

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

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

ПСОРИАЗ

I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1. Название протокола: Псориаз

2. Код протокола: Т.

3. Код (коды) МКБ X:

L40 Псориаз:

L40.0 Псориаз обыкновенный;

L40.1 Генерализованный пустулезный псориаз;

L40.2 Акродерматит стойкий (аллопо);

L40.3 Пустулез ладонный и подошвенный;

L40.4 Псориаз каплевидный;

L40.5 Псориаз артропатический;

L40.8 Другой псориаз;

L40.9 Псориаз неуточненный

4. Дата разработки протокола: 2013 год.

Дата пересмотра протокола: 2015 год.

5. Сокращения, используемые в протоколе:

АлАТ – аланинаминотрансфераза

АсАТ – аспартатаминотрансфераза

БР-болезнь Рейтера

ДБСТ-диффузные болезни соединительной ткани

Мг – миллиграмм

Мл – миллилитр

МНН – международное непатентованное название

ОАК – общий анализ крови

ОАМ – общий анализ мочи

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

СОЭ – скорость оседания эритроцитов

СОЭ – скорость оседания эритроцитов

СФТ – селективная фототерапия

УФТ – узкополосная фототерапия

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

7. Пользователь протокола: врач-дерматовенеролог кож-вен диспансера.

II. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

8. Определение:

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

9. Клиническая классификация:

Псориаз подразделяют на следующие основные формы:

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

Выделяют 3 стадии заболевания:

- прогрессирующая;
- стационарная;
- регрессирующая.

В зависимости от распространенности:

- ограниченный;
- распространенный;
- генерализованный.

В зависимости от сезона года типы:

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

10. Показания к госпитализации с указанием типа госпитализации:

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

11. Перечень диагностических мероприятий

Основные диагностические мероприятия (обязательные, вероятность 100%):

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

Дополнительные диагностические мероприятия (вероятность менее 100%):

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

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

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

12. Диагностические критерии:

12.1 Жалобы и анамнез

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

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

12.2 Физикальное обследование

Патогномоничные симптомы:

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

12.3 Лабораторные исследования

Лейкоцитоз, повышенная СОЭ

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

12.4 Инструментальные исследования: не специфичны

12.5 Показания для консультации специалистов (при наличии сопутствующей патологии):

- терапевт;
- невропатолог;
- ревматолог.

12.6 Дифференциальный диагноз:

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

	восковидным блеском. Сетка Уикхема при смачивании поверхностей бляшек маслом.			
--	--	--	--	--

13. Цели лечения:

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

14. Тактика лечения.

14.1 Немедикаментозное лечение:

Режим 2. Стол №15 (ограничить: прием острых блюд, специй, алкогольных напитков, животных жиров).

14.2. Медикаментозное лечение.

Лечение должно быть комплексным, с учетом базовых аспектов патогенеза (устранение воспаления, подавление пролиферации кератиноцитов, нормализация их дифференцировки), клиники, степени тяжести, осложнений. Могут использоваться другие препараты указанных групп и препараты нового поколения.

Основные терапевтические подходы:

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

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

- А – убедительные доказательства пользы рекомендации (80-100%);
- В – удовлетворительные доказательства пользы рекомендаций (60-80%);
- С – слабые доказательства пользы рекомендаций (около 50%);
- Д – удовлетворительные доказательства пользы рекомендаций (20-30%);
- Е – убедительные доказательства бесполезности рекомендаций (< 10%).

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

Фармакологическая группа	МНН препарата	Форма выпуска	Дозировка	Кратность применения	Примечание
Иммуносупрессивные средства (Цитостатики), включая антицитокиновые средства	Метотрексат	ампулы, шприц	10, 15, 25, 30 мг	1 раз в неделю в течение 3-5 недель	Метотрексат был одобрен для лечения псориаза без каких-либо двойных слепых, плацебо-контролируемых исследований, проведение которых в настоящее время
		таблетки	2,5 мг	Дозы и режим назначения подбирается индивидуально.	

					<p>обязательно. Клинические рекомендации были разработаны группой дерматологов в 1972 году, определили основные критерии назначения метотрексата при псориазе.</p>
	Циклоспорин (уровень доказательности В-С)	Концентрат для приготовления раствора для инфузий, капсулы	(ампулы по 1 мл содержащие по 50 мг); капсулы, содержащие по 25, 50 или 100 мг циклоспорина.	доза и кратность определяются индивидуально	<p>Концентрат циклоспорина для внутривенного введения разводят изотоническим раствором натрия хлорида или 5% раствором глюкозы в соотношении 1:20-1:100 непосредственно перед применением. Разбавленный раствор можно хранить не более 48 ч. Циклоспорин вводят внутривенно медленно (капельно) в изотоническом растворе натрия хлорида или 5% растворе глюкозы. Начальная доза составляет обычно при введении в вену 3-5 мг/кг в день, при приеме</p>

					<p>внутри - 10-15 мг/кг в день. Далее подбирают дозы, исходя из концентрации циклоспорина в крови. Определение концентрации необходимо производить ежедневно. Для исследования применяют радиоиммунологический метод с использованием специальных наборов. Применение циклоспорина должно производиться только врачами, имеющими достаточный опыт терапии иммунодепрессантами.</p>
	Инфликсимаб (уровень доказательности – В)	порошок д/п раствора	100 мг	5 мг/кг по схеме	<p>Применяется преимущественно при артропатическом псориазе. Селективный ингибитор фактора опухоли - альфа</p>

	Устекинумаб (уровень доказательности – А-В)	Флакон, шприц	45мг /0,5 мл и 90 мг/1,0 мл	45 - 90 мг по схеме	Применяется при средне – тяжелых формах псориаза, с площадью и тяжестью кожных поражений более 10-15%. Селективный ингибитор провоспалительных цитокинов (IL-12, IL – 23)
	Etanercept* (уровень доказательности – В)	Раствор для подкожного введения	25 мг – 0,5 мл, 50 мг – 1,0 мл.	Этанерсепт назначается по 25 мг два раза в неделю, или 50 мг два раза в неделю в течение 12 недель, в последующем 25 мг два раза в неделю, в течение 24 недель	Применяется преимущественно при артропатическом псориазе. Селективный ингибитор фактора опухоли - альфа
Наружная терапия					
Производные витамина Д-3	Кальципотриол (уровень доказательности – А-В)	мазь, крем, раствор	0,05мг/г.; 0,005%	1-2 раз в день	Применение кальципотриола чаще чем ТГКС приводит к раздражению кожи. Сочетание с ТГКС может снизить частоту развития данного эффекта. К зависящим от дозы побочным эффектам относятся гиперкальциемия и

					гиперкальциурия.
Глюкокортикостероидные мази (уровень доказательности В – С) Очень сильные (IV)	Клобетазола пропионат	мазь, крем	0,05%	Непрерывная терапия: 2 раза в день, в течение 2 недель, затем перейти на более слабый ТГКС Интермиттирующая терапия: 3 раза в день на 1,4,7 и 13 сутки, затем перейти на более слабый ТГКС	Интермиттирующая терапия позволяет снизить стероидную нагрузку, свести к минимуму риск нежелательных явлений. Эффективность лечения повысится при комплексной терапии с корнепротекторами
Сильные (III)	Бетаметазон	мазь, крем	0,1%	1-2 раза в день	Местное применение ТГКС может вызвать появление стрий и атрофии кожи, причем эти побочные эффекты более выражены на фоне применения высокоактивных препаратов и окклюзионных повязок.
	Метилпреднизолона ацепонат	мазь, крем, эмульсия	0,05%	1-2 раза в день	
	Мометазона фураат	крем, мазь	0,1%	1-2 раза в день	
	Флуоцинолона ацетонид	Мазь, гель	0,025%	1-2 раза в день	
Умеренно сильные (II)	Триамцинолон	мазь	0,1%	1-2 раза в день	
Слабые (I)	Дексаметазон	мазь	0,025%	1-2 раза в день	
	Гидрокортизон	крем, мазь	1,0%-0,1%	1-2 раза в день	
Ингибиторы кальциневрина	Такролимус (уровень доказательности – С)	мазь	В 100 г мази содержится 0,03 г или 0,1 г. такролимуса	1-2 раза в день	Имеется несколько РКИ, подтверждающих эффективность терапии псориаза

Препараты цинка	Пиритион цинк активированный (уровень доказательности – С)	крем	0,2%	1-2 раза в день	Имеется несколько сравнительных рандомизированных многоцентровых двойных слепых (с дополнительным открытым периодом) плацебо - контролируемых исследований эффективности местного применения активированного цинк пиритиона при легком и среднетяжелом папулезно-бляшечном псориазе
-----------------	--	------	------	-----------------	---

Перечень дополнительных лекарственных средств (вероятность менее 100%)

Фармакологическая группа	МНН препарата	Форма выпуска	Дозировка	Кратность применения	Примечание
Антигистаминные препараты*	Цетиризин	таблетки	10 мг	1 раз в сутки № 10-14	Для обеспечения выраженного противоаллергического, противозудного, противовоспалительного и антиэкссудативного действий.
	Хлоропирамин	таблетки	25 мг	1 раз в сутки № 10-14	
	Дифенгидрамин	ампула	1%	1-2 раза в сутки № 10-14	
	Лоратадин	таблетки	10мг	1 раз в сутки № 10-14	
	Клемастин	таблетки	10 мг	1- 2 раза в сутки	

				№ 10-14	
Седативные препараты*	Экстракт валерианы	таблетки	2 мг	3 раза в сутки 10 дней	Если патологический процесс на коже сопровождается тревожностью состояния сознания и тела, связанного с беспокойством, напряжением и нервозностью
	Гвайфенезин. Экстракт сухой (получаемый из корневищ с корнями валерианы лекарственной, травы мелиссы лекарственной, травы зверобоя продырявленного, листьев и цветков боярышника однопестичного или колючего, травы пассифлоры инкарнатной (страстоцвета), соплодий хмеля обыкновенного, цветков бузины черной)	флакон	100 мл	по 5 мл 2 раза в сутки	
	Пиона уклоняющегося корневища и корни	флакон	20-40 кап	2 раза в сутки на курс терапии	
Сорбенты*	Уголь активированный	таблетка	0,25 гр.	1 раз в сутки 7-10 дней	
Десенсибилизирующие препараты*	Тиосульфат натрия	ампулы	30% - 10,0 мл	1 раз в сутки 10 дней	
	Кальция глюконат	ампулы	10% - 10,0 мл	1 раз в сутки 10 дней	
	Раствор магния сульфата	ампулы	25% - 10,0 мл	1 раз в сутки 10 дней	
Препараты коррегирующие	Декстран	флаконы	400,0	1 раз в сутки №5	

нарушения микрогемодиализации*					
Витамины*	Ретинол	капсулы	300-600 тыс. МЕ (взрослые) 5-10 тыс. МЕ на 1 кг (дети)	1-2 мес ежедневно	Состав:
	Альфа-токоферилацетат, ретинола пальмитат	капсулы	100-400 МЕ	1-2 раза в день 1,5 мес	
	Тиамин	ампулы	5%-1,0 мл	1 раз в сутки 10-15 дней	
	Пиридоксин	ампулы	5%-1,0 мл	1 раз в сутки 10-15 дней	
	Токоферол	капсулы	100мг, 200мг, 400мг	3 раз в день 10-15 дней	
	Цианкоболамин	ампулы	200мкг/мл, 500мкг/мл	1 раз в сутки через день № 10	
	Фолиевая кислота	таблетки	1мг, 5мг	3 раза в сутки 10-15 дней	
	Аскорбиновая кислота	ампулы	5%-2,0 мл	2 раза в сутки 10 дней	
Глюкокортикостероиды*	Бетаметазон	Суспензия для инъекций	1,0 мл	1 раз в 7-10 дней	по показаниям, в зависимости от степени тяжести
	Гидрокортизон	Суспензия для инъекций	2,5%	доза и кратность определяются индивидуально	по показаниям, в зависимости от степени тяжести
	Дексаметазон	таблетки ампулы	0,5 мг; 1,5 мг 0,4% - 1,0 мл	доза и кратность определяются индивидуально	по показаниям, в зависимости от степени тяжести
	Преднизолон	таблетки ампулы	5 мг 30 мг/мл	доза и кратность определяются индивидуально	по показаниям, в зависимости от степени тяжести
	Метилпреднизолон	Таблетки,	4 мг; 16 мг	доза и кратность	по показаниям, в

		Лиофилизат для приготовления раствора для инъекций	250, 500, 1000 мг	определяются индивидуально	зависимости от степени тяжести
Препараты, улучшающие периферическое кровообращение*	Пентоксифиллин	ампулы	2% - 5,0 мл	1 раз в сутки 7-10 дней	
Средства, способствующие восстановлению микробиологического баланса кишечника*	1. Беззародышевый водный субстрат продуктов обмена веществ <i>Escherichia coli</i> DSM 4087 24.9481 г 2. беззародышевый водный субстрат продуктов обмена веществ <i>Streptococcus faecalis</i> DSM 4086 12.4741 г 3. беззародышевый водный субстрат продуктов обмена веществ <i>Lactobacillus acidophilus</i> DSM 4149 12.4741 г 4. беззародышевый водный субстрат продуктов обмена веществ <i>Lactobacillus helveticus</i> DSM 4183 49.8960 г.	флакон	100,0 мл	20-40 капель 3 раза в сутки 10-15 дней	
	Порошок Лебенин	капсулы		3 раза в сутки 21 день	
	Лиофилизированные бактерии	флакон капсулы	3 и 5 доз	3 раза в день на весь курс лечения	

Гепатопротекторы*	Экстракт дымянки, расторопши	капсулы	250 мг	по 1 капсуле 3 раза в день на весь курс лечения	По показаниям, преимущественно если имеется сопутствующая патология печени.
	Урзодезоксихолевая кислота	капсулы	250 мг	по 1 капсуле 3 раза в день на весь курс лечения	
Иммуномодуляторы*	Левамизол	таблетки	50 - 150мг	1 раз в сутки курсами по 3 дня с 4-х дневным перерывом	Преимущественно при выявленных нарушениях иммунного статуса. С целью нормализации иммунитета.
	Жидкий экстракт (1:1) из травы щучки дернистой и вейника наземного)	контейнер-капельница	25мл, 30 мл, 50 мл.	по схеме: 1 неделя – 10 капель x 3 р/д 2 неделя – 8 капель x 3 р/д 3 неделя – 5 капель x 3 р/д 4 неделя – 10 капель x 3 р/д	
	Оксодигидроакридинилацетат натрия	таблетки ампулы	125 мг 1,0/250 мг	2 таблетки 5 раз в день № 5 1 ампула 4 раза в день № 5	
Биогенные стимуляторы*	Фибс	ампулы	1,0 мл	п/к 1 раз в сутки на курс 10 инъекций	

Наружная терапия*	ЦиклоПироксолАмин	шампунь	1,5%	Втирать на влажную кожу головы до образования пены. Оставить пену на 3-5 минут, смыть. Повторить процедуру 2-й раз	В период рецидива через день. В стационарную и стадию регресса 1 раз в неделю
	Кетоконазол	шампунь	2%	1-2 раза в день	Преимущественно в стационарную и стадию регресса
Корнеопротекторы	Препараты ПальмитоилЭтанолАмина на основе Дерма-Мембранной-Структуры (ДМС)	Крем, Лосьон	17% 31%	Адювантная терапия в период ремиссии: нанести на кожные покровы всего тела за 10 минут до аппликаций ТГКС, ежедневно, 2 раза в день. Профилактика обострений в стационарную и стадию регресса: ежедневно, 2 раза в день на все тело.	Для восстановления целостности рогового слоя, обладает местным противозудным, противовоспалительным и антиоксидантным эффектом. Уменьшает чувствительность кожи, сокращает частоту применения ТГКС, способствует продлению ремиссии.

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

14.3. Другие виды лечения.

Физиолечение:

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

14.4. Хирургическое вмешательство – нет оснований

14.5. Профилактические мероприятия:

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

14.6. Дальнейшее ведение:

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

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

15. Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения:

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

III. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА

16. Список разработчиков:

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

17. Рецензенты:

1. Г.Р. Батпенова - д.м.н., главный внештатный дерматовенеролог МЗ РК, заведующая кафедрой дерматовенерологии АО «МУА»

2. Ж.А. Оразымбетова - д.м.н., зав. курсом Казахстанско-Российский Медицинский Университет
3. С.М. Нурушева - д.м.н., зав. кафедрой Казахский Национальный Медицинский Университет им. С.Д. Асфендиярова

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

19. Список использованной литературы:

1. «Кожные и венерические болезни». Руководство для врачей. Под редакцией ЮК Скрипкина. Москва.- 1999 г.
2. «Лечение кожных и венерических болезней». Руководство для врачей. И.М. Романенко, В.В. Калуга, СЛ Афонин. Москва.- 2006.
3. «Дифференциальная диагностика кожных болезней». Под редакцией А.А. Студницина. Москва 1983 г.
4. Рациональная фармакотерапия заболеваний кожи и инфекций передаваемых половым путем. Руководство для практикующих врачей. // Под ред А.А.Кубановой, В.И. Кисиной. Москва, 2005 г.
5. «Европейское руководство по лечению дерматологических болезней» Под ред. А.Д. Кацамба, Т.М. Лотти. // Москва Медпресс информ 2008.-727 с.
6. «Терапевтический справочник по дерматологии и аллергологии». П. Альтмайер Изд. дом ГЭОТАР-Мед Москва.-2003.-1246 с.
7. A 52-week trial comparing briakinumab with methotrexate in patients with psoriasis. Reich K, Langley RG, Papp KA, Ortonne JP, Unnebrink K, Kaul M, Valdes JM. // Source Dermatologikum Hamburg, Hamburg, Germany. kreich@dermatologikum.de. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22029980>.
8. Weekly vs. daily administration of oral methotrexate (MTX) for generalized plaque psoriasis: a randomized controlled clinical trial. Radmanesh M, Rafiei B, Moosavi ZB, Sina N. // Source Department of Dermatology, Jondishapour University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran. radmanesh_m@yahoo.com. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21950300>
9. Weber J, Keam SJ. Ustekinumab // BioDrugs. 2009;23(1):53-61. doi: 10.2165/00063030-200923010-00006.
10. Farhi D. Ustekinumab for the treatment of psoriasis: review of three multicenter clinical trials // Drugs Today (Barc). 2010.-Apr; 46(4):259-64.
11. Krulig E, Gordon KB. Ustekinumab: an evidence-based review of its effectiveness in the treatment of psoriasis // Core Evid. 2010 Jul 27; 5:-22.
12. Кубанова А.А. Активированный пиритион цинка (Скин-кап) в лечении легкого и среднетяжелого папулезно-бляшечного псориаза. Результаты рандомизированного, плацебо контролируемого исследования АНТРАЦИТ. Вестн. дерматол. венерол., 2008;1:59 – 65.
13. Safety and efficacy of a fixed-dose cyclosporinmicroemulsion (100 mg) for the treatment of psoriasis. Shintani Y, Kaneko N, Furuhashi T, Saito C, Morita A. // Source

Department of Geriatric and Environmental Dermatology, Nagoya City University Graduate School of Medical Sciences, Nagoya, Japan. ysh1@yahoo.co.jp.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21545506>.

14. Psoriasis in the elderly: from the Medical Board of the National Psoriasis Foundation. Grozdev IS, Van Voorhees AS, Gottlieb AB, Hsu S, Lebwohl MG, Bebo BF Jr, Korman NJ; National Psoriasis Foundation. // Source. Department of Dermatology and Murdough Family Center for Psoriasis, University Hospitals Case Medical Center, Cleveland, OH 44106, USA. *J Am Acad Dermatol*. 2011 Sep;65(3):537-45. Epub 2011 Apr 15.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21496950>

15. The risk of infection and malignancy with tumor necrosis factor antagonists in adults with psoriatic disease: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials.

Dommasch ED, Abuabara K, Shin DB, Nguyen J, Troxel AB, Gelfand JM. // Source Department of Dermatology, University of Pennsylvania, Philadelphia, Pennsylvania 19104, USA.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21315483>

16. Infliximab monotherapy in Japanese patients with moderate-to-severe plaque psoriasis and psoriatic arthritis. A randomized, double-blind, placebo-controlled multicenter trial. Torii H, Nakagawa H; Japanese Infliximab Study investigators.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20547039>.

17. Efficacy of systemic treatments for moderate to severe plaque psoriasis: systematic review and meta-analysis. Bansback N, Sizto S, Sun H, Feldman S, Willian MK, Anis A. // Source Centre for Health Evaluation and Outcome Sciences, St. Paul's Hospital, Vancouver, BC, Canada. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19657180>.

18. Long-term efficacy and safety of adalimumab in patients with moderate to severe psoriasis treated continuously over 3 years: results from an open-label extension study for patients from REVEAL. Gordon K, Papp K, Poulin Y, Gu Y, Rozzo S, Sasso EH.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21752491>.

19. Efficacy and safety of adalimumab in patients with psoriasis previously treated with anti-tumour necrosis factor agents: subanalysis of BELIEVE. Ortonne JP, Chimenti S, Reich K, Gniadecki R, Sprøgel P, Unnebrink K, Kupper H, Goldblum O, Thaçi D. // Source. Department of Dermatology, University of Nice, Nice, France. ortonne@unice.fr.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21214631>

20. Integrated safety analysis: short- and long-term safety profiles of etanercept in patients with psoriasis. Pariser DM, Leonardi CL, Gordon K, Gottlieb AB, Tying S, Papp KA, Li J, Baumgartner SW. // Source. Eastern Virginia Medical School and Virginia Clinical Research Inc, Norfolk, Virginia, USA. dpariser@pariserderm.com.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22015149>.

21. Development, evaluation and clinical studies of Acitretin loaded nanostructured lipid carriers for topical treatment of psoriasis. Agrawal Y, Petkar KC, Sawant KK. // Source. Centre for PG Studies and Research, TIFAC CORE in NDDS, Department of Pharmacy, The M.S. University of Baroda, Vadodara 390002, Gujarat, India.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20858539>.

22. Quality of life in patients with scalp psoriasis treated with calcipotriol/betamethasone dipropionate scalp formulation: a randomized controlled trial. Ortonne JP, Ganslandt C, Tan J, Nordin P, Kragballe K, Segaert S. // Source. Service de Dermatologie, Hôpital L'Archet2, Nice, France. ortonne@unice.fr. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19453810>
23. A calcipotriene/betamethasone dipropionate two-compound scalp formulation in the treatment of scalp psoriasis in Hispanic/Latino and Black/African American patients: results of the randomized, 8-week, double-blind phase of a clinical trial. Tying S, Mendoza N, Appell M, Bibby A, Foster R, Hamilton T, Lee M. // Source. Center for Clinical Studies, Department of Dermatology, University of Texas Health Science Center, Houston, TX, USA. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20964660>.
24. Psoriasis in the elderly: from the Medical Board of the National Psoriasis Foundation. Grozdev IS, Van Voorhees AS, Gottlieb AB, Hsu S, Lebwohl MG, Bebo BF Jr, Korman NJ; National Psoriasis Foundation. Source. // Department of Dermatology and Murdough Family Center for Psoriasis, University Hospitals Case Medical Center, Cleveland, OH 44106, USA. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21496950>.
25. Topical treatments for chronic plaque psoriasis. Mason AR, Mason J, Cork M, Dooley G, Edwards G. // Source. Centre for Health Economics, University of York, Alcuin A Block, Heslington, York, UK, YO10 5DD. arm10@york.ac.uk. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19370616>.
26. European S3-Guidelines on the systemic treatment of psoriasis vulgaris. D Pathirana, AD Ormerod, P Saiag, C Smith, PI Spuls, A Nast, J Barker, JD Bos, G-R Burmester, S Chimenti, L Dubertret, B Eberlein, R Erdmann, J Ferguson, G Girolomoni, P Gisondi, A Giunta, C Griffiths, H Honigsmann, M Hussain, R Jobling, S-L Karvonen, L Kemeny, I Kopp, C Leonardi, M Maccarone, A Menter, U Mrowietz, L Naldi, T Nijsten, J-P Ortonne, H-D Orzechowski, T Rantanen, K Reich, N Reytan, H Richards, HB Thio, P van de Kerkhof, B Rzany. October 2009, volume 23, supplement 2. EAVD.
27. Evaluation of methylprednisolone aceponate, tacrolimus and combination thereof in the psoriasis plaque test using sum score, 20-MHz-ultrasonography and optical coherence tomography. Buder K, Knuschke P, Wozel G. // Source. Department of Dermatology, University Hospital Carl Gustav Carus, Dresden University of Technology, Dresden, Germany. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21084037>.
28. Efficacy and safety of the Betamethasone valerate 0.1% plaster in mild-to-moderate chronic plaque psoriasis: a randomized, parallel-group, active-controlled, phase III study. Naldi L, Yawalkar N, Kaszuba A, Ortonne JP, Morelli P, Rovati S, Mautone G. // Source. Clinica Dermatologica, Ospedali Riuniti, Centro Studi GISED, Bergamo, Italy. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21284407>.
29. Evaluation of methylprednisolone aceponate, tacrolimus and combination thereof in the psoriasis plaque test using sum score, 20-MHz-ultrasonography and optical coherence tomography. Buder K, Knuschke P, Wozel G. // Source. Department of

Dermatology, University Hospital Carl Gustav Carus, Dresden University of Technology, Dresden, Germany.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21084037>.

30. Bioavailability, antipsoriatic efficacy and tolerability of a new light cream with mometasonefuroate 0.1%. Korting HC, Schöllmann C, Willers C, Wigger-Alberti W. // Source

Department of Dermatology and Allergology, Ludwig Maximilian University, Munich, Germany. H.C.Korting@lrz.uni-muenchen.de.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22353786>.

31. Mometasonefuroate 0.1% and salicylic acid 5% vs. mometasonefuroate 0.1% as sequential local therapy in psoriasis vulgaris. Tiplica GS, Salavastru CM. // Source. Colentina Clinical Hospital, Bucharest, Romania. tiplica@b.astral.ro.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19470062>.

32. Kligman A.M., Review Article Corneobiology and Corneotherapy – a final chapter. // International Journal of Cosmetic Science, 2011, - 33, - 197

33 Zhai H, Maibach H.I. Barrier creams – skin protectants: can you protect skin? // Journal of Cosmetic Dermatology 2002, 1,(1), - 20–23.

34. В.В,Мордовцева «Корнеотерапия при псориазе» // Журнал Корнеопротекторы в дерматологии, 2012, с 25 – 28 (56).