

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12 и 87/13), министерот за здравство донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ**  
**ПСОРИЈАЗА**

**Член 1**

Со ова упатство се пропишува практикувањето на медицина заснована на докази при псоријаза.

**Член 2**

Начинот на медицинското згрижување при псоријаза е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

**Член 3**

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при псоријаза по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на медицинското згрижување, при што од страна на докторот тоа соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

**Член 4**

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-9570/2  
30 ноември 2013 година  
Скопје

**МИНИСТЕР**  
**Никола Тодоров**

---

## ПСОРИЈАЗА

МЗД Упатство  
3.04.2009

- Општо
- Клинички карактеристики
- Диференцијална дијагноза
- Терапија
- Фото терапија
- Системска терапија
- Упатување до специјалист
- Поврзани докази
- Референци

### ОПШТО

- Во Скандинавија и земјите од западна Европа преваленцата на псоријаза е приближно 2%. Ретко се јавува кај малите деца.
  - Постојат два врва на јавување и двата имаат различна генетска позадина.
    - Раното јавување на псоријазата, пред 40-та година, е фамилијарна псоријаза и обично има потешка клиничка слика од псоријазата со доцен почеток.
  - Тригерирачки фактор на псоријазата со ран почеток, особено psoriasis guttata, е стрептококна инфекција, додека псоријазата со доцен почеток е честопати асоцирана со претходна стресна животна ситуација.
  - Експесивен внес на алкохол, пушењето и некои лекови се, исто така, познати ризик фактори.
- Псоријазата е хронична, дисфигурирачка и стигматизирачка дерматоза, која може да ја промени сликата на пациентот за самиот себе и да влијае на квалитетот на животот. Може да биде асоцирана со сигнификантна анксиозност и со депресија.
- Псоријазата е асоцирана со зголемен ризик од дијабет, обезност, дислипидемија и кардиоваскуларни заболувања.

### КЛИНИЧКИ КАРАКТЕРИСТИКИ

- Дијагнозата на псоријазата се базира на клиничката слика.
  - Во специјални случаи, земањето на биопсија е од корист. Парчето биопсија треба да се земе од средината на нетретирана плака со 4-6 мм биоптичен punch .
- Најчест тип псоријаза (околу 90% од сите случаи) е плакарна псоријаза (нумуларна псоријаза, вулгарна псоријаза). Карактеристичните плаки се симптоматски и со симетрична дистрибуција на лактите, колената, нозете, долниот дел од грбот и скалпот.
  - Плаките се јасно ограничени, еритемни и задебелени со дијаметар не помал од 0.5 цм. Плаките се покриени со слој од сребренести сквами, а нивната дебелина е специфична за секој пациент и варира во зависност од третманот.
    - По нежно гребнење на сквамите се регистрира точкасто капиларно крвавење (Auspitz-ов знак).
    - Плакарната псоријаза понатаму се дели на големо плакарна псоријаза (плаките се со димензии над 3 цм) и мало плакарна псоријаза (плаките се помали од 3 цм).
  - Кога плаките се локализирани на прегибните регии – субмармарно, папокот, ингвинално, интерглутеално, аксиларно – сквамите се отсутни (флексурална псоријаза, инверзна псоријаза).

- Гутатна псоријаза е генерализирана кожна ерупција; типично се јавува кај млади по стрептококен тонзилит. Состојбата, обично, спонтано поминува, но таа може да се јави подоцна во вид на мали индивидуални промени или може да се развие во плакарна псоријаза.
- Пустулозните форми псоријаза се ретки. Тие се акрална псоријаза, пламоплантарна и генерализирана псоријаза, како и еритродермична псоријаза која ја зафаќа целата кожа.
- Промените на ноктите, вклучувајќи ја појавата на точкести вдлабнувања, масни дамки, дистална онихолиза, субунгвална хиперкератоза и пропаѓање на целата ноктена плоча, честопати се корисни во диференцијалната дијагноза. Тие често се гледаат кај псоријатичниот артритис.

## **ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА**

### **Скалп**

- Кај себороичниот дерматитис сквамите се потенки, масни и подобро реагираат на терапија. Себороичниот дерматит тешко се разликува од псоријазата кога нема зафаќање на другите регии од кожата.
- Габичната инфекција на скалпот ретко се јавува кај населението во западна Европа. Главно се јавува кај деца. Оваа дијагноза може да биде исклучена со негативен нативен препарат и негативна култура за габички.
- Неуродермитот на вратот (lichen simplex puchae) го карактеризира изолирана, пруритична плака, покриена со тенки сквами.

### **Прегибни регии**

- Себороичниот дерматит може да потсетува на флексурална псоријаза. Прегледајте ги и другите регии. Не секогаш е неопходно да се направи разлика помеѓу овие две состојби, поради тоа што третманот е ист.
- Габична инфекција (тинџа) може да потсетува на псоријаза; меѓутоа, таа обично заздравува во центарот, а се шири периферно. Позитивната култура за габички е дијагностичка.
- Кандидијазата во флекорните регии не се сретнува често кај возрасните групи кај кои се јавува псоријазата (кај млади и кај пациенти од средна возраст). Таа се манифестира како еритемна влажна промена и мацерација со околна “сателитска ерупција“. Дијагнозата на кандидијазата се потврдува културелно.
- Еритразмата претставува макулозно кафено обоено поле со дискретни симптоми, најчесто се сретнува во аксилите и во препоните. Таа е предизвикана од прекумерно растење на дифтероиди на нормална кожна флора. Овие полиња флуоресцираат корално црвено под долги бранови на ултравиолетова радијација (Вудова ламба).

### **Дланки, стапала**

- Хиперкератотичниот егзем на дланките и палмоплантарната пустулоза тешко е да се разликуваат од псоријазата. Прегледајте ја целата кожа.
- Габичната инфекција може лесно да се дијагностицира со директно микроскопско иследување од примерок со добар квалитет.

## **ТЕРАПИЈА**

- Третманот треба да се насочи кон подобрување на болеста кога таа го нарушува квалитетот на животот на пациентот.
  - Не е потребно псоријазата да се третира ако таа нема несакани дејства врз пациентот.
  - Комплетно асимптоматска состојба ретко се постигнува со сегашните тераписки модалитети.
  - Псоријазата може да е асоцирана со анксиозност и депресија кои побаруваат понатамошен третман.

- Современата терапевска пракса е наведена во табела 1. Третманите се поделени на топични третмани, фототерапија и системска терапија и тие се обезбедуваат на различни нивоа од здравствената заштита.
- Терапискиот избор зависи од:
  - Поттипот на псоријазата и ефектот кој таа го има врз квалитетот на животот на пациентот.
  - Нејзината распространетост, тежината и локализацијата на лезиите.
  - Расположливоста, остварливоста и чинењето на терапијата.
  - Возраста на пациентот и неговата животна ситуација, како и од анамнезата на пациентот за предходните терапевски одговори и можното присуство на коморбидитети.
- Псоријазата е хронична состојба и заради тоа освен третманот на акутната фаза, треба предвид да се земе и долготрајниот план на лекување.
- Треба да бидат земени предвид и другите болести и ризици, асоцирани со псоријазата( на пр. метаболниот синдром и асоцираните нарушувања), како и животниот стил кој има штетно влијание на псоријазата (консумирање на алкохол, пушење).

**Табела 1.** Класификација на псоријатичните третмани

|   | <b>Топичен третман</b>  | <b>Фототерапија</b>  | <b>Системска терапија</b>  |
|---|---|--|--|
| <b>Самостојна нега</b>  | 1. Емолиенти<br>2. Кератолитици<br>3. Шампони против првут<br>4. Хидрокортизон<br>5. Оклузивни преврски | 1. Природна сончева светлина<br>2. УВБ за домашна употреба         |  |
| <b>Матичен доктор/<br/>примарна<br/>здравствена заштита</b>     | 1. Деривати на витамин Д3<br>2. Кортикостероиди<br>3. Комбинирани продукти                              | 1. Организирана климатотерапија (хелиотерапија)<br>2. СУП (УВБ)    |  |
| <b>Специјалист/<br/>Специјалистичка<br/>здравствена заштита</b> | 1. Дитранол<br>2. Тазаротен<br>3. Катрани<br>4. Инхибитори на калцинеурин                               | 1. УВБ, широк спектар<br>2. УВБ, тесен спектар<br>3. ПУВА, локална | 1. Ацитретин<br>2. Метотрексат<br>3. Циклоспорин<br>4. ПУВА, системска<br>5. Биолошка терапија |

### **ЛОКАЛНА ТЕРАПИЈА**

- За лекарот од општа пракса главна форма на терапија е топичниот третман и во најголем број случаи тој е доволен за терапија на псоријазата.
- Масите и кремвите може, исто така, да го потенцираат ефектот на другите терапевски режими (ннд-В).

#### **Плакарна псоријаза**

- Ако лезиите се покриени со дебел слој сквами, можеби е соодветно лекувањето да се започне со отстранување на сквамите. Препаратите на салицилна киселина (5%) се достапни без рецепт и треба да се употребуваат неколку дена. Сквамите не смеат да се отстрануваат со гребење или со триење.
- Емолиентите се употребуваат или истовремено со другите третмани или како третман на одржување. Во многу благите случаи тие може да се доволни за третман на псоријазата.
- Топичните препарати на витамин Д и неговите деривати (калцитриол и калципотриол) се ефикасен и безбеден долготраен третман за плакарната псоријаза (ннд-В). Може да се јават

локални реакции. Употребата на топичниот витамин Д може да биде попречена заради потребата овој препарат да се аплицира регуларно 2 пати на ден, со цел да се постигне комплетниот ефект, а треба да се има на ум дека терапискиот одговор не е видлив првите 4-6 недели. Ова е најбезбедниот и најпрепорачливиот третман, но само мал број пациенти се во можност да продолжат со долготраен третман со редовна примена на лекот.

- Топичните кортикостероиди (потентни или силно потентни, на пр. група III-IV) делуваат бргу и го намалуваат јадежот кој е присутен кај 70% од пациентите. Тие би требало да се користат на почетокот континуирано во траење 2-4 недели, следено со постепено намалување и прекин на терапијата. Нагло прекинување на терапијата би требало да се избегнува, бидејќи доведува до брзи рецидиви. Треба да се направи напор да се избегне појавата на несакани дејства од долготрајната употреба, а пациентите треба соодветно да се мониторираат.
- Комбинираната маст од калципотриол и бетаметазон дипропионат е најбрзиот и најефикасниот топичен третман за плакарната псоријаза (ннд-В). Доволно е да се аплицира еднаш дневно. Иницијалниот третман трае 4 недели, а потоа треба да се продолжи со еден од следниве тераписки режими:
  - Калципотриол еднаш или два пати дневно како долготрајна терапија.
  - Калципотриол во текот на неделата, а комбинираната маст преку викенд.
  - Комбинирана маст по потреба.
    - Во една студија во траење од 52 недели, 4,8% од корисниците имале несакани дејства од кортикостероидната терапија.
  - Катраните и дитранол (ннд-В) се стари, но ефикасни третмани, но заради мирисот и валкањето на облеката не се толерираат добро и во некои земји повеќе не се употребуваат.
  - Тазаротен (ннд-В) е аналог на ретиноидот. Во многу земји не е регистриран како медицински продукт.
  - За оклузивните преврски, без медикамент, имаа соопштувања дека се ефикасни во третманот на локализирана плакарна псоријаза. Тие ја зголемуваат ефикасноста на кортикостероидните препарати и на калципотриолот, особено при третман на изолирани, перзистентни плаки.

### **Плакарна псоријаза на специфични места**

- Псоријазата на скалпот се третира со често шампонирање. Ако е потребно, на почетокот може да се аплицира салицилна киселина за ексфолијација, а потоа раствор на гликокортикостероиди или комбинирани препарати.
  - Слојот на сквами ја превенира пенетрацијата на медицинските препарати.
  - Салицилната киселина често се користи како 5-10% микстура (подготвена во аптека) во крем, рициново масло или масогол база за маст.
- Псоријазата на лице може да се третира со:
  - Средно потентни кортикостероиди.
  - Пимекролимус и такролимус.
- Флексорната псоријаза се третира со истите препарати како псоријазата на лице. Некои пациенти ги толерираат препаратите со витамин Д во флексорните регии.
- Третманот на дланките и на табаните е ист како и горенаведените препарати кои се користат за плакарна псоријаза. За да се третира хиперкератозата, се користи 20%-на салицилна киселина. Кај потешките случаи, може да се препише системски ацитрацин.

### **Гутатна псоријаза**

- Ако гутатната псоријаза не е многу екстензивна, може да се користат локалните препарати за плакарна псоријаза, особено топичните кортикостероиди.
- УВБ фототерапијата е терапија од избор кај екстензивната форма на psoriasis guttata.

### **Пустуларна и еритродермична псоријаза**

- Главниот третман се состои од системска терапија, со примена на емолиенти и кортикостероиди како суплементарен локален третман.

## ФОТОТЕРАПИЈА

- Фототерапијата може да се користи за екстензивни форми на гутатна и плакарна кај индивидуи, чијашто кожа толерира експозиција на сонце и кои лесно потемнуваат.
- Одредени фотосензитирачки медикаменти може да бидат контраиндикација за оваа терапија.
- Изложувањето на природната сончева светлина ја подобрува псоријазата.
  - За да се постигне добар тераписки одговор, експозицијата на сонце мора да трае 3 недели.
  - Организирана хелиотерапија (климатотерапија) е ефикасен, но релативно скап метод на третман заради губењето на работните денови.
  - Хелиотерапијата би можела да се покрие од националните здравствени осигурувања. Тоа што покрива осигурувањето се разликува од земја во земја. Може да се покријат и деновите од работа.
- Ултравioletовата Б радијација (УВБ третман). Докторот кој ја препишува оваа терапија треба да биде запознат со типот на кожата на пациентот, како и со радијациониот спектар и дозата на зрачење која ја емитираат апаратите за фототерапија. Уште повеќе, дозата на зрачење и кумулативната доза мора да се забележат. Ако пациентот има корист од третманот, матичниот доктор може да препише повторни сесии.
  - Конвенционалната широкобранова УВБ фототерапија е ефикасна во третманот на psoriasis guttata и лесната форма на плакарна псоријаза. Терапијата не е асоцирана со зголемен ризик од рак на кожата.
    - Возможно е да се инсталира медицина за фототерапија во домот од пациентите. Ова претставува трошковно-ефикасен тераписки модалитет.
  - Теснобрановата УВБ терапија (311-318 nm) е поефикасна од широкобрановата УВБ терапија и претставува фототерапија од избор кај пациентите со псоријаза. Многу болници ги заменија своите широкобранови со теснобранови единици.
    - Резултатот од третманот е исто добар, или дури и подобар, од оној кој се постигнува со ПУВА-бања (со употреба на топични псоралени).
    - Засега нема соодветни податоци за ризиците од долготрајната употреба на овој третман.
- Кај ПУВА терапијата (комбинира псорален со УВА зраци) (ннд-А), кожата на пациентот се сензибилизира на светлина со псорален кој се аплицира или локално (ПУВА-бања или ПУВА-крем) или преку уста (орална-ПУВА). ПУВА терапија може да препише само специјалист.
  - ПУВА терапијата во многу земји е заменета со теснобрановата-УВБ терапија, која е во предност со својата трошковна ефикасност.
  - Оралната-ПУВА, всушност, претставува форма на системска терапија. Популарноста на нејзината примена е намалена по соопштувањата за нејзината асоцијација со ризик од рак.
- СУП терапијата (селективната УВ терапија) може да ги намали симптомите кај тенката плакарна псоријаза со малку сквами, но нема научни докази за нејзиниот тераписки ефект кај псоријазата.

## МЕДИКАМЕНТОЗНА СИСТЕМСКА ТЕРАПИЈА

- На пациенти со тешка псоријаза од дерматолог може да бидат препишувани и ацитретин, метотрексат (ннд-С) и циклоспорин (ннд-А). Нивната примена побарува искуство од специјалист и внимателно следење. Метотрексатот и циклоспоринот се речиси подеднакво ефикасни во третманот на средна до тешка форма на плакарна псоријаза.

- Биолошката терапија треба да се земе предвид во третманот на средно тешката и тешката форма на псоријаза, рефракторна на другите третмани или ако другите третмани се контраиндицирани или пациентот не ги толерира.
  - Устекинумаб е лиценциран за третман на псоријазата на кожата, а адалимумаб, етанерцепт и инфликсимаб за третман и на кожна псоријаза и на псоријатичен артрит (лиценцирањето е различно од земја до земја).
  - Употребата на биолошката терапија е асоцирана со сериозни ризици, за кои треба да се свесни сите терапевти, а особено:
    - Брза прогресија, тешка клиничка слика и атипична презентација на вообичаени бактериски инфекции.
    - Активација на латентна туберкулоза, често како милијарна туберкулоза или со атипична презентација.
    - Опортунистички инфекции.

### УПАТУВАЊЕ ДО СПЕЦИЈАЛИСТ

- Децата со псоријаза и возрасните кои не реагираат на вообичаените терапевтски модалитети, треба да бидат испратени кај дерматолог.
- Искусен дерматолог може да биде покорисен во дијагнозата на проблематичната псоријаза од испраќањето биопсија.
- Во случај кога се сомневаме за прекумерна употреба на кортикостероиди.

### ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

1. Кохранови прегледи

### РЕФЕРЕНЦИ

1. Smith CH, Barker JN. Psoriasis and its management. *BMJ* 2006 Aug 19; 333(7564):380-4. [PubMed](#)
2. Henseler T, Christophers E. Psoriasis of early and late onset: characterization of two types of psoriasis vulgaris. *J Am Acad Dermatol* 1985 Sep; 13(3):450-6. [PubMed](#)
3. Mallbris L, Larsson P, Bergqvist S, Vingård E, Granath F, Ståhle M. Psoriasis phenotype at disease onset: clinical characterization of 400 adult cases. *J Invest Dermatol* 2005 Mar; 124(3):499-504. [PubMed](#)
4. Rapp SR, Feldman SR, Exum ML, Fleischer AB Jr, Reboussin DM. Psoriasis causes as much disability as other major medical diseases. *J Am Acad Dermatol* 1999 Sep; 41(3 Pt 1):401-7. [PubMed](#)
5. Fortune DG, Richards HL, Griffiths CE. Psychologic factors in psoriasis: consequences, mechanisms, and interventions. *Dermatol Clin* 2005 Oct; 23(4):681-94. [PubMed](#)
6. Henseler T, Christophers E. Disease concomitance in psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 1995 Jun; 32(6):982-6. [PubMed](#)
7. Gelfand JM, Neimann AL, Shin DB, Wang X, Margolis DJ, Troxel AB. Risk of myocardial infarction in patients with psoriasis. *JAMA* 2006 Oct 11; 296(14):1735-41. [PubMed](#)
8. Griffiths CE, Christophers E, Barker JN, Chalmers RJ, Chimenti S, Krueger GG, Leonardi C, Menter A, Ortonne JP, Fry L. A classification of psoriasis vulgaris according to phenotype. *Br J Dermatol* 2007 Feb; 156(2):258-62. [PubMed](#)
9. Mason J, Mason AR, Cork MJ. Topical preparations for the treatment of psoriasis: a systematic review. *Br J Dermatol* 2002 Mar; 146(3):351-64. [PubMed](#)
10. Lee E, Koo J, Berger T. UVB phototherapy and skin cancer risk: a review of the literature. *Int J Dermatol* 2005 May; 44(5):355-60. [PubMed](#)
11. Yelverton CB, Kulkarni AS, Balkrishnan R, Feldman SR. Home ultraviolet B phototherapy: a cost-effective option for severe psoriasis. *Manag Care Interface* 2006 Jan; 19(1):33-6, 39. [PubMed](#)

12. Ibbotson SH, Bilslan D, Cox NH, et al; British Association of Dermatologists. An update and guidance on narrowband ultraviolet B phototherapy: a British Photodermatology Group Workshop Report. Br J Dermatol 2004 Aug; 151(2):283-97. [PubMed](#)
  13. Snellman E, Klimenko T, Rantanen T. Randomized half-side comparison of narrowband UVB and trimethylpsoralen bath plus UVA treatments for psoriasis. Acta Derm Venereol 2004; 84(2):132-7. [PubMed](#)
  14. Stern RS, Thibodeau LA, Kleinerman RA, Parrish JA, Fitzpatrick TB. Risk of cutaneous carcinoma in patients treated with oral methoxsalen photochemotherapy for psoriasis. N Engl J Med 1979 Apr 12; 300(15):809-13. [PubMed](#)
  15. Snellman E, Maljanen T, Aromaa A, Reunanen A, Jyrkinen-Pakkasvirta T, Luoma J. Effect of heliotherapy on the cost of psoriasis. Br J Dermatol 1998 Feb; 138(2):288-92. [PubMed](#)
  16. Heydendael VM, Spuls PI, Opmeer BC, de Borgie CA, Reitsma JB, Goldschmidt WF, Bossuyt PM, Bos JD, de Rie MA. Methotrexate versus cyclosporine in moderate-to-severe chronic plaque psoriasis. N Engl J Med 2003 Aug 14; 349(7):658-65. [PubMed](#)
  17. Paul BS, Stern RS, Parrish JA, Arndt KA. Low-intensity selective UV phototherapy. A clinical trial in outpatient therapy for psoriasis. Arch Dermatol 1983 Feb; 119(2):122-4. [PubMed](#)
1. Authors: Tapio Rantanen, Article ID: ebm00288 (013.071), © 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 03.04.2009, <http://www.ebm-guidelines.com>**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до април 2014 година.**