

УДК 617.713.-002:616.72-002

КЕРАТИТ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ БОЛЕЗНЯХ СУСТАВОВ

Павлюченко А.К.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме. Кератит наблюдается у от числа больных псориатическим артритом, у 8% анкилозирующим спондилоартритом, 7% ревматоидным артритом, 4% реактивным хламидийным и 3% ювенильным идиопатическим, причем на развитие и степень тяжести такой офтальмопатии влияют пол пациентов, активность и темпы прогрессирования патологического процесса, характер поражения отдельных суставов, экстраартикулярные признаки заболевания, наличие системного остеопороза, остеоузур, асептических некрозов костей, интраартикулярных хондромных тел.

Ключевые слова: кератит, артриты

Офтальмопатии относятся к грозным экстраартикулярным проявлениям воспалительных болезней суставов [7, 14, 18], нередко вызывающих полную потерю зрения [2, 4, 10]. Поражение глаз при артритах существенно ухудшает качество жизни больных [5, 19], что подтверждают специальные опросники (VRQOL, EYE-Q, PedsQL и др.) [1].

К самым частым экстраартикулярным проявлениям ревматических системных болезней периферических суставов, крестцовоподвздошных сочленений и позвоночника относится увеит [3], наблюдаемый более чем у 30% от числа таких пациентов [15, 21]. Воспаление сосудистой оболочки глаза даже входит в критерии диагностики серонегативных спондилоартритов [23]. В литературе обычно обсуждаются вопросы диагностики, патогенеза и лечения увеита на фоне болезней опорно-двигательного аппарата [17], который считается фактором риска тяжелого течения суставного процесса [20] и развития висцеритов [12]. Вместе с тем, если у пациентов, страдающих ювенильным идиопатическим артритом (ЮИА) и анкилозирующим спондилитом (АС), определенной дифференциально-диагностической значимостью обладает увеит, то при ревматоидном (РА) и псориатическом (ПА) артрите – кератит [6, 24].

Существует мнение, что у больных РА кератиты возникают вследствие латентно протекающего сухого синдрома Шегрена [13, 16], хотя такие данные зачастую не выдерживают критики [8, 22]. Следует отметить, что ревматоидный кератит является прерогативой женщин, тогда как васкулит сетчатой оболочки – мужчин [11]. На наш взгляд очень важным является факт, что у каждого четвертого больного кератит формируется уже в дебюте РА [25].

Офтальмопатии при воспалительных заболеваниях суставов представляют очень актуальную и крайне сложную проблему, требующую для успешного ее решения тесного сотрудничества ревматологов и окулистов [9, 26]. К сожалению, еще полностью не определен характер течения кератитов при отдельных нозологических формах артритов, его взаимоотношения с суставной патологией, степень влияния на формирование костнодеструктивных артикулярных и внесуставных (системных) проявлений патологического процесса, остается неизученной его прогностическая значимость у больных РА, ЮИА, ПА, АС и реактивным хламидийным артритом (РХА). Сказанное стало целью и задачами данного исследования.

Материал и методы исследования

Под наблюдением находились 448 больных, страдающих хроническими воспалительными болезнями суставов, среди которых было 133 человека с РА (25 мужчин и 98 женщин) в возрасте {45,7~[34,4ë57,5]} лет, 61 ребенок с ЮИА (22 мальчика и 39 девочек) в возрасте {9,6~[6,1ë13,1]} лет, 99 пациентов с РХА (52 мужчины и 47 женщин) в возрасте {32,4~[22,0ë42,8]} лет, 76 – с ПА (31 мужчина и 45 женщин) в возрасте {41,5~[32,0ë51,0]} лет и 79 – с АС (75 мужчин и 4 женщины) в возрасте {38,3~[26,9ë49,7]} лет. Длительность заболевания в перечисленных группах соответственно составляла {9,5~[1,8ë17,2]} лет, {4,6~[2,1ë7,1]} лет, {3,8~[0,1ë8,5]} лет, {11,5~[2,5ë20,5]} лет, {11,4~[4,0ë18,8]} лет. Полиартрит констатирован соответственно в 99%, 80%, 75%, 70% и 53% наблюдений, высокая степень активности патологического процесса – в 30%, 28%, 26%, 20%, 28%, III-IV рентгенологические стадии РА, ЮИА и ПА диагностированы в 44%, 33% и 20% случаев.

Пациентам выполняли рентгенологическое (“Multix-Compact-Siemens”, Германия) и ультразвуковое (“Envisor-Philips”, Нидерланды) исследование периферических суставов, крестцовоподвздошных сочленений и позвоночника, а также двухэнергетическую рентгеновскую остеоденситометрию проксимального отдела бедренной кости (“QDR-4500-Delphi-Hologic”, США). Оценивали рентгенологические остеоассоциированные индексы Барнетта-Нордина, Рохлина, дисковости и вогнутости. Исследовали остроту зрения (фороптер “MaXxiline-Schwind”), офтальморепракцию (авторефрактометр “TR-3000-Tomey”), внутриглазное давление (пневмотонометр “AT-555-Reichert”), поля зрения (ана-





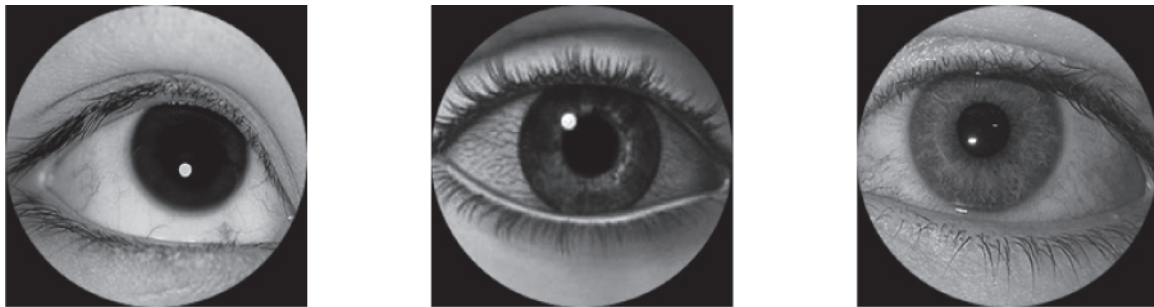
лизатор “Humphrey-Field-Analyzer-C.Zeiss”), проводили кератопахиметрию (пахиметр “AL-1000-Tomey”), кератотопографию (компьютерный кератотопограф “TMS-3-Tomey”), биомикроскопию и офтальмоскопию (щелевая лампа “Naag-Streit-Bern-900”).

Статистическая обработка полученных результатов исследований проведена с помощью компьютерного вариационного, корреляционного, непараметрического, одно- (ANOVA) и многофакторного (ANOVA/MANOVA) дисперсионного анализа (программы “Microsoft Excel” и “Statistica-Stat-Soft”, США). Оценивали средние значения, стандартные отклонения и ошибки, коэффициенты корреляции, критерии дисперсии, Стьюдента, Уилкоксона-Рао, Макнемара-Фишера

и достоверность статистических показателей.

Результаты и их обсуждение

Кератит (рис. 1) диагностирован у 9% больных с воспалительными заболеваниями суставов, в том числе у 24% с ПА (у 58% от числа пациентов с офтальмиями), соответственно у 8% и 26% с АС, у 7% и 33% с РА, у 4% и 7% с РХА, у 3% и 8% с ЮИА. На развитие и тяжесть кератита при ЮИА и РХА достоверно влияют пол больных, рентгенологическая стадия болезни и наличие висцеритов – при РА, общая степень активности патологического процесса – при ЮИА, ПА и АС. У пациентов, страдающих АС, характер течения кератита определяют темпы прогрессирования суставного синдрома, что подтверждает выполненный ANOVA.



ЮИА

ПА

АС

Рис. 1. Кератиты при артритах

Кератит сопровождался возникновением более в пораженном глазу, слезотечением, светобоязнью и понижением остроты зрения, появлялись блефароспазм, перикорнеальная инъекция сосудов глазного яблока, васкуляризация и нарушение чувствительности роговой оболочки. Независимо от варианта артрита, при кератите появлялись отек и клеточная инфильтрация роговой оболочки (поверхностно расположена, не захватывала боуменову оболочку, состоящая преимущественно из лимфоидных клеток, полинуклеарных лейкоцитов и небольшого количества плазматических клеток). У больных, страдающих ПА, эпителий над инфильтратами частично отслаивался и слущивался с появлением эрозий, роговица становилась шероховатой и теряла свой блеск. После развития инфильтрата из конъюнктивы и склеры в роговую оболочку вросли сосуды, но в дальнейшем инфильтраты рассасывались бесследно. Мы ни разу не наблюдали

процессы некротизирования и изъязвления роговицы с формированием лейкомы.

Тяжесть кератита у больных ЮИА, ПА и АС прямо коррелирует со степенью активности заболевания, а при АС, кроме того, с темпами прогрессирования суставного синдрома, что нашло свое отражение в таблице.

По данным дисперсионного анализа (рис. 2) на тяжесть кератита у больных РА оказывают воздействие поражение грудиноключичных и ключичноакромиальных сочленений, наличие дигитального артериита, миозита и периферической полинейропатии, при ЮИА – выраженность суставного синдрома, оцененная по индексу Ричи, и наличие кожных узелков, при РХА – значительное поражение урогениталий и наличие в крови противохламидийных антител, при ПС – тяжесть сакроилеита и форма кожного псориаза, при АС – поражение крестцовоподвздошных и локтевых суставов, кожи и легких.

Таблица

Корреляционные связи степени активности воспалительных болезней суставов и ИПА с тяжестью кератита

Болезни	Показатели течения суставной патологии			
	степень активности		ИПА	
	г	р	г	р
РА	+0,110	0,207	+0,163	0,060
ЮИА	+0,264	0,046	+0,054	0,681
РХА	+0,011	0,914	-0,051	0,613
ПА	+0,405	<0,001	+0,172	0,138
АС	+0,324	0,004	+0,259	0,021

На характер повреждений роговой оболочки глаза при РА (рис. 2) влияет наличие системного остеопороза, асептических некрозов костей и внутрисуставных хондромных тел, при ЮИА — только асептических остео-

некрозов, при ПС — тяжесть артроанкилозирования, при АС — выраженность остеоузурации.

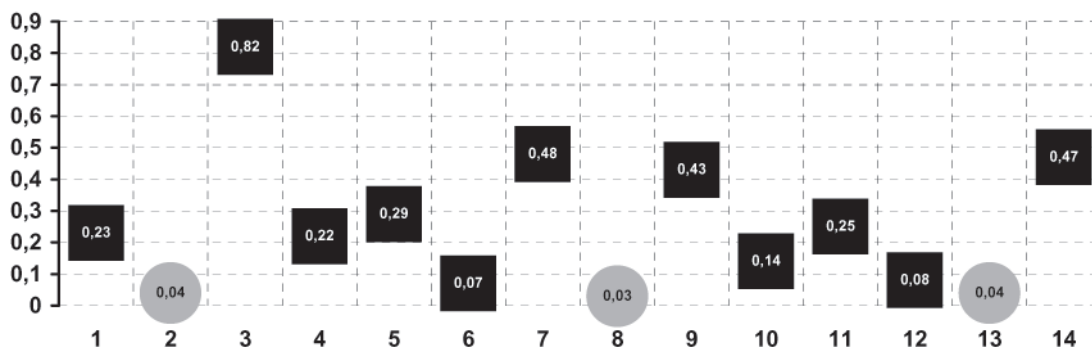


Рис. 2. Достоверность дисперсионного влияния отдельных рентгеносонографических признаков РА на тяжесть течения кератита

Примечание: 1 — эпифизарный остеопороз, 2 — системный остеопороз, 3 — субхондральный склероз, 4 — остеокистоз, 5 — остеоузурация, 6 — подвывихи суставов, 7 — лигаментоз, 8 — асептический некроз, 9 — артрокальцинаты, 10 — изменения рогов менисков, 11 — кисты Бейкера, 12 — тела Пеллогри-Штайди, 13 — хондромные тела, 14 — тела Гоффа.

Необходимо отметить, что по нашим данным офтальмопатии наблюдаются у 20% от числа больных РА, у 29% АС, у 39% ЮИА, у 41% ПА и у 63% РХА, а, помимо кератита, частота глаукомы, склерита, катаракты, конъюнктивита и увеита соответственно составила 7%, 9%, 10%, 17% и 24%. Если кератит был более свойственен ПА, то увеит и конъюнктивит — РХА, склерит — АС, глаукома — ЮИА. Соотношение увеита от числа пациентов с глазной патологией при РА, ЮИА, РХА, ПА и АС составило 2:2:1:1:2, склерита — 5:2:2:1:6, глаукомы — 2:3:1:1:2, катаракты — 3:3:1:4:3, конъюнктивита — 1:4:11:6:2, тогда как кератита — 5:1:1:9:4. Одна патология глаз обнаружена у 48% от числа обследованных пациентов, две — у 23%, три — у 16%, четыре — у 9%, пять — у 4%, все шесть нозологий — у 1%. Последний факт касался только больных с ПА, а при РА и ЮИА констатировано не более трех вариантов офтальмопатий на одного больного.

Выводы

1. Кератит развивается у 9% от общего числа больных с воспалительными заболеваниями суставов, в том числе при ПА, РА, АС, ЮИА и РХА в соотношении 9:5:4:1:1.

2. Тяжесть этой офтальмопатии связана со степенью активности патологического процесса (в случаях ЮИА, ПА, АС), рентгенологической стадией, наличием висцеритов и дигитального артериита (РА, ПА), с темпами прогрессирования АС, поражением грудиноключичных, ключичноакромиальных, крестцовоподвздошных и локтевых суставов, наличием дерматоза, системного остеопороза, асептических остео некрозов, остеоузур и интраартикулярных хондромных тел (РА, ЮИА, ПС, АС).

3. Наличие у больных артритом кератита может иметь практическую значимость в качестве фактора рис-

ка развития отдельных структурных изменений со стороны артикулярных костей, а также поражения периартикулярных тканей (тендовагинитов, энтезопатий).

ЛИТЕРАТУРА

1. Angeles-Han S. T. Prevention and management of cataracts in children with juvenile idiopathic arthritis-associated uveitis / S. T. Angeles-Han, S. Yeh // *Curr. Rheumatol. Rep.* — 2012. — Vol. 14, № 2. — P. 142–149.
2. Boros C. Juvenile idiopathic arthritis / C. Boros, B. Whitehead // *Aust. Fam. Physician.* — 2010. — Vol. 39, № 9. — P. 630–636.
3. Prevalence and factors associated with uveitis in spondyloarthropathies patients in France: Results from the EXTRA observational survey / F. Canoun-Poitaine, F. Kemta Lekpa, V. Farrenq [et al.] // *Arthritis Care Res.* — 2012. — Vol. 19, № 1. — P. 1002–1005.
4. Treatment strategies for childhood noninfectious chronic uveitis: an update / L. Cantarini, G. Simonini, B. Frediani [et al.] // *Expert. Opin. Investig. Drugs.* — 2012. — Vol. 21, № 1. — P. 1–6.
5. Prevalence of inflammatory back pain in a cohort of patients with anterior uveitis / C. C. Chan, T. Inrig, C. B. Molloy [et al.] // *Am. J. Ophthalmol.* — 2012. — Vol. 153, № 6. — P. 1025–1030.
6. Daguano C. R. Anterior uveitis in the absence of scleritis in a patient with rheumatoid arthritis: case report / C. R. Daguano, C. R. Bochnia, M. Gehlen // *Arq. Bras. Oftalmol.* — 2011. — Vol. 74, № 2. — P. 132–133.
7. El Maghraoui A. Extra-articular manifestations of ankylosing spondylitis: prevalence, characteristics and therapeutic implications / A. El Maghraoui // *Eur. J. Intern. Med.* — 2011. — Vol. 22, № 6. — P. 554–560.
8. Feist E. Diseases of the outer eye in rheumatoid arthritis / E. Feist, U. Pleyer // *Z. Rheumatol.* — 2010. — Vol. 69, № 5. — P. 403–410.



9. Fonollosa A. Uveitis: a multidisciplinary approach / A. Fonollosa, A. Adan // Arch. Soc. Esp. Oftalmol. – 2011. – Vol. 86, № 12. – P. 393–394.
10. Evidence-based, interdisciplinary guidelines for anti-inflammatory treatment of uveitis associated with juvenile idiopathic arthritis / A. Heiligenhaus, H. Michels, C. Schumacher [et al.] // Rheumatol. Int. 2012. – Vol. 32, № 5. – P. 1121–1133.
11. A video study of drop instillation in both glaucoma and retina patients with visual impairment / A. L. Hennessy, J. Katz, D. Covert [et al.] // Am. J. Ophthalmol. – 2011. – Vol. 152, № 6. – P. 982–988.
12. Clinical images: Corneal melt in a woman with longstanding rheumatoid arthritis / C. Iliou, N. Anthis, N. Tsifetaki [et al.] // Arthritis Rheum. – 2012. – Vol. 64, № 1. – P. 253–258.
13. Corneal fluorescein staining correlates with visual function in dry eye patients / M. Kaido, Y. Matsumoto, Y. Shigeno [et al.] // Invest. Ophthalmol. Vis. Sci. – 2011. – Vol. 52, № 13. – P. 9516–9522.
14. Kaliterna D. M. Spondyloarthritides – clinical features / D. M. Kaliterna // Reumatizam. – 2011. – Vol. 58, № 2. – P. 51–53.
15. Retrospective study on the effects of immunosuppressive therapy in uveitis associated with rheumatic diseases in Korea / S. Y. Lee, W. T. Chung, W. J. Jung [et al.] // Rheumatol. Int. – 2011. – Vol. 24, № 12. P. 77–83.
16. Ocular involvement and its' manifestations in rheumatoid arthritis patients / E. Markovitz, Z. H. Perry, E. Tsumi [et al.] // Harefuah. – 2011. – Vol. 150, № 9. – P. 713–718.
17. Max R. Ocular involvement in spondyloarthropathies: HLA B27 associated uveitis / R. Max, H. M. Lorenz, F. Mackensen // Z. Rheumatol. – 2010. – Vol. 69, № 5. – P. 397–402.
18. Morovijh-Vergles J. Extra-articular manifestations of seronegative spondyloarthritides / J. Morovijh-Vergles, M. I. Culo // Reumatizam. – 2011. – Vol. 58, № 2. – P. 54–56.
19. The influence of uveitis on patients with immune-mediated inflammatory disease / J. T. Rosenbaum, A. S. Russell, L. C. Guenther [et al.] // J. Rheumatol. Suppl. – 2011. – Vol. 88. – P. 26–30.
20. The influence of uveitis on patients with immune-mediated inflammatory disease / J. T. Rosenbaum, A. S. Russell, L. C. Guenther [et al.] // J. Rheumatol. Suppl. – 2011. – Vol. 88. – P. 26–30.
21. Rosenbaum J. T. Spondyloarthritis: the eyes have it: uveitis in patients with spondyloarthritis / J. T. Rosenbaum, H. L. Rosenzweig // Nat. Rev. Rheumatol. – 2012. – Vol. 8, № 5. – P. 249–250.
22. Corneal perforation as a primary manifestation of keratoconus in a patient with underlying rheumatoid arthritis / K. T. Tsaousis, N. Chalvatzis, C. Symeonidis [et al.] // J. Ophthalmic. Inflamm. Infect. – 2012. – Vol. 2, № 1. – P. 57–60.
23. Van den Berg R. How should we diagnose spondyloarthritis according to the ASAS classification criteria: a guide for practicing physicians / R. Van den Berg., D. M. Van der Heijde // Pol. Arch. Med. Wewn. – 2010. – Vol. 120, № 11. – P. 452–457.
24. Van der Horst-Bruinsma I. E. A systematic comparison of rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis / I. E. Van der Horst-Bruinsma, W. F. Lems, B. A. Dijkmans // Clin. Exp. Rheumatol. – 2009. – Vol. 27, № 4, suppl. 55. – P. 43–49.
25. Ocular manifestation of rheumatoid arthritis-different forms and frequency / G. Zlatanovijh, D. Veselinovijh, S. Cekijh [et al.] // Bosn. J. Basic. Med. Sci. – 2010. – Vol. 10, № 4. – P. 323–327.
26. Bilateral posterior scleritis / A. Zurutuza, J. Andonegui, L. Beróstegui [et al.] // An. Sist. Sanit. Navar. – 2011. – Vol. 34, № 2. – P. 313–315.

КЕРАТИТ ПРИ ЗАПАЛЬНИХ ХВОРОБАХ СУГЛОБІВ

Павлюченко А.К.

Резюме. Кератит спостерігається у 8% від числа хворих на псоріатичний артрит, у 7% на анкілозуючий спондилоартрит, 7% на ревматоїдний артрит, 4% на реактивний хламідійний і 3% на ювенільний ідіопатичний, причому на розвиток і ступінь тяжкості такої офтальмопатії впливають стать пацієнтів, активність та темпи прогресування патологічного процесу, характер ураження окремих суглобів, екстраартикулярні ознаки захворювання, наявність системного остеопорозу, остеозур, асептичних некрозів кісток, інтраартикулярних хондромних тіл.

Ключові слова: кератит, артрити

KERATITIS AT INFLAMMATORY DISEASES OF JOINTS

Pavlyuchenko A.K.

Summary. Keratitis observe in 8% of patients with psoriatic arthritis, in 7% of ankylosing spondylitis, in 7% of rheumatoid arthritis, in 4% of reactive chlamydia and in 3% of juvenile idiopathic arthritis, and on development and degree of such oculoopathy affect sex of patients, activity and speed of progress of pathologic process, and defeating character of separate joints, extraarticular signes of disease, presence of systemic osteoporosis, osteouzur, aseptic osteonecrosis, intraarticular chondrom objects.

Key words: keratitis, arthritis

Отримано до редакції 25.10.2012р.