

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК: 616.72-002. 77-053.5

РОЛЬ САКРОИЛЕИТА ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ИСХОДОВ ЮВЕНИЛЬНЫХ АРТРИТОВ

Е.Ю. Логинова, О.М. Фоломеева

Институт ревматологии (дир. – академик РАМН В.А. Насонова) РАМН, Москва.

Резюме.

Цель: Изучить частоту и выраженность СИ у больных ЮА и влияние этого клинико-рентгенологического признака на установление нозологического диагноза.

Материал и методы: В исследование были включены 100 повзрослевших больных с диагнозом ЮРА, поставленным в детстве в соответствии с Восточно-Европейскими критериями (1979 г.) и критериями ACR (1977г.), госпитализированных во взрослую ревматологическую клинику Института ревматологии РАМН. Среди них было 73 женщины и 27 мужчин в возрасте от 15 до 37 лет (средний возраст $21,5 \pm 0,6$ лет), заболевших в возрасте от 1,5 до 15 лет (средний возраст начала болезни $9,0 \pm 0,4$ лет), с длительностью болезни от 5 до 32 лет (в среднем $12,6 \pm 0,7$ лет). Всем больным проводилось комплексное клинико-лабораторное и рентгенологическое обследование, принятое в ревматологии.

Результаты: Рентгенологическая картина сакроилеита (СИ) была обнаружена у 52% больных ЮА, которым в детстве ставился диагноз ЮРА, из них 43,2% были HLA-B27 позитивными, что послужило поводом для пересмотра первоначального нозологического диагноза. Применение к больным с СИ диагностических критериев спондилоартропатий (В. Астор с соавт. 1995г.) показало, что 37% больных ЮА полностью соответствовали критериям, разработанным для этой группы болезней, у 15% больных ЮА СИ был, по нашему мнению, признаком длительного хронического воспалительного процесса вне связи со спондилоартритами. Из 100 изученных больных окончательный диагноз ЮАС был установлен у 26%, ЮХА - 7%, псориатический артрит - 2%, хронический урогенный реактивный артрит - 2%, ЮРА РФ-позитивный - 15%, ЮРА РФ-негативный - 17%, системный ЮА - 19%, пауциартикулярный ЮА - 12%.

Заключение: Под термином "ЮА" объединяются разные воспалительные заболевания суставов, начавшиеся в детском возрасте, нередко имеющие эквивалент у взрослых. Более чем у 1/3 больных ЮА нозологическим исходом болезни могут быть серонегативные спондилоартриты. Однако не всегда наличие рентгенологических признаков СИ свидетельствует о принадлежности заболевания к этой группе.

Ключевые слова: спондилоартриты, ювенильный артрит, ювенильный ревматоидный артрит, исход.

Нозологическая диагностика хронических воспалительных заболеваний суставов у детей, объединенных под общим термином "Ювенильный артрит" (ЮА), является одной из актуальных проблем современной ревматологии. Длительное время считалось, что ЮА или ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА) (этот термин более привычен для отечественных ревматологов) представляет собой само-

стоятельную нозологическую сущность с различными вариантами течения: системный, полиартикулярный и олигоартикулярный. Однако полиморфизм клинических проявлений ЮРА и его генетическая неоднородность свидетельствуют о том, что он объединяет разные воспалительные заболевания суставов у детей [13, 20, 23, 28, 31, 35] и в ряде случаев протекает по типу спондилоартритов [14, 22, 27, 29, 34].

Важным диагностическим и клиническим признаком целой группы ревматических болезней, объединяемых под общим понятием серонегативные спондилоартриты или спондилоартропатии, является сакроилеит (СИ). Он высту-

пает в качестве основного рентгенологического симптома анкилозирующего спондилоартрита (АС), псориатического артрита, хронического энтеропатического артрита и болезни Рейтера [1]. В последние годы стало очевидно, что эти заболевания, считавшиеся долгое время исключительно прерогативой взрослого возраста, могут начинаться в детстве. Их эволюция может исчисляться годами, завершаясь у некоторых пациентов лишь во взрослом периоде.

Цель работы: изучение частоты и выраженности СИ у больных ЮА и влияния этого клинико-рентгенологического признака на установление окончательного нозологического диагноза.

Материал и методы.

В исследование были включены 100 больных ЮА, вышедших по возрасту из-под наблюдения педиатров, впервые обратившихся за помощью и госпитализированных во взрослую ревматологическую клинику Института ревматологии РАМН. Диагноз ЮРА был поставлен больным в детстве на основании картины длительного воспалительного поражения суставов и в соответствии с Восточно-Европейскими критериями (1979 г.) и критериями Американской коллегии ревматологов (ACR) (1977г.). Среди обследованных пациентов преобладали лица женского пола (73 женщины и 27 мужчин) в возрасте от 15 до 37 лет (средний возраст $21,5 \pm 0,6$ лет), заболевшие в возрасте от 1,5 до 15 лет (средний возраст начала болезни $9,0 \pm 0,4$ лет), с длительностью болезни от 5 до 32 лет (в среднем $12,6 \pm 0,7$ лет).

Всем больным проводилось общепринятое в ревматологии клиническое и лабораторное обследование с определением ревматоидного фактора (РФ), антинуклеарного фактора (АНФ) и HLA-B27-типирование (66 пациентам). Рентгенологическое обследование включало рентгенографию кистей, дистальных отделов стоп и костей таза, по показаниям - шейного отдела позвоночника и других пораженных суставов.

Результаты.

Среди обследованных нами 100 взрослых пациентов ЮА рентгенологически СИ был выявлен у 52 б-ных (52%). Двусторонний СИ был диагностирован у 49 пациентов, односторонний - у 3-х. При сравнении двух групп: с сакроилеитом (СИ+) и без (СИ-) - отмечалось некоторое (32,7% против 20,8%) преобладание лиц мужского пола среди больных, имеющих СИ. Группы были сопоставимы по возрасту и длительности болезни (табл. 1).

При анализе характера дебюта болезни установлено, что в 1-й группе (СИ+) достоверно чаще ($p < 0,01$), чем во 2-й, отмечалось олигоартикулярное начало (73,1% случаев против 41,7% - соответственно), а во 2-й (СИ-) с высокой степенью достоверности ($p < 0,001$) - полиартикулярное начало заболевания (37,5% случаев против 9,6% - соответственно). Заметных различий по частоте системного варианта начала болезни между группами не отмечено (17,3% случаев - в 1-й и 20,8% - во 2-й).

Распределение больных по степени выраженности СИ в соответствии со стадиями, вы-

Таблица 1.

Общая сравнительная характеристика больных ЮА с сакроилеитом и без него.

	СИ+		СИ-	
	абс.	%	абс.	%
Общее число больных	52	52	48	48
Мужчины	17	32,7	10	20,8
Женщины	35	67,3	38	79,2
Возраст больных (годы)	$21,2 \pm 0,7$ (15 - 37)		$22,4 \pm 0,8$ (15 - 34)	
Возраст начала болезни (годы)	$8,9 \pm 0,6$ (1,5 - 15)		$9,3 \pm 0,5$ (1,7 - 15)	
Длительность болезни (годы)	$12,3 \pm 0,8$ (5 - 30)		$13,1 \pm 1,0$ (5-25)	
Тип начала болезни:				
- системный	9	17,3	10	20,8
- полиартикулярный	5	9,6	18	37,5***
- олигоартикулярный	38	73,1**	20	41,7

** - $p < 0,01$, *** - $p < 0,001$

деляемыми согласно модифицированным Нью-Йоркским критериям 1984г. [38], представлено в табл. 2. Достоверный СИ - II, III, IV ст. - был выявлен у 81% из 52 больных (или 42% от всей когорты больных ЮА). СИ I и II ст. чаще имел место у женщин (70% и 85,7%), III и IV ст. - у мужчин (57% и 42,9%).

Сравнительная клинко-лабораторная характеристика двух групп больных ЮА с СИ и без него представлена в таблице 3.

Рентгенологические стадии сакроилеита у больных ЮА (по J. Kellgren).

	Стадии сакроилеита			
	I ст.	II ст.	III ст.	IV ст.
Число больных	10	21	14	7
% больных	19,2	40,4	26,9	13,5
М/Ж	3/7	3/18	8/6	3/4

При анализе некоторых лабораторных показателей выявлено, что в группе без СИ РФ определялся в 3 раза чаще - в 29,2% случаев, с достоверными статистически значимыми различиями ($p < 0,05$) по сравнению с группой с СИ (7,8% случаев). Противоположная закономерность установлена по отношению к антигену HLA-B27: позитивность по нему в группе СИ+ превышала 43%, а среди больных без СИ она была на уровне популяционной - 3,4% (различия статистически достоверны, $p < 0,001$). АНФ неожиданно часто и фактически с одинаковой частотой обнаруживался в обеих группах больных (28,6% и 23,4% - соответственно).

При оценке степени рентгенологических изменений суставов кистей и/или дистальных отделов стоп выявлено, что у больных с СИ рентгенологические признаки выраженной деструкции с анкилозированием (III - IV ст. по Штейнброкеру) мелких суставов конечностей присутствовали, но определялись в полтора раза реже, чем у больных, не имевших СИ (36,5% против 60,4%, $p < 0,05$). Минимальные рентгенологические изменения или их отсутствие (0-I ст.) достоверно чаще определялись в группе с СИ (32,7% случаев против 8,3%, $p < 0,01$).

Сравнительная оценка степеней воспалительной активности болезни на момент обследования и функциональной недостаточности суставов в двух группах не выявила статистически достоверных различий.

Поражение глаз отмечалось заметно чаще в группе больных с СИ по сравнению со 2-й группой - 28,9% и 6,25% соответственно. При

этом у больных без СИ глазная патология ограничивалась только конъюнктивитом, тогда как среди пациентов с СИ у 21,2% был выявлен хронический рецидивирующий увеит, приведший у 4 б-х (7,7%) к слепоте. Вторичный амилоидоз был диагностирован только у 2 пациентов (4,2%), которые не имели СИ.

Существенных различий в частоте вовлечения в патологический процесс средних и крупных суставов конечностей и шейного от-

дела позвоночника между двумя выделенными группами больных обнаружено не было. Асептический некроз головок бедренных костей встречался несколько чаще в группе без СИ-

33,3% против 19,2% случаев, однако различия оказались недостоверными.

Таким образом, СИ оказался весьма распространенным рентгенологическим признаком в группе больных ЮА - он определялся у 52% пациентов. Чаще, но не обязательно, это были лица мужского пола, с олигоарткулярным дебютом заболевания, с нередким поражением глаз, в том числе - тяжелым увеитом (21,2%), осложнившимся у части больных слепотой (7,7%). Среди них отмечалось значительное накопление HLA-B27-позитивных индивидов (43,2%), тогда как РФ обнаруживался относительно редко (9,6%), а АНФ выявлялся в 1/4 случаев.

Применение к больным с СИ диагностических критериев спондилоартропатий В. Amor с соавт. 1995г. [12] показало, что 37 больных (71,2%), или 37% от общего числа больных ЮА, полностью соответствуют критериям, разработанным для этой группы болезней. У 15 больных (28,8%), или 15% от всех больных ЮА, СИ был, по нашему мнению, признаком длительного хронического воспалительного процесса вне связи со спондилоартропатиями.

На основании проведенного во взрослой ревматологической клинике клинко-лабораторного и рентгенологического анализа, с учетом изменений, произошедших в клинической картине больных ЮА в среднем через 12,6 лет от начала болезни, нами была проведена нозологическая корректировка первоначального диагноза. За основу мы взяли классификацию ЮА, представленную в Международной Клас-

сификации Болезней 10 пересмотра (МКБ 10), 1995г. [8].

У половины (50%) больных из группы с СИ (или в 26% от общей когорты наших больных ЮА) сформировалась клиническая картина анкилозирующего спондилоартрита - все

ст. (в 93% случаев) и наличием HLA-B27 в 72% случаев. Помимо болей в нижней части спины, у всех пациентов отмечались ограничение движений в поясничном отделе позвоночника во фронтальной и сагиттальной плоскостях, у 1/3 - ограничение экскурсии грудной клетки. Гру-

Таблица 3.

Сравнительная клинико-лабораторная характеристика больных ЮА с сакроилеитом и без него.

Показатели	СИ+ n=52		СИ- n=48	
	абс.	%	абс.	%
РФ+	4	7,8	14	29,2*
АНФ+	14	28,6	11	23,4
	(n=49)		(n=47)	
HLA-B27	16	43,2***	1	3,4
	(n=37)		(n=29)	
Рентгенологич. изменения суставов кистей и/или стоп (стадия)				
- 0	11	21,2*	3	6,25
	} 17	} 32,7**	} 4	} 8,3
- I	6	11,5	1	2,1
- II	16	30,8	15	32,1
- III	10	19,2	12	25
	} 19	} 36,5*	} 29	} 60,4
- IV	9	17,3*	17	35,4
Активность (степень):				
- 0	1	1,9	0	
- I	22	42,3	19	39,6
- II	19	36,5	14	29,2
- III	10	19,2	15	31,2
ФН (степень):				
- 0	13	25	9	21,75
- I	15	28,85	15	31,2
- II	15	28,85	21	43,75
- III	9	17,3	3	6,25
Поражение глаз:	15	28,9**	3	6,25
- увеит	11	21,2	0	
- конъюнктивит	3	5,8	3	6,25
- эписклерит	1	1,9	0	
Амилоидоз	0		2	4,2

* - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$, *** - $p < 0,001$

они полностью удовлетворяли модифицированным Нью-Йоркским критериям АС и имели как клинические, так и рентгенологические признаки болезни. Среди них было почти равное соотношение мужчин и женщин (6 : 7), с олигоартикулярным началом болезни в возрасте в среднем 10,4 лет, с достоверной рентгенологической картиной двустороннего СИ II, III или IV

бых рентгенологических изменений поясничного и грудного отделов позвоночника не отмечалось, уплотнение передней продольной связки и единичные синдесмофиты были выявлены лишь у 6 больных с выраженной стадией СИ (III-IV). У 2-х больных определялся анкилоз отдельных межпозвонковых суставов (С2-С3, С3-С4) шейного отдела позвоночника. Перифе-

рический артрит мелких суставов кистей и/или стоп отсутствовал или был неярко выражен (I-II ст.) у 88,5% больных, но при этом отмечалось частое вовлечение коленных (85%), тазобедренных (70%) и голеностопных (65%) суставов. Хронический передний увеит встречался в 15% случаев, но не привел к серьезным глазным осложнениям.

У 2 (4%) больных с СИ (или 2% от всех наших больных ЮА) был установлен диагноз псориазического артрита. Помимо СИ I или III стадии, у них определялась рентгенологическая картина асимметричного эрозивного поражения дистальных и проксимальных межфаланговых суставов и пястнофаланговых суставов кистей, плюснефаланговых суставов стоп с остеоллизом головок пястных и плюсневых костей. В обоих случаях присутствовал HLA-B27 и имелись признаки псориаза кожи или анамнестические данные о псориазе у родственников первой степени родства.

2 мужчинам в связи с хроническим воспалительным процессом в урогенитальном тракте и обнаружением антигенов хламидий в соскобе эпителия уретры был поставлен диагноз хронического реактивного урогенного артрита. У обоих рентгенологически были выявлены эрозии в стопах, преимущественно I-х пальцев (IIб - III ст.), при интактных суставах кистей, сакроилеит I ст., симфизит, а также вовлечение периферических суставов, преимущественно нижних конечностей с подпяточным бурситом и ахиллоденней.

У 7 (13,5%) больных из группы с СИ (7% от общего числа больных ЮА), преимущественно женского пола (86%), с олигоартикулярным началом в раннем детском возрасте (в среднем 3,4 года), с длительным течением болезни (в среднем 19 лет) сформировалась своеобразная клиническая картина. Наряду с признаками СИ (достоверного - II, III, IV ст. - у 4-х больных (57%) и I ст. - у 3-х больных), выявлялся периферический артрит суставов кистей и стоп с деструкцией у 6 (71%) больных. HLA-B27 и РФ отсутствовали. АНФ определялся более чем у половины больных (57%). У всех пациентов имелось тяжелое поражение глаз по типу хронического рецидивирующего увеита с развитием тяжелых глазных осложнений в виде вторичной катаракты и глаукомы, приведших к резкому снижению зрения (у 1 больной) или его полной потере у 4 больных (57%).

Постановка окончательного диагноза у

этих больных нередко вызывала значительные трудности в связи с наличием в клинической картине критериев и АС, и РА. Тяжелый упорный увеит в сочетании со своеобразным суставным синдромом (эрозивный полиартрит мелких суставов и достоверный сакроилеит), наличие АНФ, отсутствие РФ и HLA-B27 позволили выделить эту группу пациентов из общей когорты больных ЮА с олигоартикулярным началом болезни.

Из оставшихся 51 больного ЮА на основании типичной клинической картины симметричного эрозивного полиартрита мелких суставов кистей и стоп (IIб - IV стадии) был поставлен диагноз ЮРА РФ-позитивный (15 больных), ЮРА РФ-негативный (17 больных) и системный ЮА (19 больных). Рентгенологические признаки СИ, выраженность которого не превышала I-II стадии, имелись у 2 больных ЮРА РФ+ и 3 больных ЮРА РФ-. Из 19 больных с системным ЮА достоверный СИ выявлялся более чем у половины - 53% (10 больных), в том числе III и даже IV стадии (по 2 больных). У 2 пациенток с ЮРА РФ+ и РФ- был выявлен HLA-B27 без признаков поражения крестцово-подвздошных сочленений.

12 больным преимущественно женского пола с олигоартикулярным началом болезни в соответствии с МКБ-10 был поставлен диагноз пауциартикулярного ЮА. У половины больных этой группы сохранилась картина поражения не более 4-х суставов. У остальных с течением времени произошло распространение суставного синдрома с переходом в полиартрит с преимущественным поражением крупных и средних суставов; СИ и HLA-B27 отсутствовали, РФ - отрицательный.

Обсуждение.

Длительное время ЮРА рассматривался как самостоятельная нозологическая форма с различными вариантами течения: системный, полиартикулярный и олигоартикулярный, или пауциартикулярный (поражение не более 4 суставов). В 1969 году J.Schaller и R.Wedgwood [35] впервые подняли вопрос о нозологической неоднородности ЮРА: "Является ли ювенильный ревматоидный артрит простой сущностью?" ("Is juvenile rheumatoid arthritis a simple entity?"). Со временем стало очевидным, что под названием "ЮРА", в действительности, объединяются разные заболевания [13, 14, 20, 28, 31, 36]. Определить их нозологическую принадлежность порой бывает трудно, что объяс-

няется особенностями детского организма, проявляющего схожую клиническую картину различных ревматических заболеваний на начальных этапах болезни. Иногда только постепенная эволюция патологических изменений в течение ряда лет позволяет выделить заболевание из общей группы [6].

До описания А.М. Rosenberg и R.E.Petty 1982г. [34] начальных проявлений спондилоартрита у детей, так называемого SEA-синдрома (синдром серонегативных энтезопатий и артропатий), и появления диагностических критериев спондилоартропатий В. Amor с соавт. 1990г., ESSG 1991г. и А.М. Prieur с соавт. 1993г. [30] их идентификация у детей представляла значительные трудности. Как свидетельствуют многочисленные результаты ретроспективных исследований, от 8% до 20% всех случаев АС начинаются в детском возрасте, тем не менее до настоящего времени ЮАС исключительно редко диагностируется у детей. По данным И.П. Никишиной [9], среди госпитализированных в детское отделение Института ревматологии РАМН за 5-летний период с 1989 по 1994 гг. ЮАС был диагностирован у 8,4% больных, в большинстве случаев протекавший под маской ЮРА.

Диагностика поражения сакроилеальных сочленений является наиболее трудной, нередко вызывающей разногласия не только среди клиницистов, но и рентгенологов. По данным различных авторов клинические проявления СИ могут появляться через несколько лет от начала спондилоартрита, в среднем через 6,9 лет [25], 8 [21] и даже 10 лет [4]. Рентгенологически СИ проявляется также не сразу и становится доказуемым через 9 ± 6 лет от начала болезни [26]. Интерпретация рентгенологической картины поражения крестцово-подвздошных суставов у детей представляет объективные трудности, связанные с незаращением зон роста в эпифизах крестца, что может имитировать СИ. В связи с этим, а также возможно из-за гетерогенности анализируемых отдельными авторами групп больных с различной длительностью заболевания, частота описываемого при ЮА СИ значительно колеблется - от 24% до 85% [15, 16, 37, 39].

Установленным фактом признается ассоциативная связь анкилозирующего спондилоартрита и других спондилоартропатий с антигеном гистосовместимости HLA-B27. Однако не всегда HLA-B27 сопутствует СИ. Так, в

исследовании H.Strom с соавт. [37] HLA-B27 встречался только у 36% пациентов с ЮАХА и СИ III или IV стадии, тогда как у E.Veys с соавт. [39] и F.Arnett с соавт. [15] - у 95% и 93% - соответственно. Однако СИ может развиваться и у HLA-B27- негативных лиц: новой находкой H.Strom с соавт. [37] была низкая частота HLA-B27 у женщин с ЮА и III-IV стадией СИ - 14%.

М.А.Hall с соавт. [21], изучавшие в течение 10 лет особенности СИ при ЮАХА, обнаружили, что у 9 из 66 пациентов (14%) с СИ имелись признаки, характерные для анкилозирующего спондилоартрита, т.е. все пациенты имели положительный HLA-B27, пауциартикулярное поражение суставов и 7 были мужского пола. Эти же авторы описали вторичный СИ как вариант СИ, являющийся следствием патологических изменений в тазобедренных суставах, наблюдавшийся у 7 пациентов, 6 из которых были женского пола и только одна больная была положительной по HLA-B27.

В литературе существует ряд указаний на возможность поражения крестцово-подвздошных суставов и при других заболеваниях, например, у больных с длительным течением типичного РА [11], или у пациентов с классическим РА взрослых (до 70%) в популяции с высокой частотой HLA-B27 на севере Швеции [32], у мужчин с СКВ [2] и ревматической лихорадкой [5], а также среди здоровых людей - у 6% в возрасте до 50 лет и у 24% - после 50 лет [18].

По результатам нашего исследования у 52% больных ЮА, которым в детстве ставился диагноз ЮРА, была обнаружена рентгенологическая картина СИ (достоверного - II, III, IV стадии - у 42%), из них 43,2% были HLA-B27 позитивными, что послужило поводом для пересмотра первоначального нозологического диагноза.

37 больных (71,2%) с СИ, или 37% от общего числа больных ЮА, полностью соответствовали диагностическим критериям спондилоартропатий В. Amor с соавт. 1995г. [12]. Из этой группы были выделены 26 пациентов, среди которых, по сравнению с другими подгруппами, преобладали пациенты мужского пола с олигоартикулярным началом болезни, имевшие клинические и рентгенологические признаки достоверного СИ, положительный HLA-B27 в 72% случаев и полностью удовлетворявшие критериям АС. Редкое обнаружение синдесмо-

фитов, главным образом, на поздних стадиях болезни, по мнению ряда авторов [4, 7, 25], характерно для ЮАС в отличие от АС взрослых, что, возможно, объясняется большей подвижностью позвоночного столба у детей [33].

Двум больным с СИ в связи с типичной картиной асимметричного деструктивного осевого поражения мелких суставов кистей, включая дистальные межфаланговые суставы, и суставов стоп с остеолизом головок костей, с положительным HLA-B27, псориазом кожи у самого больного или близкого родственника был поставлен диагноз псориатического артрита.

Двум мужчинам с признаками периодически обостряющегося хронического воспалительного процесса в урогенитальном тракте хламидийной этиологии, асимметричным артритом суставов нижних конечностей, эрозивным процессом преимущественно в I-х пальцах стоп, невыраженным СИ, симфизитом, энтезопатиями был поставлен диагноз хронического урогенного реактивного артрита.

Особое внимание хотелось бы обратить на 7 больных из группы спондилоартропатий, которым в результате длительного обсуждения был поставлен диагноз ЮХА, предусмотренный МКБ 10. Болезнь в этой группе пациентов, преимущественно девочек, дебютировала в раннем детском возрасте с олигоартрита. Клиническая картина характеризовалась волнообразной воспалительной активностью, поражением глаз по типу хронического рецидивирующего увеита с высоким риском глазных осложнений. У больных сформировался как эрозивный полиартрит мелких суставов, так и достоверный сакроилеит. РФ и HLA-B27 при этом отсутствовали, но более чем у половины больных обнаруживался АНФ. Нам представляется, что описанное выше заболевание можно отнести к особой нозологической форме, выделяемой в МКБ-10, - ЮХА, или в соответствии с классификацией J. Cassidy, R. Petty 1990г. - к олигоартриту с ранним началом.

По мнению некоторых исследователей [31, 11] эта болезнь очень специфична для детей и является действительно детским хроническим артритом, эквивалент которого практически не встречается у взрослых. К ней не применимы критерии РА. Она представляет собой в большей степени офтальмологическую, чем ревматологическую проблему. В последнее время появился ряд публикаций [17, 19, 24], свидетельствующих о возможности развития дан-

ного синдрома и у взрослых.

У 15 больных (28,8%), или 15% от всех больных ЮА, СИ не был признаком развития заболевания из группы спондилоартропатий. Он скорее являлся рентгенологической находкой и свидетельствовал о возможности вовлечения в системное воспаление при ЮА крестцово-подвздошных суставов, что было отмечено рядом авторов [11, 32]. Эволюция заболевания у этих больных была достаточно характерной для ЮРА, и наличие СИ не требовало пересмотра прежнего диагноза.

У 12 больных с преимущественным поражением крупных и средних суставов отсутствие СИ и HLA-B27 антигена исключало АС. Наиболее вероятным представлялся диагноз ЮА с пауциартикулярным началом.

У взрослых подобное заболевание впервые было описано J. Kellgren (1962г.), а затем подробно изучено М.Г. Астапенко с соавт. [3] и Н.В. Никольской [10] как атипичный вариант РА с легким (доброкачественным) течением, преимущественным поражением крупных суставов, в общей сложности не более 4-х, развивающийся, главным образом, у молодых женщин. В патологический процесс могут вовлекаться новые суставы, однако больные длительное время остаются трудоспособными.

Таким образом, в результате проведенного исследования 26 из 100 наших пациентов был установлен окончательный диагноз ЮАС, 2 - псориатический артрит, 2 - хронический урогенный реактивный артрит, 7 - ЮХА, 15 - оставлен диагноз ЮРА РФ-положительный, 17 - ЮРА РФ-негативный, 19 - системный ЮА, 12 - пауциартикулярный ЮА.

Как следует из вышеизложенного, под термином "ЮА" объединяются разные воспалительные заболевания суставов, начавшиеся в детском возрасте, нередко имеющие эквивалент у взрослых. Более чем у 1/3 больных ЮА нозологическим исходом болезни могут быть серонегативные спондилоартриты. Однако не всегда наличие рентгенологических признаков СИ свидетельствует в пользу этой группы болезней. Факт высокой частоты развития СИ при длительном течении ЮА часто еще более осложняет суждение о нозологической сущности последнего. Вопросов пока остается больше, чем ответов. Проблема ЮА сложна, многогранна и требует объединения усилий ревматологов - педиатров и интернистов - для дальнейшего ее изучения и разрешения.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Агабабова Э.Р. Серонегативные спондилоартриты. Ревматические болезни. Руководство по внутренним болезням. Под ред. В.А.Насоновой, Н.В.Бунчука. М., Медицина, 1997, 305-335.
2. Алекберова З.С., Фоломеев М.Ю., Мылов Н.М. Сакроилент у мужчин с системной красной волчанкой. Тер. архив., 1984, 5, 33-36.
3. Астапенко М.Г., Агабабова Э.Р., Дуляпин В.А. и др. Клинико-лабораторная характеристика различных форм и вариантов течения ревматоидного артрита. Вopr. ревмат., 1977, 1, 25-30.
4. Гусейнов Н.И. Анкилозирующий спондилоартрит: особенности патогенеза, клиника, эволюция и прогноз различных клинических форм. Дис. ... доктора мед. наук. М., 1990.
5. Джусенова Б.С., Насонова В.А. Клиническая характеристика острой ревматической лихорадки у молодых мужчин. Ревматол., 1992, 2, 32-37.
6. Кузьмина Н.Н., Шайков А.В. Ювенильный ревматоидный артрит: терминологические и классификационные аспекты. Научно-практич. ревматол., 2000, 1, 35-41.
7. Лебедева О.И. Анкилозирующий спондилоартрит у женщин. Дисс. ... канд. мед. наук, М., 1993.
8. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10), 10-й пересмотр. М., Медицина, 1995, Т.1, 650-650.
9. Никишина И.П. Ювенильный анкилозирующий спондилоартрит: клиника и особенности течения. Автореф. Дис. ... канд. мед. наук, М., 1995.
10. Никольская Н.В. Клиника, диагностика и патогенетические особенности ревматоидного артрита с доброкачественным течением. Автореф. Дис. ... канд. мед. наук, М., 1979.
11. Сигидин Я.А., Гусева Н.Г., Иванова М.М. Диффузные болезни соединительной ткани: Руководство для врачей. М., Медицина, 1994, 544-544.
12. Amor B., Dougados M., Lestrat V. Les criteres des spondylarthropathies. Criteres de classification et/ou d'aide au diagnostic? Rev. Rheumatol., 1995, 61, 1, 11-16.
13. Ansell B.M. Juvenile chronic arthritis. Scand. J. Rheumatol., 1987, 66, 47-50.
14. Ansell B.M. Juvenile rheumatoid arthritis, juvenile chronic arthritis, and juvenile spondylarthropathies. Curr. Opin. Rheumatol., 1992, 4, 5, 706-712.
15. Arnett F.C., Bias W.B., Stevens M.B. Juvenile-onset chronic arthritis. Clinical and roentgenographic features of a unique HLA-B27 subset. Am. J. Med., 1980, 69, 369-376.
16. Carter M.E. Sacroiliitis in Still's disease. Ann. Reum. Dis., 1962, 21, 105-20.
17. Chaouat D., Chaouat Y., Aron-Rosa D. Pauciarticular juvenile rheumatoid arthritis with ocular involvement and antinuclear antibody presenting in an adult woman. Br. J. Rheumatol., 1990, XXIX, 3, 236-237.
18. Cohen A.S., McNeill J.M., Calkins E., Sharp J.T., Schubart A. The "normal" sacroiliac joint. Analysis of 88 sacroiliac roentgenograms. AJR, 1967, 100, 559-63.
19. Cook D.J., Bensen W.G., Shore A., Csordas E. Pauciarticular juvenile rheumatoid arthritis presenting in an adult. J. Rheumatol., 1988, 15, 1865-1867.
20. Fernandez-Vina M.A., Fink C.W., Stastny P. HLA antigens in juvenile arthritis. Pauciarticular and polyarticular juvenile arthritis are immunogenetically distinct. Arthr. Rheum., 1990, 33, 12, 1787-94.
21. Hall M.A., Burgos Vargas R., Ansell B.M. Sacroiliitis in juvenile chronic arthritis. A 10 year follow-up. Clin. Exp. Rheumatol., 1987, 5, suppl. 1, 65-67.
22. Jacobs J.C., Berdon W.E., Johnston A.D. HLA-B27 associated spondylarthritis and enthesiopathy in childhood: clinical, pathological, and radiographic observations in 58 patients. J. Pediatr., 1982, 100, 521-528.
23. Job-Deslandre C. Diversite genetique des arthrites chroniques juveniles. Presse Med., 1989, 18, 1054-1056.
24. Kenesi Laurent M.A., Kaplan G., Kahn M.F. L'oligoarthrite juvenile a-t-elle un equivalent chez l'adulte? Rev. Rhum., 1989, 56, 259.
25. Kerimovic-Morina D.J., Mladenovic V., Kicevac-Miljkovic A. Juvenile ankylosing spondylitis - follow up study in adult life. IY-th Prague international pediatric rheumatology symposium, Abstracts. 1992, 53.
26. Man W., Zeidler H., Mau R. et al. Clinical features and prognosis of patients with possible ankylosing spondylitis. Results of a 10-year follow up. J. Rheumatol., 1988, 15, 7, 1109-1114.
27. Moll J.M.H. Rheumatology in clinical practice. Blackwell Scientific Publication, Oxford etc., 1987, 764.
28. Mozziconacci P., Hayem F. Formes Cliniques des polyarthrites chroniques de l'enfant. Sem. Hop. Paris, 1967, 118, 763-771.
29. Prieur A.M., Louis J.J., Thollot F., Micheau M., Regou F., Le Gall E., Despert F., Fontaine J.L., Mazingue F. Manifestations initiales des rhumatismes inflammatoires chroniques de l'enfant associes a la presence de l'antigene HLA-B27. Rev. Rhum. Mal. Osteoartic., 1983, 50, 807-811.
30. Prieur A.M., Lestrat V., Dougados M., Amor B. Criteres de classification de spondylarthropathies chez les enfants. Arch. Fr. Pediatr., 1993, 50, 379-385.
31. Prieur A.M. L'arthrite (chronique) juvenile n'est pas l'arthrite rhumatoide juvenile. Rev. Rhum., 1996, 63, 1, 1-5.
32. Rantapaa Dahlqvist S., Nordmark L.G., Bjelle A. HLA-B27 and involvement of sacroiliac joints in rheumatoid arthritis. J. Rheumatol., 1984, 11, 27-32.
33. Riley M.J., Ansell B.M., Bywaters E.G.L. Radiological manifestations of ankylosing spondylitis according to age at onset. Ann. Rheum. Dis., 1971, 30, 2, 138-148.
34. Rosenberg A.M., Petty R.E. A syndrome of seronegative enthesopathy and arthropathy in children. Arthr. Rheum., 1982, 25, 1041-1047.
35. Schaller J.G., Wedgwood R.J. Is juvenile rheumatoid arthritis a simple entity? Pediatr. Res., 1969, 3, 370-371.
36. Schaller J.G. Chronic arthritis in children. Clin. Orthop. Res., 1984, 182, 79-89.
37. Strom H., Lindvall N., Hellstrom B., Rosenthal L. Clinical, HLA, and roentgenological follow up study of patients with juvenile arthritis: comparison between the long term outcome of transient and persistent arthritis in children. Ann. Rheum. Dis., 1989, 48, 918-923.
38. Van der Linden S., Valkenburg H.A., Cats A. Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis. A proposal for modification of the New York criteria. Arthr. Rheum., 1984, 27, 4, 361-368.
39. Veys E.M., Coigne E., Mielants H., Verbruggen G. HLA and juvenile chronic polyarthritis. J. Rheumatol., 1977, 4, suppl. 3, 74-77.

Summary.

Objectives: To study of prevalence and intensity SI in pts with JA and the contribution of this clinical-radiological sing on the nosologic diagnosis.

Material and methods: The study included 100 grown-up pts diagnosed JRA in childhood according to East-European criteria (1979) and ACR criteria (1977) admitted to the Institute of Rheumatology of RAMS. This number included 73 women and 27 men aged 15-37 (mean age 21.5 ± 0.6 yrs) with onset at the age 1.5-15 yrs (mean onset age 9.0 ± 0.4 yrs) with disease duration of 5-32 yrs (mean 12.6 ± 0.7 yrs). All pts had clinical-laboratory and radiological examination peculiar for rheumatology.

Results: Radiological picture of SI was found in 52% of JA pts who were diagnosed JRA in childhood and 43.2% out of them were HLA-B27 positive which triggered revising of the initial diagnosis. Diagnostical criteria of spondyloarthropathies applied to SI pts (B.Amor et al., 1995) demonstrated that 37% of JA pts fully corresponded to the criteria; in 15% of JA pts SI was, to our opinion, an outcome of long-term chronic inflammatory process not associated with spondyloarthritis. Out of 100 examined pts the final diagnosis of JAS was put to 26%, JCA - 7%, psoriatic arthritis - 2%, chronic urogenic arthritis - 2%, JRA RF - positive - 15%, JRA RF-negative - 17%, systemic JA - 19%, pauciarticular JA - 12%.

Conclusion: The term JA covers different inflammatory joint diseases with onset in childhood, often with equivalent in adult age. More than 1/3 of JA pts could have such nosological outcome as seronegative spondyloarthritis. But the presence of radiological signs of SI does not always testify to including the disease into this group.

Key words: spondyloarthritis, juvenile arthritis, juvenile rheumatoid arthritis, outcome.

Поступила 13.02.2001

УДК: 616/517-002-07

ВОЗМОЖНЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ МЕЖДУ КОНЦЕНТРАЦИЕЙ СЕЛЕНА В СЫВОРОТКЕ И РЕОЛОГИЧЕСКИМИ СВОЙСТВАМИ КРОВИ ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ.

Т.В. Коротаева*, Н.Н. Фирсов**, О.И. Окина***

* Институт ревматологии РАМН; ** Российский государственный
медицинский университет, кафедра теоретической и экспериментальной
физики; *** Геологический институт РАН, лаборатория химико-
аналитических исследований, Москва

Резюме.

Цель: Изучение возможных корреляционных взаимодействий между концентрацией селена в сыворотке и реологическими свойствами крови больных псориатическим артритом (ПА).

Материал и методы: В исследование включили 24 пациента с различными вариантами ПА, у 9 из них имелись клинические и рентгенологические признаки мутилирующей формы ПА. Кинетику агрегации и деагрегации эритроцитов изучали в специально сконструированном соотносительном эритроагрегометре, вискозиметрию цельной крови проводили в Куэттовском вискозиметре. Концентрацию селена в сыворотке крови определяли экстракционно-флуориметрическим методом с независимым атомно-абсорбционным контролем образцов. Одновременно измеряли гематокрит, концентрацию альбумина крови.

Результаты: У всех обследованных больных с ПА выявлено снижение концентрации селена в сыворотке крови и изменение реологических показателей, особенно в группе мутилирующего ПА. Здесь же обнаружена прямая корреляционная зависимость между концентрацией селена и уровнем альбумина ($r=0,80$) и обратная-между уровнем селена и пределом текучести крови ($r=-0,79$), определяющим ее суспензионную стабильность.