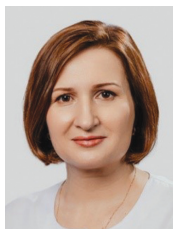


Хирургия осложнений увеита при псориатическом артрите.

Клинические случаи



О.В. Сафонова



О.В. Шиловских

АО Екатеринбургский центр МНТК «Микрохирургия глаза»
ул. Академика Бардина, 4а, Екатеринбург, 620149, Российская Федерация

РЕЗЮМЕ

Офтальмология. 2026;23(3):697–707

Псориатический артрит (ПсА) — хроническое воспалительное заболевание опорно-двигательного аппарата, связанное с псориазом, которое чаще всего проявляется периферическим артритом, дактилитом, энтезитом и спондилитом. Воспаление глаз различной степени тяжести и локализации может проявляться как в острой форме, так и носить рецидивирующий характер. Примерно в 25–30 % случаев увеита возникают осложнения (глаукома, катаракта, макулярный отек). На сегодняшний день в литературе имеются ограниченные данные в отношении результатов хирургии осложнений увеитов на фоне псориатического артрита.

В данной статье описаны три клинических случая, демонстрирующие особенности клинической картины и результаты хирургического лечения осложнений у пациентов разного возраста, страдающих рецидивирующим увеитом на фоне псориатического артрита.

Ключевые слова: увеит, псориатический артрит, фаноземulsionификация, макулярный отек, триамцинолона ацетонид

Для цитирования: Сафонова О.В., Шиловских О.В. Хирургия осложнений увеита при псориатическом артрите. Клинические случаи. *Офтальмология*. 2026;23(3):697–707. <https://doi.org/10.18008/1816-5095-2026-3-697-707>

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

Конфликт интересов отсутствует.



Surgery for Complications of Uveitis in Psoriatic Arthritis. Clinical Cases

O.V. Safonova, O.V. Shilovskikh

Eye Microsurgery Ekaterinburg Center
Bardina str., 4a, Ekaterinburg, 620146, Russian Federation

ABSTRACT

Ophthalmology in Russia. 2026;23(3):697–707

Psoriatic arthritis (PsA) is a chronic inflammatory disease of the musculoskeletal system associated with psoriasis, most commonly manifesting as peripheral arthritis, dactylitis, enthesitis, and spondylitis. Eye inflammation of varying severity and localization can be acute and recurrent. Complications (glaucoma, cataract, macular edema) occur in approximately 25–30 % of uveitis cases. There are limited literature data regarding the outcomes of surgery for complications of uveitis associated with psoriatic arthritis. This article describes three clinical cases demonstrating the clinical presentation and surgical outcomes of complications in patients of varying ages suffering from recurrent uveitis associated with psoriatic arthritis.

Keywords: uveitis, psoriatic arthritis, phacoemulsification, macular edema, triamcinolone acetate

For citation: Safonova O.V., Shilovskikh O.V. Surgery for Complications of Uveitis in Psoriatic Arthritis. Clinical Cases. *Ophthalmology in Russia*. 2026;23(3):697–707. <https://doi.org/10.18008/1816-5095-2026-3-697-707>

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

There is no conflict of interests.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Псориазический артрит (ПсА) — хроническое воспалительное заболевание опорно-двигательного аппарата, связанное с псориазом, которое чаще всего проявляется периферическим артритом, дактилитом, энтезитом и спондилитом [1].

Хотя причины возникновения ПсА в настоящее время точно не установлены, роль генетических факторов в развитии этих заболеваний не вызывает сомнений: 30 % генетической составляющей ПсА приходится на долю главного комплекса гистосовместимости [2].

Широко известна связь человеческого лейкоцитарного антигена *HLA B-27* с ПсА и поражением глаз, которая считается многофакторной. В патогенезе ПсА и увеита имеют значение нарушения микробиоты, активация Т-хелперных клеток 17-го типа [3]. Увеит может возникать как внесуставное проявление псориазического артрита (ПсА). Распространенность увеита составляет от 3,2 до 10 % у взрослых и 16 % у детей с ПсА [4].

У большинства больных ПсА отмечается параллелизм течения увеита и артрита, а дебют глазного воспаления совпадает по времени с началом развития суставного синдрома, хотя в отдельных случаях увеит за 1–4 года предшествует артриту [2].

Воспаление глаз различной степени тяжести и локализации может проявляться как в острой форме, так и носить рецидивирующий характер. Метаанализ показал, что нет статистически значимой разницы в частоте увеита между псориазическим артритом с началом во взрослом и ювенильном возрасте. Примерно в 25–30 % случаев увеита возникают осложнения (глаукома, катаракта, макулярный отек) [2, 3, 5].

Ювенильный псориазический артрит (ЮПсА) — хроническое воспалительное заболевание периферических суставов, суставов позвоночника и энтезисов, которое встречается у 10–25 % больных псориазом [6], у 18,8 % детей младшей возрастной группы и у 8,8 % детей старшей возрастной группы. При ЮПсА чаще развивается двусторонний, хронический передний и/или промежуточный увеит с тяжелым течением [7].

На сегодняшний день в литературе имеются ограниченные данные в отношении результатов хирургии осложнений увеитов на фоне псориазического артрита.

Цель работы: анализ клинических случаев, демонстрирующих особенности клинической картины и результаты хирургии осложнений увеита при псориазическом артрите в зависимости от возраста.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

В данной статье представлены три клинических случая, иллюстрирующие наиболее частые осложнения увеита на фоне псориазического артрита у пациентов разных возрастных категорий. Всем пациентам проводили комплексное офтальмологическое обследование, включавшее стандартные и специальные методы: ультразвуковое В-сканирование на аппарате UD-8000 (Tomey, Германия), оптическую когерентную томографию (ОКТ) макулярной зоны на томографе RTVue-100 XR Avanti (Optovue, США), ультразвуковую биомикроскопию (УБМ) на приборе Vumax HD (Sonomed, США), ОКТ переднего сегмента на приборе CASIA-2 (Tomey, Германия).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Клинический случай 1

Пациент С., 21 год, в анамнезе — увеит левого глаза в течение 5 лет, псориаз с 11 лет, псориазическая

О.В. Сафонова, О.В. Шиловских

Контактная информация: Сафонова Ольга Владимировна o.safonova@list.ru

Хирургия осложнений увеита при псориазическом артрите. Клинические случаи

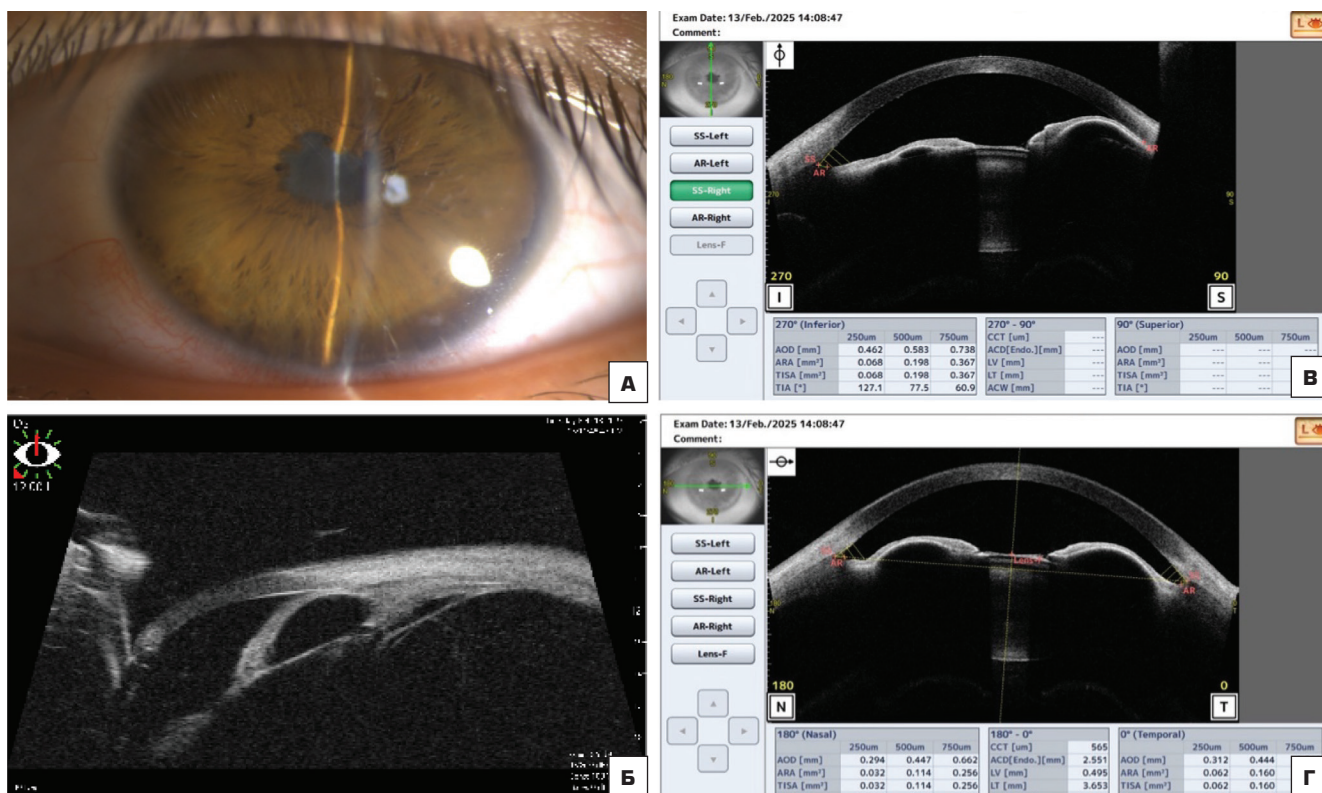


Рис. 1. Состояние левого глаза пациента С. перед операцией: А — фото; Б — УБМ: циклитическая мембрана (белая стрелка); В, Г — ОКТ переднего сегмента: иридокорнеальное сращение (красная стрелка), плоскостная синехия (желтая стрелка); бомбаж радужки, плотная экссудативная мембрана (зеленая стрелка)

Fig. 1. Condition of the left eye of patient S. before surgery: A — photo; Б — UBM: cyclic membrane (white arrow); В, Г — OCT of the anterior segment: iridocorneal fusion (red arrow), planar synechia (yellow arrow); iris bombage, dense exudative membrane (green arrow)

артропатия с дебютом в детском возрасте (с 15 лет), периферический артрит, R-1, активность 1-й степени, с поражением глаз. HLA B27+. Базисная терапия: метотрексат 17,5 мг/нед, преднизолон 5 мг/сут, адалимумаб 40 мг/нед.

При поступлении: VOD = 1,0, VOS = 0,02 н/к; Pi OD/OS = 23/11 мм рт. ст.

При осмотре: роговица прозрачная в центре, у лимба поверхностные помутнения на 3 и 9 часах, передняя камера мелкая, неравномерная, влага передней камеры прозрачная, заращение зрачка, экссудативная зрачковая мембрана, бомбаж радужки. Глубже лежащие среды не просматривались. По данным УБМ: циклитическая мембрана с умеренной тракцией; ОКТ переднего сегмента: иридокорнеальное сращение в верхнем секторе, плоскостная синехия в нижнем секторе; бомбаж радужки, плотная экссудативная мембрана (рис. 1).

По данным ультразвукового В-сканирования: ЗОСТ, выраженные гиперэхогенные помутнения в стекловидном теле. Оболочки прилежат (рис. 2).

ОКТ макулярной области детально выполнить не удалось из-за непрозрачности оптических сред, однако слегка просматривался сглаженный профиль центральной ямки и диффузное утолщение нейроэпителия.

Диагноз: рецидивирующий передний увеит, медикаментозная ремиссия, лентовидная дегенерация роговицы, осложненная катаракта, частичный бомбаж радужки, помутнение стекловидного тела, макулярный отек левого глаза.



Рис. 2. Ультразвуковое В-сканирование левого глаза пациента С. перед операцией

Fig. 2. Ultrasound B-scan of the left eye of patient S. before surgery

Проведена операция: разделение синехий с удалением экссудативной мембраны, факоэмульсификация, задний капсулорексис, частичная витрэктомия в передних отделах витреальной полости, имплантация ИОЛ (МА60АС 22,5Д) с заведением оптики за задний капсулорексис по технике *optic capture*, супра-хориоидальное введение триамцинолона ацетонида (СХВ ТА) 4 мг.

На 1-е сутки: VOS = 0,25 sph -1,0 cyl -2,0 ax 165 = 0,5 Pi = 10 мм рт. ст.

При осмотре: передняя камера равномерная, ИОЛ центрирована, зрачок круглый, свободен от спаечных образований. По данным ОКТ переднего сегмента: ИОЛ в правильном положении, значения TILT и децентрация в пределах допустимых значений, дистанция от задней поверхности радужки до передней поверхности ИОЛ в верхнем/нижнем/носовом/височном секторах составила соответственно 1,127/0,936/1,146/1,127 мм (рис. 3).

Пациент получал местную противовоспалительную терапию в течение 3 месяцев, обострений увеита не наблюдалось.

Через 4 месяца: VOS = 0,1 sph -2,75 cyl -2,0 ax 165 = 0,5 Pi = 13 мм рт. ст., пациент продолжал применять местную поддерживающую терапию в виде инстилляций дексаметазона 0,1 % по 1 капле 2 раза в день. При обследовании: зрачок имеет небольшую деформацию, тенденция

к образованию локальных задних синехий, умеренное количество подвижных помутнений в витреальной полости, ИОЛ центрирована. По данным ОКТ: значения TILT и децентрация в пределах допустимых значений, дистанция от задней поверхности радужки до передней поверхности ИОЛ в верхнем/нижнем/носовом/височном секторах составила соответственно 0,198/0,186/0,227/0,213 мм, локальные задние синехии без явлений бомбажа (рис. 4).

Через 12 месяцев: VOS = 0,2 sph -0,75 = 0,3 cyl -2,0 ax 155 = 0,6 Pi = 7 мм рт. ст.

Через 6 и 11 месяцев после операции произошли рецидивы увеита, которые пациент связывает с прекращением инъекций адалимумаба из-за отсутствия препарата в наличии, а также с неполной ремиссией артрита. При осмотре: зрачок имеет небольшую деформацию, локальные задние синехии, нежная экссудативная мембрана в области зрачка, умеренное количество подвижных помутнений в витреальной полости, ИОЛ центрирована. По данным ОКТ: значения TILT и децентрация в пределах допустимых значений, дистанция от задней поверхности радужки до передней поверхности ИОЛ в верхнем/нижнем/носовом/височном секторах составила соответственно 0/0,198/0,142/0,184 мм, в верхнем секторе радужка имеет вогнутый профиль, тенденцию к бомбажу без закрытия угла передней камеры (рис. 5).

На момент операции центральная толщина сетчатки (ЦТС) составляла 338 мкм, наблюдалось ее диффузное утолщение с локальной субфовеолярной отслойкой нейроэпителия, которая прилегла на фоне СХВ ТА 4 мг, в течение 3 месяцев после операции ЦТС была стабильной, через 4 месяца появились кистозные полости в нейроэпителии, ЦТС увеличилась с 328 до 474 мкм. Было проведено СХВ ТА 4 мг дважды с интервалом 6 месяцев в левый глаз с положительным эффектом и стабилизацией состояния макулярной области.

Ниже на рисунке 6 представлена динамика состояния макулярной области левого глаза пациента.

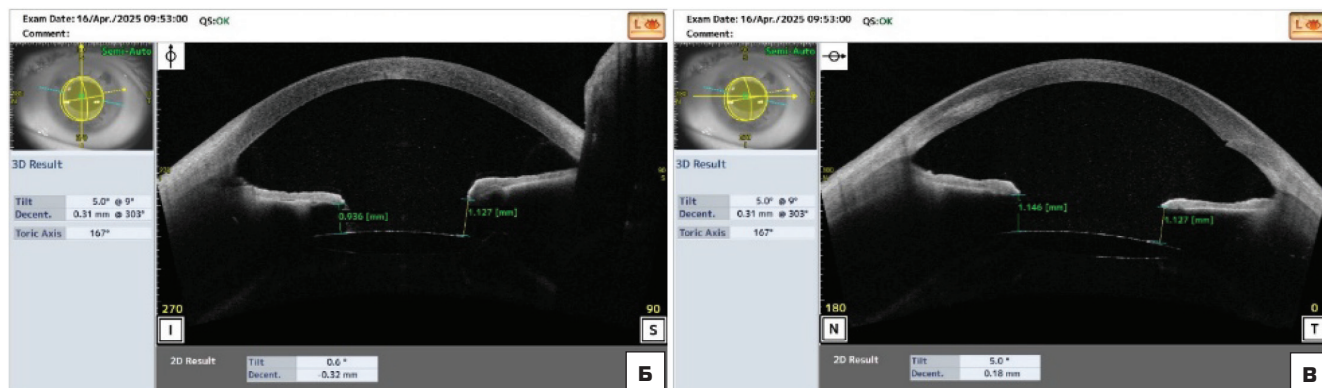
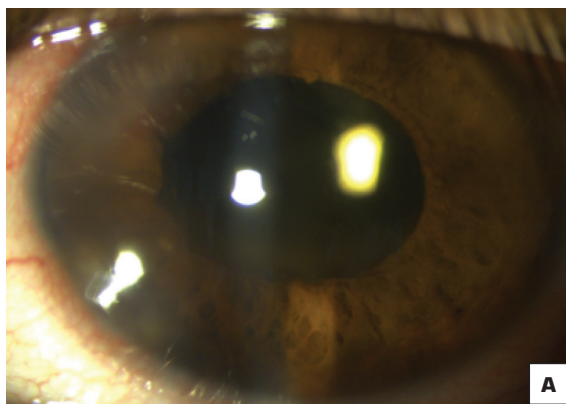


Рис. 3. Состояние переднего сегмента левого глаза пациента С. на 1-е сутки после операции: А — фото; Б, В — ОКТ переднего сегмента

Fig. 3. The anterior segment of the left eye of patient S. on the 1st day after surgery: A — foto; Б, В — OCT of the anterior segment

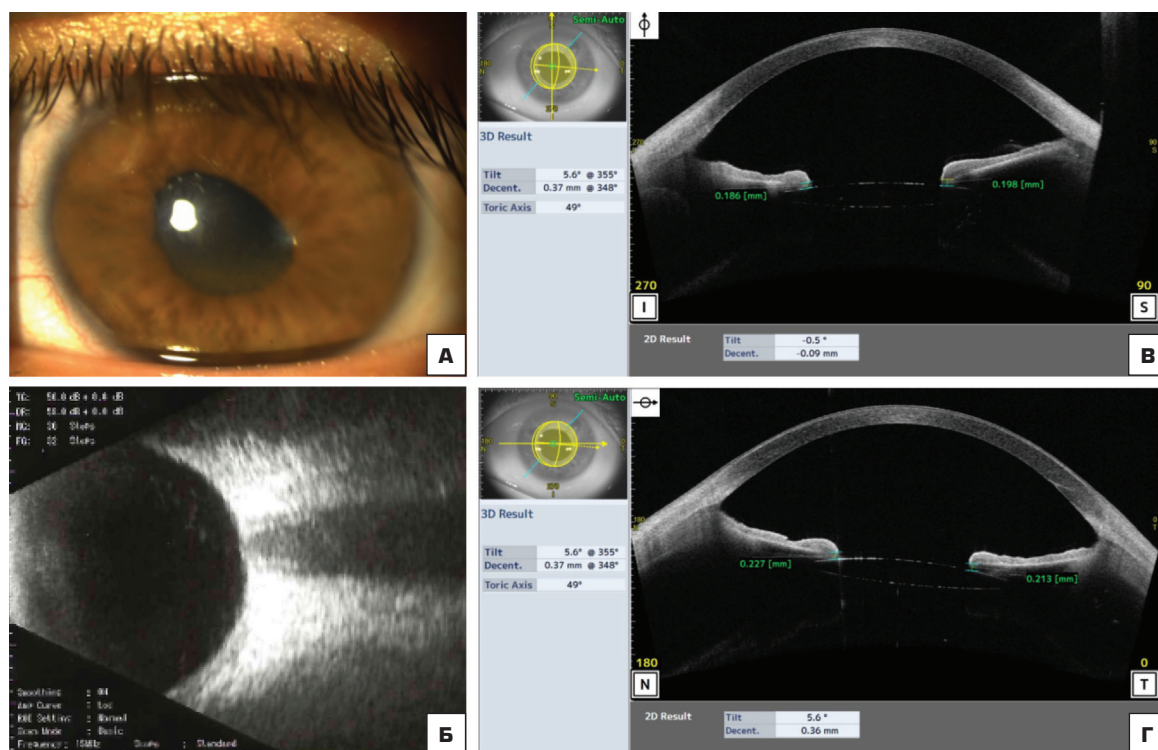


Рис. 4. Состояние левого глаза пациента С. через 4 месяца после операции: А — фото; Б — ультразвуковое В-сканирование; В, Г — ОКТ переднего сегмента

Fig. 4. The condition of the left eye of patient S. 4 months after surgery: A — photo; Б — ultrasound B-scan; В, Г — OCT of the anterior segment

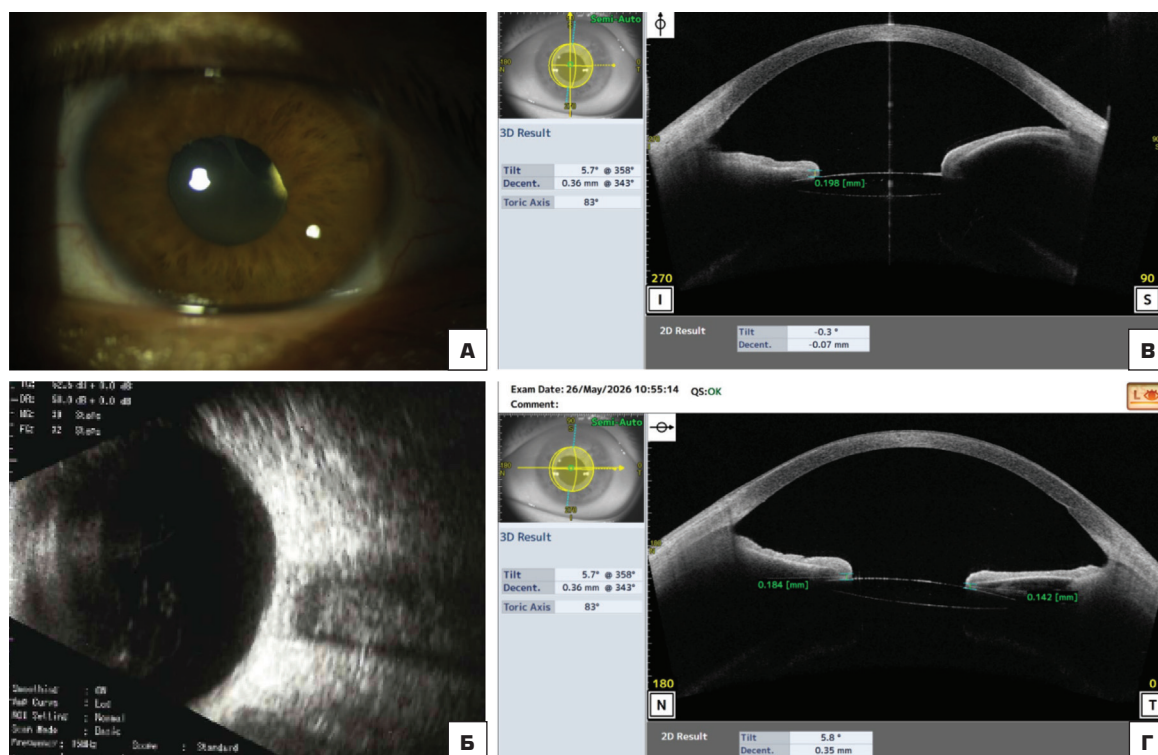


Рис. 5. Состояние левого глаза пациента С. через 12 месяцев после операции: А — фото; Б — ультразвуковое В-сканирование; В, Г — ОКТ переднего сегмента

Fig. 5. The condition of the left eye of patient S. 12 months after surgery: A — photo; Б — ultrasound B-scan; В, Г — OCT of the anterior segment

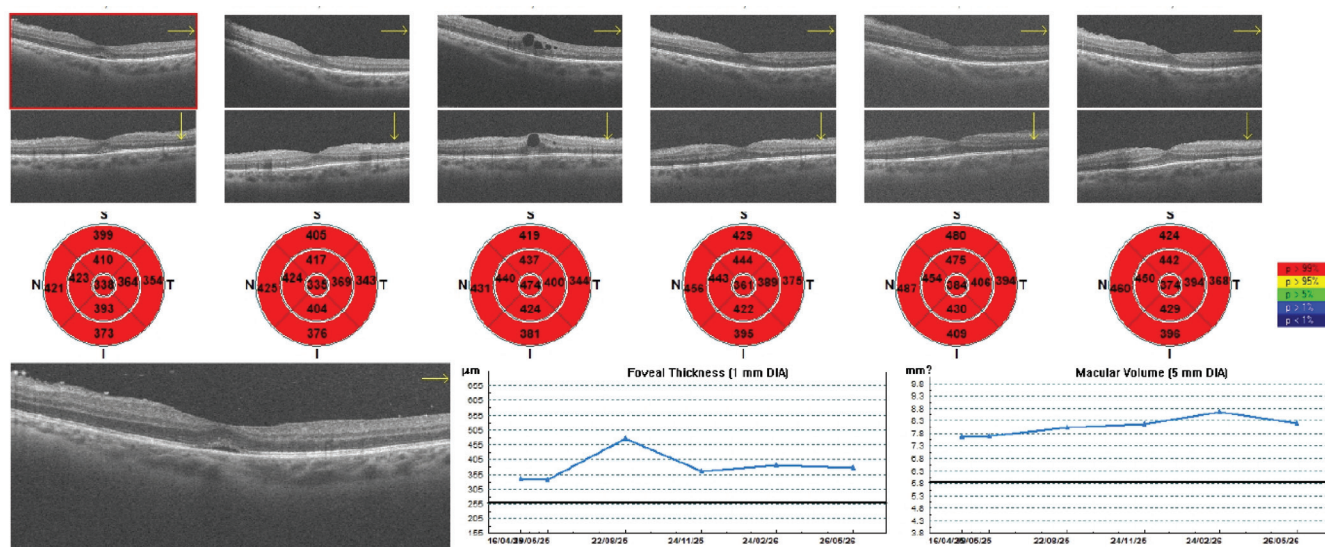


Рис. 6. Состояние макулярной области левого глаза пациента С. в динамике [1 сутки после операции, через 3, 4, 6, 9, 12 месяцев]. Синими стрелками отмечено СХВ ТА

Fig. 6. The state of the macular region of the left eye of patient S. over time [1 day after surgery, after 3, 4, 6, 9, and 12 months]. The blue arrows indicate the SCI TA

Клинический случай 2

Пациент Б., 46 лет, из другого региона, в анамнезе увеит обоих глаз в течение 18 лет, с 26 лет — псориатический артрит, спондилоартритический вариант, HLA B27 ассоциированный, высокой степени активности, периферический артрит, энтезиты грудино-реберных сочленений, двусторонний сакроилиит, артрит голеностопного сустава. Вульгарный псориаз, стадия ремиссии. Базисная терапия: метотрексат 25 мг/нед, преднизолон 10 мг/сут.

VOD = 0,02 н/к Pi = 16 мм рт. ст. (м)

При осмотре: роговица прозрачная, передняя камера 2,5 мм, заращение зрачка, зрачковая экссудативная мембрана; выраженные подвижные помутнения в витреальной полости. По данным ОКТ: плоскостные задние синехии. По данным УБМ: цилиарное тело обычных размеров и структуры, признаков циклитических мембран не выявлено (рис. 7).

Диагноз: рецидивирующий передний увеит, медикаментозная ремиссия, осложненная катаракта, помутнение стекловидного тела, макулярный отек, офтальмогипертензия (м), центральная экссудативная отслойка сетчатки правого глаза.

Проведена операция: разделение синехий с удалением экссудативной мембраны, фактоэмульсификация, задний капсулорексис, частичная витрэктомия, имплантация ИОЛ (MN60AC 25,5Д) с заведением оптики за задний капсулорексис на правом глазу, СХВ ТА 4 мг.

На 1-е сутки: VOD = 0,05 sph +0,75 cyl +2,0 ax 110 = 0,1 Pi = 8 мм рт. ст. (б/м).

При осмотре: правый глаз спокоен, роговица слегка отечная, единичные складки десцеметовой мембрана,

феномен Тиндаля 0–1 степени, ИОЛ в правильном положении.

Пациенту рекомендовано проведение местной противовоспалительной терапии в виде НПВС и инстилляций дексаметазона 0,1 % по убывающей схеме до 3 месяцев после операции с переходом на поддерживающую дозу по 1 капле 2 раза в день длительно. В связи с двусторонним рецидивирующим увеитом и осложненным макулярным отеком рекомендована консультация ревматолога для решения вопроса об инициации генно-инженерной терапии (ГИБТ).

Через 3 месяца после операции VOD = 0,25 sph +1,0 = 0,3 Pi = 8 мм рт. ст.

Рецидивов увеита после операции не было. Ревматологом усилено лечение (повышена доза метотрексата до 25 мг/нед), пациент внесен в лист ожидания ГИБТ.

При осмотре: глаз спокоен, передняя камера средней глубины, равномерная, влага прозрачная, ИОЛ центрирована. По данным ОКТ: значения TILT и децентрации в пределах допустимых значений, дистанция от задней поверхности радужки до передней поверхности ИОЛ в верхнем/нижнем/носовом/височном секторе составила соответственно 0,411/0,342/0,425/0,415 мм (рис. 8).

Через 12 месяцев: VOD = 0,45 sph -0,5 cyl -0,5 ax 180 = 0,6 Pi = 15 мм рт. ст. (б/м).

Рецидивов увеита после операции не было, пациент использует капли фторметолон 1 раз в день, начал получать препарат голимумаб. При осмотре: зрачок правильной формы, на 6 часах локальная спайка радужки с передней капсулой хрусталика, мелкие помутнения в витреальной полости. По ОКТ: передняя камера глубокая, равномерная, ИОЛ центрирована, значения TILT

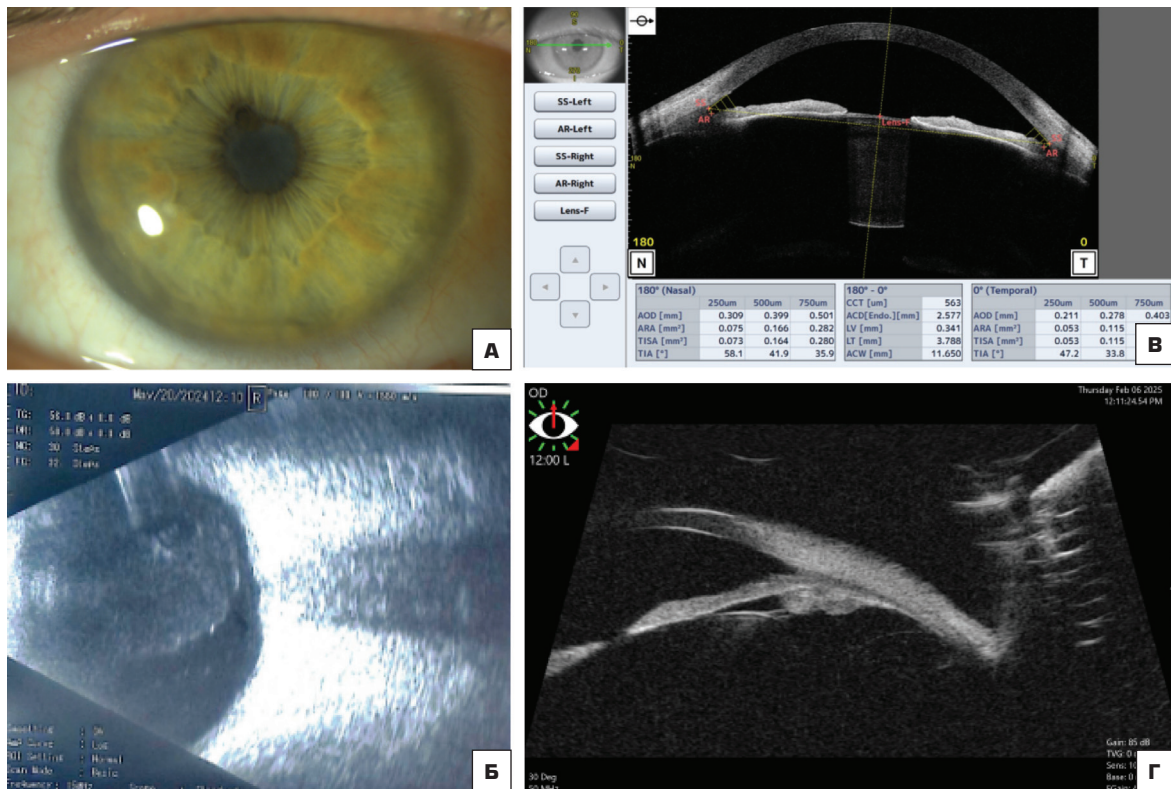
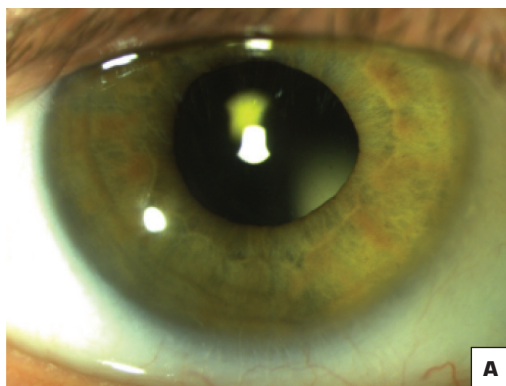


Рис. 7. Состояние правого глаза пациента Б. перед операцией: А — фото; Б — ультразвуковое В-сканирование; В — ОКТ переднего сегмента; Г — УБМ

Fig. 7. Condition of the right eye of patient B. before surgery: А — photo; Б — ultrasound B-scan; В — OCT of the anterior segment; Г — UBM



и децентрации в пределах допустимых значений, дистанция от задней поверхности радужки до передней поверхности ИОЛ в верхнем/нижнем/носовом/височном секторе составила соответственно 0,524/0,514/0,566/0,428 мм (рис. 9).

По данным ОКТ макулярной области, на момент оперативного вмешательства имела место обширная центральная отслойка нейроэпителия, кистозный макулярный отек. Данные проявления постепенно регрессировали на фоне местной терапии, усиления базисной терапии в виде применения ГИБТ и локального введения пролонгированных стероидных препаратов. Динамика состояния макулярной области представлена на рисунке 10.

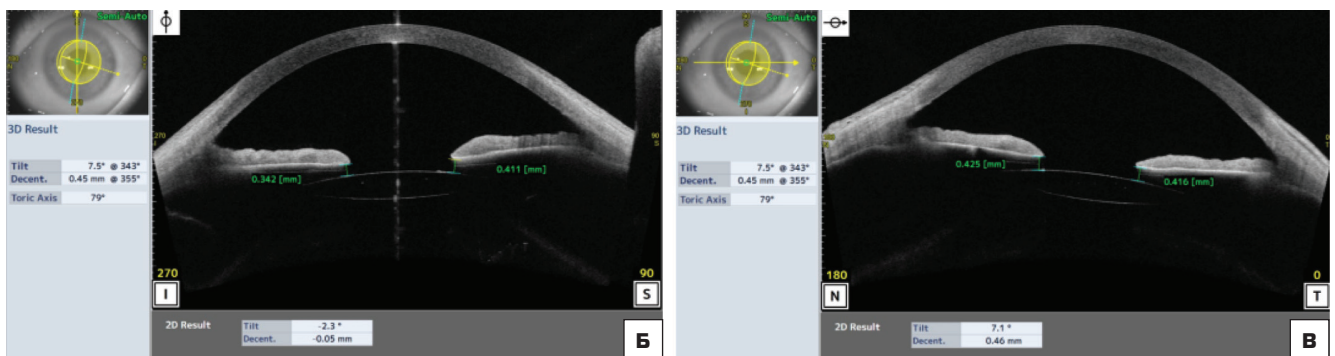


Рис. 8. Состояние правого глаза пациента Б. через 3 месяца после операции: А — фото; Б, В — ОКТ переднего сегмента

Fig. 8. The condition of the right eye of patient B. 3 months after surgery: А — photo; Б, В — OCT of the anterior segment

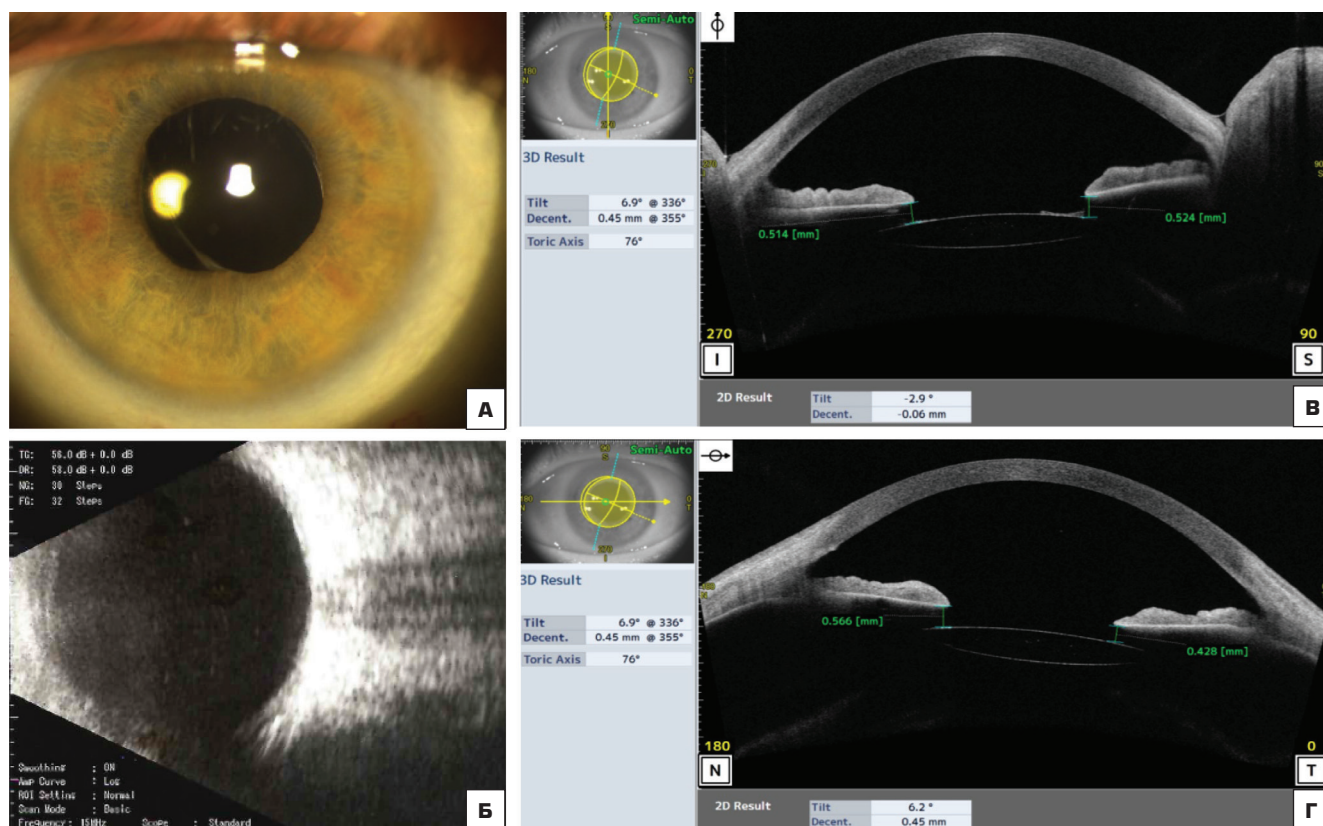


Рис. 9. Состояние правого глаза пациента Б. через 12 месяцев после операции: А — фото; Б — ультразвуковое В-сканирование; В, Г — ОКТ переднего сегмента

Fig. 9. The condition of the right eye of patient B. 12 months after surgery: A — photo; Б — ultrasound B-scan; В, Г — OCT of the anterior segment

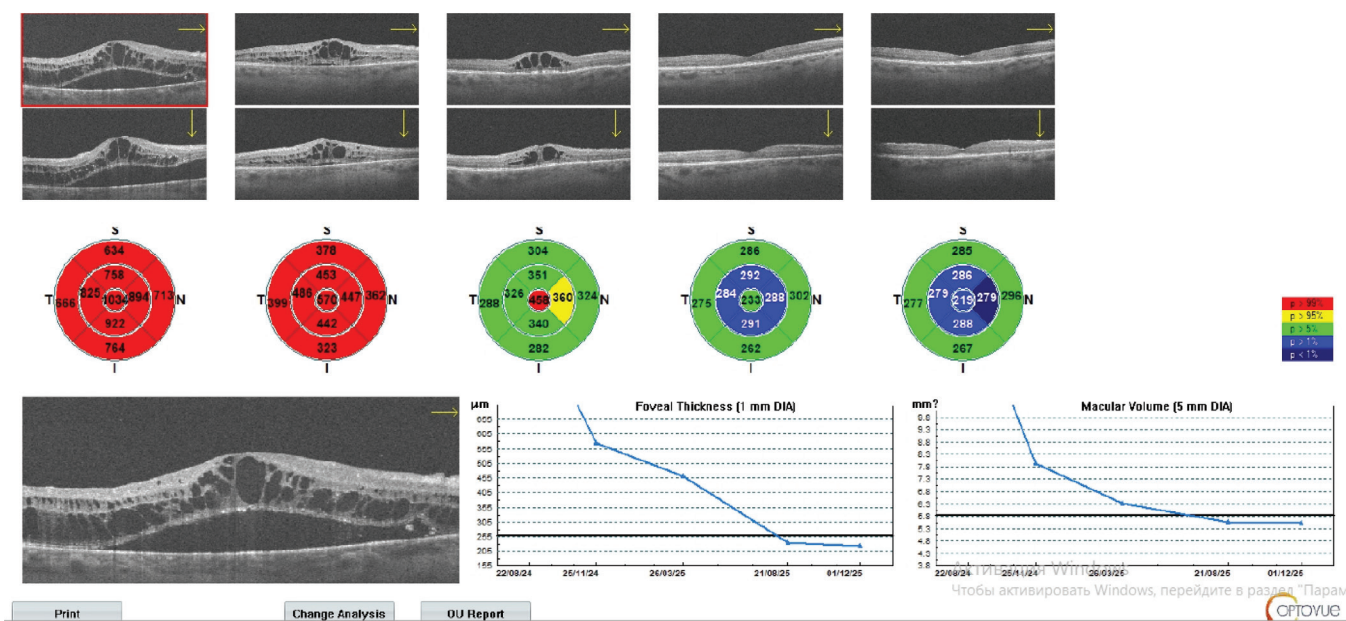


Рис. 10. Динамика состояния макулярной области правого глаза пациента Б. (на момент операции, через 3, 6, 9, 12 месяцев). Синими стрелками обозначено CXB TA 4 мг, красной стрелкой — интравитреальное введение микронизированного дексаметазона («Озурдекс»)

Fig. 10. Changes in the condition of the macular region of Patient B.'s right eye (day of surgery; 3, 6, 9, and 12 months post-operatively). Blue arrows indicate the suprachoroidal injection of 4 mg TA; the red arrow indicates the intravitreal injection of Ozurdex

Клинический случай 3

Пациентка Ч., 69 лет. В анамнезе: увеит левого глаза течение 2 лет, псориаз, псориатический артрит, HLA B27 ассоциированный с возраста 59 лет. Базисная терапия: метотрексат 15 мг/нед. По поводу бомбажа радужки ранее проводилась лазерная иридотомия на левом глазу.

При поступлении: VOS = 0,02 sph -18,0 = 0,05 Pi = 40 мм рт. ст. (м).

При осмотре: роговица прозрачная, передняя камера 2 мм, заращение зрачка, зрачковая экссудативная мембрана, рубеоз, колобомы радужки на 1.30 и 5 часу, по периферии иридокорнеальные сращения, умеренно выраженные подвижные помутнения в витреальной полости. По данным УБМ: цилиарное тело обычной экзогенности, укорочение цилиарных отростков, признаков циклитических мембран не выявлено (рис. 11).

Диагноз: рецидивирующий передний увеит, ремиссия, осложненная катаракта, помутнение стекловидного тела, рубеоз, бомбаж радужки, вторичная некомпенсированная (л+м) глаукома левого глаза.

Проведена операция: разделение синехий с удалением экссудативной мембраны, факоэмульсификация, задний капсулорексис, частичная витрэктомия, имплантация

ИОЛ (MN60AC 22,0Д) с заведением оптики за задний капсулорексис, реконструкция угла передней камеры, трабекулотомия, СХВ ТА 4 мг, интравитреальное введение ингибитора ангиогенеза.

На момент операции патологии макулярной области сетчатки левого глаза выявлено не было, ЦТС составляла 271 мкм.

На 1-е сутки VOS = 0,05 sph -3,5 = 0,2 Pi = 12 мм рт. ст. (м).

При осмотре: роговица прозрачная, передняя камера глубокая, феномен Тиндаля II степени геморрагический, ИОЛ в правильном положении.

Через 3 месяца после операции: VOS = 0,05 sph -3,0 = 0,5 cyl -0,5 ax 175 = 0,6 Pi = 12 мм рт. ст. (б/м). За это время рецидивов не было, пациентка прекратила местное противовоспалительное лечение. При обследовании: передняя камера равномерная, ИОЛ центрирована, зрачок круглый, свободен от спаечных образований, ИОЛ в правильном положении, значения TILT и децентрации в пределах допустимых значений, дистанция от задней поверхности радужки до передней поверхности ИОЛ в верхнем/нижнем/носовом/височном секторе составила соответственно 0,977/1,017/0,991/0,927 мм (рис. 12).

По данным ОКТ ЦТС 273 мкм.

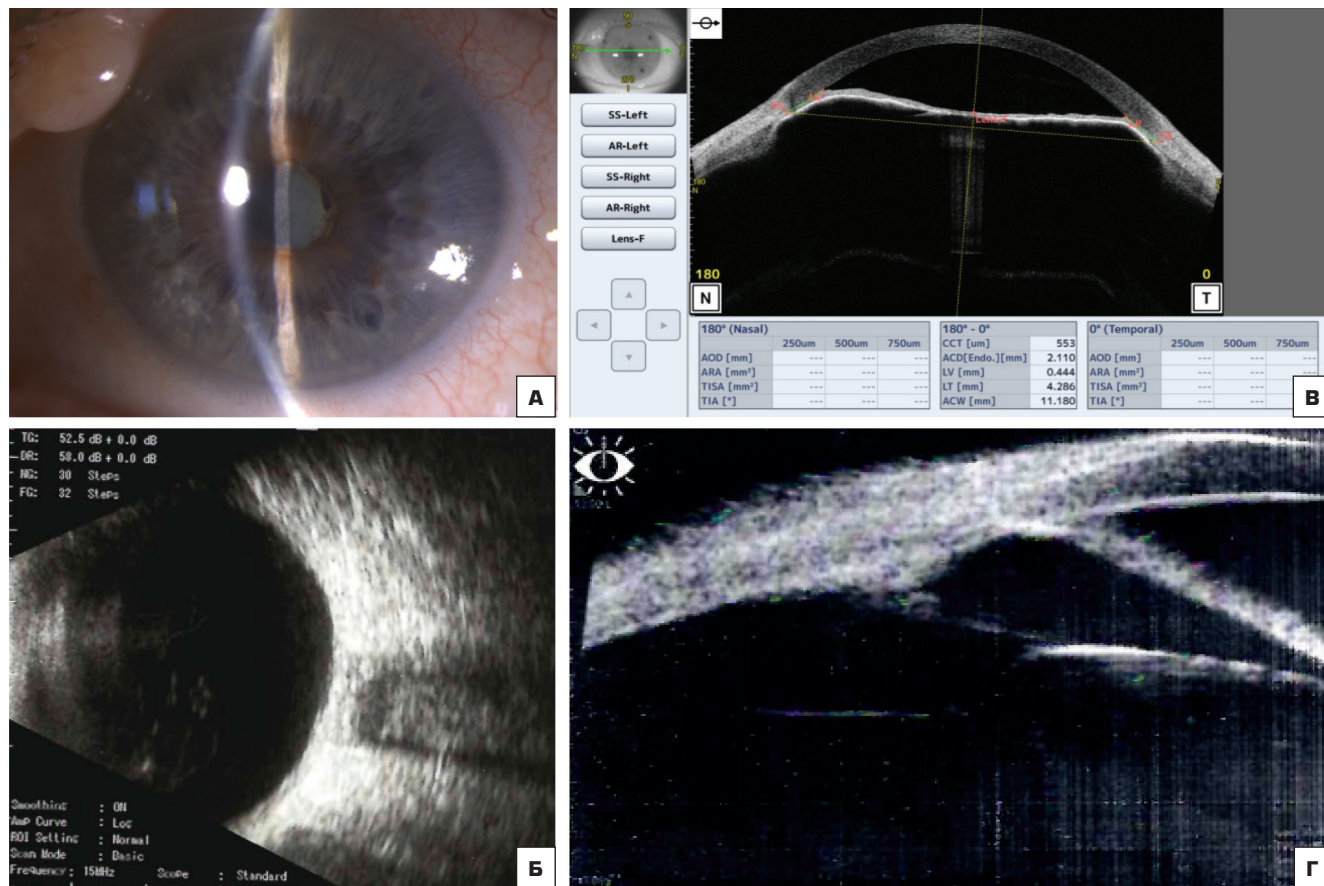
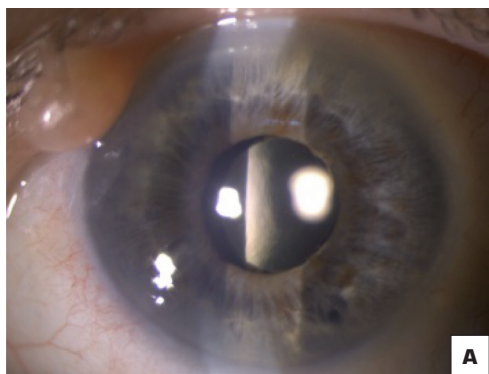


Рис. 11. Состояние левого глаза пациентки Ч. перед операцией: А — фото; Б — ультразвуковое В-сканирование; В — ОКТ переднего сегмента, Г — УБМ

Fig. 11. Condition of patient Ch.'s left eye before surgery: А — photo; Б — ultrasound B-scan; В — OCT of the anterior segment; Г — UBM



Пациентка продолжала наблюдаться ежегодно, за время наблюдения рецидивов увеита, необходимости в местной противовоспалительной терапии на левом глазу и в коррекции системной терапии не было.

Через 4 года после операции VOS = 0,08 sph -3,0 = 0,65 cyl -0,5 ax 175° = 0,8 Pi = 9 мм рт. ст. (6/м). При обследовании: зрачок правильной формы, свободен от спаечных образований, ИОЛ центрирована, по данным ОКТ значения TILT и децентрации в пределах допустимых значений, дистанция от задней поверхности радужки до передней поверхности ИОЛ в верхнем/нижнем/носовом/височном секторе составила соответственно 0,937/0,815/0,894/0,801 мм (рис. 13).

По данным ОКТ: профиль макулярной области сохранен, ЦТС 278 мкм.



Рис. 12. Состояние переднего сегмента правого глаза пациентки Ч. через 3 месяца после операции: А — фото; Б, В — ОКТ переднего сегмента

Fig. 12. Condition of the anterior segment of patient Ch.'s right eye 3 months after surgery: A — photo; Б, В — OCT of the anterior segment

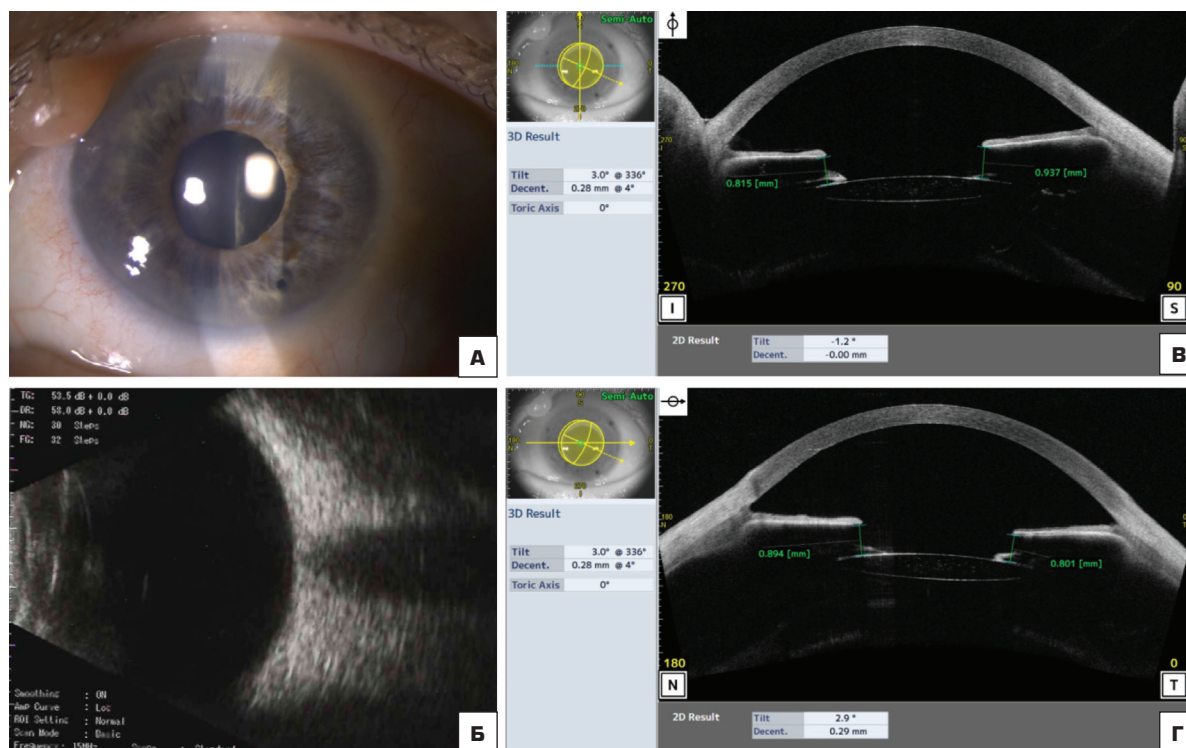


Рис. 13 Состояние левого глаза пациентки Ч. через 4 года после операции: А — фото; Б — ультразвуковое В-сканирование; В, Г — ОКТ переднего сегмента

Fig. 13. Condition of patient Ch.'s left eye 4 years after surgery: A — photo; Б — ultrasound B-scan; В — OCT of the anterior segment; Г — UBM

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Увеит на фоне псориатического артрита может сопровождаться тяжелыми осложнениями (катаракта, спаечный процесс в переднем сегменте глаза, вторичная глаукома, помутнения стекловидного тела, макулярный отек, отслойка сетчатки и т. д.).

При дебюте системного заболевания в детском, молодом возрасте, а также в случае HLA B27-положительного статуса глазные проявления более тяжелые. Наличие циклитических мембран, исходный предоперационный пониженный тонус глазного яблока ухудшают прогноз в отношении восстановления зрительных

функций и анатомических показателей переднего сегмента глаза.

Взаимодействие офтальмолога и ревматолога, своевременное назначение базисной и местной терапии, хирургическое лечение с применением современных технологий и локального введения пролонгированных стероидных препаратов позволяют достигнуть хороших анатомических и функциональных результатов у столь тяжелой категории больных.

УЧАСТИЕ АВТОРОВ:

Сафонова О.В. — концепция и дизайн исследования, сбор и обработка материала, написание текста;
Шиловских О.В. — редактирование текста, окончательное утверждение рукописи.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Singh JA. Special Article: 2018 American College of Rheumatology/National Psoriasis Foundation Guideline for the Treatment of Psoriatic Arthritis. *Arthritis Rheumatol.* 2019 Jan;71(1):5–32. doi: 10.1002/art.40726.
2. Разумова ИЮ, Годзенко АА, Воробьева ОК, Гусева ИА. Увеиты и их ассоциация с антигенами гистосовместимости класса I. *Вестник офтальмологии.* 2017;133(5):11–18. Razumova IYu, Godzenko AA, Vorobyeva OK, Guseva IA. Uveitis and its association with class I histocompatibility antigens. *Annals of Ophthalmology.* 2017;133(5):11–18 (In Russ.). doi: 10.17116/oftalma2017133511-18.
3. Deligeorgakis D, Skouvaklidou E, Skepastianos V, Tsafis K, Kougkas N. Uveitis in Psoriatic Arthritis: A Comprehensive Review. *Eur J Rheumatol.* 2025 Jul 11;12(2):1–7. doi: 10.5152/eurjrheum.2025.24078.
4. Turk M, Hayworth J, Nevskaya T, Pope J. The frequency of uveitis in patients with adult versus childhood spondyloarthritis. *RMD Open.* 2020 Aug;6(2):e001196. doi: 10.1136/rmdopen-2020-001196.
5. Rosenbaum JT. Uveitis in spondyloarthritis including psoriatic arthritis, ankylosing spondylitis, and inflammatory bowel disease. *Clin Rheumatol.* 2015 Jun;34(6):999–1002. doi: 10.1007/s10067-015-2960-8.
6. Чебышева СН, Геппе НА, Корсунская ИМ, Соболев ВВ, Полянская АВ, Хачатрян ЛГ, Николаева МН, Афонина ЕЮ. Особенности дебюта ювенильного псориатического артрита. *Российский вестник перинатологии и педиатрии.* 2024;69(3):94–100. Chebysheva SN, Geppe NA, Korsunskaya IM, Sobolev VV, Polyanskaya AV, Khachatryan LG, Nikolaeva MN, Afonina EYu. Features of the onset of juvenile psoriatic arthritis. *Russian Bulletin of Perinatology and Pediatrics.* 2024;69(3):94–100 (In Russ.). doi: 10.21508/1027-4065-2024-69-3-94-100.
7. Salek SS, Pradeep A, Guly C, Ramanan AV, Rosenbaum JT. Uveitis and Juvenile Psoriatic Arthritis or Psoriasis. *Am J Ophthalmol.* 2018 Jan;185:68–74. doi: 10.1016/j.ajo.2017.10.018.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Шиловских Олег Владимирович
кандидат медицинских наук, генеральный директор
<https://orcid.org/0000-0003-4931-8266>

Сафонова Ольга Владимировна
заведующая отделением функциональной диагностики и лечебного контроля
<https://orcid.org/0000-0001-8672-6651>

ABOUT THE AUTHORS

Shilovskikh Oleg V.
PhD, General director
<https://orcid.org/0000-0003-4931-8266>

Safonova Olga V.
head of the Department of Functional Diagnostics and Treatment Control
<https://orcid.org/0000-0001-8672-6651>