

**О.В. Синяченко**  
**А.К. Павлюченко**  
**Л.В. Лукашенко**  
**Г.А. Гончар**

Донецкий национальный  
 медицинский университет  
 им. Максима Горького

## РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ И ОФТАЛЬМОПАТИЯ

*Офтальмопатию при ревматоидном артрите диагностируют у каждого пятого больного в соотношении увеит–склерит–кератит–глаукома–катаракта–конъюнктивит как 10:6:5:4:4:1. Причем патология глаз тесно связана с интегральными клиническими признаками течения заболевания, определяя степень активности патологического процесса, темпы прогрессирования артрита, частоту поражения грудино-ключичных, верхнечелюстных, лучезапястных и локтевых суставов, энтезопатию, развитие дигитального артериита, изменений скелетных мышц и легких, возникновение системного остеопороза, остеоузур, асептического некроза костей, внутрисуставных хондромных тел и тел Пеллогри — Штайди.*

### Ключевые слова:

ревматоидный артрит,  
 офтальмопатия, течение.

### ВВЕДЕНИЕ

В 15–20% случаев ревматоидного артрита (РА) заболевание сопровождается развитием воспаления сосудистой оболочки глаза, что может привести к полной потере зрения (Lee S.Y. et al., 2011; Rosenbaum J.T., Rosenzweig H.L., 2012). Помимо увеита, офтальмопатия у таких больных зачастую протекает в виде склерита, кератита, катаракты, глаукомы и конъюнктивита (El Maghraoui A., 2011; Kaliterna D.M., 2011; Morović-Vergles J., Culo M.I., 2011). Склерит отмечается у 5–10% пациентов с РА (Zlatanović G. et al., 2010), а каждый 4–5-й случай такой формы офтальмопатии приходится на РА (Restrepo J.P., Molina M.P., 2010; Dagvano C.R. et al., 2011). Ревматоидный склерит диагностируют преимущественно у женщин старшего возраста (Zurutuza A. et al., 2011). Если по данным R.G. Bettero и соавторов (2008) склерит и кератит выявляют у 2% больных РА, то C.R. Dagvano и соавторы (2011) кератит считают самым частым вариантом офтальмии у такой категории больных. Следует отметить, что ревматоидный кератит является прерогативой женщин, тогда как васкулит сетчатой оболочки — мужчин (Hennessy A.L. et al., 2011). На наш взгляд, очень важным является то, что у 25–30% больных РА такая патология глаз развивается уже в дебюте заболевания (Zlatanović G. et al., 2010).

Офтальмопатию при РА считают очень сложной медицинской проблемой, требующей для успешного решения тесного сотрудничества ревматологов и окулистов (Fonollosa A., Adan A., 2011; Zurutuza A. et al., 2011). Поражение органа зрения, в частности увеального тракта, иногда начинается и спонтанно заканчивается с развитием различных осложнений до первых признаков артрита (Nölle B. et al., 2008), в дальнейшем существенно ухудшая и так плохое качество жизни больных (Rosenbaum J.T. et al., 2011; Chan C.C. et al., 2012). Необходимо подчеркнуть, что в настоящее время не изучена взаимосвязь между течением глазной и суставной патологии при РА, остается невыясненной степень влияния отдельных вариантов офтальмопатии на течение заболевания, отсутствуют сведения

об их прогностической значимости. Это стало целью и задачами данного исследования.

### ОБЪЕКТ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследовании приняли участие 133 больных РА (26% мужчин и 74% женщин) в возрасте от 18 до 69 лет (медиана — 46 лет). Длительность заболевания составляла 10 лет (квартили 1,8÷17,2 года). Высокая степень активности патологического процесса отмечена в 30% случаев, III–IV рентгенологические стадии — в 44%. Пациентам проводили 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 следующие рентгенологические индексы: периферический метакарпальный Барнетта — Нордина, Рохлина, дисковый и вогнутости. Кроме того, проводили электрокардиографию (аппараты «МІДАК-ЕК1Т», Украина и «Fukuda Denshi Cardimax-FX326», Япония), эхокардиографию («Acuson-Aspen-Siemens», Германия) и спирографию («Master-Scope-Jaeger», Германия), сонографию внутренних органов и щитовидной железы («Envisor-Philips», Нидерланды).

Тиреоидит диагностирован у 1% обследованных больных, сетчатое ливедо — у 3%, лимфаденопатия и серозит (плеврит, перикардит) — у 5%, дигитальный артериит — у 7%, пневмопатия (интерстициальный пневмонит, фиброзирующий альвеолит, ревматоидные узлы) — у 8%, периферическая полинейропатия — у 11%, поражение скелетных мышц и почек (мезангиопролиферативный IgA- и IgM-гломерулонефрит, интерстициальный нефрит, амилоидоз) — у 16%, периферические ревматоидные узлы — у 17%, изменения эндокарда и клапанного аппарата сердца — у 21%, нарушения возбудимости миокарда, электрической проводимости сердца, увеличение его полостей и диастолической функции левого желудочка — у 26%. Из исследования были исключены больные с синдромом Шегрена.

При рентгеносонографии опорно-двигательно-го аппарата системный остеопороз выявлен в 12% случаев, эпифизарный остеопороз — в 24%, субхондральный склероз — в 82%, остеокистоз — в 90%, остеоузурации — в 73%, подвывихи суставов — в 26%, лигаментоз — в 39%, артрокальцинаты — в 65%, изменения рогов коленных менисков — в 62%, кисты Бейкера — в 48%, тела Пеллогри — Штайди — в 16%, хондромные тела — в 38%, тела Гоффа — в 11%.

Статистическая обработка полученных результатов исследований проведена с помощью компьютерного вариационного, корреляционного, непараметрического, одно- (ANOVA) и многофакторного (ANOVA/MANOVA) дисперсионного анализа (программы «Microsoft Excel» и «Statistica-Stat-Soft», США). Оценивали средние значения, стандартные отклонения и ошибки, коэффициенты корреляции, критерии дисперсии, Стьюдента, Уилкоксона — Рао, Макнемара — Фишера и достоверность статистических показателей. Подсчитывали чувствительность, специфичность и значимость (X, Y, Z) признаков.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Офтальмопатия на разных этапах течения РА диагностирована в каждом пятом наблюдении в виде увеита (у 14% обследованных больных), склерита (у 9%), кератита (у 7%), глаукомы (у 5%), катаракты (у 5%) и конъюнктивита (у 2%). Таким образом, соотношение частоты этих офтальмологических нозологий составило 7:5:4:3:3:1. У 41% пациентов с офтальмией установлено одно заболевание глаз, у 26% — сочетание двух, у 19% — трех, у 15% — четырех.

В 47% случаев увеит выявлен либо в дебюте, либо в течение 1-го года от начала болезни. Минимальная тяжесть воспаления сосудистой оболочки глаза имела место в 53% наблюдений, умеренная — в 26%, значительная — в 21%. Медиана выраженности увеита составила 1,68 (0,86–2,50) балла. Острая и интермиттирующая формы этой офтальмии наблюдались соответственно у 32 и 68% пациентов, а соотношение переднего, периферического, заднего увеита и панувеита составило 4:2:1:1. В 58% случаев наблюдалась диффузная форма склерита, в 42% — узелковая, в 67% — односторонняя, в 33% — двусторонняя, а соотношение субкапсулярной, кортикальной и ядерной форм катаракты составило 4:2:1.

По данным многофакторного дисперсионного анализа Уилкоксона — Рао на интегральные проявления увеита у больных РА оказывает влияние рентгенологическая стадия патологического процесса, а тяжесть течения увеита зависит от длительности заболевания и возраста пациентов в дебюте артрита, на что указывает выполненный ANOVA. Отметим, что индекс прогрессирования артрита (как частное от деления квадрата рентгенологической стадии на продолжительность болезни) мало влияет на степень тяжести и распространенность увеита.

С темпами прогрессирования артикулярного синдрома и с поражением отдельных суставов тесно связаны увеит, кератит, катаракта и конъюнктивит (увеит, кроме того, ассоциируется с ревматоидным дигитальным артериитом и остеоузурями), а на выраженность патологии глаз влияют степень активности заболевания, наличие тендовагинита, энтезопатии, спондилопатии, субхондрального склероза, остеокистоза, остеопороза, остеоузур, асептического костного некроза, экстраартикулярных признаков патологического процесса, внутрисуставных хондромных тел (при кератите) и тел Пеллогри — Штайди (при глаукоме). Развитие офтальмии достоверно определяют такие признаки течения болезни, как поражение голеностопных суставов, дигитальный артериит, пневмопатия и периферическая полинейропатия.

По данным ANOVA/MANOVA офтальмопатия оказывает достоверное воздействие на интегральные клинико-лабораторные признаки течения РА, хотя отдельные варианты глазной патологии такого действия не вызывают. Однофакторный дисперсионный анализ демонстрирует зависимость развития висцеритов от наличия офтальмии. Склерит и кератит влияют на экстраартикулярные признаки заболевания и темпы прогрессирования артрита, системные проявления РА также тесно связаны с катарактой, а от конъюнктивита зависит степень активности РА. В целом, при наличии конъюнктивита, независимо от суставной нозологии, всегда констатируется высокая активность болезни.

С учетом полученных нами данных проведен дополнительный непараметрический анализ Макнемара — Фишера. Установлено, что частота склерита при висцеральной форме РА в 2,1 раза достоверно превышает аналогичную у остальных пациентов, кератита — в 2 раза. Индекс прогрессирования артрита (рис. 1) в случаях отсутствия офтальмопатии составляет  $1,57 \pm 1,849 \pm 0,179$  о.е., а при поражении глаз он достоверно возрастает на 63%. Необходимо отметить, что значения темпов прогрессирования РА в 2,9 раза выше у пациентов при наличии склерита. На общую активность заболевания влияют вариант течения увеита, а на тяжесть костно-деструктивных изменений в суставах — распространенность этой офтальмопатии.

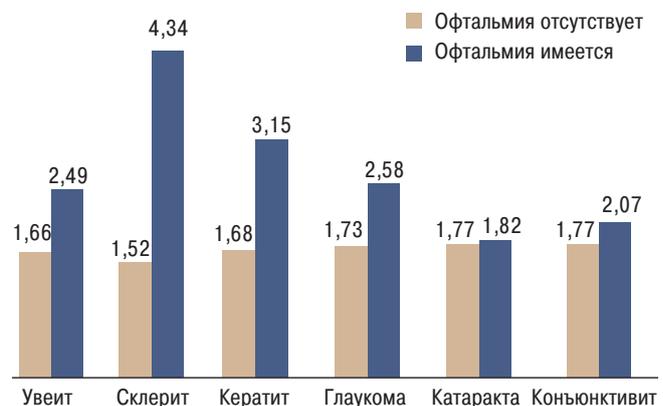


Рис. 1. Показатели медианы индекса прогрессирования РА при отсутствии и наличии офтальмопатии (о.е.).

Таблиця

Інформативність окремих рентгеносонографічних ознак ураження суглобів у хворих РА в залежності від офтальмопатії

Признаки	Групи хворих, %						Відміння	
	без офтальмопатії			з офтальмопатією			с <sup>2</sup>	р
	X	Y	Z	X	Y	Z		
1	84,0	45,7	17,54	100,0	54,3	29,49	4,96	0,026
2	69,8	44,0	13,51	88,9	56,0	27,88	4,04	0,045
3	51,9	50,0	12,98	51,9	50,0	12,98	<0,01	0,997
4	86,8	50,5	22,14	85,2	49,5	20,88	0,05	0,828
5	34,9	38,6	5,20	55,6	61,4	20,96	3,85	0,049
6	23,6	31,3	2,31	51,9	68,7	24,50	8,30	0,004
7	33,0	47,1	7,32	37,0	52,9	10,35	0,16	0,694
8	4,7	29,8	0,42	11,1	70,2	5,47	1,56	0,212
9	24,5	68,8	11,60	11,1	31,2	1,08	2,27	0,132
10	39,6	41,6	6,85	55,6	58,4	18,96	2,23	0,135
11	19,8	57,2	6,48	14,8	42,8	2,71	0,35	0,553
12	6,6	37,3	0,92	11,1	62,7	4,36	0,63	0,428
13	16,0	32,5	1,69	33,3	67,5	15,17	4,09	0,043
14	5,7	60,6	2,09	3,7	39,4	0,57	0,17	0,684

1 – епіфізарний остеопороз; 2 – системний остеопороз; 3 – субхондральний склероз; 4 – остеокістоз; 5 – остеоузурація; 6 – подвивихи суглобів; 7 – лігаментоз; 8 – асептичний некроз; 9 – артрокальцинати; 10 – змінення рогов менисков; 11 – кисти Бейкера; 12 – тіла Пеллорі – Штайді; 13 – хондромні тіла; 14 – тіла Гоффа.

На рис. 2 представлені інтегральні гістограми тяжкості течення РА. При оцінці інформативності ураження окремих суглобів в випадках офтальмії відміння касались лише частоти змінень лучезапястных сочленень, котра на фоні очної патології реєструвалась достовірно на 36% чаще, і що має визначену прогностичну значимість. Слід підкреслити, що ΣZ суглобового синдрому у хворих РА без офтальмопатії складала 179%, а середні параметри Z — 11,2±6,86±1,71%, тоді як з наявністю захворювань очей — 195 і 12,2±9,09±2,27% (відміння недостовірні).

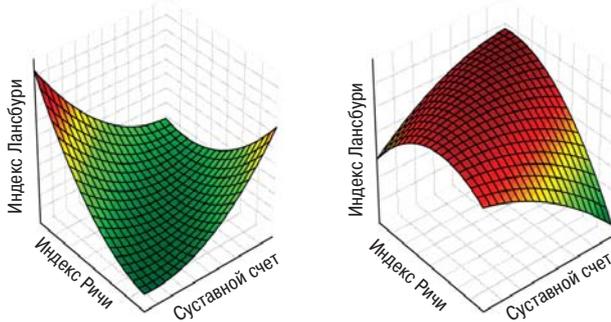


Рис. 2. Гістограми інтегральних показувачів тяжкості течення РА у хворих без офтальмопатії (ліва) і з ураженням очей (права)

В відношенні вивчення рівня ревматоїдного фактора в сировотці крові пацієнтів без/з патологією органа зору результати виявились неочікуваними. Показувачі в цих групах мало відміннялись між собою, відповідно складаючи 12,7±20,36±1,98 і 10,7±9,44±1,82 МЕ/мл, тоді як серопозитивний варіант течення РА при відсутності офтальмії достовірно (на 63%) діагностований чаще.

ΣZ екстраартикулярних проявів РА при відсутності і наявності офтальмопатії відповідно складала 23 і 66%, а середні показувачі Z — 2,2±1,31±0,39 і 6,0±5,67±1,71% (відміння достовірні). Інформативність відмінностей обох груп касалась тільки частоти дигітального артеріїта, котра оказалась на 96% вище в випадках очної патології. В таблиці представлена Z, Y, Z структурних кістко-суглобових ознак РА. Встановлено, що системний остеопороз при наявності офтальмопатії спостерігається достовірно на 27% чаще, епіфізарний остеопороз — на 19%, остеоузурація — на 59%, суглобові подвивихи — в 2,2 рази, інтраартикулярні хондромні тіла — в 2,1 рази. ΣZ рентгеносонографічних проявів РА в випадках відсутності і наявності офтальмопатії відповідно складала 111 і 195%, а середні показувачі Z — 7,9±6,71±1,79 і 14,0±10,07±2,69% (см. таблицю).

### ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

По даним проведеного однофакторного дисперсійного аналізу встановлено, що форма увеїти суттєво впливає на розвиток ентезопатії і патології міокарда, варіант катаракти — на ураження колінних суглобів, появлення лімфаденопатії і тяжкість остеокістоза, розповсюдненість склерита — на формування артрита голеностопних сочленень. Як свідчать результати кореляційного аналізу, з індексом прогресування артрита існують достовірні прямі зв'язки тяжкості течення склерита і кератита. Нами встановлено фактори очної патології, які мають визначену практичну прогностичну значимість в відношенні течення РА. Так, наявність у хворих офтальмопатії є фактором ризику ураження лучезапястных суглобів, розвитку дигітального артеріїта, остеопороза, остеоузурації і інтраартикулярних хондромних тіл, а ступінь тяжкості склерита і кератита визначає темпи прогресування суглобової патології.

Разнообразие очної патології (так звані «офтальмологічний пейзаж») оказує слабе впливання на інтегральні клініко-лабораторні ознаки РА, о чьому свідчать виконані ANOVA/MANOVA, в тому числі і на структурні кістко-суглобові проявлення патологічного процесу по даним рентгенографічного, сонографічного і денситометричного дослідження. Водночас, виявлена достовірна зв'язка з характером екстраартикулярних проявів захворювання. Кількість очної патології у одного хворого впливає на залучення грудноключичних і локтевих суглобів, появлення дигітального артеріїта, уражень скелетних м'язів, формування системного і епіфізарного остеопороза.

От тяжкості течення увеїти при РА залежить ураження грудно-ключичних, верхньочелюстных, лучезапястных і локтевих суглобів, від вираженості кератита — грудно-ключичних, верхньочелюстных сочленень і ентезопатій. Со склеритом, глаукомой, катарактой і кон'юнктивітом характер суглобової патології у хворих РА не зв'язан. Возник-

новение дигитального артериита зависит от увеита, кератита и катаракты, скелетного мышечного синдрома — от кератита и катаракты, поражение миокарда — от склерита и кератита, легких — от наличия и тяжести глаукомы. Выраженность конъюнктивита у пациентов с РА не оказывает влияния на развитие отдельных костносуставных признаков заболевания. В свою очередь, по данным ANOVA, воспаление увеального тракта и повышение внутриглазного давления влияют на формирование интраартикулярных тел Пеллогри — Штайди, склерит — на развитие остеопороза, кератит — асептических некрозов костей и хондромных суставных тел, катаракта — остеоузураций. На наш взгляд, тяжелое течение глазной патологии (за исключением конъюнктивита) является фактором риска появления экстраартикулярных признаков РА и различных внутрисуставных тел, а наличие выраженного склерита требует превентивных мероприятий в отношении дальнейшего развития остеопороза (применение препаратов кальция, ранелата стронция, кальцийрегулирующих гормонов и др.).

В заключение необходимо представить некоторые комментарии. По данным литературы, воспаление сосудистой оболочки глаза обычно прямо коррелирует с развитием других экстраартикулярных признаков заболевания (Iliou C. et al., 2012) у серопозитивных по ревматоидному фактору больных (Cojocar M. et al., 2010). Существует мнение, что учащению случаев развития катаракты при РА может способствовать длительное применение в комплексном лечении глюкокортикоидных гормонов (Wang J.J. et al., 2009). В 60–70% случаев ревматоидный увеит осложняется другой патологией глаз, в частности, соотношение катаракты и глаукомы составляет 2:1 (Camuglia J.E. et al., 2009). Хотя катаракта и увеит у больных РА рассматриваются как независимые офтальмии, их объединяют общие патогенетические взаимоотношения, в том числе и с процессами, происходящими в суставах (van Gelder R.N., Leveque T.K., 2009).

## ВЫВОДЫ

1. Офтальмопатию на разных этапах течения РА выявляют у 20% больных в виде увеита, склерита, кератита, глаукомы, катаракты и конъюнктивита в соотношениях частоты 10:6:5:4:4:1 и 7:5:4:3:3:1 соответственно среди всех пациентов и лиц с патологией глаз, которые связаны с темпами прогрессирования заболевания и с поражением отдельных суставов, а увеит, кроме того, ассоциируется с ревматоидным дигитальным артериитом и остеоузурями.

2. На выраженность патологии глаз при РА влияют степень активности патологического процесса, наличие тендовагинита, энтезопатии, спондилопатии, субхондрального склероза, остеоклисто́за, остеопороза, остеоузур, асептических костных некрозов, экстраартикулярных признаков патологического процесса, интраартикулярных хондром-

ных тел (при кератите) и тел Пеллогри — Штайди (при глаукоме).

3. Офтальмопатия участвует в патогенетических построениях РА, определяя степень активности заболевания (увеит), темпы прогрессирования артрита (склерит), частоту поражения грудино-ключичных и верхнечелюстных суставов, воспаления энтезисов, развитие дигитального артериита, висцерита, остеопороза и асептических некрозов костей.

4. Можно высказать гипотезу, согласно которой наличие выраженного склерита при РА будет требовать превентивных мероприятий в отношении возможного дальнейшего развития остеопороза.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- Bettero R.G., Cebrian R.F., Skare T.L.** (2008) Prevalence of ocular manifestation in 198 patients with rheumatoid arthritis: a retrospective study. *Arq. Bras. Oftalmol.*, 71 (3): 365–369.
- Camuglia J.E., Whitford C.L., Hall A.J.** (2009) Juvenile idiopathic arthritis associated uveitis in adults: a case series. *Ocul. Immunol. Inflamm.*, 17(5): 330–334.
- Chan C.C., Inrig T., Molloy C.B. et al.** (2012) Prevalence of inflammatory back pain in a cohort of patients with anterior uveitis. *Am. J. Ophthalmol.*, 153(6): 1025–1030.
- Cojocar M., Cojocar I.M., Silosi I. et al.** (2010) Extra-articular manifestations in rheumatoid arthritis. *Maedica*, 5(4): 286–291.
- Daguano C.R., Bochnia C.R., Gehlen M.** (2011) Anterior uveitis in the absence of scleritis in a patient with rheumatoid arthritis: case report. *Arq. Bras. Oftalmol.*, 74(2): 132–133.
- El Maghraoui A.** (2011) Extra-articular manifestations of ankylosing spondylitis: prevalence, characteristics and therapeutic implications. *Eur. J. Intern. Med.*, 22(6): 554–560.
- Fonollosa A., Adan A.** (2011) Uveitis: a multidisciplinary approach. *Arch. Soc. Esp. Oftalmol.*, 86(12): 393–394.
- Hennesy A.L., Katz J., Covert D. et al.** (2011) A video study of drop instillation in both glaucoma and retina patients with visual impairment. *Am. J. Ophthalmol.*, 152(6): 982–988.
- Iliou C., Anthis N., Tsifetaki N. et al.** (2012) Clinical images: Corneal melt in a woman with longstanding rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.*, 64(1): 253–258.
- Kaliterna D.M.** (2011) Spondyloarthritis – clinical features. *Reumatizam*, 58(2): 51–53.
- Lee S.Y., Chung W.T., Jung W.J. et al.** (2011) Retrospective study on the effects of immunosuppressive therapy in uveitis associated with rheumatic diseases in Korea. *Rheumatol. Int.*, 24(12): 77–83.
- Morović-Vergles J., Culo M.I.** (2011) Extra-articular manifestations of seronegative spondyloarthritis. *Reumatizam*, 58(2): 54–56.
- Nölle B., Both M., Heller M. et al.** (2008) Typical questions from the rheumatologist to the ophthalmologist and cooperating radiologist. *Z. Rheumatol.*, 67(5): 360–371.
- Restrepo J.P., Molina M.P.** (2010) Successful treatment of severe nodular scleritis with adalimumab. *Clin. Rheumatol.*, 29(5): 559–561.
- Rosenbaum J.T., Russell A.S., Guenther L.C. et al.** (2011) The influence of uveitis on patients with immune-mediated inflammatory disease. *J. Rheumatol.*, 88: 26–30.
- Rosenbaum J.T., Rosenzweig H.L.** (2012) Spondyloarthritis: the eyes have it: uveitis in patients with spondyloarthritis. *Nat. Rev. Rheumatol.*, 8(5): 249–250.
- van Gelder R.N., Leveque T.K.** (2009) Cataract surgery in the setting of uveitis. *Curr. Opin. Ophthalmol.*, 20(1): 42–45.
- Wang J.J., Rochtchina E., Tan A.G. et al.** (2009) Use of inhaled and oral corticosteroids and the long-term risk of cataract. *Ophthalmology*, 116(4): 652–657.

Zlatanović G., Veselinović D., Cekić S. et al. (2010) Ocular manifestation of rheumatoid arthritis-different forms and frequency. *Bosn. J. Basic. Med. Sci.*, 10(4): 323–327.

Zurutuza A., Andonegui J., Berástegui L. et al. (2011) Bilateral posterior scleritis. *An. Sist. Sanit. Navar.*, 34(2): 313–315.

## РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ І ОФТАЛЬМОПАТІЯ

**О.В. Синяченко, А.К. Павлюченко,  
Л.В. Лукашенко, Г.А. Гончар**

**Резюме.** Офтальмопатію при ревматоїдному артриті діагностують у кожного п'ятого хворого співвідношенням увеїт–склерит–кератит–глаукома–катаракта–кон'юнктивіт як 10:6:5:4:4:1. При цьому патологія очей щільно пов'язана з інтегральними клінічними ознаками перебігу захворювання, визначаючи ступінь активності патологічного процесу, темпи прогресування артриту, частоту ураження груднино-ключичних, верхньощелепних, променезап'ясткових і ліктьових суглобів, ентезопатії, розвиток дигітального артеріїту, змін скелетних м'язів та легень, виникнення системного остеопорозу, остеозур, асептичних некрозів кісток, внутрішньосуглобових хондромних тіл і тіл Пеллогрі – Штайді.

**Ключові слова:** ревматоїдний артрит, офтальмопатія, перебіг.

## RHEUMATOID ARTHRITIS AND OCULOPATHIES

**O.V. Syniachenko, A.K. Pavlyuchenko,  
L.V. Lukashenko, G.V. Gonchar**

**Summary.** *Oculopathies in rheumatoid arthritis are diagnosed in every fifth patient in correlation of «uveit–scleritis–keratitis–glaucoma–cataract–conjunctivitis» as 10:6:5:4:4:1. Thus eye pathology is closely related to clinical picture, disease course, depend on pathological process activity, rates of arthritis progression, frequency of sternoclavicularies, supramaxillary, wrist involvement, entesopathy frequency, digital artheriitis development, muscles and lung pathology, systemic osteoporosis development, erosions, bone aseptic necrosis, intra-articular chondromal bodies and Pellogri-Shtaydi bodies presence.*

**Key words:** rheumatoid arthritis, ophthalmology, course.

### Адрес для переписки:

Синяченко Олег Владимирович  
83003, Донецк-3, просп. Ильича, 16  
Национальный медицинский университет  
им. Максима Горького,  
кафедра пропедевтики внутренней медицины  
и общей практики — семейной медицины