

УДК 617-715-002:616.72-002

ПАВЛЮЧЕНКО А.К.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

СКЛЕРИТ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ БОЛЕЗНЯХ СУСТАВОВ

Резюме. Склерит на разных этапах течения воспалительных болезней суставов диагностирован в 9 % наблюдений, в том числе у 18 % больных с анкилозирующим спондилоартритом, у 9 % — с ревматоидным и реактивным хламидийным артритом, у 7 % — с ювенильным идиопатическим и у 4 % — псориатическим, а на интегральные признаки такой офтальмопатии оказывают влияние возраст пациентов в начале заболевания и степень активности патологического процесса, ревматоидные висцериты, кожная форма псориаза, темпы прогрессирования и тяжесть суставного синдрома, наличие лимфаденопатии, серозитов, энтезопатий, нефропатии и распространенность спондилопатии, причем тяжесть склерита зависит от выраженности субхондрального склероза, лигаментоза, остеокистоза, асептического некроза костей и внутрикостных кальцинатов.

Ключевые слова: склерит, артриты.

Введение

Офтальмопатии (увеит, кератит, катаракта) относятся к грозным экстраартикулярным проявлениям воспалительных болезней суставов [8, 11, 14], нередко вызывая полную потерю зрения [3, 5, 10]. Поражение глаз при артритах существенно ухудшает качество жизни больных [6, 16], что подтверждают специальные опросники (VRQOL, EYE-Q, PedsQL и др.) [1].

К самым частым экстраартикулярным проявлениям системных воспалительных болезней периферических суставов, крестцово-подвздошных сочленений и позвоночника относится увеит [4], наблюдаемый у более чем 30 % от числа таких пациентов [12, 18]. Воспаление сосудистой оболочки глаза даже входит в критерии диагностики серонегативных спондилоартритов [20]. Возможно, именно в связи с этим в литературе обычно обсуждаются только вопросы диагностики, патогенеза и лечения вторичного увеита на фоне болезней опорно-двигательного аппарата [13], который считается фактором риска тяжелого течения суставного процесса [17]. Течение склерита у такой категории больных остается неизученным, хотя 40–50 % от общего числа больных с этой офтальмопатией болеют воспалительными заболеваниями суставов, а в 5–10 % случаев артритов встречается данная патология глаз [19, 22].

Необходимо отметить, что каждый четвертый-пятый больной со склеритом приходится на пациентов с ревматоидным артритом (РА) [7, 15], при котором распространенность склероофтальмии в 9 раз превышает аналогичную при подагрическом артрите [19]. Замечено, что склеритом среди больных с воспалительными болезнями суставов страдают преимущественно женщины старших возрастных групп [23]. Описаны случаи развития склерита при костно-суставном туберкулезе и склерита туберкулезной этиологии у пациентов, страдающих РА [2]. Считается, что определенными

дифференциально-диагностическими признаками серонегативных спондилитов обладает увеит, тогда как РА более свойственен именно склерит [21].

Офтальмопатия при воспалительных заболеваниях суставов является очень актуальной и крайне сложной проблемой [9, 22]. К сожалению, полностью еще не определен характер склеритов при отдельных нозологических формах артритов, его взаимоотношения с суставной патологией, степень влияния на формирование костно-деструктивных артикулярных изменений и характер внесуставных проявлений патологического процесса, остается неизученной прогностическая значимость склерита у больных с РА, ювенильным идиопатическим артритом (ЮИА), псориатическим артритом (ПА), реактивным хламидийным артритом (РХА) и анкилозирующим спондилитом (АС). Сказанное стало целью и задачами данного исследования.

Материалы и методы

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 [34,4÷57,5]) года, 61 ребенок с ЮИА (22 мальчика и 39 девочек) в возрасте (9,6 [6,1÷13,1]) года, 99 пациентов с РХА (52 мужчины и 47 женщин) в возрасте (32,4 [22,0÷42,8]) года, 76 — с ПА (31 мужчина и 45 женщин) в возрасте (41,5 [32,0÷51,0]) года и 79 — с АС (75 мужчин и 4 женщины) в возрасте (38,3 [26,9÷49,7]) года. Длительность заболевания в перечисленных группах соответственно составляла (9,5 [1,8÷17,2]), (4,6 [2,1÷7,1]), (3,8 [0,1÷8,5]), (11,5 [2,5÷20,5]), (11,4 [4,0÷18,8]) года. 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, крестцово-подвздошных 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 Maxiline—Schwind), офтальмометрию (авторефрактометр TR-3000-Tomey), внутриглазное давление (пневмотонометр AT-555-Reichert), поля зрения (анализатор Humphrey-Field-Analyzer-C.Zeiss), проводили кератопахиметрию (пахиметр AL-1000-Tomey), кератотопографию (компьютерный кератотопограф TMS-3-Tomey), биомикроскопию и офтальмоскопию (щелевая лампа Haag-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 ошиб-

ки, коэффициенты корреляции, критерии дисперсии, Стьюдента, Вилкоксона — Рао, Макнемара — Фишера и достоверность статистических показателей.

Результаты и их обсуждение

Склерит (рис. 1) диагностирован у 42 (9 %) больных артритами, в том числе у 9 % с РА, у 7 % с ЮИА, у 9 % с РХА, у 4 % с ПА, у 18 % с АС, а среди пациентов с офтальмопатией — соответственно в 44, 17, 15, 10 и 61 % наблюдений (рис. 2). При ПА склерит всегда был односторонним, тогда как двусторонний процесс констатирован в 42 % случаев у больных с РА, 18 % — ЮИА, 22 % — РХА, 14 % — АС.

При всех формах артритов склерит был передним, с острым или вялотекущим началом. Между лимбом и экватором глаза появлялись ограниченная припухлость и гиперемия с голубоватым оттенком, а при пальпации глаза отмечалась резкая болезненность. Только у больных с РА, ЮИА и АС воспалительные очаги могли охватывать всю перикорнеальную область (кольцевидный склерит) с распространением процесса на роговую оболочку (склерозирующий кератит), развитием иридоциклита, помутнения стекловидного тела и глаукомы. Необходимо отметить, что после рассасывания инфильтратов атрофические участки склеры отсутствовали, не наблюдалось

эктазий и стафилом. В случаях так называемого студенистого («мясистой») склерокератита в роговице появлялись очаги инфильтрации и васкуляризации, распространяющиеся от периферии к центру. Конъюнктив, приподнятая инфильтратом и отеком, несколько нависала над лимбом, а подлежащая ткань имела желатинозный вид кирпичного цвета. Этот вид склерита наблюдается только у пожилых женщин с РА.

Умеренная и высокая степень тяжести склерита соответственно констатированы у 7 и 5 % от числа лиц с такой офтальмопатией, причем исключительно при РА (соответственно у 25 и 17 %). Как видно из табл. 1, у пациентов, страдающих РА и РХА, склерит преимущественно носил диффузный характер, а при других нозологиях — узелковый (АС — в 86 % случаев).

По данным многофакторного дисперсион-



РА ПА АС
Рисунок 1. Склериты при артритах

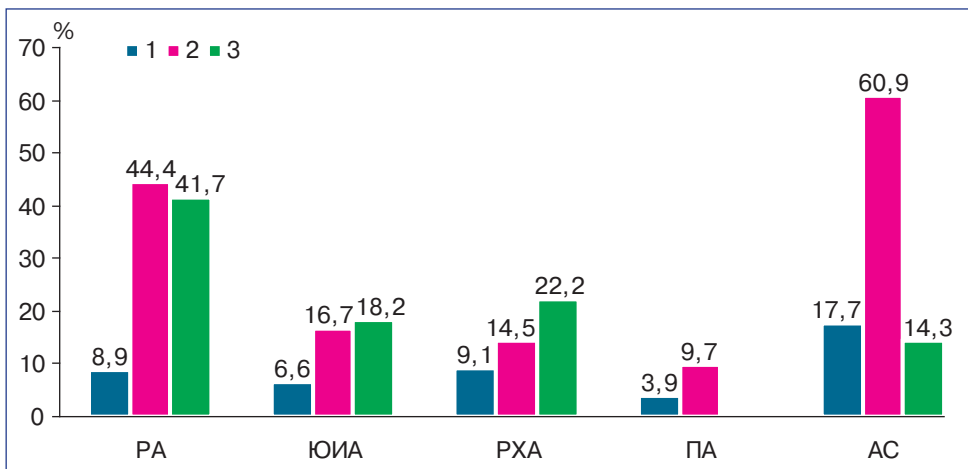


Рисунок 2. Частота развития склерита при воспалительных болезнях суставов (%): 1 — от числа всех больных, 2 — от числа больных с офтальмопатией, 3 — двусторонний

Таблиця 1. Розподілення больних артритами по варіантам течення склерита

Болезни	Всего	Вариант течения склерита				Влияние пола на интегральные показатели	
		Узелковый		Диффузный		WR	P
		Абс.	%	Абс.	%		
РА	12	5	41,7	7	58,3	0,62	0,123
ЮИА	4	3	75	1	25	0,35	0,556
РХА	9	3	33,3	6	66,7	3,74	0,048
ПА	3	2	66,7	1	33,3	2,15	0,146
АС	14	12	85,7	2	14,3	0,15	0,701
Итого	42	25	59,5	17	40,5	0,26	0,125

ного анализа Вилкоксона — Рао, только пол больных РХА достоверно влияет на интегральные признаки склерита. Возраст больных РА оказывает воздействие на характер течения данной офтальмопатии, который при РА, ЮИА и АС зависит от возраста в дебюте болезни, а при ЮИА и АС, кроме того, от степени активности патологического процесса. Как свидетельствует однофакторный дисперсионный анализ, возраст больных РА влияет на выраженность склерита.

Результаты выполненного ANOVA демонстрируют зависимость тяжести склерита от наличия экстраартикулярных (системных) проявлений РА, от серопозитивности ЮИА, степени активности и кожной формы псориаза у больных ПА, степени активности АС. Распространенность такой офтальмопатии не связана со степенью активности болезней суставов, о чем свидетельствуют дисперсионный и корреляционный анализы.

Тяжесть течения склерита достоверно прямо связана с темпами прогрессирования РА. На тяжесть течения склерита при РА достоверно влияют поражение легких, а на вариант этой офтальмопатии — суставные индексы Ричи и Лансбури. У детей с ЮИА выраженность склерита зависит от наличия лимфаденопатии и серозитов, у больных РХА — от распространенности спондилопатии, при ПС — от тяжести гонита и энтезопатий, при АС — от омагрита, плечелопаточного периартрита и нефропатии. У больных АС вариант склерита определяют наличие тендовагинитов, дерматоза и кардиопатии, а распространенность офтальмопатии — сакроилеита и энтезопатий.

Среди рентгеносонографических признаков поражения суставов на тяжесть склерита у такой категории больных достоверно воздействуют выраженность субхондрального склероза, остеоузур и остеокистоза, причем последний выявляется при РА. Эти данные получены на основании выполненного однофакторного дисперсионного анализа.

Следует отметить, что в целом, по нашим данным, офтальмопатии наблюдаются у 20 % от числа больных с РА, у 29 % — с АС, у 39 % — с ЮИА, у 41 % — с ПА и у 63 % — с РХА, а, помимо склерита, частота глаукомы, кератита, катаракты, конъюнктивита и увеита соответственно составила 7, 9, 10, 17 и 24 %. Если склерит был наиболее свойственен АС, то увеит и конъюнктивит — РХА, кератит и катаракта — ПА, глаукома —

ЮИА. Соотношение увеита среди пациентов с глазной патологией при РА, ЮИА, РХА, ПА и АС составило 2 : 2 : 1 : 1 : 2, кератита — 5 : 1 : 1 : 9 : 4, глаукомы — 2 : 3 : 1 : 1 : 2, катаракты — 3 : 3 : 1 : 4 : 3 и конъюнктивита — 1 : 4 : 11 : 6 : 2, тогда как склерита — 5 : 2 : 2 : 1 : 6. Одна патология глаз обнаружена у 48 % 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. Склерит при АС, РА, ЮИА, РХА и ПА развивается у 9 % больных, соответственно в соотношении 6 : 5 : 2 : 2 : 1, форма которого (узелковая, диффузная) различается в случаях АС и РХА.

2. Интегральные и отдельные признаки этой офтальмопатии связаны с возрастом больных в дебюте артрита и со степенью активности патологического процесса, с наличием висцеритов и темпами прогрессирования артикулярного синдрома при РА, серопозитивностью АС и кожной формой псориаза, а тяжесть течения склерита прямо соотносится со степенью выраженности артропатии.

3. Наличие у больных с артритами склерита может иметь практическую значимость в качестве фактора риска развития отдельных структурных изменений со стороны костей, образующих сустав, а также поражения периартикулярных тканей (тендовагинитов, энтезопатий).

Список литературы

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. Biswas J. Tuberculous scleritis in a patient with rheumatoid arthritis / J. Biswas, A.C. Aparna, R. Annamalai, K. Vajjayanthi // *Ocul. Immunol. Inflamm.* — 2012. — Vol. 20, № 1. — P. 49-52.
3. Boros C. Juvenile idiopathic arthritis / C. Boros, B. Whitehead // *Aust. Fam. Physician.* — 2010. — Vol. 39, № 9. — P. 630-636.
4. Canoui-Poitrine F. Prevalence and factors associated with uveitis in spondyloarthropathies patients in France: Results

- from the EXTRA observational survey / F. Canoui-Poitrine, F. Kemta Lekpa, V. Farreng, V. Boissinot // *Arthritis Care Res.* — 2012. — Vol. 19, № 1. — P. 1002-1005.
5. Cantarini L. Treatment strategies for childhood noninfectious chronic uveitis: an update / L. Cantarini, G. Simonini, B. Frediani, I. Pagnini // *Expert. Opin. Investig. Drugs.* — 2012. — Vol. 21, № 1. — P. 1-6.
 6. Chan C. C. Prevalence of inflammatory back pain in a cohort of patients with anterior uveitis / C.C. Chan, T. Inrig, C.B. Molloy, M.A. Stone // *Am. J. Ophthalmol.* — 2012. — Vol. 153, № 6. — P. 1025-1030.
 7. 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.
 8. 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.
 9. Fonollosa A. Uveitis: a multidisciplinary approach / A. Fonollosa, A. Adan // *Arch. Soc. Esp. Oftalmol.* — 2011. — Vol. 86, № 12. — P. 393-394.
 10. Heiligenhaus A. Evidence-based, interdisciplinary guidelines for anti-inflammatory treatment of uveitis associated with juvenile idiopathic arthritis / A. Heiligenhaus, H. Michels, C. Schumacher, I. Kopp // *Rheumatol. Int.* — 2012. — Vol. 32, № 5. — P. 1121-1133.
 11. Kaliterna D.M. Spondyloarthritides — clinical features / D.M. Kaliterna // *Reumatizam.* — 2011. — Vol. 58, № 2. — P. 51-53.
 12. Lee S.Y. 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, S.W. Lee // *Rheumatol. Int.* — 2011. — Vol. 24, № 12. — P. 77-83.
 13. 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.
 14. Morović-Vergles J. Extra-articular manifestations of seronegative spondyloarthritides / J. Morović-Vergles, M.I. Culo // *Reumatizam.* — 2011. — Vol. 58, № 2. — P. 54-56.
 15. Restrepo J.P. Successful treatment of severe nodular scleritis with adalimumab / J.P. Restrepo, M.P. Molina // *Clin. Rheumatol.* — 2010. — Vol. 29, № 5. — P. 559-561.
 16. Rosenbaum J.T. The influence of uveitis on patients with immune-mediated inflammatory disease / J.T. Rosenbaum, A.S. Russell, L.C. Guenther, H. El-Gabalawy // *J. Rheumatol. Suppl.* — 2011. — Vol. 88. — P. 26-30.
 17. Rosenbaum J.T. Management of comorbidities in ankylosing spondylitis / J.T. Rosenbaum, V. Chandran // *Am. J. Med. Sci.* — 2012. — Vol. 343, № 5. — P. 364-366.
 18. 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.
 19. Sousa J.M. Comparative study of ophthalmological and serological manifestations and the therapeutic response of patients with isolated scleritis and scleritis associated with systemic diseases / J.M. Sousa, V.F. Trevisani, R.P. Modolo, L.A. Gabriel // *Arq. Bras. Oftalmol.* — 2011. — Vol. 74, № 6. — P. 405-409.
 20. 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.
 21. 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.
 22. Zierhut M. Problems associated with treating ocular disease in underlying inflammatory rheumatic disease / M. Zierhut, I. Köter, H.M. Lorenz // *Z. Rheumatol.* — 2010. — Vol. 69, № 5. — P. 393-396.
 23. Zurutuza A. Bilateral posterior scleritis / A. Zurutuza, J. Andonegui, L. Berástegui, N. Arruti // *An. Sist. Sanit. Navar.* — 2011. — Vol. 34, № 2. — P. 313-315.

Получено 08.11.12 □

Павлюченко А.К.

Донецький національний медичний університет
ім. М. Горького

СКЛЕРИТ ПРИ ЗАПАЛЬНИХ ХВОРОБАХ СУГЛОБІВ

Резюме. Склерит на різних етапах перебігу запальних хвороб суглобів діагностований у 9 % спостережень, у тому числі у 18 % хворих на анкілозуючий спондилоартрит, у 9 % — на ревматоїдний і реактивний хламідійний артрити, у 7 % — на ювенільний ідіопатичний і у 4 % — на псоріатичний, а на інтегральні ознаки такої офтальмопатії впливають вік пацієнтів на початку захворювання та ступінь активності патологічного процесу, ревматоїдні висерити, шкірна форма псоріазу, темпи прогресування й тяжкість суглобового синдрому, наявність лімфаденопатії, серозитів, ентезопатій, нефропатії і поширеність спондилопатії, причому тяжкість склериту залежить від вираженості субхондрального склерозу, лігаментозу, остеокістозу, асептичного некрозу кісток та внутрішньокісткових кальцинатів.

Ключові слова: склерит, артрити.

Pavlyuchenko A.K.

Donetsk National Medical University named after M. Gorky,
Donetsk, Ukraine

SCLERITIS IN INFLAMMATORY DISEASES OF JOINTS

Summary. Scleritis at different stages of a course of inflammatory diseases of joints is diagnosed in 9 % of supervisions, including 18 % patients with ankylosing spondylarthritis, 9 % — with rheumatoid and reactive Chlamydia-induced arthritis, 7 % — with juvenile idiopathic arthritis and 4 % — with psoriatic arthritis. Integral signs of this ophthalmopathy are influenced by age of patients at onset of the disease and degree of activity of pathological process, rheumatoid visceritis, cutaneous psoriasis, progression rate and severity of joint syndrome, presence of lymphadenopathy, serositis, enthesopathy, nephropathy and prevalence of a spondylopathy. Difficulty of scleritis depends on intensity of subchondral sclerosis, ligamentosis, osteocystosis, aseptic necrosis of bones and intrabone calcinatis.

Key words: scleritis, arthritis.