



Особенности течения хронических увеитов у детей

Выполнили: Демченко Ю.В., Ярмалович Е.Г.

Научный руководитель: к.м.н. Ревта А.М.

Актуальность

Эндогенные увеиты остаются одной из самых актуальных проблем детской офтальмологии. В структуре офтальмопатологии доля увеитов составляет 5-12%, среди стационарных больных 5-7% (Ковалевский Е.И., 1979; Шатилова Р.И. и др., 1986; Южаков А.М. и др., 1991). Слепота вследствие увеальных осложнений достигает 10-15% (Катаргина Л.А. с соавт., 2015)

Основные проблемы диагностики и терапии увеитов у детей связаны с частым отсутствием субъективных данных, малозаметным началом, полиморфным характером поражения, склонностью к генерализации и хронизации воспалительного процесса и ранним развитием широкого спектра осложнений.

Цель работы:

Исследовать особенности развития и течения хронических увеитов у детей.

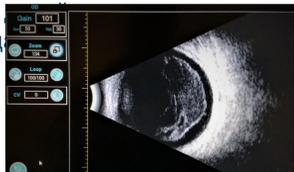
Материалы и методы:

Проведено выборочное исследование медицинской документации 12 детей (7 мальчиков, 5 девочек) с хроническими рецидивирующими увеитами, находившимся на обследовании и лечении в Архангельской клинической офтальмологической больнице за период с 2010 по 2020 гг.

Клиническое обследование детей включало визометрию, тонометрию, биомикроскопию, офтальмоскопию, В-сканирование, ОКТ макулы, анализы крови на вирусы группы герпеса, токсоплазмоз, хламидиоз и др., консультации смежных специалистов.

Лечение увеитов включало антибактериальную и противовоспалительную терапию, кортикостероиды, мидриатики, по показаниям цитостатики и генно-инженерные препараты.

Исследовали возраст детей на момент манифестации болезни, число обострений, особенности клинической картины, частоту и спектр увеальных осложнений. Сроки наблюдения 1 до 10 лет (в среднем 4 год



Результаты

Диагноз хронического увеита был установлен у 12 детей (на 19 глазах). Средний возраст манифестации увеита составил 8,4 лет: у 3 детей увеит был диагностирован в дошкольном возрасте (от 3 до 6 лет), в возрасте 7-9 лет – у 4, в возрасте 10-14 лет еще у 5 пациентов.

У всех детей наблюдали хроническое течение с периодическими обострениями – от 2 до 12 (в среднем 4,4 случая).

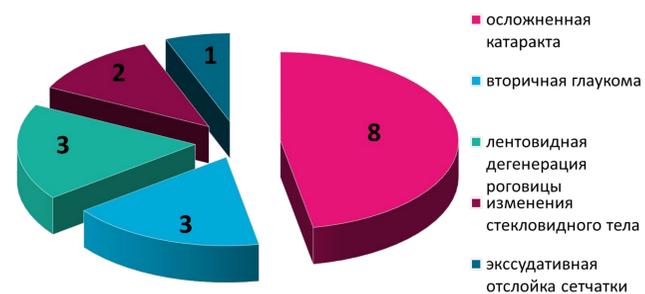
В каждом третьем случае обострение воспалительного процесса диагностировали в осенний период времени.

Этиология увеитов. У 7 детей была подтверждена ревматоидная природа хронического увеита (на фоне ювенильного идиопатического артрита), у 1 ребенка заболевание изначально было связано с травмой – как проявление ожоговой болезни, в 1 случае лабораторно подтвержден хламидийный процесс. В остальных случаях причину увеита выявить не удалось. По данным литературы увеиты неясной этиологии (идиопатические) составляют не менее 35-40% случаев (Nusstblatt R.B., 2010).

Воспаление чаще локализовалось в переднем отрезке глаза – преобладали передние увеиты (иридоциклиты – у 6 детей) с яркой клинической картиной: перикорнеальная инъеция, преципитаты на эндотелии, экссудат в передней камере, задние синехии, снижение зрения. Реже наблюдали срединные (5 случаев) и периферические увеиты (1 случай), когда клиническая картина не столь ярко выражена, а воспаление большей частью локализуется в стекловидном теле и на периферии сетчатки.

Рецидивы увеита спровоцировали развитие целого ряда осложнений: осложненную катаракту у 6 детей (на 8 глазах), фиброз стекловидного тела – 2 случая, вторичную глаукому у 2 детей (на 3 глазах), лентовидную дегенерацию роговицы у 2 детей (3 глаза), экссудативная отслойка сетчатки в 1 случае.

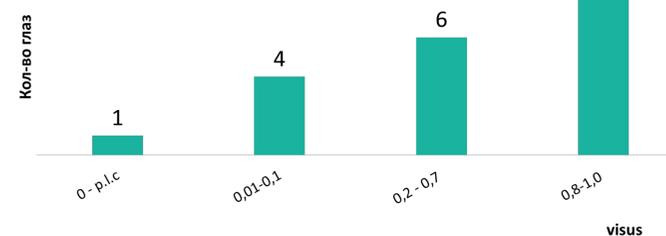
Структура увеальных осложнений



Осложнения увеитов потребовали проведения оперативного лечения у 8 пациентов. Выполнялись следующие вмешательства: лентэктомиа, витрэктомия, промывание и реконструкция передней камеры, гипотензивные операции (в том числе с применением дренажей), лазерные манипуляции.

Функциональные исходы хронических увеитов зависели от степени поражения оболочек глаза и наличия осложнений. В половине случаев у детей с увеитами удалось сохранить высокие зрительные функции. На 5 глазах острота зрения не превышала 0,1, еще на 6 глазах острота зрения была в пределах 0,2-0,7.

Функциональные исходы увеитов



Клиника увеитов



Заключение

Проблема лечения хронических увеитов у детей по-прежнему актуальна, что подтверждает даже наше выборочное исследование на ограниченном количестве пациентов.

Комплекс лечебных мероприятий при увеитах включает этиологическую, противовоспалительную и симптоматическую терапию. Этиотропная терапия назначается при выявлении инфекционного возбудителя заболевания. У больных с системными и идиопатическими увеитами этиотропная терапия не проводится. Наиболее часто используемые в лечении увеитов кортикостероиды способны вызвать повышение внутриглазного давления и вторичную глаукому, стероидную катаракту, повышение чувствительности к инфекциям, мидриаз, паралич аккомодации и кератопатию. Вместе с тем, традиционная противовоспалительная терапия в большинстве случаев приводит лишь к кратковременной ремиссии воспалительного процесса в увеальном тракте.

Современными препаратами в лечении хронических рецидивирующих увеитов, в том числе у детей, являются антиметаболиты и биоинженерные версии иммунорегуляторных цитокинов. В нашем исследовании у 4 детей с непрерывно рецидивирующими ревматоидными увеитами на фоне патогенетически ориентированной терапии в виде метотрексата (методжекта) и адалимумаба (хумира) удалось добиться стойкой ремиссии увеита.

Ведение больных с хроническими увеитами, их обследование, лечение и наблюдение требуют от врача широкого кругозора, вдумчивого отношения и индивидуального подхода к каждому пациенту.

