

С.Н. Чебышева,
к.м.н., доцент кафедры детских болезней
Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

А.В. Мелешкина,
к.м.н., ассистент кафедры детских болезней
Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

Е.С. Жолобова,
д.м.н., профессор кафедры педиатрии и детской
ревматологии, профессор кафедры детских болезней
Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

Н.А. Геппе,
д.м.н., заслуженный врач РФ, директор НОКЦ
«Здоровый ребенок», профессор, заведующая кафедрой
детских болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

S.N. Chebyshova,
PhD, associate prof. of the chair of childhood diseases
of the I.M. Sechenov First MSMU

A.V. Meleshkina,
PhD, assistant of the chair of childhood diseases
of the I.M. Sechenov First MSMU

E.S. Zholobova,
MD, prof. of the chair of pediatrics and pediatric
rheumatology, prof. of the chair of childhood diseases
of the I.M. Sechenov First MSMU

N.A. Geppe,
MD, honoured doctor of Russia, director of the Research
and educational clinical centre «Healthy Child»,
prof., head of the chair of childhood diseases
of the I.M. Sechenov First MSMU

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ТЕЧЕНИЯ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА У ДЕТЕЙ

THE CLINICAL FEATURES AND COURSE OF PSORIATIC ARTHRITIS IN CHILDREN

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

Наталия Анатольевна Геппе, директор НОКЦ «Здоровый ребенок», профессор, заведующая кафедрой детских болезней

Адрес: 119435, г. Москва, ул. Б. Пироговская, д. 19

Телефон: 8 (499) 248–64–79

E-mail: kaf-child@mma.ru

Статья поступила в редакцию: 27.02.2014

Статья принята к печати: 11.03.2014

CONTACT INFORMATION:

Nataliya Anatolievna Geppe, director of the Research and educational clinical centre «Healthy Child», prof., head of the chair of childhood diseases

Address: 19 B. Pirogovskaya str., Moscow, 119435

Tel.: 8 (499) 248–64–79

E-mail: kaf-child@mma.ru

The article received: 27.02.2014

The article approved for publication: 11.03.2014

Аннотация. Цель работы — представить обзор и сравнение литературных данных по ПсА со сведениями, полученными при проведении обследования. Было проведено обследование 24-х пациентов с ПсА. Были выявлены сроки формирования суставного и кожного синдромов при ПсА у детей, а также варианты дебюта и разгара заболевания. Дана краткая характеристика терапии ПсА. Полученные данные свидетельствуют о том, что течение ПсА у детей стало иным: изменилась структура дебюта и разгара заболевания, сроки формирования кожных и суставных синдромов, а также этой патологией стали чаще страдать дети раннего возраста.

Annotation. The goal of this article is to provide an overview and comparison of published data on PsA with information obtained in the survey. A survey was conducted of 24 patients with PsA. Identified terms of formation of articular and cutaneous syndromes in PsA in children, as well as options for debut and height of the disease are presented. The brief characteristic of therapy is given. The data obtained svidelelstvuyut that for PsA in children was different: the debut changed the structure and height of the disease, the timing of the formation of cutaneous and articular syndrome, and this disease was more likely to suffer for young children.

Ключевые слова. Псориатический артрит (ПсА), псориаз, ювенильный идиопатический артрит, Ванкуверские диагностические критерии, дактилит.

Keywords. Psoriatic arthritis (PsA), psoriasis, juvenile idiopathic arthritis, Vancouver diagnostic criteria, dactylitis.

Общая характеристика заболевания Псориатический артрит (ПсА) — это хроническое воспалительное заболевание суставов, которое развивается примерно у трети больных псориазом. Впервые его

описание было дано во Франции в 1818 г. [1], однако вплоть до 50-х гг. прошлого столетия он рассматривался как вариант ревматоидного артрита. Только открытие ревматоидного фактора, анализ

клинических особенностей ПсА и результатов эпидемиологических исследований, подтвердивших связь псориаза и суставного синдрома, позволили определить, что данная патология является самостоятельным заболеванием [1].

ПсА у взрослых относится к группе серонегативных спондилоартритов, у детей — к ювенильному идиопатическому артриту по классификации Дурбан 1998 г. (ювенильный ревматоидный артрит, ЮРА) [1–3].

Приблизительно с одинаковой частотой данная патология встречается среди мужчин и женщин. У детей она наблюдается относительно редко: ПсА составляет 4–9% в структуре ювенильных артритов. В 2 раза чаще он наблюдается у девочек. Пик заболеваемости приходится на пубертатный возраст [1, 2].

Цель данной статьи — представить обзор и сравнение литературных данных по ПсА со сведениями, полученными при проведении обследования.

Результаты клинического наблюдения. Было проведено обследование 24 пациентов с ПсА (в возрасте от 6 до 17 лет), наблюдавшихся в Университетской детской клинической больнице Первого Московского медицинского университета им. И.М. Сеченова в течение 10 лет. Из них 79,2% (19 человек) составляли девочки, что соответствует литературным данным, согласно которым данной патологией чаще страдают лица женского пола [1, 2].

Большинство (53%) пациентов заболели в возрасте до 6,5 лет, что расходится с данными литературы о дебюте ПсА в пубертатный период [1, 2]. Средний возраст начала заболевания составил $6,2 \pm 0,5$ года (минимальный — 4 месяца, максимальный — 15 лет); средняя длительность равнялась $6,7 \pm 0,3$ года.

Классическими проявлениями псориаза у детей являются эритематозные папулы, покрытые серебристыми чешуйками, которые сливаются в бляшки различной формы. Чаще всего поражается кожа локтей, коленей, паховой области, волосистой части головы. Ключом к диагнозу становятся локализация и характер поражения суставов (например, асимметрия поражения, наличие дактилита, поражение дистальных межфаланговых суставов), которые являются основанием для тщательного осмотра паховой области, пупка и волосистой части головы с целью выявления псориатических поражений [1–3].

У большинства больных ПсА отсутствует четкая хронологическая зависимость между поражением кожи и суставов, хотя артрит чаще встречается при тяжелых формах псориаза. Примерно у 75% пациентов поражение кожи предшествует развитию артрита, у 10–15% они возникают одновременно, однако еще в 10–15% случаев артрит развивается раньше псориаза [1–3].

У детей в 50% случаев артрит предшествует появлению псориаза. Однако даже при наличии у ре-

бенка симптомов данного дерматоза, он обычно не столь явно выражен, как у взрослых, поэтому нередко просматривается врачами. В силу этого ювенильный ПсА часто расценивается как ЮРА, тем более что в большинстве случаев заболевание начинается с моно-, олигоартрита суставов кистей. У 40–80% детей процесс постепенно распространяется на другие суставы, хотя и в этом случае он может носить асимметричный характер [1, 3].

По нашим данным, у 29,4% детей заболевание началось с поражения кожи (поражение суставов у них развилось в среднем через $2,4 \pm 0,3$ года), а у 70,6% в дебюте наблюдался суставной синдром (поражение кожи присоединилось в среднем через $4,5 \pm 0,8$ года), причем одна больная страдала артритом без кожных изменений в течение 8 лет.

ПсА может начинаться постепенно, исподволь (первые симптомы: повышенная утомляемость, миалгии, артралгии, энтезопатии, потеря массы тела). Приблизительно у трети детей в дебюте заболевания отмечается приступообразная резкая болезненность, отек и скованность в суставах, выраженная в утренние часы [1–3].

У подавляющего большинства (80%) больных ПсА чаще проявляется артритом дистальных, проксимальных межфаланговых суставов пальцев кистей, коленных суставов, реже — пястно- и плюснефаланговых, а также плечевых суставов [1–5].

По нашим сведениям, в дебюте заболевания у 17,6% пациентов отмечался аллергосептический синдром с лихорадкой, типичной сыпью, лимфаденопатией, гепатолиенальным синдромом (по литературным данным, для ПсА нехарактерно вовлечение в процесс внутренних органов); у 11,8% — генерализованное поражение суставов, включая шейный отдел позвоночника, по типу синдрома Стилла; у 70,6% — олигоартикулярный асимметричный суставной синдром, причем процесс начинался с поражения голеностопных, коленных, проксимальных межфаланговых кистей и тазобедренных суставов.

Наиболее распространено деление ПсА на 5 классических форм:

- 1) асимметричный олигоартрит,
- 2) артрит дистальных межфаланговых суставов,
- 3) симметричный ревматоидноподобный артрит,
- 4) мутилирующий артрит,
- 5) псориатический спондилит [5].

Классификация очень условна, формы заболевания нестабильны и могут со временем переходить одна в другую.

В 70% случаев ПсА проявляется асимметричным моно-, олигоартритом (асимметричность — характерная черта этого заболевания). Данной патологии свойственно также вовлечение в дебюте болезни так называемых суставов-исключений (межфалангового сустава I пальца и проксимального межфа-

лангового — V пальца кисти). Особенностью ПсА является поражение всех суставов одного пальца кисти — аксиальный, или осевой, артрит. Нередко при этом наблюдается тендовагинит сухожилий сгибателей, что придает пораженному пальцу сосискообразный вид. Кожа над пораженными суставами, особенно пальцев кистей и стоп, нередко приобретает багровую или багрово-синюшную окраску. Интересно, что болезненность такого сустава, в том числе и пальпаторная, обычно небольшая [1–3].

Артрит дистальных межфаланговых суставов — это наиболее типичное проявление ПсА, поэтому оно и выделяется в отдельную форму. Но такой изолированный процесс встречается крайне редко. Намного чаще он сочетается с поражениями других суставов и ногтей. У 5% пациентов с ПсА наблюдается симметричное ревматоидоподобное поражение пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов пальцев кистей. Иногда такая форма заболевания в дебюте создает значительные трудности в дифференциальном диагнозе с ЮРА [1–3].

Мутилирующий (обезображивающий) артрит является своеобразной формой ПсА и проявляется тяжелым деструктивным артритом дистальных отделов конечностей, преимущественно пальцев кистей и стоп. В результате остеолиза пальцы укорачиваются, развивается их характерная деформация («телескопический палец») или деформация кисти («рука с лорнетом»). Возникает патологическая подвижность фаланг, приводящая к существенному нарушению функции конечности [1, 3, 5].

У 40% пациентов с ПсА наблюдается вовлечение в процесс позвоночника (псориатический спондилит), причем чаще сочетающееся с артритом периферических суставов. У 5% больных отмечается изолированное поражение осевого скелета. Изменения позвоночника при ПсА могут ничем не отличаться от изменений, свойственных болезни Бехтерева: начало — боли в поясничном отделе воспалительного характера, затем последовательное поражение грудного, шейного отделов, реберно-позвоночных суставов, формирование характерной «позы просителя». Эти больные часто являются носителями антигена гистосовместимости HLA-B27.

По нашим данным, ПсА у всех пациентов протекал очень вариablyно. У 47% детей заболевание характеризовалось высокой лабораторной и клинической активностью [1, 3]. Отмечались обострения суставного и кожных изменений до 5–6 раз в год. У 53% больных, напротив, процесс протекал легко, наблюдался хороший эффект от стандартной противоревматической терапии.

В разгар заболевания (через 3–4 года от начала наблюдения) у 41,2% пациентов диагностировался симметричный ревматоидоподобный артрит, у 23,5% — ассиметричный олигоартрит, у 23,5% —

спондилоартрит с поражением периферических суставов (голеностопных, коленных, межфаланговых), у 1,8% — мутилирующий артрит.

При ПсА отсутствуют специфические лабораторные тесты. Они лишь отражают наличие и выраженность воспалительного процесса. В активный период заболевания отмечается повышение СРБ, серомукоида, лейкоцитоз, ускоренное СОЭ, так же могут наблюдаться гемореологические нарушения [1, 3, 6].

Рентгенологическая картина при ПсА характеризуется рядом особенностей: асимметричность рентгенологических симптомов, редкое развитие околосуставного остеопороза, наличие костной пролиферации [4, 6].

В ранних стадиях ПсА может наблюдаться околосуставной остеопороз, однако в отличие от ЮРА он чаще носит временный характер и в дальнейшем может исчезать, даже при наличии костных эрозий. Генерализованный остеопороз отмечается при мутилирующем артрите [1, 3].

При ПсА наблюдается сужение суставных щелей. Иногда деструктивный процесс в суставах пальцев кистей и стоп достаточно интенсивен, на рентгенограммах это может выглядеть как расширение щелей суставов, что отличает ПсА от ЮРА [1, 3].

Эрозии сначала появляются на краях суставных поверхностей костей, затем распространяются на центральную часть сустава. При прогрессировании деструкции костный край может заостряться и напоминать по форме заточенный карандаш. Нередко в этих случаях деформация второй сочлененной поверхности характеризуется блюдцеобразной вогнутостью, формируется рентгенологическая картина, известная под названием «карандаш в стакане» и «чашка с блюдцем». Характерной для ПсА является деструкция межфалангового сустава I пальца стопы [1, 3].

Костная пролиферация наблюдается преимущественно вокруг эрозий костей в области диафизов и эпифизов фаланг (периостит), в местах инсерций сухожилий и прикрепления связок, суставных капсул. Проллиферация кости в области эрозий возникает, видимо, как реакция на деструкцию подлежащей костной ткани. Первоначально пролифераты имеют вид небольших отростков неравномерной плотности, но в последующем они приобретают вид настоящей кости. Наиболее характерные внесуставные локализации — задние и подошвенные поверхности пяточных костей, вертелы бедренных костей, подвздошная бугристость. Длительно существующий ахиллобурсит служит причиной возникновения эрозивного процесса в пяточной кости в месте прикрепления пяточного сухожилия [1, 3].

При мутилирующем артрите развивается остеолит и резорбция суставных частей пястных, плюс-

невых костей, фаланг пальцев, бугорка дистальной фаланги, нередко диафизов костей предплечья. Иногда изменения развиваются довольно быстро, приводя к анкилозированию суставов уже в течение первого года болезни. В большинстве случаев анкилозы носят ярко выраженный асимметричный характер [1, 3].

Иногда рентгенологические изменения позвоночника не отличаются от таковых при анкилозирующем спондилите (типичные синдесмофиты, симптом «бамбуковой палки»). Для псориатического спондилита характерны так называемые парасиндесмофиты, или паравертебральные оссификаты и кальцинаты, т. е. участки оссификации (обызвествления) паравертебральных мягких тканей, остающиеся несвязанными с позвонками. Типичная для болезни Бехтерева «квадратизация» позвонков для этого заболевания не характерна [1, 5].

По нашим данным, в разгар болезни у 47% пациентов отмечалась 1-я рентгенологическая стадия по Штейн-Беккеру, у 53% — 3–4-я рентгенологические стадии. Надо отметить, что у всех больных был выявлен околоуставной остеопороз, что не очень характерно для ПсА.

Диагноз ПсА базируется на наличии ряда признаков: псориатическое поражение кожи у больного (даже незначительная по величине бляшка или наперстковидное поражение ногтевых пластинок) или кровных родственников.

При постановке диагноза существенны два симптома: признак «стеарина» (при отторжении одной чешуйки появляется белое пятно из-за сухости и ломкости покрова) и признак «Auspits» (появление точечного кровотечения после соскоба чешуйки слой за слоем из-за дермического папилломатоза). Поражаются также и ногтевые пластинки. В начальной фазе появляется ряд канавок, обычно небольших, или ямок, захватывающих весь ноготь. В дальнейшем развивается фаза онихолизиса, когда ноготь выпадает из-за подлежащего гиперкератоза, частичного или тотального. Процесс начинается от края ногтя и прогрессирует по мере эволюции болезни, охватывая всю поверхность, причем одновременно ноготь становится матовым, его цвет меняется благодаря нарушениям микроциркуляции, предшествующей или сопутствующей гиперкератозу ногтевого ложа. Это часто влечет за собой осложнения в виде бактериальных или микозных вторичных инфекций.

Для диагноза имеет значение асимметричный моно-, олигоартрит, особенно с поражением пальцев кистей или стоп, аксиальный артрит, вовлечение в дебюте болезни дистальных межфаланговых суставов или суставов-исключений, асимметричный сакроилеит. Определенные трудности возникают при отсутствии у больных кожного процесса. В этих случаях следует тщательно обследовать па-

циента с целью поиска даже минимальных проявлений псориаза [1, 2, 6].

При постановке диагноза используются Ванкуверовские диагностические критерии ювенильного ПсА (1989). Определенный ювенильный ПсА выявляется при наличии:

- артрита и типичной псориатической сыпи,
- артрита и хотя бы трех из следующих «малых» признаков:
 - изменений ногтей (синдром «наперстка», онихолизис);
 - псориаза у родственников 1-й или 2-ой степени родства;
 - псориазоподобной сыпи;
 - дактилита.

Вероятный ювенильный ПсА определяется при наличии артрита и хотя бы двух из «малых» признаков.

Лечение. Терапия ПсА должна быть комплексной и проводиться совместно с дерматологом, в то же время нельзя надеяться на уменьшение симптомов артрита только при условии лечения кожного псориаза (напр., при использовании кожных мазей, ультрафиолетового облучения, ПУВА-терапии и т. д.). В случае отсутствия лечения ПсА может сильно деформировать сустав и привести к инвалидности. Терапия данного заболевания проводится в целях снижения активности воспалительного процесса в суставах, позвоночнике и энтезисах — местах прикрепления сухожилий; уменьшения проявлений псориаза кожи и ногтей; замедления прогрессирования разрушения суставов; сохранения качества жизни и активности пациентов [1–3].

В настоящее время средства для полного излечения ПсА и псориаза не существует, но имеется множество методик, которые могут уменьшать болезненные проявления. Современные препараты позволяют управлять болезнью, полностью снимая симптомы заболевания. Однако для этого необходимо постоянное наблюдение врача и систематическое лечение. Для терапии ПсА применяются следующие основные группы препаратов:

- нестероидные противовоспалительные препараты (диклофенак, индометацин), применение которых предпочтительнее из-за их более активного воздействия на признаки воспаления [3];
- ГКС, главным образом в виде периодических внутрисуставных инъекций и пульс-терапии [3];
- базисные противовоспалительные препараты (сульфасалазин, метотрексат, лефлуномид, циклоспорин).

Противомаларийные (аминохинолиновые) средства Гидроксихлорин (Плаквенил), Хлорахин (Делагил), препараты золота в настоящее время не применяют при ПсА из-за доказанной неэффективности и потенциальной возможности обострения псориаза. Во время лечения базисными препаратами прием нестероидных противовос-

палительных средств сохраняется. Их доза может снижаться после достижения стойкого положительного результата. Общим правилом для всех базисных средств является строгий контроль за переносимостью препарата как со стороны врача, так и со стороны пациента (индивидуальная переносимость). Необходимо помнить, что эффект от терапии наступает в среднем через 4–6 недель [1, 2]. При отсутствии эффекта от 2-х базисных средств, наличии стабильной клинической активности заболевания, острого дактилит, поражения сухожилий, изолированного псориатического спондилоартрита пациенту предлагается терапия биологическими агентами (моноклональные антитела к ФНО- α) [6].

Инфликсимаб (Ремикейд) представляет собой химерное моноклональное антитело к ФНО- α , на 75% состоящее из человеческого белка и на 25% — из мышиного. Данный препарат с высокой специфичностью блокирует ФНО- α как циркулирующий, так и фиксированный на клеточных мембранах. Эффективность инфликсимаба (Ремикейда) при ПсА была убедительно доказана в двух рандомизированных контролируемых исследованиях (IMPACT и IMPACT-11) более чем у 300 взрослых больных. Длительность наблюдения достигала 50 недель [4, 7, 8].

В детской практике известны лишь ограниченные случаи использования блокаторов ФНО- α при ПсА, что связано, конечно же, с тем, что данное заболевание у юных пациентов встречается гораздо реже, чем у взрослых. В нашей клинике имеется успешный опыт применения инфликсимаба (Ремикейда) у детей с ПсА [7, 9].

К новому поколению биологических агентов относится адалимумаб (Хумира), который может применяться как в режиме монотерапии, так и в сочетании с базисными препаратами (метотрексат). Для лечения ПсА препарат зарегистрирован в России в декабре 2006 г. Контролируемых исследований в нашей стране не проводилось, однако, по данным крупных международных исследований, у большой группы пациентов показано, что адалимумаб надежно подавляет симптомы как артрита, так и псориаза, а также задерживает рентгенологическую деструкцию суставов, улучшает качество жизни больных ПсА [4].

Пациентам с ПсА советуют вести подвижный образ жизни, и ежедневно заниматься лечебной физкультурой. Так же им рекомендуется местная терапия. При лечении псориаза используют гидратирующие средства, смягчающие шелушащуюся поверхность псориатических элементов: кремы на основе ланолина с витаминными добавками, крем Унна, мазь Псориаден, которая кроме смягчающего действия обладает также противовоспалительным и антипролиферативным эффектом. Мази с сали-

циловой кислотой размягчают шелушащиеся слои псориатических бляшек и ускоряют их разрешение [1–3].

Так же используют антралин (цигнолин, дитранол). Эффективны препараты дегтя, действие которых основано на его кератопластическом, противовоспалительном и противозудном действии. Иногда они используются в сочетании с фототерапией ультрафиолетом. Хороший эффект отмечается при применении Кальципотриол, мази с антипролиферативным действием [1–3].

Часто для лечения псориаза используют ГКС-мази. При псориазе предпочтение отдается кремам и мазям, помимо стероидных гормонов содержащим салициловую кислоту (Дипросалик, Белосалик, Лоринден А), деготь (Локакортен-Тар, Лоринден Т). На участках с наиболее нежным эпидермисом и у детей рекомендуется использование негалогенизированных ГКС (Адвантан) [1–3].

Из нестероидных наружных лечебных средств наиболее часто при псориазе используется мазь Псоркутан, в состав которой входит кальципотриол — производное витамина D для местного применения. Широко используются в лечении псориаза витамины группы В, аскорбиновая кислота, фолиевая кислота, витамины А, Е, РР [1–3].

Подводя итог, мы можем сказать, что, по нашим наблюдениям, в отличие от литературных данных, большинство пациентов с ПсА заболели в возрасте до 6,5 лет, у трети наблюдаемых детей заболевание началось с поражения кожи, а у 70% в дебюте отмечался суставной синдром.

В дебюте заболевания у 17,6% пациентов наблюдался аллергосептический синдром; у 11,8% — генерализованное поражение суставов; у 70,6% — олигоартикулярный ассиметричный суставной синдром.

Течение ПсА было непредсказуемым у 47% пациентов протекал тяжело с обострениями кожного и суставного синдрома до 5–6 раз в год, у остальных детей течение было более доброкачественное. ПсА у всех пациентов протекал очень вариательно. У 47% детей заболевание характеризовалось высокой лабораторной и клинической активностью, отмечались обострения суставного и кожных изменений до 5–6 раз в год. У 53% больных, напротив, процесс протекал легко, отмечался хороший эффект от стандартной противоревматической терапии.

Через 4 года от дебюта заболевания у четверти больных (23,5%) наблюдался ассиметричный олигоартрит, еще 23,5% детей развернули спондилоартрит с поражением периферических суставов, у 11,8% наблюдаемых пациентов выявлялся мутилирующий артрит, однако же лидировал симметричный ревматоидоподобный артрит (41,2%). В разгар заболевания (через 3–4 года от начала наблюдения) у 41,2% пациентов наблюдался симметричный

ревматоидоподобный артрит, у 23,5% — ассиметричный олигоартрит, у 23,5% — спондилоартрит с поражением периферических суставов (голеностопных, коленных, межфаланговых), и у 11,8% — мутилирующий артрит.

Еще хотелось бы заметить, что у всех наших пациентов был выражен околоуставной остеопороз; это не характерно для данной патологии. Надо отметить, что у всех наших больных был выражен околоуставной остеопороз, что не очень характерно для ПсА.

Список литературы

1. Бурдейный А.П. Псориатический артрит: ревматические болезни / Под ред. Е.Л. Насоновой, Н.В. Бунчук. М. Медицина. 1997. С. 314–324.
[Burdeiny A.P. Psoriatic arthritis: rheumatic diseases / Ed. by V.A. Nasonova, N.V. Bunchuk. M. Medicina, 1997. P. 314–324.]
2. Бунчук Н.В. Псориатический артрит: ревматология. Национальное руководство / Под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой. М. ГЭОТАР-МЕДИА. 2008. С. 355–366.
[Bunchuk N.V. Psoriatic arthritis: rheumatology. National guide / Ed. By E.L. Nasonov, V.A. Nasonova. M. GEOTAR-MEDIA. 2008. P. 355–366.]
3. Чебышева С.Н. Псориатический артрит: руководство по детской ревматологии / Под ред. Н.А. Геппе, Н.С. Подчерняевой, Г.А. Лыскиной. М. ГЭОТАР-МЕДИА. 2011. С. 285–299.
[Chebysheva S.N. Psoriatic arthritis: a guide to children's rheumatology / Ed. by N.A. Geppe, N.S. Podchernyaeva, G.A. Lyskina. M. GEOTAR-MEDIA. 2011. P. 285–299.]
4. Бадюкин В.В. Перспективы применения ингибиторов ФНО- α при псориазе и псориатическом артрите // Клиническая фармакология. 2005; 1: 76–79.
[Badokin V.V. The prospects for using inhibitors TNF- α in psoriasis and psoriatic arthritis // Klin. farmakologiya. 2005; 1: 76–79.]
5. Moll J.M., Wright V. Psoriatic arthritis // Semin. Arthritis Rheum. 1973; 3: 55–78.
6. Southwood T.R. Psoriatic arthritis // Textbook of pediatric rheumatology. Toronto: W.B. Saunders Company. 2002. P. 345–354.
7. Чебышева С.Н. и др. Опыт использования инфликсимаба в лечении подростка с псориатическим артритом: сложный больной в практике педиатра-ревматолога / Под ред. Н.А. Геппе, Т.В. Рябовой. М.: Медицинское информационное агентство. 2008. С. 275–281.
[Chebysheva S.N. et al. An experience in the use of infliximab in the treatment of adolescents with psoriatic arthritis: a difficult patient in the practice of pediatric rheumatologist / Ed. by N.A. Geppe, T.V. Ryabova. M.: Medicinskoe informacionnoe agentstvo. 2008. P. 275–281.]
8. Antony C. et al. Successful treatment of severe psoriatic arthritis with infliximab // Arthritis Rheum. 1999; 42: 371.
9. Чебышева С.Н. и др. Блокаторы фактора некроза опухоли- α при псориатическом артрите у детей // Врач. 2010; 1: 27–28.
[Chebysheva S.N. et al. The blockers of tumor necrosis factor- α in psoriatic arthritis in children // Vrach. 2010; 1: 27–28.]