

ПСОРИАТИЧЕСКИЙ АРТРИТ: АЛГОРИТМ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЯ ПО ВЫБОРУ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ

Н.А. Шостак, А.А. Клименко, Д.А. Аничков, А.А. Кондрашов

Кафедра факультетской терапии им. акад. А.И. Нестерова, ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России;
Россия, 117997, Москва, ул. Островитянова, 1

Контакты: Алеся Александровна Клименко aaklimenko@yandex.ru

Псориатический артрит (ПА) — хроническое воспалительное заболевание суставов, позвоночника и энтезов из группы серонегативных спондилоартритов, которое наблюдается у больных псориазом. В соответствии с Федеральными клиническими рекомендациями по ведению больных ПА от 2013 г., изданными Российским обществом дерматовенерологов и косметологов и Ассоциацией ревматологов России, диагноз должен устанавливаться на основании критериев CASPAR (Classification criteria for Psoriatic ARthritis, 2006). Оценка активности спондилита при ПА проводится с помощью индекса BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index), который представляет собой опросник из 6 вопросов; для ответа используется числовая рейтинговая шкала от 0 («очень хорошо») до 10 («очень плохо») баллов. Для ранней диагностики энтезита при серонегативных спондилоартритах рекомендуется использовать ультразвуковые методы исследования и магнитно-резонансную томографию. Для оценки степени поражения кожи применяют индекс PASI (Psoriasis Area Severity Index), в котором учитываются площадь поражения, выраженность эритемы, инфильтрации и десквамации на различных участках тела. Раннее установление диагноза ПА и своевременное назначение болезнь-модифицирующей противовоспалительной терапии являются актуальными проблемами, так как воспаление высокой активности может привести к быстрой деструкции суставов, физическим ограничениям и инвалидизации пациентов. При выявлении признаков активного ПА (наличие 1 и более припухшего и болезненного сустава, и/или 1 и более дактилита, и/или 1 и более энтезита, и/или воспалительной боли в спине) требуется незамедлительное назначение медикаментозной терапии. Четкое соблюдение алгоритма принятия решения по тактике лечения и своевременной оценке активности клинических проявлений заболевания приводит к улучшению прогноза, повышению приверженности лечению и качества жизни больного.

Ключевые слова: серонегативный спондилоартрит, псориаз, псориатический артрит, дактилит, энтезит, спондилит, диагностические критерии псориатического артрита, воспалительная боль в спине, лечение псориатического артрита, метотрексат

DOI: 10.17650/1818-8338-2015-10-4-39-46

PSORIATIC ARTHRITIS: AN ALGORITHM FOR MAKING A DECISION ON THE CHOICE OF MANAGEMENT TACTICS

N.A. Shostak, A.A. Klimenko, D.A. Anichkov, A.A. Kondrashov

Acad. A.I. Nesterov Department of Intermediate-Level Therapy,
N.I. Pirogov Russian National Research Medical University at the Ministry of Health of Russia;
1 Ostrovityanova St., Moscow, 117997, Russia

Psoriatic arthritis (PA) is a chronic inflammatory disease of the joints, vertebral column, and entheses from a group of seronegative spondyloarthritides, which is observed in patients with psoriasis. In accordance with the 2013 federal clinical guidelines for the management of patients with PA, published by the Russian Society of Dermatovenereologists and Cosmetologists and the Association of Rheumatologists of Russia, its diagnosis should be based on the CASPAR criteria (Classification criteria for Psoriatic ARthritis, 2006). The activity of spondylitis in PA is assessed using the Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI) that is a questionnaire containing 6 questions; a numeric rating scale from 0 ("very good") to 10 ("very bad") scores is applied for a response. It is recommended that ultrasound studies and magnetic resonance tomography be used for the early diagnosis of enthesitis in seronegative spondyloarthritides. The Psoriasis Area Severity Index (PASI) that takes into account the area of the lesion, the magnitude of erythema, infiltration, and desquamation in different body areas. The early diagnosis of PA and the timely use of disease-modifying antirheumatic therapy are topical problems, as high-activity inflammation may lead to rapid joint destruction, physical limitations, and disability. When the signs of active PA (the presence of one or more swollen and tender joints, and/or 1 or more dactylitides, and/or more enthesitides and/or inflammatory back pain) are detected, prompt drug therapy is indicated. The clear compliance of the algorithm for making a decision on treatment policy and the timely assessment of the clinical manifestations of the disease improves prognosis, adherence to treatment, and quality of life.

Key words: seronegative spondyloarthritides, psoriasis, psoriatic arthritis, dactylitis, enthesitis, spondylitis, diagnostic criteria for psoriatic arthritis, inflammatory back pain, treatment of psoriatic arthritis, methotrexate

Введение

Псориаз является распространенным хроническим заболеванием, от которого страдают 1–2 % населения развитых стран [1]. Псориатический артрит (ПА) развивается у 30 % людей с кожной формой псориаза [2]. Современное определение ПА как хронического воспалительного заболевания суставов, позвоночника и энтезов из группы серонегативных спондилоартритов, которое наблюдается у больных псориазом, сразу дает палитру клинических проявлений заболевания, с которыми сталкивается врач при ведении конкретного больного.

Диагностические критерии псориатического артрита

Уже с конца XIX в. приводились описания артрита, ассоциированного с псориазом. Большинство исследователей пытались установить сущность «псориатической артропатии» и приводили следующие определения [3]:

- это форма атрофического артрита, ассоциированного с псориазом, который может возникать на пике активного кожного синдрома, при рецидиве или первой манифестации;
- это артрит, локализующийся в дистальных межфаланговых суставах и ассоциированный с псориазом;
- это синдром, при котором степень атипичного артрита уменьшается в процессе лечения кожного псориаза;
- это особенная деструктивная форма артрита, ассоциированная с псориазом.

В 1973 г. исследователями J. Moll и V. Wright был опубликован обзор по наблюдению значительного количества клинических случаев ПА, особенностями которого было олигоартикулярное поражение с частым вовлечением дистальных межфаланговых суставов, с изменениями ногтевых пластин, дактилитом, энтезитами, спондилитом, рентгенологическими признаками костной деструкции и иритом. С этого момента началось активное изучение патогенеза, активности заболевания, факторов риска и методов его лечения [4]. В 1991 г. M. Dougados и соавт. в составе Европейской рабочей группы по изучению спондилоартропатий (European Spondyloarthropathy Study Group, ESSG) представили свою версию критериев ПА, впервые определив данное заболевание в группу серонегативных спондилоартропатий. Они выдвинули 2 основных критерия: боль в спине воспалительного характера или синовит (асимметричный, преимущественно нижних конечностей); также необходимо наличие псориаза у пациента и/или семейного анамнеза данного заболевания. Ими также было подчеркнуто, что ПА может развиваться раньше кожного псориаза [5].

В России диагностические критерии и критерии исключения ПА были разработаны в Институте рев-

матологии РАМН в 1989 г. Э.Р. Агабабовой и соавт., а затем дополнены В.В. Бадочкиным в 2003 г. Особенностью указанных критериев (табл. 1) явилась оценка чувствительности и специфичности всех известных клинических признаков ПА, а также балльная оценка в различных категориях диагноза (ПА определенный, вероятный и т.д.) [6–8].

В настоящее время в соответствии с Федеральными клиническими рекомендациями по ведению больных ПА от 2013 г., изданными Российским обществом дерматовенерологов и косметологов и Ассоциацией ревматологов России (АРР), диагноз должен устанавливаться на основании критериев CASPAR (Classification criteria for Psoriatic ARthritis, 2006) [9, 10]. Согласно этим критериям, пациенты должны иметь признаки воспалительного заболевания суставов (артрит, спондилит или энтезит) и 3 или более баллов из 5 категорий, представленных в табл. 2.

Для диагностики псориатического спондилита необходимо наличие 2 признаков из представленных ниже [11].

1. Наличие воспалительной боли в спине по критериям ASAS (Ankylosing Spondylitis Assessment Study, 2009) и/или перемежающейся боли в ягодицах: боль в спине считается воспалительной, если у пациента с хронической болью длительностью более 3 мес присутствуют 4 признака из нижеследующих:

- дебют в возрасте до 40 лет;
- постепенное начало;
- улучшение после физических упражнений;
- отсутствие улучшения после отдыха;
- ночная боль (с улучшением после пробуждения).

2. Ограничение подвижности в шейном, грудном или поясничном отделе позвоночника в сагиттальной и фронтальной плоскостях.

3. Признаки двустороннего сакроилеита II стадии или одностороннего III–IV стадии (по Kellgren) на обзорной рентгенограмме таза, синдесмофиты или паравerteбральные оссификаты на рентгенограмме позвоночника в боковой или прямой проекции.

4. Выявление магнитно-резонансно-активного сакроилеита (остеит/отек костного мозга в области илеосакральных сочленений в STIR-режиме или T1 с подавлением жира).

Оценка активности спондилита при ПА проводится по индексу BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index – опросник из 6 вопросов; для ответа используется числовая рейтинговая шкала от 0 («очень хорошо») до 10 («очень плохо») баллов) (рис. 1). BASDAI применяют у больных ПА как для оценки активности поражения позвоночника, так и для эффективности терапии – оценка влияния на спондилит. Индекс BASDAI < 4 баллов без нарушения функции соответствует низкой активности псориатического спондилита; BASDAI > 4 баллов без нарушения функции и BASDAI < 4 баллов в сочетании с нарушением функции – уме-

Таблица 1. Диагностические критерии ПА (2003)

№	Критерий	Балл	Чувствительность, %	Специфичность, %
1	Псориазические высыпания на коже Псориаз ногтевых пластинок Псориаз у близких родственников	5 2 1	100	100
2	Артрит дистальных межфаланговых суставов	5	68,5	98,2
3	Артрит 3 суставов одного пальца	5	26,9	100
4	Асимметричный артрит	2	62,0	58,6
5	Типичные параартикулярные явления	5	63,0	90,0
6	«Сосискообразная» деформация пальцев стоп	3	28,7	83,4
7	Разнонаправленные подвывихи суставов пальцев кистей	4	16,5	100
8	Боль и утренняя скованность в позвоночнике	1	61,1	23,1
9	Остеолиз в области суставов	5	16,7	99,4
10	Анкилоз дистальных межфаланговых (кисти, стопы) и плюснефаланговых суставов	5	5,6	100
11	Рентгенологические признаки определенного сакроилеита	2	48,1	46,7
12	Синдесмофиты или паравертебральные оссификаты	4	17,6	80
13	Серонегативность по ревматоидному фактору	2	88,9	0
14	Связь усиления кожных проявлений с обострением суставного синдрома или его появлением	4	39,8	95,5
Категория диагноза		Сумма баллов		
ПА классический		≥ 16		
ПА определенный		11–15		
ПА вероятный		8–10		
ПА отвергается		≤ 7		

Таблица 2. Диагностические критерии CASPAR

Наличие признаков воспалительного заболевания суставов (артрит, спондилит или энтезит) + 3 балла из следующих категорий	
Категория	Балл
Псориаз: псориаз в момент осмотра псориаз в анамнезе семейный анамнез псориаза	2 1 1
Псориазическая дистрофия ногтей: точечные вдавления онихолизис гиперкератоз	1
Отрицательный ревматоидный фактор	1
Дактилит: припухлость всего пальца в момент осмотра дактилит в анамнезе	1
Рентгенологические признаки внесуставной костной пролиферации по типу краевых разрастаний (кроме остеофитов) на рентгенограммах кистей и стоп	1

ренной активности; BASDAI > 4 баллов в сочетании с нарушением функции — показатель высокой активности заболевания.

Выраженность энтезитов оценивают с помощью индекса MASES (Maastricht Ankylosing Spondylitis Enthesis Score) [12]. Оцениваются 13 областей (градировка степени болезненности не проводится, а учитывается факт наличия болезненности и припухлости):

- 1-е костохондральные сочленения (2 области оценки);
- 7-е костохондральные сочленения (2 области оценки);
- задневерхние и передневерхние ости подвздошных костей, гребни подвздошных костей (2 области оценки);
- остистый отросток V поясничного позвонка;
- место прикрепления ахиллова сухожилия и подошвенного апоневроза к пяточным костям (2 области оценки).

Для ранней диагностики энтезита при серонегативных спондилоартритах рекомендуется использовать ультразвуковые методы исследования и магнитно-

BASDAI

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

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

Совсем нет

Крайнесильная

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

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

Совсем нет

Крайнесильная

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

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

Совсем нет

Крайнесильная

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

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

Совсем нет

Крайнесильная

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

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

Совсем нет

Крайнесильная

6. Как долго длится утренняя скованность, возникающая после пробуждения (за последнюю неделю)?

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

0 ч

1 ч

2 ч

Способ расчета BASDAI: 1-й шаг — объединить ответы на вопросы 5 и 6, рассчитать среднюю величину; 2-й шаг — суммировать результаты ответа на вопросы 1–4 и прибавить результат, полученный после выполнения шага 1, вычислить среднее путем деления общего значения на 5.

Рис. 1. Индекс активности псориатического спондилита по опроснику BASDAI

резонансную томографию. По степени вовлечения энтезов в патологический процесс оценивают активность энтезита: низкая активность — вовлечены 1–2 точки энтезов, при этом нет ухудшения функции; умеренная активность — вовлечены > 2 точек энтезов или есть ухудшение функции; высокая активность — вовлечены > 2 точек энтезов или есть ухудшение функции и отсутствие ответа на стандартную терапию.

Для оценки степени поражения кожи применяют индекс PASI (Psoriasis Area Severity Index), в котором учитываются площадь поражения, выраженность эритемы,

инфильтрации и десквамации (шелушения) на различных участках тела (рис. 2). Для определения индекса PASI тело пациента условно разделяют на 4 области, присвоив им весовой коэффициент: ноги — 0,4; туловище (грудь, живот, спина) — 0,3; руки — 0,2 и голова — 0,1. Каждая из этих областей оценивается отдельно — от 0 до 6 баллов в зависимости от площади поражения. Далее для каждой области оценивают интенсивность (0–4 балла) каждого из трех клинических признаков — эритемы, интенсивности шелушения и инфильтрации. После этого для каждой области определяют свой индекс по формуле:

Голова						Верхние конечности					
Площадь поражения: [0] 0% [1] <10% [2] 10–29% [3] 30–49% [4] 50–69% [5] 70–89% [6] >89%						Площадь поражения: [0] 0% [1] <10% [2] 10–29% [3] 30–49% [4] 50–69% [5] 70–89% [6] >89%					
Эритема:	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	Эритема:	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
Инфильтрация:	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	Инфильтрация:	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
Шелушение:	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	Шелушение:	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]

Туловище						Нижние конечности					
Площадь поражения: [0] 0% [1] <10% [2] 10–29% [3] 30–49% [4] 50–69% [5] 70–89% [6] >89%						Площадь поражения: [0] 0% [1] <10% [2] 10–29% [3] 30–49% [4] 50–69% [5] 70–89% [6] >89%					
Эритема:	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	Эритема:	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
Инфильтрация:	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	Инфильтрация:	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
Шелушение:	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	Шелушение:	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]

Область	Эритема	Шелушение	Инфильтрация	Площадь поражения	Весовой коэффициент	PASI
Голова					0,1	
Руки					0,2	
Туловище					0,3	
Ноги					0,4	
					Общий PASI	

Рис. 2. Подсчет индекса распространенности и тяжести псориаза PASI

(ЭРИТЕМА + ШЕЛУШЕНИЕ + ИНФИЛЬТРАЦИЯ) × СТЕПЕНЬ ПОРАЖЕНИЯ × ВЕСОВОЙ КОЭФФИЦИЕНТ ОБЛАСТИ.

Полученные показатели для каждой из областей суммируют и получают общий суммарный индекс PASI (0–72 балла). Расчет PASI можно провести в режиме online [13].

Алгоритм ведения больного псориазом с артритом

Таким образом, прежде чем разработать алгоритм ведения больного ПА, необходимо установить форму заболевания (периферический артрит, псориазический спондилит, дактилит, энтезит), распространенность кожного процесса, активность всех клинических проявлений заболевания, а также оценить наличие факторов неблагоприятного прогноза:

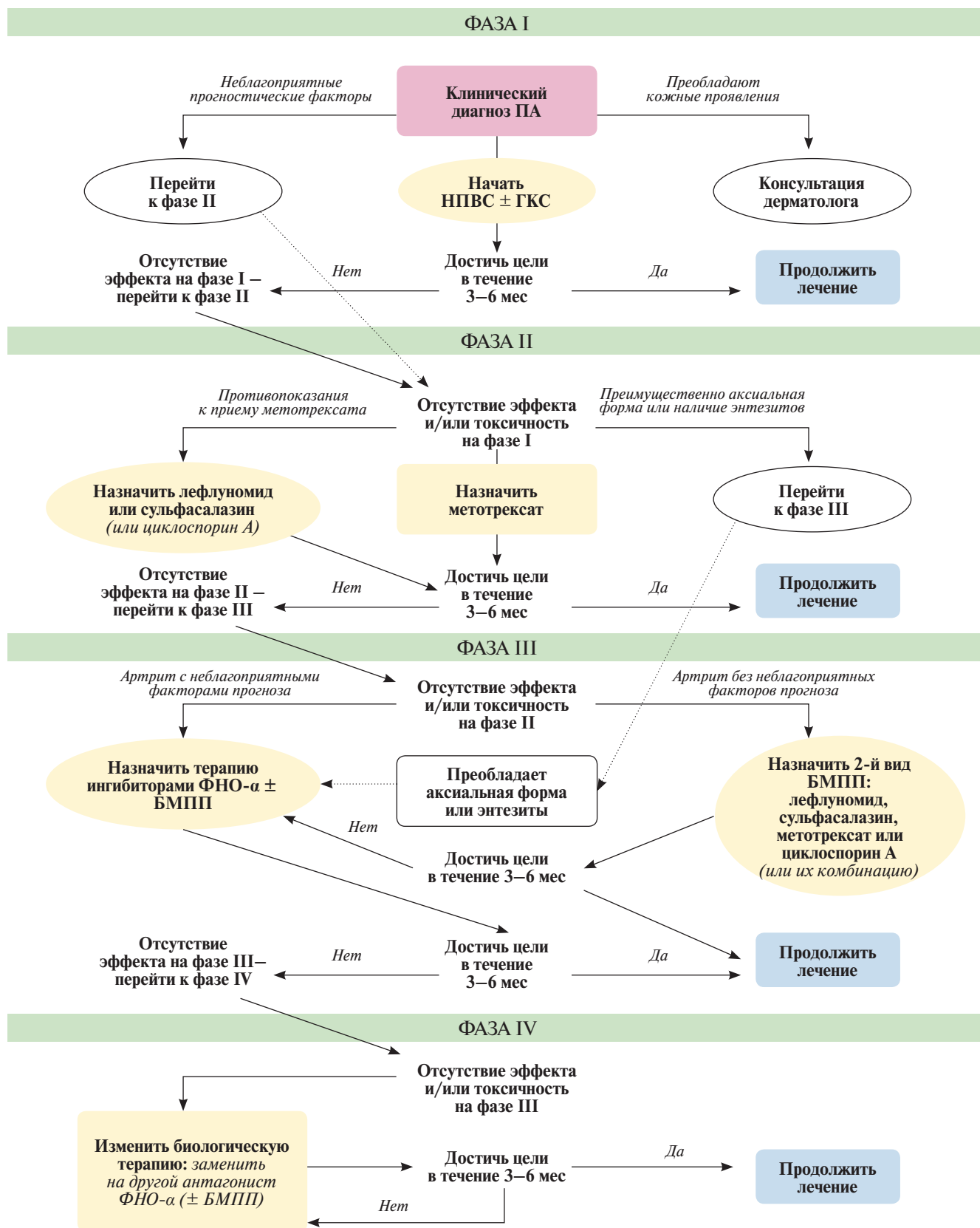
- полиартрит (5 и более суставов, вовлеченных в патологический процесс);
- эрозия суставов;
- потребность в активном лечении при первом визите к врачу;
- предшествующий прием глюкокортикостероидов;

- повышение показателей реактантов острой фазы воспаления (скорость оседания эритроцитов, уровень С-реактивного белка).

Раннее установление диагноза ПА и своевременное назначение болезнь-модифицирующей противовоспалительной терапии (БМПП) являются актуальными проблемами, так как сохранение высокой активности воспаления может привести к быстрой деструкции суставов, физическим ограничениям и инвалидизации пациентов [14, 15]. Все больные с псориазом при наличии жалоб на артралгии должны быть осмотрены врачом-ревматологом.

При выявлении признаков активного ПА (наличие 1 и более припухшего и болезненного сустава, и/или 1 и более дактилита, и/или 1 и более энтезита, и/или воспалительной боли в спине) требуется незамедлительное назначение медикаментозного лечения (рис. 3) [16].

При рассмотрении алгоритма лечения необходимо отметить, что лишь на 1-м этапе (фаза I) при наличии активного ПА в отсутствие факторов неблагоприятного прогноза возможна симптоматическая терапия нестероидными противовоспалительными средствами и глюкокортикостероидами (чаще периартикулярные формы введения) в течение 3–6 мес с последующей оценкой активности артрита. Во всех других случаях



Примечание. НПВС – нестероидные противовоспалительные средства; ГКС – глюкокортикостероиды.

Рис. 3. Алгоритм лечения ПА (адаптировано из [16])

необходимо сразу перейти ко 2-му этапу (фаза II): у больных с активным ПА и факторами неблагоприятного прогноза БМПП — метотрексат, лефлуномид, сульфасалазин или циклоспорин — следует назначать как можно раньше (длительность ПА от нескольких недель до 2 лет), причем препаратом выбора является метотрексат в начальной дозе 10–15 мг/нед с последующей возможностью увеличения дозы на 5 мг каждые 2–4 нед в зависимости от эффективности терапии [16]. Метотрексат в дозе более 15 мг/нед лучше назначать парентерально вследствие лучшей биодоступности и переносимости.

При наличии аксиальной формы (псориатическо-го спондилита), энтезита и в случае неэффективности 2-го этапа терапии необходимо перейти к фазе III: именно на этом этапе решается вопрос о форме комбинированной терапии — БМПП + генно-инженерные биологические препараты (ГИБП) или 2 вида БМПП, или монотерапия ГИБП. Наличие спондилита или энтезита, неэффективность предыдущей терапии БМПП ПА с факторами неблагоприятного прогноза также требуют применения комбинации БМПП + ГИБП или проведение монотерапии ГИБП, наличие периферической формы ПА с сохраняющейся активностью без признаков неблагоприятного прогноза предполагает возможность назначения 2 видов БМПП.

В России среди ГИБП для лечения ПА зарегистрированы ингибиторы фактора некроза опухоли α (ФНО- α): инфликсимаб, адалимумаб, этанерцепт, голимумаб, а также моноклональные антитела к интерлейкинам (IL) 12/23 — устекинумаб.

В конце 2015 г. были опубликованы новые рекомендации EULAR (European League Against Rheumatism) от 2012 г., в которых пересмотрен алгоритм выбора ГИБП на III и IV фазах принятия решения. Обычно первым ГИБП является ингибитор ФНО- α . Доказано, что препараты данной группы уменьшают активность артрита, дактилита, энтезита, спондилита, кожных форм псориаза, задерживают рентгенологическое прогрессирование эрозий суставов [9, 16, 17]. В случае наличия противопока-

заний или низкой эффективности рекомендуется назначать устекинумаб, или моноклональные антитела к IL-17 секукинумаб (не зарегистрирован в РФ), или таргетный синтетический БМПП — ингибитор фосфодиэстеразы 4-го типа апремиласт (не зарегистрирован в РФ) [17].

В соответствии с рекомендациями EULAR (2012) [16] и APP (2013) перед назначением ГИБП обязательным является скрининг на туберкулез (проба Манту или Диаскинтест/квантифероновый тест, рентгенография органов грудной клетки, при необходимости — компьютерная томография легких, консультация фтизиатра), который повторяют через каждые 6 мес терапии [9, 16].

Переход к фазе IV требует подтверждения неэффективности проводимого комбинированного лечения БМПП + ГИБП, обуславливающего необходимость смены биологической терапии на другую группу или другой препарат из группы ингибиторов ФНО- α .

Кроме того, многочисленные исследования, мета-анализы подтверждают ассоциацию наличия ПА с увеличением риска сердечно-сосудистых осложнений и смерти [18–21]. Поэтому оптимальные стратегии ведения и лечения ПА предполагают, что врач-ревматолог или дерматолог осведомлен о возможном развитии коморбидных заболеваний: сахарного диабета 2-го типа, артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, ожирения, болезни Крона, гиперлипидемии, воспалительных заболеваний кишечника, ирита, увеита, эписклерита и др. При их возникновении необходимо своевременно направить пациента к профильным специалистам.

Заключение

Таким образом, одной из важнейших задач ведения больного ПА является четкое соблюдение алгоритма принятия решения по тактике лечения, своевременной оценке активности клинических проявлений заболевания, что значимо отразится на прогнозе заболевания, приверженности лечению и качестве жизни больного.

Л И Т Е Р А Т У Р А / R E F E R E N C E S

1. Российское общество дерматовенерологов и косметологов. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных псориазом. М., 2015. Доступно по ссылке: http://www.cnikvi.ru/docs/clinic_recs/bolezni-kozhi-i-pridatkov-kozhi/. [Russian Dermatovenereologists' and Cosmetologists' Society. Federal clinical recommendations for the treatment of patients with psoriasis. Moscow, 2015. Available at: http://www.cnikvi.ru/docs/clinic_recs/bolezni-kozhi-i-pridatkov-kozhi/. (In Russ.)].
2. Reich K., Krüger K., Mössner R., Augustin M. Epidemiology and clinical pattern of psoriatic arthritis in Germany: a prospective interdisciplinary epidemiological study of 1511 patients with plaque-type psoriasis. *Br J Dermatol* 2009; 160(5):1040–7.
3. Gladman D.D., Antoni C., Mease P.J. et al. Psoriatic arthritis: epidemiology, clinical features, course, and outcome. *Ann Rheum Dis* 2005;64 Suppl 2:iii14–7.
4. Moll J.M., Wright V. Familial occurrence of psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis* 1973;32(3):181–201.
5. Dougados M., van der Linden S., Juhlin R. et al. The European Spondyloarthropathy Study Group preliminary criteria for the classification of spondyloarthropathy. *Arthritis Rheum* 1991;34(10):1218–27.

6. Бадюкин В.В. Клиника и диагностика псориатического артрита. М., 2004. [Badokin V.V. Clinics and diagnostics of the psoriatic arthritis. Moscow, 2004. (In Russ.)].
7. Агабабова Э.Р., Бадюкин В.В., Эрдес Ш. и др. Разработка и апробация диагностических критериев псориатического артрита. Терапевтический архив 1989;61(12):117–21. [Agababova E.R., Badokin V.V., Erdes Sh. et al. Development and approbation of diagnostic criteria of the psoriatic arthritis. Terapevticheskiy arkhiv = Therapeutic Archive 1989;61(12):117–21. (In Russ.)].
8. Бадюкин В.В. К вопросу о классификации псориатического артрита. Клиническая ревматология 1995;(1):53–6. [Badokin V.V. To the issue on the classification of psoriatic arthritis. Klinicheskaya revmatologiya = Clinical Rheumatology 1995;(1):53–6. (In Russ.)].
9. Российское общество дерматовенерологов и косметологов, Ассоциация ревматологов России. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных псориатическим артритом. М., 2013. Доступно по ссылке: <http://rheumatolog.ru/experts/klinicheskie-rekomendacii>. Russian Dermatovenereologists' and Cosmetologists' Society, Association of Rheumatologists of Russia. Federal clinical recommendations for patients with psoriatic arthritis. Moscow, 2013. Available at: <http://rheumatolog.ru/experts/klinicheskie-rekomendacii>. (In Russ.)].
10. Sieper J., van der Heijde D., Landewé 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(6):784–8.
11. 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(8):2665–73.
12. Heulf-Dorenbosch L., Spoorrenberg A., van Tubergen A. et al. Assessment of enthesitis in ankylosing spondylitis. Ann Rheum Dis 2003;62(2):127–32.
13. PASI score. Available at: <http://www.dermnetnz.org/scaly/pasi.html>.
14. Gladman D.D. Psoriatic arthritis. Dermatol Ther 2009;22(1):40–55.
15. Gladman D.D., Thavaneswaran A., Chandran V. et al. Do patients with psoriatic arthritis who present early fare better than those presenting later in the disease? Ann Rheum Dis 2011;70(12):2152–4.
16. Gossec L., Smolen J.S., 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.
17. Gossec L., Smolen J.S., Ramiro S. et al. European League Against Rheumatism (EULAR) recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies: 2015 update. Ann Rheum Dis 2015;74:1327–39.
18. Wong K., Gladman D.D., Husted J. et al. Mortality studies in psoriatic arthritis: results from a single outpatient clinic. I. Causes and risk of death. Arthritis Rheum 1997;40(10):1868–72.
19. Gladman D.D., Farewell V.T., Wong K. et al. Mortality studies in psoriatic arthritis: results from a single outpatient center. II. Prognostic indicators for death. Arthritis Rheum 1998;41(6):1103–10.
20. Chin Y.Y., Yu H.S., Li W.C. et al. Arthritis as an important determinant for psoriatic patients to develop severe vascular events in Taiwan: a nation-wide study. J Eur Acad Dermatol Venereol 2013;27(10):1262–8.
21. Шостак Н.А., Клименко А.А. Современные подходы к диагностике и лечению псориатического артрита (обзор). Терапевтический архив 2008;80(10):82–7. [Shostak N.A., Klimenko A.A. Modern approaches to the diagnostics and treatment of the psoriatic arthritis (review). Terapevticheskiy arkhiv = Therapeutic Archive 2008;80(10):82–7. (In Russ.)].