Увеиты неинфекционные

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: H20.0, H20.1, H20.2, H20.8, H20.9, H22.1, H30, H30.0 · Общероссийская общественная организация "Ассоциация врачей-офтальмологов", Общероссийская общественная организация «Общество офтальмологов России»

Неинфекционный увеит — аутоиммунное воспаление сосудистой оболочки глаза, которое может распространяться на сетчатку, сосуды сетчатки и зрительный нерв. Рекомендация посвящена подтверждению неинфекционной природы увеита, оценке активности и осложнений, локальному и системному лечению, хирургической коррекции последствий и длительному наблюдению.

Главное

- Увеит классифицируют по локализации на передний, срединный, задний и панувеит; дополнительно учитывают гранулематозный или негранулематозный тип, острое, хроническое или рецидивирующее течение, активность и одностороннее или двустороннее поражение.
- Критерии установления диагноза неинфекционного увеита включают оценку жалоб и анамнеза, данные офтальмологического осмотра, результаты лабораторных и инструментальных исследований, а также исключение инфекционной природы увеита и «маскарадных синдромов».
- Тяжесть переднего увеита оценивают по клеточной реакции во влаге передней камеры: 2+ соответствует 16–25 клеткам, 3+ — 26–50, 4+ — более 50 клеткам в поле 1×1 мм; экссудацию оценивают от 0 до 4+.
- При подозрении на или установленных сопутствующих системных и синдромных заболеваниях пациента с увеитом направляют к профильным специалистам для уточнения диагноза и/или активности заболевания, что важно для дальнейшей тактики лечения (УУР С, УДД 5).
- Пожизненное наблюдение офтальмолога рекомендуется пациентам с неинфекционными увеитами. После достижения неактивности осмотры проводят ежемесячно 3 месяца, затем каждые 3 месяца в течение года, после чего — каждые 6 месяцев; после отмены системной терапии — не реже одного раза в 3 месяца минимум 3 года (УУР С, УДД 5).
- Офтальмологическое обследование ребенка с системным заболеванием проводится при установлении диагноза системного заболевания и затем, при отсутствии патологии, ежегодно; при ювенильном идиопатическом артрите частоту определяют по подтипу, возрасту дебюта и длительности заболевания.

Диагностика

1. Собрать жалобы и анамнез: покраснение, боль, светобоязнь, снижение или затуманивание зрения, плавающие помутнения, вспышки, искажение предметов, выпадение поля зрения и изменение восприятия цветов. Уточнить боли в спине и суставах, кожные и кишечные симптомы, язвы слизистых, неврологические проявления, операции и травмы глаза, а также известные системные заболевания (УУР С, УДД 5).
2. Выполнить офтальмологическое обследование: визометрию, определение рефракции, наружный осмотр, биомикроскопию переднего отдела глаза и стекловидного тела, офтальмоскопию в условиях медикаментозного мидриаза после оценки глубины передней камеры, офтальмотонометрию (УУР С, УДД 5).
3. Определить локализацию и активность воспаления, оценить преципитаты, клетки и экссудацию во влаге передней камеры, воспалительные клетки и флер в стекловидном теле, очаги сетчатки и хориоидеи, ретиноваскулит, макулярный отек, папиллит и отслойку сетчатки.
4. Всем пациентам с неинфекционными увеитами для исключения инфекционного генеза, перед назначением системного лечения и для выявления противопоказаний и риска нежелательных явлений терапии рекомендуется выполнить общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, глюкозу, креатинин, мочевину, АЛТ, АСТ, С-реактивный белок, СОЭ, маркеры гепатитов В и С и антитела к ВИЧ-1 и ВИЧ-2 (УУР С, УДД 5).
5. По показаниям или в зависимости от клинической ситуации выполняют биомикрофотографию глазного дна с фундус-камерой, ОКТ, ФАГ, ИАГ, В-сканирование, аутофлюоресценцию, электроретинографию и зрительные вызванные потенциалы; компьютерная статическая периметрия рекомендуется всем пациентам. При рубеозе радужки или нарушении офтальмотонуса проводят гониоскопию (УУР С, УДД 5).

6. Провести дифференциальную диагностику с герпетическим, токсоплазмозным, токсокарозным, туберкулезным, сифилитическим и другими инфекционными увеитами, а также со злокачественными и доброкачественными «маскарадными синдромами» (УУР С, УДД 5).

Лечение

- При активном увеите назначают местные глюкокортикостероиды. При воспалении переднего отрезка используют дексаметазон 0,1% в инстилляциях; частота зависит от выраженности воспаления и варьирует от 3–5 раз в день до 2 раз в сутки (УУР С, УДД 4).
- При тяжелом переднем воспалении — клетки во влаге передней камеры ≥2+, фибринозный экссудат, гипопион или синехиообразование — показаны субконъюнктивальные инъекции кортикостероидов. При срединном, заднем или панувеите, макулярном отеке либо папиллите применяют парабульбарные или субтеноновые инъекции; бетаметазона дипропионат в сочетании с динатрия фосфатом 1,0 мл или триамцинолона гидрохлорид 1,0 мл вводят взрослым в субтеноново пространство №1–2 с интервалом 14 дней.
- При недостаточной эффективности периокулярных инъекций при срединных, задних и панувеитах, особенно при одностороннем или асимметричном поражении, как альтернатива или при противопоказаниях к системной терапии, а также в дополнение к системной терапии используют интравитреальный имплантат дексаметазона; максимальный эффект ожидается через 1,5–2 месяца, значимое действие сохраняется до 6 месяцев.
- Системную иммуносупрессивную терапию назначают при неэффективности местного лечения в течение 3–4 месяцев, раньше — при тяжелом течении, возникновении новых осложнений, обусловленных воспалительным процессом, нежелательных явлениях местного применения глюкокортикостероидов и сразу после выявления ретиноваскулита у пациентов с болезнью Бехчета (УУР С, УДД 4). Стандартная доза системных глюкокортикостероидов составляет 0,5–1 мг/кг в сутки в пересчете на преднизолон, обычно не более 4–8 недель с последующим постепенным снижением; поддерживающая доза не должна превышать 7,5 мг/сут у взрослых и 0,1 мг/кг у детей.
- При тяжелом воспалении, экссудативной отслойке сетчатки или вовлечении зрительного нерва возможна пульс-терапия метилпреднизолоном внутривенно капельно по 250–1000 мг ежедневно или через день, суммарно не более 3 г; у детей — 20–30 мг/кг, затем переходят на прием внутрь.
- В качестве других препаратов, обладающих иммуносупрессивным действием, применяют циклоспорин 3–5 мг/кг/сут в 2 приема, метотрексат 7,5–12,5 мг/нед с постепенным увеличением до 20 мг/нед, азатиоприн 2,4–2,5 мг/кг/сут или микофенолат мофетил 500–1000 мг 2 раза в сутки у взрослых; эффект антиметаболитов наступает в течение 1–2 месяцев, а для оценки эффективности требуется 3–4 месяца.
- При риске или тенденции к формированию задних синехий назначают мидриатики: тропикамид, фенилэфрин или атропин; атропин противопоказан до 7 лет. Атропин 1% у пациентов старше 7 лет применяют по 1–2 капли 2 раза с интервалом 8–12 часов в течение 2–10 дней.
- При повышении ВГД назначают местную и системную гипотензивную терапию; используют ингибиторы карбоангидразы, бета-адреноблокаторы и симпатомиметики, а при отсутствии активности увеита — аналоги простагландинов. Пилокарпин при активном увеите не рекомендуют; ацетазоламид используют при отсутствии нормализации ВГД на фоне максимального переносимого местного лечения не более 1–2 месяцев.

Когда направить и как наблюдать

- Неотложная госпитализация показана при гипопион-увеите, увеите с офтальмогипертензией или резком снижении остроты зрения вследствие развития тяжелого, генерализованного, в том числе осложненного, увеита.
- Плановая госпитализация осуществляется для коррекции осложнений увеита.
- При подозрении на системное или синдромное заболевание пациента направляют к профильному специалисту для уточнения диагноза и/или активности заболевания.

Частые вопросы

Какие обследования обязательны при неинфекционном увеите?

Рекомендуются визометрия, определение рефракции, наружный осмотр, биомикроскопия переднего отдела глаза и стекловидного тела, офтальмоскопия в условиях мидриаза после оценки глубины передней камеры и офтальмотонометрия.

Когда передний увеит считают тяжелым и когда нужны субконъюнктивальные стероиды?

Признаки тяжелого воспаления — клетки во влаге передней камеры ≥2+, фибринозный экссудат, гипопион или синехиообразование. В этой ситуации показаны субконъюнктивальные инъекции кортикостероидов.

Когда переходить к системной иммуносупрессивной терапии?

Ее назначают при отсутствии эффекта местного лечения в течение 3–4 месяцев. Ранний переход нужен при тяжелом течении, новых осложнениях, обусловленных воспалительным процессом, нежелательных явлениях местных стероидов и сразу после выявления ретиноваскулита у пациента с болезнью Бехчета.

Какова стандартная доза системного преднизолона при увеите?

Стандартная доза составляет 0,5–1 мг/кг в сутки в пересчете на преднизолон. После эффекта препарат постепенно снижают; поддерживающая доза не должна превышать 7,5 мг/сут у взрослых и 0,1 мг/кг у детей.

Когда пациента с увеитом нужно госпитализировать срочно?

Показания — гипопион-увеит, офтальмогипертензия на фоне увеита и резкое снижение зрения вследствие тяжелого генерализованного, в том числе осложненного, увеита. Планово госпитализируют для коррекции осложнений.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/787-uveity-neinfekcionnye. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/787_1