

**ПСОРІАЗ: НЕДООБЛІК В УКРАЇНІ ТА СТРАТЕГІЯ РАННЬОЇ
МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОЇ ДІАГНОСТИКИ**¹Медичний центр Ангіолайт (м. Вінниця, Україна)²Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова (м. Вінниця, Україна)³Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького (м. Львів, Україна)

sanchokushnir@gmail.com

Псоріаз у сучасному розумінні є не ізольованим дерматозом, а хронічним, рецидивуючим, системним імунізопальним захворюванням, яке асоціюється з ураженням нігтів, псоріатичним артритом, а також широким спектром коморбідних станів. Тягар псоріазу виходить за межі дерматології та включає психологічні, соціальні, метаболічні, серцево-судинні та опорно-рухові наслідки. Однією з ключових проблем в Україні залишається недодіагностика і недооблік псоріазу. Історичні офіційні статистичні дані суттєво відрізнялися від очікуваної поширеності, характерної для європейської популяції, що вказує на існування значної когорти пацієнтів, які залишаються поза системою охорони здоров'я. Метою даної оглядової статті є узагальнення сучасних даних щодо «псоріатичного маршу», системних проявів та коморбідності псоріазу, клінічного значення стандартизованих індексів тяжкості (DLQI, PASI, BSA), ролі ураження нігтів як маркера ризику псоріатичного артриту, а також обґрунтування необхідності раннього мультидисциплінарного виявлення таких пацієнтів. Особливу увагу приділено чинній нормативній базі України – клінічній настанові №216 (2013) і наказу МОЗ України №762 (2015), який містить адаптовану клінічну настанову та уніфікований клінічний протокол медичної допомоги при псоріазі. Ці документи створюють нормативне підґрунтя для стандартизованої оцінки пацієнтів, скринінгу псоріатичного артриту за допомогою PEST (Psoriasis Epidemiology Screening Tool) та маршрутизації між первинною і спеціалізованою ланками. Зроблено висновок, що впровадження єдиної медичної інформаційної системи та електронного реєстру псоріатичної хвороби є необхідною умовою покращення ранньої діагностики, забезпечення безперервності ведення пацієнтів, профілактики інвалідизації та зменшення довгострокових соціально-економічних втрат.

Ключові слова: псоріаз, псоріатичний артрит, псоріатична оніходистрофія, коморбідність, DLQI, PASI, BSA, PEST, реєстр, військово-лікарська експертиза.

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами.

Стаття написана у відповідності з планом науково-дослідних робіт національного медичного університету та є фрагментом планової науково-дослідної роботи кафедри шкірних та венеричних хвороб Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова «Новітні аспекти діагностики, перебігу та розробка і впровадження у практику сучасних методів комплексного лікування хронічних дерматозів та ІПСШ», номер державної реєстрації 0119U000712.

Вступ.

Ще відносно недавно псоріаз у клінічній практиці сприймали переважно як локальну проблему шкіри, якою має займатися лише лікар-дерматолог. Однак за останні десятиліття нагромаджено достатньо доказів того, що псоріаз є не тільки шкірним захворюванням, а системним, хронічним, рецидивуючим імунізопальним процесом, який може супроводжувати пацієнта впродовж усього життя [1–5]. Саме тому сучасне уявлення про псоріаз включає поняття «псоріатичної хвороби», де шкірні прояви є лише найбільш помітною маніфестацією системного патологічного процесу [3, 6].

У цьому контексті надзвичайно вдалим є використання концепту «псоріатичного маршу», яка підкреслює, що псоріаз може починатися у різному віці, нерідко ще в дитинстві, і супроводжувати пацієнта протягом багатьох років, поступово формуючи системні наслідки [7–9]. Клінічна значущість цього

процесу полягає не лише у хронізації шкірного синдрому, а й у ризику ураження суглобів, нігтів, розвитку коморбідних захворювань, зниженні якості життя, стигматизації, психоемоційному виснаженні та інвалідизації [8, 10–12].

Особливу актуальність ця проблема має в Україні. Офіційні статистичні показники, наведені у вітчизняних джерелах, історично демонстрували значно нижчу поширеність псоріазу, ніж очікувалося на підставі європейських і світових даних [9, 13]. Така розбіжність навряд чи може бути пояснена істинно нижчою захворюваністю; набагато логічніше її трактувати як прояв недообліку, гіподіагностики та недостатньої медичної настороженості [9, 14–15]. Якщо псоріаз не фіксується своєчасно, це автоматично означає пізніше виявлення псоріатичного артриту, пізнішу діагностику метаболічних і серцево-судинних ускладнень, а отже — вищий ризик інвалідизації та більший економічний тягар для держави.

У воєнних умовах значення цієї проблеми посилюється ще більше. Належне документування перебігу псоріазу, його тяжкості, системних проявів і ризику функціональних втрат має пряме значення не лише для лікування, а й для медико-експертних рішень, у тому числі пов'язаних із військово-лікарською експертизою. У такій ситуації раннє виявлення пацієнтів із високим ризиком псоріатичного артриту або швидкої інвалідизації є не лише клінічно доцільним, а й соціально та економічно обґрунтованим.

Мета дослідження.

Узагальнення сучасних даних щодо системності псоріазу, «псоріатичного маршу», псоріатичного артриту, ураження нігтів і коморбідних станів, а також обґрунтування необхідності ранньої мультидисциплінарної діагностики та впровадження реєстрового підходу в Україні на основі чинної нормативної бази.

Об'єкт і методи дослідження.

Виконано наративний огляд літератури з проблемно-орієнтованим підходом. До аналізу включено міжнародні рекомендації, систематичні огляди, метааналізи, ключові клінічні дослідження, а також українські нормативні документи і фахові публікації. Особливу увагу приділено клінічній настанові МОЗ України №216 (2013), наказу МОЗ України №762 від 20.11.2015, який містить адаптовану клінічну настанову та уніфікований клінічний протокол медичної допомоги при псоріазі, а також українським статтям, що висвітлюють статистичні та організаційні аспекти проблеми [9, 12, 14–16]. Аналізувалися дані щодо поширеності псоріазу, частоти псоріатичного артриту, ролі ураження нігтів, кардіометаболічної та імунізапальної коморбідності, а також інструментів оцінки тяжкості захворювання та скринінгу.

Основна частина.*Псоріаз як системне захворювання*

Сучасне уявлення про псоріаз базується на тому, що це системне запальне захворювання, патогенез якого виходить далеко за межі шкіри [3, 17–18]. Клінічна настанова МОЗ України №216 прямо визначає псоріаз як системне, хронічне, рецидивуюче захворювання [16]. Ця ж логіка збережена і в наказі №762 МОЗ України, який хоча і є більш коротким та прикладним за формою, однак не суперечить базовій парадигмі, а навпаки – переносить її в площину практичного ведення [14–15].

За даними настанови, близько 30% пацієнтів мають середньотяжкий або тяжкий перебіг із ураженням понад 10% поверхні тіла, ураженням суглобів або залученням естетично та функціонально значущих зон [16]. Саме ця група є найбільш уразливою з позиції погіршення якості життя, потреби в системній терапії, ризику інвалідизації та соціальних втрат.

«Псоріатичний марш» і клінічне значення раннього старту

Псоріаз може дебютувати як у дитячому, так і в дорослому віці. Українські джерела вказують, що частина випадків починається ще до 9 років, а значна кількість – у проміжку 5–15 років [9]. Це має принципове значення, оскільки ранній старт хвороби збільшує загальну тривалість експозиції системного запалення, а отже – і ризик довготривалих ускладнень.

Саме тому доцільно розглядати псоріаз як безперервний марш, а не як набір окремих епізодів висипу. Такий підхід змінює логіку клінічного мислення: лікар має не лише оцінювати поточний стан шкіри, а й думати про довгострокову траєкторію пацієнта – суглобовий домен, кардіометаболічний ризик, психічне здоров'я, професійне навантаження, перспективу втрати працездатності.

Недооблік псоріазу в Україні як системна проблема

Одним із найгостріших аспектів проблеми в Україні є розбіжність між офіційними статистичними даними та очікуваними популяційними оцінками. У публікаціях українських авторів наводилися дані, згідно з якими офіційна поширеність псоріазу становила близько 0,21%, тоді як при орієнтовному середньоєвропейському рівні близько 3% кількість хворих мала б бути в рази більшою [8]. Адапована клінічна настанова №762 МОЗ України сама визнає, що українські статистичні показники суттєво відрізняються від європейських і світових, і пов'язує це з недосконалістю медико-статистичних систем та гіподіагностикою [15].

Ця обставина є принципово важливою для побудови сучасної української стратегії. Якщо велика кількість пацієнтів не потрапляє в поле зору системи, вони не проходять належний скринінг на PsA, не отримують оцінки кардіометаболічного ризику, не мають стандартизованого спостереження. Фактично виникає ситуація, коли система не може керувати тягарем хвороби, бо не бачить його реального масштабу.

DLQI, PASI і BSA: чому потрібні всі три показники

У практичному сенсі важливо розмежувати два типи “тяжкості” псоріазу. Перший – це тяжкість з позиції пацієнта, яка відображає, наскільки захворювання впливає на життя, самосприйняття, соціальні контакти, роботу та емоційний стан. Для цього використовується DLQI (Dermatology Life Quality Index) [19]. Другий – це тяжкість з позиції клініциста, тобто об'єктивні характеристики поширеності й вираженості процесу, які фіксуються за допомогою PASI (Psoriasis Area and Severity Index) та BSA (Body Surface Area) [15–16].

Такий поділ не є формальністю. DLQI може бути високим навіть при відносно невеликій площі ураження, якщо залучені обличчя, геніталії, долоні, підошви або нігті. Натомість PASI/BSA необхідні для контролю динаміки, оцінки відповіді на лікування, обґрунтування зміни терапії, а також для взаємодії між рівнями допомоги. Саме тому поєднання DLQI з PASI/BSA є оптимальним рішенням, а не взаємовиключними підходами.

3 позиції організації допомоги це ще важливіше: стандартизовані індекси дають первинній ланці підстави розуміти, коли пацієнта можна вести амбулаторно, а коли слід направляти на вторинний або третинний рівень. У свою чергу, спеціалісти можуть документовано обґрунтувати повернення пацієнта під нагляд сімейного лікаря після стабілізації стану.

Псоріатичний артрит: частота, затримка діагнозу, клінічні сценарії

Псоріатичний артрит є одним із найважливіших ускладнень псоріатичної хвороби. Систематичний огляд і метааналіз F. Alinaghi та співавт. (2019) показав, що частота псоріатичного артриту серед пацієнтів із псоріазом становить приблизно 20–25% [20]. Тобто приблизно кожен четвертий або кожен п'ятий пацієнт з псоріазом потенційно має або розвине псоріатичний артрит.

Клінічно важливо, що в більшості випадків шкірні прояви передують артриту, але в частини пацієнтів суглобовий синдром може виникати раніше [21–23]. Саме це робить збір сімейного анамнезу і мультидисциплінарну настороженість критично важливими. Якщо ревматолог, педіатр чи сімейний лікар не думає про псоріаз у пацієнта з артритом, рання діагностика може бути втрачена.

Особливо тривожним є факт, що діагностична затримка псоріатичного артриту понад 6 місяців вже асоціюється з гіршими функціональними та рентгенологічними наслідками [24–25]. Отже, раннє виявлення псоріатичного артриту є не просто бажаним, а необхідним для запобігання незворотному ушкодженню [26–27].

Нігтьове ураження як маркер ризику псоріатичного артриту

Псоріатична оніходистрофія є одним із найважливіших клінічних маркерів системності псоріатичної хвороби. Згідно з українською настановою, ураження нігтів рук зустрічається приблизно у 50% пацієнтів із псоріазом, ніг – у 35%, а серед хворих на псоріатичний артрит зміни нігтів можуть виявлятися до 90% випадків [14, 16]. Міжнародні огляди підтверджують, що nail psoriasis є значно частішим у пацієнтів із псоріатичним артритом та розглядається як фактор підвищеного ризику розвитку суглобового домену [28–30].

Практичний висновок простий: нігті – це не «дрібниця» і не виключно косметичний прояв. Огляд нігтів має бути рутинною частиною дерматологічного та первинного огляду пацієнта з псоріазом.

Коморбідність: імунзапальна та метаболічно-серцево-судинна траєкторія

Системний вплив псоріазу доцільно розглядати у двох основних напрямках. Перший – імунзапальний. Він охоплює псоріатичний артрит, а також інші захворювання, патогенетично пов'язані з хронічним запаленням, насамперед запальні захворювання кишківника [31]. Другий напрям – метаболічно-серцево-судинний [8]. Псоріаз асоціюється з ожирінням, метаболічним синдромом, артеріальною гіпертензією, цукровим діабетом 2 типу та підвищеним кардіо-васкулярним ризиком [32–36].

Особливо важливо, що цей зв'язок є не лише статистичним, а й патофізіологічно правдоподібним: системне запалення сприяє ендотеліальній дисфункції, атерогенезу та метаболічним порушенням [17, 37]. Відтак пацієнт із псоріазом потребує не тільки дерматологічного лікування, а й мінімального кардіометаболічного скринінгу на первинній ланці.

Скринінг псоріатичного артриту і нормативне значення PEST

Однією з найбільш практичних знахідок наказу №762 МОЗ України є включення опитувальника PEST до уніфікованого протоколу [14]. Це переводить скринінг псоріатичного артриту з категорії «бажано» в категорію «нормативно підтримано». PEST є простим, швидким і придатним для рутинного застосування як у дерматолога, так і на первинній ланці [37–39]. Якщо такий скринінг поєднувати з оцінкою нігтів, анамнезом ранкової скруті, дактиліту, ентезиту і тривалості псоріазу, ймовірність раннього виявлення псоріатичного артриту суттєво зростає.

Значення для військово-лікарської експертизи

У воєнних умовах раннє виявлення і коректне документування псоріазу, псоріатичного артриту та ризику інвалідизації набуває додаткового значення. Йдеться не лише про лікування, а й про правильну

експертну оцінку придатності до служби, розподілу функціональних навантажень і запобігання прогнозовано швидкій втраті працездатності. Це має і моральний, і державницький сенс: своєчасно виявлений і правильно маршрутизований пацієнт означає менше ускладнень, менші витрати на лікування, реабілітацію й соціальні виплати.

Реєстр як логічне завершення нормативної моделі

Накази №216 і №762 МОЗ України вже містять усе необхідне концептуально: вони вимагають оцінки тяжкості, скринінгу псоріатичного артриту, врахування депресії, судинного ризику і системності процесу [14–16, 40–41]. Відсутній лише головний інструмент масштабної реалізації – інтегрована медична інформаційна система з єдиним реєстром псоріатичної хвороби. Саме реєстр здатен перетворити нормативні вимоги на реальну, працюючу систему: з тяглістю даних, видимістю ризиків, маршрутизацією, контролем якості лікування та можливістю справжнього епідеміологічного аналізу.

Висновки.

1. Псоріаз є мультисистемним, хронічним, рецидивуючим імунзапальним захворюванням з вираженим клінічним і соціально-економічним тягарем.

2. Псоріатичний артрит виникає приблизно у 20–25% пацієнтів із псоріазом, а затримка його діагностики асоціюється з гіршими структурними й функціональними наслідками.

3. Ураження нігтів є частим проявом псоріазу і важливим маркером підвищеного ризику псоріатичного артриту.

4. Поєднання DLQI, PASI та BSA є необхідним для повноцінної оцінки тяжкості хвороби, контролю ефективності лікування та маршрутизації між рівнями допомоги.

5. Чинні накази МОЗ України №216 і №762 МОЗ України уже створюють нормативне підґрунтя для стандартизованого ведення пацієнтів із псоріазом, однак реальна реалізація цих вимог потребує єдиної медичної інформаційної системи та електронного реєстру псоріатичної хвороби.

6. Впровадження реєстру є ключовим кроком до зменшення недообліку, покращення ранньої діагностики, профілактики інвалідизації та зниження довгострокових соціально-економічних втрат.

Перспективи подальших досліджень.

Створення та валідація національної моделі електронного реєстру псоріатичної хвороби з інтегрованою оцінкою DLQI, PASI, BSA, PEST, ураження нігтів, тривалості захворювання, коморбідності та медико-експертних наслідків. Подальші дослідження мають бути спрямовані на визначення клінічних маркерів раннього ризику псоріатичного артриту, оцінку ефективності мультидисциплінарної маршрутизації пацієнтів та аналіз впливу реєстрового підходу на своєчасність діагностики, профілактику інвалідизації й оптимізацію використання ресурсів системи охорони здоров'я.

Література

- Albanesi C, Madonna S, Gisondi P, Girolomoni G. The interplay between keratinocytes and immune cells in the pathogenesis of psoriasis. *Front Immunol*. 2018;9:1542. DOI: <https://doi.org/10.3389/fimmu.2018.01549>
- Armstrong AW, Read C. Pathophysiology, clinical presentation, and treatment of psoriasis: a review. *JAMA*. 2020;323(19):1945–1960. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.4006>

3. Boehncke WH, Schön MP. Psoriasis. *Lancet*. 2015;386(9997):983-994. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(14\)61909-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(14)61909-7)
4. Karmacharya P, Chakradhar R, Ogdie A. The epidemiology of psoriatic arthritis: a literature review. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2021;35(2):101692. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.berh.2021.101692>
5. World Health Organization. Global report on psoriasis. Geneva: World Health Organization; 2016.
6. Ritchlin CT, Colbert RA, Gladman DD. Psoriatic arthritis. *N Engl J Med*. 2017;376(10):957-970. DOI: <https://doi.org/10.1056/nejmra1505557>
7. Damiani G, Bragazzi NL, Karimkhani Aksut C, Wu D, Alicandro G, McGonagle D, et al. The global, regional, and national burden of psoriasis: results and insights from the Global Burden of Disease 2019 study. *Front Med (Lausanne)*. 2021;8:743180. DOI: <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.743180>
8. Yamazaki F. Psoriasis: comorbidities. *J Dermatol*. 2021;48(6):732-740. DOI: <https://doi.org/10.1111/1346-8138.15840>
9. Kravchenko VG, Yemchenko YaO, Kravchenko AV, Dashchuk AM. Psoriaz: suchasnyi stan zakhvoriuvanosti ta orhanizatsiini zakhody. *Ukr zhurn dermatol venerol kosmetol*. 2022;3-4:42-48. DOI: <https://doi.org/10.30978/UJDVK2022-3-4-42> [in Ukrainian].
10. Dowlatshahi EA, Wakkee M, Arends LR, Nijsten T. The prevalence and odds of depressive symptoms and clinical depression in psoriasis patients: a systematic review and meta-analysis. *J Invest Dermatol*. 2014;134(6):1542-1551. DOI: <https://doi.org/10.1038/jid.2013.508>
11. Schön MP, Boehncke WH. Psoriasis. *N Engl J Med*. 2005;352(18):1899-1912. DOI: <https://doi.org/10.1056/nejmra041320>
12. Kutasevych YaF, Volkoslavskaya VM. Stan resursiv i dialnist dermatovenerolohichnoi sluzhby Ukrainy za 1998-2018 rr. *Dermatol venerol*. 2019;(2):46-49. DOI: <https://doi.org/10.33743/2308-1066-2019-2-46-49> [in Ukrainian].
13. Parisi R, Iskandar IYK, Kontopantelis E, Augustin M, Griffiths CEM, Ashcroft DM. National, regional, and worldwide epidemiology of psoriasis: systematic analysis and modelling study. *BMJ*. 2020;369:m1590. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.m1590>
14. MOZ Ukrainy. Nakaz № 762 Unifikovanyi klinichnyi protokol pervynnoi, vtorynnoi (spetsializovanoi), tretynnoi (vysokospetsializovanoi) medychnoi dopomohy Psoriaz, vkluchaiuchy psoriatichni artropatii. Kyiv: MOZ Ukrainy; 2015. [in Ukrainian].
15. MOZ Ukrainy. Nakaz № 762 Adaptovana klinichna nastanova, zasnovana na dokazakh Psoriaz, vkluchaiuchy psoriatichni artropatii. Kyiv: MOZ Ukrainy; 2015. [in Ukrainian].
16. MOZ Ukrainy. Nakaz № 216 Klinichna nastanova Psoriaz. Kyiv: MOZ Ukrainy; 2013. [in Ukrainian].
17. Boehncke WH. Systemic inflammation and cardiovascular comorbidity in psoriasis patients: causes and consequences. *Front Immunol*. 2018;9:579. DOI: <https://doi.org/10.3389/fimmu.2018.00579>
18. Parisi R, Symmons DPM, Griffiths CEM, Ashcroft DM. Identification and Management of Psoriasis and Associated Comorbidity (IMPACT) Project Team. Global epidemiology of psoriasis: a systematic review of incidence and prevalence. *J Invest Dermatol*. 2013;133(2):377-385. DOI: <https://doi.org/10.1038/jid.2012.339>
19. National Institute for Health and Care Excellence. Psoriasis: assessment and management. NICE guideline CG153. London: NICE; 2025.
20. Alinaghi F, Calov M, Kristensen LE, Gladman DD, Coates LC, Jullien D, 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.e19. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2018.06.027>
21. Ogdie A, Weiss P. The epidemiology of psoriatic arthritis. *Rheum Dis Clin North Am*. 2015;41(4):545-568. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rdc.2015.07.001>
22. Taylor W, Gladman D, Helliwell P, Marchesoni A, Mease P, Mielants H. Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study. *Arthritis Rheum*. 2006;54(8):2665-2673. DOI: <https://doi.org/10.1002/art.21972>
23. Tillet W, Charlton R, Nightingale A, Green A, Shaddick G, McHugh N. Interval between onset of psoriasis and psoriatic arthritis comparing the UK Clinical Practice Research Datalink with a hospital-based cohort. *Rheumatology (Oxford)*. 2017;56(12):2109-2113. DOI: <https://doi.org/10.1093/rheumatology/kex323>
24. Haroon M, Gallagher P, Fitzgerald O. Diagnostic delay of more than 6 months contributes to poor radiographic and functional outcome in psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2015;74(6):1045-1050. DOI: <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2013-204858>
25. Snoeck Henkemans SVJ, de Jong PHP, Luime JJ, Kok MR, Tchetverikov I, Korswagen LA, et al. Window of opportunity in psoriatic arthritis: the earlier the better? *RMD Open*. 2024;10(1):e004062. DOI: <https://doi.org/10.1136/rmdopen-2023-004062>
26. Coates LC, Helliwell PS. Validation of minimal disease activity criteria for psoriatic arthritis using interventional trial data. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2010;62(7):965-969. DOI: <https://doi.org/10.1002/acr.20155>
27. Coates LC, Moverly AR, McParland L, Brown S, Navarro-Coy N, O'Dwyer JL, et al. Effect of tight control of inflammation in early psoriatic arthritis (TICOPA): a UK multicentre, open-label, randomised controlled trial. *Lancet*. 2015;386(10012):2489-2498. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(15\)00347-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(15)00347-5)
28. Punzi L, Pianon M, Rossini P, Schiavon F, Gambari PF. Clinical and laboratory manifestations of elderly onset psoriatic arthritis: a comparison with younger onset disease. *Ann Rheum Dis*. 1999;58(4):226-229.
29. Raposo I, Torres T. Nail psoriasis as a predictor of the development of psoriatic arthritis. *Actas Dermosifiliogr*. 2015;106(6):452-457. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ad.2015.02.005>
30. Schons KRR, Beber AAC, Beck MO, Monticeli OA. Nail psoriasis: a review of the literature. *An Bras Dermatol*. 2014;89(2):312-317. DOI: <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20142633>
31. Alinaghi F, Tekin HG, Burisch J, Wu JJ, Thyssen JP, Egeberg A. Global prevalence and bidirectional association between psoriasis and inflammatory bowel disease: a systematic review and meta-analysis. *J Crohns Colitis*. 2020;14(3):351-360. DOI: <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjz152>
32. Armstrong AW, Harskamp CT, Armstrong EJ. The association between psoriasis and obesity: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Nutr Diabetes*. 2012;2(12):e54. DOI: <https://doi.org/10.1038/ntud.2012.26>
33. Armstrong AW, Harskamp CT, Armstrong EJ. Psoriasis and metabolic syndrome: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *J Am Acad Dermatol*. 2013;68(4):654-662. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2012.08.015>
34. Garshick MS, Ward NL, Krueger JG, Berger JS. Cardiovascular risk in patients with psoriasis. *J Am Coll Cardiol*. 2021;77(13):1670-1680. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2021.02.009>
35. Hu SCS, Lan CCE. Psoriasis and cardiovascular comorbidities: focusing on severe vascular events, cardiovascular risk factors and implications. *Int J Mol Sci*. 2017;18(10):2211. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijms18102211>
36. Wan MT, Shin DB, Hubbard RA, Noe MH, Mehta NN, Gelfand JM. Psoriasis and the risk of diabetes: a prospective population-based cohort study. *J Am Acad Dermatol*. 2018;78(2):315-322.e1. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2017.10.050>
37. Helliwell PS. Psoriasis Epidemiology Screening Tool (PEST): a report from the GRAPPA 2009 annual meeting. *J Rheumatol*. 2011;38(3):551-552. DOI: <https://doi.org/10.3899/jrheum.101119>
38. Gladman DD, Schentag CT, Tom BDM, Chandran V, Farewell VT, Rosen CF. Development and initial validation of a screening questionnaire for psoriatic arthritis: the Toronto Psoriatic Arthritis Screen (ToPAS). *Ann Rheum Dis*. 2009;68(4):497-501. DOI: <https://doi.org/10.1136/ard.2008.089441>
39. Ibrahim GH, Buch MH, Lawson C, Waxman R, Helliwell PS. Evaluation of an existing screening tool for psoriatic arthritis in people with psoriasis and development of a new instrument: the Psoriasis Epidemiology Screening Tool (PEST) questionnaire. *Clin Exp Rheumatol*. 2009;27(3):469-474.
40. Coates LC, Soriano ER, Corp N, Bertheussen H, Callis Duffin K, Campanholo CB, et al. Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis (GRAPPA): updated treatment recommendations for psoriatic arthritis 2021. *Nat Rev Rheumatol*. 2022;18(8):465-479. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41584-022-00798-0>
41. Gossec L, Kerschbaumer A, Ferreira RJO, Aletaha D, Baraliakos X, Bertheussen H, et al. EULAR recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies: 2023 update. *Ann Rheum Dis*. 2024;83(6):706-719. DOI: <https://doi.org/10.1136/ard-2024-225531>

ПСОРИАЗ: НЕДООБЛІК В УКРАЇНІ ТА СТРАТЕГІЯ РАНЬОЇ МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОЇ ДІАГНОСТИКИ**Кушнір В. О., Фоміна Л. В., Трутяк І. Р.**

Резюме. Псоріаз є одним із найпоширеніших хронічних імунізапальних захворювань людини. Сучасні уявлення про патогенез хвороби свідчать, що її клінічне значення виходить далеко за межі ізольованого ураження шкіри. На сьогодні псоріаз розглядається як системна псоріатична хвороба, що поєднує шкірні прояви з ураженням нігтів, суглобів та численними коморбідними станами, серед яких псоріатичний артрит, метаболічний синдром, серцево-судинні захворювання, запальні захворювання кишечника та інші системні прояви. Незважаючи на значний прогрес у розумінні механізмів розвитку захворювання, питання своєчасного виявлення пацієнтів, їх належного обліку та міждисциплінарної взаємодії залишаються недостатньо вирішеними.

Метою роботи є узагальнення сучасних наукових даних щодо системного характеру псоріазу, аналіз причин можливого недообліку захворювання в Україні та обґрунтування концепції раннього мультидисциплінарного виявлення пацієнтів із ризиком розвитку псоріатичної хвороби.

Проведено проблемно-орієнтований аналіз сучасної наукової літератури, міжнародних клінічних рекомендацій, систематичних оглядів, метааналізів, нормативних документів Міністерства охорони здоров'я України та вітчизняних публікацій, присвячених епідеміології, патогенезу, клінічним проявам, псоріатичному артриті, коморбідним станам і сучасним підходам до організації медичної допомоги пацієнтам із псоріазом.

Показано, що сучасна модель ведення пацієнтів переважно базується на наявності шкірних проявів захворювання, тоді як системні ураження можуть формуватися значно раніше або розвиватися незалежно від їх вираженості. Особливої уваги потребують пацієнти з неспецифічними артритом, ентезопатіями, ураженням нігтів, хронічними колітами, метаболічними порушеннями, незрозумілими кардіальними проявами та іншими потенційними позашкірними проявами за наявності відповідного сімейного анамнезу. У таких випадках саме дерматолог повинен виконувати координуючу роль у мультидисциплінарній команді із залученням ревматолога, гастроентеролога, кардіолога, ендокринолога, сімейного лікаря та інших спеціалістів залежно від клінічної ситуації. Окрему увагу доцільно приділяти діяльності сімейних лікарів і педіатрів, які найчастіше володіють повною інформацією про сімейний анамнез і можуть забезпечити ранню ідентифікацію осіб із підвищеним ризиком розвитку псоріатичної хвороби.

У статті висунуто концептуальну гіпотезу, що офіційні показники поширеності псоріазу можуть не повною мірою відображати реальну кількість пацієнтів унаслідок недіагностованих або несвоєчасно виявлених позашкірних проявів захворювання. У зв'язку з цим перспективним напрямком є розроблення клінічних маркерів раннього ризику, створення єдиного державного електронного реєстру пацієнтів із псоріазом та впровадження стандартизованої мультидисциплінарної маршрутизації пацієнтів.

Запропонований підхід може сприяти більш ранньому встановленню діагнозу, своєчасному виявленню псоріатичного артриту й інших системних проявів, запобіганню інвалідизації пацієнтів, оптимізації використання ресурсів системи охорони здоров'я та формуванню сучасної моделі спостереження за пацієнтами із системною псоріатичною хворобою.

Ключові слова: псоріаз, псоріатичний артрит, псоріатична оніходистрофія, коморбідність, DLQI, PASI, BSA, PEST, реєстр, військово-лікарська експертиза.

PSORIASIS: UNDERREGISTRATION IN UKRAINE AND STRATEGY FOR EARLY MULTIDISCIPLINARY DIAGNOSTICS**Kushnir V. O., Fomina L. V., Trutyak I. R.**

Abstract. Psoriasis is one of the most common chronic immune-mediated inflammatory diseases. Current evidence demonstrates that its clinical significance extends far beyond isolated skin involvement. Psoriasis is now recognized as a systemic psoriatic disease characterized not only by cutaneous lesions but also by nail involvement, psoriatic arthritis, and numerous comorbid conditions, including metabolic syndrome, cardiovascular diseases, inflammatory bowel disease, and other systemic manifestations. Despite substantial advances in understanding the disease pathogenesis and therapeutic approaches, timely diagnosis, comprehensive patient registration, and effective multidisciplinary management remain significant challenges.

The aim of this review was to summarize current evidence regarding the systemic nature of psoriasis, to analyze potential causes of psoriasis underdiagnosis in Ukraine, and to substantiate the concept of early multidisciplinary identification of patients at risk for developing systemic psoriatic disease.

A problem-oriented narrative review of contemporary international literature, clinical guidelines, systematic reviews, meta-analyses, national clinical protocols of the Ministry of Health of Ukraine, and Ukrainian scientific publications addressing epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, psoriatic arthritis, comorbid conditions, and healthcare organization for patients with psoriasis was performed.

The analysis demonstrates that current diagnostic strategies are primarily focused on the presence of cutaneous manifestations, whereas systemic involvement may develop long before skin lesions become clinically apparent or may progress independently of their severity. Particular attention should therefore be paid to patients presenting with nonspecific arthritis, enthesopathy, nail involvement, chronic inflammatory bowel disorders, metabolic abnormalities, unexplained cardiovascular manifestations, and other potential extracutaneous features, especially when accompanied by a positive family history of psoriasis. In such situations, the dermatologist should serve as the coordinator of a multidisciplinary team involving rheumatologists, gastroenterologists, cardiologists, endocrinologists, family physicians, and other specialists according to the patient's clinical presentation. Family physicians and pediatricians deserve particular attention because they usually possess the most comprehensive information regarding family history and therefore are best positioned to identify individuals at increased risk during the earliest stages of disease development.

The article proposes a conceptual hypothesis that officially reported psoriasis prevalence may underestimate the actual burden of disease due to undiagnosed or delayed recognition of extracutaneous manifestations. Consequently, the development of validated early clinical risk markers, implementation of a national electronic psoriasis registry, and establishment of standardized multidisciplinary referral pathways should be considered promising directions for improving early diagnosis and long-term patient outcomes.

The proposed approach may facilitate earlier diagnosis of psoriasis and psoriatic arthritis, improve recognition of systemic manifestations, reduce disability, optimize healthcare resource utilization, and contribute to the development of a modern integrated model of care for patients with systemic psoriatic disease.

Key words: psoriasis, psoriatic arthritis, nail psoriasis, comorbidity, DLQI, PASI, BSA, PEST, registry, military medical examination.

ORCID кожного автора та його внесок до статті:

Kushnir V. O.: <https://orcid.org/0000-0003-4164-7428> ^{BCDEF}

Fomina L. V.: <https://orcid.org/0000-0002-1695-3442> ^{ABDE}

Trutyak I. R.: <https://orcid.org/0000-0001-8157-3449> ^{ACDE}

Конфлікт інтересів:

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Адреса для кореспонденції

Кушнір Валерій Олександрович

Медичний центр «Ангіолайт»

Україна, 21037, м. Вінниця, вул. Пирогова 112А

Тел.: +38 096 4814161

E-mail: sanchokushnir@gmail.com

А – концепція роботи та дизайн, В – збір та аналіз даних, С – відповідальність за статичний аналіз, D – написання статті, Е – критичний огляд, F – остаточне затвердження статті.

Ця стаття розповсюджується на умовах ліцензії **Creative Commons Attribution (CC-BY)**, яка дозволяє необмежене використання, поширення та відтворення в будь-якому форматі за умови належного цитування оригінальної роботи © Всі автори, 2026

Стаття надійшла 22.05.2026 року

Стаття прийнята до друку 20.08.2026 року

Опубліковано 29.09.2026 року

DOI 10.29254/2077-4214-2026-3-182-81-92

УДК 611.42-018.1:612.017.11:616.517-092

Літис І. О., Кайдашев І. П.

РОЛЬ ВРОДЖЕНИХ ЛІМФОЇДНИХ КЛІТИН В ПАТОГЕНЕЗІ ПСОРІАЗУ

Полтавський державний медичний університет (м. Полтава, Україна)

irinalitus@gmail.com

Проведений огляд сучасної наукової літератури щодо ролі вроджених лімфоїдних клітин (ВЛК) в патогенезі псоріазу. Наведено інформацію про три основні групи ВЛК і їх внесок в імунопатогенез захворювання. До ВЛК 1 групи належать НК-клітини та ВЛК1, до 2 групи – ВЛК2, а до групи 3 – індуктори лімфоїдної тканини (LTi-клітини) та ВЛК3. ВЛК1 сприяють розвитку імунітету 1 типу, що є критично важливим для контролю внутрішньоклітинних мікробних та вірусних інфекцій, а також для стримування розвитку пухлин. ВЛК2 експресують ядерний фактор GATA3 і характеризуються продукцією ІЛ-4, ІЛ-5, ІЛ-9 та ІЛ-13. До ВЛК групи 3 належать індуктори лімфоїдної тканини (LTi-клітини), NCR+ ВЛК3 (NK22, NCR22, ВЛК22) та NCR– ВЛК3 (ВЛК17). Найбільший внесок в патогенез псоріазу належить саме ВЛК-3 через їх здатність виробляти ІЛ-22 та ІЛ-17А. ВЛК3 присутні в крові та шкірі уражених пацієнтів у більшій кількості порівняно зі здоровими особами. Крім того, їхня кількість у периферичній крові та ураженій шкірі зменшується під час ремісії захворювання. Зформовано уявлення про вісь ІЛ-23-ВЛК3-ІЛ-17/ІЛ-22, яка підтримує запалення та гіперплазію епідермісу при псоріазі. Отже, детальна оцінка сигналів та механізмів, що регулюють активацію та інгібування ВЛК під час та після початку запалення та епітеліальної дисфункції, допоможе визначити конкретні мішені для терапевтичних втручань. Однак точна роль ВЛК у пацієнтів з псоріазом залишається невизначеною.

Ключові слова: псоріаз, вроджені лімфоїдні клітини, фактор некрозу пухлин, інтерлейкіни, шкіра, кератиноцити, імунні клітини.