

РЕВМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ПОРАЖЕНИЕ ГЛАЗ У ДЕТЕЙ

С.О.Салугина¹, Л.А.Катаргина², А.В.Старикова²

¹Институт ревматологии РАМН,

²НИИ глазных болезней им. Гельмгольца, Москва

Ревматические заболевания (РЗ) характеризуются выраженным клиническим полиморфизмом. Проявления РЗ настолько разнообразны, что в последнее время о ревматологии говорят как о мультидисциплинарной проблеме, затрагивающей многие отрасли медицины. Наряду с развитием поражения суставов, являющегося основным признаком большинства РЗ, в патологический процесс нередко вовлекаются внутренние органы и системы, что требует от ревматолога широких знаний в области различных медицинских специальностей. Орган зрения не является исключением, так как структуры глаза участвуют в воспалении при РЗ, особенно у детей, что предполагает согласованные действия ревматологов и офтальмологов в определении тактики лечения и наблюдения пациентов.

Спектр глазных проявлений РЗ широко варьирует: от достаточно безобидных эписклеритов и конъюнктивитов до тяжелых увеитов, ведущих к резкому нарушению зрительных функций вплоть до слепоты. Наиболее частым и характерным офтальмологическим проявлением РЗ является поражение сосудистой оболочки глаза, обозначаемое термином "увеит". В зависимости от локализации и протяженности он может быть передним (ирит, иридоциклит), средним (задний циклит, периферический увеит), задним (хороидит, хориоретинит) или тотальным (панувеит). В ряде случаев РЗ преимущественным поражением глаз являются ретиноваскулит (поражение сосудов внутренней, сетчатой оболочки глаза) и ретинопиллит, при котором в процесс вовлекается зрительный нерв.

Частота увеитов и других поражений глаз при системных заболеваниях у детей варьирует от 2 до 27,4% [2,3]. Среди них "ревматическое" поражение составляет около 56%. Увеиты этой группы чаще, чем увеиты другого происхождения, приводят к осложнениям, в том числе к слепоте (9,2%) или инвалидности по состоянию органа зрения (27%). Среди пациентов с увеитами, нуждающихся в реабилитации по поводу осложненной катаракты, преобладают больные ревматоидным увеитом (60,8%). Более трети из них имеют показания к оперативному вмешательству.

Частота развития поражения глаз при РЗ различна. Наиболее известными для ревматологов являются поражения глаз при ювенильных артритах (ЮА). До настоящего времени сочетание увеита с артритом обычно трактуется офтальмологом, педиатром, а иногда и ревматологом, как проявление ювенильного ревматоидного артрита (ЮРА), хотя спектр РЗ, сопровождающихся увеитом, весьма широк. Кроме того, термин "ревматоидный" увеит в практике окулиста нередко является обобщенным понятием и применим не только к ЮРА, но и к другим РЗ, поскольку офтальмологическая картина практически не различается, и порою лишь опытный специалист по отдельным нюансам может определить ее нозологическую принадлежность.

Ювенильный идиопатический артрит (ЮИА) - этот термин с 1997 г. пришел на смену диагнозам ЮРА и ЮАА (ювенильный хронический артрит) в странах Европы и США - хроническое воспалительное заболевание суставов у детей, которое нередко сопровождается поражением глаз. По мнению многих авторов, увеит при ЮИА является осложнением основного ревматологического процесса. Однако, учитывая возможность его развития раньше артрита, нередкую независимость характера его течения от активно-

сти других проявлений болезни, мы, как и ряд других авторов, полагаем, что увеит - не осложнение, а проявление заболевания. Частота увеита при ЮИА, по данным различных авторов, колеблется от 2,5 до 16% [7, 8, 9, 12, 15, 16, 18, 21, 23, 27, 29] и значительно варьирует в зависимости от варианта дебюта и течения болезни. В соответствии с последней международной классификацией 1997г [22] ЮИА разделяются по типу дебюта на олигоартикулярный, полиартикулярный и системный. При каждой из этих форм существует вероятность поражения глаз, однако она различается по частоте развития. Так, при полиартикулярной - увеит выявляется у 5% детей, крайне редко встречается при системной форме (не более 1%) и достигает 15-20% при олигоартикулярном ЮИА. Педиатры-ревматологи называли эту форму болезни "ЮРА с поражением глаз" или "болезнью маленьких девочек". Характерными признаками заболевания считаются ранний возраст дебюта, женский пол, олигоартрит, положительный АНФ и отрицательный РФ, а также, по данным разных исследователей, обнаружение в крови генов гистосовместимости HLA DR 5(11),6(13), 8, причем, согласно нашим наблюдениям, DR 8 выявляется значительно чаще, чем DR 5, который до настоящего времени считается генетическим маркером этой формы заболевания [6,17]. Максимальный риск развития увеита относится к первым 5 годам после возникновения артрита [1,6]. Пациенты с подобным вариантом болезни составляют около 73% от всех больных, имеющих артрит и увеит. Иногда данное заболевание называют болезнью Стилла, хотя это не совсем корректно, поскольку в 1897г G.Still описал симптомокомплекс системной формы ЮА (лихорадка, артрит, лимфаденопатия, гепатолиенальный синдром, серозиты) [8], не упоминув при этом о поражении глаз. Впервые на сочетанное поражение суставов и глаз обратил внимание офтальмолог J.Ohm в 1910 г [6,8].

Увеит при ЮИА обычно бывает передним, характеризуется симметричностью у 70-80% детей, асимптомным течением у 51-97%, может предшествовать артрит (8,6%), выявляется нередко лишь при осмотре на щелевой лампе. Именно при этой форме увеита развиваются серьезные осложнения, такие как катаракта-6-75%, глаукома- 2,5-18%, лентовидная кератопатия-11-56%, что связано с поздним выявлением и неадекватным лечением. Осложнения приводят к значительным нарушениям зрения, вплоть до развития слепоты у 15-30% детей.

Вопрос о взаимоотношениях артрита и увеита интересовал многих исследователей. Было показано, что изменения в суставах и глазах не всегда протекают синхронно в дебюте и при обострениях заболевания. Отмечена также диссоциация между тяжестью глазного и суставного процессов. Кроме того, течение ЮИА вариабельно: от благоприятного без формирования каких-либо осложнений до тяжелого с серьезным прогнозом как по увеиту, так и по артриту. Все это создает определенные терапевтические трудности и делает неоднозначным выбор лечебной тактики.

Поражение глаз при полиартикулярной форме ЮИА встречается реже, протекает более благоприятно, не вызывая серьезных осложнений. Как правило, это пациенты женского пола, тяжесть состояния у которых обусловлена суставным синдромом с тотальным инвалидизирующим поражением опорно-двигательного аппарата. В крови этих больных может выявляться АНФ.

Интересным оказывается сочетанное поражение суставов и глаз у мальчиков с олигоартикулярным дебютом

ЮИА, которые составляют 13,6% среди детей с увеитом и артритом [6]. Таких пациентов обычно относят к ЮРА. Увеит у них характеризуется односторонним воспалением, чаще, чем у девочек, предшествует артриту, протекает остро, симптомно, но более доброкачественно, хотя может рецидивировать и приводить к глазным осложнениям. Клиническая симптоматика этого варианта ЮИА включает в себя довольно благоприятное течение артрита, иногда энтезопатии, раннее вовлечение височнонижнечелюстных суставов и шейного отдела позвоночника, наличие HLA-B27 антигена. В совокупности перечисленные признаки предполагают родство данного варианта с группой серонегативных спондилоартритов, включающих такие нозологические формы, как ювенильный анкилозирующий спондилоартрит, болезнь Рейтера, ювенильный псориаз, артрит, болезни, ассоциированные с воспалительными заболеваниями кишечника, и др. Все эти заболевания могут сопровождаться поражением глаз.

Ювенильный анкилозирующий спондилоартрит (ЮАС) – хроническое воспалительное заболевание периферических суставов, сухожильно-связочного аппарата и позвоночника, начинающееся до 16-летнего возраста преимущественно у лиц мужского пола, имеющее тенденцию к семейной агрегации и ассоциированное с HLA-B27. Поражение глаз – хорошо известный экстраартикулярный признак анкилозирующего спондилоартрита (АС) и ЮАС, который наблюдается у 4 – 50% пациентов и возникает, согласно литературным данным, в сроки от 3 мес до 36 лет от начала заболевания [1,3,4,8]. Обычно отмечаются признаки ирита или иридоциклита (острого переднего увеита), характеризующиеся покраснением глаз, светобоязнью, болью. Увеит, как правило, односторонний, но может рецидивировать, иногда с вовлечением второго глаза. Увеит чаще сочетается с периферическим артритом, а не с осевой симптоматикой ЮАС. У взрослых и подростков увеит развивается на фоне артрита. Однако у некоторых пациентов он предшествует артриту, особенно если заболевание дебютирует в возрасте до 7-9 лет. При этом признаки вовлечения осевого скелета длительно отсутствуют, и таким пациентам ставится диагноз ЮРА или ЮХА с поражением глаз. Верификация диагноза у этих детей затруднена до тех пор, пока не сформировались сакроилеит и характерное поражение позвоночника. Окулист может быть первым врачом, к которому обратился пациент, и ему принадлежит важная роль в активном целенаправленном обследовании и выявлении общего заболевания у пациента с увеитом. Отмечена ассоциация этих увеитов с HLA -B27 антигеном и геном DR8 [1,3,4,8,19]. Увеит при ЮАС редко хронизируется и даже при рецидивирующем течении обычно имеет благоприятный прогноз в отличие от поражения глаз при ЮИА. Тем не менее наши наблюдения свидетельствуют о частом несоответствии глазной симптоматики при ЮАС той, что встречается у подростков и взрослых с АС. Увеит у детей может протекать как тяжелый пластический процесс, сходный с увеитом при ЮИА, что при малой выраженности суставного процесса затрудняет этиологическую диагностику. Нами отмечено также развитие тяжелых форм увеитов при ЮАС с картиной панuveита, серьезного по течению и прогнозу, что раньше считалось совершенно нехарактерным для этого заболевания.

Синдром Рейтера (СР) включает триаду или тетраду симптомов и содержит, помимо неспецифического уретрита и артрита, поражение глаз, которые, как правило, хронологически связаны друг с другом и могут следовать за кишечными либо урологическими проявлениями. Глазная симптоматика отмечается у 30-60% пациентов, главным образом в виде конъюнктивита и кератита [3]. Пациенты жалуются на покраснение, боль и выделения из глаз, светобоязнь. Примерно у 20% детей с СР передний увеит встречается при первой атаке или при рецидивах. Воспалительный процесс обычно острый в дебюте, односторонний, однако может хронизироваться и представлять в лечебном плане такую же проблему, как и у больных с ЮИА. Встречаются тяжелые увеиты с развитием катаракты, макулярным оте-

ком, хориоретинальными очагами, а также протекающие по типу панuveита с отслойкой сетчатки [2,3,11]. СР более типичен для юношей; считается, что у маленьких детей, особенно у девочек, он встречается редко, тем не менее, отмечаются случаи развития СР у маленьких детей (ранний и дошкольный период) с формированием рецидивирующего увеита и артрита, диагноз у которых трактуется как ЮХА с поражением глаз. РФ и АНФ обычно отрицательные, HLA -B27 присутствует у 90% пациентов [3,8]. Многие дети имеют родственников с заболеваниями из группы серонегативных спондилоартритов, такими как псориаз, АС, реактивный артрит или СР.

Ювенильный псориаз (ЮПсА) – диагноз устанавливается при наличии у ребенка до 16 летнего возраста артрита в сочетании с кожным псориазом или по следующим признакам: артрит и как минимум 2 из нижеперечисленных критериев: дактилит, изменения ногтей пластинок ("симптом наперстка") или онихолизис, псориаз у родственников первой степени родства [8]. У 8-20% детей с ЮПсА встречается хронический передний увеит [3,8], что по частоте примерно соответствует олигоартикулярному варианту ЮИА и может ассоциироваться с АНФ. Увеит бывает двусторонним, обычно протекает асимптомно. Редко более взрослые пациенты предъявляют жалобы на снижение остроты зрения, светобоязнь. Острый увеит чаще встречается у взрослых пациентов (5-10%). Увеит при ЮПсА протекает благоприятно, хорошо поддается стандартному лечению. Выявляемые офтальмологом изменения аналогичны тем, которые обнаруживаются при олигоартикулярном ЮИА: взвесь в передней камере глаза, задние синехии, приводящие к изменению формы зрачка, ленточная кератопатия, формирование катаракты. В некоторых тяжелых случаях осложнения ведут к слепоте. Следует отметить, что увеит, как правило, развивается у пациентов с сочетанным поражением кожи и суставов и практически не встречается у больных с изолированным кожным псориазом [3].

Артрит, связанный с воспалительными заболеваниями кишечника – артрит неинфекционной природы, развивающийся в дебюте или на фоне хронических воспалительных заболеваний кишечника (региональный энтерит, болезнь Крона, неспецифический язвенный колит), считается наиболее частым экстраинтестинальным проявлением данной патологии. Другими симптомами заболевания могут быть узловатая эритема и различные изменения кожи и слизистых, а также глазные проявления [8,13]. Увеит, ассоциированный с воспалительными заболеваниями кишечника, как и само заболевание, встречается у детей реже, чем у взрослых. Протекая, как правило, асимптомно, увеит у этой категории больных детей обнаруживается с запозданием, порою случайно при осмотре окулистом. В случае выявления поражения глаз на фоне уже имеющегося характерного кишечного симптомокомплекса, диагностика не представляет значительных сложностей. Однако мы наблюдали детей, у которых заболевание длительное время проявлялось артритом и увеитом и трактовалось как ЮРА с поражением глаз, а истинный диагноз устанавливался лишь много лет спустя, после манифестации кишечных симптомов [6]. Работы, посвященные этой проблеме, у детей единичны. При болезни Крона асимптомный увеит диагностируется в 6,2 – 18,2% случаев [13]. Течение увеита довольно благоприятное, не требующее специального лечения. Однако, кроме признаков переднего увеита, описаны случаи развития эписклерита, склеромалии, заднего увеита (хориоретинопатии) с формированием осложнений, влекущих за собой потерю зрения. В настоящее время судить о прогнозе у этих больных сложно, поскольку нет длительных катамнестических наблюдений, позволяющих оценить исходы увеита и прогноз по зрению при воспалительных заболеваниях кишечника у детей.

Системная красная волчанка – мультисистемное аутоиммунное заболевание, характеризующееся широким спектром клинических проявлений, ведущими из которых являются разнообразные кожные изменения, в том числе спе-

цифичные высыпания на лице в форме "бабочки", фотосенсибилизация, неэрозивный артрит, нефрит, поражение ЦНС, вовлечение серозных оболочек, сердца и легких, а также гематологические и иммунологические сдвиги (выявление АНФ и антител к нативной ДНК и др.) [1,5]. В основе глазных изменений при СКВ лежит васкулит сосудов сетчатки или ретиноваскулит, который обычно носит диффузный характер. Процесс сопровождается окклюзией ретинальных сосудов, субретинальным и ретинальным отеком, геморрагиями, развитием пролиферативной ретинопатии и нарушением зрения. Данные изменения связывают с СКВ, если исключены другие причины васкулопатии: гипертония, диабет, тяжелая анемия, инфекционные заболевания, а также дерматомиозит, полиартериит или склеродермия. Другим глазным проявлением СКВ может быть эписклерит.

В группу системных васкулитов (СВ) входят различные патологические состояния, характеризующиеся воспалением и некрозом сосудистой стенки, приводящие к ишемическим изменениям органов и тканей, кровоснабжающихся соответствующими сосудами. Поражения глаз встречаются при некоторых формах СВ.

Наиболее ярким представителем СВ в этом аспекте является **болезнь Бехчета** - хроническое воспалительное заболевание неизвестной этиологии с мультисистемным поражением. Классическими проявлениями являются изъязвления в ротовой полости и гениталиях, увеит, изменения на коже [5,8,14]. Частота поражения глаз при данном заболевании варьирует в зависимости от возраста больных от 10% до 75-80% [3]. В 1/3 случаев увеит является первым симптомом заболевания. Глазные изменения чаще встречаются у мальчиков. Воспалительный процесс почти всегда двухсторонний с вовлечением как переднего, так и заднего отделов глаза. Течение увеита обычно рецидивирующее, а не хроническое. Характерно формирование гипопиона (наличие уровня жидкости гноевидного характера в передней камере глаза), который встречается у 1/3 пациентов. Нередко развиваются тяжелые задние или панувеиты, протекающие с внутриглазными геморрагиями, отеком сетчатки, тяжелым ретиноваскулитом. Развитие таких осложнений, как катаракта, глаукома, кистозная макулопатия и тракционная отслойка сетчатки, ведет к значительному снижению зрения. По некоторым данным частота слепоты у нелеченных пациентов с болезнью Бехчета достигает 90% [8].

Диагностическими критериями **болезни Кавасаки** являются лихорадка, увеличение шейных лимфоузлов, полиморфная сыпь, иногда напоминающая скарлатинозную, шелушение кожи кистей и стоп, "малиновый язык", а также конъюнктивит, выявляемый у 85% детей [8], с которого нередко манифестирует заболевание. Конъюнктивит, как правило, двухсторонний, острый, но не бывает гнойным, вовлекается только бульбарная конъюнктива. Клинически такой конъюнктивит трудно отличить от аденовирусного. Субконъюнктивальные геморрагии встречаются редко. Конъюнктивит обычно держится в течение первых нескольких дней болезни, но может персистировать и более длительное время. Несмотря на то, что конъюнктивит является одним из диагностических критериев, у 3/4 детей с болезнью Кавасаки, чаще старше 2х лет, может встречаться также асимптомный передний увеит. Увеит двухсторонний, развивается позже конъюнктивита, достигая пика между 5 и 8 днем болезни, обычно протекает благоприятно и не требует специального лечения. Изменения в сетчатке и стекловидном теле описаны в единичных случаях.

Синдром Когана, встречающийся у молодых людей, в ряде случаев - у детей, относится к числу редко встречающихся СВ, затрагивающих сосуды разного калибра с развитием аортита, недостаточности клапанов аорты, васкулита артерий малого и среднего калибра [8,20]. Проявлениями заболевания могут быть снижение слуха, головокружение, звон и боль в ушах, а также такие неспецифические симптомы, как лихорадка, потеря веса, артрит, абдоминальные боли, гепатоспленомегалия, лимфаденопатия. Признаками глазного поражения являются фотофобия, конъюнктивит,

склерит, эписклерит, интерстициальный кератит, взвесь в стекловидном теле, увеит, ретинит, хориоидит, хализион.

Саркоидоз - заболевание, редко встречающееся в детском возрасте. В литературе имеются отдельные сообщения о саркоидозе у детей (около ста случаев). Мультисистемные проявления болезни привлекают внимание специалистов различного профиля: при наличии артрита - ревматолога, изменений в легких - фтизиатра, кожных проявлений, например, узловой эритемы - дерматолога, увеита-офтальмолога. Для саркоидоза характерно одновременное поражение легких, кожи и глаз. Однако это свойственно более старшим детям (от 8 до 15 лет) и взрослым. У детей раннего возраста чаще встречается другая триада симптомов: увеит, артропатия или артрит и кожные проявления; поражение глаз выявляется у 77% пациентов [3,8] уже на ранних стадиях заболевания и нередко предшествует появлению другой симптоматики. В процесс может вовлекаться орбитальная клетчатка, конъюнктивы и слезные железы, а также развивается увеит [3]. В США при наличии увеита неясной этиологии в стандарт обследования входит рентгенограмма легких для исключения саркоидоза [26]. Типичный саркоидный увеит в 53-60% случаев протекает как гранулематозный (в отличие от негранулематозного воспаления при других ревматических заболеваниях) хронический передний увеит, малосимптомный ("ревматоидоподобный"). Следует отметить, что у маленьких детей воспаление бывает асимптомным и обнаруживается лишь тогда, когда у ребенка уже развилась слепота. В большинстве случаев процесс билатеральный. Увеит имеет характерные признаки: узелки в радужке, крупные, "сальные" кератопресипитаты. На периферии роговицы, а также в стекловидном теле образуются "комочки снега". Нередко выявляются множественные мелкие очаги на глазном дне (10-33%). Задний увеит или панувеит ассоциируется с поражением зрительного нерва и ЦНС. Для диагностики используется биопсия узелков конъюнктивы, слезных желез.

Болезнь (синдром) Шегрена, впервые описанная шведским офтальмологом Н.С. Sjogren, характеризуется лимфоплазмноклеточной инфильтрацией секретирующих эпителиальных желез, прежде всего - слюнных и слезных [5]. Встречается изолированный первичный синдром (болезнь), но он может быть вторичным, сопутствующим РА (ЮРА), СКВ и другим РЗ. Поражение слюнных желез приводит к ксеростомии, а слезных - к сухому кератоконъюнктивиту. Поражение глаз при этом синдроме у детей развивается реже, чем стоматологические признаки. Заболевание связано со снижением секреции слезной жидкости и проявляется светобоязнью, раздражением глаз, ощущением "песка" в глазах. Диагностике ксерофтальмии помогает выполнение теста Ширмера, позволяющего оценить как базовую, так и рефлекторную секрецию слезы, индуцированную различными стимулирующими агентами (например, парами нашатырного спирта). В норме за 5 минут должно увлажниться 15мм специальной бумажной тест-полоски, заложенной за нижнее веко. Тест считается положительным, если длина увлажненной полоски оказывается менее 5мм. Офтальмолог оценивает состояние роговицы с помощью специальной окраски (бенгальской розовой или флюоресцеином), при которой выявляются поверхностные эрозии, очаги дистрофии эпителия конъюнктивы и роговицы. Кроме того, с помощью названных красителей производят расчет времени разрыва слезной пленки. У больных с синдромом Шегрена время разрыва слезной пленки уменьшено.

Синдром CINCA - редко встречающееся заболевание детского возраста. Характеризуется персистирующей с ранних лет жизни мигрирующей уртикарной сыпью различной интенсивности в сочетании с симметричной артропатией, неврологическими нарушениями и глазными изменениями. Поражение глаз при данном синдроме встречается у 90% пациентов и является патогномичным признаком заболевания [8,24]. У половины детей увеит бывает передним, однако значительные изменения в виде отека диска и последующей атрофии зрительного нерва встречаются у 80% паци-

ентов с задним увеитом и могут привести к полной слепоте. У более старших пациентов также развивается глухота.

Таким образом, обобщая все вышеизложенное, можно заключить, что существует большой спектр РЗ, сопровождающихся поражением органов зрения. Они довольно разнообразны по своим клиническим проявлениям, однако в ряде случаев имеют сходные симптомы. Особенности офтальмологических изменений при РЗ таковы, что будучи похожими при разных нозологических формах, вызывают определенные трудности при постановке диагноза, особенно если идет период становления болезни или поражение глаз предшествует другим клиническим симптомам. С другой стороны, отмечается полиморфизм глазных изменений при одном и том же заболевании и частое их несоответствие "типичным" признакам, ранее описанным в литературе. Все это приводит к трудностям в трактовке диагноза и выборе последующей тактики ведения больного. В ряде случаев имеется диссоциация между суставными, другими "ревматическими" симптомами и глазными проявлениями по времени возникновения и степени их выраженности. Нередко тяжесть увеита настолько высока, что обуславливает крайне плохой прогноз заболевания именно по состоянию органа зрения, в то время как артрит может не рецидивировать и не прогрессировать в течение многих лет жизни. Только тесное взаимодействие ревматолога и офтальмолога с учетом тщательно собранных анамнестических сведений, особенностей клинической картины заболевания и данных дополнительного обследования способст-

вуют ранней диагностике и подбору адекватного лечения.

Несмотря на определенные успехи в лечении как самого РЗ, так и глазной патологии, остается много терапевтических проблем у таких пациентов. Наряду с общепринятыми традиционными схемами противовоспалительного лечения при РЗ и поражении глаз (НПВП, ГК терапии и др.) все шире используются болезнь - модифицирующие препараты, круг которых при РЗ значительно расширился. По-прежнему широко применяется метотрексат, сульфасалазин, циклоспорин А, в последнее время для купирования заболевания используются новые препараты, действие которых направлено на подавление активности провоспалительных цитокинов [10,25,28,30]. К их числу относятся ремикейд, этанерцепт. Получены первые обнадеживающие результаты. Однако если ревматологи с готовностью идут на применение таких серьезных препаратов, то офтальмологи не всегда решаются на "агрессивные" методы лечения, особенно когда ревматологические признаки заболевания выражены незначительно или отсутствуют. Поэтому назначение адекватного активного лечения оказывается не всегда своевременным, что, несомненно, отражается на течении заболевания и его прогнозе.

Таким образом, больные с РЗ, сопровождающимися поражением глаз, требуют пристального внимания как ревматологов, так и окулистов, коллегиального ведения больного с целью определения правильной тактики ранней терапии и профилактики серьезных офтальмологических осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Детская ревматология. Под ред. Баранова А.А., Баженовой Л.К. Рук. для врачей. М., "Медицина", 2002.
2. Зайцева Н.С., Качнельсон Л.А. Увеиты. М., "Медицина", 1984.
3. Катаргина Л.А., Хватова А.В. Эндогенные увеиты у детей и подростков. М., "Медицина", 2000.
4. Никишина И.П. Ювенильный анкилозирующий спондилоартрит: клиника и особенности течения. Диссертация...к.м.н., М., 1995.
5. Ревматические болезни. Руководство по внутренним болезням. М., "Медицина", 1997.
6. Салугина С.О., Кузьмина Н.Н., Сперанский А.И. с соавт. Ювенильный хронический артрит с поражением глаз. Научно-практич. ревматол., 2002, 1, 35-40.
7. Хватова А.В., Исаева Л.А., Катаргина Л.А. с соавт. Клинические особенности ревматоидных увеитов у детей. Педиатрия, 1981, 12, 33-36.
8. Cassidy J.T., Petty R. E. Textbook of pediatric rheumatology -4 ed. 2001.
9. Chalom E.C., Goldsmith D.P., Koehler M.A. et al. Prevalence and outcome of uveitis in a regional cohort of patients with juvenile rheumatoid arthritis. J.Rheumatol., 1997, 24(10), 2031-2034.
10. BenEzra D., Nussenblatt R.B., Timonen P. Optimal use of Sandimmun in endogenous uveitis. Springer-Verlag, 1988.
11. Fischel J.D., Lipton J. Acute anterior uveitis in juvenile Reiter's Syndrome. Clinical rheumatol., 1996, 15, 1, 83-85.
12. Garcia-Consuegra M. J., Tapia Moreno R., Abelairas Gomez J. et al. Uveitis and juvenile idiopathic arthritis. An. Esp. Pediatr., 2001, 54(3),255-259.
13. Hofley P.,Roarty J., McGinnity G. et al. Asymptomatic uveitis in children with chronic inflammatory bowel diseases. J.Pediatr. Gastroenterol. Nutr.,1993, 17,397-400.
14. Kazuhiko A., Yujiro Kiyono H. et al. Epidemiological features and visual prognosis of Behcet's disease. Jpn. J. Ophthalmol., 1999,43, 312-317.
15. Kotaniemi K., Kotaniemi A., Savolainen A. Uveitis as a marker of active arthritis in 372 patients with juvenile idiopathic seronegative oligoarthritis or polyarthritis. Clin. Exp. Rheumatol., 2002, 20(1),109-112.
16. Kotaniemi K., Aho K., Kotaniemi A. Uveitis as a cause of visual loss in arthritides and comparable conditions.

- J. Rheumatol., 2001, 28(2), 309-312.
17. Manzotti F., Orsoni J.G., Zavota L. et al. Autoimmune uveitis in children: clinical correlation between antinuclear antibody positivity and ocular recurrences. Rheumatol. Int., 2002, 21(4),127-132.
18. Moller D.E., Urban A., Kraft H.E. et al. Eye complications in 458 children with rheumatoid arthritis. Klin. Monatsbl. Augenheilkd., 2000, 217 (1),15-22.
19. Monowarul I., Jiro Numaga, Yujiro Fujino et al. HLA-DR8 and acute anterior uveitis in ankylosing spondylitis. Arthr. Rheumat.,1995, 38, 4, 547-550.
20. Olfat M.S.M., Al-Mayouf. Cogan's syndrome in childhood. Rheumatol. Int., 2001, 20,246-249.
21. Oren B., Sehgal A., Simon J.W. et al. The prevalence of uveitis in juvenile rheumatoid arthritis. J AAPOS., 2001, 5(1),2-4.
22. Petty R.E., Southwood T.R., Baum J. et al. Revision of the proposed classification criteria for juvenile idiopathic arthritis: Durban, 1997. J. Rheumatol., 1998, 25,1991-1994.
23. Pivetti-Pezzi P. Uveitis in children. Eur. J. Ophthalmol., 1996, 6(3), 293-298.
24. Prieur A.M., Griscelli C., Lampert F. et al. A Chronic, Infantile, Neurological, Cutaneous and Articular (CINCA) Syndrome. A specific entity analysed in 30 Patients. Scand. J. Rheumatology., 1987, suppl.66, 57-68.
25. Quan Dong Nguyen, C. Stephen Foster. Saving the vision of children with juvenile rheumatoid arthritis-associated uveitis. JAMA, 1998, 7, 280, 13, 1133-1134.
26. Rosenbaum J.T. Uveitis. An internist's view. Arch. Intern. Med., 1989,149,1173-1176.
27. Rosenberg A.M. Uveitis associated with childhood rheumatic diseases. Curr. Opin. Rheumatol., 2002, 14(5),542-547.
28. Smith J.R., Rosenbaum J.T. Management of uveitis. Arthr.Rheumat., 2002, 46, 2, 309-318.
29. Stoffel P.B., Sauvain M.J., von Vigier R.O. et al. Non-infectious causes of uveitis in 70 Swiss children. Acta Paediatr., 2000, 89, 955-958.
30. Weiss A.H., Wallace C.A., Sherry D.D. Methotrexate for resistant chronic uveitis in children with juvenile rheumatoid arthritis. J.Pediatr., 1998, 133 (2), 266-268.