

ПЕДИАТРИЯ

УДК 616. 72-002. 77: 025. 4-005: 001. 4

ЮВЕНИЛЬНЫЙ РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ: ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛАССИФИКАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ.

Н.Н.Кузьмина, А.В.Шайков.

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

Резюме

На основании данных отечественной и зарубежной литературы, основанных на многолетнем опыте педиатров-ревматологов, представлены терминологические и классификационные аспекты ювенильного ревматоидного артрита (ЮРА). Изложены подходы к созданию диагностических и классификационных критериев ЮРА в будущем.

Ключевые слова: ювенильный ревматоидный артрит, терминология, классификация.

Одной из актуальных проблем современной педиатрической ревматологии являются хронические воспалительные заболевания суставов у детей. Ведущая роль среди них до настоящего времени принадлежит ювенильному ревматоидному артриту (ЮРА). Высокая частота его встречаемости по сравнению с другими ревматическими заболеваниями, отчетливая тенденция к ранней инвалидизации, нередкое вовлечение в патологический процесс внутренних органов ставят ЮРА в особое положение среди других болезней этого профиля.

Современная детская ревматология достигла бесспорных успехов в изучении проблемы ЮРА, однако в этой сложной и многогранной патологии остаются дискуссионные и нерешенные вопросы. К ним относятся: терминологические аспекты, дефиниция заболевания, вопросы нозологической принадлежности, клинический полиморфизм дебюта и течения ЮРА, его исходы. Не сходят с повестки дня диагностические проблемы, свидетельствующие о несовершенстве критериев диагностики данного заболевания и вследствие этого большой процент диагностических ошибок. В силу этого проблема ЮРА в последнее десятилетие является предметом специального обсуждения на

крупных международных и отечественных форумах, а также широко освещается на страницах медицинской печати.

История изучения ЮРА ведет свой отсчет с середины прошлого столетия (M.V.Cornil, 1864 г., M.S.Diamantsberger, 1890). В 1897 году английский ученый Стилл описал симптоматику данного заболевания, которая характеризовалась высокой лихорадкой, множественным поражением суставов, увеличением периферических лимфатических узлов, печени, селезенки и других внутренних органов.

Выделенный симптомокомплекс дал автору основание уже в те годы высказать мнение, что это особая болезнь детского возраста, не имеющая ничего общего с суставной формой ревматоидного артрита у взрослых. С тех пор, учитывая заслуги Стилла, а также то, что описанное им заболевание было доминирующим в детском возрасте, все случаи ревматоидного артрита у детей стали называться болезнью Стилла, в силу чего данный термин как синоним ЮРА длительное время встречался в медицинской литературе.

Однако, со временем становилось всё более ясным, что болезнь Стилла является только одним из вариантов ревматоидного артрита в детском возрасте и что за последние десятилетия происходило снижение её частоты, а также одно-временное нарастание суставных форм болезни.

Несмотря на работу Стилла, в течение еще длительного времени ревматоидный артрит у взрослых и детей рассматривался как единая

нозологическая форма, встречающаяся у пациентов в различные периоды жизни. Однако, учитывая существенные отличия клинических проявлений болезни в детском возрасте от симптоматики, имеющей место у взрослых пациентов с ревматоидным артритом, J.A.Coss и R.H.Boots в 1946 году предложили новый термин “ювенильный ревматоидный артрит”, широко используемый в наши дни.

Как показывает накопленный педиатрической ревматологией опыт, распознавание ЮРА нередко представляет немалые сложности. Это во многом объясняется большими сходством клинической картины суставного синдрома при многих ревматических заболеваниях (таких как псориазный артрит, ювенильный спондилоартрит и др.), особенно на ранних стадиях их становления, т.е. еще до окончательного формирования определенной нозологической формы. Стремление свести до минимума риск диагностических погрешностей послужило причиной введения в педиатрическую ревматологию нового термина – “ювенильный хронический артрит” (ЮХА), объединяющего под своим “зонтиком” практически все хронические воспалительные заболевания суставов у детей. Дата его официального утверждения явилась отправным пунктом существующих до настоящего времени дискуссий между сторонниками прежнего термина ЮРА и нового обозначения, официально утвержденного в 1978 г. – ЮХА (22). Причем приверженцы того или иного направления полностью исключают из своего терминологического лексикона обозначение, используемое оппонентами. Термин ЮРА нашел широкое распространение в странах американского континента и в России, в европейских регионах предпочтение отдается термину ЮХА. Исходя из того, что ЮРА является лишь составной частью ЮХА, трудно сопоставимыми следует считать показатели, характеризующие их первичную заболеваемость и распространенность в разных странах.

Принимая во внимание все вышеизложенное, более целесообразным представляется одновременное присутствие в номенклатуре заболеваний детского возраста двух терминов – ЮХА и ЮРА. Использование первого из них свидетельствует о том, что болезнь находится на этапе формирования и не манифестировала своего истинного лица. В противоположность этому термин ЮРА должен применяться лишь в тех наблюдениях, когда лечащий врач полностью исключает вероятность развития в

катамнезе любого другого заболевания ревматического профиля. Поэтому в отечественной классификации и номенклатуре ревматических болезней выделена специальная рубрика “Ювенильный артрит”, содержащая наряду с ювенильным ревматоидным артритом ювенильный хронический артрит.

Фрагмент отечественной рабочей классификации и номенклатуры ревматических болезней (1988).

V. Ювенильный артрит.

- 1.0. Ювенильный ревматоидный артрит, включая синдром Стилла и синдром Висслера-Фанкони.
- 2.0. Ювенильный хронический артрит.

Целесообразность выделения самостоятельной рубрики “Ювенильный артрит” с входящим в нее ЮРА обосновывалась тем, что в настоящее время обсуждается вопрос о принципиальном отличии ЮРА от РА взрослых и признании его самостоятельной нозологической формой, о чем свидетельствуют имеющиеся отличительные черты заболевания, а именно: наличие отдельных вариантов, присущих только детскому возрасту, серонегативность по РФ у 80-85% пациентов, носительство различных антигенов гистосовместимости у детей и взрослых и т.д. В силу этого, согласно современным воззрениям, ЮРА рассматривается как самостоятельная нозологическая форма с неизвестной этиологией и патогенезом, начинающаяся до 16-летнего возраста и характеризующаяся персистирующим воспалительным процессом в суставах с длительностью артрита более 3 месяцев, с дальнейшим преимущественно прогрессирующим его течением и являющаяся нередкой причиной инвалидизации и потери зрения. Обоснованность подрубрики “Ювенильный хронический артрит” аргументируется накопленным врачебным опытом, согласно которому, как уже указывалось, не всегда, особенно на ранних стадиях патологического процесса удается определить нозологическую принадлежность хронического суставного заболевания у ребенка и ранжировать его согласно известным нозологическим формам. К этому бесспорно надо стремиться и бороться за “чистоту” диагноза и только в случае невозможности установления на данном этапе конкретной нозологической принадлежности заболевания используется обобщенный термин ЮХА.

В XIII главе Международной классификации болезней (МКБ) специальным шифром (M08) выделены юношеские (ювенильные)

артриты, куда так же включены ювенильный ревматоидный и ювенильный хронический артрит.

Фрагмент МКБ (X пересмотра, 1990).

M08. Юношеский (ювенильный) артрит.

M08.0 Юношеский ревматоидный артрит

Ювенильный ревматоидный артрит с ревматоидным фактором и без него.

M08.2 Юношеский артрит с системным началом

M08.3 Юношеский полиартрит (серонегативный)

Хронический ювенильный полиартрит.

M08.4 Пауциартикулярный юношеский артрит.

M08.8 Другие юношеские артриты.

M09. Юношеский артрит при болезнях, классифицируемых в других рубриках.

Многолетний врачебный опыт свидетельствует о чрезвычайном разнообразии клинических проявлений ЮРА и вариативности его течения, при этом на формирование дебюта, характера течения и его исход большое влияние оказывает вариант начала болезни.

Согласно международным критериям [12, 18], тип начала болезни устанавливается в течение первых 6 месяцев и классифицируется как полиартикулярный с поражением 5 и более суставов, пауциартикулярный или олигоартикулярный с поражением 4 и менее суставов и системная форма, предусматривающая наряду с артритом наличие внесуставных проявлений.

Как показывают наши многолетние наблюдения и данные других отечественных педиатров-ревматологов [6, 7] системная форма ЮРА в свою очередь может дебютировать синдромом Стилла, синдромом Висслера-Фанкони и артикулярным вариантом с отдельными висцеритами. Н.И.Мелихова (1991), объединяя эти рубрики, классифицирует начало ЮРА как острое, подострое и первично-хроническое.

Как свидетельствует накопленный врачебный опыт, ЮРА таит в себе большие диагностические трудности. Так процент диагностических ошибок достигает 40-50%. В силу этого на протяжении многих лет продолжается работа над созданием диагностических критериев данного заболевания. Первым опытом в этом направлении явились критерии английских клиницистов В.Аnsell и E.G.Bywaters, предложенные в 1959 году. За основу указанных критериев авторами были выбраны следующие положения:

- Начало болезни до 16-летнего возраста.
- Вовлечение в патологический процесс в течение 3-х месяцев как минимум четырех суста-

вов. При этом активными считаются суставы, в которых присутствуют минимум два из трех ведущих признаков – боль, припухлость и ограничение функции.

- Присутствие в синовиальной оболочке морфологических изменений, тождественных встречающимся у взрослых пациентов с ревматоидным артритом. Данный пункт относится только к детям, у которых количество пораженных суставов менее четырех.
- Исключение всех остальных заболеваний ревматологической рубрики.

В дальнейшем многими исследователями осуществлялась модификация критериев ЮРА. В литературе были представлены Северо-Американские критерии ЮРА [11], EULAR-критерии ЮРА [22] и другие варианты критериев [18].

Какие же диагностические критерии используются для распознавания ЮРА в настоящее время?

За рубежом, в частности в странах американского континента, широко применяются Северо-Американские диагностические критерии:

Диагностические критерии ЮРА

(J.Cassidy, R.Petty, 1990 г.)

- 1) начало заболевания до 16 лет,
- 2) артрит одного или более суставов, определяемый как опухание или наличие выпота, а также наличие двух и более следующих признаков:
 - ограничение объема движений,
 - чувствительность или боль при движении,
 - повышение местной температуры.
- 3) продолжительность болезни 6 недель.
- 4) Тип начала болезни в течение первых 3-6 месяцев классифицируется как
 - полиартрит – 5 и более суставов,
 - олигоартрит – 4 и менее суставов,
 - системное начало (интермиттирующая лихорадка, ревматоидная сыпь, артрит, висцеральная патология).
- 5) исключаются другие ревматические заболевания.

Восточно-Европейские диагностические критерии ЮРА (1979г.)

Клинические признаки:

1. артрит продолжительностью 3 месяца и больше,
2. артрит второго сустава, возникающий через 3 месяца или позднее после поражения первого,
3. симметричное поражение мелких суставов,
4. выпот в полости сустава,

5. контрактура сустава,
6. теносиновит или бурсит,
7. мышечная атрофия (чаще региональная),
8. утренняя скованность,
9. ревматоидное поражение глаз,
10. ревматоидные узелки.

Рентгенологические признаки:

11. остеопороз, мелкокистозная перестройка костной структуры эпифизов,
12. сужение суставных щелей, костные эрозии, анкилоз суставов,
13. нарушение роста костей,
14. поражение шейного отдела позвоночника.

Лабораторные признаки:

15. положительный ревматоидный фактор,
16. положительные данные биопсии синовиальной оболочки.

В нашей стране используются, названные Восточно-Европейскими, диагностические критерии, которые разработаны под руководством Института ревматологии РАМН в содружестве с другими научными центрами [1].

Обнаружение у больного 3 из 16 признаков при обязательном наличии артрита дает основание для диагностики "вероятного", наличие 4 признаков, также с выявлением артритов – "определённого", а наличие 8 признаков – "классического" ЮРА. Обязательным условием при этом является исключение ревматических заболеваний другой нозологической принадлежности.

К отличиям среди всех имеющихся вариантов критериев диагностики ЮРА следует отнести расхождение во взглядах на минимальный срок, необходимый для постановки диагноза. Так, детские ревматологи США и Канады считают достаточным для диагностики ЮРА присутствие активных суставов на протяжении 6 недель, а представители всех европейских государств, включая Россию, в качестве минимально допустимого срока избрали 3 месяца. Последнее положение представляется более рациональным, так как снижает вероятность гипердиагностики ЮРА у пациентов с различными вариантами реактивных артритов, у которых суставной синдром может купироваться в течение 4-8 недель и далее не рецидивировать.

Как следует из вышеизложенного в основе современных взглядов на диагностические критерии ЮРА лежит принцип исключения всех остальных заболеваний ревматологического профиля. Между тем, данное положение в первые месяцы заболевания, как правило не имеет решающего значения и приобретает свою

силу лишь в более поздние сроки болезни, когда заболевание уже имеет свое настоящее лицо. Поэтому непреходящую значимость сохраняет постоянный поиск отдельных клинических признаков, равно, как и их совокупности, с помощью которых присутствует реальная возможность уже в дебюте ревматического заболевания либо предположить наличие у пациента ЮРА, либо, наоборот, его отвергнуть.

Установлено, что суставы у преобладающего большинства больных ЮРА являются объектом первичного поражения, в силу чего знание некоторых особенностей артикулярного статуса этой болезни, особенно на ранних стадиях становления патологического процесса может послужить существенным ее диагностическим подспорьем. Проведенный А.В.Шайковым (1996г.) сопоставительный анализ – характеристики суставного синдрома у больных ЮРА и пациентов с ЮХА выявил среди них 3 основных группы различий, которые нередко можно обнаружить уже на ранних стадиях болезни :

- Суставы дебюта.
- SEA-синдром.
S – seronegativity (серонегативность по ревматоидному фактору)
E – entesopathy (энтезопатия)
A – arthropathy (артропатия).
- Синовиальные кисты.

Полученные данные позволили сформулировать критерии исключения ЮРА. Критерии исключения ЮРА (А.В.Шайков, 1996)

- 1) наличие в дебюте болезни артрита любого из следующих суставов:
 - височно-нижнечелюстные,
 - грудино-ключичные
 - грудино-рёберные,
 - плечевые,
 - дистальные межфаланговые суставы кистей,
 - крестцово-подвздошные,
 - тазобедренные
 - плюсне-фаланговые,
 - мелкие суставы стоп.
- 2) присутствие в клинической картине SEA-синдрома,
- 3) обнаружение на ранних стадиях болезни синовиальных кист.

Использование для распознавания ЮРА указанных критериев должно несомненно обогатить диагностический арсенал детского ревматолога.

Дальнейшее расширение знаний в области изучения многогранной проблемы ЮРА

характеризовалось распределением общей группы пациентов с этим заболеванием не только по типу дебюта болезни, но и по характеру варианта его дальнейшего течения, т.е. клинических проявлений, которые положены в основу формирования современных классификаций. Впервые это было сделано членами Американской Ревматологической Ассоциации, выделившей три варианта ЮРА, исходя из особенностей клинической картины болезни в течение первых 6 недель - "системный", "полиартикулярный" и "олигоартикулярный". В качестве ведущего симптома системного варианта была избрана интермиттирующая лихорадка, сочетающаяся (или несочетающаяся) с сыпью и поражением внутренних органов. Различия среди двух артикулярных вариантов заключается лишь в числе вовлеченных в патологический процесс элементов опорно-двигательного аппарата: 5 и более суставов при полиартикулярном варианте и не более 4-х суставов при олигоартикулярном. Данное схематичное представление о ЮРА с годами совершенствовалось. Помимо суставных признаков больше внимания стало уделяться экстраартикулярным проявлениям и лабораторным параметрам. В настоящее время наиболее распространенной является Международная классификация ЮРА [12].

Международная классификация ЮРА
(J.Cassidy. R.Petty, 1990)

1. Системный вариант.
2. Полиартикулярный вариант:
 - а) субтип с наличием ревматоидного фактора;
 - б) субтип с отсутствием ревматоидного фактора;
3. Олигоартикулярный вариант:
 - а) субтип, встречающийся преимущественно у девочек, с началом болезни в раннем возрасте, с наличием АНФ, с отсутствием РФ, с отсутствием HLA B27 и высоким риском поражения глаз;
 - б) субтип, наблюдающийся чаще у мальчиков, с началом болезни в среднем и старшем возрасте, с преимущественным поражением нижних конечностей, с наличием HLA B27 и с отсутствием РФ и АНФ;
 - в) субтип, встречающийся среди всех возрастных групп с отсутствием РФ, АНФ и HLA B27.

Данное распределение всех больных ЮРА по группам имеет большое практическое значение, так как позволяет уже на ранних этапах развития патологического процесса определить

тактику стационарного и амбулаторного лечения детей с этим заболеванием. Однако, указанная классификация далека от своего конечного варианта и нуждается в постоянном совершенствовании. К наиболее дискуссионным в настоящее время относится включение в классификацию ЮРА субтипа "б"- олигоартикулярного варианта, пациенты внутри которого обладают высоким риском развития в анамнезе одного из вариантов ювенильных спондилоартропатий, в том числе ювенильного анкилозирующего спондилоартрита.

Отечественная классификация ЮРА, разработанная под руководством А.В.Долгополовой в 1981 г. предусматривает выделение клинко-анатомической и клинко-иммунологической характеристики ЮРА, вариант течения болезни, степень активности процесса, рентгенологическую стадию и функциональную способность больного.

Эта классификация также не лишена недостатков, в ней имеются дискуссионные моменты, однако в России она положена в основу расшифровки диагноза и широко используется педиатрами-ревматологами. В настоящее время ведется работа по совершенствованию указанной классификации.

Обсуждая проблему ЮРА, необходимо отметить, что в условиях современной действительности продолжает дискутироваться вопрос о его целостности, то есть является ли это заболевание единым, насчитывающим в зависимости от индивидуальных особенностей ребенка несколько вариантов, либо каждый из этих вариантов имеет только ему присущие этиологию, патогенез, характер течения и исход, что даст в дальнейшем право на самостоятельность в ряду других заболеваний ревматического круга.

В частности, клинко-лабораторная характеристика детей с синдромом Стилла, а также особенности его эволюции и исхода позволяют обсуждать его самостоятельную нозологическую принадлежность. Олигоартикулярный вариант, начавшийся у девочек раннего возраста с поражением глаз и положительным АНФ так же может претендовать на самостоятельное существование в рубрике ювенильных артритов. Ответ на этот вопрос дадут дальнейшие исследования.

Одновременно с разработкой классификации ЮРА, на протяжении всего XX века осуществлялась работа по формированию классификаций т.н. идиопатических ювенильных артритов в целом, которые нашли отражение

Табл. 1

Отечественная классификация ювенильного ревматоидного артрита (А.В. Долгополова, А.А. Яковлева, Л.А. Исаева, 1981).

Клинико-анатомическая характеристика заболевания	Клинико-иммунологическая характеристика заболевания *	Течение болезни**	Степень активности процесса	Рентгенологическая стадия артрита***	Функциональная способность больного
Ревматоидный артрит, преимущественно суставная форма (с поражением или без поражения глаз); Полиартрит Олигоартрит (2-3 сустава) моноартрит Ревматоидный артрит, суставно-висцеральная форма: С ограниченными висцеритами (поражение ретикулоэндотелиальной системы, сердца, сосудов, почек, легких, нервной системы, серозных оболочек, кожи, глаз, амилоидоз внутренних органов), синдром Стилла, аллергосептический синдром. Ревматоидный артрит в сочетании: с ревматизмом с диффузными болезнями соединительной ткани	Проба на РФ положительная. Проба на РФ отрицательная.	Быстро прогрессирующее. Медленно прогрессирующее. Без заметного прогрессирования (доброкачественная)	Высокая (III). Средняя (II). Низкая (I). Без заметного прогрессирования (доброкачественная).	I- околосуставной остеопороз; признаки выпота в полость сустава, уплотнение периапулярных тканей, ускорение роста эпифизов пораженных костей. II- Те же изменения и сужение суставной щели, единичные узурь. III- Распространенный остеопороз; Выраженная костно-хрящевая деструкция, вывихи, Подвывихи, Системное нарушение роста костей. IV- Изменения, присущие I-III стадии и анкилозы (анкилоз в шейном отделе позвоночника не определяет стадии процесса)	Сохранена. Нарушена по состоянию опорно-двигательного аппарата: способность к самообслуживанию сохранена, способность к самообслуживанию частично утрачена, способность к самообслуживанию утрачена полностью. Нарушена по состоянию глаз или внутренних органов.

* Дается на основании результатов исследования сыворотки крови или синовиальной жидкости.

** Определяется на основании динамики процесса.

*** Определяется по максимально пораженному суставу.

преимущественно в зарубежной медицинской литературе и также дискутируются [11, 13, 17].

Какими представляются классификационные критерии ЮРА в будущем? В основу существующих критериев положен клинический подход. По мере дальнейшего развития и совершенствования знаний в области педиатрической ревматологии классификационные критерии будут учитывать причинные и патогенетические факторы, генетические маркеры, а также характер терапевтического ответа на лекарственные препараты в отдельных субгруппах детей с данной патологией.

Указанные предпосылки и будут положены в основу создания более совершенных классификаций ЮРА и ювенильных артритов.

Для разработки этих вопросов необходимы комплексные исследования с участием клиницистов, иммунологов, генетиков и представителей других специальностей.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Долгополова А.В., Бисярина В.П., Алексеев Л.С. и др. Диагностические критерии ЮРА. Вопросы ревматизма 1979, 4,3-5.
2. Долгополова А.В., Яковлева А.А., Исаева Л.А. Классификация ЮРА. Педиатрия. 1981, 7,3-5.
3. Мелихова Н.И. Ювенильный ревматоидный артрит. М. "Медицина", 1991, 208.
4. Руководство по детской артрологии. Под ред. М.Я.Студеникина и А.А.Яковлевой. Лен. "Медицина", 1984.
5. Шайков А.В. Критерии исключения ЮРА. Детская ревматология, 1996, 1, 57-61.
6. Шайков А.В., Кузьмина Н.Н. Проблема ЮРА на современном этапе. Клиническая ревматология, 1994, 2, 12-14.
7. Шахбазян И.Е. Суставно-висцеральная форма ревматоидного артрита у детей и её эволюция. Автореферат диссертации ... докт. мед. наук. 1976.
8. Ansell B.M., Bywaters E.J. Prognosis in Still's disease Bull.Rheum.Dis. 1959, 9,189.
9. Ansell B.M. Prognosis in juvenile arthritis. Adv. Exp. Med. Biol. 1999, 455,27-33.
10. Бойкинов И.Н. Ювенильный хронический артрит. София. "Медицина и физкультура." 1983, 229.
11. Brewer E.J., Giannini E.M., Person D.A. (eds). Juvenile Rheumatoid Arthritis. W.B.Saunders, Philadelphia, 1982.
12. Cassidy J.T., Levinson J.E., Bass J.G et al. A study of classification criteria for diagnosis of Juvenile Rheumatoid Arthritis. Arthritis Rheum., 1986, 29, 274.
13. Cassidy J.T., Petty R.E. Juvenile Rheumatoid Arthritis In: Textbook of pediatric rheumatology. New York, Edinburg, Melbourne, Tokyo, 1990, 113-220.
14. Cornil M.V. Memoire sur les coïncidences pathologiques du rhumatisme articulaire. CR Mem.Soc.Biol. (Paris), 1864. 3,3, series 4.
15. Coss J.A., Boots R.M. Juvenile rheumatoid arthritis. A study of fifty-six cases with a note on skeletal changes. Pediatr., 1946, 29,143.
16. Diamantberger M.S. Du rhumatisme nouveau (polyarthrite deformante) chez les enfants. These pour le doctorat en medicine. Lecrosnier et Bader Livraires Editeurs. Paris, 1890.
17. Fink C.W. The Task Force for Classification Criteria: Proposal for the development of classification criteria for idiopathic arthritides of childhood. J. Rheumatol., 1995, 22,1566-9.
18. Kolle G. Juvenile rheumatoide Arthritis und verwandte Kollagenkrankheiten. Klinische Aspekte Mschr Kinderheilk. 1976, 124,779.
19. Kvien T.K., Hayeraal H.M. Kass E. Diagnostic criteria of rheumatoid arthritis in children. Scand.J. Rheumatol., 1982, 11,187.
20. Petty R.E. Classification of childhood arthritis: a work of progress. Baillieres Clin. Rheumatol., 1998, 12(2), 181-190.
21. Still J.F. On a form of chronic joint disease in children. Med.Chir.Frans, 1897, 80:47. (Reprinted in Arch.Dis.Cild., 1941, 16,156).
22. Wood P.H.N. Special meeting on: Nomenclature and classification of arthritis in children. In: The care of Rheumatic Children (Ed. E.Munthe). EULAR Publishers, Basel, 1978, 47.

Summary.

Basing on the data of home and foreign literature and on the long-term experience of pediatric rheumatologists, terminologic and classification aspects of Juvenile rheumatoid arthritis (JRA) are presented. Approaches to developing of diagnostic and classification of JRA criteria in future are described.

Key words: Juvenile rheumatoid arthritis, terminology, classification