

# Структура ювенильного идиопатического артрита по данным регистра детей с ревматическими заболеваниями в Москве

В.К. Севостьянов<sup>1,2</sup>, профессор Е.С. Жолобова<sup>3,4</sup>, к.ф.н. Д.В. Мелик-Гусейнов<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 122 ДЗМ»

<sup>2</sup>ГБУ «НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ»

<sup>3</sup>Московский городской центр детской ревматологии ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница ДЗМ»

<sup>4</sup>ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет)

## РЕЗЮМЕ

**Введение:** в последние десятилетия отмечается тенденция к увеличению числа диагностируемых системных заболеваний, в т. ч. ювенильного идиопатического артрита (ЮИА). Рабочей группой по детской ревматологии в г. Москве создан регистр детей с ревматическими заболеваниями. В его задачи входят изучение клинико-эпидемиологических особенностей течения ЮИА в г. Москве, расчет потребности в базисных и генно-инженерных биологических препаратах (ГИБП).

**Цель исследования:** провести анализ структуры ЮИА, а также структуры противоревматической терапии.

**Материал и методы:** в исследование включено 752 пациента с ЮИА, проживающих в г. Москве, в возрасте от 1 до 17 лет, из них 480 – женского пола (63,8%), 272 (36,2%) – мужского.

**Результаты:** выявлены с полиартикулярным серонегативным вариантом ЮИА 283 (37,6%) пациента, 269 (35,7%) – с олигоартикулярным вариантом, 82 (11%) – с системной формой, 15,7% – с иными формами ЮИА. Средний возраст пациентов составляет 10,8 года, средний возраст дебюта заболевания – 68,5 мес. (5 лет 7 мес.). Интервал между дебютом заболевания и установлением диагноза в среднем составляет 9,2 мес., интервал от дебюта заболевания до начала противоревматической терапии – 12,5 мес. У пациентов мужского пола возраст дебюта заболевания существенно выше. Увеит достоверно чаще встречается у пациентов женского пола ( $p=0,0011$ ). Базисную противовоспалительную терапию получают 73,7% пациентов, в 84,1% случаев препаратом базисной терапии является метотрексат. Генно-инженерную биологическую терапию получают 43,1% пациентов.

**Заключение:** проблема изучения ЮИА является одной из актуальных в педиатрии. Впервые создан регистр детей, страдающих ревматическими заболеваниями в г. Москве. Предстоит работа по выявлению пациентов с дебютом ЮИА, а также пациентов, не состоящих на учете у детского ревматолога, с целью постановки на диспансерный учет и включения в регистр.

**Ключевые слова:** ревматические заболевания у детей, ювенильный артрит, ревматоидный увеит, базисная противоревматическая терапия, генно-инженерная биологическая терапия.

**Для цитирования:** Севостьянов В.К., Жолобова Е.С., Мелик-Гусейнов Д.В. Структура ювенильного идиопатического артрита по данным регистра детей с ревматическими заболеваниями в Москве // РМЖ. МЕДИЦИНСКОЕ ОБОЗРЕНИЕ. 2017. № 1. С. 6–10.

## ABSTRACT

Structure of juvenile idiopathic arthritis according to the register of children with rheumatic diseases in Moscow

Sevostyanov V.K.<sup>1,2</sup>, Zholobova E.S.<sup>3,4</sup>, D.V. Melik-Huseynov<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Children's City Clinic No.122, Moscow

<sup>2</sup>The Research Institute of Health Organization and Medical Management, Moscow

<sup>3</sup>Moscow City Center of Pediatric Rheumatology, Morozov's Children's City Clinical Hospital

<sup>4</sup>First Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov

**Introduction:** in recent decades there has been a trend towards an increase in the number of diagnosed systemic diseases, including juvenile idiopathic arthritis (JIA). The working group on children's rheumatology in Moscow created a register of children with rheumatic diseases. The tasks of the register include studying the clinical and epidemiological features of the course of JIA in Moscow, the calculation of the need for basic and genetically engineered biological preparations (GEBP).

**Aim:** to analyze the structure of juvenile idiopathic arthritis, as well as the structure of antirheumatic therapy.

**Patients and methods:** the study included 752 patients living in Moscow at the age from 1 year to 17 years, among them 480 female patients (63.8%) and 272 (36.2%) male patients suffering from JIA.

**Results:** 283 patients (37.6%) suffer from polyarticular seronegative JIA, 269 (35.7%) from oligoarticular JIA, 82 (11%) from systemic form, 15.7% from other forms of JIA. The average age of patients is 10.8 years, the average age of debut of the disease is 68.5 months (5 years 7 months). The interval between the debut of the disease and the diagnosis is on average 9.2 months, the interval between the debut of the disease and the beginning of antirheumatic therapy is 12.5 months. In male patients, the age of debut of the disease is significantly higher. Uveitis is more common in female patients ( $p = 0.0011$ ). 73.7% of patients receive basic anti-inflammatory therapy, in 84.1% of cases the drug used for basic therapy is methotrexate. 43.1% of patients receive genetically engineered biological therapy.

**Conclusion:** the problem of studying the JIA is one of the topical areas of pediatrics. The register of children suffering from rheumatic diseases in Moscow was created for the first time. Work is in progress to identify patients with JIA debut, as well as patients who are not registered with a children's rheumatologist for the purpose of setting up a dispensary record and inclusion in the register.

**Key words:** rheumatic diseases in children, juvenile arthritis, rheumatoid uveitis, basic antirheumatic therapy, genetically engineered biological therapy.

**For citation:** Sevostyanov V.K., Zholobova E.S., D.V. Melik-Huseynov Structure of juvenile idiopathic arthritis according to the register of children with rheumatic diseases in Moscow // RMJ. MEDICAL REVIEW. 2017. № 1. P. 6–10.

## Введение

В последние десятилетия отмечается тенденция к увеличению числа диагностируемых системных заболеваний, в т. ч. ювенильного идиопатического артрита (ЮИА). По данным отдела медицинской статистики Министерства здравоохранения и социального развития РФ за 2007 г., распространенность ревматоидного артрита у детей составляла в среднем 45,8 на 100 тыс. детского населения, а у подростков – 121,5. В.А. Малиевский и соавт. установили, что в Республике Башкортостан в 2005 г. первичная заболеваемость детей ЮИА составила 11,4 случая на 100 тыс. детей в возрасте до 17 лет, распространенность – 79,7 случая на 100 тыс. [1, 2]. Имеющиеся литературные данные не позволяют точно проследить динамику заболеваемости ЮИА в РФ за длительный период времени.

По данным бюро медицинской статистики ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ», на 2016 г. в Москве зарегистрировано 1169 пациентов, страдающих ЮИА (рис. 1).

С 2012 по 2016 г. отмечается тенденция к росту числа пациентов, страдающих ЮИА, вероятно, такой рост обусловлен началом интенсивной работы по диагностике и выявлению пациентов с ревматическими заболеваниями детской ревматологической службой в г. Москве с апреля 2014 г.

Распространенность ЮИА в г. Москве на 2016 г. составила 52,2 на 100 тыс. детей (0–14 лет) и 99,8 на 100 тыс. подростков (15–17 лет), что в целом соответствует общероссийской статистике (рис. 2).

В ряде стран существует опыт длительного применения регистров больных ЮИА. В России длительный опыт ведения регистра детей с ЮИА с 2003 г. существует в Республике Башкортостан. Отмечено, что его создание позволило определить порядок лечения пациентов и обеспечить их ГИБП в необходимом объеме [1, 3]. С 2010 г. подобный регистр эффективно функционирует в Саратовской области [4]. В 2015 г. создан московский регистр пациентов, страдающих ревматическими заболеваниями.

**В задачи регистра входят:** проведение эпидемиологических исследований по структуре ревматических заболеваний у детей, анализ терапии, контроль безопасности терапии, прогнозирование прироста потребности в базисных

противовоспалительных и генно-инженерных препаратах, расчет заявок на терапию [5–7].

Федеральный проект регистра больных ювенильным артритом с 2010 г. реализуется Союзом педиатров России, Национальным центром здоровья детей, некоммерческим партнерством «Здоровое будущее» и компанией Aston group. На 2016 г. в нем содержится информация более чем о 3 тыс. детей, больных ЮИА, из 83 регионов РФ. Регистр открыт для широкого использования, его задачами являются выявление потребности в дорогостоящих препаратах, оптимизация оказания адресной специализированной помощи и создание листа ожидания для детей, нуждающихся в эндопротезировании суставов [8]. В 2016 г. были получены результаты первых исследований, проведенных на базе федерального регистра больных ЮИА. Так, было установлено, что за последние годы произошел существенный прогресс в ведении пациентов с системной формой ЮИА, однако при этом высокой остается доля больных, получающих глюкокортикостероиды, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и антибиотики [9].

Проблема терапии ревматических заболеваний у детей в настоящее время привлекает максимальный интерес со стороны педиатров и ревматологов. Широкий выбор препаратов, как базисных, так и генно-инженерных, позволяет индивидуализировать подход к лечению каждого ребенка. Создана концепция, позволяющая определить так называемый портрет пациента, позволяющая максимизировать терапевтический эффект препарата, минимизировав риск развития побочных эффектов.

**Цель исследования:** провести анализ структуры ЮИА по данным регистра детей с ревматическими заболеваниями в г. Москве.

## Материал и методы

В исследование было включено 752 пациента, проживающих в г. Москве, в возрасте от 1 до 17 лет, из них 480 – женского пола (63,8%) и 272 (36,2%) – мужского пола.

Все данные о пациентах были занесены в единый московский регистр детей с ревматическими заболеваниями. Нами проанализированы следующие показатели: половозрастные характеристики, общая структура ЮИА в дифференциации

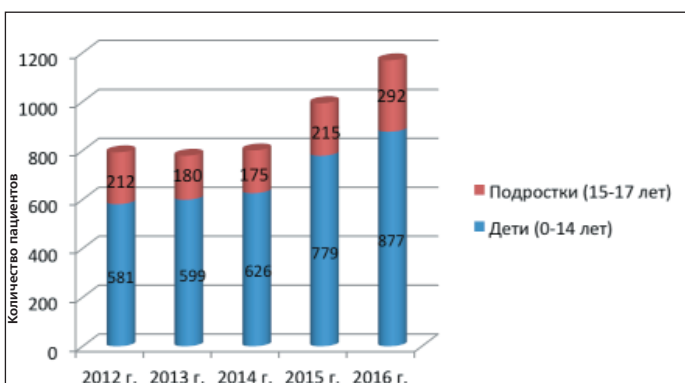


Рис. 1. Общая заболеваемость ЮИА в г. Москве

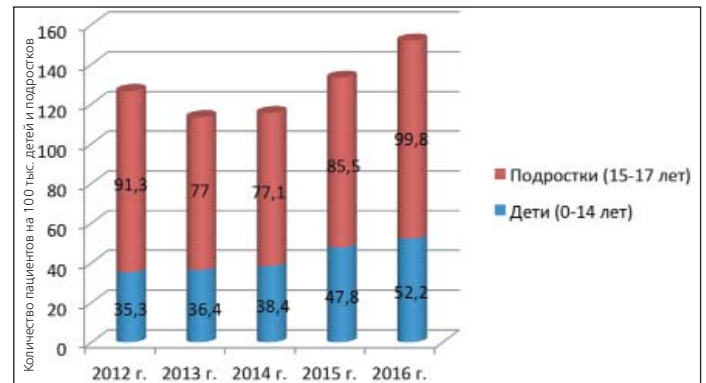


Рис. 2. Распространенность ЮИА в г. Москве

с различными вариантами (системный, полиартикулярный серопозитивный и серонегативный, олигоартикулярный, псориагический, энтезит-ассоциированный, недифференцированный); временные интервалы от дебюта заболевания до установления диагноза, назначения базисной и генно-инженерной биологической терапии; структура базисной противоревматической терапии (метотрексат, циклоспорин А, колхицин, сульфасалазин, лефлуномид, азатиоприн, гидроксихлорохин); структура ГИБТ (этанерцепт, адалимумаб, тоцилизумаб, абатацепт, инфликсимаб, канакинумаб).

**Статистический анализ:** сравнение 3-х и 4-х групп по количественной шкале проводилось на основе непараметрического критерия Краскелла – Уоллеса. Сравнение 2-х групп по количественной шкале проводилось на основе непараметрического критерия Манна – Уитни. Статистическая значимость различных значений для бинарных и номинальных показателей определялась с использованием критерия хи-квадрат Пирсона. Для описания количественных показателей использовались среднее значение и стандартное отклонение в формате  $M \pm S$ . Уровень статистической значимости был зафиксирован на уровне вероятности ошибки 0,05. Статистическая обработка данных выполнена с использованием пакетов прикладных программ Statistica 10 и SAS JMP 11.

**Результаты исследования**

**Структура различных вариантов ЮИА, базисной противоревматической и генно-инженерной биологической терапии**

Всего были проанализированы данные из московского регистра о 752 пациентах, страдающих ЮА, из них 480 – женского пола (63,8%) и 272 (36,2%) – мужского пола. Не для всех пациентов в этом исследовании были получены

данные в полном объеме, поэтому число пациентов может меняться в зависимости от производимого анализа.

В связи с небольшим количеством пациентов с олигоартикулярным распространенным вариантом ЮИА проведено объединение данной когорты пациентов с пациентами с персистирующим олигоартикулярным вариантом.

Как видно из таблицы 1, в структуре ЮИА преобладают полиартикулярный серонегативный (37,6%) и олигоартикулярный (35,7%) варианты. Преобладание полиартикулярного варианта свидетельствует о том, что, по-видимому, не все пациенты с олигоартикулярным вариантом ЮИА на данный момент выявлены или не наблюдаются специалистами, т. к., по литературным данным, в структуре ЮИА должен преобладать (до 50%) олигоартикулярный вариант [2, 10].

Описательная статистика по всем измеренным показателям приведена в таблице 2. Так как не все показатели были получены у всех пациентов, то в первом столбце таблицы указано число человек, для которых данный показатель был получен.

Как видно из таблицы 2, средний возраст пациентов составил 10,8 года, средний возраст дебюта заболевания – 68,5 мес. (5 лет 7 мес.). В среднем интервал между дебютом заболевания и установлением диагноза составляет 9,2 мес., что превышает оптимальные сроки постановки диагноза. В среднем 3,5 мес. проходит от момента установления диагноза до назначения базисного противовоспалительного препарата. Таким образом, средний интервал от дебюта заболевания до начала противоревматической терапии составляет 12,5 мес., длительность данного периода снижает эффективность терапии.

В таблице 3 приведена частота встречаемости комбинаций различных препаратов базисной терапии, в таблице 4 – препаратов текущей ГИБТ.

**Таблица 1. Структура ювенильного идиопатического артрита**

Диагноз по ILAR, вариант ЮИА	Количество	Доля (%)
Полиартикулярный серонегативный	283	37,6
Олигоартикулярный персистирующий	254	33,8
Системный	82	10,9
Недифференцированный	76	10,1
Энтезитный	23	3,1
Олигоартикулярный распространенный	15	1,9
Псориагический	11	1,5
Полиартикулярный серопозитивный	8	1,1
Всего пациентов	752	100



**Рис. 3. Структура генно-инженерной биологической терапии**

**Таблица 2. Описательная статистика для всех испытуемых**

Показатель	n	M ± S (n=752)	95% доверительный интервал для среднего	Медиана	Нижний квартиль	Верхний квартиль
Возраст, лет	745	10,8 ± 4,4	(10,5; 11,1)	11,00	7,00	15,00
Возраст дебюта заболевания, мес.	460	68,5 ± 47,3	(64,2; 72,8)	54,00	31,00	106,25
Возраст установления диагноза, мес.	112	82,4 ± 53,8	(72,4; 92,3)	66,00	34,75	128,75
Возраст начала БПВП, мес.	96	90,5 ± 53,9	(79,7; 101,2)	78,00	39,50	136,25
Возраст начала ГИБТ, мес.	74	94,7 ± 54,8	(82,2; 107,2)	86,00	47,00	140,75
Интервал дебют – диагноз, мес.	112	9,2 ± 17,3	(6,0; 12,4)	3,00	2,00	7,00
Интервал диагноз – БПВП, мес.	95	3,5 ± 13,6	(0,8; 6,2)	0,00	0,00	1,00
Интервал дебют – БПВП, мес.	96	12,5 ± 20,7	(8,3; 16,6)	4,00	2,00	11,00
Интервал диагноз – ГИБП, мес.	73	22,6 ± 30,6	(15,6; 29,7)	7,00	2,00	27,00
Интервал дебют – ГИБП, мес.	74	32,8 ± 34,5	(25,0; 40,7)	17,00	7,00	54,50

**Таблица 3. Частота встречаемости различных препаратов базисной терапии**

Базисная терапия	Частота, f	%
Метотрексат	466	62,0
Сульфасалазин	65	8,6
Лефлуномид	7	1,0
Циклоспорин А	6	0,8
Азатиоприн	1	0,1
Метипред	4	0,5
Преднизолон	2	0,3
Гидроксихлорохин	3	0,4
<b>Всего получают базисную терапию</b>	<b>554</b>	<b>73,7</b>
<b>Не получают базисной терапии</b>	<b>198</b>	<b>26,3</b>

**Таблица 4. Частота встречаемости различных препаратов текущей ГИБТ**

ГИБТ	Частота, f	%
Абатацепт	27	3,59
Адалimumаб	95	12,63
Этанерцепт	135	17,95
Тоцилизумаб	62	8,24
Инфликсимаб	2	0,27
Канакинумаб	3	0,40
<b>Всего получают ГИБТ</b>	<b>324</b>	<b>43,08</b>
<b>Не получают ГИБТ</b>	<b>428</b>	<b>56,92</b>

**Таблица 5. Возраст пациентов женского и мужского пола (среднее  $\pm$  стандартное отклонение) и уровень статистической значимости (критерий Манна – Уитни)**

Показатель	Пол		Уровень P
	Женский, M $\pm$ S (n=480)	Мужской, M $\pm$ S (n=272)	
Возраст, лет	10,6 $\pm$ 4,5	11,1 $\pm$ 4,2	0,1765

**Таблица 6. Сравнение групп пациентов женского и мужского пола по показателям, характеризующим течение болезни и особенности лечения (среднее  $\pm$  стандартное отклонение) и уровень статистической значимости (критерий Манна – Уитни)**

Показатель	Женский, M $\pm$ S (n=480)	Мужской, M $\pm$ S (n=272)	Уровень P
Возраст дебюта заболевания, лет	63,2 $\pm$ 47,4	78,8 $\pm$ 45,6	<0,0001
Возраст установления диагноза, мес.	75,7 $\pm$ 52,2	103,4 $\pm$ 54,4	0,0207
Возраст начала БПВТ, мес.	82,9 $\pm$ 52,0	112,0 $\pm$ 54,2	0,0217
Возраст начала ГИБТ, мес.	88,3 $\pm$ 53,3	116,1 $\pm$ 56,0	0,0816
Интервал дебют – диагноз, мес.	9,5 $\pm$ 18,5	8,3 $\pm$ 13,2	0,7004
Интервал диагноз – БПВП, мес.	4,0 $\pm$ 15,6	2,2 $\pm$ 3,9	0,0865
Интервал дебют – БПВП, мес.	11,8 $\pm$ 20,2	14,4 $\pm$ 22,3	0,1780
Интервал диагноз – ГИБП, мес.	21,6 $\pm$ 30,9	26,2 $\pm$ 30,1	0,3923
Интервал дебют – ГИБП, мес.	30,5 $\pm$ 33,6	40,6 $\pm$ 37,2	0,3447

**Таблица 7. Сравнение групп пациентов с разными вариантами ЮИА по полу (число человек и проценты) и уровень статистической значимости (критерий хи-квадрат Пирсона)**

Пол	Олигоартикулярный (n=269)	Серонегативный (n=283)	Недифференцированный (n=76)	Системный (n=82)	Всего	Уровень P (df=3)
ж	173 (64,3%)	193 (68,2%)	52 (68,4%)	48 (58,5%)	466	0,3726
м	96 (35,7%)	90 (31,8%)	24 (31,6%)	34 (41,5%)	244	

Из таблицы 3 видно, что в 73,7% случаев пациенты получают базисную противовоспалительную терапию (БПВТ). В 84,1% случаев из них в качестве БПВТ используется метотрексат, являющийся «золотым стандартом» лечения ЮИА [11].

Из таблицы 4 видно, что 324 пациента (43,1%) получают ГИБТ. В структуре ГИБТ (рис. 3) у детей преобладают ингибиторы ФНО-альфа (этанерцепт и адалимумаб – 71%). Этанерцепт получают 41,7% всех детей, находящихся на ГИБТ, адалимумаб – 29,3%. Следующим по частоте назначения является тоцилизумаб, представляющий антитело к интерлейкину 6 (интерлейкина-6), – 19,1%. Его назначение целесообразно в первую очередь при системной форме ЮИА. В настоящее время доказана эффективность данного препарата при полиартикулярном варианте ЮИА. Абатацепт, являющийся блокатором костимуляции Т-лимфоцитов, получают 8,3% пациентов. Эффективность и безопасность данных препаратов в лечении ЮИА доказаны множеством исследований [12–17].

#### Сравнение групп по полу

Как известно, форма и вариант заболевания зависят от пола и возраста ребенка, есть данные о более агрессивном течении ЮИА у девочек. В то же время известно, что энтезитный вариант значительно чаще развивается у мальчиков, а при системной форме количество пациентов женского и мужского пола приблизительно равно [18, 19]. Нами была проанализирована связь пола детей с вариантом заболевания и некоторыми показателями активности заболевания между пациентами мужского и женского пола. Всего было исследовано 752 человека, из них 480 – женского пола (63,8%) и 272 (36,2%) – мужского пола. Для сравнения 2-х выделенных групп по количественным показателям использовался критерий Манна – Уитни, а для сравнения по качественным показателям – критерий хи-квадрат Пирсона. Средний возраст пациентов женского пола составил 10,6  $\pm$  4,5 года, а мужского пола – 11,1  $\pm$  4,2 года. Статистический анализ показал, что исследуемые выборки эквивалентны по возрасту (p=0,1765) (табл. 5).

Сравнение выделенных групп по показателям, характеризующим течение болезни и особенности терапии, приведено в таблице 6. Статистический анализ показывает, что у пациентов мужского пола возраст дебюта заболевания существенно выше ( $p < 0,0001$ ). Если у пациентов женского пола он составляет  $63,2 \pm 47,4$  мес., то у пациентов мужского пола –  $78,8 \pm 45,6$  мес.

Были обнаружены статистически значимые различия между пациентами мужского и женского пола по возрасту начала БПВТ (табл. 6). Возраст начала БПВТ выше у паци-

**Таблица 8. Сравнение групп пациентов с разными вариантами ЮИА по полу** (число человек и проценты) и уровень статистической значимости (критерий хи-квадрат Пирсона)

Пол	Энтезитный (n=22)	Псориазический (n=11)	Серопозитивный (n=9)	Всего	Уровень P (df=2)
ж	2 (9,1%)	6 (54,5%)	6 (66,7%)	14	0,0019
м	20 (90,9%)	5 (45,5%)	3 (33,3%)	28	

**Таблица 9. Сравнение групп пациентов женского и мужского пола по базисной терапии** (число человек и проценты) и уровень статистической значимости (критерий хи-квадрат Пирсона)

Базисная терапия	Женский (n=351)	Мужской (n=190)	Всего	Уровень P (df=4)
Метотрексат	314 (89,5%)	151 (79,5%)	465	<0,0001
Сульфасалазин	27 (7,7%)	38 (20,0%)	65	
Лефлуномид	5 (1,4%)	0 (0,0%)	5	
Циклоспорин А	5 (1,4%)	1 (0,5%)	6	

**Таблица 10. Сравнение групп пациентов женского и мужского пола по виду ГИБТ** (число человек и проценты) и уровень статистической значимости (критерий хи-квадрат Пирсона)

ГИБП	Женский (n=221)	Мужской (n=98)	Всего	Уровень P (df=4)
Абатацепт	21 (9,5%)	6 (6,1%)	27	0,3232
Адалимуаб	70 (31,7%)	24 (24,5%)	94	
Этанерцепт	92 (41,6%)	43 (43,9%)	135	
Тоцилизумаб	37 (16,7%)	24 (24,5%)	61	
Инфликсимаб	1 (0,5%)	1 (1,0%)	2	

**Таблица 11. Сравнение групп пациентов женского и мужского пола по наличию увеита, инвалидности и методов лечения** (число человек и проценты) и уровень статистической значимости (критерий хи-квадрат Пирсона)

Показатель	Пол		Всего (%)	Уровень P (df=1)
	Женский (n=480)	Мужской (n=272)		
Наличие увеита	65 (13,5%)	16 (5,9%)	81 (10,8%)	0,0011
Инвалидность	290 (60,4%)	138 (50,7%)	428 (56,9%)	0,0100
Наличие базисной терапии	361 (75,2%)	193 (71,0%)	554 (73,7%)	0,2033
Наличие ГИБП	224 (46,7%)	100 (36,8%)	324 (43,1%)	0,0084

ентов мужского пола ( $p=0,0217$ ), несмотря на то, что группы не различаются ни по возрасту начала ГИБТ ( $p=0,0816$ ), ни по интервалу времени, прошедшему до ГИБТ ( $p=0,3629$ ).

Из таблицы 7 мы видим, что среди наиболее распространенных вариантов ЮИА (олигоарткулярный, полиарткулярный серонегативный по РФ, системный, недифференцированный), с учетом преобладания пациентов женского пола в исследовании, достоверных различий не выявлено.

Статистический анализ показывает, что энтезитный вариант ЮИА достоверно чаще ( $p=0,0019$ ) наблюдается у пациентов мужского пола, а полиарткулярный серопозитивный по РФ – у пациентов женского пола (табл. 8).

Сравнение получаемой БПВТ (табл. 9) показывает, что пациентам мужского пола назначают сульфасалазин в 20% случаев, в то время как пациентам женского пола – только в 8% случаев. Вероятно, это связано с предпочтением сульфасалазина при энтезитном варианте ЮИА [18]. Метотрексат немного чаще назначается пациентам женского пола (90% против 80%). В назначениях остальных лекарственных препаратов различий не обнаружено.

Назначаемые ГИБП не различаются у пациентов женского и мужского пола (табл. 10).

Анализ бинарных переменных (табл. 11) показывает, что увеит встречается гораздо чаще у пациентов женского пола ( $p=0,0011$ ). Эти данные также подтверждаются ранее проведенными исследованиями [6]. Инвалидность также встречается намного чаще у пациентов женского пола ( $p=0,010$ ). Если по частоте назначения БПВТ пациенты женского и мужского пола не различаются ( $p=0,2033$ ), то ГИБТ гораздо чаще назначается пациентам женского пола ( $p=0,0084$ ).

#### Выводы:

1. Всего, по данным Московского городского регистра детей с ревматическими заболеваниями, с диагнозом ЮИА наблюдаются 752 пациента от 1 до 17 лет, из них 480 – женского пола (63,8%) и 272 (36,2%) – мужского пола. Среди них 283 (37,6%) страдают полиарткулярным серонегативным вариантом ЮИА, 269 (35,7%) – олигоарткулярным вариантом ЮИА, 82 (11%) – системной формой ЮИА, 15,7% приходится на иные формы ЮИА.

2. Средний возраст пациентов составляет 10,8 года, средний возраст дебюта заболевания – 68,5 мес. (5 лет 7 мес.). Интервал между дебютом заболевания и установлением диагноза в среднем составляет 9,2 мес., интервал от дебюта заболевания до начала противоревматической терапии – 12,5 мес.

3. У пациентов мужского пола возраст дебюта заболевания существенно выше ( $p < 0,0001$ ). У пациентов женского пола он составляет  $63,2 \pm 47,4$  мес., у пациентов мужского пола –  $78,8 \pm 45,6$  мес.

4. Увеит достоверно чаще встречается у пациентов женского пола ( $p=0,0011$ ).

5. БПВТ получают 73,7% пациентов, в 84,1% случаев препаратом базисной терапии является метотрексат.

6. ГИБТ получают 43,1% пациентов. В структуре ГИБП преобладают ингибиторы ФНО-альфа (этанерцепт и адалимумаб – 71%). Этанерцепт получают 41,7% всех детей, находящихся на ГИБТ, адалимумаб – 29,3%.

Список литературы Вы можете найти на сайте <http://www.rmj.ru>