

*М. ГОЛУБОВИЌ-АРСОВСКА, В. НИКОЛОВСКА,
Т. ЈОСИФОВА, К. БУЖАРОВСКА, Д. СТАВРИЌ*

ВОСПАЛИТЕЛНИТЕ ЗАБОЛУВАЊА НА СРЕДНАТА ОЧНА ОБВИВКА КАЈ ДЕЦАТА И НИВНИТЕ ПОСЛЕДИЦИ

Воспалителните процеси на средната очна обвивка, увеитисите, заземаат значително место во очната патологија.

Според **Vadot E. 1984**, годишната инциденца, односно појава на нови случаи на заболувањето изнесува 8,2% за предните и 3 за задните увеити на 100.000 жители. Податоците корелираат со податоците на **Opremcak M. 1995**. Според **Smith R. 1983**, застапеноста на увеитите во детската возраст до 15 години, секаде изнесува од 1-10% од сите воспаленија на увеата.

Карактерот на заболувањето што е често хроничен и рецидивантен, неефикасноста на терапевтскиот пристап, односно на појавата на рефрактерност **последично доведува до анатомски и функционални нарушувања на органот на видот**. Социо-медицинскиот интерес за оваа проблематика е нагласен и од фактот дека **увеитисите главно се заболувања на помлади, работно способни луѓе и на деца и може да биде причина за значително намалување на видната функција. Кај особено тешките форми на увеит слепилото достигнува 10%, додека инвалидност 30% (Зајцева N. Kacnelson L. 1984)**. Според соопштението на American National Advisory Eye Council 1983 околу 10% од вкупното слепило во САД е резултат на компликации од увеитисите.

Во детската возраст слепило како последица на увеитот достигнува до 25% (Гејмос, Ковалевскиј 1978).

Воспалението на средната очна обвивка се манифестира со карактеристична клиничка слика. Кај предните увеити тоа се силна болка во пределот на окото и околината, изразена инјекција на окото-синдром на црвено око, ексудација во предната комора. Но, предниот увеит може да се јави и со подмолен, тивок тек без изразени знаци на инфламација, наод кој токму е чест кај деца заради што се потребни редовни контролни офталмолошки прегледи за ризичната група. Обично главната манифестација на интермедиарните и задните увеити се појава на летечки мушички, крпици, заматувања во стаклестото тело придружено со намалување на видната острина.

Предните и задните увеити дефинитивно се засебни ентитети (Forrester J. 1990).

На табелата 1 е дадена класификација на увеитисите врз база на анатомските критериуми, предложена во 1987 од Интернационалната Студиска Група за Увеитис за евалуација на интраокуларните инфламоторни заболувања.

Таб.1. **Анатомски критериуми за увеитис според International Study Group for Uveitis**

Uveitis anterior	Iritis, Cyclitis anterior, Iridocyclitis
Uveitis intermedialis	Порано познат како Pars planitis, Cyclitis posterior, Hyalitis, Retinochorioiditis basalis
Uveitis posterior	Focalis, multifocalis, diffusa, chorioiditis, chorioretinitis retinochorioiditis, neurouveitis
Panuveitis	

Комплексноста на проблемот на увеитисите произлегува од голем број на етиопатогенетски фактори и вpletеноста на многубројните системски механизми. Оргетсак М. во 1995, според етиопатогенетските фактори, окуларните инфламации ги сврстува во четири групи:

- асоцирани со траума;
- асоцирани со инфективни заболувања;
- асоцирани со имунолошки заболувања;
- асоцирани со таканаречени "masquerade syndrom".

Меѓутоа без оглед на почетниот етиолошки фактор, во развојот и исходот на инфламацијата значајна улога имаат надоврзаните имунолошки механизми (Forrester J. 1990).

И покрај многубројните етиопатогенетски фактори, за детската возраст постојат специфични ентитети на кои би требало да се обрне внимание. Таб. 2.

Таб. 2. **Увеитис во детска возраст (Zierhut M. 1994)**

Uveitis anterior	Arthritis juvenilis, Tuberkulosa, Sarkoidosa, Borrelia
Uveitis intermedialis	Sarcoidosa, Tuberkulosa, Mukokutan
linfonodularen sindrom	Borelia
Chorioretinitis	Toxoplasmosa, Toxocara, Tuberkulosa, Rubeola, Lues, Leukemia, Histoplasmosa, APMPE, Morbus Behcet
Retinitis	HSV, Panencephalitis
subacuta scleroticans	CMV, HIV- Retinopathia

Хроничниот и рецидивантен тек на заболувањето консекутивно доведува до оштетување на окото, намалување на видната функција, па дури и слепило, поради компликациите на болеста. Овие тешко се решаваат, па дури и покрај софистицираната оперативна техника исходот е често неповолен. Тука спаѓаат дегенеративните промени на рожницата, појава на секундарен глауком од создадените предни и задни синехии или пак неоваскуларизацијата, атрофичните промени на увеата, појавата на комплицирана катаракта, мембранозните промени, неоваскуларизацијата и крвавење во стаклестото тело, цистидниот едем во макула лутеата, ексудативната или тракциона аблација, атрофијата на ретината и од оптичкиот нерв или дури фтиза на булбусот.

Цел на трудот е на клиничкиот материјал во период од 5 години да направи евалуација на застапеноста на увеитите кај децата до 15 години возраст во однос на другата патологија, да утврди етиопатогенетскиот механизам и саквелите од заболувањето на самиот орган и на видната функција.

Материјал и метод

Обработена е група од 45 пациенти со воспаление на увеалниот тракт лечени во периодот 1991-1996 год. Кај сите пациенти е направена биомикроскопија, офталмоскопија, ехографија, каде што било можно тонометрија и е определувана видната острина. Покрај офталмолошката егзаминација се направени потребните лабораториски анализи и консултативни педијатриски прегледи.

Анализа на материјалот

Егзаминирани се 45 пациенти, што изнесува 0,5% од вкупно хоспитализирани во тој период, односно % од увеални болни.

36 пациенти од 45 се од машки, а 9 од женски пол. На табелата 3 е дадена поделба на ендеогени и егзогени увеити, каде што е траумата егзогениот фактор кај 10 случаи додека кај еден пациент се работи за комбустиа. На табелата е дадена и застапеноста на половите кај двета групи. Преовладуваат ендеогените увеити.

Таб. 3. *Поделба на увеитите спрема ендеогено или егзогено потекло и спрема полот*

Потекло		машки	женски
Трауматски	11	10	1
Ендеоген	34	26	8
Вкупно	45	36	9

На табелата 4 е дадена анатомската поделба на увеитот во корелација со возраста и просечната возраст. Најзастапени се предните и интермедијалните увеити.

Таб. 4. *Анатомска поделба на ендеогените увеити и корелација со возраст*

Вид на воспаление	Број	Возраст	Средна возраст (од-до год.)
Keratouveitis	4	4-14	7,7
Uveitis anterior	11	8-15	13,1
Uveitis intermedialis	10	6-15	8,7
Uveitis posterior	8	9-15	13,4
Panuveitis	1	15	15

На табелата 5 е дадена формата на увеитот во корелација со етиопатогенетски фактор. Херлесот е најчеста причина за кератоувеитите. Кај предните увеити преовладуваат фокалозите. Интермедијарните се најчесто идиопатски, додека кај задните преовладува токсоплазмоза.

Таб. 5. *Поделба на воспалениата спрема етиопатогенетскиот фактор*

Вид на воспаление	Етиопатогенетски фактор	Број на болни
Keratouveitis	HSV	3
	TBC	1
Uveitis anterior	fokalozi	4
	JAR	2
	TBC	1
	идиопатски	2
	ophthal.sim.	1
Uveitis intermedialis	фокалози	1
	идиопатски	9
Uveitis posterior	Toxoplasmosa	6
	вироза	1
	идиопатски	1
Panuveitis	M.Behcet	

На табелата 6 се дадени поединечно формите на увеитот и видната функција кај секој пациент. Подвлечените пациенти се со наведените компликации .

Таб. 6. *Форма на увеитот во корелација со видната острина*

	број	Визус ОД <i>прием/испис</i>	Визус ОС <i>прием /испис</i>
Keratouveitis	1.	0,33 / 0,50	/
	2.	/	0,20 / 0,50
	3.	<u>0,20 / 0,25</u>	/
	4.	0,25 / 1,00	/
Uveitis anterior	1.	/	0,14 / 0,33
	2.	/	0,66 / 1,00
	3.	/	0,66 / 100
	4.	/	0,50 / 1,00
	5.	/	0,50 / 1,00
	6.	0,05 / 0,50	/
	7.	/	0,20 / 0,66
	8.	/	0,66 / 1,00
	9.	<u>0,14 / 0,14</u>	<u>амауросис</u>
	10.	/	0,66 / 0,66
	11.	/	0,25 / 1,00
Uveitis intermedialis	1.	0,80 / 1,00	0,80 / 1,00
	2.	0,50 / 0,80	0,50 / 0,80
	3.	<u>0,01 / 0,10</u>	/
	4.	/	0,66 / 1,00
	5.	0,33 / 0,66	0,33 / 0,66
	6.	<u>0,10 / 0,15</u>	<u>0,10 / 0,20</u>
	7.	<u>0,01 / 0,05</u>	<u>0,05 / 0,05</u>
	8.	0,50 / 1,00	0,20 / 0,50
	9.	0,80 / 1,00	0,80 / 1,00
	10.	0,70 / 1,00	1,00 / 1,00
Uveitis posterior	1.	0,50 / 0,66	/
	2.	0,50 / 1,00	/
	3.	/	0,50 / 1,00
	4.	0,10 / 0,10	/
	5.	0,10 / 0,20	/
	6.	0,33 / 0,33	/
	7.	/	/
	8.	<u>0,01 / 0,50</u>	<u>0,33 - 0,33</u>
Panuveitis	1.	0,50/100	0,50/1,00

Заклучок

Комплексноста на проблемот на увеитисите од дијагностички и терапевтски аспект и можните дилеми, големиот социо-медицински интерес индицира мултидисциплинарен пристап. Особено е важна соработка помеѓу офталмологот, педијатарот, клиничката лабораторија и другите медицински гранки. За да се спречат секвелите од заболувањето и визуелниот хендикеп е потребно терапевтскиот пристап да биде специфичен за секој случај.

ЛИТЕРАТУРА

1. Станојевиќ-Паовиќ А. :*Увеитиси-атофизиологија и терапија*
Медицински факултет универзитета, Београд 1992.
2. Smith, R.E.: *Uveitis : a clinical approach to diagnosis and management*, William & Wilkins, 1983.
3. Kanski J.: *Screening for uveitis in juvenile chronic arthritis*, Br.J. Ophthal.1989;73:225-228
4. Opremcak E.M.: *A Clinical manuel for ocular inflammation*, Springer Verlag 1995
5. Зајцева Н.С.,Качнелсон Л.А.: *Увеитиси*, Медицина, Москва , 1984.
6. Forrester J.V.: *Endogenous posterior uveitis*, Br.J.Ophthal.1990;74:620-623.
7. Zierhut M.: *Uveitis*, W.Kohlhammer GmbH , 1994.

*M. GOLUBOVIC-ARSOVSKA,
V. NIKOLOVSKA, T. JOSIFOVA,
K. BUZAROVSKA, D. STAVRIC*

OPHTHALMIA OF THE MIDDLE EYE COVER IN CHILDREN AND CONSEQUENCES IT CAUSES

Inflammation processes of the middle eye cover, take significant place in the ophthalmology. This is confirmed by the information of several authors. Representation of these inflammation processes in children to 15 years of age according to Smith R. 1983, is 1-10% .

This disease is too often chronic and redundant and the inefficacy of the therapeutic approach, i.e. the appearance of the refraction, manifest in the anatomical and functional disorders of the organ of sight.

Taking this into consideration in the presented material, it's specially stresses the complexity of the problem of ophthalmia that comes out from the large number of ethno-patho-genetic factors and the connection of the numberless systematic mechanisms.