

## ПЕДИАТРИЧЕСКАЯ РЕВМАТОЛОГИЯ

УДК: 616.72-002.77-0536

### ЮВЕНИЛЬНЫЙ ХРОНИЧЕСКИЙ АРТРИТ С ПОРАЖЕНИЕМ ГЛАЗ

С.О.Салугина, Н.Н.Кузьмина, А.И. Сперанский, И.А. Гусева, С.М.Иванова.  
Институт ревматологии РАМН, Москва.

#### Резюме.

**Цель.** Представить клинико-лабораторную характеристику больных ювенильным хроническим артритом (ЮХА) с поражением глаз.

**Материал и методы.** Изучен 81 пациент с ЮХА и поражением глаз (увеитом). Исследование сыворотки крови на АНФ произведено у 33 пациентов с увеитом и у 46 детей без увеита. Генетическое обследование на антигены/гены HLA I и II классов - у 36 пациентов.

**Результаты.** Среди больных ЮХА с поражением глаз преобладали девочки (84%), дебют болезни относился к дошкольному возрасту (1-7 лет). Заболевание чаще начиналось с моно-олигоартрита (93%). В дальнейшем у половины больных сформировался полиартрит. Максимальный риск развития увеита имелся в первые 5 лет болезни. Количество детей, имеющих инвалидизацию по состоянию органов зрения и по опорно-двигательному аппарату, было одинаковым (23,5%). В группе ЮХА с поражением глаз 72,8% детей соответствовали общепринятому в детской ревматологии диагнозу ЮРА с поражением глаз. Однако симптомы заболевания у 27,2 % детей не укладывались в рамки данного диагноза.

**Заключение.** Характерные клинические проявления заболевания, имеющего в основе артрит, протекающий в различных клинических вариантах, и увеит, в сочетании с определенными иммуногенетическими признаками, позволяют обсуждать вопрос о выделении в рамках ювенильных артритов самостоятельной нозологической формы - ЮХА с поражением глаз.

**Ключевые слова:** ювенильный ревматоидный артрит, ювенильный хронический артрит, ювенильный идиопатический артрит, увеит.

До настоящего времени сочетание суставного синдрома с офтальмологической патологией (чаще увеитом) у детей, как правило, рассматривается в нашей и некоторых других странах как особый вариант ювенильного ревматоидного артрита (ЮРА) с поражением глаз, особенно, если возраст ребенка, давность болезни и отсутствие соответствующих критериев не позволяют диагностировать другое заболевание, сопровождающееся глазными проявлениями (ювенильный псориатический артрит, ювенильный анкилозирующий спондилоартрит, воспалительные заболевания кишечника и др.). Однако в регионах Европы, где употребляется термин ювенильный хронический артрит (ЮХА), диагноз обычно звучит как ЮХА с поражением глаз. В силу изложенных ниже особенностей заболевания, характеризующегося сочетанием артрита и увеита, нам больше импонирует последняя формулировка диагноза, отражающая более широкое понятие, чем ЮРА.

В МКБ 10 пересмотра выделенные в отдельную категорию ювенильные артриты включают одновременно термины ЮРА и ЮХА [3,4]. Постоянно среди педиатров - ревматологов ведутся дискуссии о правомочности и сущности каждого из двух понятий. Кроме того, в 1994г была предложена, а с 1997г принята новая, уже применяемая за рубежом, классификация хронических артритов у детей, названных ювенильными идиопатическими артритами (ЮИА) [3,8], что еще более усложнило формулировку ди-

агноза у конкретного пациента. Несмотря на терминологические разногласия, общим осталось разделение всех хронических артритов у детей на три основных варианта: системный, полиартикулярный, олигоартикулярный [6,8] в соответствии с типом начала болезни. О первых двух группах у ревматологов сформировано достаточно четкое представление, и диагностика их не представляет значительных трудностей. Особую категорию составляют дети с олигоартикулярным поражением, частота которого среди ювенильных артритов достигает 44-60% [8]. Основным проявлением болезни при всех трех вариантах является поражение суставов, однако процесс не ограничивается только патологией опорно - двигательного аппарата. При каждом из вариантов существует вероятность поражения органов зрения. В целом, частота развития офтальмологической патологии при ЮРА/ЮХА по данным литературы составляет 2,5-16% . Однако при олигоартикулярном варианте частота увеита (15-20%) оказывается существенно выше, чем при полиартикулярном (около 5%), а при системном поражении глаз встречается крайне редко или не встречается вовсе.[8]. Наибольший риск развития офтальмологической патологии имеют девочки с ранним началом болезни и с положительным АНФ в крови.

Литературные источники, посвященные данной проблеме, в историческом плане ведут отсчет с 1910 г, когда J.Ohm впервые обратил внимание на сочетанное поражение суставов и глаз [11]. В 1950 г E.Vesterdal и B.Sury представили описание более многочисленной группы больных с артритом и лентовидной кератопатией [13]. В 1969 г J. Schaller соавт. подметили, что риск глазных изменений значительно выше у пациентов с олигоартритом по сравнению с полиартикулярным вариантом. Была выявлена

Адрес для переписки:

С.О.Салугина,

115522, Москва, Каширское шоссе, 34-а

Институт ревматологии РАМН,

тел.: (095) 114-44-62, 114-44-64.



отчетливая тенденция к серопозитивности по АНФ, и установлена тесная связь данной патологии с геном гистосовместимости DR5 [12].

Поскольку снижение и потеря зрения являются наиболее тяжелым состоянием для ребенка, проблема волнует многих исследователей.

**Цель работы.** Представить подробную клинико-лабораторную характеристику больных ЮХА с поражением глаз.

**Материал и методы исследования.** Основу исследования составили наблюдения за 81 пациентом, у которых выявлялось поражение суставов и глаз. Больные были отобраны из 758 пациентов с диагнозом ЮРА, впервые госпитализированных в детское отделение Института ревматологии РАМН за период с 1988 по 1998 гг. При этом 52 ребенка наблюдались проспективно и 29 - ретроспективно.

Критериями включения являлись: 1) наличие ЮРА/ЮХА, 2) возраст пациентов от 2 до 16 лет; 3) поражение глаз. При включении пациентов в исследование не учитывалась количественная характеристика артрита, а также не ограничивался спектр глазных поражений. Не включались больные, имеющие признаки других ревматических заболеваний, сопровождающихся увеитом (ювенильный псориатический артрит, ювенильный анкилозирующий спондилоартрит, воспалительные заболевания кишечника и др.).

Среди включенных в исследование детей наиболее представительной оказалась группа больных школьного возраста (суммарно 63%). Преобладали девочки (84%).

Давность заболевания составила от 3-х мес до 15 лет (в среднем  $5,0 \pm 3,5$  лет), причем большинство детей (76,6%) болели более 3 лет, что позволило катamnестически оценить течение и исходы болезни.

При выполнении работы учитывались сведения, касающиеся суставных и глазных проявлений в дебюте заболевания, его эволюции и исходов. Оценивалась взаимосвязь артикулярных и офтальмологических проявлений болезни, а также клинических и гуморальных признаков. Всем детям проводилось общепринятое в педиатрической ревматологии комплексное клиническое, биохимическое, иммунологическое и рентгенологическое обследования. Кроме того были выполнены специальные тесты: 1) определение АНФ методом РНИФ на культуре клеток Нер-2 у пациентов с ЮРА/ЮХА при наличии (33 человека) и отсутствии увеита (46 больных); 2) типирование HLA-I и II классов (36 больных, преимущественно девочки-77,8%). Контрольной группой для сравнения распределения иммуногенетических маркеров являлись здоровые тест-доноры, типированные в Институте иммунологии МЗ РФ (по антигенам I класса-150 человек, по генам II класса - DRB1-135 человек). Серологическое типирование антигенов I класса системы HLA было проведено стандартным микролимфоцитотоксическим тестом с использованием HLA-типировующих сывороток Республиканского центра тканевого типирования (С-Петербург, Россия). Олиготипирование генов DRB1 выполнено низкоразрешающим 2х этапным ПЦР-методом с использованием набора из 10 смесей сиквенс-специфических праймеров, выявляющих 14 аллелей гена DRB1 на уровне серологических специфичностей. Использован набор HLA ДНК-Тех ("НПФ ДНК-Технология", НИИ Иммунологии МЗ РФ, Москва). Всем детям проводилось офтальмологическое обследование с использованием биомикроскопии сред глаза.

Полученные данные были подвергнуты статистической обработке с использованием программы статисти-

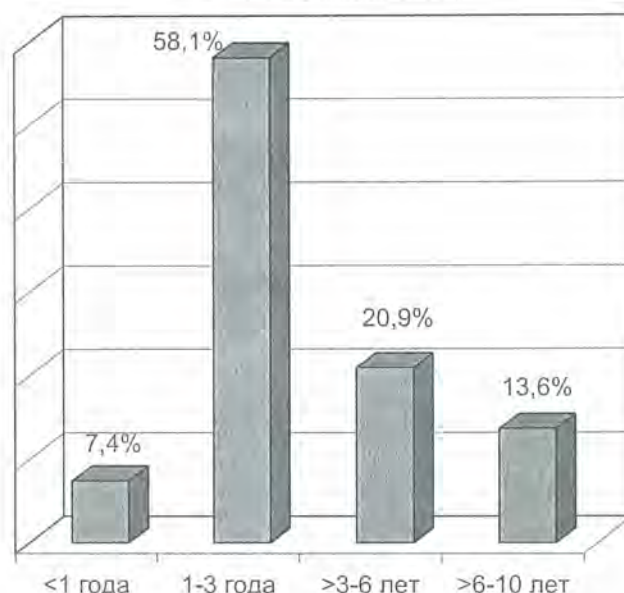
ческого анализа "БИОСТАТ" с вычислением критерия  $\chi^2$  и критерия Стьюдента (t).

**Результаты исследования.** Возраст начала заболевания варьировал от 11 мес до 10 лет (в среднем  $3,4 \pm 2,3$  года) (рисунок 1).

В подавляющем числе наблюдений (85,2%) заболевание начиналось с артрита. Артикулярный синдром был вторичным по отношению к патологии глаз у 8,6%. У 6,2 %

Рис. 1

Распределение больных по возрасту начала заболевания (n=81).



поражение суставов и глаз развилось одновременно. Полученные нами данные согласуются с литературными (А.В. Хватова, Л.А.Исаева 1987, J.J.Schaller 1982, C.W.Fink 1995, J.T.Cassidy 2001). Несколько иными данными располагают офтальмологи, согласно которым у 60% детей ревматоидный увеит развился одновременно или в короткий промежуток времени после артрита (до года) и у 20% увеит был первичным, а в пределах года появился артрит [2,5].

При сравнительном анализе возрастных рамок возникновения суставных и офтальмологических симптомов было выявлено, что артриты у части детей начинались уже в раннем периоде жизни (минимально в 11мес). Возрастным пиком развития суставного поражения был промежуток времени от 1 до 3х лет (58%), существенно снижавшийся в интервале до 10 лет. Средний возраст возникновения артрита составил  $3,5 \pm 2,4$  года. Несколько иначе обстояло дело с глазными проявлениями. Они дебютировали ближе ко второму году жизни; самый ранний возраст, в котором встретилось поражение глаз, был 1г 10 мес. При этом возрастной пик сместился в сторону дошкольного возраста (3-6 лет): в этот период 34,6% детей впервые перенесли увеит. Возможность поражения глаз значительно снижалась к 10 годам (12,3 %). Однако увеит выявлялся у детей и в старшей возрастной группе вплоть до 15 лет (средний возраст дебюта увеита  $6,0 \pm 3,2$  лет).

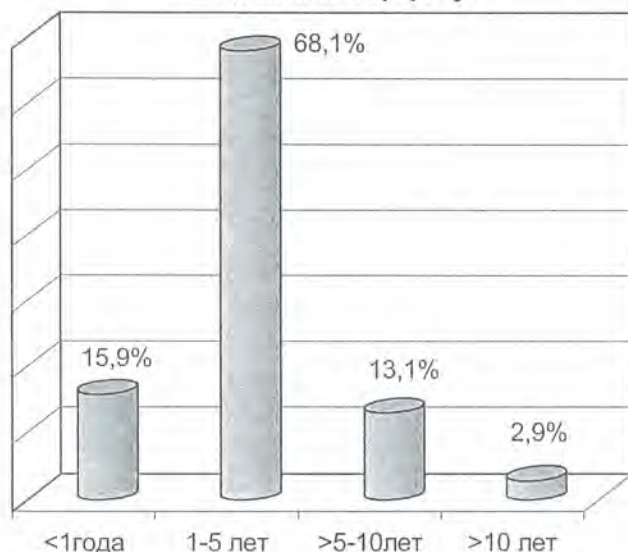
Не меньший интерес представляет оценка временного интервала, в течение которого возможно присоединение к суставному синдрому увеита (рисунок 2). Нами установлено, что это происходило в сроки от 2х мес до 12,5 лет ( в среднем через  $3,02 \pm 2,8$  лет). Увеит чаще разви-



вался в период от 1 года до 5 лет после начала артрита (68,1%). На первом году артрита увеит появился лишь у 15,9% детей.

Рис. 2

**Сроки присоединения поражения глаз по отношению к артриту.**



Однако возможность поражения глаз сохранялась даже после 10 лет течения болезни, хотя подобных пациентов в нашем наблюдении было лишь 2,9%. Если артрит следовал за увеитом, он регистрировался в сроки от 3-х мес до 3,5 лет от времени начала глазной патологии. Интересен факт существования пациентов (10%), наблюдающих

Рис. 3

**Характер суставного поражения в дебюте заболевания и на момент начала исследования.**



ся окулистами с типичным, по их мнению, ревматоидным поражением глаз, у которых в течение 10 летнего промежутка времени не присоединился артрит [2]. Эти данные несколько отличаются от наших, видимо, в связи с различ-

ными контингентами больных, наблюдаемых окулистом и ревматологом.

На первых этапах становления патологического процесса суставной синдром у большинства пациентов (около 93%) носил моно- или олигоарткулярный характер (рисунок 3). Однако встретились дети (7,4%), у которых уже в дебюте заболевания в процесс было вовлечено 5 и более суставов, а к моменту проведения данного анализа они составили почти 50%. Около половины пациентов сохранили олигоарткулярный тип суставного синдрома. У преобладающего большинства детей артикулярные изменения были асимметричными.

У 69,1% больных заболевание начиналось с коленных суставов. Достаточно часто (38,3%) вовлекались голеностопные суставы, а также мелкие суставы кистей и стоп. У ряда детей уже в начале заболевания имелись артриты плечевых и височно-нижнечелюстных суставов. Ни у одного в дебюте не поражались грудино-ключичные и сакро-илеальные сочленения, хотя наблюдалось при хронизации процесса. По мере прогрессирования значительно нарастал процент кокситов (37%) и вовлечение в патологический процесс шейного отдела позвоночника (29,6%). Поражение данных отделов скелета нередко приводило к инвалидизации ребенка. Иногда изменения в мелких суставах носили осевой характер (8 пациентов - 9,9%), напоминая так называемый сосискообразный палец или хирургическую патологию "парциальный гигантизм", в связи с чем дети часто направлялись к хирургам. Среди публикаций мы не встретили упоминаний о данном феномене, а ряд ревматологов считают, что подобное осевое поражение мелких суставов не что иное, как маркер псориазического артрита. Тем не менее отсутствие псориазических высыпаний у наших пациентов и указаний на наличие псориаза у родственников, а также других признаков не подтверждают псориаза. Однако в настоящее время отсутствуют масштабные исследования по эволюции ЮХА с поражением глаз у пациентов, перешедших во взрослую возрастную группу. Представляется, что такие исследования помогут расставить все точки над "i" и, возможно, определить истинное заболевание у пациентов, заболевших в детском возрасте.

Была проанализирована эволюция суставного синдрома. Согласно нашим данным воспалительный процесс полностью купировался у 19,8% детей. Более чем у половины больных отмечены изменения в суставах без функциональных нарушений. 23,5% пациентов инвалидизировались по опорно-двигательному аппарату, причем у половины из них инвалидность была обусловлена полиартритом с тяжелыми контрактурами, у остальных контрактурами только коленных суставов, затрудняющими передвижение ребенка. Эти данные не вполне согласуются с общепринятым мнением о доброкачественности и благоприятном прогнозе суставного процесса у больных с поражением глаз, а подтверждают немногие литературные сведения о возможности более агрессивного течения артрита при данном варианте ЮХА [9].

Поражение глаз у всех наших пациентов соответствовало диагнозу переднего увеита. Дистрофические изменения в роговице присутствовали у 28,4%, включая ленточную дегенерацию у 9 чел (11,1%), изменения радужной оболочки у 24,7% с ее субатрофией у части из них. Деструкция стекловидного тела отмечалась у 25,9%, синехии почти у трети пациентов, катаракта - у 38,3%. Лишь у двух больных - подростков 16 лет развилась глаукома, что в отличие от литературных данных (R.E.Petty, 1987) сви-



детельствует о достаточной редкости указанного осложнения у детей. Следует отметить, что у 66,7% больных воспалительный процесс в глазных средах протекал асимптомно, не нарушая функций глаз, выявляясь впервые при осмотре окулистом на щелевой лампе. У остальных пациентов имели место следующие симптомы: неприятные ощущения в глазах, светобоязнь, слезотечение, выделения из глаз, боли, определяемая визуально гиперемия конъюнктивы, анизокория, иногда дети жаловались на снижение зрения. У 2/3 больных поражение глаз было симметричным.

Изучение эволюции глазного поражения показало, что на фоне местного и общего лечения у 17,3% пациентов увеит полностью купировался, не оставив никаких офтальмоскопически изменений. У 16% увеит, «отзвучав», оставил небольшие изменения в глазных средах, однако не вызвал таких серьезных осложнений, как катаракта, глаукома. У 13,6% детей увеит характеризовался вялотекущим, субклиническим течением. У половины пациентов воспалительный процесс в глазах постоянно рецидивировал.

Исходом увеита у части больных стала катаракта. У 12 детей была произведена ее экстракция, что привело к некоторому улучшению зрения. Несмотря на то, что у большинства детей увеит протекает асимптомно, хронически и существенно не влияет до некоторых пор на зрительные функции, в нашем исследовании 23,5% пациентов стали инвалидами по состоянию органов зрения, потеряв зрение на один или оба глаза из-за катаракты.

При данном варианте заболевания висцериты встречаются крайне редко. В нашей группе у 2х больных признаки системности были отмечены в дебюте заболевания (лихорадка, лимфаденопатия, гепатолениальный синдром). Амилоидоз не развивался ни у одного пациента.

В целом заболевание протекало с высокой лабораторной активностью, которая в дебюте у большинства пациентов не превышала 1, а при рецидивах обычно соответствовала 2 степени. При этом отмечалось повышение ЦИК, СРБ, иммуноглобулинов преимущественно класса IgG, что достоверно чаще ассоциировалось с более тяжелым характером течения артрита ( $p < 0,05$ ).

Специально проведенное определение АНФ в крови пациентов с поражением глаз и без него (таблица 1) показало, что АНФ встречался значительно чаще в группе с увеитом ( $p < 0,001$ ), при этом при использовании РНИФ на культуре клеток Нер-2 частота его достигала 93,9%, что значительно превышало чувствительность первого метода (на срезах печени крыс) ( $p < 0,05$ ).

Титр АНФ на культуре клеток у большинства больных с поражением глаз составлял 1/80-1/160. Регистрировался в основном гомогенный и крапчатый тип свечения.

Отчетливой ассоциации АНФ с клиническими и демографическими признаками (пол, возраст, тип начала заболевания, характер течения увеита и артрита) выявлено не было. РФ обнаруживался редко (9,1%).

Анализ распределения антигенов/генов системы HLA у 36 больных ЮХА с поражением глаз и в контрольной группе выявил существенные различия (таблица 2). Наиболее часто в исследуемой группе встречались антигены A2, B27, ген DRB1\*08, а также гаплотип A2 B15. В фенотипе отсутствовали антиген A10 и ген DRB1\*04. Необходимо подчеркнуть необычайно высокий по сравнению с контролем процент встречаемости гена DRB1\*08 ( $p < 0,000002$ ). Данный факт позволял бы обсуждать роль

Таблица 1

Частота обнаружения АНФ методами РНИФ на срезах печени крыс и на культуре клеток НЕР-2 при различных формах ЮРА.

| Форма ЮХА          | Срезы               |                     | НЕР-2                 |                     |
|--------------------|---------------------|---------------------|-----------------------|---------------------|
|                    | АНФ "+"<br>abc<br>% | АНФ "-"<br>abc<br>% | АНФ "+"<br>abc<br>(%) | АНФ "-"<br>abc<br>% |
| С увеитом<br>n=33  | 19<br>57,6          | 14<br>42,4          | 31*<br>93,9           | 2<br>6,1            |
| Без увеита<br>n=46 | 6<br>13             | 40<br>87            | 19**<br>41,3          | 27<br>58,7          |
| P                  | <0,001              |                     | <0,001                |                     |

\*  $p = 0,002$ , \*\*  $p = 0,005$

этого гена в качестве маркера заболевания, если бы не обнаружение его у больных с изолированным увеитом неясной этиологии, что может указывать на предрасположенность носителей DRB1\*08 к заболеванию глаз. Существенных взаимосвязей этого гена с клиническими и лабораторными признаками заболевания обнаружить не удалось. Для уточнения его истинной роли в развитии заболевания необходимы сравнительные исследования с группой больных ЮХА без увеита. Ни у одного пациента не был обна-

Таблица 2

Частота выявляемости некоторых антигенов и генов системы HLA у пациентов с ЮХА и увеитом.

| HLA     | ЮХА (%)<br>n=36 | Контроль (%)<br>n=150 | P         | OR   |
|---------|-----------------|-----------------------|-----------|------|
| A2      | 83,3            | 49,3                  | <0,0005   | 5,14 |
| A10     | 0,0             | 18,0                  | <0,01     |      |
| B27     | 30,6            | 7,3                   | <0,0005   | 5,56 |
| A2 B15  | 13,9            | 3,4                   | <0,03     | 4,68 |
|         | n=72            | n=270                 |           |      |
| DRB1*04 | 0,0             | 12,6                  | <0,003    |      |
| DRB1*08 | 18,1            | 2,6                   | <0,000002 | 8,28 |

ружен ген DRB1\*04 ( $p < 0,003$ ), часто выявляемый при серопозитивном полиартикулярном ЮРА и РА у взрослых. Антиген HLA-B27 был выявлен у 30,6% детей, что превышало частоту его встречаемости в контрольной группе ( $p < 0,0005$ ). Кроме того, анализ распределения данного антигена даже при столь малочисленной выборке показал достоверное половое различие в частоте встречаемости B27: у мальчиков - 75,0%, у девочек - 17,9%,  $p < 0,005$ . Ген DRB1\*08, несмотря на низкую встречаемость в популяции (2,6%), был выявлен у мальчиков в 2х случаях из 8 (25%) ( $p < 0,01$ ). Таким образом, для мальчиков характерными оказались (в порядке убывания) антигены/гены HLA-B27,



DRB1\*08 и A2. Для девочек антигенами/генами предрасположенности были DRB1\*08, A2 и гаплотип A2B15, который встречался только у лиц женского пола. Поскольку чаще всего по данным литературы [1,6,9] у пациентов ЮХА с поражением глаз имелся ген DRB1\*05, мы оценили частоту его встречаемости у наших пациентов. Она оказалась выше, чем в контрольной группе, однако статистического преобладания подтвердить не удалось.

Изучение картины заболевания в целом показало, что группа пациентов, имеющих в клинической картине артрит и поражение глаз, является неоднородной. Действительно, большинство (72,8%) детей были женского пола с ранним дебютом болезни, олигоартритом, хроническим асимптомным увеитом, положительным АНФ. Однако, наряду с так называемым классическим или особым вариантом ЮХА, нами были выделены 2 подгруппы пациентов (по 13,6%), имеющих особенности, выходящие за рамки общепринятых представлений. Одну из подгрупп составили девочки с полиартикулярным поражением суставов, относительно доброкачественным хроническим течением увеита и положительным АНФ. В другую подгруппу вошли мальчики с мало прогрессирующим олигоартритом, энтезопатиями и талалгиями, ранним вовлечением височно-нижнечелюстных суставов и шейного отдела позвоночника, острым односторонним увеитом в дебюте с преимущественно доброкачественным дальнейшим течением, положительным HLA-B27 антигеном. Очевидна их близость к группе серонегативных спондилоартритов. Косвенным подтверждением этому стал диагноз неспецифического язвенного колита, установленный одному из наших пациентов в процессе динамического наблюдения.

**Обсуждение.** На сегодняшний день в педиатрической ревматологии существует унифицированный подход к диагностике ЮХА с поражением глаз. Наличие у пациента суставного поражения в сочетании с увеитом, особенно если это маленькая девочка и у нее в крови выявляется АНФ, позволяет поставить ребенку диагноз ЮРА. В свою очередь, выявление увеита с признаками «ревматоидного» поражения глаз заставляет окулиста подозревать ЮРА практически у каждого подобного пациента, хотя неко-

торые из них не удовлетворяют критериям этого диагноза. Как показало исследование, дети, имеющие артрит и увеит, несмотря на наличие общих признаков, не представляют собой однородную группу, позволяющую однозначно трактовать диагноз как определенный ЮРА. Ввиду отсутствия данных о длительном катарактальном наблюдении таких больных, особенно во взрослом состоянии, нет четкого представления о том, какую конкретную патологию в конечном итоге формируют эти больные. Известно лишь, что пациенты с аналогичным симптомокомплексом встречаются во взрослой практике редко, а ряд больных продолжают наблюдаться только офтальмологами в связи с тяжелым поражением глаз. Куда же деваются остальные пациенты, четко не изучено. Следует также отметить, что бытующее мнение ряда ревматологов о том, что поражение глаз является осложнением хронического артрита [8], на наш взгляд, не совсем верно, так как синхронное развитие артрита и увеита, а также возможность предшествования офтальмологических проявлений суставов, указывают на равноправие этих признаков и позволяют считать увеит проявлением, а не осложнением болезни.

Таким образом, наличие характерных клинических признаков заболевания, проявляющихся хроническим воспалительным процессом в суставах независимо от его качественной и количественной характеристики, поражением глаз (преимущественно увеитом), которое также может быть довольно разнообразным внутри группы, в сочетании с иммуногенетическими признаками, свойственными данному варианту болезни, а также неоднородности изучаемой группы, позволяют ставить вопрос о правомерности существования более широкого понятия в группе ювенильных артритов, чем ЮРА с поражением глаз, а именно ЮХА с поражением глаз. Возможно, что в будущем эта форма будет называться ювенильным идиопатическим артритом с поражением глаз. Несмотря на отсутствие знаний о нозологической принадлежности указанного патологического процесса, данный вариант заболевания с учетом всего вышеизложенного имеет право претендовать на самостоятельное существование в рубрике ювенильных артритов.

#### ЛИТЕРАТУРА.

1. Жолобова Е.С. Клинические и иммуногенетические аспекты ювенильного ревматоидного артрита. Автореф. Канд. дисс. М., 1988.
2. Катаргина Л.А. Эндогенные увеиты у детей раннего возраста. Клинико-функциональные и иммунологические особенности, профилактика и лечение осложнений. Автореф. докт. дисс. М., 1992.
3. Кузьмина Н.Н., Воронцов И.М., Никишина И.П., и др. Эволюция взглядов на терминологию и классификацию ювенильных хронических артритов. Научно-практич. ревматол., 2001, 1, 41-45.
4. Насонова В.А., Фоломеева О.М., Амирджанова В.Н. и др. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани в России: динамика статистических показателей за 5 лет (1994-1998 гг). Научно-практич. ревматол., 2000, 2, 4-12.
5. Хватова А.В., Исаева Л.А., Катаргина Л.А. и соавт. Клинические особенности ревматоидных увеитов у детей. Педиатрия, 1981, 12, 33-36.
6. Шайков А.В. Современный взгляд на терминологию и классификацию ювенильного ревматоидного артрита. Детская ревматология, 1995, 1, 73.
7. Ansell B.M., Albert E.D.: JCA, pauciarticular type. In: Albert E.D., ed. Histocompatibility Testing 1984. Berlin: Springer-Verlag.
8. Cassidy J.T., Petty R. E. Textbook of pediatric rheumatology – 4 ed. 2001.
9. Cimaz R.G. and Fink C.W. The articular prognosis of pauciarticular onset juvenile arthritis is not influenced by the presence of uveitis. J. Rheumatol., 1996, 23, 357-9.
10. Nepom B., The immunogenetic of JRA. Rheum. Dis. Clin. North Amer., 1991, Vol.17, 4, 825-857.
11. Ohm J.: Bandförmige Hornhauttrübung bei einem neunjährigen Mädchen und ihre Behandlung mit subkonjunktivalen Jodkali-einspritzungen. Klin Monatsbl Augenheilkd 1910, 48, 243.
12. Schaller J.J., Kupfer C., Wedgwood R.J. Iridocyclitis in JRA. Pediatrics, 1969, 44, 92-100.
13. Vesterdal E. and Sury B. Iridocyclitis and bandshaped corneal opacity in juvenile rheumatoid arthritis. Acta Ophthalmol., 1950, 28, 321-37.



**Abstract.**

**Objective.** to describe a series of pts with JRA/JCA and uveitis.

**Material and methods.** The study included 81 pts with JRA and uveitis. There were 68 girls-84%, 13 boys-16%. We studied the clinical manifestations, the antinuclear antibodies (ANA) using HEP-2 cells for the 33 pts with uveitis and 46 pts without uveitis, HLA status was determined for 36 pts.

**Results.** 85,2% of the children had arthritis before uveitis. The mean age at onset of arthritis was 3,5 year (range: 1-10 yrs), the mean age at onset of uveitis was 6 year (range: 2-15 yrs). The mean interval between the onset of arthritis and uveitis was 3,02 years (range: 3,5 yrs before arthritis onset to 12,5 yrs after). In 68,1% pts the diagnosis of uveitis was made within 5 yrs after onset of arthritis. 93% of pts had mono-oligoarticular onset, but 50% had polyarticular course. 23,5% of pts had functional disability 3-4 classes. Ocular complications were developed in 53,1%: cataracts-38,3%, band keratopathy-11,1%, glaucoma-2,5%. 93,9% of 33 studied children with arthritis and uveitis were ANA positive, 9,1% were RF positive. 18,1 % had HLA-DR8 ( $p<0,001$ ), 83,3% - HLA-A2 ( $p<0,001$ ), HLA-B27 - 30,6 % ( $p<0,001$ ).

**Conclusion.** Clinical and laboratory data of our pts suggest that: 1) the combination of arthritis and uveitis would be named JCA with uveitis; 2) according our opinion JCA with uveitis is separate nosological form among the juvenile arthritides.

**Key words:** juvenile rheumatoid arthritis, juvenile chronic arthritis, juvenile idiopathic arthritis, uveitis.

Поступила 26.11.01.

УДК: 616.72-002.77-053.6-058

## РОССИЙСКИЙ АДАПТИРОВАННЫЙ ВАРИАНТ ОПРОСНИКОВ ДЛЯ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ С ЮВЕ- НИЛЬНЫМИ ХРОНИЧЕСКИМИ АРТРИТАМИ.

Н.Н. Кузьмина<sup>1</sup>, И.П. Никишина<sup>1</sup>, А.В. Шайков<sup>1</sup>, Н. Руперто<sup>2</sup>, Т.А. Шеленина<sup>1</sup>, С.О. Салугина<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Институт ревматологии РАМН, Москва.

<sup>2</sup> Поликлиника Св. Маттео, Павия, Италия.

**Резюме.**

Представлены результаты перекрестной культурной адаптации и апробации русской версии двух опросников, предназначенных для оценки состояния здоровья и качества жизни больных детей и основанных на ответах родителей. Первый из них (Childhood Health Assessment Questionnaire – CHAQ) является специфическим инструментом характеристики состояния здоровья, с помощью которого можно оценить функциональную способность повседневной жизненной активности детей с ювенильными хроническими артритом (ЮХА). Второй опросник (The Child Health Questionnaire – CHQ) является общим инструментом оценки здоровья детей, характеризующим физическое и психосоциальное состояние независимо от варианта болезни. Обе версии российских опросников прошли полную процедуру трехкратного прямого (с английского на русский) и обратного (с русского на английский) перевода, культурной адаптации и утверждения. В исследование включены 146 детей: 86 пациентов с ЮХА (ювенильными идиопатическими артритом по классификации ILAR, Durban, 1997): 23% - системным вариантом, 39% - полиартрикулярным вариантом, 15% - распространенным олигоартритом, 23% - персистирующим олигоартритом и 60 здоровых детей. С помощью CHAQ удалось выявить клинические различия между здоровыми детьми и пациентами с ЮХА в показателях функциональной недостаточности, болей и нарушений общего состояния. CHQ также позволил провести разграничение между здоровыми детьми и пациентами с ЮХА, у которых отмечены более низкие показатели физического и психосоциального благополучия.

Проведенное исследование позволило заключить, что российская версия опросников CHAQ-CHQ является надежным и утвержденным инструментом для оценки функционального, физического и психосоциального состояния детей с ЮХА.

**Ключевые слова:** ювенильный хронический артрит (ЮХА), опросник, качество жизни.

**Введение.** Среди научных исследований в разных областях медицины в последние годы большое значение отводится изучению качества жизни больных, страдаю-

щих хронической патологией. Особую важность эта проблема приобретает для ревматологии, учитывая высокую социальную значимость ревматических болезней, занимающих одно из лидирующих мест среди причин инвалидности. Для оценки качества жизни и функциональной способности больных к настоящему времени разработано и используется уже более 100 различных вариантов опросников, предназначенных, главным образом, для англоязычной популяции [1,2,4,5]. Применение этих опросни-

Адрес для переписки:

Н.Н. Кузьмина,  
115522, Москва, Каширское шоссе, 34-а  
Институт ревматологии РАМН,  
тел.: (095) 114-44-62, 114-44-64.