

УДК 617.721.6-002-053.2-036-08:616.72-002

Особливості перебігу та лікування увеїтів, асоційованих з ювенільним ідіопатичним артритом у дітей

М. В. Панченко¹, д-р мед. наук; Н. С. Шевченко^{2,3}, д-р мед. наук; М. В. Дем'яненко³, лікар;
О. М. Гончарь¹, канд. мед. наук; Л. Г. Авілова¹, лікар

¹ Харківський національний медичний університет

² Харківський Національний університет ім. В.Н. Каразіна

³ ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України»;
Харків (Україна)

E-mail: panchenko0802@gmail.com

Ключові слова:

увеїт, ювенільний ідіопатичний артрит

Метою роботи було вивчення особливостей перебігу захворювання та стану надання офтальмологічної допомоги дітям з увеїтами, асоційованими з ювенільним ідіопатичним артритом (ЮІА).

Матеріал і методи. Проаналізовано результати спостереження 121 дитини з ЮІА у віці від 7 до 18 років. Увеїт діагностовано у 21 пацієнта (17,35%).

Результати. У 17 дітей з ЮІА-асоційованими увеїтами (80,95%) захворювання розпочалося до 6 років і середній вік початку захворювання складав $2,89 \pm 0,26$ років, що менше, ніж у пацієнтів з ЮІА без увеїту ($6,43 \pm 0,4$ років, $p < 0,05$). Клінічна картина увеїту у 85,71% пацієнтів характеризувалася безсимптомним перебігом. Застарілі преципітати виявлені у 38,09% випадків, задні синехії – у 42,85%. Увеїт ускладнювався дегенерацією рогівки у 33,33% дітей, у 28,57% – макулярним набряком, у 14,28% – набряком зорового нерва, у 19,05% – офтальмогіпертензією і вторинною глаукомою, у 9,52% – фіброзом склистого тіла, у 4,76% – відшаруванням сітківки, у 14,28% – гіпотонією, у 57,14% – увеальною катарактою. Частота призначення біологічної терапії склала 57,14%, середній термін від початку захворювання до її призначення ($2,67 \pm 0,79$ років) був в два з половиною рази менше, ніж в цілому по Україні (6,9 років), що свідчить про своєчасність призначення біологічних препаратів.

Висновок. Увеїт при ЮІА характеризується асимптомним перебігом та високою частотою ускладнень, серед яких переважають увеальна катаракта, дегенерація рогівки та макулярний набряк.

Вступ. Ювенільний ідіопатичний артрит (ЮІА) є найпоширенішою ревматичною хворобою дитячого віку, а пов'язаний з ним увеїт – найпоширенішим позасуглобовим її проявом [8, 28]. Педіатричний увеїт – це тема, що викликає особливий інтерес не тільки через унікальні діагностичні та терапевтичні проблеми, але також через загрозу повної втрати зору на початку життя, що обумовлює економічні та психологічні збитки як для родини хворої дитини, так і в цілому для суспільства. На сьогодні увеїт є четвертою причиною сліпоти в розвинених країнах [21].

Відомо біля 50 етіологічних факторів розвитку увеїтів, а саме: позитивність за HLA-B27, наявність у хворого тубулоінтерстиціального нефриту, хвороба Бехчета, саркоїдоз, вірусні, паразитарні та бактеріальні чинники [20, 32]. Разом з тим, найбільш поширеними причинами виникнення увеїтів в дитячому віці є ЮІА-асоційований, проміжний увеїт – pars planitis та інші ідіопатичні увеїти [30]. За даними проведених досліджень, від 20 до 25% випадків педіатричного увеїту пов'язані саме з ЮІА [25, 30], а згідно з даними Ferrara M. et al. (2018), частота ЮІА-асоційованих увеїтів у дітей сягає 34,9% [14]. Найважливішими факторами ризику розвитку увеїту при даному захворюванні є його олігоартикулярний варіант, вік настання артрити менше семи років та позитивність за антинуклеарними антитілами [13, 25].

Майже в половині випадків (48%) увеїт виникає одночасно або в перші шість місяців після виникнення ювенільного ідіопатичного артрити [16]. Проте приблизно у 12-38% пацієнтів з ЮІА увеїт виникає в середньому через сім років після настання артрити [10, 25]. На початкових стадіях ЮІА з низьким рівнем запальної активності увеїт своєчасно не діагностується [25].

Незважаючи на багаточисельні дослідження, патогенетичні механізми залишаються остаточно незрозумілими, особливо щодо взаємодії між генетичними та екологічними чинниками. Триває оновлення нових маркерів ризику для розвитку педіатричного запального увеїту та його важкого перебігу, підходів до лікування резистентних варіантів та критеріїв вимірювання візуальних результатів і ефективності терапії. Існує кілька нових генетичних маркерів, біомаркерів та клінічних факторів, які можуть впливати на перебіг увеїту у хворої дитини [3].

Асоційований з ЮІА увеїт має різну локалізацію, але найпоширенішим є передній увеїт (83%). Разом з тим, необхідно зазначити можливість розвитку заднього (1%) та інтермедіарного (9%) варіантів увеїту, а також панувеїту (7%) [16].

Характерною клінічною особливістю є безсимптомний перебіг захворювання [10, 13, 17], отже, найважливішим в діагностиці є скринінг щодо пов'язаного з ЮІА увеїту у пацієнтів групи ризику. Раннє виявлення та правильне лікування є головним фактором припинення запального процесу та запобігання розвитку ускладнень, серед яких - глаукома, катаракта, набряк диска зорового нерва, відшарування сітківки, формування епіретинальної мембрани, амбліопія, лінійна кератопатія, гіпотонія та ін. [4, 6, 13, 19]. Структурні ураження очей мають 30-50% дітей з ЮІА-асоційованим увеїтом [25], від 50 до 78% з них мають ускладнення увеїту [11, 14, 15, 25].

В наш час триває широка дискусія щодо лікувальної тактики увеїту у дітей, хворих на ЮІА. Основною терапії вже давно є глюкокортикостероїди (ГКС), однак їх суттєві побічні ефекти та недостатня ефективність для досягнення ремісії примушують залучати до лікування імуносупресивні засоби [21, 33]. З'являється все більша кількість доказів необхідності швидкого впровадження системних імуносупресивних ліків з метою зменшення місцевого та системного застосування ГКС. Окремі дослідження також дозволяють вважати, що пероральні ГКС в достатньо низьких дозах для безпечної тривалої терапії (тобто 7,5 мг/добу та менше) неефективні, тому застосування імуносупресивних препаратів повинно бути частиною початкового режиму лікування увеїтів [20]. Це включає в себе базисну терапію – в першу чергу, метотрексатом – а також нові біологічні методи лікування.

Біологічні препарати за механізмом своєї дії націлені на специфічні цитокіни, найчастіше – моноклональні антитіла, які спрямовані проти фактора некрозу пухлини (ФНО- α). На сьогодні найбільш ефективним для лікування неінфекційних, проміжних, задніх і панувейтів серед біологічних препаратів вважається адалімумаб [20, 26]. В останніх оглядах наводяться факти, які підкреслюють зростання призначень біологічної терапії до 16-38% від загального числа хворих на ЮІА [12]. Опубліковані дослідження на користь застосування біологічних агентів, зокрема адалімумаба, у пацієнтів з раннім початком, хронічним переднім увеїтом у випадках недостатньої відповіді на місцеву терапію та метотрексат з ліпшим довготривалим контролем ЮІА-асоційованого увеїту, в порівнянні з базисною терапією [7, 24, 26]. При цьому частота порушення зору та очних ускладнень зменшується, поліпшення передбачається раніше, ніж в опублікованих даних [6, 7], найбільша увага приділяється віддаленим результатам лікування. Підкреслюється, що пролонгація активного увеїту пов'язана з підвищенням ризиком втрати зору, а контроль за рівнем запалення та застосування імуносупресії є необхідним для поліпшення результатів терапії пацієнтів з увеїтом на тлі ЮІА [15]. До факторів ризику розвитку поганих наслідків щодо зору відносять високий рівень запальної активності, більш малий вік пацієнтів, подовження тривалості увеїту, тривалий час

до першого звернення до спеціаліста-офтальмолога, погіршення зору, наявність інших ускладнень, задня локалізація увеїту [4]. Тому пріоритетними у спостереженні хворих на увеїт дітей з ЮІА є поточні керівні принципи та критерії скринінгу, діагностики та моніторингу, а також підходи до тривалого спостереження, які наведені у 20 рекомендаціях SHARE [9].

Метою нашого дослідження стало вивчення особливостей перебігу захворювання та стану надання офтальмологічної допомоги дітям з увеїтами, асоційованими з ЮІА за даними Інституту охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України.

Матеріали і методи дослідження

Проаналізовано результати динамічного спостереження 121 дитини з полі- (76,03%) та олігоартикулярним (23,96%) варіантами ЮІА у віці від 7 до 18 років, тривалістю захворювання більше року, з клінічними і сонографічними проявами артриту, що знаходились на обстеженні та лікуванні в Інституті охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України. Групу хворих з ураженням органа зору склали 21 пацієнт (17,35%). Серед хворих переважали дівчатка (71,42%) порівняно з хлопчиками (27,58%), $p < 0,001$. Середній вік пацієнтів був $9,95 \pm 0,19$ років ($124,76 \pm 2,31$ місяців). Вік дебюту ЮІА склав $5,21 \pm 0,18$ років ($63,53 \pm 2,19$ місяців), тривалість захворювання склала $4,88 \pm 0,19$ років ($58,52 \pm 2,27$ місяців).

Діагноз був встановлений згідно Уніфікованого клінічного протоколу, усі діти отримували лікування метотрексатом, фоліевою кислотою і нестероїдними протизапальними препаратами у відповідних дозах (наказ МОЗ України № 832 від 22.10.2012 року «Про затвердження уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги дітям, хворим на ювенільний артрит»).

Також проаналізовані дані Українського реєстра хворих дітей із ЮІА (Асоціація дитячих ревматологів України, <https://ura.medireg.com.ua>).

Результати та їх обговорення

Аналіз закономірностей розвитку ЮІА у обстежених дітей показав, що частіше хворіють дівчатка (табл. 1), що узгоджується з даними літератури [2, 15].

У 17 з обстежених нами дітей з ЮІА-асоційованими увеїтами (80,95%) захворювання розпочалося до 6 років і середній вік початку захворювання склав $2,89 \pm 0,26$ років, що достовірно менше, в порівнянні з середнім віком початку захворювання у пацієнтів з ЮІА без увеїту ($6,43 \pm 0,4$ років, $p < 0,05$), та узгоджується з даними інших дослідників [2].

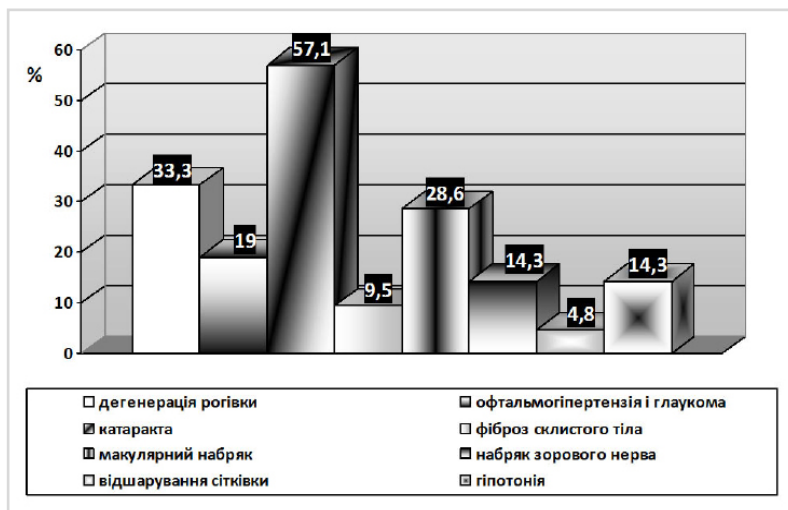
За даними CARRA-Registry (Angeles-Han S.T.etal., 2013) частота увеїту серед 3967 дітей з ЮІА склала 11,6%, ураження зору зустрічалось в усіх варіантах ювенільного ідіопатичного артриту, мінімальну частку (біля 1%) складав системний варіант, 24,9% – поліартикулярний, 57,1% – олігоартикулярний, біля 7% – при псоріатичному, а також при ентезит-асоційованому артриті [1].

Таблиця 1. Характеристика дітей, хворих на ЮІА-асоційований увеїт.

Параметри	Хворі на ЮІА з увеїтом	Усі хворі на ЮІА
Загальне число	21	121
Хлопчики	6 (28,58%)	32 (26,44%)
Дівчата	15 (71,42%)	89 (73,55%)
АНА-позитивність	10 (47,61%)	56 (46,28%)
Несприятливі локалізації артриту: шийний відділ хребта стегнові суглоби	5 (23,91%) 6 (28,57%)	40 (33,06%) 41 (33,88%)
Призначення біологічної терапії	12 (57,14%)	65 (53,71%)

За даними Українського реєстру, який на березень 2018 року включав 437 хворих з 33 регіональних центрів, частота увеїту складає 14,43%. Серед дітей з увеїтом поліартикулярний варіант ЮІА був у 55,56%, оліговаріант – у 23,81%, ентезит-асоційований артрит – у 6,35%. При цьому більшість (55,56%) даної когорти пацієнтів склали діти, у яких увеїт випереджав ураження суглобів; 19,05% хворих відмічали розвиток увеїту вже на тлі артриту, чверть пацієнтів (25,4%) не мали чіткого уявлення про час розвитку увеїту. Максимальна різниця між очними і суглобовими проявами при дебюті увеїту до появи артриту досягала 8,67 років; при дебюті увеїту після розвитку артриту – від 1 місяця (31 день) до 5,25 років.

Отримані дані в групі обстежених нами пацієнтів загалом співпадали з наведеними у CARRA-Registry [1] і даними Українського реєстру, частота увеїту була

**Рис. 1.** Частота ускладнень увеїту, асоційованого з ювенільним ідіопатичним артритом.

дещо більшою (17,35%), групу дітей склали хворі на поліартикулярний (56,87%, усі негативні за ревматоїдним фактором) та олігоартикулярний (43,13%) варіанти ЮІА.

Аналіз анамнестичних даних у наших хворих показав, що момент появи ураження органа зору у переважній більшості пацієнтів не був задокументований, діагностика залучення очей у патологічний процес відбувалась при зверненні до кардіоревматолога, лише у 3 пацієнтів (14,29%) діагноз увеїту як ЮІА-асоційованого стану був виставлений офтальмологом з наступним призначенням відповідної терапії.

Клінічна картина увеїту у 85,71% пацієнтів характеризувалася безсимптомним перебігом. Застарілі преципітати виявлені у 38,09% випадків, задні синехії – у 42,85%. Частота задніх синехій у обстежених нами дітей відповідає даним інших дослідників, згідно яким вона складає 29-52% [2, 15, 23]. Частота ускладнень увеїту наведена на рис. 1.

В цілому по групі дегенерація рогівки мала місце у 33,33% дітей, у 28,57% – макулярний набряк, у 14,28% – набряк зорового нерва, у 19,05% – офтальмогіпертензія і вторинна глаукома, у 9,52% дітей відмічено фіброз склистого тіла, у 4,76% – відшарування сітківки, у 14,28% – гіпотонія. Проте серед усіх ускладнень переважала увеальна катаракта, яка діагностована у 57,14% хворих. Отримані нами результати узгоджуються з даними дослідників, згідно з якими катаракта, дегенерація рогівки та глаукома були найпоширенішими ускладненнями ЮІА-асоційованого увеїту [2, 8, 23, 29].

За даними Angeles-Han S.T. et al. (2015), серед 52 дітей з ЮІА увеїт ускладнювався катарактою у 31%, дегенерацією рогівки – у 25%, глаукомою – у 17% та макулярним набряком – у 15% [2]. Gregory A.C. et al. (2013) в результаті обстеження 327 дітей з ЮІА-асоційованим увеїтом виявили дегенерацію рогівки у 31,4%, макулярний набряк – у 5,4%, гіпотонію – у 4,5%, офтальмогіпертензію – у 18% [15]. При цьому 40,1% пацієнтів були прооперовані з приводу катаракти або глаукоми [15].

У обстежених нами дітей встановлена частота таких ускладнень увеїту, як дегенерація рогівки та глаукома (33,33% та 19,05%, відповідно), що загалом співпадає з наведеними дослідженнями. Частота макулярного набряку (28,57%), набряку зорового нерва (14,28%) та гіпотонії (14,28%) значно перевищувала результати, отримані іншими дослідниками.

Згідно проведеним Skarin A. et al. [2] дослідженням, частота увеальної катаракти та глаукоми залежить від тривалості увеїту та складає 51 та 22%, відповідно (при тривалості захворювання до 24 років), що співпадає з отримани-

ми нами даними стосовно виявленої нами у 57,14% випадків катаракти та у 19,05% – офтальмогіпертензії і вторинної глаукоми у обстежених дітей з ЮІА-асоційованим увеїтом. Проте частота офтальмогіпертензії і вторинної глаукоми, за даними Stroh I. G. et al. (2017), може сягати 40% [31], що вдвічі перевищує отримані нами результати.

Таким чином, ЮІА-асоційовані увеїти характеризуються безсимптомним перебігом та високою частотою ускладнень.

Встановлено, що у обстежених нами хворих вік дебюту артриту склав $5,21 \pm 0,18$ років ($63,53 \pm 2,19$ міс.), вік початку лікування – $6,92 \pm 0,19$ років ($86,02 \pm 2,44$ місяців). Час між моментом встановлення відповідного діагнозу і початком прийому базисної терапії метотрексатом – «золотим стандартом» лікування ЮІА – склав $23,31 \pm 1,36$ місяців. Тобто призначення правильного лікування запізнюється в середньому на 1,7 років, що значно перевищує час «вікна можливостей» [5, 22].

Згідно протоколів лікування ЮІА, призначення метотрексату необхідно з моменту діагностики захворювання у відповідних дозах на тлі локальної терапії. Неefективність лікування на тлі загрозливих факторів у вигляді позитивності за HLA-B27 або антинуклеарними антитілами, а також наявності несприятливих локалізацій ураження суглобового апарату, потребує призначення біологічних препаратів у терміни від 6 до 12 місяців від початку патологічного процесу [27].

За даними проведеного нами дослідження, частота призначення біологічної терапії серед групи дітей з увеїтами, асоційованими з ювенільним ідіопатичним артритом, що вивчалась, склала 57,14%, середній термін від початку захворювання до призначення біологічної терапії склав $2,67 \pm 0,79$ років. При цьому слід відмітити поодинокі випадки призначення адалимумаба через 13 років від старту ЮІА та 9 років після діагностики увеїту з метою подолання постійно присутнього запального процесу.

Згідно з даними Українського реєстру, в Україні біологічну терапію серед дітей з увеїтами отримують 44 пацієнта, що становить 69,84%. Це найвища частота призначення даної терапії серед пацієнтів із різними варіантами ЮІА, частка таких хворих становить 15,77% від усіх призначень біологічної терапії при даному захворюванні в Україні. Разом з тим, середній термін від виявлення увеїту до початку біологічної терапії склав 6,88 років, що є дуже пізнім призначенням, оскільки на цей час вже розвинулись незворотні структурні зміни очей.

Необхідно зазначити, що частота призначення біологічної терапії у обстежених нами хворих (57,1%) відповідає даним CARRA-Registry (56%) [18], хоча трохи менша, ніж за даними Українського реєстру (69,8%).

При цьому середній термін від початку захворювання до призначення біологічної терапії в дослідженій нами групі хворих (2,7 роки) був в два з половиною

рази менше, ніж в цілому по Україні (6,9 років), що свідчить про своєчасність призначення біологічних препаратів.

Висновки

Таким чином, увеїт при ЮІА характеризується асимптомним перебігом, що утруднює діагностику і може бути причиною тяжких уражень очей.

ЮІА-асоційовані увеїти характеризуються високою частотою ускладнень, серед яких переважають увеальна катаракта (57,14%), дегенерація рогівки (33,33%) та макулярний набряк (28,57%).

В когорті обстежених нами дітей з ЮІА-асоційованими увеїтами частота макулярного набряку (28,57%) та набряку зорового нерва (14,28%) значно перевищує дані інших дослідників, що може бути обумовлене особливостями перебігу увеїту в нашому випадку і потребує більш широкого призначення біологічної терапії.

Проведені дослідження не тільки висвітлюють особливості перебігу увеїту, асоційованого з ювенільним ідіопатичним артритом, а і свідчать про необхідність міждисциплінарної співпраці спеціалістів в лікуванні таких пацієнтів та своєчасного призначення терапії.

Література

1. **Angeles-Han ST, Pelajo CF, Vogler LB et al.** CARRA Registry Investigators. Risk markers of juvenile idiopathic arthritis-associated uveitis in the Childhood Arthritis and Rheumatology Research Alliance. *J Rheumatol.* 2013 Dec;40(12):2088-96.
2. **Angeles-Han ST, McCracken C, Yeh S et al.** Characteristics of a cohort of children with Juvenile Idiopathic Arthritis and JIA-associated Uveitis. *Pediatr Rheumatol Online J.* 2015 Jun;13:19. doi: 10.1186/s12969-015-0018-8.
3. **Angeles-Han ST, Rabinovich CE.** Uveitis in children. *Curr Opin Rheumatol.* 2016 Sep;28(5):544-9.
4. **Boer J, Wulffraat N, Rothova A.** Visual loss in uveitis of childhood. *Br J Ophthalmol.* 2003 Jul;87(7):879-84.
5. **Boers M.** Understanding the window of opportunity concept in early rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 2003;48(7):1771-4.
6. **Cann M., Ramanan AV., Crawford A. et al.** Outcomes of non-infectious Paediatric uveitis in the era of biologic therapy. *Pediatr Rheumatol Online J.* 2018 Aug;16(1):51.
7. **Cecchin V, Zannin ME, Ferrari D et al.** Longterm Safety and Efficacy of Adalimumab and Infliximab for Uveitis Associated with Juvenile Idiopathic Arthritis. *The Journal of Rheumatology.* 2018 Aug; 45 (8) 1167-72; DOI: <https://doi.org/10.3899/jrheum.171006>
8. **Clarke SL, Sen ES, Ramanan AV.** Juvenile idiopathic arthritis-associated uveitis. *Pediatr Rheumatol Online J.* 2016 Apr;14(1):27.
9. **Constantin T, Foeldvari I, Anton J et al.** Consensus-based recommendations for the management of uveitis associated with juvenile idiopathic arthritis: the SHARE initiative. *Ann Rheum Dis.* 2018 Aug;77(8):1107-17.
10. **Cosickic A, Halilbasic M, Selimovic A, Avdagic H.** Uveitis Associated with Juvenile Idiopathic Arthritis, our Observations. *Med Arch.* 2017 Feb; 71(1): 52-5.

11. **Dajee KP, Rossen JL, Bratton ML et al.** A 10-year review of pediatric uveitis at a Hispanic dominated tertiary pediatric ophthalmic clinic. *Clin Ophthalmol.* 2016 Aug;10:1607-12. doi: 10.2147/OPHT.S96323.
12. **Davies R, Carrasco R, Foster HE et al.** Treatment prescribing patterns in patients with juvenile idiopathic arthritis (JIA): Analysis from the UK Childhood Arthritis Prospective Study (CAPS). *Semin Arthritis Rheum.* 2016 Oct; 46(2): 190–195. doi: 10.1016/j.semarthrit.2016.06.001
13. **Foeldvari I, Walscheid K, Heiligenhaus A.** Uveitis in juvenile idiopathic arthritis. *Z Rheumatol.* 2017 Oct;76(8):664-72. doi: 10.1007/s00393-017-0360-y.
14. **Ftrrara M, Eggenschwiler L, Stephenson A et al.** The Challenge of Pediatric Uveitis: Tertiary Referral Center Experience in the United States. *Ocul Immunol Inflamm.* 2018 Jan;15:1-8. doi: 10.1080/09273948.2017.1420202
15. **Gregory AC, Kaçmaz RO, Foster CS et al.** Systemic Immunosuppressive Therapy for Eye Diseases Cohort Study Research Group. *Ophthalmology.* 2013 Jan;120(1):186-92.
16. **Heiligenhaus A, Niewerth M, Ganser G et al.** Prevalence and complications of uveitis in juvenile idiopathic arthritis in a population-based nation-wide study in Germany: suggested modification of the current screening guidelines. *Rheumatology.* 2007; 46:1015–1019.
17. **Heiligenhaus A, Minden K, Foll D, Pleyer U.** Uveitis in juvenile idiopathic arthritis. *Dtsch Arztebl Int* 2015; 112: 92–100. DOI: 10.3238/arztebl.2015.0092
18. **Henderson LA, Zurakowski D, Angeles-Han ST et al.** Medication use in juvenile uveitis patients enrolled in the Childhood Arthritis and Rheumatology Research Alliance Registry. *Pediatr Rheumatol Online J.* 2016; 14: 9. doi: [10.1186/s12969-016-0069-5].
19. **Hersh AO, Cope S, Bohnsack JF et al.** Use of Immunosuppressive Medications for Treatment of Pediatric Intermediate Uveitis. *Ocul Immunol Inflamm.* 2018;26(4):642-50.
20. **Jabs DA.** Immunosuppression for the Uveitides. *Ophthalmology.* 2018 Feb;125(2):193-202.
21. **Mérida S, Palacios E, Navea A, Bosch-Morell F.** New Immunosuppressive Therapie sin Uveitis Treatment. *Int J Mol Sci.* 2015 Aug;16(8):18778-95.
22. **Nigrovic PA.** Review: is there a window of opportunity for treatment of systemic juvenile idiopathic arthritis? *Arthritis Rheumatol.* 2014;66(6):1405–13.
23. **Paroli MP, Abbouda A, Restivo L et al.** Juvenile idiopathic arthritis-associated uveitis at an Italian tertiary referral center: clinical features and complications. *Ocul Immunol Inflamm.* 2015 Feb;23(1):74-81. doi: 10.3109/09273948.2013.855798.
24. **Quartier P, Baptiste A, Despert V. et al.** ADJUVITE Study Group. ADJUVITE: a double-blind, randomised, placebo-controlled trial of adalimumab in early onset, chronic, juvenile idiopathic arthritis-associated anterior uveitis. *Ann Rheum Dis.* 2018 Jul;77(7):1003-11.
25. **Ramanan AV, Dick AD, Benton D et al.,** SYCAMORE Trial Management Group. A randomised controlled trial of the clinical effectiveness, safety and cost-effectiveness of adalimumab in combination with methotrexate for the treatment of juvenile idiopathic arthritis associated uveitis (SYCAMORE Trial). *Trials.* 2014 Jan;15:14. doi: 10.1186/1745-6215-15-14.
26. **Ramanan AV, Dick AD, Jones AP et al.** SYCAMORE Study Group. Adalimumab plus Methotrexate for Uveitis in Juvenile Idiopathic Arthritis. *N Engl J Med.* 2017 Apr;376(17):1637-46.
27. **Ravelli A, Consolaro A, Horneff G et al.** Treating juvenile idiopathic arthritis to target: recommendations of an international task force. *Ann Rheum Dis.* 2018 Jun; 77(6): 819-828. doi: 10.1136/annrheumdis-2018-213030.
28. **Sen ES, Dick AD, Ramanan AV.** Uveitis associated with juvenile idiopathic arthritis. *Nat Rev Rheumatol* 2015;11:338–48.
29. **Skarin A, Elborgh R, Edlund E, Bengtsson-Stigmar E.** Long-term follow-up of patients with uveitis associated with juvenile idiopathic arthritis: a cohort study. *Ocul Immunol Inflamm.* 2009;17(2):104–8. doi: 10.1080/09273940802650398.
30. **Smith JA, Mackensen F, Sen HN et al.** Epidemiology and course of disease in childhood uveitis. *Ophthalmology.* 2009 Aug;116(8):1544-51.
31. **Stroh IG, Moradi A, Burkholder BM et al.** Occurrence of and Risk Factors for Ocular Hypertension and Secondary Glaucoma in Juvenile Idiopathic Arthritis-associated Uveitis. *Ocul Immunol Inflamm.* 2017 Aug;25(4):503-512. doi: 10.3109/09273948.2016.1142573.
32. **Tugal-Tutkun I.** Pediatric Uveitis. *J Ophthalmic Vis Res.* 2011;6(4):259-69.
33. **Wentworth BA, Freitas-Neto CA, Foster CS.** Management of pediatric uveitis. *F1000Prime Rep.* 2014 Jun;6:41.

Автори засвідчують про відсутність конфлікту інтересів, які б могли вплинути на їх думку стосовно предмету чи матеріалів, описаних та обговорених в даному рукопису

Поступила 05.02.2019

Особенности течения и лечения увеитов, ассоциированных с ювенильным идиопатическим артритом у детей

Панченко Н.В., Шевченко Н.С., Демьяненко М.В., Гончарь Е.Н., Авилова Л.Г.

Харьковский национальный медицинский университет,
Харьковский Национальный университет им. В.Н. Каразина,
ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков АМН Украины»; Харьков (Украина)

Целью работы было изучение особенностей течения заболевания и состояния оказания офтальмологической помощи детям с увеитами, ассоциированными с ювенильным идиопатическим артритом (ЮИА).

Материал и методы. Проведен анализ результатов наблюдения 121 ребенка с ЮИА в возрасте от 7 до 18 лет. Увеит диагностирован у 21 пациента (17,35%).

Результаты. У 17 детей с ЮИА-ассоциированными увеитами (80,95%) заболевание началось до 6 лет и средний возраст начала заболевания составлял $2,89 \pm 0,26$ лет, что меньше, чем у пациентов с ЮИА без увеита ($6,43 \pm 0,4$ лет, $p < 0,05$). Клиническая картина увеита у 85,71% пациентов характеризовалась бессимптомным течением. Старые преципитаты выявлены в 38,09% случаев, задние синехии – в 42,85%. Увеит осложнялся дегенерацией роговицы у 33,33% детей, у 28,57% – макулярным отеком, у 14,28% – отеком зрительного нерва, у 19,05% – офтальмогипертензией и вторичной глаукомой, у 9,52%

– фиброзом стекловидного тела, у 4,76% – отслойкой сетчатки, у 14,28% – гипотонией, у 57,14% – увеальной катарактой. Частота назначения биологической терапии составляла 57,14%, средний срок от начала заболевания до ее назначения ($2,67 \pm 0,79$ лет) был в два с половиной раза меньше, чем в целом по Украине (6,9 лет), что свидетельствует о своевременности назначения биологических препаратов.

Выводы. Увеит при ЮИА характеризуется асимптомным течением и высокой частотой осложнений, среди которых преобладают увеальная катаракта, дегенерация роговицы и макулярный отек.

Ключевые слова: увеит, ювенильный идиопатический артрит