



ФГБОУ ВО
«Донецкий государственный медицинский
университет» МЗ РФ
Кафедра офтальмологии ФНМФО



*Офтальмологические
проявления
ювенильного
идиопатического артрита
у детей*

*Доц.Голубов К.Э.,
доц.Смирнова А.Ф.,
Асс.Голубов Т.К.,
Горбачевская И.Ю.*



- *ЮИА – наиболее частое хроническое ревматологическое заболевание детского возраста и одновременно ведущее системное заболевание, ассоциирующееся с поражением глаз у детей.*

- Литературные источники, посвященные данной проблеме, в историческом плане ведут отчете 1910 г, когда Gohm впервые обратил внимание на сочетанное поражение суставов и глаз .
- В 1950 г E.Vesterdal et al. представили описание более многочисленной группы больных с артритом и лентовидной кератопатией .
- В 1969 г .G.Schallers et al . установили, что частота изменений значительно выше у пациентов с олигоартритом по сравнению с полиартркуляриым вариантом





- 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.



- Частота развития офтальмологической патологии при ЮИА по данным литературы составляет 2,5-16% .
- Однако при олиго-артикулярном 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.
- Наибольший риск развития офтальмологической патологии имеют девочки с ранним началом болезни и с положительным АНФ в крови.

- К грозным экстраартикулярным проявлениям ювенильного идиопатического артрита (ЮИА) относится воспаление сосудистой оболочки глаза, которое даже является критерием диагностики заболевания .

- Увеит развивается у 10—20 % от числа больных ЮИА, и такая форма офтальмии считается одной из наиболее частых причин детской слепоты .
- В литературе имеются и более печальные сведения. Так, было установлено , что до 90 % больных ЮИА в течение трех лет после дебюта заболевания переносят увеит, зачастую вызывающий необратимую потерю зрения, что в первую очередь касается мальчиков в пубертатном периоде.



Увеит возникает у 10 – 30% пациентов с ЮИА, чаще у детей с олигартритом (артрит с поражением 1 – 4 суставов в течение первых 6 месяцев заболевания) и негативным по ревматоидному фактору полиартритом (артрит с поражением 5 или более суставов в течение первых 6 месяцев заболевания), с ранней манифестацией ЮИА (до 6 лет), а также одновременно или в первые 4 – 6 лет после дебюта суставного синдрома.

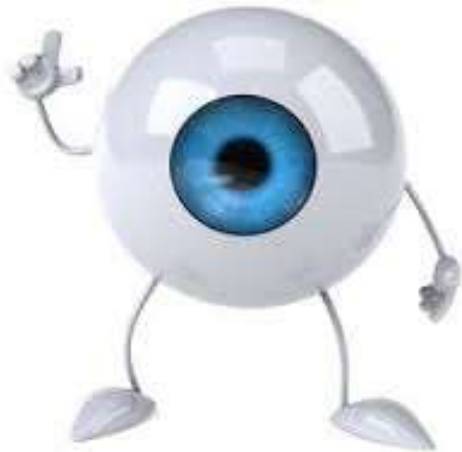




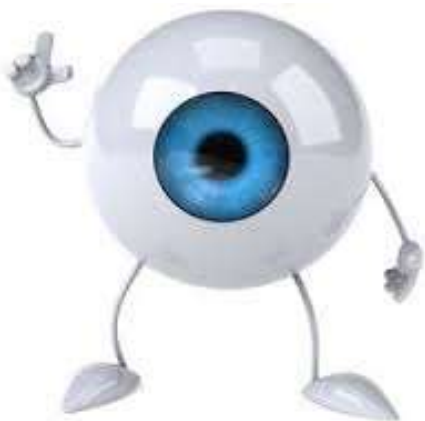
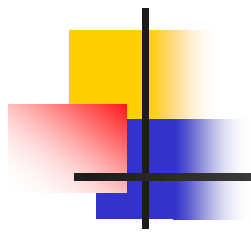
- Наиболее часто увеит развивается у пациентов с олигоартритом (артрит с поражением 1 – 4 суставов в течение первых 6 месяцев заболевания).
- Несколько реже заболевание глаз возникает у детей с негативным по ревматоидному фактору полиартритом (артрит с поражением 5 или более суставов в течение первых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

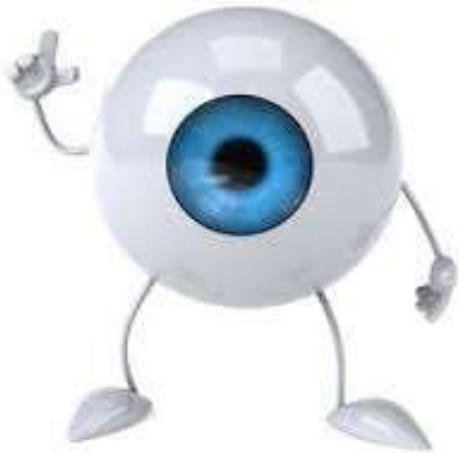


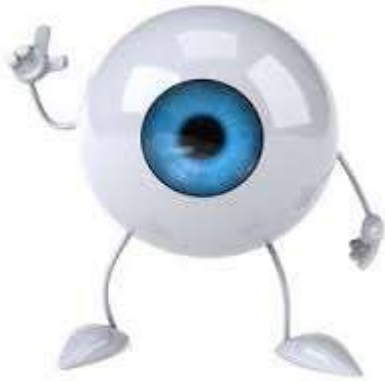
интервал между дебютом артрита и увеита (увеит возникает одновременно или в первые 4 – 6 лет после манифестации суставного синдрома и лишь в единичных случаях – в более поздние сроки (15 – 20 и более лет). Вместе с тем, у 4 – 27% пациентов увеит дебютирует раньше артрита



- *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

- 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



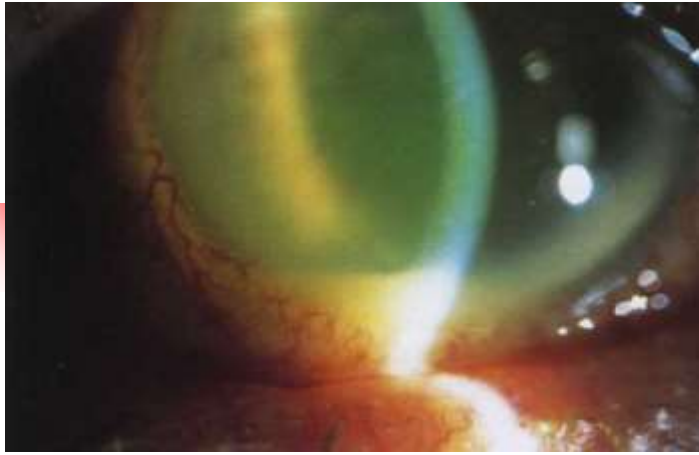


- У детей с артритом, сочетающимся с энтезитом, и с псориатическим артритом с дебютом в школьном возрасте чаще развивается острый (с выраженными симптомами раздражения глаза) односторонний увеит, имеющий рецидивирующее течение.
- При этом у пациентов с артритом, сочетающимся с энтезитом, большинстве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

Основными клиническими симптомами переднего увеита являются



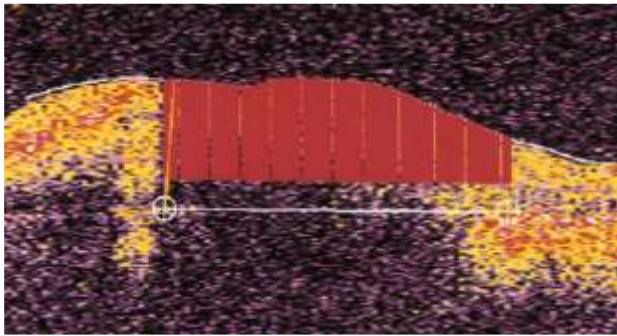
- 1. "Запотелость" эндотелия роговицы и отложение на нем преципитатов, которые при ЮИА ассоциированных увеитах, как правило, имеют негранулематозный характер.
- 2. Клеточная реакция и экссудация во влаге передней камеры (ВПК).
- 3. Формирование передних и задних синехий.



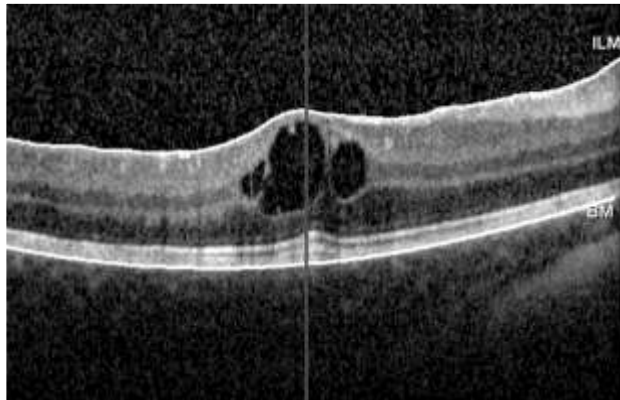
- При тяжелом увеите возможно возникновение в передней камере гипопиона или, редко, гифемы.
- Отек и гиперемия радужки.
- Циклит проявляется клеточной реакцией и экссудацией и в стекловидном теле.



■



- 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.



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.*



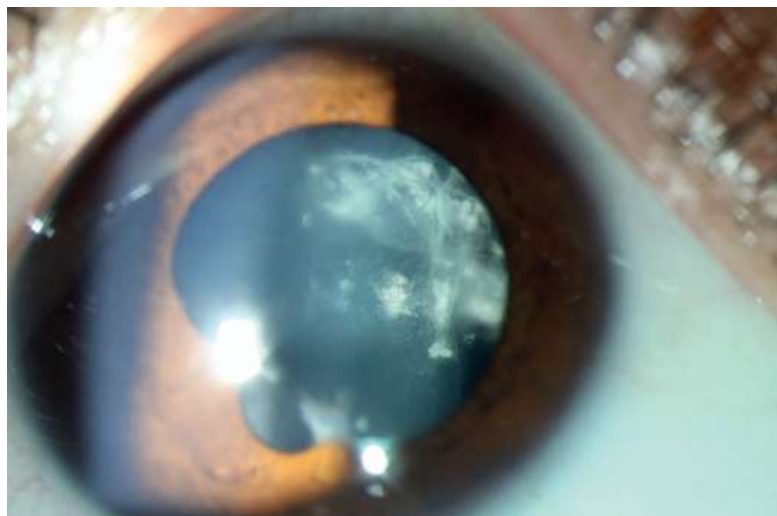
- Осложнения развиваются чаще при тяжелом и хроническом течении увеита, поздней диагностике, нерегулярном наблюдении, неадекватном лечении.
- По мере удлинения сроков заболевания частота осложнений, как правило, нарастает.



- Изменения роговицы наблюдаются в виде *дистрофии роговицы (12 – 70%)*

- Осложненность увеитов катарактой значительно чаще наблюдается у мальчиков , а глаукомой — у девочек.
- Если у таких больных детей катаракта и глаукома развиваются в 40 и 5 % случаев соответственно, то у взрослых пациентов с ревматоидным артритом после трансформации его из ЮИА частота этих офтальмопатий уже превышает 50 и 20 % .





- Изменения со стороны хрусталика проявляются в виде
 - *прехрусталиковые мембраны (8 – 75%),*
 - *катаракта (21 – 81 %),*
 - *фиброзные изменения стекловидного тела (10 – 43%).*



Реже возникают:

*поствоспалительные
изменения макулы*

(6 – 12%),

✓ *частичная атрофия ДЗН
(7%),*

✓ *стойкая гипотония и
субатрофия глаза*

(4 – 19%),

✓ *отслойка сетчатки (3%).*



- **Лечение ЮИА
ассоциированных
увейтов**



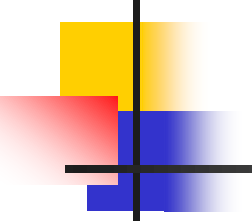
- Активное лечение увеита должно быть начато **немедленно**, так как при тяжелом течении воспалительного процесса развитие серьезных осложнений возможно в течение 1 – 2 дней.
- *Целью лечения является достижение медикаментозной и, затем, нефармакологической ремиссии увеита.*
- Тактика терапии определяется выраженностью воспалительного процесса в глазу, риском развития осложнений и снижения зрительных функций



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



- Исходы и прогноз

- 
- *Предикторами хорошего функционального прогноза* являются женский пол, большой интервал между манифестацией артрита и увеита, легкое течение воспалительного процесса в глазу. Улучшает функциональный прогноз и своевременное назначение системной иммуносупрессивной терапии.
 - *Стойкая ремиссия увеита достигается только у 50% пациентов*, а частота слепоты у детей с ЮИА ассоциированными увеитами составляет 9 – 12%.
 - Для улучшения прогноза ЮИА ассоциированных увеитов необходимо дальнейшее изучение факторов риска, прогноза течения и ремиссии заболевания, предикторов успеха терапии, а также разработка новых методов лечения.



- Патология глаз при ЮИА является очень актуальной и крайне сложной проблемой, требующей для ее успешного решения тесного сотрудничества педиатров, ревматологов и окулистов



Благодарим за
внимание !