

# Клиническое наблюдение увеита, ассоциированного с HLA-B51: диагностические сложности и современные возможности терапии болезни Бехчета с поражением глаз

Д.С. Атаршинов<sup>1</sup>Е.С. Таскина<sup>2</sup>А.Е. Егоров<sup>3</sup>Н.А. Зубарева<sup>2</sup>Т.В. Бекетова<sup>4,5,6</sup>

<sup>1</sup> АО «Группа компаний «Медси»

Мичуринский просп., 56/1, Москва, 119192, Российская Федерация

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

ул. Горького, 39а, Чита, 672000, Российская Федерация

<sup>3</sup> ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова»

Министерства здравоохранения Российской Федерации (Пироговский Университет)

ул. Островитянова, 1, Москва, 117513, Российская Федерация

<sup>4</sup> ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами

Президента Российской Федерации

ул. Маршала Тимошенко, 15, Москва, 121356, Российская Федерация

<sup>5</sup> ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой»

Каширское шоссе, 34а, Москва, 115522, Российская Федерация

<sup>6</sup> ФГАОУ ВО «Московский политехнический университет»

ул. Большая Семеновская, 38, Москва, 107023, Российская Федерация

## РЕЗЮМЕ

## Офтальмология. 2026;23(2):380–387

В статье проведен анализ клинического наблюдения пациентки 22 лет с тяжелым рецидивирующим двусторонним увеитом, осложненным нейроретинитом, вероятно, обусловленным болезнью Бехчета (ББ). Представленные данные демонстрируют значительные диагностические трудности, связанные с отсутствием патогномичных лабораторных маркеров ББ и необходимостью комплексной оценки клинико-anamnestических данных. Ключевую роль сыграло выявление у пациентки из эндемичного для ББ региона (Астраханская область) аллеля человеческого лейкоцитарного антигена (Human Leukocyte Antigen, HLA) B51 — генетического маркера предрасположенности к ББ. Учитывая резистентность к глюкокортикоидам и высокий риск необратимой потери зрения, была инициирована генно-инженерная биологическая терапия ингибитором фактора некроза опухоли (ФНО)-α адалimumабом. В результате лечения достигнута положительная динамика с полным восстановлением остроты зрения, регрессом макулярного отека и признаков нейроретинита по данным оптической когерентной томографии. Наблюдение подчеркивает важность включения ББ в круг дифференциальной диагностики рецидивирующих увеитов у молодых пациентов, значение генетического тестирования с выявлением HLA-B51 и целесообразность раннего назначения современных таргетных препаратов, прежде всего ингибиторов ФНО-α, для сохранения зрительных функций. Ключевым фактором успешного лечения в данном наблюдении явилось скоординированное взаимодействие специалистов офтальмологического и ревматологического профилей.

**Ключевые слова:** болезнь Бехчета, увеит, нейроретинит, HLA-B51, адалimumаб, клиническое наблюдение, таргетная терапия

**Для цитирования:** Атаршинов Д.С., Таскина Е.С., Егоров А.Е., Зубарева Н.А., Бекетова Т.В. Клиническое наблюдение увеита, ассоциированного с HLA-B51: диагностические сложности и современные возможности терапии болезни Бехчета с поражением глаз. *Офтальмология*. 2026;23(2):380–387. <https://doi.org/10.18008/1816-5095-2026-2-380-387>

**Прозрачность финансовой деятельности:** никто из авторов не имеет финансовой заинтересованности в представленных материалах или методах.

**Конфликт интересов отсутствует.**



# Clinical case report: Behcet's Uveitis: Diagnostic Challenges and Modern Treatment Approach

D.S. Atarshchikov<sup>1</sup>, E.S. Taskina<sup>2</sup>, A.E. Egorov<sup>3</sup>, N.A. Zubareva<sup>2</sup>, T.V. Beketova<sup>4,5,6</sup>

<sup>1</sup> MEDSI Group of Companies JSC  
Michurinsky Ave., 56/1, Moscow, 119192, Russian Federation

<sup>2</sup> Chita State Medical Academy  
Gorky str., 39a, Chita, 672000, Russian Federation

<sup>3</sup> Pirogov Russian Scientific Research Medical University  
Ostrovityanova str., 1, Moscow, 117513, Russian Federation

<sup>4</sup> Central Clinical Hospital with a Polyclinic, Presidential Property Management Department  
of the Russian Federation  
Marshala Timoshenko str., 19, bld. 1A, Moscow, 121359, Russian Federation

<sup>5</sup> V.A. Nasonova Research Institute of Rheumatology  
Kashirskoye Highway, 34A, Moscow, 115522, Russian Federation

<sup>6</sup> Moscow Polytechnic University  
Bolshaya Semyonovskaya str., 38, Moscow, 107023, Russian Federation

## ABSTRACT

## Ophthalmology in Russia. 2026;23(2):380–387

The article analyzes the clinical observation of a 22-year-old patient with severe recurrent bilateral uveitis complicated by neuroretinitis, probably caused by Behcet's disease. The presented data demonstrate significant diagnostic difficulties associated with the lack of pathognomonic laboratory markers of Behcet's disease and the need for a comprehensive assessment of clinical and anamnestic data. The key role was played by the identification of the Human Leukocyte antigen (HLA) B51 allele, a genetic marker of predisposition to Behcet's disease, in a patient from the Astrakhan region. Taking into account the resistance to glucocorticoids and the high risk of irreversible vision loss, a genetically engineered biological therapy with tumor necrosis factor (TNF)-alpha inhibitor adalimumab was initiated. As a result of the treatment, positive dynamics was achieved with complete restoration of visual acuity, regression of macular edema and signs of neuroretinitis according to optical coherence tomography. The observation highlights the importance of including Behcet's disease in the differential diagnosis of recurrent uveitis in young patients, the importance of genetic testing for HLA-B51, and the expediency of early prescribing modern targeted drugs, primarily TNF- $\alpha$  inhibitors, to preserve visual functions. The key factor for successful treatment in this case was the coordinated interaction of ophthalmological and rheumatological specialists.

**Keywords:** Behcet's disease, uveitis, neuroretinitis, HLA-B51, adalimumab, clinical case, targeted therapy

**For citation:** Atarshchikov D.S., Taskina E.S., Egorov A.E., Zubareva N.A., Beketova T.V. Clinical case report: Behcet's Uveitis: Diagnostic Challenges and Modern Treatment Approach. *Ophthalmology in Russia*. 2026;23(2):380–387. <https://doi.org/10.18008/1816-5095-2026-2-380-387>

**Financial Disclosure:** no author has a financial or property interest in any material or method mentioned.

**There is no conflict of interests.**

## ВВЕДЕНИЕ

Болезнь Бехчета (ББ) характеризуется рецидивирующими афтозными изъязвлениями слизистой оболочки рта и половых органов, сопровождающимися поражением кожи, глаз, суставов, желудочно-кишечного тракта, нервной системы. Может наблюдаться васкулит мелких сосудов, тромбангиит, тромбозы, артериит, аневризмы артерий [1]. Васкулит при ББ относится к группе вариабельного системного васкулита без преобладающего типа сосудистого вовлечения, при котором могут поражаться сосуды любого размера (малые, средние и крупные) и типа (артерии, вены и капилляры) [2].

Классическая триада симптомов, описанная Hulusi Behcet в 1937 г., включает рецидивирующие афтозные язвы полости рта, генитальные язвы и увеит [1, 3]. Однако современное понимание болезни значительно шире,

ББ рассматривается как полиорганная патология с вариабельными клиническими фенотипами (сосудистый, офтальмологический, неврологический, кожно-слизистый и суставной, неопределенный) [4]. В связи с полиморфизмом симптомов Европейской антиревматической лигой (European League Against Rheumatism, EULAR) предложено использовать термин «синдром Бехчета» [5].

Эпидемиология ББ демонстрирует выраженную географическую зависимость, что указывает на важную роль генетической предрасположенности. Наибольшая распространенность отмечается вдоль исторического Шелкового пути — в странах Центральной и Восточной Азии, Средиземноморского побережья [1].

Этиология заболевания не установлена, присутствует значительная генетическая предрасположенность, прежде всего обусловленная высокой частотой выявления

у пациентов с ББ аллеля человеческого лейкоцитарного антигена (Human Leukocyte Antigen, HLA) B51. Носительство HLA-B51 повышает риск развития ББ и часто ассоциировано с более тяжелым течением заболевания, присутствием офтальмологических и неврологических симптомов [6, 7].

В основе патогенеза лежит дисбаланс иммунного ответа с активацией Т-хелперов (T-helper, Th) 1 и Th17, гиперпродукцией провоспалительных цитокинов, таких как фактор некроза опухоли (ФНО)- $\alpha$ , интерлейкины (ИЛ)-1 $\beta$ , ИЛ-6, ИЛ-17, ИЛ-23, а также нарушением функции нейтрофилов [8, 9].

Специфические лабораторные маркеры ББ отсутствуют, что создает существенные диагностические трудности, особенно при манифестации заболевания с увеита [1, 10]. Поражение глаз (увеит) развивается у 60–80 % пациентов с ББ и является одним из наиболее тяжелых и прогностически неблагоприятных проявлений заболевания, ведущих к инвалидизации [11, 12]. Увеит при ББ характеризуется как двусторонний хронический рецидивирующий негранулематозный панувеит. Поражение глаз при ББ отличается агрессивным течением с высоким риском развития осложнений: окклюзионного васкулита сетчатки, ишемического или кистозного отека макулы, атрофии зрительного нерва, неоваскуляризации [11, 12]. Наиболее неблагоприятным прогностическим признаком считается развитие нейроретинита (сочетанного воспаления сетчатки и зрительного нерва), свидетельствующего о глубоком ишемическом и воспалительном повреждении заднего отрезка глаза [12].

Лечение тяжелого увеита, нередко резистентного к стандартной терапии, требует раннего назначения иммуносупрессивных препаратов и/или генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП), в первую очередь ингибиторов ФНО- $\alpha$ , таких как адалимумаб и инфликсимаб [5, 12, 13].

Представляем клиническое наблюдение молодой пациентки из эндемичного для ББ региона с тяжелым рецидивирующим увеитом, осложненным нейроретинитом.



**Рис. 1.** Очаговая алопеция волосистой части головы

**Fig. 1.** Focal alopecia of the scalp



**Рис. 2.** Черно-белые татуировки на руках

**Fig. 2.** Black and white tattoos on arms

## КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

*Пациентка, 22 года*, проживающая в Астраханской области, в феврале 2023 г. обратилась ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами Президента РФ на консультацию к офтальмологу с жалобами на снижение зрения обоих глаз в течение нескольких недель. В анамнезе 5 лет назад диагностирована миопия, коррекция проведена мягкими контактными линзами. В ноябре 2022 г. после эпизода сна в линзах развился кератоконъюнктивит, проведено лечение местными антибактериальными, противовирусными препаратами и кератопротекторами в течение недели с положительной динамикой. Однако в январе 2023 г. состояние вновь ухудшилось, появилось покраснение глаз, светобоязнь и боли в глазах. В офтальмологическом стационаре диагностирован двусторонний иридоциклит и проведено лечение антибактериальными, противовоспалительными и противогрибковыми препаратами с улучшением. В феврале 2023 г. произошла повторная госпитализация в связи с развитием переднезаднего увеита, назначена местная и системная противовоспалительная, антибактериальная и десенсибилизирующая терапия.

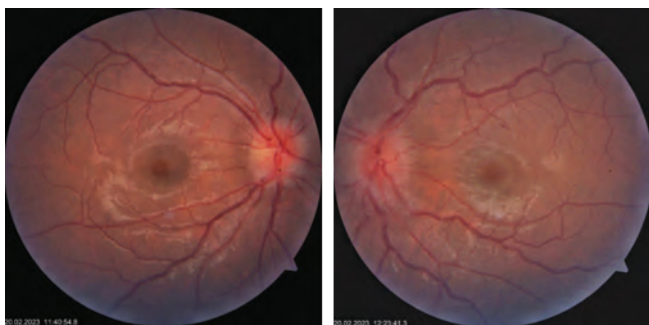
При уточнении анамнеза установлено, что в детском возрасте наблюдался рецидивирующий дерматит в области локтевых сгибов с образованием изъязвлений и корок, с последующим формированием участков депигментации. С лета 2022 г. появились высыпания в подмышечных областях с гиперемией, шелушением и зудом. С декабря 2022 г. присоединилось выпадение волос (рис. 1).

На коже рук и в области коленей имелись многочисленные черно-белые татуировки, в зоне которых периодически возникали преходящие уплотнения и отечность (рис. 2).

При стандартном офтальмологическом обследовании: визометрия — Vis OD = 0,05 sph –2,50D cyl –1,75D ax 180° = 0,8, Vis OS = 0,02 sph –3,00D cyl –1,75D ax 175° = 0,5; пневмотонометрия — 13 мм рт. ст. на OD и 19 мм рт.

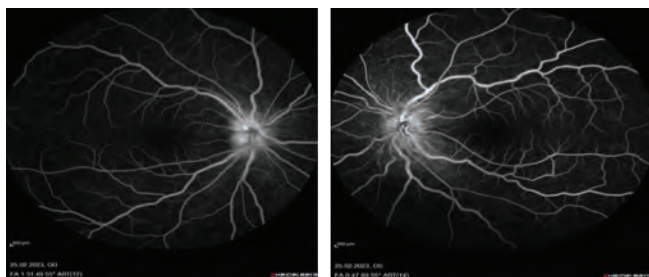
ст. на OS. Биомикроскопия показала субатрофию стромы радужки, плавающие помутнения в стекловидном теле обоих глаз и частично вымытую пигментную кайму левого глаза. Офтальмоскопия выявила гиперемию и ступеванность границ диска зрительного нерва с проминенцией в стекловидное тело, расширение артерий и вен, а в макулярной области левого глаза — сглаженность рефлекса и отек сетчатки (рис. 3).

Оптическая когерентная томография (ОКТ) макулярной области и диска зрительного нерва подтвердила наличие значительных структурных изменений: расширение границ диска зрительного нерва за счет отека перипапиллярной сетчатки и его проминенция в полость стекловидного тела обоих



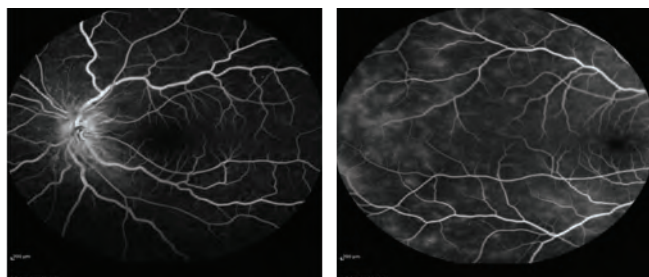
**Рис. 3.** Глазное дно правого и левого глаз при обследовании 20.02.2023

**Fig. 3.** Fundus of the right and left eyes during examination on 20.02.2023



**Рис. 5.** Флуоресцентная ангиография при обследовании 25.02.2023

**Fig. 5.** Fluorescence angiography during examination on 25.02.2023



**Рис. 6.** Флуоресцентная ангиография, поздняя фаза при обследовании 25.02.2023

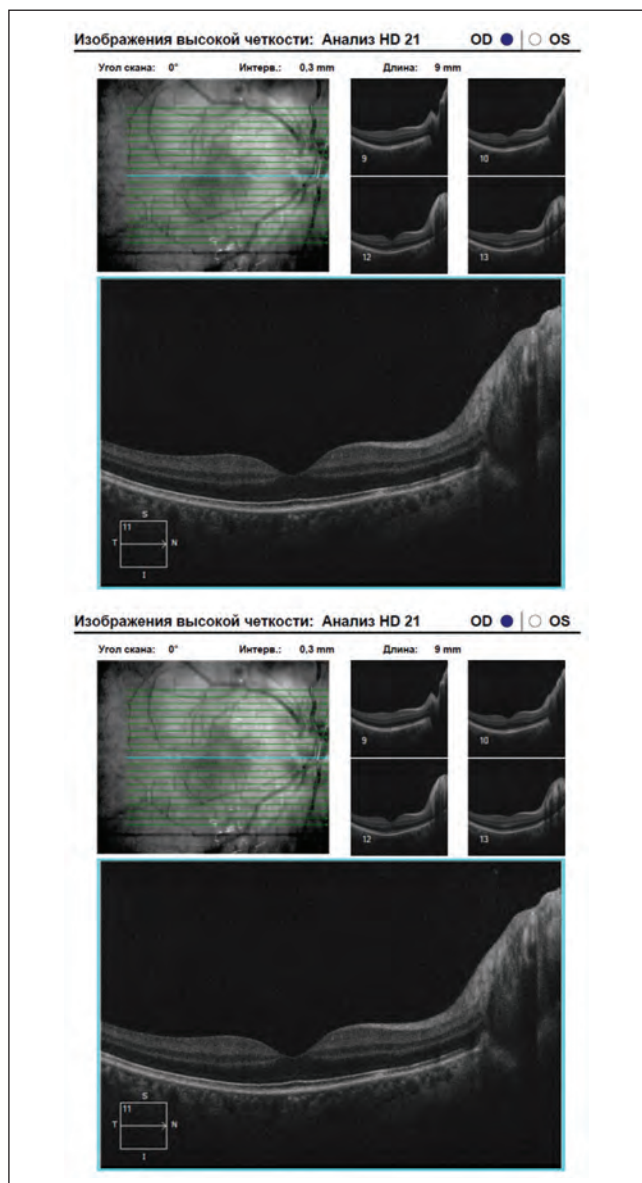
**Fig. 6.** Fluorescence angiography late phase during examination on 25.02.2023

глаз, а также наличие интратетинальной и субретинальной жидкости слева, локально (рис. 4).

При проведении флуоресцентной ангиографии (ФАГ) выявлена диффузная гиперфлюоресценция диска зрительного нерва и перипапиллярная гиперфлюоресценция, больше выраженная слева (рис. 5).

В поздней фазе ангиограммы выявлена гиперфлюоресценция сетчатки за счет экстравазации красителя, больше выраженная слева (рис. 6).

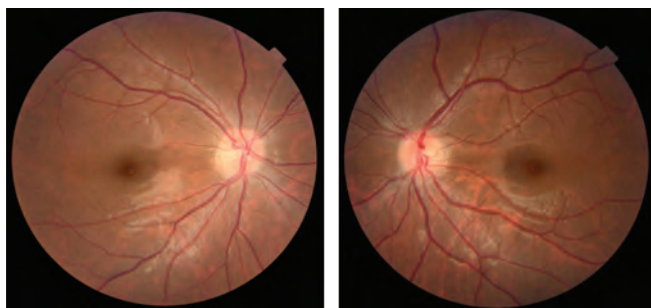
Первоначально предполагали диагноз: нейроретинит неясной этиологии (васкулит?), миопия слабой степени, сложный миопический астигматизм обоих глаз. Проведено интравитреальное введение импланта дексаметазона



**Рис. 4.** Оптическая когерентная томография диска зрительного нерва и манулы при обследовании 20.02.2023

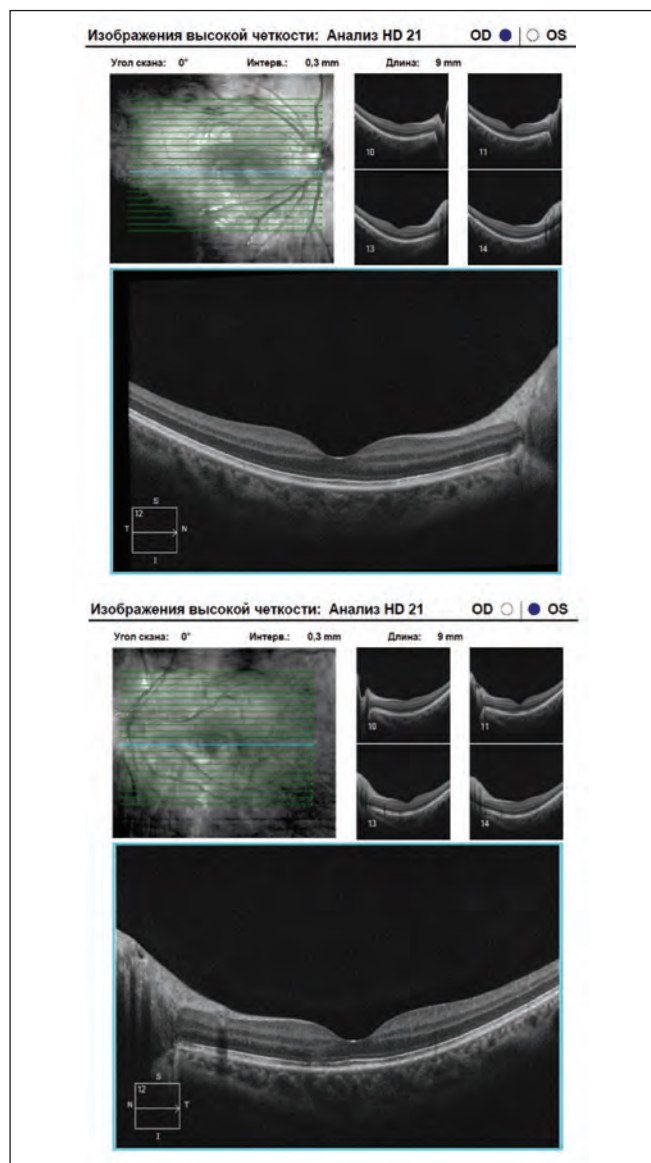
**Fig. 4.** Optical coherence tomography of the optic nerve disc and macula during examination on 20.02.2023

0,7 мг в оба глаза. Для уточнения диагноза была выполнена флуоресцентная ангиография, выявившая значительные сосудистые изменения, характерные для васкулита. Пациентка была проконсультирована неврологом и обследована с целью исключения демиелинизирующего заболевания. Данные магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга с контрастированием не выявили очаговых или диффузных изменений. При МРТ крестцово-подвздошных сочленений не найдено воспалительных изменений в виде участков отека костного мозга, в то же время при рентгенографии костей таза отмечен двусторонний сакроилеит 1-й степени и двусторонний коксартроз 1-й степени. При рентгенографии



**Рис. 7.** Глазное дно правого и левого глаз при обследовании 10.04.2023 на фоне лечения адалимумабом

**Fig. 7.** Fundus of the right and left eyes from 10.04.2023



**Рис. 8.** Оптическая когерентная томография диска зрительного нерва и макулы при обследовании 10.04.2023 на фоне лечения адалимумабом

**Fig. 8.** Optical corregent tomography of the disc of the optic nerve and macula from 10.04.2023

и МРТ позвоночника выявлены умеренные дегенеративно-дистрофические изменения. Результаты лабораторного обследования: положительный HLA-B51, отрицательный HLA-B27, отрицательный квантифероновый тест, отсутствие антинуклеарных антител, ревматоидного фактора, тромбоцитоз до  $467 \times 10^9/\text{л}$ .

Дифференциально-диагностический поиск проводили между анкилозирующим спондилоартритом и проявлениями в виде рецидивирующего двустороннего увеита. Особенности генетического анализа с присутствием HLA-B51 и отрицательными результатами HLA-B27, проживание семьи в Астраханской области, относящейся к региону исторического Шелкового пути, алопеция, реакция кожи в зонах татуировок в виде уплотнений и отека, указания в анамнезе на рецидивирующий дерматит с изъязвлениями в детском возрасте, а также отсутствие МРТ-признаков активного сакроилеита свидетельствовали в пользу диагноза ББ [14].

В ревматологическом отделении инициирована терапия ГИБП ингибитором ФНО- $\alpha$  адалимумабом подкожно в дозе 80 мг с интервалом 2 недели. Местно продолжены инстилляциии комбинированных гипотензивных капель (0,5 % тимолол + 1 % бринзоламид) и нестероидных противовоспалительных препаратов (0,1 % непафенак).

В результате лечения отмечена положительная динамика с улучшением зрительных функций до Vis OD = 0,2 sph -2,50D cyl -1,75D ax 180° = 1,0 и Vis OS = 0,2 sph -3,0D cyl -1,75D ax 175° = 1,0, нормализацией внутриглазного давления, улучшением показателей офтальмоскопии, ОКТ макулы и диска зрительного нерва (рис. 7, 8). Произошло полное восстановление волосяного покрова головы, а также нормализация числа тромбоцитов периферической крови (рис. 9).

## ОБСУЖДЕНИЕ

Представленное клиническое наблюдение иллюстрирует типичные сложности диагностики ББ, особенно ее офтальмологического варианта, с дебютом в виде тяжелого увеита. Вариабельность клинического течения, отсутствие патогномоничных лабораторных тестов

и изменений по данным визуализирующих методов делает диагноз исключительно клиническим и затрудняет установление ББ, особенно в не эндемичных



**Рис. 9.** Восстановление волосяного покрова головы через 3 месяца лечения адалимумабом

**Fig. 9.** Hair restoration from 31.05.2025

регионах [1, 10]. В представленном случае диагностический поиск прежде всего строился на анализе ключевых клинических проявлений. К ним относились резистентный панувеит, осложненный ретинальным васкулитом и нейроретинитом, наличие алопеции, реакция кожи в области татуировок, данные анамнеза с указанием на рецидивирующее поражение кожи с изъязвлениями [14], а также проживание семьи пациентки в регионе исторического Шелкового пути. Аргументом в пользу диагноза ББ стал положительный результат тестирования на аллель HLA-B51, значение которого как важнейшего генетического маркера предрасположенности к ББ и предиктора тяжелого течения, особенно глазных и неврологических проявлений, подтверждено исследованиями [6, 7]. Кроме того, определенный интерес представляет выявление при рентгенографии начальных признаков сакроилеита (неактивного по данным МРТ) при отрицательном результате исследования HLA-B27. В литературе описан перекрест между ББ и спондилоартритом, что может создавать дополнительные диагностические трудности [3]. В основе такого перекрестного фенотипа могут лежать общие патогенетические звенья, включая активацию Th17 и оси ИЛ-23/ИЛ17 [8, 9].

Помимо офтальмологических проявлений, у пациентки наблюдалось поражение кожи в виде очаговой алопеции волосистой части головы и преходящей отечности, уплотнений кожи непосредственно под пигментированными участками татуировок. Данный симптом может быть интерпретирован в рамках изоморфной реакции (феномена Кебнера), характерного для ББ и других аутоиммунных дерматозов, при которых типичные кожные проявления развиваются в местах неспецифической травмы кожи, включая участки нанесения татуировок [15]. Можно также обсуждать феномен патергии — патологическую реакцию кожи на укол иглой, что является ключевым диагностическим признаком ББ [14]. Хотя связь между татуировками и ББ не доказана, в литературе описаны единичные случаи развития увеита после нанесения татуировок, что указывает на их потенциальную роль как триггерного фактора у предрасположенных лиц [16]. Интересно, что поражение глаз манифестировало после травматизации мягкими контактными линзами с развитием кератоконъюнктивита.

Развитие нейроретинита у пациентки подчеркивает агрессивный характер поражения глаз при ББ. Нейроретинит как проявление заднего сегментарного васкулита с вовлечением диска зрительного нерва и сетчатки является маркером высокой активности заболевания и требует незамедлительного назначения системной иммуносупрессии для предотвращения необратимой потери зрения [11, 12]. Тактика первоначального применения интравитреального глюкокортикоида (ГК) — имплантата дексаметазона была оправдана для быстрого купирования угрожающего макулярного отека. Однако, как и продемонстрировано в данном случае, при ББ необходима си-

стемная иммуносупрессия для контроля патологического процесса и предотвращения рецидивов [13, 17].

Международные рекомендации Европейского альянса ревматологических ассоциаций (European League Against Rheumatism, EULAR) 2018 г. при тяжелом поражении глаз у пациентов с ББ предлагают в качестве терапии первой линии системные ГК в сочетании с иммуносупрессантами (азатиоприн, циклоспорин). В случаях, представляющих угрозу зрению, стратегией выбора становится назначение ГИБП, в первую очередь ингибиторов ФНО- $\alpha$  [17].

Адалimumаб, полностью человеческое моноклональное антитело к ФНО- $\alpha$ , продемонстрировал в многочисленных исследованиях высокую эффективность в терапии резистентного увеита при ББ, достигавшую 97 %, обеспечивая достижение быстрой и стойкой ремиссии, сокращение частоты рецидивов и позволяя существенно снизить дозу ГК, минимизируя связанные с ними риски [12, 18]. Его использование в собственном наблюдении было обосновано тяжестью глазных проявлений (нейроретинит, макулярный отек) и резистентностью к предшествующей терапии ГК. Терапия адалimumабом привела к полному восстановлению зрительных функций и регрессу воспалительных изменений по данным ОКТ, кроме того, способствовала восстановлению волосяного покрова головы.

Важно отметить, что другие ГИБП, такие как ингибиторы ИЛ-1 (анакинра, канакинумаб) или ИЛ-17 (секукинумаб), в крупных рандомизированных исследованиях увеита при ББ не продемонстрировали стабильно высокую эффективность и в настоящее время не рассматриваются в качестве препаратов первой линии, в отличие от ингибиторов ФНО- $\alpha$  [9].

К перспективным направлениям терапии увеита относят ингибиторы янус-киназ (JAK). Так, по данным систематического обзора литературы, частота ремиссии достигала 83 % при использовании JAK-ингибиторов (тофацитиниба, барицитиниба или упадацитиниба) пациентам с ББ и поражением глаз, как правило, резистентным к стандартной терапии, в половине случаев с неэффективностью ингибиторов ФНО- $\alpha$  [19]. Таким образом, применение ингибиторов JAK является многообещающей стратегией лечения ББ при недостаточном ответе на ингибиторы ФНО- $\alpha$ , особенно в случаях с поражением жизненно важных органов, прежде всего глаз.

Успешное ведение пациентов с ББ и увеитом, как подчеркивается в рекомендациях EULAR-2018, является сложной задачей и требует тесного междисциплинарного сотрудничества, в первую очередь офтальмолога и ревматолога [17]. В представленном наблюдении совместное обсуждение данных офтальмологического обследования, анамнеза, генетического исследования (HLA-типирование) и методов визуализации позволило установить диагноз и выбрать оптимальную тактику лечения.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, представленное наблюдение подчеркивает важность включения ББ в круг дифференциальной диагностики рецидивирующего увеита у молодых пациентов, значение генетического тестирования с выявлением HLA-B51 и целесообразность раннего назначения ГИБП, прежде всего ингибитора ФНО- $\alpha$  — адалимумаба, для сохранения зрительных функций и улучшения качества жизни пациентов. Ключевым фактором аргументированной диагностики и успеш-

ного лечения явилось скоординированное взаимодействие специалистов офтальмологического и ревматологического профилей.

## УЧАСТИЕ АВТОРОВ:

Атаршиков Д.С. — концепция и дизайн исследования, сбор клинического материала, обработка и интерпретация данных, написание статьи;  
Таскина Е.С. — концепция и дизайн исследования, обработка и интерпретация данных, написание статьи;  
Егоров А.Е. — обработка и интерпретация данных, написание статьи;  
Зубарева Н.А. — обработка и интерпретация данных, написание статьи;  
Бекетова Т.В. — сбор клинического материала, обработка и интерпретация данных, написание статьи.

## ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

- Kiafar M, Faezi ST, Kasaean A, Baghdadi A, Kakaei S, Mousavi SA, Nejadhosseini M, Shahram F, Ghodsi SZ, Shams H, Davatchi F. Diagnosis of Behçet's disease: clinical characteristics, diagnostic criteria, and differential diagnoses. *BMC Rheumatol.* 2021;5(1):2. doi: 10.1186/s41927-020-00172-1.
- Jennette JC, Falk RJ, Bacon PA, Basu N, Cid MC, Ferrario F, Flores-Suarez LF, Gross WL, Guillevin L, Hagen EC, Hoffman GS, Jayne DR, Kallenberg CG, Lamprecht P, Langford CA, Luqmani RA, Mahr AD, Matteson EL, Merkel PA, Ozen S, Pusey CD, Rasmussen N, Rees AJ, Scott DG, Specks U, Stone JH, Takahashi K, Watts RA. 2012 revised International Chapel Hill Consensus Conference Nomenclature of Vasculitides. *Arthritis Rheum.* 2013;65(1):1–11. doi: 10.1002/art.37715.
- Разумова ИЮ, Годзенко АА. Болезнь Бехчета и увеит. *Вестник офтальмологии.* 2021;137(5):130–137.  
Razumova IYu, Godzenko AA. Behçet's disease and uveitis. *Russian Annals of Ophthalmology.* 2021;137(5):130–137 (In Russ.). doi: 10.17116/oftalma2021137051130.
- Chadli S, Maamar M, Abouqal R, Ammouri W, Tazi Mezalek Z, Harmouche H. Identification of clinical phenotypes in Behçet's syndrome using latent class analysis: a step toward precision medicine. *Clin Exp Rheumatol.* 2025;43(10):1789–1798. doi: 10.55563/clinexpheumatol/3dhh59.
- Hatemi G, Seyahi E, Fresko I, Talarico R, Ucar D, Hamuryudan V. Behçet's syndrome: one year in review 2025. *Clin Exp Rheumatol.* 2025;43(10):1699–1708. doi: 10.55563/clinexpheumatol/8xum0.
- Nokhatha SAA, Aljaberi N, Zeyoudi JA, Almarzooqi A, Soukieh F, Khan M. High prevalence of HLA-B51 and ocular involvement in Behçet's disease: a multicenter cross-sectional study. *Rheumatol Int.* 2025;45(6):140. doi: 10.1007/s00296-025-05892-6.
- Joubert M, Desbois AC, Domont F, Ghembaza A, Le Joncour A, Mirouse A, Maalouf G, Leclercq M, Touhami S, Cacoub P, Bodaghi B, Saadoun D. Behçet's Disease Uveitis. *J Clin Med.* 2023;12(11):3648. doi: 10.3390/jcm12113648.
- Lin S, Xu Z, Lin Z, Xie B, Feng J. Advances in pathogenesis and treatment of ocular involvement in Behçet's disease. *Front Immunol.* 2023;14:1206959. doi: 10.3389/fimmu.2023.1206959.
- Guan Y, Li F, Li N, Yang P. Decoding Behçet's Uveitis: an In-depth review of pathogenesis and therapeutic advances. *J Neuroinflammation.* 2024;21(1):133. doi: 10.1186/s12974-024-03123-6.
- Mahaju S, Achhami E, Lamichhane S, Chalish KN, Gautam R. A rare case of Behçet's disease in Nepal: multisystem manifestations and diagnostic challenges. *Ann Med Surg (Lond).* 2023;85(10):5259–5262. doi: 10.1097/MS9.0000000000001279.
- Çakar Ozdal P. Behçet's Uveitis: Current Diagnostic and Therapeutic Approach. *Turk J Ophthalmol.* 2020;50(3):169–182. doi: 10.4274/tjo.galenos.2019.60308.
- Zhong Z, Su G, Yang P. Risk factors, clinical features and treatment of Behçet's disease uveitis. *Prog Retin Eye Res.* 2023;97:101216. doi: 10.1016/j.pretyeres.2023.101216.
- Лисицына ТА, Алекберова ЗС, Давыдова ГА, Решетняк ТМ, Катаргина ЛА, Насонов ЕЛ. Современные представления о терапии увеитов при иммуноопосредованных ревматических заболеваниях. *Научно-практическая ревматология.* 2020;58(4):428–436.  
Lisitsyna TA, Alekberova ZS, Davydova GA, Reshetnyak TM, Katargina LA, Nasonov EL. Current approaches to treatment of uveitis in immune-mediated inflammatory rheumatic disease. *Nauchno Prakticheskaya Revmatologia.* 2020;58(4):428–436 (In Russ.). doi: 10.47360/1995-4484-2020-428-436.
- Scherrer MAR, Rocha VB, Garcia LC. Behçet's disease: review with emphasis on dermatological aspects. *An Bras Dermatol.* 2017;92(4):452–464. doi: 10.1590/abd1806-4841.20177359.
- D'Onghia M, Cinotti E, Cartocci A, Vitale A, Caggiano V, Tognetti L, La Marca F, Sota J, Gentileschi S, Rubegni G, Lopalco G, Guerriero S, Govoni M, Monti S, Ruscitti P, Angeli F, Carubbi F, Giacomelli R, Ciccia F, Piga M, Emmi G, Costi S, Sebastiani GD, Iannone F, Spedicato V, Alessio G, Ruffilli F, Milanesi A, Gentile M, Crisafulli F, Alunno A, Navarini L, Iacono D, Cauli A, Ricci F, Gaggiano C, Tarsia M, Bartoloni E, Conti G, Viapiana O, Gobbi FL, de Paulis A, Parronchi P, Del Giudice E, Barone P, Olivieri AN, Bizzi E, Maggio MC, Balistreri A, Frediani B, Tosi GM, Fabiani C, Rubegni P, Cantarini L. Unfolding dermatologic spectrum of Behçet's disease in Italy: real-life data from the International AIDA Network Behçet's disease Registry. *Intern Emerg Med.* 2023;18(8):2245–2252. doi: 10.1007/s11739-023-03410-9.
- Siebert E, Moynihan V, Ali N, Hall A, Heydon P, Dunlop A, Lim LL, Richards J. Tattoo-Associated Uveitis: An Emerging Eye Health Challenge. *Clin Exp Ophthalmol.* 2026 Jan-Feb;54(1):33–43. doi: 10.1111/ceo.70012.
- Hatemi G, Christensen R, Bang D, Bodaghi B, Celik AF, Fortune F, Gaudric J, Gul A, Kötter I, Leccese P, Mahr A, Moots R, Ozguler Y, Richter J, Saadoun D, Salvarani C, Scuderi F, Sfikakis PP, Siva A, Stanford M, Tugal-Tutkun I, West R, Yurdakul S, Olivieri I, Yazici H. 2018 update of the EULAR recommendations for the management of Behçet's syndrome. *Ann Rheum Dis.* 2018 Jun;77(6):808–818. doi: 10.1136/annrheumdis-2018-213225.
- Vallet H, Seve P, Biard L, Baptiste Fraison J, Bielefeld P, Perard L, Bienvenu B, Abad S, Rigolet A, Deroux A, Sene D, Perlat A, Marie I, Feurer E, Hochulla E, Fain O, Clavel G, Riviere S, Bouche PA, Gueudry J, Pugnet G, Le Hoang P, Resche Rigon M, Cacoub P, Bodaghi B, Saadoun D; French Uveitis Network. Infliximab Versus Adalimumab in the Treatment of Refractory Inflammatory Uveitis: A Multicenter Study From the French Uveitis Network. *Arthritis Rheumatol.* 2016;68(6):1522–1530. doi: 10.1002/art.39667.
- Sulu B, Esatoglu S, Hatemi I, Celik A, Hatemi G. Efficacy and Safety of JAK Inhibitors in Behçet's Syndrome: A Systematic Literature Review [abstract]. *Arthritis Rheumatol.* 2025; 77 (suppl 9). <https://acrabstracts.org/abstract/efficacy-and-safety-of-jak-inhibitors-in-behcets-syndrome-a-systematic-literature-review/>. Accessed January 18, 2026.

## СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Атаршиков Дмитрий Сергеевич  
кандидат медицинских наук, врач-офтальмолог, врач-офтальмохирург,  
врач — орбитальный хирург, врач — окулопластический хирург  
<https://orcid.org/0000-0003-4401-9099>

Таскина Елизавета Сергеевна  
кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры офтальмологии,  
врач-офтальмолог  
<https://orcid.org/0000-0002-6223-8888>

Егоров Алексей Евгеньевич  
доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры офтальмологии  
имени академика А.П. Нестерова Института клинической медицины,  
врач-офтальмолог  
<https://orcid.org/0000-0003-2637-1830>

Зубарева Наталья Александровна  
врач-офтальмолог  
<https://orcid.org/0009-0003-2726-3652>

## ABOUT THE AUTHORS

Atarshchikov Dmitry S.  
PhD, ophthalmologist, ophthalmic surgeon, orbital surgeon,  
oculoplastic surgeon  
<https://orcid.org/0000-0003-4401-9099>

Taskina Elizaveta S.  
PhD, Associate Professor, Associate Professor of Ophthalmology Department,  
ophthalmologist  
<https://orcid.org/0000-0002-6223-8888>

Egorov Alexey E.  
MD, Professor, Professor of the Academician A.P. Nesterov Department  
of Ophthalmology, Institute of Clinical Medicine, ophthalmologist  
<https://orcid.org/0000-0003-2637-1830>

Zubareva Natalya A.  
ophthalmologist  
<https://orcid.org/0009-0003-2726-3652>

Д.С. Атаршиков, Е.С. Таскина, А.Е. Егоров, Н.А. Зубарева, Т.В. Бекетова

386

Контактная информация: Таскина Елизавета Сергеевна [taskins@yandex.ru](mailto:taskins@yandex.ru)

Клиническое наблюдение увеита, ассоциированного с HLA-B51: диагностические сложности...

Бекетова Татьяна Валентиновна  
доктор медицинских наук, заведующая отделением ревматологии  
с нефрологическими койками и кабинетом терапии генно-инженерными  
биологическими препаратами, ведущий научный сотрудник лаборатории  
системного склероза, врач-ревматолог, профессор  
кафедры инфокогнитивных технологий  
<https://orcid.org/0000-0003-2641-9785>

Beketova Tatiana V.  
MD, head of the Rheumatology Department with Nephrology Beds  
and a Room for Therapy with Genetically Engineered Biological Drugs,  
leading researcher, Professor of the Department of Infocognitive Technologies,  
rheumatologist  
<https://orcid.org/0000-0003-2641-9785>