эффективностью у пациентов с псориатическим артритом и псориазом, в практике применяют у пациентов с метаболическими нарушениями, сахарным диабетом, инфекционными осложнениями и т.п., когда другие иммунодепрессанты назначить нельзя. Продемонстрирована эффективность у пациентов с моно-олигоартикулярной формой псориатического артрита, особенно на ранней стадии. Уменьшает симптомы артрита, дактилита и энтезита. Имеет благоприятный профиль безопасности. Имеются отдельные наблюдения о возможности применять апремиласт\*\* в режиме монотерапии, а также в комбинации с некоторыми ингибиторами интерлейкинов при их недостаточном эффекте. Наиболее часто встречающееся нежелательное – диарея в первые 2–4 недели до 19% пациентов), которая обычно проходит самостоятельно и в большинстве случаев не требует отмены терапии. После первичного титрования дозы в случае перерыва в лечении повторного титрования не требуется. Назначение апремиласта\*\* не требует обязательного постоянного мониторинга лабораторных показателей или скрининга на туберкулез до начала и на фоне лечения.*

* **Рекомендуется** пациентам с активным артритом с неэффективностью и/или непереносимостью одного или нескольких иммунодепрессантов или метотрексата\*\*:

тофацитиниб\*\* 5 мг 2 раза в сутки в комбинации с метотрексатом\*\*. При недостаточном эффекте возможно повышение дозы тофацитиниба\*\* до 10 мг 2 раза в сутки [59, 60].

**Уровень убедительности рекомендаций А** (уровень достоверности доказательств – 1)

**Комментарии:** *Из серьезных нежелательных реакций тофацитиниба\*\* обращает на себя внимание более высокая частота инфекций, случаев Herpes Zoster, у одного больного отмечалась подтвержденная перфорация ЖКТ и у 3 пациентов – подтвержденные опухолевые заболевания [59, 60]. Не следует применять Тофацитиниб в дозе 20 мг/сутки у пациентов с высоким риском тромбоэмболических осложнений [61]. Клиническая эффективность тофацитиниба сопоставима с ингибиторами интерлейкинов – генно-инженерными биологическими препаратами. Требуется скрининг на туберкулез до начала лечения и каждые 6 месяцев терапии.*

* **Рекомендуется** пациентам с псориатическим артритом в том числе с периферическим артритом (полиартрит или моно/олиго-артрит) с факторами неблагоприятного прогноза такие как эрозии, дактилит, повышение СОЭ/СРБ, в сочетании с функциональными нарушениями; острыми множественными дактилитами (вовлечение 3-х пальцев и более) с функциональными нарушениями, не достигших ремиссии или минимальной активности заболевания на фоне лечение метотрексатом\*\* или иммунодепрессантами, внутрисуставным введением кортикостероидов системного действия  в течение ≥ 3–6 месяцев; множественными энтезитами с функциональными нарушениями при отсутствии эффекта от нестероидных противовоспалительных препаратов в сочетании с внутрисуставным введением кортикостероидов системного действия  в течение 4–12-ти недель; активным спондилитом с функциональными нарушениями, при отсутствии эффекта от нестероидных противовоспалительных препаратов в течение 4–12-ти недельингибиторы интерлейкинов [62–73]:

инфликсимаб\*\* (ингибитор ФНО-α*)* 5 мг/кг внутривенно капельно на 0–2–6 неделе, далее каждые 6–8 недель, при отсутствии эффекта в течение 6 недель продолжать лечение нецелесообразно [63–66];

или

адалимумаб\*\* (ингибитор ФНО-α*)* 40 мг 1 раз в 2 недели подкожно [63–66];

или

этанерцепт\*\* (ингибитор ФНО-α*)* 50 мг 1 раз в неделю подкожно [63–66];

или

голимумаб\*\* (ингибитор ФНО-α*)* 50 мг 1 раз в 28 дней подкожно. Пациентам с весом более 100 кг – в дозе 100 мг подкожно 1 раз в 28 дней. У пациентов с весом более 100 кг голимумаб применяют в дозе 100 мг подкожно с той же частотой [63–66];

или

цертолизумаб пэгол\*\* (ингибитор ФНО-α*)* используют сначала в индукционной дозе по 400 мг подкожно на 0–2–4 неделе, далее по 200 мг подкожно 1 раз в 2 недели или 400 мг подкожно 1 раз в 4 недели [63–66];

или

устекинумаб\*\* (ингибитор ИЛ-12/23): 45 мг подкожно, второе введение проводят через 4 недели, далее каждые 12 недель. Пациентам с весом более 100 кг – в дозе 90 мг подкожно с той же частотой [71, 75]

или

#иксекизумаб *(*ингибитор ИЛ-17А):160 мгподкожно на 0 неделе, далее по 80 мг каждые 4 недели. Начальная доза 160 мг вводится в виде двух отдельных подкожных инъекций по 80 мг. При сочетании псориатического артрита c псориазом среднетяжелой или тяжелой степени режим дозирования соответствует таковому при псориазе [71, 75, 90–92].

или

секукинумаб\*\* *(*ингибитор ИЛ-17А):150 мг подкожно на 0, 1, 2 и 3 неделе, далее, начиная с 4-й недели каждый месяц. У пациентов с предшествующей неэффективностью ингибиторов ФНО-α, псориазом средней и тяжелой степени препарат назначают по 300 мг в качестве начальной дозы на 0, 1, 2 и 3 неделе подкожно, начиная с 4-й недели каждый месяц [71, 75].

**Уровень убедительности рекомендаций А** (уровень достоверности доказательств – 1)

**Комментарии:***Перед началом терапии селективными иммунодепрессантами  (ингибиторы фосфодиэстеразы-4, блокаторы януc-киназ), ингибиторами фактора некроза опухоли альфа (ФНО-альфа), ингибиторами интерлейкина необходимо проведение следующих исследований:*

1. *общий (клинический) анализ крови, включая дифференцированный подсчет лейкоцитов (лейкоцитарная формула) и исследование уровня тромбоцитов в крови;*
2. *анализ крови биохимический общетерапевтический, включая исследование уровня креатинина, мочевины, билирубина в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы, аланинаминотрансферазы, гамма-глютамилтрансферазы и щелочной фосфатазы в крови;*
3. *общий (клинический) анализ мочи;*
4. *ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)*
5. *ультразвуковое исследование органов малого таза (комплексное)*
6. *эзофагогастродуоденоскопия;*
7. *прицельная рентгенография органов грудной клетки (в 2 проекциях) или компьютерная томография органов грудной полости, очаговая проба с туберкулином, консультация врача-фтизиатра для исключения активной и латентной туберкулезной инфекции;*
8. *обследование на ВИЧ-инфекцию (определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови, определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 (Human immunodeficiency virus HIV 2) в крови),*
9. *обследование на вирусные гепатиты В и С (определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови, определение антител к вирусу гепатита C (Hepatitis C virus) в крови);*
10. *тест на беременность (исследование мочи на хорионический гонадотропин).*

*На фоне терапии генно-инженерными биологическими препаратами существует риск реактивации любой инфекции. Меньшим риском обладают ингибиторы ИЛ-17 и ИЛ12/23. Результаты прицельной рентгенографии органов грудной клетки (в 2 проекциях) или компьютерной томографии органов грудной полости, очаговой пробы с туберкулином оценивает врач-фтизиатр и дает заключение о возможности начала терапии генно-инженерными биологическими препаратами или, в случае выявления туберкулезной инфекции, необходимости проведения специфической противотуберкулезной терапии. Характер этой терапии и ее сроки также определяет врач-фтизиатр. В случае выявления вирусного гепатита решение о назначение терапии генно-инженерными биологическими препаратами принимается в зависимости от активности заболевания врачом-инфекционистом.*

*Генно-инженерные биологические препараты можно назначать как в режиме монотерапии, так и в сочетании с метотрексатом* *[76–78].* *Данные о влиянии ингибиторов ФНО-α на спондилит при псориатическом артрите экстраполированы из рандомизированных клинических исследованиях при анкилозирующем спондилите и аксиальном спондилоартрите [63–66]. Показана эффективность при псориатическом спондилите и ингибитора ИЛ-17 (Секукинумаб)[79, 80].*

*Ингибиторы ФНО-α не отличаются между собой как по клинической эффективности, так и по переносимости при длительном применении. Выбор генно-инженерной биологической терапии осуществляется персонифицировано. Применение ингибиторов ФНО-α (кроме этанерцепта\*\*) эффективно при сочетании ПсА и увеита. У пациентов с тяжелым псориазом и периферическим артритом предпочтительно использовать ингибитор ИЛ-17 или ИЛ-12/23. При сочетании ПсА и ВЗК предпочтение отдается ингибиторам ФНО-α и ИЛ-12/23, а применение ингибиторов ИЛ-17 не целесообразно. При неэффективности одного ингибитора ФНО-α пациента переводят на лечение другим ингибитором ФНО-α или ингибиторами ИЛ-17 или ИЛ-12/23. В том случае если назначение генно-инженерного биологического препарата невозможно по каким либо причинам или его эффективность снижается, в качестве альтернативного варианта терапии рассматривается тофацитиниб\*\*.*

*Ожирение, курение, жировой гепатоз, депрессия, наличие атеросклеротических бляшек в сонных артериях (проявление атеросклероза) – предикторы недостаточной эффективности терапии генно-инженерными биологическими препаратами у больных псориатическим артритом [81, 82]. На фоне применения всех генно-инженерных биологических препаратов в большей или меньшей степени существует риск образования нейтрализующих антител, приводящий к снижению эффективности терапии. Применение метотрексата\*\* в дозе не менее 15 мг/неделю снижает риск образования нейтрализующих антител.*

Лечение псориатического артрита проводится в зависимости от активности процесса (таблицы 5*–*9).

**Таблица 5. Лечение периферического артрита**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Активность периферического артрита** | **Лечение** | **Уровень доказательности** |
| Низкая без факторов неблагоприятного прогноза | Нестероидные противовоспалительные препаратыВнутрисуставное введение глюкокортикоидов | АD  |
| Умеренная или высокая и при наличии факторов неблагоприятного прогноза | Метотрексат\*\*Сульфасалазин\*\*Лефлуномид\*\*Циклоспорин\*\*Апремиласт\*\*Тофацитиниб\*\*Устекинумаб\*\*Секукинумаб\*\*Иксекизумаб | АААВ ААААА |

**Таблица 7. Лечение спондилита**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Активность спондилита** | **Лечение** | **Уровень доказательности** |
| Низкая без выраженных функциональных нарушений | Нестероидные противовоспалительные препаратыФизиотерапия, лечебная физкультура | АDD  |
| Умеренная или высокая в сочетании с функциональными нарушениями | Устекинумаб\*\*Секукинумаб\*\*Иксекизумаб | А АА |

**Таблица 8. Лечение энтезита**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Активность энтезита** | **Лечение** | **Уровень доказательности** |
| Низкая без выраженных функциональных нарушений | Нестероидные противовоспалительные препаратыВнутрисуставное введение глюкокортикоидовФизиотерапия | DDD |
| Умеренная или высокая в сочетании с функциональными нарушениями | Нестероидные противовоспалительные препаратыМетотрексат\*\*Циклоспорин\*\*Апремиласт\*\*Тофацитиниб\*\*Устекинумаб\*\*Секукинумаб\*\*Иксекизумаб\*\* | DDA AAААА |

**Таблица 9. Лечение дактилита**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Активность дактилита** | **Лечение** | **Уровень доказательности** |
| Поражение ограниченного числа пальцев без эрозий суставов и выраженных функциональных нарушений | Нестероидные противовоспалительные препаратыВнутрисуставные глюкокортикоиды | DD  |
| Поражение многих пальцев, появление эрозий суставов и выраженных функциональных нарушений | Нестероидные противовоспалительные препаратыВнутрисуставные глюкокортикоидыМетотрексат\*\*Циклоспорин\*\*Апремиласт\*\*Тофацитиниб\*\*Устекинумаб\*\*Секукинумаб\*\*Иксекизумаб | DDDАААААА |

3.2 Хирургическое лечение

* **Рекомендуется** пациентам с псориатическим артритом при рецидивирующем артрите, приведшем к необратимому повреждению и нарушению функции суставов в зависимости от пораженного сустава [83]:

эндопротезирование ортопедическое тазобедренного сустава

или

эндопротезирование ортопедическое коленного сустава

или

эндопротезирование ортопедическое мелких суставов стопы и кисти

или

артродез позвоночника

или

артродез стопы и голеностопного сустава

или

артроскопический артродез голеностопного сустава

или

артродез коленного сустава

или

артродез тазобедренного сустава

или

артродез крупных суставов

или

артродез других суставов

**Уровень убедительности рекомендаций В** (уровень достоверности доказательств – 3).

**Комментарии:** *Показания для проведения оперативного лечения пациентам с псориатическим артритом определяются врачом-травматологом-ортопедом [83].*

3.3 Иное лечение

К нему относятся такие нефармакологические методы как лечебная физкультура при заболеваниях и травмах суставов, физиотерапевтические методы, иглоукалывание, санаторно-курортное лечение, образование пациента – информирование больных о необходимости вести здоровый образ жизни, нормализовать вес, отказаться от курения. В небольших исследованиях «случай-контроль» показано умеренное и кратковременное анальгезирующее действие иглоукалывания, магнитотерапии (воздействие магнитными полями) и лазеротерапии, бальнеолечения; влияние на прогноз заболевания не доказано [84].

**Уровень убедительности рекомендаций В** (уровень достоверности доказательств – 3).

Диетотерапия не применяется.

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение , медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации

Методы реабилитации не разработаны.

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

Первичная профилактика не разработана. Диспансерное наблюдение врача-дерматовенеролога и/или врача-ревматолога.

6. Организация оказания медицинской помощи

Медицинская помощь пациентам с псориатическим артритом оказывается в виде:

* первичной медико-санитарной помощи;
* специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

Медицинская помощь пациентам с псориатическим артритом может оказываться в следующих условиях:

* амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение);
* в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
* стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Первичная медико-санитарная помощь предусматривает мероприятия по профилактике, диагностике, лечению пациентов с псориатическим артритом, медицинской реабилитации, формированию здорового образа жизни.

Первичная медико-санитарная помощь включает:

первичную врачебную медико-санитарную помощь;

первичную специализированную медико-санитарную помощь.

Первичная врачебная медико-санитарная помощь пациентам с псориатическим артритом оказывается в медицинских организациях врачом-терапевтом участковым, врачом-педиатром участковым, врачом общей практики (семейным врачом) в амбулаторных условиях – по рекомендации врача-ревматолога или врача-терапевта или врача-дерматовенеролога.

В рамках оказания первичной врачебной медико-санитарной помощи, врачи-терапевты участковые, врачи-педиатры участковые, врачи общей практики (семейные врачи) при выявлении у пациентов симптомов или признаков псориатического артрита или при его обострении направляют пациентов в медицинскую организацию для оказания ему первичной специализированной медико-санитарной помощи, а также осуществляют оказание медицинской помощи в соответствии с рекомендациями медицинской организации ревматологического или терапевтического или дерматовенерологического профиля, при отсутствии медицинских показаний для направления в нее.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь пациентам с псориатическим артритом осуществляется врачами-ревматологами или врачами-терапевтами или в случае наличия псориатических высыпаний на коже врачами-дерматовенерологами.

При невозможности оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях и наличии медицинских показаний пациент с псориатическим артритом направляется в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь в стационарных условиях.

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь пациентам с псориатическим артритом оказывается врачами-ревматологами или врачами-терапевтами или в случае наличия псориатических высыпаний на коже врачами-дерматовенерологами и включает в себя профилактику, диагностику, лечение с использованием специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

При наличии медицинских показаний лечение пациентов с псориатическим артритом проводят с привлечением врачей-специалистов по специальностям, предусмотренным Номенклатурой специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 октября 2015 г. N 700н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 12 ноября 2015 г., регистрационный N 39696), с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 октября 2016 г. N 771н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 26 декабря 2016 г., регистрационный N 44926) и приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 декабря 2019 г. N 996н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 30 декабря 2019 г., регистрационный N 57070).

Оказание пациентам с псориатическим артритом специализированной, за исключением высокотехнологичной, медицинской помощи, в федеральных государственных медицинских организациях, находящихся в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации осуществляется при необходимости установления окончательного диагноза в связи с нетипичностью течения заболевания, отсутствии эффекта от проводимой терапии и (или) повторных курсов лечения при вероятной эффективности других методов лечения, высоком риске хирургического лечения в связи с осложненным течением основного заболевания или наличием сопутствующих заболеваний, необходимости дообследования в диагностически сложных случаях и (или) комплексной предоперационной подготовке у больных с осложненными формами заболевания, сопутствующими заболеваниями, при необходимости повторной госпитализации по рекомендации указанных федеральных государственных медицинских организаций в соответствии с Порядком направления пациентов в медицинские организации и иные организации, подведомственные федеральным органам исполнительной власти, для оказания специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи, приведенным в Приложении к Положению об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, утв. приказом Министерства здравоохранения РФ от 2 декабря 2014 г. N 796н "Об утверждении Положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 2 февраля 2015 г., регистрационный N 35821), а также при наличии у больного медицинских показаний – в федеральных государственных медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь, в соответствии с Порядком  направления граждан органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения к месту лечения при наличии медицинских показаний, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 октября 2005 г. N 617 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 27 октября 2005 г., регистрационный N 7115)

При наличии у пациента с псориатическим артритом медицинских показаний к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи его направление в медицинскую организацию, оказывающую высокотехнологичную медицинскую помощь, осуществляется в соответствии с Порядком направления граждан Российской Федерации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации, путем применения специализированной информационной системы, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 декабря 2011 г. N 1689н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 8 февраля 2012 г., регистрационный N 23164).

При наличии показаний к хирургическому лечению в условиях стационара хирургического профиля, связанных со стойким необратимым нарушением функции суставов, пациенты с псориатическим артритом направляются врачом-терапевтом участковым или врачом-педиатром участковым или врачом общей практики (семейным врачом) или врачом-ревматологом на консультацию к врачу-травматологу-ортопеду.

Пациенты с псориатическим артритом при наличии медицинских показаний направляются для проведения реабилитационных мероприятий в специализированные медицинские и санаторно-курортные организации.

Врачи-дерматовенерологи, осуществляющие лечение и наблюдение за больными с псориазом, могут проводить скрининг псориатического артрита, используя опросники для пациентов [85, 86] (Приложение Г1).

**Показания для плановой госпитализации в медицинскую организацию ревматологического или терапевтического или дерматовенерологического профиля**:

1) Показания для оказания медицинской помощи в дневном стационаре:

* недостаточная эффективность лечения, проводимого в амбулаторных условиях, у пациентов с невысокой активностью псориатического артрита;

2) Показания для оказания медицинской помощи стационарно;

* псориатический артрит высокой активности;
* необходимость проведения поддерживающей терапии иммунодепрессантами;
* недостаточная эффективность проводимого лечения в амбулаторных условиях.

**Показания для плановой госпитализации в медицинскую организацию хирургического профиля**:

1. Показания для оказания медицинской помощи стационарно;
* Стойкое необратимое нарушение функции сустава, требующее хирургической коррекции;

**Показания к выписке пациента из медицинской организации**:

* Частичное или полное восстановление функции пораженного сустава.
* Уменьшение болей в пораженных суставах.

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

К факторам риска неблагоприятного прогноза псориатического артрита относят полиартрит, наличие эрозий суставов, увеличение СОЭ/СРБ, дактилит.

При псориатическом артрите выявлено повышение стандартного показателя смертности больных по сравнению с популяцией, главным образом, от сердечно-сосудистых заболевания. Всем больным псориатическим артритом необходимо придерживаться здорового образа жизни, который включает регулярные физические упражнения в рамках комплекса лечебной физкультуры для больных с заболеванием опорно-двигательного аппарата не менее 30 минут 5 раз в неделю, контроль за индексом массы тела (в пределах 18,5–24,5), снижение потребления алкоголя и отказ от курения

 [92–94]

Критерии оценки качества медицинской помощи

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Критерии качества** | **Уровень достоверности доказательств** | **Уровень убедительности доказательств** |
| 1 | Выполнен общий (клинический) анализ крови  | 1 | А |
| 2 | Выполнено исследование уровня C-реактивного белка в сыворотке крови | 1 | А |
| 3 | Проведена оценка числа болезненных и припухших суставов | 1 | А |
| 4 | Проведена терапия нестероидными противовоспалительными и противоревматические препараты или иммунодепрессантами или антиметаболитами  | 1 | А |
| 5 | Произошло уменьшение количества болезненных и припухших суставов | 1 | B |

**Список литературы**

1. Российские клинические рекомендации. Ревматология / под ред. Е. Л. Насонова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 464 с.
2. Mease P.J. Psoriatic Arthritis: update on pathophysiology, assessement and management. Ann Rheum Dis. 2011; 70: 77–84. doi: 10.1136/ard.2010.140582
3. Alinaghi F., Calov M., Kristensen L.E. et al. Prevalence of psoriatic arthritis in patients with psoriasis: A systematic review and meta-analysis of observational and clinical studies. J Am Acad Dermatol. 2019; 80 (1): 251–265.
4. Gladman D.D., Shuckett R., Russell M.L. et al. Psoriatic arthritis (PSA) – an analysis of 220 patients. Q J Med. 1987 ; 62 (238): 127–141.
5. Olivieri I., Padula A., D’Angelo S. et al. Psoriatic arthritis sine psoriasis. J Rheumatol. 2009; 83: 28–29.  doi: 10.3899/jrheum.090218
6. Shah K., Paris M., Mellars L. et al. Real-world burden of comorbidies in US patients with psoriatic arthritis. RMD Open. 2017; 3 (2): e000588. doi:10.1136/ rmdopen-2017-000588.
7. Sieper J., Rudwaleit M., Baraliakos X. et al. The Assessment of Spondylosrthritis Internationbal Society (ASAS) handbook: a guide to assess spondyloarthritis. Ann Rheum Dis. 2009; 68 (Suppl.2): ii1-ii44. doi^10.1136/ard.2008.104018.
8. Punzi L., Podswiadek M., Oliviero F. et al. Laboratory findings in psoriatic arthritis. Reumatismo. 2007; 59 (Suppl. 1): 52–55.
9. Quedraogo D.D., Palazzo E., Nicaise-Roland P. et al. Anti-cyclic citrullinated peptide antibodies (CCP2) in patients with psoriatic arthritis. Clin Exp Rheumatol. 2007; 25: 930–931.
10. Alenius G.M., Berglin E., Rantapaa Dahlqvist S. Antibodies against cyclic citrullinated peptide (CCP) in psoriatic patients with or without joint inflammation. Ann Rheum Dis. 2006; 65: 398-400.
11. Queiro R., Sarasqueta C., Belzunequi J. et al. Psoriatic Spondyloarthropathy: a Comparative study between HLA-B27 positive and HLA-B27 negative disease. Semin Arthritis Rheum. 2002; 31: 413–418.
12. Rudwaleit M., van der Heijde D., Landewe R. et al. The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): validation and final selection. Ann Rheum Dis. 2009; 68: 777–783 doi:10.1136/ard.2009.108233.
13. Feng W., Wang L., Jin S. et al. Measurement and analysis of serum uric acid levels in patients with psoriasis. Chin J Dermatol. 2003; 36: 167.
14. [Kwon H.H](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Kwon%20HH%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21679368)., [Kwon I.H](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Kwon%20IH%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21679368)., [Choi J.W](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Choi%20JW%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21679368). et al. Cross-sectional study on the correlation of serum uric acid with disease severity in Korean patients with psoriasis. Clin Exp Dermatol. 2011; 36 (5): 473–478. doi: 10.1111/j.1365-2230.2010.03988.x
15. Inaba S., Sautin Y., Garcia G.E. et al. What can asymptomatic hyperuricemia and systemic inflammation in the abcence of gout tell us? Rheumatol. 2013; 52 (6): 963–965.
16. Liu M., Li J.H., Li B. et al. Coexisting gout, erythrodermic psoriasis and psoriatic arthritis. Eur J Dermatol. 2009; 19 (2): 184–185.
17. Galozzi P., Oliviero F., Frallonardo P. et al. The prevalence of monosodium urate and calcium perophosphate crystals in synovial fluid from wrist and finger joints. Rheumatol Int. 2016; 36 (3): 443–446. DOI: 10.1007/s00296-015-3376-0.
18. Selmi C, Gershwin ME. Diagnosis and classification of reactive arthritis. Autoimmun Rev. 2014; 13(4-5):546-9. DOI: 10.1016/j.autrev.2014.01.005
19. Gladman D.D., Chandran V. Standardizing the monitoring of outcome measures: imaging in psoriatic arthritis. Int J Clin Rheumatol. 2011; 6: 77–86.
20. Poggenborg R.P., Østergaard M., Terslev L. Imaging in psoriatic arthritis. Rheum Dis Clin North Am. 2015; 41: 593–613.
21. Mandl P., Navarro-Compan V., Terslev L. et al. EULAR recommendations for the use of imaging in the diagnosis and management of spondyloarthritis in clinical practice. Ann Rheum Dis. 2015; 74: 1327–1339
22. Ory P.A., Gladman D.D., Mease P.J. Psoriatic arthritis and imaging. Ann Rheum Dis. 2005; 64 (Suppl II): ii55–ii57.
23. Sudoł-Szopińska I., Matuszewska G., Kwiatkowska B. et al. Diagnostic imaging of psoriatic arthritis. Part I: etiopathogenesis, classifications and radiographic features. J Ultrasonogr. 2016; 16: 65–77.
24. Laiho K., Kauppi M. The cervical spine in patients with psoriatic arthritis Ann Rheum Dis. 2002; 61: 650–652
25. Machado P., Landewe R., Braun J. et al. Both structural damage and inflammation of the spine contribute to impairment of spinal mobility in patients with ankylosing spondylitis. Ann Rheum Dis. 2010; 69: 1465–1470.
26. Mandl P., Navarro-Compan V., Terslev L. et al*.* EULAR recommendations for the use of imaging in the diagnosis and management of spondyloarthritis in clinical practice. Ann Rheum Dis.2015; 74: 1327–1339.
27. Lambert R.G., Bakker P.A., van der Heijde D. et al. Defining active sacroiliitis on MRI for classification of axial spondyloarthritis: update by the ASAS MRI working group. Ann Rheum Dis. 2016; 75: 1958–1963. doi:10.1136/annrheumdis-2015-208642*.*
28. Baraliakos X., Hermann K.G., Landewé R. et al. Assessment of acute spinal inflammation in patients with ankylosing spondylitis by magnetic resonance imaging: a comparison between contrast enhanced T1 and short tau inversion recovery (STIR) sequences. Ann Rheum Dis. 2005; 64: 1141–1144.
29. Bennett A.N., Rehman A., Hensor E.M. et al. Evaluation of the diagnostic utility of spinal magnetic resonance imaging in axial spondylarthritis. Arthritis Rheum. 2009; 60: 1331–1341.
30. Schueller-Weidekamm C., Mascarenhas V.V., Sudol-Szopinska I. et al. Imaging and interpretation of axial spondylarthritis: The radiologist’s perspective – consensus of the arthritis subcommittee of the ESSR. Semin Musculoskelet Radiol. 2014; 18: 265–279
31. Taylor W.J., Gladman D.D., Helliwell P.S. et al. Classiﬁcation criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study. Arthritis Rheum. 2006; 54: 2665–2673.
32. Sieper J., van der Heijde D., Landewe R. et al. New criteria for inflammatory back pain in patients with chronic back pain: a real patient exercise by experts from the Assessment of SpondyloArthritis International Society (ASAS). Ann Rheum Dis. 2009; 68: 784–788.  doi: 10.1136/ard.2008.101501
33. Chandran V., Barrett J., Schentag N.C. et al. Axial Psoriatic Arthritis: update on a long-term prospective study. J Rheumatol. 2009; 36; 2744–2750.  doi: 10.3899/jrheum.090412.
34. Wong P.C., Leung Y.Y., Li E.K. Measuring disease activity in psoriatic arthritis. Int J Rheumatol. 2012, 2012: 839425. doi:10.1155/2012/839425.
35. Smolen J., Schols M., Braun J. et al. Treating axial spondyloarthritis and peripheral spondyloarthritis, especially psoriatic arthritis, to target: 2017 update of recommendations by an international task force. Ann Rheum Dis. 2017; 77 (1): 3–17. doi: 10.1136/annrheumdis-2017-211734.
36. Kershbaumer A., Baker D., Smolen J.S. et al. The effect of structural damage on functional disability in psoriatic arthritis. Ann Rheum Dis. 2017; 76 (12): 2038–2045. Doi: 10.1136/annrheumdis-2017-211433.
37. Aletaha D., Alasti F., Smolen J.S. Disease activity states of the DAPSA, a psoriatic arthritis specific instrument, are valid against functional status and structural progression. Ann Rheum Dis. 2017; 76 (2): 418–421. DOI: 10.1136/annrheumdis-20160209511.
38. Coates L.C., Moverley A.R., McParland L. et al. Effect of tight control inflammation in early psoriatic arthritis (TICOPA): a UK multicenter, open-label, randomized controlled trial. Lancet. 2015; 386 (10012): 2489–2498. doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00347-5.
39. Gossec L., McGonagle D., Korotaeva T. et al. Minimal disease activity as a treatment target in psoriatic arthritis: a review of the literature. J Rheumatol. 2018; 45: 6–13
40. Chi T.Y., Zhu H.M., Zhang M. Risk factors associated with nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs)-induced gastrointestinal bleeding resulting on people over 60 years old in Beijing. Medicine. 2018; 97 (18): e0665. DOI:10.1097/MD.0000000000010665.
41. Каратеев А.Е., Насонов Е.Л., Яхно Н.Н. и др. Клинические рекомендации: рациональное использование НПВП в клинической практике. Современная ревматология. 2015; 9 (1): 4–23.
42. Gossec L., Smolen J., Gaujoux-Viala C. et al. European League Against Rheumatism recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies. Ann Rheum Dis. 2012; 71 (1): 4–12. doi: 10.1136/annrheumdis-2011-200350.
43. Олюнин Ю.А. Внутрисуставные инъекции лекарственных препаратов в комплексном лечении ревматических заболеваний. Современная ревматология. 2015; (1): 78–83.
44. Ramiro S., Smolen J.S., Landewé R. et al. Pharmacological treatment of psoriatic arthritis: a systematic literature review for the 2015 update of the EULAR recommendations for the management of psoriatic arthritis. Ann Rheum Dis. 2016; 75: 490–498
45. Coates L.C., Kavanaugh A., Mease P. et al. GRAPPA 2015 Treatment Recommendations for Psoriatic Arthritis. Arthritis Rheumatol. 2016; 68 (5): 1060–1071.
46. Jones G., Crotty M., Brooks P. Interventions for psoriatic arthritis. Cochrane Database Syst Rev. 2000; 3: CD000212.
47. Carrascosa J.M., de la Cueva P., Ara M. et al. Methotrexate in moderate to severe psoriasis: review of the literature and expert recommendations. Actas Dermosifiliogr. 2016; 107: 194–206.
48. Menter A., Gelfand J.M., Connor C. et al. Joint American Academy of Dermatology – National Psoriasis Foundation guidelines of care for the management of psoriasis with systemic non-biological therapies. J Am Acad Dermatol. 2020; 82 (6): 1445–1486.
49. Mease P.J., Gladman D.D., Collier D.H. et al. Etanercept and methotrexate as monotherapy or in combination for psoriatic arthritis: primary results from a randomized, controlled phase III trial. Arthritis Rheumatol. 2019; 71: 1112–1124.
50. Coates L.C., Helliwell P.S. Methotrexate efficacy in the tight control in psoriatic arthritis study. J Rheumatol. 2016; 43: 356–361.
51. Curtis J.R., Beukelman T., Onofrei A. et al. Elevated liver enzyme test among patients with rheumatoid arthritis or psoriatic arthritis treated with methotrexate and/or leflunomide. Ann Rheum Dis. 2010; 69: 43–47.
52. Schiff M.H., Jaffe J.S., Freundlich B. Head-to-head, randomised, crossover study of oral versus subcutaneous methotrexate in patients with rheumatoid arthritis: drug-exposure limitations of oral methotrexate at doses >/=15 mg may be overcome with subcutaneous administration. Ann Rheuma Dis. 2014; 73: 1549–1551.
53. Kaltwasser J.P., Nash P., Gladman D. et al. Efficacy and safety of leﬂunomide in the treatment of psoriatic arthritis and psoriasis: a multinational, double-blind, randomized, placebo-controlled clinical trial. Arthritis Rheum. 2004; 50: 1939–1950.
54. Clegg D.O., Reda D.J., Mejias E. et al. Comparison of sulfasalazine and placebo in the treatment of psoriatic arthritis. A Department of Veterans Affairs Cooperative Study. Arthritis Rheum. 1996; 39: 2013–2020
55. Kavanaugh A., Gladman D.D., Edwards C.J. et al. Long-term experience with apremilast in patients with psoriatic arthritis: 5-year results from a PALACE 1–3 pooled analysis. Arthritis Res Ther. 2019; 21 (1): 118. Doi:10.1186/s13075-019-1901-3
56. Spadaro A., Riccieri V., Sili-Scavalli A. et al. Comparison of cyclosporin A and methotrexate in the treatment of psoriatic arthritis: a one-year prospective study. Clin Exp Rheumatol. 1995; 13: 589–593
57. Colombo D., Chimenti S., Grossi P.A. et al. Efficacy of cyclosporine A as monotherapy in patients with psoriatic arthritis: a subgroup analysis of the SYNERGY Study. G Ital Dermatol Venereol. 2017; 152 (3): 297–301.
58. Salvarani C., Macchioni P., Olivieri I. et al. A comparison of cyclosporine, sulfasalazine, and symptomatic therapy in the treatment of psoriatic arthritis. J Rheumatol. 2001; 28: 2274–2282.
59. Mease P., Hall S., FitzGerald O. et al. Tofacitinib or adalimumab versus placebo for psoriatic arthritis. N Engl J Med. 2017; 377: 1537–1550. doi: 10.1056/NEJMoa1615975.
60. Gladman D., Rigby W., Azevedo V.F. et al. Tofacitinib for psoriatic arthritis in patients with an inadequate response to TNF inhibitors. N Engl J Med. 2017; 377: 1525–1536.
61. EMA confirms Xeljanz to be used with caution in patients at high risk of blood clots. Available: https://www.ema.europa.eu/en/news/ema-confirms-xeljanz-be-usedcaution-patients-high-risk-blood-clots [Accessed 2 Apr 2020].
62. Antoni C., Krueger G.G., de Vlam K. et al. Infliximab improves signs and symptoms of psoriatic arthritis: results of the IMPACT 2 trial. Ann Rheum Dis. 2005; 64: 1150–1157.
63. Mease P.J., Gladman D.D., Ritchlin C.T. et al. Adalimumab for the treatment of patients with moderately to severely active psoriatic arthritis. Results of a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. Arthritis Rheum. 2005; 52: 3279–3289.
64. Kavanaugh A., McInnes I., Mease P. et al. Golimumab, a new human tumor necrosis factor alpha antibody, administered every four weeks as a subcutaneous injection in psoriatic arthritis. Twenty-four-week efficacy and safety results of a randomized, placebo-controlled study. Arthritis Rheum. 2009; 60: 976–986.
65. Mease P.J., Fleischmann R., Deodhar A.A. et al. Effect of certolizumab pegol on signs and symptoms in patients with psoriatic arthritis: 24-week results of a phase 3 double-blind randomised placebo-controlled study (RAPID-PsA). Ann Rheum Dis. 2014; 73: 48–55.
66. Mease P.J., Goffe B.S., Metz J. et al. Etanercept in the treatment of psoriatic arthritis and psoriasis: a randomised trial. Lancet. 2000; 356 (9227): 385–390.
67. McInnes I., Kavanaugh A., Gottlieb A. et al. Efficacy and safety of ustekinumab in patients with active psoriatic arthritis: 1 year results of the phase 3, multicentre, double-blind, placebo-controlled PSUMMIT 1 trial. Lancet. 2013; 382 (9894): 780–789. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60594-2.
68. Mease P.J., van der Heijde D., Ritchlin C.T. et al. Ixekizumab, an interleukin-17A specific monoclonal antibody, for the treatment of biologic-naive patients with active psoriatic arthritis: results from the 24-week randomised, double-blind, placebo-controlled and active (adalimumab)-controlled period of the phase III trial SPIRIT-P1. Ann Rheum Dis. 2017; 76: 79–87.
69. Nash P., Kirkham B., Okada M. et al. Ixekizumab for the treatment of patients with active psoriatic arthritis and an inadequate response to tumour necrosis factor inhibitors: results from the 24-week randomised, double-blind, placebo-controlled period of the SPIRIT-P2 phase 3 trial. Lancet. 2017; 389: 2317–2327.
70. Mease P.J., Smolen J.S., Behrens F. et al. A head-to-head comparison of the efficacy and safety of ixekizumab and adalimumab in biological-naïve patients with active psoriatic arthritis: 24-week results of a randomised, open-label, blinded-assessor trial. Ann Rheum Dis. 2020; 79: 123–131.
71. McInnes I.B., Mease P.J., Kirkham B. et al. Secukinumab, a human antiinterleukin-17A monoclonal antibody, in patients with psoriatic arthritis (FUTURE 2): a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase-3 trial. Lancet. 2015; 386 (9999): 1137–1146.
72. Mease P., van der Heijde D., Landewé R. et al. Secukinumab improves active psoriatic arthritis symptoms and inhibits radiographic progression: primary results from the randomised, double-blind, phase III future 5 study. Ann Rheum Dis. 2018; 77 (6): 890–897. Doi: annrheumdis-2017-212687–897.
73. Kavanaugh A., McInnes I.B., Mease P.J. et al. Efficacy of subcutaneous Secukinumab in patients with active psoriatic arthritis stratified by prior tumor necrosis factor inhibitor use: results from the randomized placebo-controlled future 2 study. J Rheumatol. 2016; 43: 1713–1717.
74. Fonseca J.E., Lucas H., Canhao H. et al. Recommendations for the diagnosis and treatment of latent and active tuberculosis in inflammatory joint diseases candidates for therapy with tumor necrosis factor alpha inhibitors: March 2008 update. Acta Reumatol. Port. 2008; 33: 77–85.
75. Pérez-Alvarez R., Díaz-Lagares C., García-Hernández F. et al. Hepatitis B virus (HBV) reactivation in patients receiving tumor necrosis factor (TNF)-targeted therapy: analysis of 257 cases. Medicine (Baltimore) 2011; 90: 359–371 [PMID: 22033451 DOI: 10.1097/ MD.0b013e3182380a
76. Лукина Г.В., Борисов С.Е. Скрининг и мониторинг туберкулезной инфекции у больных ревматическими заболеваниями, получающими генно-инженерные биологические препараты. В кн. Российские рекомендации. Ревматология. Под ред. Е.Л. Насонова. М., ГЭОТАР-Медиа, 2017. С.394–410.
77. Ritchlin C.T., Stahle M., Poulin Y. et al. Serious infections in patients with self-reported psoriatic arthritis from the Psoriasis Longitudinal Assessment and Registry (PSOLAR) treated with biologics. BMC Rheumatol. 2019; 3: 52. doi: 10.1186/s41927-019-0094-
78. Minozzi S., Bonovas S., Lytras T. et al. Risk of infections using anti-TNF agents in rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis, and ankylosing spondylitis: a systematic review and meta-analysis. Expert Opin Drug Saf. 2016; 15 (sup1): 11–34. DOI:10.1080/14740338.2016.1240783
79. Glintborg B., Ostergaard M., Dreyer L. et al. Treatment response, drug survival, and predictors thereof in 764 patients with psoriatic arthritis treated with anti-tumor necrosis factor alpha therapy: results from the nationwide Danish DANBIO registry. Arthritis Rheum. 2011; 63: 382–390. doi: 10.1002/art.30117.
80. Baraliakos X., Coates L., Gossec L. et al. Secukinumab improves axial manifestations in patients with psoriatic arthritis and inadequate response to NSAIDs: primary analysis of the maximise trial. Ann Rheum Dis. 2019. Doi:10.1136/annrheumdis-2019-eular.2932]
81. Gisondi P., Tessari G., Conti A. et al. Prevalence of metabolic syndrome in patients with psoriasis: a hospital-based case-control study. Br J Dermatol. 2007; 157 (1): 68–73.
82. Coto-Segura P., Eiris-Salvado N., González-Lara L. et al. Psoriasis, psoriatic arthritis and type 2 diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. Br J Dermatol. 2013; 169 (4): 783–793.
83. Guldberg-Møller J., Cordtz R.L., Kristensen L.E. et al. Incidence and time trends of joint surgery in patients with psoriatic arthritis: a register-based time series and cohort study from Denmark. Ann Rheum Dis. 2019; 78: 1517–1523. doi:10.1136/annrheumdis-2019-215313
84. Roger-Silva D., Natour J., Moreira E. et al. A resistance exercise program improves functional capacity of patients with psoriatic arthritis: a randomized controlled trial. Clin Rheumatol. 2018; 37: 389–395. doi.org/10.1007/s10067-017-3917-x
85. Coates L.C., Savage L.J., Chinoy H. et al. Assessment of two screening tools to identify psoriatic arthritis in patients with psoriasis. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2018; 32 (9): 1530–1534. DOI:10.1111/jdv.14971.
86. Gisondi P., Altomare G., Ayala F. et al. Consensus on the management of patients with psoriatic arthritis in a dermatology setting. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2018, 32 (4): 515–528. DOI: 10.1111/jdv.14741.
87. Mitulescu T.C., Popescu C., Naie A. et al. Acute anterior uveitis and other extra-articular manifestations of spondyloarthritis. J Med Life. 2015; 8: 319–325.
88. Абдулганиева Д.И., Бакулев А.Л., Белоусова Е.А. и соавт. Проект междисциплинарных рекомендаций по диагностике, методам оценки степени активности воспалительного процесса, терапевтической эффективности и применению генно-инженерных биологических препаратов у пациентов с сочетанными иммуновоспалительными заболеваниями (псориаз, псориатический артрит, болезнь Крона) Альманах клинической медицины. 2018; 46 (6): 426–444. doi: 10.18786/2072-0505-2018-46-5-426-444.
89. Sivamani R., Goodarzi H., Garcia M.S. et al. Biological therapies in the treatment of psoriasis: a comprehensive evidence-based basic science and clinical review and a practical guide to tuberculosis monitoring. Clin Rev Allergy Immunol. 2013; 44 (2): 121–140. Doi:10.1007/s12016-012-8301-7.
90. Siegel E.L., Orbai A.M., Ritchlin C.T. Targeting extra-articular manifestations in PsA: a closer look at enthesitis and dactylitis. Curr Opin Rheumatol. 2015; 27: 111–117.
91. Geijer M., Lindqvist U., Husmark T. et al. The Swedish early psoriatic arthritis registry 5-year follow-up: substantial radiographic progression mainly in men with high disease activity and development of dactylitis. J Rheumatol. 2015; 42: 210–217
92. Ogdie A., Yu Y., Haynes K. et al. Risk of major cardiovascular events in patients with psoriatic arthritis, psoriasis and rheumatoid arthritis: a population-based cohort study. Ann Rheum Dis. 2015; 74: 326–332.
93. Hojgaard P., Glintborg B., Kristensen L.E. et al. The influence of obesity on response to tumour necrosis factor-α inhibitors in psoriatic arthritis: results from the DANBIO and ICEBIO registries. Rheumatology (Oxford). 2016; 55 (12): 2191–2199.
94. Tillett W., Jadon D., Shaddick G. et al. Smoking and delay to diagnosis are associated with poorer functional outcome in psoriatic arthritis. Ann Rheum Dis. 2013; 72: 1358–61.
95. Schloes M., Aletaha D., Alasti F. et al. Disease activity in psoriatic arthritis (PsA): defining remission and treatment success using the DAPSA score. Ann Rheum Dis. 2016; 75 (5): 811–818.
96. Mease P.J. Assessment tools in psoriatic arthritis. J Rheumatol 2008; 35: 1426–1430.
97. Eder L., Chandran V., Shen H. et al. Is ASDAS better than BASDAI as a measure of disease activity in axial psoriatic arthritis? Ann Rheum Dis. 2010; 69: 2160–2164. doi: 10.1136/ard.2010.129726.

Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

1. Кубанов Алексей Алексеевич – член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, Президент Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
2. Насонов Евгений Львович – академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, Президент Общероссийской общественной организации Ассоциация Ревматологов России.
3. Бакулев Андрей Леонидович – доктор медицинских наук, профессор, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
4. Знаменская Людмила Федоровна – доктор медицинских наук, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
5. Карамова Арфеня Эдуардовна – кандидат медицинских наук, член Общероссийской общественной организации Российское общество дерматовенерологов и косметологов.
6. Коротаева Татьяна Викторовна – доктор медицинских наук, член Общероссийской общественной организации Ассоциация Ревматологов России.
7. Корсакова Юлия Леонидовна – кандидат медицинских наук, член Общероссийской общественной организации Ассоциация Ревматологов России.
8. Логинова Елена Юрьевна – кандидат медицинских наук, член Общероссийской общественной организации Ассоциация Ревматологов России.
9. Хобейш Марианна Михайловна – кандидат медицинских наук, член Общероссийской общественной организации Российское общество дерматовенерологов и косметологов.
10. Чикин Вадим Викторович – доктор медицинских наук, член Общероссийской общественной организации Российское общество дерматовенерологов и косметологов.

**Конфликт интересов: Авторы** заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

**Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:**

1. Врачи-специалисты: дерматовенерологи, ревматологи
2. Ординаторы и слушатели циклов повышения квалификации по указанной специальности.

**Таблица 1.** Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

|  |  |
| --- | --- |
| **УДД** | **Расшифровка** |
| 1 | Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа |
| 2 | Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа |
| 3 | Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования |
| 4 | Несравнительные исследования, описание клинического случая |
| 5 | Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов |

**Таблица 2.** Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

|  |  |
| --- | --- |
| **УДД** |  **Расшифровка**  |
| 1 | Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа |
| 2 | Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа |
| 3 | Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования |
| 4 | Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль» |
| 5 | Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов |

**Таблица 3.** Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

|  |  |
| --- | --- |
| **УУР** | **Расшифровка** |
| A | Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)  |
| B | Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)  |
| C | Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)  |

**Порядок обновления клинических рекомендаций.**

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утверждённым клиническим рекомендациям, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

Данные клинические рекомендации разработаны с учетом следующих нормативно-правовых документов:

1. Стандарт оказания специализированной медицинской помощи при анкилозирующем спондилите, псориатическом артрите, других спондилоартритах (Приказ МЗ РФ № 687н от 7 ноября 2012 г.);
2. Стандарт оказания специализированной медицинской помощи при анкилозирующем спондилите, псориатическом артрите, других спондилоартритах (поддерживающая терапия в дневном стационаре) (Приказ МЗ РФ № 822н от 9 ноября 2012 г.);
3. Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Ревматология» (Приказ МЗ РФ № 900н от 12 ноября 2012 г.).
4. Порядок оказания медицинской помощи по профилю «дерматовенерология», утвержденным Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 924н от 15 ноября 2012 г.
5. Стандарт медицинской помощи больным псориазом (высокотехнологичная медицинская помощь). Утвержден приказом Минздравсоцразвития России № 433 от 30 мая 2006 г.
6. Критерии оценки качества медицинской помощи (Приказ МЗ РФ № 520н от 15 июля 2016 г. «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».)

Приложение Б. Алгоритмы действий врача

**Блок-схема 1. Псориатический артрит. Общий алгоритм назначения терапии при псориатическом артрите**

Оценка суставов, энтезитов, дактилитов, спондилита, кожного процесса, ониходистрофий

Есть преимущественно периферический артрит?

Есть преимущественно аксиальное поражение?

Нет

Да

Нет

 Да

Нестероидные противовоспалительные препараты; внутрисуставное введение глюкокортикоидов

Нет

Да

Нестероидные противовоспалительные препараты

системные иммуносупрессивныепрепараты

Генно-инженерные биологические препараты

Терапия эффективна?

 Да

Нет

Другой генно-инженерный биологический препарат

Продолжить терапию, диспансерное наблюдение

Да

Приложение В. Информация для пациента

Псориатический артрит – хроническое воспалительное заболевание, которе наблюдается у больных с псориазом. В основном поражаются пальцы кистей и стоп, запястья, колени, щиколотки, нижняя часть спины (крестцово-подвздошные сочленения) и шея. Распространенность псориаза в популяции составляет 2–3%, а распространенность псориатического артрита среди больных псориазом колеблется от 7 до 40%. Появление кожных изменений обычно предшествует развитию поражения суставов. Приблизительно в 80% случаев происходит поражение ногтей. Наиболее часто псориатический артрит начинается в возрасте от 20 до 50 лет, причем мужчины и женщины заболевают одинаково часто. Основными отличительными симптомами являются несимметричное поражение суставов, боль, скованность, припухлость пораженных суставов иногда с багрово-синюшной окраской кожи над ними, частое поражение трех суставов одного пальца, отек пальцев по типу «сосиски», боли в пятках при ходьбе, боли и скованность в шее и нижней части спины во второй половине ночи и по утрам, уменьшающиеся после просыпания и физической разминки.

При отсутствии лечения псориатический артрит может сильно деформировать сустав и привести к инвалидности.

Иногда наблюдаются признаки поражения внутренних органов: глаз, миокарда, кишечника.

**Этиология**

Причина развития псориатического артрита на сегодняшний день неизвестна. Псориатический артрит чаще развивается при отчетливом поражении кожи, при этом явной связи между выраженностью и течением кожных и суставных проявлений нет. Провоцирующими факторами в развитии псориатического артрита часто являются перенесенные травмы, стрессы и инфекционные заболевания. Отмечена генетическая предрасположенность к развитию псориаза и псориатического артрита.

Из-за отсутствия точных данных об этиологии заболевания, профилактика псориатического артрита не разработана.

Как правило, кожные проявления псориаза предшествуют развитию псориатического артрита (часто за много лет), реже артрит и псориаз развиваются одновременно. В редких случаях артрит возникает раньше, чем псориаз.

Характерные признаки псориатического артрита - поражение средних и концевых фаланг пальцев рук и ног, что нередко сочетается с поражением ногтей. Кроме того, при псориатическом артрите могут поражаться коленные, голеностопные суставы, шейный и пояснично-крестцовый отдел позвоночника. Иногда наблюдаются боли в области пяток и ахилловых сухожилий, что связано с воспалительным процессом в местах прикрепления сухожилий к пяточной кости.

**Медикаментозное лечение**

В настоящее время средства для полного излечения псориаза и псориатичского артрита не существует, но имеется множество методик, которые могут уменьшать болезненные проявления. Современные препараты позволяют управлять болезнью, полностью снимая симптомы заболевания. Однако для этого необходимо постоянное наблюдение врача и систематическое лечение.

В период минимальной выраженности артрита или его отсутсвия показано санаторно-курортное лечение, грязелечение, сероводородные и родоновые ванны. Прежде, чем поехать на курорт обязательно проинформируйте об этом Вашего врача.

**Лечебная физкультура**

При псориатическом артрите назначают лечебную физкультуру, рекомендуется подвижный образ жизни.

# Приложение Г1. Опросник для скрининга псориатического артрита у пациентов с псориазом

|  |  |
| --- | --- |
| ВОПРОС №1.Была ли у вас когда-то припухлость сустава (суставов)? |  |
| ВОПРОС №2. Говорил ли вам когда-нибудь врач, что у вас есть артрит?  |  |
| ВОПРОС №3. Отмечали ли вы когда-либо на ногтях пальцев рук и ног какие-нибудь изменения (в виде точечных углублений, либо неровности? |  |
| ВОПРОС №4. Отмечали ли вы когда-нибудь боль в области пятки? |  |
| ВОПРОС №5. Были ли у вас когда-нибудь без видимых причин равномерно припухшие и болезненные пальцы рук или ног, как показано на фото ниже? |  |
| ВОПРОС №6. На рисунке ниже отметьте суставы, которые вызывали у вас дискомфорт (скованность, припухлость или болезненность в суставе). |  |

Каждый положительный ответ на вопрос соответствует 1 баллу, при суммарном количестве балов большем или равном 3, а также при наличии суставных жалоб врач-дерматовенеролог предполагается наличие псориатического артрита.

# Приложение Г2. Индексы оценки активности и эффективности терапии

До начала терапии и в процессе лечения оценивают число болезненных суставов из 68 и число припухших суставов из 66, дистальные межфаланговые суставы стоп не учитывают [95, 96].

Оценивают височно-нижнечелюстные, грудино-ключичные, ключично-акромиальные, плечевые, локтевые, лучезапястные суставы, 1–5-е пястно-фаланговые, 1-е межфаланговые, 2–5-е проксимальные межфаланговые, 2–5-е дистальные межфаланговые суставы кистей, тазобедренные (оценивают только боль при пассивных движениях), коленные, голеностопные, суставы предплюсны, 1–5-е плюсне-фаланговые, 1-е межфаланговые, 2–5-е проксимальные межфаланговые***.***

Для оценки активности псориатического артрита пациентом и врачом, а также выраженности боли используют Визуальную Аналоговую Шкалу (ВАШ, мм) или 5-балльную шкалу, где: «отлично» – 0, «хорошо» – 1, «удовлетворительно» – 2, «плохо» – 3, «очень плохо» – 4.

Для мониторинга эффективности терапии у больных псориатическим артритом с премущественным поражением периферических суставов используют критерий (PsARC **Ps**oriatic **A**rthritis **R**esponse **C**riteria**)**

1. число болезненных суставов (из 68)
2. число припухших суставов (из 66)
3. общая оценка активности врачом по 5-ти балльной шкале - «отлично» – 1, «хорошо» – 2, «удовлетворительно» – 3, «плохо» – 4, «очень плохо» – 5
4. общая оценка активности больным по 5-ти балльной шкале Likert- «отлично» – 1, «хорошо» – 2, «удовлетворительно» – 3, «плохо» – 4, «очень плохо» – 5.

**Улучшение:**

1. уменьшение общей оценки активности псориатического артрита пациент/врач на ≥ 1 пункт
2. уменьшение число болезненных суставов/число припухших суставов на ≥ 30%.

**Ухудшение**:

1. увеличение общей оценки активности псориатического артрита пациент/врач на ≥ 1 пункт
2. увеличение число болезненных суставов/число припухших суставов ≥ 30%.

**Ответ на терапию:**

1. улучшение двух из четырех указанных критериев, причем один из них – число болезненных суставов или число припухших суставов.
2. не допускается ухудшение ни одного из показателей.

Оценка эффективности предпринятой терапии у больных псориатическим артритом осуществляется в сроки, предусмотренные индивидуально для каждого лекарственного препарата.

**Критерии активности и эффективности терапии (DAS** **D**isease **A**ctivity **S**core).

Индекс DAPSA=ЧБС(0-68)+ЧПС(0-66)+ОБП(ВАШ,см)+ОЗП(ВАШ, см)+СРБ(мг/дл), где DAPSA>28 соответствует высокой активности, 15-28 - умеренной, 5-14 - низкой активности, 0-4 - ремиссии.

**Формулы DAS**

**ДАС= 0,54 x √ (мИР) + 0,065 x (ЧПС) + 0,330 x ln (СОЭ) + 0,0072 x (ОЗП)** (1),

где мИР – модифицированный индекс Ричи, ЧПС – число припухших суставов из 66, СОЭ – Скорость оседания эритроцитов (по Вестергрену), ОЗП – общая оценка активности заболевания пациентом, ВАШ, мм.

Пороговые значения индекса для определения активности заболевания: высокая активность – ДАС >3,7; умеренная –2,4< ДАС ≤ 3,7; низкая – ДАС ≤2,4. ДАС < 1,6 – ремиссия.

**DAS28 = 0,56 x (√ 28ЧБС) + 0,28 x (√ 28ЧПС) + 0,70 x ln (СОЭ) + 0,014 x (ОЗП)** (2),

 где ЧБС – число болезненных суставов из 28, ЧПС – число припухших суставов из 28, СОЭ – скорость оседания эритроцитов, ОЗП – общая оценка заболевания пациентом, ВАШ, мм.

Для расчета DAS28оценивают следующие суставы: плечевые, локтевые, лучезапястные, 1–5-е пястно-фаланговые, 1-е межфаланговые, 2–5-е проксимальные межфаланговые, коленные.

Пороговые значения DAS28: высокая активность – DAS28>5,1; умеренная – 5,1≥ DAS28>3,2; низкая – DAS28≤3,2; DAS28< 2,6 – ремиссия.

**Критерии ответа на терапию Европейской Антиревматической Лиги (EULAR)**:

1. Нет ответа – уменьшение DAS28 по сравнению с исходным на ≤ 0,6
2. Удовлетворительный ответ – изменение DAS28между от >0,6 до ≤ 1,2.
3. Хороший ответ – уменьшение DAS28на **>** 1,2.

**Оценка активности и влияния терапии на дактилит**

Для оценки эффективности терапии определяют изменение числа пальцев с дактилитом в процессе наблюдения.

**Оценка влияния терапии на энтезит**

Оценивают динамику Лидского энтезиального индекса LEI (Leeds Enthestis Index). LEI вычисляют простым суммированием уровня пальпаторной болезненности в баллах в 6 парных точках прикрепления энтезисов: ахиллово сухожилие, латеральный надмыщелок плечевой кости, медиальный мыщелок бедренной кости. Градации – 0 – «нет боли», 1 – «боль есть», максимально 6 баллов.

**Оценка активности и влияния терапии на спондилит**

Оценивают на основании изменения индекса активности анкилозирующего спондилита **BASDAI (B**ath **A**nkylosing **S**pondylitis **D**isease **A**ctivity **I**ndex) – самопросник из 6 вопросов, для ответа используется числовая рейтинговая шкала от 0 («очень хорошо») до 10 («очень плохо») [97]

В соответствующей клетке (обведите соответствующую цифру).

Как бы Вы расценили уровень общей слабости (утомляемости) за последнюю неделю?

Не было Очень выраженная

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

Как бы Вы расценили уровень боли в шее, спине или тазобедренных суставах за последнюю неделю?

Не было Очень выраженная

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

Как бы Вы расценили уровень боли (или степень припухлости) в суставах (помимо шеи, спины или тазобедренных суставов) за последнюю неделю?

Не было Очень выраженная

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

Как бы Вы расценили степень неприятных ощущений, возникающих при дотрагивании до каких-либо болезненных областей или давлении на них (за последнюю неделю)?

Не было Очень выраженная

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

Как бы Вы расценили степень выраженности утренней скованности, возникающей после просыпания (за последнюю неделю)?

Не было Очень выраженная

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

Как долго длится утренняя скованность, возникающая после просыпания (за последнюю неделю)?

Не было 2 часа и больше

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

Расчет индекса BASDAI:

Рассчитывается сумма значений для вопросов 1-4 и прибавляется среднее значение для вопросов 5 и 6. Полученный результат делится на 5.

**Оценка полученных значений:**

**<4** без нарушения функции соответствует низкой активности псориатического спондилита;

**> 4** без нарушения функции и БАСДАЙ **< 4** в сочетании с нарушением функции – умеренной;

 **> 4** в сочетании с нарушением функции – соответствует высокой активности;

Уменьшение индекса на 50% свидетельствует о наличии ответа на терапию.