



СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ CASE REPORT

Случай из практики
УДК 617.713

DOI: <https://doi.org/10.25276/2410-1257-2024-4-89-92>

© Зайнутдинова Г.Х., Саитова Г.Р., Сагадатова Н.М., 2024

Клинический случай неинфекционного периферического язвенного кератита

Г.Х. Зайнутдинова, Г.Р. Саитова, Н.М. Сагадатова

Уфимский НИИ глазных болезней ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, Уфа, Россия

РЕФЕРАТ

В статье приводится случай периферического язвенного кератита (ПЯК), впервые развившегося у пациентки Е., 58 лет, которая около 1,5 года страдала ревматоидным артритом (РА). Среди всех периферических кератитов около половины случаев ПЯК приходится на системные аутоиммунные заболевания, при РА – в 1,4% случаев. Патогенетически ориентированным лечением аутоиммунного процесса остается применение препаратов глюкокортикостероидов (ГКС) локально или системно. Однако по поводу раннего назначения препаратов ГКС локально до сих пор нет единого мнения. Назначение пациентке инстилляций в конъюнктивальную полость 0,1% раствора фторметолона на ранней стадии ПЯК, наряду с коррекцией лечения РА, привело к купированию воспаления в роговице. Совместное взаимодействие офтальмолога и ревматолога при лечении неинфекционного ПЯК, развившегося при РА, позволяет остановить прогрессирование воспалительного процесса до тяжелых проявлений с перфорацией роговицы.

Ключевые слова: периферический язвенный кератит, ревматоидный артрит, кортикостероиды

Для цитирования: Зайнутдинова Г.Х., Саитова Г.Р., Сагадатова Н.М. Клинический случай неинфекционного периферического язвенного кератита. Точка зрения. Восток – Запад. 2024;11(4): 89–92.
DOI: <https://doi.org/10.25276/2410-1257-2024-4-89-92>

Автор, ответственный за переписку: Гузель Халитовна Зайнутдинова, gusel.zai@yandex.ru

Case report

A clinical case of non-infectious peripheral ulcerative keratitis

G.H. Zainutdinova, G.R. Saitova, N.M. Sagadatova

Ufa Eye Research Institute, Ufa, Russia

ABSTRACT

The article presents a case of peripheral ulcerative keratitis (PUK) that first developed in a 58-year-old female patient E., who had been suffering from rheumatoid arthritis for about 1.5 years. Among all peripheral keratitis, about half of the cases of PUK are due to systemic autoimmune diseases. The development of PUK in patients with rheumatoid arthritis occurs in 1.4% of cases. The pathogenetically oriented drug for the treatment of the autoimmune process remains the use of glucocorticosteroids (GCS) locally or systemically. However, there is still no consensus on the early prescription of GCS locally. The prescription of 0.1% fluorometholone solution instillations into the conjunctival cavity of the patient at the early stage of PUK along with the correction of rheumatoid arthritis treatment led to the relief of inflammation in the cornea. Thus, the joint interaction of an ophthalmologist and a rheumatologist in the treatment of non-infectious peripheral ulcerative keratitis that developed with rheumatoid arthritis makes it possible to stop the progression of the inflammatory process to severe manifestations with corneal perforation.

Key words: peripheral ulcerative keratitis, rheumatoid arthritis, corticosteroids

For quoting: Zainutdinova G.H., Saitova G.R., Sagadatova N.M. A clinical case of non-infectious peripheral ulcerative keratitis. Point of view. East – West. 2024;11(4): 89–92. DOI: <https://doi.org/10.25276/2410-1257-2024-4-89-92>

Corresponding author: Guzel H. Zainutdinova, gusel.zai@yandex.ru

ВВЕДЕНИЕ

Периферический язвенный кератит (ПЯК) – серьезное, угрожающее зрению состояние, которое характеризуется развитием острого деструктивного процесса на роговице с дефектом эпителия и стромы независимо от его этиологии. Среди всех пе-

риферических кератитов почти половина случаев ПЯК развиваются при системных аутоиммунных заболеваниях [1]. ПЯК может развиваться на любой стадии уже имеющегося системного заболевания и указывать на его обострение, а также быть первым симптомом еще не диагностированного системного процесса [2]. Возникновение ПЯК у пациентов с сопутствующим аутоиммунным заболеванием указывает на значительную тяжесть тече-



Рис. 1. Фото правого глаза пациентки Е., 58 лет. До лечения. Диагноз: OD – периферический язвенный кератит при ревматоидном артрите.

Fig. 1. Photo of the right eye of patient E., 58 years old. Before treatment. Diagnosis: OD – peripheral ulcerative keratitis in rheumatoid arthritis

ния основного системного заболевания. При этом прогрессирование стромального лизиса может приводить к перфорации роговицы [3, 4].

Частота встречаемости этой патологии колеблется в пределах 0,2–3,0 случая на 1 млн населения [5, 6]. В 85% случаев ПЯК имеет двусторонние проявления, в 15% – односторонние [7].

Более 50% пациентов с ПЯК имеют в анамнезе такие системные заболевания, как ревматоидный артрит (РА), гранулематоз с полиангиитом и красная волчанка [8–12]. Частота встречаемости различных глазных поражений у пациентов с такой сопутствующей системной патологией, как РА, по данным разных авторов, в исследованных ими популяциях находилась в пределах 27–39% [13, 14].

Поражения глаз могут быть дебютом РА в 25–30% случаях [15, 16], у пациентов с РА развитие ПЯК отмечается в 1,4% случаев [17]. Из других наиболее частых офтальмологических проявлений РА у пациентов с ПЯК следует отметить развитие в 25–70% случаев синдрома «сухого глаза» и сухого кератоконъюнктивита [18, 19].

Первым врачом пациента с ПЯК чаще всего становится офтальмолог, который должен решить вопрос о назначении патогенетически ориентированного лечения. При аутоиммунной этиологии процесса для подавления воспаления общепринятым является локальное или системное применение препаратов глюкокортикоидов (ГКС). Однако по поводу раннего местного назначения препаратов ГКС мнения исследователей до сих пор неоднозначны. Некоторые из них не согласны с ранним назначением препаратов ГКС локально, которые, как известно, ингибируя пролиферацию фибробластов, могут замедлить эпителизацию эрозиро-

ванной роговицы и при прогрессировании привести к ее перфорации [16]. В то же время, по наблюдениям Е.А. Дроздовой (2024), кратковременное локальное применение ГКС останавливало кератолизис у пациентов с системным заболеванием – аутоиммунным васкулитом и ПЯК в сочетании со склеритом [20]. При тяжелом течении ПЯК с угрозой перфорации более успешным является применение высоких доз ГКС системно, что уже на 2–3-и сутки останавливало прогрессирование лизиса роговицы [20].

Без сомнений, предотвратить рецидивы или достичь быстрого купирования прогрессирования ПЯК возможно только при контроле системного аутоиммунного процесса ревматологом. При отсутствии эффективности базисных препаратов кортикостероидов препаратами выбора могут стать генно-инженерные биологические препараты: Этанерцепт, Ритуксимаб, Инфликсимаб и др. [21].

ЦЕЛЬ

Целью нашего сообщения является ознакомление офтальмологов и клинических ординаторов с клиническим случаем неинфекционного ПЯК у пациентки, страдающей системным ревматическим заболеванием – РА.

Клинический случай

В консультативно-поликлиническом отделении Уфимского НИИ глазных болезней ФГБУ ВО БГМУ Минздрава России находилась под нашим наблюдением пациентка Е., 58 лет, с диагнозом «неинфекционный ПЯК», которая в течение 1,5 года страдает РА.

Из анамнеза: около 4 дней назад появились боли режущего характера и дискомфорт в правом глазу, по поводу чего обратилась к офтальмологу районной поликлиники. Инстилляцией назначенного врачом 0,3% раствора офлоксацина в течение 3 дней были неэффективными.

В этот же период пациентка отмечает ухудшение общего состояния: усиление болевого синдрома, скованность и ограничение подвижности в ногах. Находится под наблюдением ревматолога 1,5 года с диагнозом «РА, активность умеренная DAS 28 = 4,1, серопозитивный, АЦЦП положительный, развернутая стадия R, стадия II». Постоянно принимает нестероидные противовоспалительные препараты (Бикситор), противоревматический препарат Арава и нерегулярно Метипред. В 2021 г. перенесла коронавирусную инфекцию COVID-19.

Офтальмологический статус на момент осмотра: Vis OD = 0,3, с корр. sph –0,25 дптр cyl. –0,75 дптр ax 75° = 0,7; Vis OS = 0,9. Показатели авторефрактометрии: OD – sph –0,25 дптр cyl. –0,75 дптр ax 75°; OS – sph +0,25 дптр. Показатели внутриглазного давления: OD – 15,4 мм рт.ст., OS – 17 мм рт.ст. (Торсон).

При биомикроскопии OD: глазница сформирована правильно, движения глазного яблока в полном объеме, девиации не отмечается. Слезные пути проходимы. Умеренная инъекция конъюнктивы склеры, на роговице по периферии в верхнем секторе у лимба с 22 до 13 часов серповидной формы белого цвета инфильтрат с частичным поверхностным изъязвлением шириной около 0,5 мм (рис. 1). Передняя камера средней глубины. Зра-

чок средней ширины, реакция на свет живая. Факосклероз. Стекловидное тело прозрачное. Глазное дно: диск зрительного нерва бледно-розовый, границы четкие, артерии и вены сетчатки среднего калибра, макула не изменена, сетчатка прилежит.

Биомикроскопия OS: глазница сформирована правильно, движения глазного яблока в полном объеме, девиации не отмечается. Слезные пути проходимы. Конъюнктив бледно-розовая. Роговица прозрачная. Передняя камера средней глубины. Зрачок средней ширины, реакция на свет живая. Факосклероз. Стекловидное тело прозрачное. Глазное дно: диск зрительного нерва бледно-розовый, границы четкие, артерии и вены сетчатки среднего калибра, макула не изменена, сетчатка прилежит.

Учитывая, что пациентка страдает системным ревматическим заболеванием, ей назначили следующее лечение. Местно в правый глаз – инстилляцией глазных капель 0,1% раствора Фторметолона (Флоас-моно) 3 раза в день в течение 2 недель, затем 0,01% раствора сульфатированных гликозаминогликанов (Баларпан) 3 раза в день, раствор витамина-А-пальмитата 250 МЕ (ВитА-Пос) 3 раза в день. Пациентка в срочном порядке направлена к ревматологу для коррекции лечения системного заболевания – РА. Была госпитализирована ревматологом на стационарный курс лечения.

При повторном обращении к офтальмологу через 2 недели пациентка жалоб не предъявляла. Объективный осмотр правого глаза пациентки воспалительных явлений не выявил. Глаз спокоен, конъюнктив бледно-розовая, на роговице у лимба в верхнем секторе нежная полоска помутнения. Глуболежащие среды прозрачные. Левый глаз – здоров (рис. 2).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Своевременное назначение патогенетически ориентированной локальной глюкокортикостероидной терапии неинфекционного ПЯК офтальмологом и усиление лечения системного ревматического заболевания – РА ревматологом позволило остановить прогрессирование воспалительного процесса в роговице – ПЯК.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Tauber J, Sainz de la Maza M, Hoang-Xuan T, Foster CS. An analysis of therapeutic decision making regarding immunosuppressive chemotherapy for peripheral ulcerative keratitis. *Cornea*. 1990;9: 66–73.
2. Swierczynska M, Tronina A, Mrukwa-Kominek E. Peripheral Ulcerative Keratitis Associated with Autoimmune Diseases. WRITTEN BY/Open access peer-reviewed chapter/Submitted: 01 June 2023. Reviewed. doi: 10/5772/intechopen.112140
3. Gupta Y, Kishore A, Kumari P, Balakrishnan N, Lomi N, Gupta N, Vanathi M, Tandon R. Peripheral ulcerative keratitis. *Surv Ophthalmol*. 2021;66(6): 977–998. doi: 10.1016/j.survophthal.2021.02.013/
4. Fu L, Jones S. Peripheral Ulcerative Keratitis. April 20, 2023. StatPearls [Internet].
5. McKibbin M, Isaacs JD, Morrell AJ. Incidence of corneal melting in association with systemic disease in the Yorkshire Region, 1995–7. *Br J Ophthalmol*. 1999;83: 941–943. doi: 10.1136/bjo.83.8.941
6. Timlin HM, Hall HN, Foot B. Corneal perforation from peripheral



Рис. 2. Фото правого глаза пациентки Е., 58 лет. После лечения. Диагноз: OD – ПЯК в стадии разрешения.

Fig. 2. Photo of the right eye of patient E., 58 years old. After treatment. Diagnosis: OD – peripheral ulcerative keratitis in the resolution stage.

- ulcerative keratopathy in patients with rheumatoid arthritis: Epidemiological findings of the British Ophthalmological Surveillance Unit. *The British Journal of Ophthalmology*. 2018;102: 1298–1302. doi: 10.1136/bjophthalmol-2017-310671
7. Vignesh AP, Srinivasan R. Ocular manifestations of rheumatoid arthritis and their correlation with anti-cyclic citrullinated peptide antibodies. *Clin Ophthalmol*. 2015;9: 393–397. doi: 10.2147/OPHTH.S77210
8. Dana MR, Merayo-Llves J, Schaumberg DA, et al. Prognosticators for visual outcome in sarcoid uveitis. *Ophthalmology*. 1996;103: 1846–1853. doi: 10.1016/s0161-6420(96)30417-x
9. Reed JB, Morse LS, Schwab IR. High-dose intravenous pulse methylprednisolone hemisuccinate in acute Behçet retinitis. *Am J Ophthalmol*. 1998;125: 409–411. doi: 10.1016/s0002-9394(99)80163-9
10. Galor A, Jabs DA, Leder HA, et al. Comparison of antimetabolite drugs as corticosteroid-sparing therapy for noninfectious ocular inflammation. *Ophthalmology*. 2008;115: 1826–1832. doi: 10.1016/j.ophtha.2008.04.026
11. Kate A, Basu S. Systemic Immunosuppression in Cornea and Ocular Surface Disorders: A Ready Reckoner for Ophthalmologists. *Semin Ophthalmol*. 2022;37(3): 330–344. doi: 10.1080/08820538.2021.1966059
12. Sura, Amol A, McCallum, Rex M. Peripheral ulcerative keratitis due to systemic diseases. *Current Opinion in Ophthalmology*. 2022;33(6): 543–550. doi: 10.1097/ICU.0000000000000895
13. Artifoni M, Rothschild PR, Brézin A, Guillemin L, Puéchal X. Ocular inflammatory diseases associated with rheumatoid arthritis. *Nat Rev Rheumatol*. 2014;10(2): 108–124. doi: 10.1038/nrreum.2013.185
14. Vignesh APP, Srinivasan R. Ocular manifestations of rheumatoid arthritis and their correlation with anti-cyclic citrullinated peptide antibodies. *Clin Ophthalmol*. 2015;9: 393–397. doi: 10.2147/OPHTH.S77210
15. Руднева Л.Ф., Медведева И.В., Пономарева М.Н., Пономарева Е.Ю. Ревматология. Ревматические заболевания с офтальмологическими проявлениями у взрослых. Тюмень, 2017: 474 с. [Rudneva LF, Medvedeva IV, Ponomareva MN, Ponomareva EYu. Rheumatology. Rheumatic diseases with ophthalmological manifestations in adults. Tyumen, 2017: 474 p. (In Russ.)]

16. Рудник А.Ю. Некоторые системные диспластические заболевания соединительной ткани в офтальмологии. Российская детская офтальмология. 2014;(3): 33–39. [Rudnik AYU. Some systemic dysplastic diseases of connective tissue in ophthalmology. Russian Children's Ophthalmology. 2014;(3): 33–39. (In Russ.)]
17. Watanabe R, Ishii T, Yoshida M, Takada N, et al. Int J Rheum Dis. 2017;20(2): 225–230. doi: 10.1111/1756-185X.12688
18. Yagci A. Update on peripheral ulcerative keratitis. Clin Ophthalmol. 2012;6: 747–754. doi: 10.2147/OPTH.S24947
19. Virasch VV, Brasington RD, Lubniewski AJ. Corneal disease in rheumatoid arthritis. In: Krachmer JH, Mannis MJ, Holland EJ, editors. Cornea: Fundamentals, Diagnostic, Management. 3rd ed. St Louis, MO: Elsevier; 2011.
20. Дроздова Е.А. Периферические язвы роговицы в ассоциации с ревматической патологией. Клиническая офтальмология. 2024;24(2): 88–93. [Drozdova EA. Peripheral corneal ulcers in association with rheumatic pathology. Clinical ophthalmology. 2024;24(2):88–93. (In Russ.)] doi: 10.32364/2311-7729-2024-24-2-8
21. Cao Y, Zhang W, Wu J, et al. Peripheral Ulcerative Keratitis Associated with Autoimmune Disease: Pathogenesis and Treatment. J Ophthalmol. 2017;2017: 7298026. doi: 10.1155/2017/7298026

Информация об авторах

Зайнутдинова Гузель Халитовна – д.м.н., старший научный сотрудник отдела организации научных исследований и разработок Уфимского НИИ глазных болезней ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, gusel.zai@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0001-9578-8635>

Саитова Гульназ Рансовна – врач-офтальмолог взрослой консультативной поликлиники Уфимского НИИ глазных болезней ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, ladysai78-78@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-7141-4858>

Сагадатова Наиля Марсовна – к.м.н., заведующая научно-образовательным отделом Уфимского НИИ глазных болезней ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, obrotedel@yandex.ru, <https://orcid.org/0009-0003-0519-5169>

Information about the authors

Guzel Kh. Zainutdinova – Doctor of Medical Sciences, Senior Researcher of the Scientific and Educational Department of Department of

organization of scientific research and development of the Ufa Eye Research Institute, gusel.zai@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0001-9578-8635>

Gulnaz R. Saitova – ophthalmologist of the adult consultative polyclinic department, Ufa Eye Research Institute, lady sai78-78@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-7141-4858>

Nailya M. Sagadatova – Candidate of Medical Sciences, Head of the Scientific and Educational Department, Ufa Eye Research Institute, obrotedel@yandex.ru, <https://orcid.org/0009-0003-0519-5169>

Вклад авторов:

Зайнутдинова Г.Х. – концепция и дизайн исследования, написание, редактирование.

Саитова Г.Р. – вклад в концепцию работы, сбор и обработка материала.

Сагадатова Н.М. – сбор и обработка материала.

Author's contribution:

Zainutdinova G.Kh. – study concept and design, writing, editing.

Saitova G.R. – contribution to the concept of the work, collection and processing of material.

Sagadatova N.M. – collection and processing of material

Финансирование: Авторы не получали конкретный грант на это исследование от какого-либо финансирующего агентства в государственном, коммерческом и некоммерческом секторе.

Funding: The authors did not receive a specific grant for this research from any funding agency in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Конфликт интересов: Отсутствует.

Conflicts of interests: There is no conflict of interest.

Поступила: 14.10.2024

Переработана: 27.10.2024

Принята к печати: 03.12.2024

Originally received: 14.10.2024

Final revision: 27.10.2024

Accepted: 03.12.2024