

Список литературы / References

1. Ruaro B, Sulli A, Alessandria E, Ravera F, Culolo M. Coexistence of osteopoikilosis with seronegative and Reynold's phenomenon. First case report with evaluation of the nailfold capillary bed and literature review. *Reumatismo*. 2012;64(5):335-9. DOI: 10.4081/reumatismo.2012.335
2. Aghdashi MA, Aghdashi MM, Rabiépour M. Osteopoikilosis: pain as presenting symptom in three family members. *Clin Med Insight Arthritis Musculoskel Disord*. 2012; 4: 29-32. DOI: 10.4137/cmamd.s7035
3. Baasanjav S, Jamsheer A, Kolanczyk M, Horn D, Latos T, Hoffmann K, Latos-Bielenska A, Mundlos S. Osteopoikilosis and multiple exostoses caused by novel mutations in LEMD3 and EXT1 genes respectively – coincidence within one family. *BMC Med Genet*. 2010;11(110):1-8. DOI: 10.1186/1471-2350-11-110
4. Ruci V, Serani D. Osteopoikilosis – case report. *Open Access Maced J Med Sci*. 2014;2(1):132-4. DOI: 10.3889/oamjms.2014.024
5. Kucukcakir N, Inceoglu LA, Raif SL. Osteopoikilosis – a case report. *Turk J Phys Med Rehabil*. 2015; 61: 376-9. DOI: 10.5152/tftrd.2015.39019
6. Rajkumar Jangir R, Laxmikant Mishra D, Kumar M, Mathur AK. Osteopoikilosis and its clinical significance: a review literature. *PRJMHS*. 2014;3(4):11-20. DOI: 10.5152/tftrd.2015.39019
7. Tolunay T, Arslan AK, Bingol I, Bicici V, Eren M, Lemine CMM, Kilicarslan K. Bone pathology: osteopoikilosis. *Open J Orthop*. 2013; 3: 17-9. DOI: 10.4236/ojo.2013.35040
8. Negi RS, Manchanda KL, Sanga S, Chand S, Goswami G. Osteopoikilosis-spotted bone disease. *Med J Armed Forces India*. 2013; 69: 196-8. DOI: 10.1016/j.mjafi.2012.05.009
9. Madeira N., Ganhro S., Ferreira RM., Duarte AC., Freitas R., Cunha-Miranda L. Osteopoikilosis: case series from Portuguese Rheumatology centers. *Acta Reumatologica Portuguesa* 2019; 44:78-83. PMID: 31249279.
10. Tsai, S., Wang, S., Shiau, Y. and Wu, Y. Benign incidental findings of osteopoikilosis on Tc-99m MDP bone SPECT/CT: A case report and literature review. *Medicine* 2016; 95(23): e3868. DOI: 10.1097/md.0000000000003868.
11. Woyciechowsky, T., Monticeliolo, M., Keiserman, B. and Monticeliolo, O. Osteopoikilosis: what does the rheumatologist must know about it?. *Clinical Rheumatology* 2012; 31(4): 745-748. DOI: 10.1007/s10067-011-1916-x
12. Krishna D. Osteopoikilosis: a case report with review of literature. *J Orthop Traumatol Rehabil*. 2013;6(1):84-6. DOI: 10.4103/0975-7341.118750
13. Urefen, K. Osteopoikilosis in a patient with rheumatoid arthritis complicated with dry eyes. *Rheumatol Int* 27, 1079-1082 (2007). DOI:10.1007/s00296-007-0334-5
14. Demir S E, Özaras N, Poyraz E, Toprak H, Güler M. Coexistence of osteopoikilosis with seronegative spondyloarthritis and spinal stenosis. *J Phys Ther Sci*. 2015 May;27(5):1625-7. DOI: 10.1589/jpts.27.1625

Статья поступила / Received 21.01.24

Получена после рецензирования / Revised 09.04.24

Принята к публикации / Accepted 12.04.24

Сведения об авторах

Тихомирова Надежда Юрьевна^{1, 2}, к.м.н., доцент, доцент кафедры факультетской терапии. ORCID:0000-0002-5031-6930

Елисеева Людмила Николаевна¹, д.м.н., профессор, зав. кафедрой факультетской терапии. ORCID:0000-0002-5275-3261.

Белозéroва Наталья Павловна^{1, 2}, к.м.н., ассистент кафедры факультетской терапии. ORCID: 0009-0006-8869-2217

Каменева Елена Сергеевна^{1, 2}, к.м.н., ассистент кафедры поликлинической терапии с курсом общей врачебной практики (семейной медицины), ФПК и ППС. ORCID: 0000-0002-3720-1346

Шкоков Владимир Алексеевич, врач-рентгенолог рентгенологического отделения².

Фролова Татьяна Ивановна, к.м.н., доцент кафедры факультетской терапии¹ ORCID: 0009-0005-7711-3817

¹ ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Краснодар

² ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2», Краснодар, Россия

Автор для переписки: Тихомирова Надежда Юрьевна.
E-mail: tihomirovum@rambler.ru

About authors

Tikhomirova Nadezhda Yu.^{1, 2}, PhD Med, associate professor of Dept of Faculty Therapy. ORCID:0000-0002-5031-6930

Eliseeva Lyudmila N.¹, DM Sci (habil.), professor, head of Dept of Faculty Therapy. ORCID:0000-0002-5275-3261

Belozeroval Natalia P.^{1, 2}, PhD Med, assistant professor at Faculty Therapy. ORCID: 0009-0006-8869-2217

Kameneva Elena S.^{1, 2}, PhD Med, assistant at Dept of Polyclinic Therapy with a Course of General Medical Practice (family medicine), Faculty of Advanced Education and Professional Retraining of Specialists. ORCID: 0000-0002-3720-1346

Shkokov Vladimir A., radiologist, Radiology Dept²

Frolova Tatyana I., PhD Med, associate professor at Dept of Faculty Therapy¹ ORCID: 0009-0005-7711-3817

¹ Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia

² Regional Clinical Hospital No. 2, Krasnodar, Russia

Corresponding author: Tikhomirova Nadezhda Yu. E-mail: tihomirovum@rambler.ru

Для цитирования: Тихомирова Н.Ю., Елисеева Л.Н., Белозéroва Н.П., Каменева Е.С., Шкоков В.А., Фролова Т.И. Остеопоикилия в практике врача-ревматолога. *Медицинский алфавит*. 2024; (10): 51-53. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2024-10-51-53>

For citation: Tikhomirova N. Y., Eliseeva L. N., Belozeroval N. P., Kameneva E. S., Shkokov V. A., Frolova T. I. Osteopoikilia in the practice of a rheumatologist. *Medical alphabet*. 2024; (10): 51-53. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2024-10-51-53>

DOI: 10.33667/2078-5631-2024-10-53-56

Дебют ревматоидного артрита с поражениями глаз (клиническое наблюдение)

А. И. Акулова, А. Р. Авакян, Г. Р. Долишняя, Н. М. Никитина

ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, г. Саратов, Россия

РЕЗЮМЕ

Цель исследования – продемонстрировать клинический случай дебюта ревматоидного артрита с поражениями глаз.

Материалы и методы. Проанализирован клинический случай ревматоидного артрита с нетипичным дебютом, а также проведен анализ литературы на данную тему.

Результаты. В описанном клиническом наблюдении у пациента развился двусторонний язвенный кератит, трудно поддающийся стандартному лечению, осложнившийся выпадением оболочек глаза. В связи с нетипичным течением офтальмологической патологии и неэффективностью стандартной терапии пациент был дообследован, выявлены иммунологические нарушения – серопозитивность по РФ, АЦП, анти-МЦВ. Типичная клиническая картина симметричного артрита развилась через 8 месяцев после дебюта офтальмологической патологии. Базисная терапия ревматоидного артрита оказалась эффективной не только в отношении суставной патологии, но и в предотвращении рецидивов кератита.

Заключение. Развитие поражения глаз может предшествовать суставному синдрому при РА. При ведении пациентов с рецидивирующими, двусторонними кератитами необходимо быть настороженными в отношении ревматологической патологии.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: ревматоидный артрит, системные проявления, кератит, синтетические базисные противовоспалительные препараты (БПВП), метотрексат.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Источники финансирования. Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования.



Onset of Rheumatoid Arthritis with eye manifestations (clinical case report)

A. I. Akulova, A. R. Avakian, G. R. Dolishniaia, N. M. Nikitina

Saratov State Medical University named after V. I. Razumovsky, Saratov, Russia

SUMMARY

Objective. Rheumatoid Arthritis may onset with ocular manifestations. The purpose of our work was presentation of clinical case of the onset of rheumatoid arthritis with an eye lesion.

Materials and methods. A clinical case of rheumatoid arthritis with an atypical onset was analyzed. As well, a search and review of relevant literature was performed.

Results. Patient with rheumatoid arthritis got bilateral ulcerous keratitis, refractory to conventional treatment and complicated by bilateral corneal perforation with iris prolapse. Due to the atypical clinical course of ophthalmic lesions being insusceptible of medical treatment, the patient was examined further. Laboratory immunological workup revealed positive rheumatoid factor, anti-CCP and anti-MCV antibodies. The typical symmetric presentation of arthritis developed 8 months after the onset of ophthalmic disorders. Baseline therapy of rheumatoid arthritis has demonstrated efficacy both in controlling the joint manifestations and preventing relapse of keratitis.

Conclusion. The development of eye syndrome may precede articular manifestation of rheumatoid arthritis. While managing patients with recurrent bilateral keratitis, rheumatologic pathology should be suspected.

KEYWORDS: rheumatoid arthritis, systemic manifestations, keratitis, Disease Modifying Anti Rheumatic Drugs (DMARDs), methotrexate.

CONFLICT OF INTEREST. The authors declare no conflict of interest.

Sources of financing. The authors declare no financial support for the study.

Введение

Ревматоидный артрит (РА) – аутоиммунное ревматическое заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся хроническим эрозивным артритом (синовитом) и системными поражениями внутренних органов. РА занимает одно из ведущих мест в ряду ревматических болезней по тяжести клинической картины, возможным последствиям (развития анкилозов с нарушениями функции суставов, амилоидоза почек с развитием почечной недостаточности), распространенности [1–3].

Примерно у 30–40% больных РА развиваются внесуставные (системные) проявления, наиболее частые из которых – ревматоидные узелки [4–6]. В рамках системных проявлений РА встречается и поражение глаз [5–10]. Частота поражения глаз при РА, по данным литературы, наблюдается в 2,5–27,2% [6–9]. В некоторых случаях поражение глаз может определять тяжесть состояния пациента с РА из-за угрозы потери зрения [7].

В соответствии с международными и отечественными рекомендациями терапия синтетическими базисными противовоспалительными препаратами (БПВП) должна начинаться сразу после установления диагноза (желательно в первые 3–6 месяцев от дебюта РА) [1–3]. Таким образом, крайне важна ранняя диагностика заболевания для улучшения его прогноза. Поражение глаз может развиваться в дебюте заболевания в 25–30% случаев и предшествовать развитию суставной патологии [6, 8].

Цель работы – продемонстрировать клинический случай дебюта ревматоидного артрита с поражения глаз.

Клиническое наблюдение

Пациент Б., 1961 года рождения, в ноябре 2017 года находился впервые на стационарном лечении в Клинике глазных болезней СГМУ им. В. И. Разумовского в связи с затяжным кератитом левого глаза, осложнившимся язвой роговицы. Назначалась местная противовирусная, антибактериальная терапия, системные антибактериальные

препараты (цефтриаксон 2 г/сутки внутримышечно), противовоспалительные препараты (диклофенак внутримышечно, дексаметазон внутривенно), физиотерапевтическое лечение. На фоне терапии достигнуто улучшение: заживление язвы произошло в течение двух месяцев.

В феврале 2018 года у пациента развился кератит с образованием язвы роговицы справа с перфорацией роговицы и выпадением оболочек глаза. Консервативная терапия – без эффекта. В марте было проведено оперативное лечение – неавтоматизированная послойная кератопластика правого глаза, продолжена местная противовоспалительная терапия, назначен преднизолон внутрь 20 мг в сутки с постепенным снижением дозы до полной отмены в течение 12 дней.

В конце марта 2018 года в связи с рецидивирующим двусторонним поражением глаз, недостаточным эффектом от стандартной терапии офтальмологом назначено дополнительное обследование, при котором было выявлено повышение уровня ревматоидного фактора (РФ) до 96 ед/мл (норма до 14 ед/мл), антител к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП) более 200 ед/мл (норма 0–5 ед/мл). Пациент был направлен к ревматологу.

В апреле 2018 года находился на обследовании в ревматологическом отделении ГУЗ «Областная клиническая больница» г. Саратова. Болей, припухлости, скованности в суставах на момент госпитализации и в анамнезе не было. При лабораторном обследовании выявлен положительный РФ – 85 ед/мл (норма до 14 ед/мл), антитела к модифицированному цитруллинированному виментину (анти-МЦВ) более 1000 ед/мл (норма 0–20 ед/мл), антинуклеарный фактор на Нер-2 1:160 – отрицательный (норма <1:160), антитела к двуспиральной ДНК 3,93 ед/мл (норма 0–100 ед/мл), АЦЦП более 200 ед/мл (норма 0–5 ед/мл), антинейтрофильные цитоплазматические антитела (АНЦА) (АТ к протеиназе, лактоферрину, миелопероксидазе, эластазе, катепсину G) – отрицательно, острофазовые показатели в норме. Клинических данных за ревматические заболевания выявлено не было: отсутствовали изменения со стороны суставов, внутренних органов. Пациент выписан с рекомендацией наблюдения и лечения у офтальмолога.

В июне 2018 года, через 8 месяцев после развития поражения глаз, впервые отметил появление суставного синдрома – боли в суставах, сопровождающиеся припухлостью (синовит), с симметричным поражением коленных суставов, 2, 3 пястно-фаланговых, 2, 3 проксимальных межфаланговых и лучезапястных суставов с обеих сторон. Пациента беспокоили также боли в плечевых суставах, в шейном отделе позвоночника. Утренняя скованность в суставах продолжалась в течение всего дня.

Пациент обратился к ревматологу. При обследовании: в общем анализе крови выявлены лейкоцитоз ($11 \times 10^9/\text{л}$), тромбоцитоз ($400 \times 10^9/\text{л}$), повышение СОЭ до 36 мм/ч, С-реактивный белок «+++». Был выставлен диагноз: «Ревматоидный артрит, развернутая стадия, с системными проявлениями – поражение глаз (двусторонний кератит, язва роговицы с перфорацией и выпадением оболочек глаза справа, язва роговицы в анамнезе слева), полиартрит, серопозитивный, АЦЦП позитивный, анти-МЦВ позитивный, неэрозивный, Ro 1, активность 3-й степени (DAS-28 6,1), ФК (функциональный класс) 2 ст.».

Была начата терапия малыми дозами глюкокортикоидов (ГК) в связи с высокой активностью артрита – метилпреднизолон (МП) 8 мг/сут. Был назначен метотрексат 10 мг/неделю внутрь с дальнейшим быстрым (в течение месяца) повышением дозы до 15 мг/нед. Также продолжена местная терапия, рекомендованная окулистом. В течение 3 месяцев доза метотрексата повышалась до эффективной (22,5 мг/нед.), МП постепенно был отменен. Наблюдался положительный эффект в виде полного купирования симптомов артрита. Кератит не рецидивировал.

В сентябре 2018 года в связи с повышением уровня печеночных трансаминаз до 2,5 норм ревматологом была снижена доза метотрексата до 10 мг/нед. На этом фоне – рецидив кератита. Рекомендован переход на подкожные формы метотрексата, прием гепатопротекторов, повышение дозы метотрексата до эффективной под контролем лабораторных тестов. В дальнейшем на фоне подкожного применения метотрексата 20 мг в неделю кератит не рецидивировал, явления артрита были полностью купированы. Переносимость подкожной формы метотрексата – удовлетворительная. По данным лабораторных тестов острофазовые показатели, общий анализ крови, уровень трансаминаз в норме.

Таким образом, терапия метотрексатом была эффективна не только в отношении суставного синдрома (отмечено снижение индекса DAS28 с 6,1 до 1,1 – ремиссия заболевания), но и в отношении системных проявлений (отсутствие рецидива кератита за период наблюдения – в течение 1,5 года после достижения эффективной дозы метотрексата).

Обсуждение

При ревматоидном артрите в процесс вовлекаются не только суставы, но и другие органы и системы. Поражения глаз при РА выявляются реже, чем при спондилоартритах [9, 10]. К заболеваниям глаз при РА относятся: синдром сухого глаза, склерит, эписклерит, периферический язвенный кератит, периферическое изъязвление роговицы, увеит, конъюнктивит [4–10]. Чаще глаза вовлекаются в процесс у женщин, чем у мужчин [8].

G. Zlatanović et al. проанализировали структуру поражений органа зрения у 691 пациента РА с начальными стадиями заболевания. Частота поражения органа зрения составляла 27,2%. Наиболее часто встречался сухой кератоконъюнктивит (18,03%), реже – эписклерит (5,06%), склерит (2,06%) и васкулит сетчатки (0,45%) [8]. Синдром сухого глаза является наиболее распространенным глазным проявлением РА по данным нескольких исследований [10–13], данная патология встречается с частотой от 15–25 [10, 13] до 70,7% [11]. Ревматоидный склерит некоторыми авторами считается наиболее типичным поражением глаз для пациентов с РА [13]. У 25–30% больных РА такая офтальмопатия развивается в самом начале заболевания [6–8, 13].

Некротизирующий склерит и периферический язвенный кератит считаются прогностически неблагоприятными по своему быстро прогрессирующему течению и влиянию на исход РА [6, 14–16]. Сообщается о взаимосвязи данных состояний с системным васкулитом при РА [7]. В приведенном выше клиническом наблюдении у пациента имелся двусторонний язвенный кератит с быстропрогрессирующим течением, неэффективностью стандартной терапии, что привело к развитию осложнений и необходимости хирургического лечения. Надо отметить, что у описанного пациента кератит развился не просто в дебюте заболевания, а в качестве единственного поражения более чем за полгода до манифестации артрита. В связи с этим начать системную базисную терапию в начале заболевания не представлялось возможным.

До 15–20% случаев поражения глаз при РА характеризуются развитием воспаления сосудистой оболочки глаза – увеита, самым тяжелым осложнением которого может стать полная потеря зрения [13]. У части больных могут отмечаться такие виды поражений глаз, как катаракта, глаукома [7, 8, 11].

Сообщается, что пациенты с РА, имеющие склерит, эписклерит, периферический язвенный кератит, чаще серопозитивны по сравнению с пациентами с РА и увеитом [17].

К редким поражениям глаз при РА относится конъюнктивальный ревматоидный узелок, который указывает на высокую активность РА и необходимость проведения более агрессивного лечения [18]. В литературе упоминаются такие нетипичные и редкие поражения глаз при РА, как передняя ишемическая оптическая нейропатия [19] и множественный окклюзионный артериит сетчатки обоих глаз [20].

Для лечения поражения глаз при РА и других ревматических заболеваниях используется топическое лечение цитостатиками, глюкокортикоидами (ГК) и базисное лечение синтетическими, генно-инженерными биологическими препаратами [14, 15, 21–24]. Приводятся наблюдения ремиссии язвенного кератита у пациентов с РА на фоне местной терапии ГК и циклофосфамидом, системными оральными ГК и азатиоприном [15]. Биологические агенты чаще применяются в лечении увеитов [22–24], однако есть опыт применения ритуксимаба [21] и инфликсимаба [14] при язвенном кератите и некротизирующем склерите при рефрактерности к другим препаратам. У нашего пациента топическое лечение ГК, прием преднизолона внутрь не оказали необходимо эффекта, однако терапия метотрексатом позволила купировать явления язвенного кератита и предотвратить дальнейшие обострения.

Несмотря на эру «биологической терапии», метотрексат остается золотым стандартом терапии РА [2, 25]. Данный препарат применяется для лечения воспалительных заболеваний глаз как в рамках ревматической патологии, так и без таковой [26–28]. В литературе имеются данные об эффективности применения метотрексата при увеитах [28], кератитах, склеритах, синдроме сухого глаза и других вариантах глазного повреждения при ревматических заболеваниях [26, 27]. Своевременное назначение базисной терапии при РА позволяет избежать осложнений со стороны глаз [29]. Описанный клинический случай демонстрирует трудности диагностики ревматоидного артрита с дебюта поражения глаз, необходимость осторожности в отношении его развития у пациентов с рецидивирующим воспалительным поражением глаз и иммунологическими сдвигами в крови. Показана важность использования достаточной, эффективной дозы метотрексата в лечении РА для достижения ремиссии заболевания и предотвращения рецидивов глазных проявлений.

Заключение

Развитие поражения глаз может предшествовать суставному синдрому при РА. При ведении пациентов с рецидивирующими, двусторонними кератитами необходимо быть настороженными в отношении симптомов артрита и направлять пациентов к ревматологу для дообследования. Раннее использование базисной терапии РА необходимо не только для купирования артрита, но и для лучшего контроля системных проявлений, включая поражения глаз.

Список литературы/References

1. Российские клинические рекомендации. Ревматология. Под ред. академика РАН Е.Л. Насонова. М.: GEOTAR-Media, 2020: 17–57. URL: <http://www.geotar.ru>
2. Russian clinical guidelines. Rheumatology. Ed. Academician of the Russian Academy of Sciences E. L. Nasonova. M.: GEOTAR-Media, 2020: 17–57. [In Russ.] URL: <http://www.geotar.ru>
3. Насонов Е.Л., Мазуров В.И., Каратеев Д.Е. и др. Проект рекомендаций по лечению ревматоидного артрита Общероссийской общественной организации «Ассоциация ревматологов России» (часть 1). Научно-практ. ревматология. 2014; 52(5): 477–494. <https://doi.org/10.14412/1995-4484-2014-477-494>
4. Nasonov E. L., Mazurov V. I., Karateev D. E. and others. Project: recommendations on treatment of rheumatoid arthritis developed by all-russian public organization «Association of rheumatologists of Russia» – 2014 (part 1). Rheumatology Science and Practice. 2014; 52(5): 477–494. [In Russ.] <https://doi.org/10.14412/1995-4484-2014-477-494>
5. Smolen J. S., Landewe R. B. M., Bijlsma W. J., et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2019 update. Ann Rheum Dis. 2020; 79(6): 685–699. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2019-216655>
6. Turesson C., O'Fallon WM, Crowson CS, et al. Extraarticular disease manifestations in rheumatoid arthritis: incidence trends and risk factors over 46 years. Ann Rheum Dis. 2003; 62(8): 722–7. <https://doi.org/10.1136/ard.62.8.722>
7. Cammona L, Gonzalez-Alvaro I, Balsa A, et al. Rheumatoid arthritis in Spain: occurrence of extra-articular manifestations and estimates of disease severity. Ann Rheum Dis. 2003; 62(9): 897–90. <https://doi.org/10.1136/ard.62.9.897>
8. Руднева Л.Ф., Пономарева Е.Ю. Офтальмологические проявления при ревматоидном артрите (обзор литературы). Медицинская наука и образование Урала. 2018; 3(95): 168–170. eLIBRARY ID: 35686824.
9. Rudneva L. F., Ponomareva E. Yu. Ophthalmic manifestations in rheumatoid arthritis (review of the literature). Medical Science and Education of the Urals. 2018; 3(95): 168–170. [In Russ.] eLIBRARY ID: 35686824.

10. Artifoni M., Rothschild P.R., Brézin A., Gullewin L., Puéchal X. Ocular inflammatory diseases associated with rheumatoid arthritis. Nat Rev Rheumatol. 2014; 10(2): 108–124. <https://doi.org/10.1038/nrheum.2013.185>
11. Zlatanović G., Veselinović D., Cekić S., Zivković M., Dorđević Jocić J., Zlatanović M. Ocular manifestation of rheumatoid arthritis—different forms and frequency. Bosn J Basic Med Sci. 2010; 10(4): 323–329. <https://doi.org/10.17305/bjbm.2010.2680>
12. Голяенко А.А., Разумова И.Ю. Ревматические заболевания и поражение глаз. Справочник поликлинического врача. 2014; 10: 49–52. eLIBRARY ID: 23418056.
13. Godzenko A. A., Razumova I. Yu. Rheumatic diseases and eye lesions. Hand-book of the poly-clinic doctor. 2014; 10: 49–52. [In Russ.] eLIBRARY ID: 23418056.
14. Murray PI, Rautz S. The eye and inflammatory rheumatic diseases: The eye and rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, psoriatic arthritis. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2016; 30(5): 802–825. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2016.10.007>
15. Piper H., Douglas K.M., Treharne G.J., Mitton D.L., Haider S., Kitas G.D. Prevalence and predictors of ocular manifestations of RA: is there a need for routine screening? Musculoskeletal Care. 2007; 5(2): 102–119. <https://doi.org/10.1002/msc.104>
16. Кудряшова Ю.И. Уровень антипротеолитических ферментов в слезной жидкости при синдроме сухого глаза на фоне системных заболеваний соединительной ткани. Вестн. Оренбургского гос. ун-та. 2004; 13(38): 238–239. eLIBRARY ID: 11660650.
17. Kudryashova Yu. I. Lacrimal fluid antiproteolytic enzymes level in dry eye syndrome in patients with connective tissue disorders. Bulletin of the Orenburg State University. 2004; 13(38): 238–239. [In Russ.] eLIBRARY ID: 11660650.
18. Daguno C.R., Bochnia C.R., Gehlen M. Anterior uveitis in the absence of scleritis in a patient with rheumatoid arthritis: case report. Arq. Bras. Oftalmol. 2011; 74(2): 132–133. <https://doi.org/10.1590/s0004-27492011000200014>
19. Atchia I.L., Kidd C.E., Bell R.W. J. Rheumatoid arthritis-associated necrotizing scleritis and peripheral ulcerative keratitis treated successfully with infliximab. Clin Rheumatol. 2006; 12(6): 291–293. <https://doi.org/10.1097/01.rhu.0000249766.24780.95>
20. Jifi-Bahlool H., Saadeh C., O'Connor J. Peripheral ulcerative keratitis in the setting of rheumatoid arthritis: treatment with immunosuppressive therapy. Semin Arthritis Rheum. 1995; 25(1): 67–73. [https://doi.org/10.1016/s0049-0172\(95\)80019-0](https://doi.org/10.1016/s0049-0172(95)80019-0)
21. Hata M., Nakamura T., Sotozono C., Kumagai K., Kinoshita S., Kurimoto Y. Atypical continuous keratitis in a case of rheumatoid arthritis accompanying severe scleritis. Cornea. 2012; 31(12): 1493–6. <https://doi.org/10.1097/ICO.0b013e31826218c7>
22. Caimmi C., Crowson CS, Smith WM, Matteson EL, Makol A. Clinical Correlates, Outcomes, and Predictors of Inflammatory Ocular Disease Associated with Rheumatoid Arthritis in the Biologic Era. J Rheumatol. 2018; 45(5): 595–603. <https://doi.org/10.3899/jrheum.170437>
23. Kheirkhah A., Amoli F.A., Azari A.A., Molaei S., Roobzahani M. Conjunctival nodule in rheumatoid arthritis. Int Ophthalmol. 2012; 32(1): 81–83. <https://doi.org/10.1007/s10792-012-9514-8>
24. Peric S., Cerovski B., Peric P. Anterior ischaemic optic neuropathy in patient with rheumatoid arthritis – case report. Coll. Antropol. 2001; 25: 67–70.
25. Matsuo T. Multiple occlusive retinal arteritis in both eyes of a patient with rheumatoid arthritis. Jpn J Ophthalmol. 2001; 45(6): 662–665. [https://doi.org/10.1016/s0021-5155\(01\)00410-5](https://doi.org/10.1016/s0021-5155(01)00410-5)
26. Albert M., Beltrán E., Martínez-Costa L. Rituximab in rheumatoid arthritis-associated peripheral ulcerative keratitis. Arch Soc Esp Ophthalmol. 2011; 86(4): 118–138. <https://doi.org/10.1016/j.oftal.2011.01.003>
27. Моисеев С.В. Увеит в практике ревматолога: роль ингибиторов фактора некроза опухоли а. Современ. ревматология. 2009; 4: 76–81. eLIBRARY ID: 13121738.
28. Moiseev S. V. Uveitis in a rheumatologist's practice: a role of tumor necrosis factor- α inhibitors. Modern Rheumatology Journal. 2009; 4: 76–81. [In Russ.] eLIBRARY ID: 13121738.
29. Нероев В.В., Катаргина П.А., Денисова Е.В., Старикова А.В. и др. Эффективность генно-инженерных биологических препаратов в лечении увеитов, ассоциированных с ревматическими заболеваниями у детей. Науч.-практ. ревматология. 2012; (50/4): 91–96. eLIBRARY ID: 18362806.
30. Neroyev V. V., Katargina P. A., Denisova E. V., Starikova A. V. and others. Efficacy of genetically engineered biological agents in the treatment of uveitis associated with rheumatic diseases in children. Rheumatology Science and Practice. 2012; 50(4): 91–95. [In Russ.] eLIBRARY ID: 18362806.
31. Онищенко А.Л., Колбаско А.В., Чернышева А.Д. Особенности лечения фибринозно-пластических передних увеитов. Офтальмология. 2015; 12(2): 54–58. <https://doi.org/10.18008/1816-5095-2015-2-52-56>
32. Onishchenko A. L., Kolbasko A. V., Tchernyshev A. D. Therapy of fibrinous plastic anterior uveitis. Ophthalmology in Russia. 2015; 12(2): 54–58. [In Russ.] <https://doi.org/10.18008/1816-5095-2015-2-52-56>
33. Smolen J. S., Landewe R. B. M., Bergstra S. A., Kerschbaumer A., Sepriano A., Aletaha D., et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2022 update. Ann Rheum Dis. 2023; 82(1): 3–18. <https://doi.org/10.1136/ard-2022-223356>
34. Corbiñk K., Nowatzky J. Inflammatory eye disease for rheumatologists. Curr Opin Rheumatol. 2023; 35(3): 201–212. <https://doi.org/10.1097/BOR.0000000000000933>
35. Gangaputra S., Newcomb C. W., Liesegang T. L., Kaçmaz R. O., Jabs D. A., Levy-Clarke G. A., et al. Systemic Immunosuppressive Therapy for Eye Diseases Cohort Study. Methotrexate for ocular inflammatory diseases. Ophthalmology. 2009; 116(11): 2188–98. e1. <https://doi.org/10.1016/j.ophtha.2009.04.020>
36. Ali A., Rosenbaum J. T. Use of methotrexate in patients with uveitis. Clin Exp Rheumatol. 2010; 28(5 Suppl 61): 145–50. PMID: 21044449.
37. Tong L., Thumboo J., Tan Y. K., Wong T. Y., Albani S. The eye: a window of opportunity in rheumatoid arthritis? Nat Rev Rheumatol. 2014; 10(9): 552–60. <https://doi.org/10.1038/nrheum.2014.85>

Статья поступила / Received 03.05.24

Получена после рецензирования / Revised 04.05.24

Принята к публикации / Accepted 06.05.24

Сведения об авторах

Акулова Анна Игоревна, к.м.н., ассистент кафедры госпитальной терапии лечебного факультета. ORCID: 0000-0002-8618-4300

Авакян Ангелина Робертовна, студент VI курса лечебного факультета. ORCID: 0009-0001-6489-6876

Долгашня Гульнара Раисовна, к.м.н., ассистент кафедры госпитальной терапии лечебного факультета. ORCID: 0000-0001-6327-1703

Никитина Наталья Михайловна, д.м.н., доцент, зав. кафедрой госпитальной терапии лечебного факультета. ORCID: 0000-0002-0313-1191

ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, г. Саратов

Автор для переписки: Акулова Анна Игоревна. E-mail: ann-nov@yandex.ru

About authors

Akulova Anna I., PhD Med, assistant at Dept of Hospital Therapy of Faculty of Medicine. ORCID: 0000-0002-8618-4300

Avakian Angelina R., 6th year student of Faculty of Medicine. ORCID: 0009-0001-6489-6876

Dolishniaia Gulnara R., PhD Med, assistant at Dept of Hospital Therapy of Faculty of Medicine. ORCID: 0000-0001-6327-1703

Nikitina Natalya M., DM Sci (habil.), head of Dept of Hospital Therapy of Faculty of Medicine. ORCID: 0000-0002-0313-1191

Saratov State Medical University named after V.I. Razumovsky, Saratov, Russia

Corresponding author: Akulova Anna I. E-mail: ann-nov@yandex.ru

Для цитирования: Акулова А.И., Авакян А.Р., Долгашня Г.Р., Никитина Н.М. Дебют ревматоидного артрита с поражения глаз (клиническое наблюдение). Медицинский алфавит. 2024; (10): 53–56. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2024-10-53-56>

For citation: Akulova A.I., Avakian A.R., Dolishniaia G.R., Nikitina N.M. Onset of Rheumatoid Arthritis with eye manifestations (clinical case report). Medical alphabet. 2024; (10): 53–56. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2024-10-53-56>

