

1. Насонов Е.Л., Каратеев Д.Е., Балабанова Р.М. Ревматоидный артрит. В кн.: Ревматология: Национальное руководство. Под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008;290–331.
2. Багирова Г.Г. Избранные лекции по ревматологии. М., 2008.
3. Uhlig T., Kvien T.K. Is rheumatoid arthritis disappearing? Ann Rheum Dis 2005;64:7–10.
4. Фоломеева О.М., Галушко Е.А., Эрдес Ш.Ф. Распространенность ревматических заболеваний в популяциях взрослого населения России и США. Науч.-практич ревматол 2008;4:4–13.
5. Каратеев Д.Е., Олюнин Ю.А., Лучихина Е.Л. Новые классификационные критерии ревматоидного артрита ACR/ EULAR 2010 — шаг вперед к ранней диагностике. Науч.-практич ревматол 2011;1:10–5.
6. Направления, основные мероприятия и параметры приоритетного национального проекта «Здоровье». <http://www.sartfoms.ru/normativ/nproject.htm>
7. Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г. <http://www.zdravo2020.ru/concept>
8. Arnett F.C., Edworthy S.M., Bloch D.A. et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. Arthr Rheum 1988;31:315–24.
9. Амирджанова В.Н., Горячев Д.В., Ребров А.П. и др. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 (результаты многоцентрового исследования качества жизни «МИРАЖ»). Науч.-практич ревматол 2008;1:36–48.
10. Амирджанова В.Н. Шкалы боли и НАQ в оценке пациента с ревматоидным артритом. Науч.-практич ревматол 2006;2:60–5.

Поступила 12.09.2011

А.А. Годзенко¹, И.Ю. Разумова², А.Г. Бочкова³¹Российская медицинская академия последипломного образования, ²Учреждение Российской академии медицинских наук НИИ глазных болезней РАМН, ³Учреждение Российской академии медицинских наук НИИ ревматологии РАМН, Москва

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА УВЕИТА И ЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ СПОНДИЛОАРТРИТОВ

Контакты: Алла Александровна Годзенко alla1106@mail.ru**Цель** — оценить значение клинических параметров увеита для диагностики спондилоартрита.**Материал и методы.** Обследовано 105 пациентов с увеитом, направленных офтальмологами в НИИР РАМН в 2007–2009 гг. Всем пациентам производили рентгенографию таза и поясничного отдела позвоночника, исследование на HLA-B27, объективное обследование для выявления воспалительной боли в спине, артрита, энтезита.**Результаты.** У 60 больных был подтвержден диагноз спондилоартрита (СпА): у 24 — анкилозирующий спондилит (АС), у 2 — реактивный артрит, у 38 — недифференцированный спондилоартрит. У 45 больных диагноз СпА был отвергнут. При дальнейшем обследовании этих пациентов у 2 из них диагностирована болезнь Бехчета, у 1 — саркоидоз, у 4 — токсоплазмоз, у 8 — увеит, связанный с вирусной инфекцией, у 1 — синдром Фукса, у 29 — увеит неутонченной этиологии. Односторонний увеит выявлен у 51 (85%) из 60 пациентов со СпА и у 26 (58%) из 45 без СпА ($p=0,0033$); поочередное поражение глаз — у 30 (50%) из 60 со СпА и у 4 (8,9%) из 45 без СпА ($p=0,00001$); передний увеит — у 57 (95%) из 60 пациентов со СпА и у 32 (71%) из 45 без СпА ($p=0,0017$); задний — у 6 (10%) из 60 со СпА и у 20 (44%) из 45 без СпА ($p=0,0001$); панувеит у 2 (3,3%) со СпА и у 10 (22,2%) без СпА ($p=0,0039$), острый рецидивирующий — у 15 (33,3%) из 45 без СпА и у 44 (73%) из 60 со СпА ($p=0,0001$). Возраст начала болезни до 30 лет отмечен у 38 больных со СпА и у 19 пациентов без СпА ($p=0,04$).**Вывод.** Оценка локализации и течения увеита важна для диагностики СпА, который вероятен у пациентов с острым передним односторонним увеитом с поочередным поражением глаз, начавшимся до 30 лет.**Ключевые слова:** увеит, серонегативный спондилоартрит

CLINICAL UVEITIS EVALUATION AND ITS VALUE IN THE DIAGNOSIS OF SPONDYLOARTHRITIS

A.A. Godzenko¹, I.Yu. Razumova², A.G. Bochkova³¹Russian Medical Academy of Postgraduate Education, ²Research Institute of Eye Diseases, Russian Academy of Medical Sciences, ³Research Institute of Rheumatology, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow**Contact:** Alla Aleksandrovna Godzenko alla1106@mail.ru**Objective:** to estimate the value of clinical parameters of uveitis for the diagnosis of spondyloarthritis (SA).**Subjects and methods.** One hundred and five uveitis patients referred by ophthalmologists to the Research Institute of Rheumatology, Russian Academy of Medical Sciences, in 2007–2009 were examined. X-ray study of the pelvis and lumbar spine, HLA-B27 test, and objective examination were performed in all the patients to detect inflammatory back pain, arthritis, and enthesitis.**Results.** The diagnosis of SA was verified in 60 patients: 24 had ankylosing spondylitis, 2 had reactive arthritis, and 38 had undifferentiated SA. The diagnosis of SA was discarded in 45 patients. Subsequent examination of these patients diagnosed Behr's disease in 2 of them, sarcoidosis in 1, toxoplasmosis in 4, virus infection-associated uveitis in 8, Fuchs' syndrome in 1, and unspecified uveitis in 29. There was unilateral uveitis in 51 (85%) of the 60 patients with SP and in 26 (58%) of the 45 patients without SP ($p=0,0033$); alternating eye lesion in 30 (50%) of the 60 patients with SP and in 4 (8.9%) of the 45 patients without SP ($p=0,00001$); anterior uveitis in 57 (95%) of the 60 patients with SP and in 32 of the 45 patients without SP ($p=0,0017$); posterior uveitis in 6 (10%) of the 60 patients with SP and in 20 (44%) of the 45 patients without SP ($p=0,0001$); panuveitis in 2 (3.3%) of the 60 patients with SP and in 10 (22.2%) of the 45 patients without SP ($p=0,0039$), acute recurrent uveitis in 15 (33.3%) of the 45 patients without SP and in 44 (73%) of the 60 patients with SP ($p=0,0001$). The age at onset was less than 30 years in 38 patients with SP and in 19 patients without SP ($p=0,04$).**Conclusion.** The estimation of the location and course of uveitis is important in diagnosing SP that is probable in patients with acute anterior or unilateral uveitis with alternating eye lesion, which occurred before the age of 30 years.**Key words:** uveitis, seronegative spondyloarthritis

Ревматологу нередко приходится принимать участие в обследовании, а иногда и в лечении пациентов с увеитами. Увеиты — обширная и полиморфная группа воспалительных заболеваний сосудистого тракта глаза различной этиологии и степени тяжести [1].

В зависимости от локализации патологического процесса различают передний увеит (ирит, иридоциклит, циклит, кератоувеит), периферический увеит (парспланит), задний увеит (хориоретинит, эндофтальмит) и панувеит (панофтальмит) [1].

Передний увеит включает в себя поражение роговицы, радужки и передней части цилиарного тела; кроме того, в процесс вовлекается стекловидное тело. Основные жалобы пациентов — боль в глазу, светобоязнь, слезотечение, затуманивание зрения; отмечается также гиперемия конъюнктивы. Частый симптом переднего увеита — инъекция конъюнктивы, чаще перикорнеальная. В то же время передний увеит при ювенильном хроническом артрите (ЮХА) у детей раннего возраста может протекать малосимптомно, не вызывая боли и конъюнктивальной инъекции [2]. При биомикроскопии выявляется опалесценция влаги передней камеры глаза вследствие наличия в ней плавающих воспалительных клеток. Клеточные элементы, склеенные фибрином, могут оседать на задней поверхности роговицы с образованием преципитатов.

Из-за наличия воспалительного экссудата в передней камере глаза возникают задние синехии (склеивание зрачкового края радужки с передней капсулой хрусталика) и передние синехии (сращения в области корня радужной оболочки). Воспаление высокой интенсивности сопровождается помутнением влаги передней камеры за счет множества воспалительных клеток и образования гипопиона (осадка на дне передней камеры глаза с горизонтальным уровнем).

В стекловидном теле также выявляются воспалительные клетки, вызывающие его помутнение. Источник белка и воспалительных клеток — не само стекловидное тело, а цилиарное тело, сосудистая оболочка и сетчатка.

Периферический увеит характеризуется поражением плоской части цилиарного тела (*pars plana*), периферии сетчатки и периферической части сосудистой оболочки глаза. При периферическом увеите (парспланите) жалобы часто отсутствуют, и заболевание выявляется случайно.

Задний увеит — это воспаление сосудистой оболочки и сетчатки: хориоретинит (очаговый, мультифокальный, диссеминированный, эндофтальмит), нейроретинит. У пациентов с задним увеитом наиболее частыми симптомами являются фотопсии (вспышки и мерцания перед глазами), метаморфопсии (искаженное зрительное восприятие величины и формы предметов), макropsии и микропсии. Задний увеит нередко является причиной снижения зрения, а иногда и слепоты. Связано это с активным воспалительным процессом в сетчатке и зрительном нерве. Наиболее частыми находками на глазном дне при воспалительных заболеваниях являются кистовидный или диффузный отек сетчатки в макулярной зоне, наличие хориоидального и/или ретинального инфильтрата, геморрагий или ишемии сетчатки. Возникшая ишемия может послужить причиной развития неоваскуляризации сетчатки или хориоидеи (субретинальная неоваскулярная мембрана).

При поражении двух и более отделов глаза говорят о пануевите. В большинстве случаев речь может идти только о преимущественной локализации воспаления, так как

отдельные части увеального тракта не реагируют на воспалительный процесс отдельно. Кроме того, тесная анатомическая связь увеального тракта со стекловидным телом, сетчаткой, зрительным нервом приводит к распространению воспалительного процесса на прилежащие структуры глаза.

Увеит считается острым, если длится менее 3 мес; подострым, если глазное воспаление персистирует в течение 3 мес и более; хроническим, когда ремиссии чередуются с рецидивами [1].

Увеит может быть односторонним, если в данный период поражается только один глаз (даже если рецидив имеет место в контралатеральном глазу), или двусторонним, если оба глаза поражаются одновременно.

Воспаление глаз, так же как и суставов, может быть вызвано множеством различных факторов. В основе развития увеита могут лежать инфекции, системные аутоиммунные заболевания, ограниченные воспалительные заболевания глаз, опухоли, протекающие под маской увеита.

Среди ревматических заболеваний увеит наиболее часто наблюдается при спондилоартритах (СПА). Частота развития увеита при анкилозирующем спондилите (АС) составляет 20–40% [1, 3], при реактивном артрите (РеА) — 20–33% [4, 5], при СПА, ассоциированных с хроническими воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК), — 3–11% [6], при псориатическом артрите (ПсА) — 18–31% [7]. С 2009 г. увеит является одним из признаков, применяемых для ранней диагностики СПА [8]. Известно, что увеит может за много лет предшествовать первым проявлениям СПА или дебютировать на фоне малосимптомно протекающего СПА, а также быть изолированным синдромом, ассоциированным с носительством антигена гистосовместимости HLA-B27. Так, по данным исследования, проведенного в офтальмологической клинике Мадрида, у 41% пациентов с увеитом впервые был диагностирован СПА [9]. Указание на увеит в анамнезе приобретает особое значение для диагностики СПА у пациентов со слабо выраженными болью в спине и лабораторными признаками воспаления и побуждает клиницистов к активному поиску других признаков СПА — сакроилиита, наличия HLA-B27 и др.

В процессе обследования пациентов важно знать и правильно интерпретировать основные клинические параметры увеита: локализацию воспалительного процесса (ирит, иридоциклит, хориоретинит), характер течения (острый, рецидивирующий, хронический, одно- или двусторонний), возраст начала заболевания. Известно, что при HLA-B27-ассоциированном увеите воспаление первично поражает передний отрезок глаза. В процесс могут поочередно вовлекаться оба глаза, однако во время очередной атаки, как правило, поражается один глаз. Увеит начинается остро и обычно длится меньше 3 мес, но отличается склонностью к рецидивированию [3]. Двусторонний увеит, часто сопровождающийся гипопионом, вовлечением в процесс задних сегментов глаза в виде периваскулита сетчатки, характерен для болезни Бехчета [10]. Первичное поражение задних отделов глаза (хориоретинит, нейроретинит) требует исключения инфекции, системной сосудистой патологии или может быть обусловлено изолированным ретинальным васкулитом [2].

Цель данной работы — продемонстрировать значимость оценки клинических проявлений увеита для диагностики СПА.

Материал и методы

Обследовано 105 пациентов с различными формами увеитов, направленных офтальмологами на консультацию в НИИР РАМН в период с 2007 по 2009 г. с целью установления природы увеита и выявления возможного ревматического заболевания. Это были пациенты с длительным рецидивирующим течением увеита, а также с сопутствующими жалобами, которые, по мнению офтальмолога, могли иметь отношение к ревматической патологии.

У каждого пациента на основании данных офтальмологического обследования и опроса детально оценивались следующие клинические параметры увеита: возраст начала (до или после 30 лет), локализация воспаления (передний или задний отрезок глаза, панувеит, одно- или двусторонний увеит, поочередное поражение глаз), характер течения увеита (острый рецидивирующий или хронический вялотекущий).

Для выяснения природы увеита тщательно изучались данные медицинской документации и анамнеза. Особое внимание обращалось на признаки, характерные для СпА. Учитывался семейный анамнез по псориазу, воспалительным заболеваниям глаз, кишечника, хроническим воспалительным заболеваниям позвоночника и суставов. При расспросе и обследовании пациентов целенаправленно выявлялись следующие признаки: воспалительная боль в спине, энтезит (особенно пяточных костей), дактилит («сосискообразная» деформация пальца), псориатическое поражение кожи и ногтей, артрит (преимущественно асимметричное поражение суставов нижних конечностей). Воспалительная боль в спине определялась на основании следующих признаков: боль в спине продолжительностью не менее 3 мес, начало боли в возрасте до 40 лет, постепенное начало боли, уменьшение боли после физических упражнений и усиление во время отдыха, ночная боль, уменьшающаяся после пробуждения [8]. С целью исключения воспалительных заболеваний кишечника и урогенитального тракта пациентов при необходимости осматривали уролог, гинеколог, проктолог, им производили колоноскопию, исследование соскоба из уретры или цервикального канала на хламидии, копрокультуры на носительство бактерий кишечной группы (иерсиний, шигелл, сальмонелл, клебсиелл). Для выполнения микробиологических исследований больных направляли в НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф. Гамалеи. Кроме того, пациентов обследовали на наличие инфекций, которые могут быть этиологическими факторами увеита: токсоплазмоза, туберкулеза, вируса герпеса, цитомегаловируса, для чего производились соответствующие серологические и кожные тесты. При необходимости больных консультировали в специализированных учреждениях (НИИ туберкулеза, Городской центр по токсоплазмозу).

Всем больным производили рентгенографию таза, грудной клетки; 16 пациентам, у которых отсутствовали рентгенологические признаки сакроилиита, но имелись клинические симптомы, свойственные СпА, выполнена магнитно-резонансная томография (МРТ) крестцово-подвздошных суставов. Определение антигена гистосовместимости HLA-B27 производилось стандартным микролимфоцитотоксическим методом с использованием антисывороток к группе «B7-cross-реагирующих» антигенов, включая HLA-B7, -B13, -B22, -B27, -B40 (ЗАО «Гисанс», Санкт-Петербург), к.м.н. И.А. Гусевой в лаборатории генетики (руководитель — д.м.н. профессор В.А. Мякоткин).

Результаты

В результате комплексного обследования 105 пациентов с увеитом у 60 были диагностированы различные варианты СпА: у 24 человек — АС, у 2 — РеА, у 38 — недифференцированный СпА (нСпА). У 45 пациентов диагноз СпА был исключен. При дальнейшем обследовании у 2 из этих пациентов была диагностирована болезнь Бехчета, у 1 — саркоидоз, у 4 — токсоплазмоз, у 10 — вирусный увеит, у 1 — синдром Фукса (идиопатический гетерохромный циклит), у 27 больных происхождение увеита осталось неуточненным.

У большинства пациентов со СпА (38 из 60, т. е. 60%) дебют увеита состоялся в возрасте до 30 лет, что было достоверно чаще по сравнению с пациентами, у которых СпА был исключен (19 из 45, т. е. 42%; $p=0,04$). Односторонний увеит был выявлен у 51 (85%) из 60 больных со СпА и у 26 (58%) из 45 больных без СпА ($p=0,003$). Также достоверно чаще среди больных со СпА отмечалось поочередное поражение глаз (то правого, то левого) во время атак увеита — у 30 (50%) из 60 пациентов, в то время как среди 45 больных без СпА — только у 4 (8,9%; $p=0,00001$). Поражение передних отделов глаза (иридоциклит) наблюдалось у 57 (95%) из 60 больных со СпА, что было достоверно чаще, чем в группе больных без СпА, где передний увеит был у 32 (71%) из 45 больных ($p=0,0017$). Напротив, поражение задних отделов глаза (хориоретинит, ангиит сосудов сетчатки, нейроувеит) в группе больных со СпА выявлялось достоверно реже — всего у 6 (10%) из 60 человек, в то время как среди больных без СпА — у 20 (44%) из 45 человек ($p=0,0001$). Панувеит с поражением двух и более отделов глаз также достоверно реже диагностировался у больных со СпА — всего у 2 (3,3%) из 60 пациентов, среди больных без СпА — у 10 (22,2%) из 45 ($p=0,0039$). Характер течения воспалительного процесса в глазах также различался у больных со СпА и без него. У большинства пациентов со СпА (44 из 60, т. е. 73%) наблюдались острые рецидивирующие атаки увеита; среди больных без СпА такое течение увеита было отмечено достоверно реже — у 15 (33,3%) из 45 человек ($p=0,0001$). У преобладающего большинства пациентов, не имеющих СпА, увеит характеризовался затяжным хроническим течением. HLA-B27 был выявлен у большинства пациентов со СпА — 49 человек (81%); у больных без СпА — только у 9 (20%) ($p=0,0001$).

Основные клинические характеристики увеита у пациентов со СпА и без него отражены в таблице.

Обсуждение

Анализ клинических проявлений увеита у пациентов, направленных офтальмологами в НИИР РАМН, выявил ряд особенностей, позволяющих предположить СпА. В большинстве случаев СпА диагностировался у пациентов с началом увеита в молодом возрасте (до 30 лет). Воспаление глаз у этих больных характеризовалось рецидивирующими атаками острого увеита с поражением переднего отдела одного глаза. Особенностью увеита при СпА было также поочередное поражение глаз во время обострений. Напротив, у пациентов с неподтвердившимся СпА увеит дебютировал, как правило, после 30 лет, протекал в виде хронического воспаления с частым вовлечением задних отделов глаз. В этой группе пациентов чаще, по сравнению с группой СпА, наблюдались панувеит, двусторонний увеит. У большинства пациентов со СпА, в отличие от больных без СпА, выявлен HLA-B27-антиген, что подтверждает известные данные о высокой вероятности обнаружения СпА у лиц с HLA-B27-позитивным острым передним увеитом [11].

Клиническая характеристика увеита у больных со СпА и без него, n (%)

Характеристика увеита	Больные со СпА (n=60)	Больные без СпА (n=45)	p
Дебют до 30 лет	38 (60)	19 (42)	0,04
Одностороннее поражение глаз	51 (85)	26 (58)	0,003
Поочередное поражение глаз	30 (50)	4 (8,9)	0,0001
Передний увеит	57 (95)	32 (71)	0,0017
Задний увеит	6 (10)	20 (44)	0,0001
Панувеит	2 (3,3)	10 (22,2)	0,0039
Острый рецидивирующий увеит	44 (73)	15 (33,3)	0,0001
HLA-B27 (+)	49 (81)	9 (20)	0,0001

Полученные данные согласуются с результатами работы М. Huntinen и соавт., которые изучали роль HLA-B27-антигена в дифференциальной диагностике увеита [12]. Из 220 пациентов с увеитом HLA-B27-антиген был выявлен у 71% больных с передним увеитом и только у 7% с периферическим, задним или панувеитом, а также у 82% пациентов с острым или рецидивирующим односторонним увеитом и только у 7–12% — с хроническим и/или двусторонним увеитом. В группе пациентов с HLA-B27-положительным острым передним увеитом (ОПУ) у 20% диагностирована та или иная форма СпА.

По мнению авторов, тестирование на HLA-B27 является малоинформативным, если увеит является двусторонним и/или хроническим либо воспаление локализовано в задних отделах глаза. Напротив, при одностороннем ОПУ HLA-типирование оправдано: как известно, более половины всех пациентов с HLA-B27-положительным ОПУ имеют определенный АС или отдельные признаки СпА: сакроилиит, энтезит или артрит [11, 13, 14]. В связи с этим у пациента с рецидивирующим передним увеитом, особенно в сочетании с указаниями в анамнезе на боль в нижней части спины, энтезопатиями, ВЗК или псориазом, положительный HLA-B27 является ключом к постановке диагноза СпА. Клиническая характе-

ристика увеита приобретает особую важность при невозможности HLA-типирования, когда только на основании течения и локализации увеита можно предположить диагноз СпА.

Таким образом, у пациентов с односторонним рецидивирующим ОПУ с поочередным поражением глаз оправдано дальнейшее обследование с целью выявления признаков СпА и определения его нозологической принадлежности: исследование на HLA-B27, рентгенография или МРТ таза и позвоночника (см. рисунок). Для пациентов с двусторонним хроническим задним увеитом или панувеитом подобные исследования, скорее всего, малоинформативны. В подобной ситуации более целесообразно сосредоточиться на поиске

инфекции, опухоли или неврологического заболевания.

Приводим два клинических примера, иллюстрирующих проявления увеита при разных заболеваниях.

Пациент III. 36 лет, впервые обратился в НИИР РАМН в 2005 г. по направлению из НИИ глазных болезней. Из анамнеза известно, что в течение 15 лет у пациента отмечались атаки увеита, во время которых поражался то левый, то правый глаз. Эпизоды увеита рецидивировали в среднем один раз в год, продолжались не более месяца, сопровождалась болью и покраснением глаза, светобоязнью, иногда — субфебрильной температурой. Увеит купировался противовоспалительными и циклоплегическими каплями и субконъюнктивальным введением глюкокортикоидов. По данным медицинской документации, предоставленной офтальмологом, выявлены признаки активного иридоциклита левого глаза (инъекция глазного яблока, мелкие преципитаты на эндотелии роговицы, отек радужки) и осложнения повторных атак увеита (задние синехии, помутнение хрусталика, деструкция стекловидного тела). Изменений со стороны глазного дна обоих глаз не отмечено.

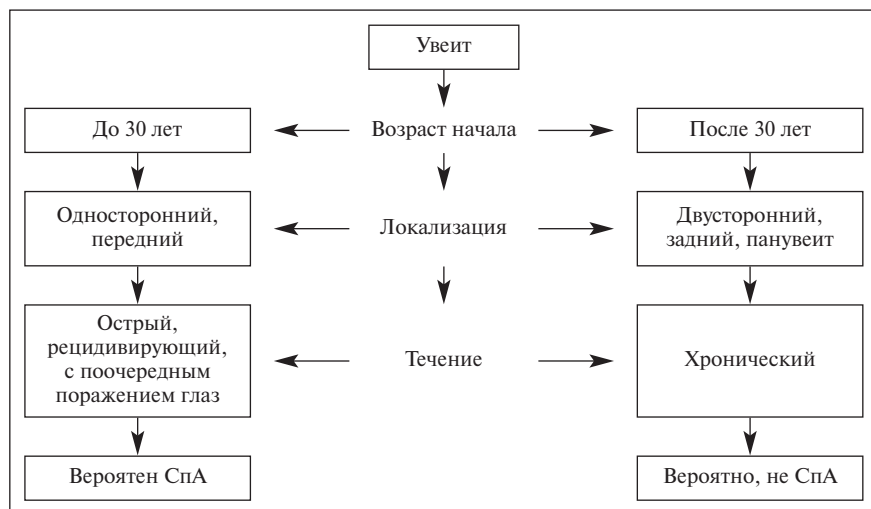
При расспросе пациента выяснилось, что примерно с 25 лет он отмечает боль и скованность в нижней части спины, наиболее выраженную в утреннее время, иногда боль беспокоила ночью, однако к врачам по поводу боли в спине он не обращался и не обследовался.

При осмотре: изменение осанки в виде сглаженного поясничного лордоза, усиления грудного кифоза. Функциональные тесты выявили ограничение подвижности в поясничном и грудном отделах позвоночника. Периферические суставы не изменены.

СОЭ — 30 мм/ч, СРБ — 28 мг/л, HLA-B27-положительный. Другие лабораторные тесты — без изменений.

На рентгенограмме таза — двусторонний сакроилиит III стадии по Келлгрену. На рентгенограмме поясничного отдела позвоночника — квадратизация тел позвонков, единичные синдесмофиты.

Поставлен диагноз: анкилозирующий спондилит, HLA-B27-ассоциированный, с поражением позвоночника (воспале-



Значение оценки клинической картины и течения увеита в диагностике СпА

тельная боль, ограничение подвижности в грудном и поясничном отделах, квадратизация тел позвонков и синдесмофиты в поясничном отделе), двусторонний сакроилиит III стадии, с внескелетными проявлениями (рецидивирующий увеит), активность умеренная.

У данного пациента с неярко выраженной симптоматикой со стороны осевого скелета наблюдалось типичное для СпА течение увеита: рецидивирующий острый передний увеит с поочередным поражением глаз, начавшийся в возрасте до 30 лет, до начала спондилита. Характерные клиническая картина и течение увеита позволили заподозрить, а затем подтвердить диагноз АС.

Больная Д., 61 года, направлена на консультацию в НИИР РАМН офтальмологом. Из анамнеза известно, что пациентка страдает сахарным диабетом. В течение года появился «туман» перед глазами, снижение остроты зрения. Данные биомикроскопии глаз: в передних отрезках патологических изменений не выявлено. На глазном дне обоих глаз выявлены хориоретинальные воспалительные фокусы с нечеткими границами — мультифокальный хориоретинит.

Характер поражения глаз у данной пациентки (хронический двусторонний задний увеит, начавшийся в возрасте 60 лет) свидетельствовал не в пользу СпА или другого ревматического заболевания, что было подтверждено обследованием.

При осмотре патологических изменений со стороны суставов не выявлено. Движения в позвоночнике соответствовали возрастной норме. HLA-B27 отрицательный. На рентгенограмме таза признаков сакроилиита не выявлено.

При дальнейшем обследовании обнаружены антитела к токсоплазме в высоком титре.

Вывод

Правильная оценка локализации и течения увеита может способствовать выявлению СпА. Сочетание таких признаков, как начало увеита в возрасте до 30 лет, одностороннее поочередное поражение переднего отрезка глаза, острое рецидивирующее течение увеита, имеет положительную предсказательную ценность для диагностики СпА.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кацнельсон Л.А., Танковский В.Э. Увеиты (клиника, лечение). М.: 4-й филиал Воениздата, 2003.
2. Катаргина Л.А., Архипова Л.Т. Увеиты: патогенетическая иммуносупрессивная терапия. Тверь: Триада, 2004.
3. Abel G.S., Terry J.E. Ankylosing spondylitis and recurrent anterior uveitis. Am Optom Assoc 1991;62:844–8.
4. Ковалев Ю.Н., Ильин И.И. Болезнь Рейтера. Челябинск: Вариант-книга, 1993.
5. Conway R.M., Graham S.L., Lasser M. Incomplete Reiter's syndrome with focal involvement of the posterior segment. Aust N Z J Ophthalmol 1995;23(1):63–6.
6. Адлер Г. Болезнь Крона и язвенный колит. М.: ГЭОТАР-Мед, 2001.
7. Lambert J.R., Wright V. Eye inflammation in psoriatic arthritis. Ann Rheum Dis 1976;35(4):354–6.
8. Sieper J., Rudwaleit M., Baraliacos X. The Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS) handbook: a guide to assess spondyloarthritis. Ann Rheum Dis 2009;68(Suppl. II):ii3.
9. Fernandez-Melon J., Munoz-Fernandes S., Hidalgo V. et al. Uveitis as the initial clinical manifestation in patients with spondyloarthropathies. Rheumatology 2004;31(3):524–7.
10. Алекберова З.С. Болезнь Бехчета. М., 2007.
11. Rosenbaum J.T. Acute anterior uveitis and spondyloarthropathies. Rheum Dis Clin North Am 1992;18(1):143–51.
12. Huhtinen M., Karma A. HLA-B27 typing in the categorization of uveitis in HLA-B27 rich population. Br J Ophthalmol 2000;84:413–6.
13. Feltkamp T.E., Ringrose J.H. Acute anterior uveitis and spondyloarthropathies. Curr Opin Rheumatol 1998;10(4):314–8.
14. Careless D.J., Inman R.D. Acute anterior uveitis: clinical and experimental aspects. Semin Arthr Rheum 1995;24(6):432–41.

Поступила 07.06.2011

Е.С. Цветкова, Л.Н. Денисов

Учреждение Российской академии медицинских наук Научно-исследовательский институт ревматологии РАМН, Москва

СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ – НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ

Контакты: Лев Николаевич Денисов socrat@irramn.ru

Цель: оценить эффективность и безопасность комплекса «Зинаксин–глюкозамина сульфат» (ЗГС) в сопоставлении с мелоксикамом у больных остеоартрозом коленных суставов (ОАКС).

Материал и методы. В открытое рандомизированное 12-недельное проспективное клинично-инструментальное исследование было включено 40 пациентов с двусторонним ОАКС I–IV рентгенологических стадий по Kellgren и Lowrence.

В процессе исследования в динамике (до лечения, через 4 и 12 нед) проводили оценку индекса WOMAC и данных УЗИ коленных суставов.

Результаты. На фоне приема ЗГС и мелоксикама значительно уменьшились основные симптомы ОАКС. Аналогичный эффект достигался на 4-й неделе лечения и нарастал на протяжении всего периода исследования. Выявлено достоверное уменьшение скованности ($p < 0,001$) в обеих группах, что косвенно подтверждало наличие противовоспалительного действия у сравниваемых препаратов. Динамика индекса WOMAC по шкале функциональной активности и суммарного индекса WOMAC свидетельствовала о возрастании положительного действия ЗГС и мелоксикама. По общей оценке результатов лечения при приеме ЗГС улучшение и значительное улучшение отмечены в 100% случаев, на фоне приема мелоксикама установлено отсутствие эффекта у 5,3% пациентов. Противовоспалительное действие ЗГС и мелоксикама подтверждено данными УЗИ коленных суставов. **Заключение.** Анальгетический и противовоспалительный эффект комплекса ЗГС сопоставим с таковым мелоксикама по влиянию на боль, скованность и функциональную активность. УЗИ коленных суставов, выполнявшееся в динамике, подтверждает наличие у ЗГС противовоспалительных свойств. Высокая эффективность ЗГС сочетается с отсутствием побочных реакций. Комплекс ЗГС может быть рекомендован в качестве альтернативного лечения при ОАКС.

Ключевые слова: остеоартроз коленных суставов, комплекс «Зинаксин с глюкозамином», индекс WOMAC