



*ГОО ВПО Донецкий национальный медицинский
университет
Кафедра офтальмологии ФИПО*



**Увеит
при ювенильном
идиопатическом артрите
(ЮИА)**

Доц. Голубов К. Э



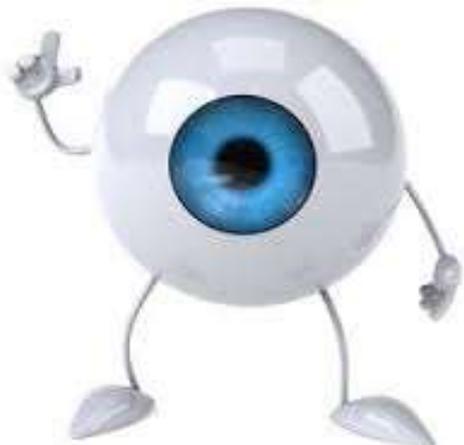
- *ЮИА – наиболее частое хроническое ревматологическое заболевание детского возраста и одновременно ведущее системное заболевание, ассоциирующееся с увеитами у детей.*
- Увеит является основным экстра-артикулярным проявлением ЮИА и развивается у 10 – 30% пациентов.



- Согласно современным представлениям, термином ЮИА объединяют гетерогенную группу заболеваний, к которым относят все хронические воспалительные заболевания суставов у детей неустановленной причины, *длительностью более 6 недель, возникшие в возрасте до 16 лет.*
- Заболеваемость увеитом ассоциируемом с ЮИА колеблется от 2 до 25 на 100000 детского населения в год, распространенность – от 62 до 220 на 100000.

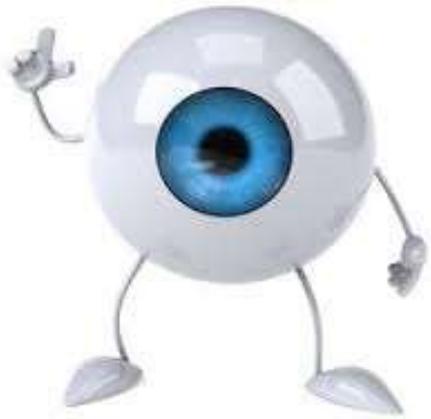


- Наиболее часто увеит развивается у пациентов с олигоартритом (артрит с поражением 1 – 4 суставов в течение первых 6 месяцев заболевания).
- Несколько реже заболевание глаз возникает у детей с негативным по ревматоидному фактору полиартритом (артрит с поражением 5 или более суставов в течение первых 6 месяцев заболевания), артрите, сочетающимся с энтезитом, и псориатическом артрите.



Факторы риска развития увеита у пациентов с ЮИА

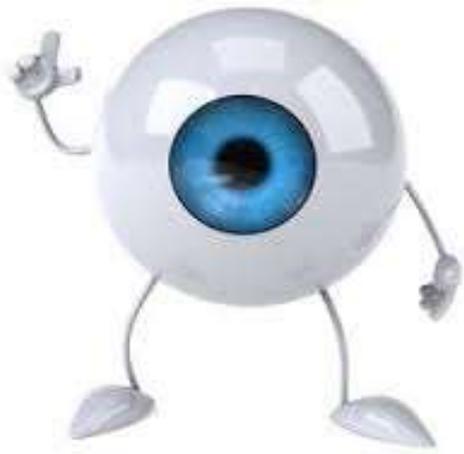
- **возраст дебюта ЮИА:** увеит возникает значительно чаще при ранней манифестации суставного синдрома (до 6 лет). Максимальная частота развития увеита наблюдается при дебюте ЮИА в возрасте 1 – 2 лет (47%), она значительно снижается при возникновении суставного заболевания в возрасте старше 7 лет (менее 10%)
- **интервал между дебютом артрита и увеита** (увеит возникает одновременно или в первые 4 – 6 лет после манифестации суставного синдрома и лишь в единичных случаях – в более поздние сроки (15 – 20 и более лет). Вместе с тем, у 4 – 27% пациентов увеит дебютирует раньше артрита



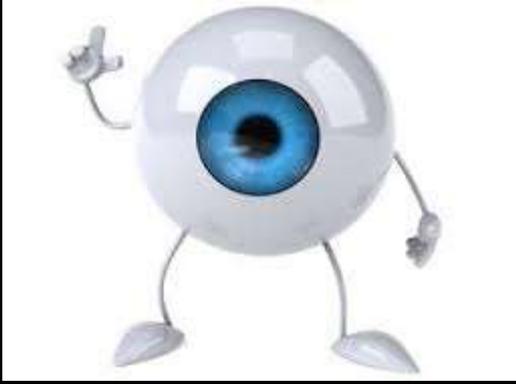
- *антинуклеарных антител* (АНА), которые обнаруживаются у пациентов с ЮИА и увеитом в 66 – 92% случаев, с ЮИА без увеита – только в 30 – 42%.
- *генетических факторов* в развитии заболевания. Обнаружено, что ряд антигенов главного комплекса гистосовместимости сочетаются с более частым возникновением увеита при ЮИА



- *Клинические проявления ЮИА ассоциированных увеитов*



- Для ЮИА характерно *развитие переднего увеита* – ирита или иридоциклита (95%), реже заболевание протекает по типу интермедиарного (4%) или панuveита (1%).
- При большинстве субтипов ЮИА (олигоартрит, РФ– и РФ+ полиартрит, системный, псориатический артрит с началом в дошкольном возрасте) дебют и обострения увеита внешне малозаметны. Как правило (78 – 85%), поражаются оба глаза, а увеит имеет хроническое течение. У этих пациентов часто (60 – 70%) выявляются антинуклеарные антитела

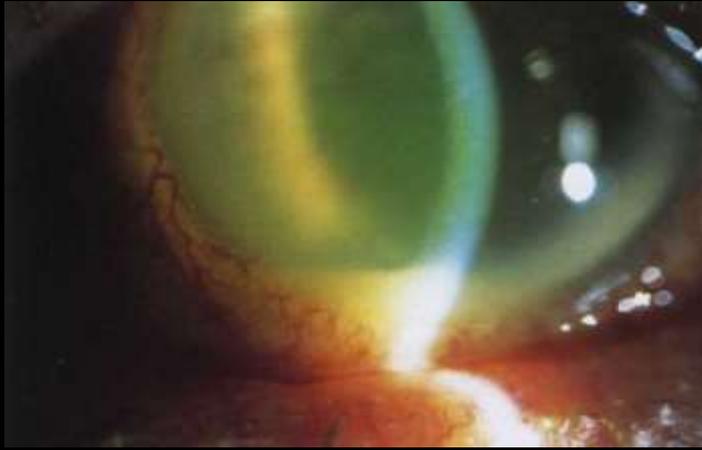


- У детей с артритом, сочетающимся с энтезитом, и с псориатическим артритом с дебютом в школьном возрасте чаще развивается острый (с выраженными симптомами раздражения глаза) одно-сторонний увеит, имеющий рецидивирующее течение.
- При этом у пациентов с артритом, сочетающимся с энтезитом, большинстве случаев (60 – 70%) наблюдается положительный HLA-B27 антиген, а антинуклеарные антитела определяются редко (до 20%).

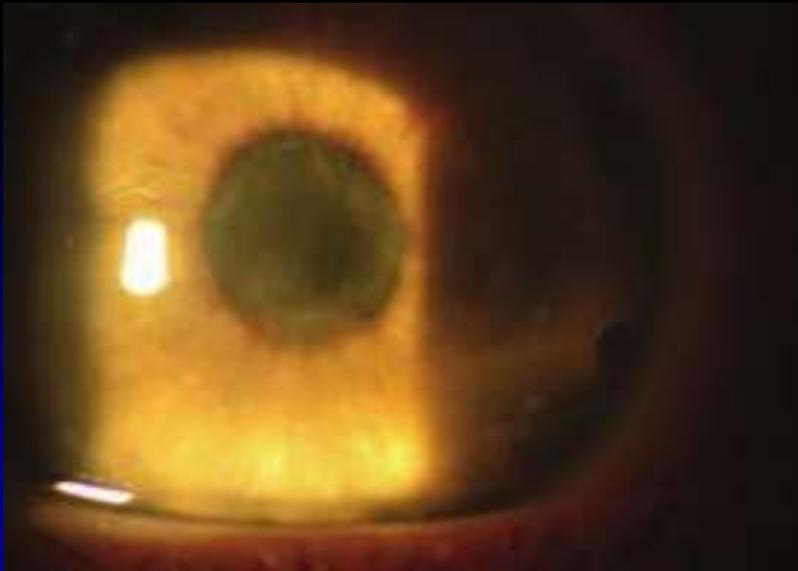
Основными клиническими симптомами переднего увеита являются



- 1. "Запотелость" эндотелия роговицы и отложение на нем преципитатов, которые при ЮИА ассоциированных увеитах, как правило, имеют негранулематозный характер.
- 2. Клеточная реакция и экссудация во влаге передней камеры (ВПК), которые оценивают в соответствии с рекомендациями рабочей группы по стандартизации номенклатуры увеитов (Standardization of uveitis nomenclature for reporting clinical data. Results of the First International Workshop. Am. J. Ophthalmol. 2005).



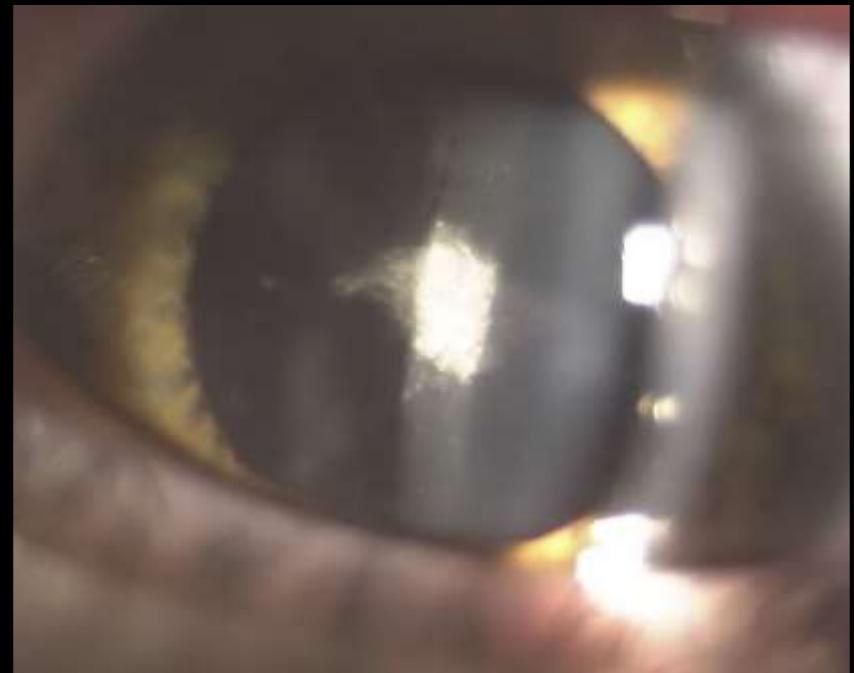
- При тяжелом увеите возможно возникновение в передней камере гипопиона или, редко, гифемы.
- Отек и гиперемия радужки.
- Циклит проявляется клеточной реакцией и экссудацией и в стекловидном теле.
- Общепринятой схемы их оценки в настоящее время нет. Возможно использование одной из предложенных: Kimura S.J. с соавт., 1959 или основанной на сравнении со стандартным набором фотографий (Nussenblatt R.V с соавт., 1985; Davis J.L., с соавт., 2010).

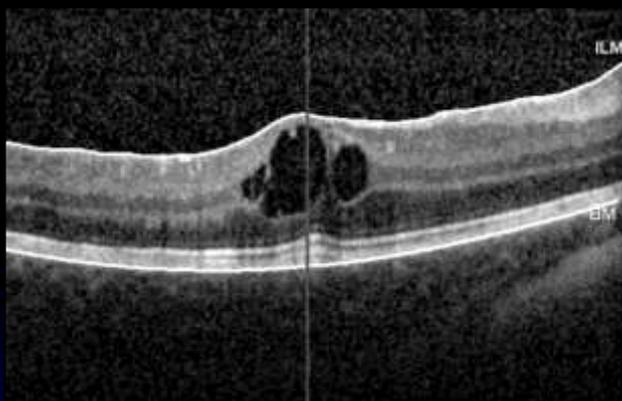
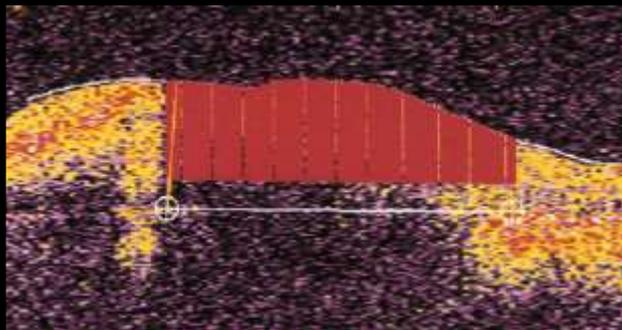


Экссудат в стекловидном теле

(Kimura S.J. с соавт., 1959
Nussenblatt R.B. et al., 1985).

Степ.	Кол. клеток в ПЗ
0	0 – 1
0,5 +	2 – 20
1 +	21 – 50
2 +	51 – 100
3 +	101 – 250
4 +	> 251





- При тяжелом увеите происходит распространение воспалительного процесса в задний отрезок глаза с развитием макулярного отека и/или папиллита, что отмечается в **38 – 84%** случаев.
- Для диагностики и динамической оценки этих симптомов, помимо офтальмоскопии, целесообразно оптическое исследование заднего отдела глаза (ОКТ) и/или проведение флюоресцентной ангиографии глаза (ФАГ).

Тяжесть течения увеита значительно варьирует



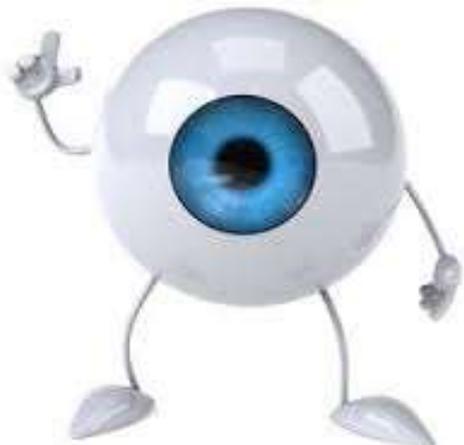
Легкое – 28 – 48% – небольшая "запотелость" эндотелия, единичные преципитаты, клетки в передней камере 1+, клетки в стекловидном теле 0 – 0,5+, нормальная картина глазного дна.



Средней тяжести – 27 – 32% – умеренная "запотелость" эндотелия, множественные преципитаты клетки в передней камере 2+, отек радужки, клетки в стекловидном теле, папиллит и/или макулярный отек.



Тяжелое – 25 – 40% – интенсивная "запотелость" эндотелия, множественные преципитаты, клетки в передней камере 3+ – 4+, отек радужки с формированием задних синехий или зарращения зрачка, клетки в стекловидном теле, папиллит, макулярный отек.



- В диагнозе пациента с увеитом **необходимо** указывать активность воспалительного процесса (активный / ремиссия).
- **Неактивным** считается увеит при наличии не более 0+ клеток во ВПК, 0,5+ "старых" клеток в стекловидном теле, отсутствии обусловленного воспалением макулярного отека и/или папиллита.
- Следует отметить частое отсутствие корреляции активности увеита и суставного синдрома.

Необходимо отметить отсутствие характерных клинических симптомов ЮИА ассоциированных увеитов, что требует проведения дифференциального диагноза с широким кругом увеитов, ассоциированных с системными и синдромными заболеваниями, включая:

- саркоидоз / синдром Блау;
- болезнь Бехчета;
- системную красную волчанку;
- склеродермию;
- синдром CAINA/NOMID;
- синдром тубулоинтерстициального нефрита и увеита (TINU);
- болезнь Фогта-Коянаги-Харада;
- болезнь Кавасаки;
- воспалительные заболевания кишечника.

Инфекционными увеитами:

- ✓ *герпетическими;*
- ✓ *туберкулезными;*
- ✓ *при боррелиозе;*
- ✓ *сифилитическими.*

"Псевдоувеитами" при онкологических заболеваниях:

- ✓ *лейкозах;*
- ✓ *ретинобластоме;*
- ✓ *медуллоэпителиоме.*

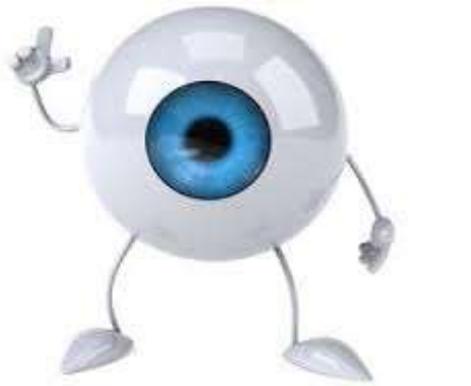
С травмами глаза.

- ✓ При исключении ЮИА и других возможных этиологических факторов увеита ставится диагноз "увеит неясной этиологии".

Тяжесть течения ЮИА ассоциированных увеитов значительно варьирует.

К факторам прогноза тяжелого течения заболевания относят:

- *дебют артрита в возрасте до 6 лет;*
- *короткий (менее 6 месяцев) временной интервал между началом артрита и увеита;*
- *развитие увеита до или одновременно с суставным синдромом;*
- *выраженную активность воспаления (клетки во влаге передней камеры более 2+) в период дебюта,*
- *наличие осложнений уже при выявлении увеита.*
- *Вместе с тем, четкой связи тяжести увеита с полом ребенка, субтипом ЮИА, а также выявлением и уровнями антинуклеарных антител обнаружено не было.*



Осмотр офтальмологом пациента с ЮИА включает:

- ✓ *визометрию с коррекцией,*
- ✓ *биомикроскопию переднего отдела глаза и стекловидного тела,*
- ✓ *прямую и обратную офтальмоскопию (с мидриазом),*
- ✓ *тонометрию,*
- ✓ *по показаниям – гониоскопию,*
- ✓ *ультразвуковое исследование,*
- ✓ *ОКТ,*
- ✓ *ФАГ,*
- ✓ *периметрию*

- Наблюдение офтальмологом детей с активным увеитом осуществляется в зависимости от тяжести воспалительного процесса и проводимого лечения.
- *При достижении ремиссии заболевания пациенты наблюдаются*
 - ✓ *ежемесячно в течение первых 6 месяцев после наступления неактивной стадии болезни,*
 - ✓ *затем 1 раз в 3 месяца в течение 1 года,*
 - ✓ *далее – 1 раз в 6 месяцев и по показаниям.*
- При фармакологической ремиссии увеита в течение не менее 2 лет возможна (по согласованию с ревматологом, учитывая частую диссоциацию активности увеита и суставного синдрома) постепенная отмена системной терапии в последовательности: глюкокортикоиды, ГИБП, традиционный иммуносупрессивный препарат.



- Лечение ребенку с ЮИА ассоциированным увеитом назначается и корректируется в тесном контакте офтальмолога и детского ревматолога.



- **Системная терапия**

Назначение системной терапии показано при неэффективности местного лечения для достижения и/или поддержания ремиссии увеита.

Для оценки действенности местного лечения требуется приблизительно 3 месяца.

Однако при тяжелом течении увеита, возникновении новых осложнений, обусловленных воспалительным процессом, а также нежелательных явлений местного применения глюкокортикоидов показано более раннее начало системной терапии



*Благодарю за
внимание*