

ние, назначить и проводить ребенку адекватную патогенетическую терапию и реабилитацию.

Таким образом, проведенное исследование позволило в какой-то степени представить нозологическую структуру БКМС, приводя-

щих детей в государственные поликлиники, а также наметить в связи с этим направления деятельности органов здравоохранения, ответственных за здоровье подрастающего поколения страны.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Фоломеева О.М., Амирджанова В.Н., Якушева Е.О. с соавт. Анализ структуры XIII класса болезней. Рос.-ревматол., 1998, 1, 2-6.
2. Фоломеева О.М., Лобарева Л.С., Ушакова М.А. с соавт. Инвалидность, обусловленная ревматическими заболеваниями, среди жителей Российской Федерации. Науч.-практ. ревматол., 2001, 1, 15-21.

Summary.

16777 statistical registration coupons with initially determined disease diagnoses of muscle-skeletal system and connective tissues in children of Irkutsk and Magadan regions were studied. It was determined that 5.7% of diagnoses were in the group of degenerative-dystrophic juvenile bone and joints lesions, 6.2% - in systemic and local inflammatory diseases and 88.6% - in different acquired, more seldom inherited muscle-skeletal deformities. The basis of the last, most numbered group included incorrect posture (41.0%), scoliosis (28.0%) and platypodia (23.0%) which could be regarded as manifestations of hypermobility syndrome in children.

Rheumatic, systemic diseases numbered almost half of all the group of children inflammatory diseases of muscle-skeletal system and connective tissues.

The aims were determined which should be reached by rheumatologists and other specialists to preserve the health statute of the growing-up generation of Russia.

Key words: children, morbidity, XIII groups of diseases.

Поступила 31.01.01.

УДК: 616.721-002.77-053.5

ЮВЕНИЛЬНЫЕ СПОНДИЛОАРТРИТЫ В СТРУКТУРЕ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СУСТАВОВ У ДЕТЕЙ.

И.П. Никишина, Н.Н. Кузьмина

Детское отделение Института ревматологии (дир. — академик РАМН
В.А.Насонова) РАМН, Москва

Резюме.

В статье дан подробный анализ современного состояния проблемы ювенильных спондилоартритов (ЮСА), затрагивающей аспекты терминологии, номенклатуры, места ЮСА в структуре хронических воспалительных заболеваний суставов у детей, нозологических и классификационных подходов к диагностике. На основании собственного опыта, включающего наблюдения 300 пациентов ЮСА, авторами представлены основные клинические особенности и закономерности эволюции заболеваний этого круга в детском и подростковом возрасте.

Ключевые слова: ювенильные спондилоартриты, ювенильный анкилозирующий спондилит, ювенильные идиопатические артриты.

Представление о структуре ревматических заболеваний детского возраста в последние годы претерпело значительные изменения. Все чаще в педиатрической практике диагностиру-

ются нозологические формы круга серонегативных спондилоартритов (ССА) — группы клинически и патогенетически сходных заболеваний, объединенных вокруг анкилозирую-

щего спондилоартрита (АС), являющегося их своеобразным прототипом [4, 5, 12]. История изучения АС насчитывает более 3-х столетий, концепция ССА сформировалась около 3-х десятилетий назад одновременно с обнаружением тесной ассоциации АС с антигеном главного комплекса гистосовместимости HLA-B27 [9, 18, 25, 27, 28]. Главные положения концепции ССА, выдвинутые её основоположниками V. Wright и I. Moll, подробно изложены в медицинской литературе и выдержали испытание временем.

В основу данной концепции было положено объединение в группу ССА ряда воспалительных заболеваний суставов, имеющих следующие общие клинические черты:

- преимущественная заболеваемость лиц мужского пола;
- частое вовлечение в патологический процесс крестцово-подвздошных сочленений и позвоночника;
- асимметричный характер артрита, преимущественно олигоартрит суставов нижних конечностей;
- наличие энтезопатий, характеризующихся воспалительными изменениями в местах прикрепления сухожилий и связок к костям;
- серонегативность по ревматоидному фактору;
- экстраартикулярные проявления с типичным поражением глаз, сердца, слизистых оболочек, кожи;
- тенденция к образованию клинических «перекрестов» между заболеваниями круга ССА;
- ассоциация с HLA-B27 антигеном и тенденция к семейной агрегации ССА.

В группу ССА входят: анкилозирующий спондилоартрит (АС), псориатический артрит (ПсА), синдром Рейтера и другие реактивные артриты (урогенной и постэнтероколитической природы), артриты при хронических заболеваниях кишечника (неспецифическом язвенном колите, болезни Крона), острый передний увеит. Кроме того, основоположники выделения данной концепции включили в эту группу и ювенильный хронический артрит (ЮХА), хотя правомочность отнесения ЮХА к кругу ССА

вызывает сомнения. Термином ЮХА принято обозначать гетерогенную группу хронических воспалительных заболеваний суставов, объединенных по принципу наличия хронического артрита, имеющего ювенильное начало и непредсказуемую эволюцию. Следует иметь в виду, что у определенной части больных ЮХА в анамнезе возможно развитие ревматоидного артрита, а собственно концепция ССА была сформулирована на принципе отграничения от ревматоидного артрита.

В развитие концепции ССА современные представления об этой группе болезней может отражать классификация, предложенная в 1997 г. Э.Р. Агабабовой [1]. Согласно этой классификации выделяются 4 группы заболеваний:

1. Спондилоартрит анкилозирующий (первичный, идиопатический) - болезнь Бехтерева.

2. Спондилоартрит (вторичный) при следующих заболеваниях:

- урогенная болезнь Рейтера;
- постэнтероколитические реактивные артриты;
- другие кишечные и мочеполовые инфекции;
- псориатический артрит;
- неспецифический язвенный колит и болезнь Крона;
- ювенильный хронический артрит;
- SAPHO- синдром.

3. Спондилоартрит сочетанный/перекрестный (с указанием сочетаний болезней).

4. Спондилоартрит недифференцированный (с указанием симптомов).

С позиции педиатра-ревматолога трудно согласиться с отнесением к вторичным спондилоартритам ЮХА, ассоциированного с HLA-B27 антигеном, поскольку именно под этим обозначением и скрывается довольно многочисленная группа ювенильных спондилоартритов (ЮСА) с полным спектром нозологических форм, входящих в группу ССА, но имеющая свои истоки в детском и подростковом возрасте.

Относительно распространенности ЮСА данные литературы противоречивы и неполны. Наиболее точно их можно получить путем арифметического расчета. Если принять во внимание, что распространенность АС у взрослых (эпидемиологических данных для всей группы ССА нет) составляет 0,05-0,5% (в среднем 2 : 1000) и соотнести эти данные с удель-

ным весом ювенильного начала АС [1, 6, 8, 9, 11, 13, 17, 25], то получится распространенность ЮАС 0,02-0,05%, что вплотную приближается к распространенности ювенильного ревматоидного артрита (ЮРА). Распространенность ЮСА в целом, по-видимому, превышает расчетную цифру в 1,5-2,5 раза. На практике, однако, ЮСА диагностируются во много раз реже. Так, даже в детской клинике Института ревматологии РАМН, прицельно занимающейся изучением этого заболевания в последнее десятилетие и накопившей значительное число наблюдения ЮАС (более 200), удельный вес диагностированного ЮАС составляет не более 10% от общего числа первичных артрологических больных [5].

нием педиатров. Не исключено, что объяснение данного феномена кроется в нераспознанных пока механизмах влияния эндокринных либо детерминирующих их генетических факторов, тем более что спондилоартриты, как и большинство других ревматических заболеваний, являют собой яркий пример половой избирательности.

Диагностика ранних стадий, маломанифестных либо перекрестных форм ССА и у взрослых может представить значительные трудности. Поэтому весьма важным и прогрессивным явилась разработка классификационных критериев ССА (таблица 1) [12], показавших высокую чувствительность и специфичность не только для взрослых, но и для диагностики

Таблица 1

**Классификационные критерии европейской группы
по изучению спондилоартропатий**

<u>Боль в позвоночнике воспалительного характера</u>	или	<u>Артрит:</u> • Асимметричный • Преимущественно нижних конечностей
--	-----	--

и один или несколько следующих критериев:

- семейный анамнез, позитивный для анкилозирующего спондилита, псориаза, реактивного артрита, болезни Крона или язвенного колита;
- псориаз, обнаруженный при осмотре или в анамнезе;
- воспалительное заболевание кишечника;
- уретрит, цервицит или острая диарея, развившиеся за 1 месяц до начала артрита;
- боли попеременно в правой и левой ягодичной области;
- боль в пятках;
- сакроилеит

Почему же так трудно достигнуть единства взглядов на проблему ювенильных спондилоартритов? Почему так сложно вовремя распознать дебют спондилоартрита у ребенка или подростка? Тому есть объективные причины, заключенные в особенностях клинической картины и течения заболевания в детском возрасте. Дело не только в том, что такой важный дифференциально-диагностический признак, как серонегативность по РФ, имеет относительное значение в практике педиатра-ревматолога, поскольку и истинный ЮРА, в отличие от РА взрослых, большей частью (85-90%) является серонегативным. Главной особенностью ЮСА является недостаточная манифестация поражения позвоночника в тот возрастной период, когда пациент находится под наблюдением

ЮСА [24]. Позднее модификация данных критериев, отличающихся лишь уточнением по возрасту – начало до 16 лет - и наличием признака «дактилит» вместо перемежающейся боли в области ягодиц, была предложена в качестве классификационных критериев ЮСА, хотя и не получила широкого распространения [3].

Немецкими учеными под руководством Н. Trukenbrodt в сотрудничестве с исследователями других стран разработаны международные диагностические критерии ЮАС, которые получили название критериев Гармиш-Партенкирхен (таблица 2) [15, 24].

Указанные критерии прошли успешную апробацию в ходе Европейского многоцентрового исследования в 1991-92 гг. [24] и показали высокую чувствительность при постановке

диагноза вероятного ЮАС и наибольшую специфичность при распознавании определенного ЮАС. Кроме того, эти критерии могут применяться и в качестве классификационных для группы ЮСА в целом. Для других нозологи-

его от ЮРА.

Важно подчеркнуть, что в отсутствие такого специфического признака спондилоартрита как поражение осевого скелета, особую значимость приобретает сочетание у больно-

Таблица 2.

Критерии ювенильного анкилозирующего спондилоартрита Гармиш-Партенкирхен (1987 г.)

Основные критерии	Дополнительные критерии
1. Асимметричный пауциартрит (≤ 5 суставов), преимущественно нижних конечностей в дебюте заболевания (в первые 3 месяца).	1. Полиартрит (> 4 суставов) в дебюте заболевания.
2. Энтезопатия.	2. Мужской пол.
3. Боли в пояснично-крестцовой области.	3. Возраст начала заболевания > 6 лет.
4. Острый иридоциклит.	4. Наличие HLA – B27 антигена.
	5. Семейная агрегация по заболеваниям из группы серонегативных спондилоартритов
2 основных критерия или 1-2 основных + 2 дополнительных – <u>вероятный ЮАС</u> ; те же критерии + рентгенологически достоверный сакроилеит (2-сторонний сакроилеит 2 стадии или односторонний сакроилеит, как минимум, 3 стадии) – <u>определенный ЮАС</u>	

ческих форм, входящих в группу ЮСА (реактивные постэнтероколитические и урогенные артриты, псориазический артрит, энтерогенные артриты), также существуют диагностические критерии, однако с учетом специфической клинической картины этих заболеваний их

го артрита и энтезита, т.е. так называемого SEA-синдрома, определение которого было предложено американскими учеными А. Rosenberg и R. Petty в 1982 г. [26], а выделение этого синдрома было призвано служить возможно более раннему разграничению ЮРА и

Фрагмент Международной классификации болезней (МКБ) X пересмотра

M08.	Юношеский (ювенильный) артрит.
M08.0	Юношеский ревматоидный артрит. Ювенильный ревматоидный артрит с РФ и без РФ.
M08.1	Юношеский анкилозирующий спондилит.
M08.2	Юношеский артрит с системным началом Болезнь Стилла
M08.3	Юношеский полиартрит (серонегативный по РФ) Хронический ювенильный полиартрит.
M08.4	Пауциартикулярный юношеский артрит.
M08.8	Другие юношеские артриты.
M08.9	Юношеский артрит неуточненный.
M09.	Юношеский артрит при болезнях, классифицируемых в других рубриках.

идентификация представляет меньшие сложности по сравнению с диагностикой ранних стадий ЮАС и недифференцированных ЮСА [3, 6, 10, 11]. С практической точки зрения наибольшее значение имеет возможность отнесения заболевания к группе ЮСА в целом, отграничив

ЮСА, т.е. выполнять по сути роль классификационных критериев.

Критерии SEA-синдрома включают:

- 1) возраст до 17 лет;
- 2) наличие следующих 3-х обязательных признаков:

“S”- серонегативность по ревматоидному и антинуклеарному факторам,
 “E”- энтезопатия,
 “A”- артрит/артропатия.

является гарантом своевременной диагностики этих состояний. В педиатрической ревматологии к концу XX века обнаружилось много противоречий и несогласованности во взглядах

Классификация и номенклатура ювенильных идиопатических артритов (Durban, 1997)

1. Системный артрит.
2. Полиартрит: негативный по ревматоидному фактору (РФ).
3. Полиартрит: позитивный по ревматоидному фактору (РФ).
4. Олигоартрит:
 - а) персистирующий;
 - б) распространившийся.
5. Артрит, связанный с энтезитом.
6. Псориатический артрит.
7. Другие артриты.
 - а) не соответствует ни одной из категорий
 - б) отвечает критериям более чем одной категории

Было показано, что наличие хронически текущего SEA-синдрома задолго до появления признаков поражения позвоночника позволяет прогнозировать с высокой степенью вероятно-

ЮРА, ЮХА, а также ЮАС (по-видимому, подразумевается только идиопатический ЮАС), а все вторичные и недифференцированные ЮС в данную рубрику не вошли.

специалистов – представителей различных научных школ и практикующих врачей на проблему терминологии и номенклатуры хронических воспалительных заболеваний суставов у детей. Попытку сгладить имеющиеся противоречия отражает Международная классификация болезней X пересмотра, [1990], в которой под специальным шифром M08 выделена рубрика ювенильных артритов, включающих

Фрагмент классификации ювенильных идиопатических артритов (Durban, 1997).

Артрит, связанный с энтезитом.

Определение:

1. артрит и энтезит или
2. артрит или энтезит с 2-мя из следующих признаков:
 - а) чувствительность сакроилеальных сочленений и/или воспалительная боль в спине;
 - б) наличие HLA-B27 антигена;
 - в) наличие в семейном анамнезе подтвержденных ревматологом HLA-B27- ассоциированных болезней у родственников первой или второй степени родства;
 - г) передний увеит, обычно сопровождающийся болью, покраснением и светобоязнью;
 - е) начало артрита у мальчиков после 8-летнего возраста.

Исключение:

1. Псориаз, подтвержденный дерматологом у лиц первой или второй степени родства
2. Наличие системного артрита

Псориатический артрит.

Определение:

1. Артрит и псориаз или
2. Артрит и наличие 2-х из следующих признаков:
 - а) дактилит
 - в) изменения ногтей (синдром «наперстка», онихолизис)
 - с) семейный псориаз, подтвержденный дерматологом у лиц первой степени родства.

Исключение:

1. Положительный РФ.
2. Наличие системного артрита.

сти одно из заболеваний круга ЮСА, чаще всего ЮАС [11, 18].

Наличие объективных диагностических и классификационных критериев ЮСА еще не

К сожалению, при разработке диагностических критериев ювенильных артритов (ЮРА, ЮХА, ЮСА, ЮАС) не было предусмотрено четкой системы, исключающей возможность

применения диагностических критериев различных заболеваний у одного и того же больного. Практический выбор критериев диагностики в каждом конкретном случае остается за врачом, и его субъективная оценка во многом опреде-

Обобщенное представление о сходстве и различиях клинической картины заболеваний, входящих в круг ЮСА, иллюстрирует таблица, приведенная в монографии американских авторов J. Cassidy и R. Petty (таблица 3).

Таблица 3.

Клинические и лабораторные проявления ювенильных
спондилоартропатий (J. Cassidy, R. Petty, 1990).

	Энте- зит	Осевой скелет	Периф. артрит	B27+	Ирит	Кожа	Слиз. оболочки	Измене- ния ЖКТ
ЮАС	***	***	***	***	*	—	—	—
Синдром Рейтера	**	*	***	***	*	*	*	***
ЮПсА	*	**	***	**	*	***	—	—
Энтероген- ные артриты	***	**	***	*	*	*	*	***

Примечание: отсутствие признака «—».

Наличие признака: у 25% — *; у 50 % — **; у 75% — ***.

ляет трактовку диагноза. В этом отношении определенные преимущества имеет новая классификация ювенильных идиопатических артритов (ЮИА), разработанная под эгидой Всемирной Организации Здравоохранения и международной антиревматической лиги и принятая на заседании постоянного комитета по педиатрической ревматологии в апреле 1997 г. в г. Дурбане (Южная Африка) [14, 20, 22, 23].

Классификация ЮИА выделяет 7 вариантов заболевания, причем дефиниция и перечень исключений для каждой из рубрик не допускают возможности перекреста между выделенными вариантами, а в случае соответствия критериям 2-х и более рубрик рекомендуется отнесение к группе «Другие артриты».

Определение для рубрики «артрит, связанный с энтезитом» по сути включает все упоминавшиеся выше классификационные и диагностические критерии ЮСА. Важно подчеркнуть, что в подавляющем большинстве именно в этой подгруппе объединены собственно ЮСА однако, из нее исключен псориатический артрит, для которого отведена отдельная рубрика и предоставлены собственные критерии дефиниции. Крайне редко, лишь у единичных больных, классифицированных в других подгруппах ЮИА, за исключением только полиартрита с положительным РФ, возможно развитие в анамнезе заболевания круга ЮСА.

Большой опыт (наблюдения около 300 пациентов с ЮСА, представленных преимущественно ЮАС и недифференцированными вариантами ЮСА) и анализ литературных данных позволил нам выделить следующие особенности клинической картины ЮСА, отличающие их от ССА у взрослых:

- наличие периферического артрита в дебюте заболевания у подавляющего большинства больных;
- высокая частота и неблагоприятное течение тарзита и коксита;
- высокая частота полиартикулярного поражения;
- высокая частота энтезопатий (SEA-синдром);
- отсроченное от дебюта вовлечение в процесс позвоночника;
- развитие увеита преимущественно в юношеском (после 15 лет) возрасте;
- ассоциация HLA-B27 с тяжелым течением периферического артрита и наличием увеита;
- высокая (до 25%) частота семейной агрегации по заболеваниям круга ССА.

Общепризнанным является мнение о преимущественной заболеваемости ЮСА детей старшего возраста. В то же время следует подчеркнуть, что заболевание может начаться и в раннем возрасте, в т.ч. у 10-12% детей оно де-

бютирует в возрасте до 7 лет. У нас имеются 3 наблюдения начала ЮСА в возрасте 1-1,5 лет в виде постэнтероколитического РеА, который в подростковом возрасте приобрел черты, абсолютно неотличимые от ЮАС.

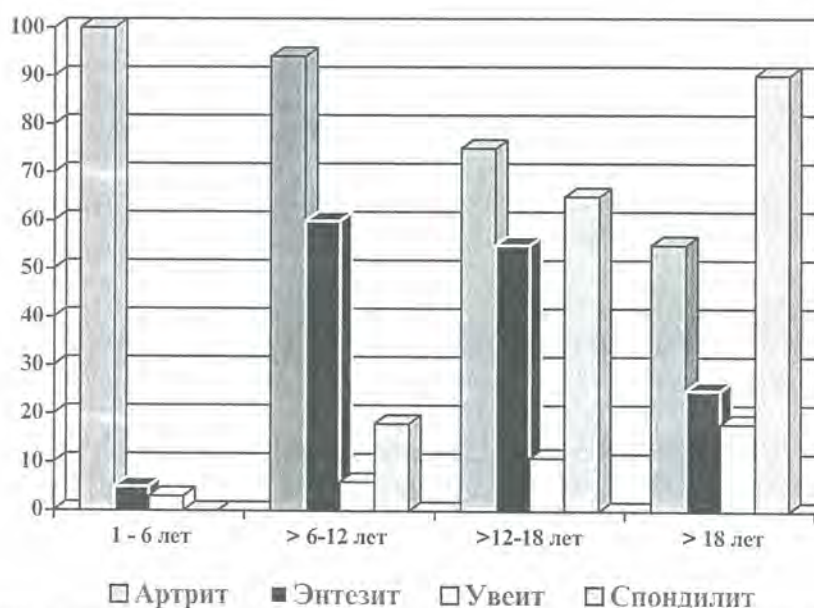
Важно отметить, что именно возраст начала заболевания определяет спектр его ранних клинических проявлений и закономерности дальнейшего течения. Так, у детей младшей возрастной группы (до 7 лет) ЮСА начинается с доброкачественного периферического паниартрита, причем даже в случае высокой воспалительной активности заболевания у большинства пациентов на фоне лечения удается достигнуть длительных периодов клинико-лабораторной ремиссии. В препубертатном и пубертатном возрасте периферическому артриту часто сопутствуют более специфические для ЮАС симптомы - энтезопатии, поражение органов зрения, другие системные проявления, причем именно этот возрастной период чаще всего характеризуется максимальной выраженностью клинико-гуморальной активности. Илеосакральные сочленения и позвоночник вовлекаются в процесс, как правило, в возрасте 11-14 лет и никогда не поражаются у детей младше 8-9 лет, независимо от возраста начала заболевания. Таким образом, при ЮСА прослеживается четкая обратная зависимость между возрастом начала болезни и сроком вовлечения осевого скелета.

В отличие от взрослых рентгенологическая диагностика сакроилеита у детей не может являться опорным диагностическим признаком ЮСА, во-первых, из-за отсроченного от дебюта заболевания вовлечения в процесс позвоночника, и только во вторую очередь, в силу особенностей рентгеноанатомии скелета у детей. Самые чувствительные методы исследования сакроилеальных сочленений, такие как компьютерная томография, ядерный магнитный резонанс, имеют второстепенное диагностическое значение на тех стадиях, когда сакроилеит еще не развился. Следует отметить, что у детей в отличие от взрослых нередко первым признаком вовлечения в процесс осевого скелета является по-

ражение дугоотростчатых сочленений шейного отдела позвоночника, а не сакроилеит и поражение поясничного отдела.

Необходимо подчеркнуть, что выраженный болевой синдром и ригидность позвоночника у ребенка не являются типичным проявлением ЮСА, и наличие таких симптомов требует исключения широкого круга заболеваний неревматической природы: септического и инфекционного (туберкулезного, бруцеллезного и др.) артрита или сакроилеита, первично хронического мультифокального остеомиелита, разнообразной патологии опорно-двигательного аппарата невоспалительного генеза (дисплазии, остеохондропатии и др.). В редких случаях может возникнуть необходимость дифференциации с гематологическими заболеваниями или новообразованиями. Так, в нашем отделении были выявлены 2 случая острого лейкоза, саркома Юинга, нейробластома, гистиоцитоз, меланома, неходжкинская лимфома. Парадоксальность ситуации в том, что именно у этих больных диагноз ЮАС фигурировал в качестве направляющего либо высказывалось подозрение на ЮАС, тогда как больные с дос-

Рисунок 1.
Эволюция основных клинических синдромов ЮСА в возрастном аспекте.



точно типичной клинической картиной ЮСА длительное время наблюдаются с диагнозом ЮРА.

Длительное катамнестическое наблюдение за большой группой больных ЮСА позволило выявить тенденцию к постепенному по-

мере роста и взросления ребенка уменьшению частоты и выраженности рецидивов периферического артрита и энтезита (при условии их адекватного лечения) и, напротив, все большей манифестации симптомов поражения позвоночника, приводящей к типичной картине классического АС в возрасте 20 лет и старше. Данные закономерности наглядно демонстрирует диаграмма (рис. 1), представляющая динамику активных проявлений 4 ведущих клинических синдромов (периферического артрита, энтезита, поражения осевого скелета, увеита) у 162 больных ЮАС. Данные закономерности обуславливают трудности диагностики ЮАС у детей и требуют учета при дифференциации с ЮРА на ранних этапах развития болезни.

Из всего вышесказанного можно заключить, что диагностика ЮАС представляет чрезвычайно трудную задачу в силу значительных особенностей и возрастной эволюции заболевания у детей и подростков.

Новая классификация ЮИА позволяет вычленив с максимально возможной точностью клинически и патогенетически однородные группы артритов и с помощью строгих критериев дефиниции отнести заболевание к той или

иной рубрике, не задумываясь до поры до времени о его нозологической принадлежности. Такая классификация, безусловно, представляет собой компромисс между сторонниками разных взглядов на номенклатуру хронических воспалительных заболеваний суставов у детей. Это компромисс между теми, кто склонен называть ЮРА даже продвинутое клинические стадии ЮАС, и теми, кто и в отсутствие намека на поражение позвоночника готов прогнозировать развитие спондилоартрита, но не может этого доказать до тех пор, пока не сформируется манифестная картина заболевания. С одной стороны, классификация ЮИА - это своеобразная уступка нашей слабой информированности в вопросах этиологии, патогенеза и диагностики хронических артритов у детей, а с другой стороны, - это плацдарм для объединения усилий широкого круга специалистов и разработки новых перспективных направлений ревматологической науки. Вместе с тем, надо четко представлять, что классификация ЮИА объединяет совершенно разные заболевания, эволюция которых идет своими путями, и доля ЮАС в структуре хронических артритов у детей достаточно весома.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Агабабова Э.Р., Годзенко А.А., Гусева И.А., Гусейнов Н.И., Крылов М.Ю., Эрдес Ш.Ф. Анкилозирующий спондилоартрит и другие спондилоартриты: современное состояние проблемы и вопросы классификации. Клинич. ревматол., 1997, 1, 2-8.
2. Гусейнов Н.И. Анкилозирующий спондилоартрит: особенности патогенеза, клиника, эволюция и прогноз различных клинических форм. Автореф. Дисс...-доктора мед. наук. М., 1990.
3. Кузьмина Н.Н. Проблема ювенильных спондилоартропатий на современном этапе. Детск. ревматол., 1997, 5, 25-29.
4. Кузьмина Н.Н. Шайков А.В. Ювенильный ревматоидный артрит: терминологические и классификационные аспекты. Научно-практич. ревматол., 2000, 1, 35-42.
5. Никишина И.П. Ювенильный анкилозирующий спондилоартрит: клиника и особенности течения. Диссертация ...канд. мед. наук. М., 1995, 220 с.
6. Ревматические болезни. Руководство для врачей. Под ред. В.А.Насоновой, Н.В. Бунчука. М., Медицина, 1997.
7. Яковлева А.А. Анкилозирующий спондилоартрит (Болезнь Бехтерева) у детей и подростков. Бишкек, Госконцерн "Учкун", 1996, 160.
8. Burgos-Vargas R., Granados-Arriola J. Ankylosing spondylitis and related diseases in the Mexican mestizo. In Spine: State of the art reviews. Ed. by Khan M.A., Philadelphia, Hanley & Belfus Inc., 1990, 4, 3, 665-678.
9. Burgos-Vargas R., Petty R.E. Juvenile ankylosing spondylitis. Rheum. Dis. Clin. North Am., 1992, 18, 1, 123-142.
10. Burgos-Vargas R., Vazquez-Mellado J. The early clinical recognition of juvenile-onset ankylosing spondylitis and its differentiation from juvenile rheumatoid arthritis. Arthr. Rheum., 1995, 38, 6, 835-844.
11. Cassidy J.T., Petty R.E. Textbook of pediatric rheumatology. Second ed., Churchill Livingstone, New York etc., 1990, 607.
12. Dougados M., van der Linden S., Juhlin R. et al. The European Spondyloarthropathy Study Group preliminary criteria for the classification of spondyloarthropathy. Arthr. Rheum., 1991, 34, 10, 1218-1227.
13. Feldtkeller E., Bruckel J., Khan M.A. Scientific contributions of ankylosing spondylitis patient advocacy groups. Curr. Opin. Rheumatol., 2000, 12, 4, 239-247.
14. Fink G. A proposal for the development of classification criteria for the idiopathic arthritis of childhood. J. Rheumatol., 1995, 22, 1567-1569.
15. Hafner R. Die juvenile spondylarthritis. Retrospektive untersuchung an 71 patienten. Monatsschr. Kinderheil Kunde., 1987, 135, 1, 41-46.
16. Job-Deslandre C. Spondylo-arthropathies juveniles. Annales de Pediatrie., 1991, 38, 10, 682-684.
17. Kelley W.N., Harris E.D., Ruddy S., Sledge C.B. Textbook of Rheumatol., 4-th ed., W.B. Saunders, Philadelphia, 1993, 1, 943-960.
18. Khan M.A., van der Linden S.M. Ankylosing spondylitis and other spondyloarthropathies. Rheum. Dis. Clin. North. Am., 1990, 16, 3, 551-579.
19. Malleson P.N., Petty R.E. Clinical and therapeutic aspects of juvenile-onset spondyloarthropathies. Curr. Opin. Rheumatol., 1997, 9, 4, 291-294.

20. Manners J. Classification and nomenclature of juvenile arthritis and issue arising. Proceeding of 9th Asia Pacific League of Associations for Rheumatology Congress, APLAR 2000, May, 21-26, 2000, Beijing, China. Organized by Chinese Rheumatology Association; 40 Gsi. 07, 40-43.
21. Pepmuller P.H., Moore T.L. Juvenile spondyloarthropathies. Curr. Opin. Rheumatol., 2000, 12, 4, 269-273.
22. Petty R.E., Southwood T.R., Baum J. et al. Revision of the Proposed Classification Criteria for Juvenile Idiopathic Arthritis: Durban, 1997. The Journal of Rheumatol., 1998, 25, 10, 1991-94.
23. Petty R. Classification of childhood arthritis: 1897-1997. Rev. Rhum. (Eugl. Ed.), 1997, 64 (Suppl 10), 161-162.
24. Prieur A.M., Dougados M., Listrat V., Amor B. Evaluation of four sets of criteria for spondylarthropathy in children: a multicentre European cross-sectional study, ACP 56th Meeting, Atlanta, 1992, abstr. C142, 190.
25. Ramus-Remus C., Russell A.S. New clinical and radiographic features of ankylosing spondylitis. Curr. Opin. Rheum., 1992, 4, 4, 463-469.
26. Rosenberg A.M., Petty R.E. A syndrome of seronegative enthesopathy and arthropathy in children. Arthritis Rheum., 1982, 25, 9, 1041-1047.
27. Scarpa R., Mathieu A. Psoriatic arthritis: evolving concepts. Curr. Opin. Rheumatol., 2000, 12, 4, 274-280.
28. Van der Linden S., van der Heijde D. Clinical aspects, outcome assessment, and management of ankylosing spondylitis and postenteric reactive arthritis. Curr. Opin. Rheumatol., 2000, 12, 4, 263-268.

Summary.

The article analyses with details the present state-of-art of the problem of juvenile spondyloarthritides (JSA), including the aspects of terminology, nomenclature JSA place in the structure of chronic inflammatory joints diseases in children, nosological and classification approaches to diagnostics. Basing on own experience including examination of 300 JSA pts, the authors presented basic clinical peculiarities and regularities of the evolution of this group of diseases in childhood and youth.

Key words: *juvenile spondyloarthritides, juvenile ankylosing spondylitis, juvenile idiopathic arthritides.*

Поступила 17.04.01.

УДК: 616.72-002-002-053.5

КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА У ДЕТЕЙ

Д.М.Алиева, С.В.Акбаров

Кафедра педиатрии № 1 (зав. - проф. Ф.С.Шамсиев) ТашиУВ, Узбекистан

Резюме.

Проведено комплексное обследование 71 ребенка с различными вариантами реактивного артрита (РеА).Monoартрит протекал преимущественно в виде локального поражения коленного сустава; олигоартрит поражал коленные, голеностопные, предплюсне-плюсневые суставы; полиартрит характеризовался частым вовлечением суставов стоп и кистей (наряду с коленными и голеностопными), энтезопатией, лимфаденопатией, синдромом Рейтера. РеА у HLA-B27-позитивных больных характеризовался преимущественно поли- и олигоартритом, энтезопатией, системными проявлениями, высокой гуморальной активностью. У HLA-B27-негативных детей артрит протекал преимущественно в виде локального процесса с поражением одного- или двух-трех суставов. Синовит у носителей антигена HLA-B27 отличался большей выраженностью экссудативных и пролиферативных воспалительных изменений по сравнению с HLA-B27-негативными детьми.

Ключевые слова: *реактивный артрит, главный комплекс гистосовместимости, синдром Рейтера.*

РеА у детей отличается большим клиническим разнообразием [1, 2, 3, 4]. Заболевание характеризуется различными клиническими

(моно-, олиго-, полиартрит) и иммуногенетическими (позитивностью или негативностью больных по антигену HLA-B27) вариантами. Многообразие клинических проявлений, безусловно, затрудняет диагностику артрита и осложняет подбор адекватной терапии. Вместе с тем особенности клинико-морфологических

Адрес для переписки:

Д.М. Алиева,
Республика Узбекистан, г. Ташкент,
ТашиУВ, кафедра педиатрии № 1.