



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM

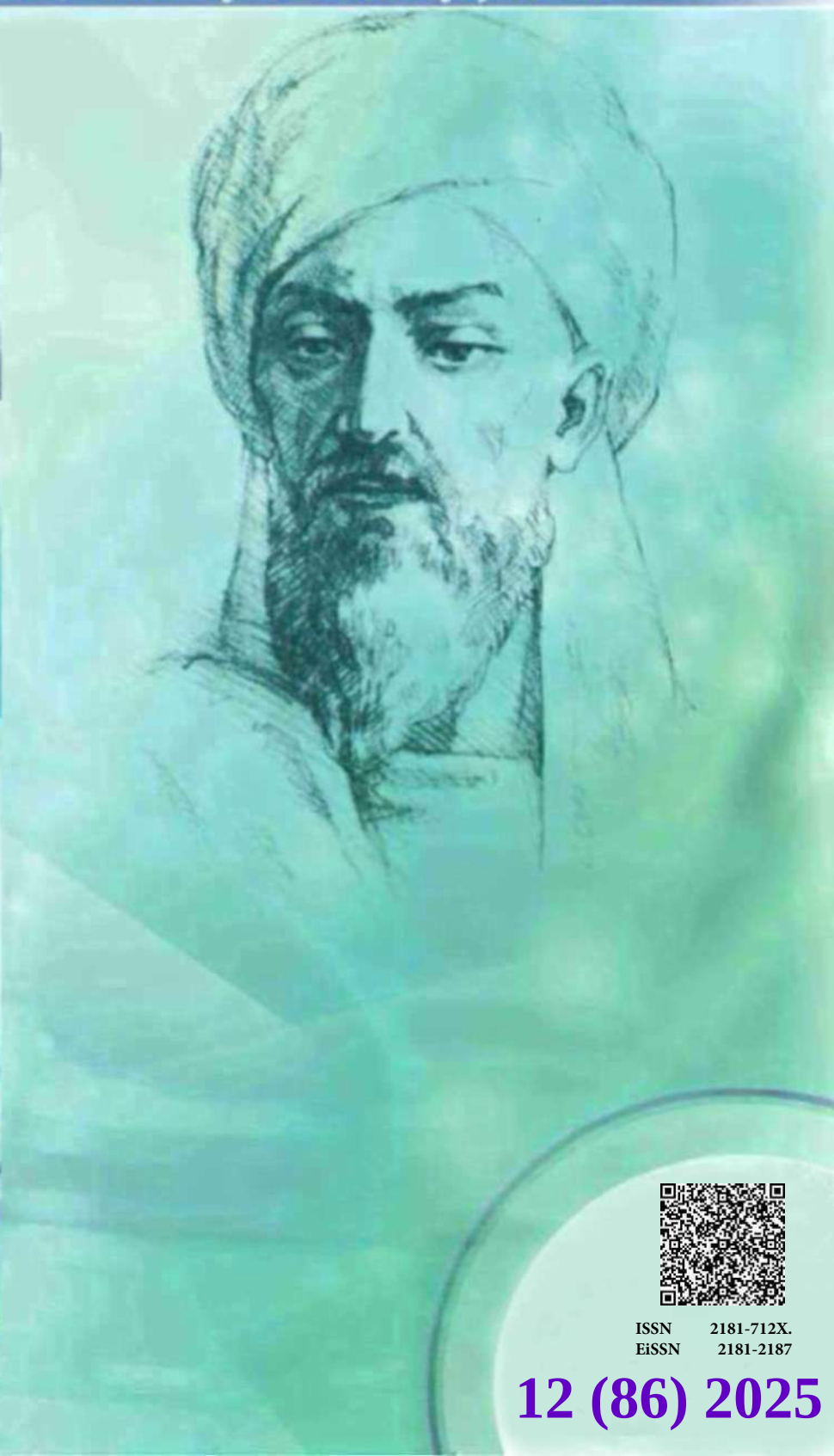


TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EISSN 2181-2187

12 (86) 2025

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВА
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
Э.Б. ХАККУЛОВ
Г.С. ХОДЖИЕВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Ташкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

12 (86)

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com E:
ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

2025
декабрь

Received: 20.11.2025, Accepted: 06.12.2025, Published: 10.12.2025

УДК 616.72-002.77-053.2:616-036.86

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НАЧАЛА ЮВЕНИЛЬНОГО АРТРИТА У ДЕТЕЙ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И ПРОГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Сайидова Мадинабону Хамрокуловна <https://orcid.org/0009-0000-3441-6854>

e-mail: sayidova.madinabonu@bsmi.uz

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан,
г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

Проведено исследование 112 пациентов с ювенильным артритом (ЮА), которые были распределены на три группы в зависимости от возраста дебюта заболевания: ранний (1–4 года), средний (5–9 лет) и поздний (10–16 лет). Сравнивались клинико-лабораторные характеристики, уровень активности патологического процесса и исходы заболевания.

Выявлено, что ранний дебют ЮА сопровождается более тяжёлым течением заболевания, наличием системных проявлений и неблагоприятным прогнозом. В то же время позднее начало характеризуется относительно лёгким клиническим течением и более выраженным ответом на терапию. Возраст манифестации болезни достоверно коррелировал с длительностью заболевания, степенью суставного поражения и функциональными исходами ($p < 0,05$).

Таким образом, возраст дебюта ювенильного артрита оказывает существенное влияние на клиническое течение и прогноз заболевания, что обосновывает необходимость разработки возраст-специфических подходов к терапии и мониторингу пациентов.

Ключевые слова: ювенильный артрит, возраст начала, дети, прогноз, клиническое течение.

AGE-RELATED CHARACTERISTICS OF JUVENILE ARTHRITIS ONSET IN CHILDREN AND THEIR IMPACT ON THE CLINICAL COURSE AND DISEASE PROGNOSIS

Sayidova Madinabonu Khamrokulovna <https://orcid.org/0009-0000-3441-6854>

e-mail: sayidova.madinabonu@bsmi.uz

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi. 1
Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Resume

A study was conducted involving 112 patients with juvenile arthritis (JA), who were divided into three groups according to the age of disease onset: early (1–4 years), intermediate (5–9 years), and late (10–16 years). Clinical and laboratory characteristics, the level of disease activity, and outcomes were compared.

It was found that an early onset of JA is associated with a more severe course of the disease, the presence of systemic manifestations, and an unfavorable prognosis. In contrast, a later onset is characterized by a relatively mild clinical course and a more pronounced therapeutic response. The age of disease manifestation showed a significant correlation with disease duration, the degree of joint involvement, and functional outcomes ($p < 0.05$).

Thus, the age of onset of juvenile arthritis has a significant impact on the clinical course and prognosis of the disease, which justifies the need to develop age-specific approaches to therapy and patient monitoring.

Keywords: juvenile arthritis, age of onset, children, prognosis, clinical course.

БОЛАЛАРДА ЎСМИР АРТРИТИ БОШЛАНИШИНИНГ ЁШГА ОИД ХУСУСИЯТЛАРИ ВА УНИНГ КАСАЛЛИКНИНГ КЛИНИК КЕЧИШИ ҲАМДА ПРОГНОЗИГА ТАЪСИРИ

Сайидова Мадинабону Хамрокуловна <https://orcid.org/0009-0000-3441-6854>
e-mail: sayidova.madinabonu@bsmi.uz

Абу али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти Ўзбекистон, Бухоро ш.,
А.Навоий кўчаси. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

112 нафар ўсмир артрити (ЎА) билан оғриган беморлар ўртасида тадқиқот ўтказилди. Улар касаллик бошланиш ёшига қараб уч гуруҳга ажратилди: эрта (1–4 ёш), ўрта (5–9 ёш) ва кеч (10–16 ёш). Клиник-лаборатория кўрсаткичлар, патологик жараён фаоллиги даражаси ва касаллик натижалари солиштирилди.

Аниқландики, ЎАнинг эрта бошланиши касалликнинг оғирроқ кечиши, тизимли белгилар мавжудлиги ва ноқулай прогноз билан кечади. Аксинча, кеч бошланиш нисбатан енгил клиник кечиш ва даволашга яхши жавоб билан тавсифланади. Касаллик намён бўлиш ёши касаллик давомийлиги, бўғим зарарланиш даражаси ва функционал натижалар билан ишончли bogliqlikни кўрсатди ($p < 0,05$). Шундай қилиб, ўсмир артрити бошланиш ёши касалликнинг клиник кечиши ва прогнозига сезиларли таъсир кўрсатади. Бу эса ёшга хос даволаш ва беморларни кузатиш ёндашувларини ишлаб чиқиш зарурлигини асослайди.

Калит сўзлар: ўсмир артрити, бошланиш ёши, болалар, прогноз, клиник кечиш.

Актуальность

Ювенильный артрит (ЮА) – группа хронических воспалительных заболеваний суставов, встречающихся у детей до 16 лет и характеризующихся различиями в клиническом течении, лабораторных признаках и исходах [1,2]. По данным Международной лиги ревматологических ассоциаций (ILAR), ювенильный артрит подразделяется на несколько подтипов, различающихся по количеству пораженных суставов, наличию системных проявлений и серологическим маркерам [3]. В последние годы отмечается рост заболеваемости ювенильным артритом, что требует более детального изучения факторов, влияющих на его течение и прогноз [4,5]. Одним из таких факторов является возраст манифестации заболевания, который, по данным ряда исследований, может определять не только характер клинических проявлений, но и выраженность воспалительного процесса, риск развития инвалидности и эффективность терапии [6,7].

У детей с ранним дебютом ЮИА (до 4 лет) чаще встречаются системные формы заболевания, полисустральные поражения, сохраняющаяся активность воспалительного процесса и более высокая вероятность неблагоприятных исходов [8,9]. При этом у подростков с более поздним началом заболевания чаще выявляются олигоартритические формы с благоприятным течением и высокой чувствительностью к базисной терапии [10]. Чувствительность к базисной терапии [10].

Несмотря на наличие отдельных публикаций, посвященных влиянию возраста начала заболевания на течение ЮИА, вопросы прогноза остаются недостаточно изученными, особенно в контексте стратификации по возрастным подгруппам и формам заболевания [11,12]. В связи с этим становится актуальным комплексное исследование, направленное на выявление взаимосвязи между возрастом начала ювенильного артрита и основными характеристиками его клинического течения и исхода.

Цель исследования – оценить влияние возраста манифестации ювенильного артрита у детей на клиническое течение заболевания и прогноз его исходов.

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе детского ревматологического отделения в период с 2022 по 2024 год. В исследование включены 112 детей с диагнозом ювенильный артрит (ЮА) согласно

классификационным критериям ILAR (Международной лиги ревматологических ассоциаций, 2001).

Критерии включения: дети в возрасте от 1 до 16 лет; впервые диагностированный ЮИА; отсутствие сопутствующих системных аутоиммунных заболеваний (язвенная болезнь, васкулит и др.).

Критерии исключения: ранее принимавшаяся иммуносупрессивная терапия; наличие тяжелых соматических или инфекционных заболеваний; неточность анамнестических данных. Группировка пациентов: для оценки влияния возраста на проявления ЮИА все пациенты были разделены на три группы:

- I группа – раннее начало (1–4 года) – 38 пациентов;
- Группа II – средний возраст начала (5–9 лет) – 40 пациентов;
- Группа III – позднее начало (10–16 лет) – 34 пациента.

Методы исследования:

Клинический метод: сбор анамнеза (включая возраст начала, длительность заболевания до постановки диагноза);

оценка болевого синдрома, утренней скованности, количества пораженных суставов; шкала активности заболевания JADAS-27 (Juvenile Arthritis Disease Activity Score).

Лабораторные исследования: общий анализ крови (ОАК), СОЭ, С-реактивный белок (СРБ); ревматоидный фактор (РФ), антинуклеарные антитела (АНА), HLA-B27.

Инструментальные методы: ультразвуковое исследование суставов (УЗИ); рентгенография и МРТ суставов (при необходимости); функциональная оценка по шкале CHAQ (Childhood Health Assessment Questionnaire).

Оценка результатов: длительность ремиссии; необходимость интенсификации терапии; оформление инвалидности (групповая регистрация).

Статистическая обработка: Обработка данных проводилась с использованием пакета программ SPSS Statistics v.25.0. Для оценки различий между группами использовались методы описательной статистики, t-критерий Стьюдента, χ^2 -критерий Пирсона и дисперсионный анализ (ANOVA). Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$. Для анализа корреляции между возрастом дебюта и клиническими параметрами использовались коэффициенты корреляции Спирмена и Пирсона.

Результат и обсуждения

В исследование было включено 112 детей с впервые диагностированным ювенильным артритом (ЮА). Средний возраст на момент обследования составил $8,3 \pm 2,7$ года, среди них было 68 девочек (60,7%) и 44 мальчика (39,3%). Пациенты были стратифицированы на три группы в зависимости от возраста начала заболевания:

- Группа I (раннее начало, 1–4 года): 38 пациентов (33,9%)
- Группа II (начало в среднем детском возрасте, 5–9 лет): 40 пациентов (35,7%)
- Группа III (позднее начало, 10–16 лет): 34 пациента (30,4%)

1. **Клиническая характеристика в зависимости от возраста начала заболевания.** У детей в группе I наблюдалась более высокая частота системного артрита (34,2%) и полиартрита (47,4%). В группе III, напротив, преобладали олигоартикулярные формы (55,9%) с более лёгкой клинической картиной. Длительная утренняя скованность (более 30 минут) отмечалась у 79% детей в группе I по сравнению с 41% в группе III ($p < 0,01$). Лихорадка, гепатоспленомегалия и серозит встречались значительно чаще у пациентов с ранним началом заболевания ($p < 0,001$).

Таблица 1. Клинические формы ЮА по возрасту начала

Клиническая форма	I Группа (1–4 год)	II Группа (5–9 лет)	III Группа (10–16 лет)	p-значение
Олигоартрит	10 (26.3%)	18 (45.0%)	19 (55.9%)	<0.05
Полиартрит	18 (47.4%)	13 (32.5%)	9 (26.5%)	<0.05
Системный артрит	13(34,2%)	6(15,0%)	4(11,8%)	<0.01

2. Лабораторные маркеры воспаления. Скорость оседания эритроцитов (СОЭ) и уровень С-реактивного белка (СРБ) были значительно выше в группе I по сравнению со старшими возрастными группами.

Таблица 2. Маркер воспаления (С-реактивный белок – СРБ)

Группа	СРБ (мг/л), среднее $\pm$ SD	р-значение (по сравнению с группой I)
I Группа (1–4 год)	34.5 $\pm$ 9.2	-
II Группа (5–9 лет)	23.1 $\pm$ 6.7	<0.01
III Группа (10–16 лет)	18.6 $\pm$ 4.9	<0.01

Положительный ревматоидный фактор (РФ) чаще встречался в группе III (20,6%), тогда как АНА-положительность была наиболее частой при полиартикулярных формах во всех возрастных группах, особенно у девочек ($p < 0,05$).

3. Визуализация и прогрессирование поражения суставов. Ультразвуковое исследование и МРТ опорно-двигательного аппарата показали, что у детей с ранним началом ЮА к 12 месяцам наблюдения наблюдалось значительно больше выпотов в суставы, гипертрофии синовиальной оболочки и эрозивных изменений ($p < 0,05$).

МРТ в группе I чаще выявляла ранние эрозивные изменения в лучезапястных и голеностопных суставах. Индекс рентгенологического прогрессирования (RPS) был значительно выше в группе I (средний балл: 4,2 $\pm$ 1,1) по сравнению с группой III (1,7 $\pm$ 0,6) ($p < 0,001$).

Функциональные результаты (баллы CHAQ) Оценка с использованием опросника оценки здоровья детей (CHAQ) показала, что группа I имела самые высокие функциональные нарушения:

Таблица 3. Функциональные результаты (баллы CHAQ)

Группа	Оценка CHAQ (среднее значение $\pm$ SD)	Функциональный класс II–III (%)	р-значение
Группа I	1.6 $\pm$ 0.3	28.9%	<0,05
Группа II	1.1 $\pm$ 0.4	17,5%	<0,05
Группа III	0.9 $\pm$ 0.2	8,8%	<0,05

Функциональная инвалидность II–III класса (по критериям ВОЗ) была диагностирована у 28,9% пациентов с ранним началом заболевания против 8,8% в группе III ($p < 0,01$).

5. Ответ на лечение и прогноз

Полная клиническая ремиссия в течение 12 месяцев терапии была достигнута у:

Таблица 4. Ремиссия и эскалация терапии

Группа	Ремиссия в течение 12 месяцев (%)	Биологическая терапия Требуется (%)	р-значение
Группа I	39,4%	52,6%	<0,01
Группа II	60,0%	27,5%	<0,01
Группа III	73,5%	20,6%	<0,01

Стероидная зависимость и частота обострений заболевания были значительно выше у детей младшего возраста, что указывает на более агрессивное течение заболевания.

6. Корреляционный анализ:

□ Оценка функциональных нарушений по шкале CHAQ ($r = -0,48$, $p < 0,01$)

- Оценка рентгенологического прогрессирования ($r = -0,52$, $p < 0,01$)
- Наблюдалась положительная корреляция между возрастом начала заболевания и:
 - Вероятностью ремиссии ($r = 0,44$, $p < 0,01$)
 - Ответом на лечение ($r = 0,37$, $p < 0,05$)
- Была обнаружена значимая обратная корреляция между возрастом начала заболевания и:

Заключения

Раннее начало ЮА связано с более высокой воспалительной активностью, более агрессивными системными формами, более высоким риском повреждения суставов и инвалидизации, а также более низким ответом на лечение. Позднее начало ЮА характеризуется более мягкими клиническими проявлениями, лучшим ответом на терапию и более благоприятными долгосрочными результатами. Возраст начала является надежным прогностическим маркером и должен учитываться при стратификации лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Алексеева, Е. И., Валиева, С. И. и Козлова, О. С. (2022). Ювенильный идиопатический артрит у детей: современные представления о патогенезе и лечении. Педиатрия (Россия), 2022;101(2):15-21.
2. Бережной В.В. и Мосунов С.П. (2021). Клинические особенности дебюта ювенильного артрита у детей дошкольного возраста. Современная педиатрия, 2021;20(5):317-322.
3. Кэссиди Дж. Т., Петти, Р.Э., Лаксер, Р.М. и Линдсли, К.Б. (2021). Учебник по детской ревматологии (7-е изд.). Филадельфия: Elsevier.
4. Консоларо А., Руперто Н., Базсо А. и др. (2009). Разработка и валидация комбинированной оценки активности заболевания при ювенильном идиопатическом артрите. // Артрит и ревматизм. 2009;61(5):658-666.
5. Флато Б., Хоффманн-Волд А. М., Рейфф А. О. и др. (2020). Долгосрочные исходы и прогностические факторы при ювенильном идиопатическом артрите: популяционное исследование. Артрит и ревматология, 2020;72(3):430-441.
6. Хорнефф Г. (2020). Обновленная информация о биологических препаратах для лечения ювенильного идиопатического артрита. // Current Rheumatology Reports 2020;22(3):1-10.
7. Козлова О.С. и Алексеева Е.И. (2023). Прогностическое значение возраста начала заболевания в исходах ювенильного артрита. Научная и практическая ревматология 2023;61(1):34-38.
8. Лиля А.М. и Сорокина Н.Л. (2022). Ювенильный артрит: Современные подходы к диагностике и лечению. // Практическая медицина 2022;6(130):42-47.
9. Ниша Венгассери Балакришнан Менон, Гита Питхамбаран, Ашраф Тоттоли Путхияпурайил, Чериан Намбудакат, Риазудин Араккал Клинический профиль и индекс поражения ювенильным артритом у детей с ювенильным идиопатическим артритом: исследование центра третичной медицинской помощи на Юге.
10. Равелли, А. и Мартини, А. (2007). Ювенильный идиопатический артрит. // The Lancet, 2007;369(9563):767-778.
11. Шамшура В.П. и Цыганков Б.И. (2021). Дифференциальная диагностика ювенильного артрита в зависимости от возраста начала. // Российский журнал детской гематологии и онкологии, 2021;10(1):23-27.
12. Чжао Ю., Шовен Н.А., Кей Р. и др. (2020). Визуализация ювенильного идиопатического артрита: обновленная информация мультимодального подхода. // Рентгенография 2020;40(7):2142-2162.

Поступила 20.11.2025