

DOI: <https://doi.org/10.25208/vdv16953>

EDN: nnldbs



Эффективность применения наталимаба при псориазе и псориатическом артрите с сопутствующим метаболическим синдромом

© Новикова Л.А., Донцова Е.В.*, Бахметьев А.А., Борзунова Л.Н., Кураносов А.Ю., Воронькова Н.А.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия

Псориаз и псориатический артрит характеризуются высокой распространенностью, хроническим прогрессирующим течением, частым наличием тяжелых форм, сопутствующих заболеваний и значительным снижением качества жизни пациентов, что обосновывает высокие требования к эффективности и безопасности выбора терапии этих заболеваний. В статье представлены два клинических случая успешного применения ингибитора интерлейкина-17 (IL-17) наталимаба у пациентов с псориазом и псориатическим артритом с сопутствующим метаболическим синдромом. Препарат наталимаб вводился в дозировке 120 мг в виде подкожных инъекций 1 раз/нед на неделях 0, 1 и 2, затем один раз каждые 4 недели по 120 мг. Эффективность лечения определялась клинико-лабораторными исследованиями с применением индексов PASI, DAS28 и NAPS. Назначение наталимаба способствовало регрессу субъективных и объективных симптомов кожных проявлений заболевания, стойкой клинико-лабораторной ремиссии суставного синдрома. Применение наталимаба не сопровождалось нежелательными явлениями и обеспечивало значительное повышение качества жизни пациентов.

Ключевые слова: псориаз; псориатический артрит; метаболический синдром; наталимаб; клинические случаи

Конфликт интересов: авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Источник финансирования: рукопись подготовлена на личные средства авторского коллектива.

Согласие пациентов: пациенты добровольно подписали информированное согласие на публикацию персональной медицинской информации в обезличенной форме в журнале «Вестник дерматологии и венерологии».

Для цитирования: Новикова Л.А., Донцова Е.В., Бахметьев А.А., Борзунова Л.Н., Кураносов А.Ю., Воронькова Н.А. Эффективность применения наталимаба при псориазе и псориатическом артрите с сопутствующим метаболическим синдромом. Вестник дерматологии и венерологии. 2026;102(1):68–75. DOI: <https://doi.org/10.25208/vdv16953> EDN: nnldbs



DOI: <https://doi.org/10.25208/vdv16953>

EDN: nnldbs

Effectiveness of netakimab in psoriasis and psoriatic arthritis with concomitant metabolic syndrome

© Lyubov A. Novikova, Elena V. Dontsova*, Andrey A. Bakhmetyev, Larisa N. Borzunova, Andrey Yu. Kuranosov, Natalya A. Voronkova

N.N. Burdenko Voronezh State Medical University, Voronezh, Russia

Psoriasis and psoriatic arthritis are characterized by a high prevalence, a chronic progressive course, the frequent presence of severe forms, comorbidities, and a significant decrease in patients' quality of life, which justifies high demands on the efficacy and safety of therapy for these diseases. The article describes two clinical cases of the successful use of the interleukin 17 (IL-17) inhibitor netakimab in patients with psoriasis and psoriatic arthritis with concomitant metabolic syndrome. Netakimab was administered at a dose of 120 mg as subcutaneous injections once weekly on weeks 0, 1, and 2, followed by 120 mg once every 4 weeks. The treatment efficacy was assessed by clinical and laboratory examination using PASI, DAS28, and NAPS1 scores. Netakimab treatment resulted in regression of subjective and objective skin symptoms and sustained clinical and laboratory remission of joint syndrome. Netakimab treatment was free of adverse events and significantly improved patients' quality of life.

Keywords: psoriasis; psoriatic arthritis; metabolic syndrome; netakimab; clinical cases

Conflict of interest: the authors declare the absence of obvious and potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Funding source: the work was prepared and published at the expense of the authors' personal funds.

Patients consent: the patients voluntarily signed an informed consent to the publication of personal medical information in an impersonal form in the journal "Vestnik Dermatologii i Venerologii".

For citation: Novikova LA, Dontsova EV, Bakhmetyev AA, Borzunova LN, Kuranosov AY, Voronkova NA. Effectiveness of netakimab in psoriasis and psoriatic arthritis with concomitant metabolic syndrome. Vestnik Dermatologii i Venerologii. 2026;102(1):68–75. DOI: <https://doi.org/10.25208/vdv16953> EDN: nnldbs



■ Актуальность

Псориаз согласно современным представлениям рассматривается как иммуноассоциированное заболевание мультифакториальной природы с доминирующим значением в развитии генетических факторов [1]. Одним из наиболее клинически значимых проявлений системного повышения уровней провоспалительных цитокинов при псориазе является поражение суставов — псориатический артрит (ПА) [2, 3]. У пациентов с ПА помимо скелетно-мышечных и кожных проявлений чаще, чем у населения в целом, наблюдаются коморбидные заболевания и состояния, при этом у 40% пациентов их более трех [4, 5]. Среди них наиболее часто встречаются метаболический синдром и его компоненты, а именно гипертония, дислипидемия, ожирение и сахарный диабет 2 типа [6, 7]. Раннее выявление и своевременное начало лечения имеют решающее значение для предотвращения необратимого повреждения суставов и улучшения долгосрочных результатов [8, 9]. Часто встречающаяся при ПА коморбидная патология, в частности метаболический синдром, заметно снижает эффективность традиционно применяемой в лечении таких пациентов медикаментозной терапии. Так, в рекомендациях по лечению ПА подчеркивается необходимость учитывать коморбидные заболевания при принятии решения о выборе лечения [3].

Изучение иммунного патогенеза ПА привело к революции в лечении — появлению генно-инженерной биологической терапии. Применение биологических и низкомолекулярных препаратов, целенаправленно блокирующих иммуновоспалительные механизмы, позволяет контролировать прогрессирование заболевания и значительно повышает уровень жизни пациентов [10].

Приводим два клинических случая, демонстрирующих эффективность применения ингибитора IL-17 нетакимаба у пациентов с псориазом и ПА и сопутствующим метаболическим синдромом.

Описание случаев

Клинический случай 1

Пациентка В., 62 года, обратилась на прием с жалобами на высыпания на коже, сильный зуд, боль, ограничение подвижности и скованность в суставах кистей, стоп, голеностопных, коленных суставах (рис. 1, а).

Анамнез заболевания. Псориазом страдает с 1981 г., когда появились первые высыпания и зуд на волосистой части головы. Появление высыпаний ни с чем не связала. При обращении за медицинской помощью поставлен диагноз «себорейная экзема», назначенное лечение (мазевая терапия, названий препаратов не помнит) имело временный эффект. В течение трех лет высыпания носили ограниченный характер. Во время последующего обострения сыпь распространилась по всему телу и был поставлен диагноз «псориаз». Заболевание приняло рецидивирующее течение, отмечались обострения 2 раза в год (весной и осенью). Периодически проходила амбулаторное лечение, лечилась в дневном дерматологическом стационаре по месту жительства, отдыхала на море, что помогало контролировать высыпания. В 30-летнем возрасте после родов заболела циститом, и на фоне введения пенициллина высыпания резко приняли распространенный характер. Получала стационарное лечение в кожно-венерологическом диспансере по месту проживания (г. Луганск) (внутри-

венное лазерное облучение крови, солидол, нефть нафталанская) с незначительным улучшением. В тот момент начали беспокоить боли в суставах верхних и нижних конечностей. Поставлен диагноз «псориатический артрит», лечилась амбулаторно у ревматолога и в ревматологическом стационаре: инъекции диклофенака (курсы по 10 дней), плазмаферез, курортное лечение на Азовском море, в Краснодарском крае, г. Лиски (бальнеотерапия) с непродолжительными улучшениями. В 2010 г. начато лечение метотрексатом в дозе 10 мг 1 раз/нед и фолиевой кислотой 5 мг. Отмечалось улучшение: кожный покров очистился от высыпаний, снизились проявления артрита. Однако в 2020 г. возникло обострение, купированное повышением дозы метотрексата до 15 мг/нед. В последующие годы прием метотрексата в этой дозе продолжался, но прерывался в связи с повышением в крови уровней АЛТ, АСТ до 125 МЕ (ноябрь 2024 г.), снижением лейкоцитов и тромбоцитов в крови. Переход на лечение сульфасалазином 500 мг 4 раза/сут сопровождался ухудшениями кожного процесса, которые пациентка связывала с приемом препарата. В связи с обострением поступила на стационарное лечение в дерматологическое отделение круглосуточного стационара БУЗ «Воронежский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи» (БУЗ ВО «ВОКЦСВМП»).

Анамнез жизни. Наследственность не отягощена. Аллергические реакции: непереносимость пенициллина, сульфасалазина. В менопаузе с 50 лет. Перенесенные операции и травмы: удаление правой доли щитовидной железы (2010 г.). Хронические заболевания: гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа, гипотиреоз, метаболический синдром. Наблюдается у терапевта, эндокринолога, ревматолога по месту жительства. Принимает эутирокс (25 мкг), периндоприл (4 мг), амлодипин (5 мг). Вирусные гепатиты, туберкулез, ВИЧ-инфекцию, венерические заболевания, психические расстройства отрицает. Вредные привычки: курение.

Результаты физикального и лабораторного исследования. Рост — 159 см, вес — 89 кг. Индекс массы тела (ИМТ) — 35,2 кг/м² (ожирение 2-й степени, алиментарно-конституциональное). АД — 130/90 мм рт. ст.

Специальный статус. Патологический процесс островоспалительный, распространенный, симметричный, локализован на коже волосистой части головы, верхних и нижних конечностей, туловища, ягодич, ногтевых пластин. Высыпания на коже представлены множественными папулами розово-красного цвета величиной от 0,5 до 5,0 см, сливающимися в бляшки застойно-красного цвета с четкими границами размером от 6,0 до 50,0 см, различных очертаний. Инфильтрация выраженная. На поверхности элементов отмечается обильное серебристо-белое шелушение, по периферии чешуек нет, имеется «венчик периферического роста». Псориатическая триада (+) положительная. На коже под молочными железами, в паховых складках мацерированный эпителий белесоватого цвета на гиперемированном, отечном фоне. Индекс PASI (Psoriasis Area and Severity Index) — 24 балла, что свидетельствует о высокой (тяжелой) степени тяжести заболевания. Имеются признаки периферического артрита в виде припухлости в области дистальных и проксимальных межфаланговых суставов кистей, стоп, плюснефаланговых,



а

б

Рис. 1. Пациентка В., 62 года. А — до лечения, Б — 12-я неделя лечения
 Fig. 1. Female patient V., 62 years old: А – before the treatment; Б – treatment week 12

голеностопных суставов, локальной болезненности при пальпации, ограничения объема активных и пассивных движений. Индекс DAS28 (Disease Activity Score 28) — 4,78 балла, что соответствует умеренной воспалительной активности артрита. Ногтевые пластины кистей и стоп изменены: желтовато-серого цвета, матовые, не утолщены, поверхности ногтевых пластин деформированы волнообразно и в виде точечных углублений, напоминающих поверхность наперстка (симптом «наперстка»). Индекс NAPS (Nail Psoriasis Severity Index) — 34 балла. Дермографизм розовый. Дерматологический индекс качества жизни (DLQI) — 28 баллов, что свидетельствует о сильном негативном влиянии заболевания на качество жизни больной.

Результаты лабораторных исследований. С-реактивный белок (СРБ) в сыворотке крови — 24 мг/л; скорость оседания эритроцитов (СОЭ) — 40 мм/ч; мочевая кислота в крови — 307 мкмоль/л; скорость клубочковой фильтрации — 57 мл/мин/1,73 м²; мочевины — 8,7 ммоль/л; общий билирубин — 11,4 мкмоль/л; аспаратаминотрансфераза (АСТ) — 24 МЕ/л; аланинаминотрансфераза (АЛТ) — 21 МЕ/л; щелочная фосфатаза — 298 Е/л; глюкоза — 6,3 ммоль/л; креатинин — 93 мкмоль/л; общий белок — 67 г/л; общий холестерин — 6,8 ммоль/л; липопротеины низкой плотности (ЛПНП) — 3,41 ммоль/л; липопротеины высокой плотности (ЛПВП) — 0,98 ммоль/л; коэффициент атерогенности — 3,35; триглицериды — 0,92 ммоль/л. Реакции пассивной геммагглютинации (РПГА) в сыворотке крови — отрицательно. Отрицательные результаты анализов: анти-HIV (IgM, IgG) ВИЧ-1-2+Agp24, Anti HCV IgG (антитела IgG к вирусу гепатита С), HBsAG (австралийский антиген, вирус гепатита В). Общий (клинический) анализ крови: лейкоциты — $13,46 \times 10^9$ /л. Остальные показатели и лейкоцитарная формула — без особенностей. Общий (клинический) анализ мочи — без особенностей. Скрининг активной и латентной форм туберкулеза (–) отрицательный.

По результатам обследования поставлен клинический диагноз: «Бляшечный псориаз, тяжелой степени тяжести (PASI = 24), прогрессирующая стадия. Псориатическая ониходистрофия (NAPS = 34). Псориатический артрит, полиартритный вариант, 2-й степени активно-

сти, ФНС = 0–1. Ожирение 2-й степени, алиментарно-конституциональное».

Лечение. Пациентке назначена терапия препаратом нетакимаб в дозе 120 мг подкожно (две инъекции по 60 мг) один раз в неделю на неделях 0, 1 и 2, затем один раз каждые 4 недели по 120 мг.

Исход и результаты последующего наблюдения. На фоне проводимой терапии у пациентки наблюдалась положительная динамика кожных проявлений заболевания (рис. 1, б): к 4-й неделе от начала лечения индекс PASI снизился до 10 баллов (–58,3% по сравнению с исходным) — улучшение, а к 12-й неделе до 3 баллов (–87,5% по сравнению с исходным), что соответствует критериям клинической ремиссии.

Применение нетакимаба привело к выраженной позитивной динамике суставного синдрома: через 4 недели лечения отмечено уменьшение числа болезненных суставов и числа припухших суставов, снижение интенсивности боли в суставах, что подтверждалось редукцией индекса DAS28 до 3,72 балла. Через 12 недель лечения отмечалось выраженное уменьшение активности воспалительного процесса в суставах — снижение индекса DAS28 до 2,4 балла, что соответствовало состоянию «ремиссия». Отмечалось улучшение состояния ногтевых пластин. Индекс NAPS — 17 баллов. Анализ динамики ИМТ выявил его снижение с 35,2 до 32,92 кг/м² (на 7% через 12 недель лечения по сравнению с исходным).

Результаты лабораторных исследований. СРБ в сыворотке крови — 4 мг/л; СОЭ — 12 мм/ч. Общий (клинический) анализ крови — без особенностей. Биохимический анализ крови: мочевины — 6,2 ммоль/л; креатинин — 85 мкмоль/л; общий билирубин — 11,4 мкмоль/л; АСТ — 24 МЕ/л; АЛТ — 21 МЕ/л; щелочная фосфатаза — 298 Е/л; глюкоза — 5,3 ммоль/л; общий белок — 67 г/л; общий холестерин — 5,8 ммоль/л; ЛПНП — 2,41 ммоль/л; ЛПВП — 1,67 ммоль/л; коэффициент атерогенности — 2,47; триглицериды — 0,92 ммоль/л. Общий (клинический) анализ мочи — без особенностей.

Терапия препаратом нетакимаб переносилась хорошо, о нежелательных явлениях не сообщалось. Значимым результатом проведенной терапии стало улучшение качества жизни пациентки: показатель

DLQI снизился на 4-й неделе терапии с 28 до 8 баллов, на 12-й неделе — до 2 баллов. Пациентка продолжает лечение.

Клинический случай 2

Пациент С., 53 года, обратился на прием с жалобами на высыпания на коже, зуд, боли в межфаланговых, пястнофаланговых суставах кистей, стоп, голеностопных, коленных суставах, ограничение подвижности и скованность в суставах, более выраженные по утрам (рис. 2, а).

Анамнез заболевания. Считает себя больным с 1997 г., когда впервые появились высыпания на коже локтевых суставов, связывает со стрессом. В 2018 г. появились боли в суставах, поставлен диагноз «псориазический артрит». Периодически получал лечение в дерматологическом отделении круглосуточного стационара БУЗ ВО «ВОКЦСВМП» с клиническим временным улучшением. В сентябре 2022 г. в связи со стойкостью процесса, неэффективностью традиционного лечения был назначен метотрексат в дозе 25 мг 1 раз/нед, фолиевая кислота 5 мг 1 раз/нед с клиническим улучшением. Данное обострение продолжается около 1 месяца. Начало обострения связывает со стрессом. Дерматологом направлен в дерматологическое отделение круглосуточного стационара БУЗ ВО «ВОКЦСВМП».

Анамнез жизни. Наследственность не отягощена. Хронические заболевания: сахарный диабет 2 типа, гипертоническая болезнь, метаболический синдром, в 2018 г. — аппендэктомия. НКВИ (COVID-19) (–), не вакцинирован. Аллергические реакции на лекарственные препараты отрицает. Вирусные гепатиты, туберкулез, ВИЧ, венерические заболевания, психические расстройства отрицает.

Результаты физикального и лабораторного обследования. Рост — 171 см, масса тела — 103 кг, ИМТ — 35,22 кг/м² (ожирение 2-й степени, алиментарно-конституциональное).

Специальный статус. Процесс островоспалительный, распространенный, симметричный, локализуется на коже волосистой части головы, верхних и нижних конечностей, туловища. Представлен бляшками красного цвета с выраженной инфильтрацией, величиной 10–20 см, покрытых серебристо-белыми мелкопла-

стинчатыми чешуйками, по периферии — «венчик роста». Симптомы псориазической триады определяются в полном объеме. Индекс PASI — 25 баллов. Суставной синдром характеризуется наличием у пациента периферического артрита: в области межфаланговых, плюснефаланговых суставов кистей и стоп, голеностопных суставов имеются припухлость, болезненность, ограничение объема движения. Индекс DAS28 — 5,04 балла, что соответствует умеренной воспалительной активности артрита. Ногтевые пластины изменены по типу «наперстка». Индекс NAPSI — 21 балл. Дермографизм розовый. Индекс DLQI — 30 баллов, что свидетельствует о сильном негативном влиянии заболевания на качество жизни пациента.

Результаты лабораторных исследований. СРБ в сыворотке крови — 44 мг/л; СОЭ — 28 мм/ч; мочевая кислота — 295 мкмоль/л; глюкоза — 6,2 ммоль/л; холестерин общий — 7,1 ммоль/л; ЛПНП — 3,1 ммоль/л; ЛПВП — 1,08 ммоль/л; коэффициент атерогенности — 3,35; триглицериды — 1,42 ммоль/л; АЛТ — 14 МЕ/л; АСТ — 25 МЕ/л; билирубин общий — 10,6 мкмоль/л; общий белок — 64 г/л; креатинин — 80 мкмоль/л; мочевина — 6,7 ммоль/л. РПГА G — отрицательно. Отрицательные результаты анализов: анти-HIV (IgM, IgG) ВИЧ-1-2+Agp24, Anti HCV IgG (антитела IgG к вирусу гепатита С), HBsAG (австралийский антиген, вирус гепатита В). Общий (клинический) анализ крови — без особенностей. Общий (клинический) анализ мочи — без особенностей. Консультация фтизиатра: активной и латентной форм туберкулеза не обнаружено.

Диагноз: «Бляшечный псориаз, тяжелой степени тяжести (PASI = 25), прогрессирующий период. Псориазическая ониходистрофия (NAPSI = 21). Псориазический артрит, полиартритный вариант, 2-й степени активности, ФНС = 0–1. Ожирение 2-й степени, алиментарно-конституциональное».

Лечение. Пациенту назначен препарат наталимаб в дозе 120 мг подкожно (две инъекции по 60 мг) 1 раз/нед на неделях 0, 1 и 2, затем один раз каждые 4 недели по 120 мг.

Исход и результаты последующего наблюдения. Результаты терапии препаратом наталимаб представлены на рис. 2, б.



Рис. 2. Пациент С., 53 года: а — до лечения; б — 12-я неделя лечения

Fig. 2. Male patient S., 53 years old: а — before the treatment; б — treatment week 12

У пациента С. на 4-й неделе лечения (см. рис. 2, б) было достигнуто снижение индекса PASI до 12 баллов (–52% по сравнению с исходным), на 12-й неделе — до 2 баллов (–92% по сравнению с исходным). Через 4 недели лечения наблюдалось снижение индекса DAS28 до 3,52 балла, к 12-й неделе лечения — до 2,6 балла. Через 12 недель терапии улучшилось состояние ногтевых пластин, индекс NAPSИ — 11 баллов. Анализ динамики ИМТ выявил его снижение с 35,22 до 33,25 кг/м² (на 5% через 12 недель лечения по сравнению с исходным).

Результаты лабораторных исследований. СРБ в сыворотке крови — 4,9 мг/л; СОЭ — 10 мм/ч; мочевиная кислота — 285 мкмоль/л. Общий (клинический) анализ крови — без особенностей. Биохимический анализ крови: глюкоза — 4,7 ммоль/л; холестерин общий — 5,1 ммоль/л; триглицериды — 0,94 ммоль/л; АЛТ — 24 МЕ/л; АСТ — 21 МЕ/л; билирубин общий — 11,2 мкмоль/л; общий белок — 71 г/л; креатинин — 83 мкмоль/л; мочевиная — 3,1 ммоль/л. Общий (клинический) анализ мочи — без особенностей.

Терапия переносилась хорошо, о нежелательных явлениях не сообщалось. Индекс DLQI составил на 4-й и 12-й неделях лечения соответственно 9 и 3 балла, что свидетельствует о выраженном снижении негативного влияния заболевания на качество жизни пациента.

Пациент продолжает получать препарат в рамках поддерживающей терапии. После 12 месяцев наблюдения ремиссия сохраняется, пациент удерживает достигнутые результаты без рецидивов.

Обсуждение

Современная концепция рассматривает псориаз и ПА как Т-клеточно-опосредованные заболевания. Активация клеточного иммунитета в тканях-мишенях (коже, синовиальной оболочке) запускает каскад реакций, характеризующихся гиперпродукцией и нарушением регуляции провоспалительных цитокинов, включая фактор некроза опухоли альфа (ФНО-α), IL-12, IL-23, IL-17, IL-1, IL-6 и ряда хемокинов [11]. Недостаточно изученные до сих пор подходы к лечению пациентов с псориазом и ПА с сопутствующим метаболическим синдромом определили вышеизложенные клинические наблюдения.

В данной статье представлены результаты собственных наблюдений эффективности ингибитора IL-17 нетакимаба у двух пациентов с псориазом тяжелой формы и ПА с сопутствующим метаболическим синдромом. У пациентов кожные проявления псориаза предшествовали артриту. Проявления ПА определялись по критериям международной классификации W. Taylor и соавт.

(2006) [12], метаболического синдрома — согласно рекомендациям по ведению больных с метаболическим синдромом [13]. Эффективность лечения оценивалась по динамике клинико-лабораторных исследований с применением индексов PASI, DAS28, NAPSИ [14–16].

Качество жизни определяли по величине индекса DLQI [17]. Пациенты ранее получали системную терапию, которая была прекращена по одной из двух причин — из-за низкой эффективности и развития побочных реакций, которые препятствовали продолжению лечения. Показаниями к назначению нетакимаба были тяжесть течения с псориаза и ПА, неэффективность предшествующего лечения и выраженное снижение качества жизни пациентов, связанное с заболеванием.

Нетакимаб является рекомбинантным гуманизированным моноклональным антителом, в терапевтических концентрациях специфически связывающим IL-17A, находящийся непосредственно в тканях или в крови и других биологических жидкостях. IL-17A — провоспалительный цитокин, гиперпродукция которого преимущественно обусловлена активацией Th17-лимфоцитов. При хронических иммуновоспалительных заболеваниях патологическая активация Th17-лимфоцитов и гиперпродукция IL-17 стимулируют Т-клеточный ответ и усиленную продукцию других медиаторов воспаления: IL-1, IL-6, ФНО-α и других цитокинов.

Эффективность препарата при лечении псориаза и ПА показана в ходе клинических исследований III фазы исследований BCD-085-7/PLANETA [18], BCD085-8/PATERA [19–21]. Высокая клиническая эффективность нетакимаба в отношении ключевых проявлений ПА была также продемонстрирована в работах З.Р. Хисматуллиной и соавт. (2021) [22], Е.В. Свечниковой и соавт. (2023) [23], Д.Е. Каратеева, Е.Л. Лучихиной (2024) [24]. А.К. Карибова и соавт. (2024) [25] у трех пациентов, которые получали нетакимаб по поводу ПА, сопровождающегося спондилитом и сопутствующим метаболическим синдромом, отметили снижение массы тела.

В ходе данного наблюдения, помимо высокого клинического ответа, пациенты отмечали выраженное снижение негативного влияния заболевания на качество жизни. Нетакимаб также продемонстрировал благоприятный профиль безопасности и переносимости.

Заключение

Представленные клинические случаи демонстрируют высокую эффективность и благоприятный профиль безопасности и переносимости нетакимаба при лечении псориаза и ПА с сопутствующим метаболическим синдромом, что свидетельствует в пользу выбора нетакимаба для данной категории пациентов. ■

Литература/References

1. Псориаз: клинические рекомендации, 2023–2024–2025. М.; 2023. 49 с. [Psoriasis: Clinical guidelines, 2023–2024–2025. Moscow; 2023. 49 p. (In Russ.)]
2. Коротаева Т.В., Корсакова Ю.Л. Псориатический артрит: классификация, клиническая картина, диагностика, лечение. Научно-практическая ревматология. 2018;56(1):60–69. [Korotaeva TV, Korsakova YuL

Psoriatic arthritis: classification, clinical picture, diagnosis, treatment. Scientific and practical rheumatology. 2018;56(1):60–69. (In Russ.) doi: 10.31550/1727-2378-2021-20-7-19-25

3. Псориаз артропатический. Псориатический артрит: клинические рекомендации. М., 2024. 75 с. [Arthropathic psoriasis. Psoriatic arthritis: Clinical guidelines. Moscow; 2024. 75 p. (In Russ.)]

4. Lubrano E, Scriffignano S, Perrotta FM. Multimorbidity and comorbidity in psoriatic arthritis — a perspective. *Expert Rev Clin Immunol.* 2020;16(10):963–972. doi: 10.1080/1744666X.2021.1825941
5. Karmacharya P, Ogdie A, Eder L. Psoriatic arthritis and the association with cardiometabolic disease: a narrative review. *Ther Adv Musculoskelet Dis.* 2021;13:1759720X2199827. doi: 10.1177/1759720X21998279
6. Янышева А.В. Характеристика метаболических нарушений при псориазическом артрите: дис. ... канд. мед. наук. М., 2010. 135 с. [Yanyшева AV. Characteristics of metabolic disorders in psoriatic arthritis: specialty 14.01.22 "Rheumatology": dis. ... cand. med. sciences. Moscow; 2010. 135 p. (In Russ.)]
7. Atzeni F, Gerratana E, Francesco Masala I, Bongiovanni S, Sarzi-Puttini P, Rodríguez-Carrio J. Psoriatic Arthritis and Metabolic Syndrome: Is There a Role for Disease Modifying Anti-Rheumatic Drugs? *Front Med (Lausanne).* 2021;8:735150. doi: 10.3389/fmed.2021.735150
8. Gottlieb A, Merola JF. Psoriatic arthritis for dermatologists. *J Dermatolog Treat.* 2020;31(7):662–667. doi: 10.1080/09546634.2019.1605142
9. Хобейш М.М., Соколовский Е.В. Системная терапия псориаза и псориазического артрита: алгоритмы назначения. *Вестник дерматологии и венерологии.* 2025;101(1):28–49. [Khobeysh MM, Sokolovskiy EV. Systemic therapy of psoriasis and psoriatic arthritis: assignment algorithms. *Vestnik Dermatologii i Venerologii.* 2025;101(1):28–49. (In Russ.)] doi: 10.25208/vdv16830
10. Hagège B, Tan E, Gayraud M, Fautrel B, Gossec L, Mitrovic S. Remission and low disease activity in psoriatic arthritis publications: a systematic literature review with meta-analysis. *Rheumatology (Oxford).* 2020;59(8):1818–1825. doi: 10.1093/rheumatology/keaa030
11. Azuaga AB, Ramírez J, Cañete JD. Psoriatic Arthritis: Pathogenesis and Targeted Therapies. *Int J Mol Sci.* 2023;24(5):4901. doi: 10.3390/ijms24054901
12. Taylor W, Gladman D, Helliwell P, Marchesoni A, Mease P, Mielants H, et al. Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study. *Arthritis Rheum.* 2006;54(8):2665–2673. doi: 10.1002/art.21972
13. Рекомендации по ведению больных с метаболическим синдромом: клинические рекомендации. М., 2023. 43 с. [Rekomendatsii po vedeniyu bol'nykh s metabolicheskim sindromom: klinicheskiye rekomendatsii. Moscow; 2023. 43 s. (In Russ.)]
14. Fredriksson T, Pettersson U. Severe psoriasis — oral therapy with a new retinoid. *Dermatologica.* 1978;157(4):238–244. doi: 10.1159/000250839
15. Prevoo ML, van 't Hof MA, Kuper HH, van Leeuwen MA, van de Putte LB, van Riel PL. Modified disease activity scores that include twenty-eight-joint counts. Development and validation in a prospective longitudinal study of patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 1995;38(1):44–48. doi: 10.1002/art.1780380107
16. Rich P, Scher K. Nail psoriasis severity index: a useful tool for evaluation of nail psoriasis. *J Am Acad Dermatol.* 2003;49(2):206–212. doi: 10.1067/s0190-9622(03)00910-1
17. Finlay A. Y. Quality of Laife assessments in dermatology. *Semin Cutan Med Surg.* 1998;17(4):291–6. doi: 10.1016/s1085-5629(98)80026-6.
18. Кубанов А.А., Бакулев А.Л., Самцов А.В., Хайрутдинов В.Р., Соколовский Е.В., Кохан М.М., и др. Нетакимаб — новый ингибитор ИЛ-17а: результаты 12 недель клинического исследования III фазы BCD-085-7/PLANETA у пациентов со среднетяжелым и тяжелым вульгарным псориазом. *Вестник дерматологии и венерологии.* 2019;95(2):15–28. [Kubanov AA, Bakulev AL, Samtsov AV, Khairutdinov VR, Sokolovskiy EV, Kokhan MM, et al. Netakimab, a new IL-17a inhibitor: 12-week results of the phase III clinical trial BCD-085-7/PLANETA in patients with moderate to severe psoriasis vulgaris. *Vestnik Dermatologii i Venerologii.* 2019;95(2):15–28. (In Russ.)] doi: 10.25208/0042-4609-2019-95-2-15-28
19. Коротаева Т.В., Мазуров В.И., Лила А.М., Гайдукова И.З., Бакулев А.Л., Самцов А.В., и др. Эффективность и безопасность нетакимаба у пациентов с псориазическим артритом: результаты клинического исследования III фазы PATERA. *Научно-практическая ревматология.* 2020;58(5):480–488. [Korotaeva TV, Mazurov VI, Lila AM, Gaidukova IZ, Bakulev AL, Samtsov AV, et al. Efficacy and safety of netakimab in patients with psoriatic arthritis: results of the phase III PATERA clinical trial. *Scientific and practical rheumatology.* 2020;58(5):480–488. (In Russ.)] doi: 10.47360/1995-4484-2020-480-488
20. Коротаева Т.В., Мазуров В.И., Лила А.М., Гайдукова И.З., Бакулев А.Л., Самцов А.В., и др. Эффективность нетакимаба в отношении ключевых проявлений псориазического артрита. Результаты 54 недель клинического исследования III фазы PATERA. *Научно-практическая ревматология.* 2021;59(1):47–55. [Korotaeva TV, Mazurov VI, Lila AM, Gaidukova IZ, Bakulev AL, Samtsov AV, et al. Efficacy of netakimab against key manifestations of psoriatic arthritis. Results of 54 weeks of the phase III PATERA clinical trial. *Scientific and Practical Rheumatology.* 2021;59(1):47–55. (In Russ.)] doi: 10.47360/1995-4484-2021-47-55
21. Коротаева Т.В., Мазуров В.И., Лила А.М., Гайдукова И.З., Бакулев А.Л., Самцов А.В., и др. Нетакимаб для лечения псориазического артрита: результаты 3 лет исследования фазы III BCD085-8/PATERA. *Современная ревматология.* 2024;18(4):33–42. [Korotaeva TV, Mazurov VI, Lila AM, Gaidukova IZ, Bakulev AL, Samtsov AV, et al. Netakimab for the treatment of psoriatic arthritis: 3-year results of the phase III BCD085-8/PATERA study. *Modern Rheumatology.* 2024;18(4):33–42. (In Russ.)] doi: 10.14412/1996-7012-2024-4-33-42
22. Хисматуллина З.Р., Корешкова К.М., Юламанов А.С. Опыт применения препарата нетакимаба в лечении больных псориазом и псориазическим артритом. *Клиническая дерматология и венерология.* 2021;20(6):72–80. [Khismatullina ZR, Koreshkova KM, Yulamanov AS. Experience with the use of netakimab in the treatment of patients with psoriasis and psoriatic arthritis. *Clinical dermatology and venereology.* 2021;20(6):72–80. (In Russ.)] doi: 10.17116/klinderma20212006172
23. Свечникова Е.В., Жуфина С.Е., Моржанаева М.А. Переход с базисной терапии метотрексатом на терапию ингибитором интерлейкина-17А нетакимабом у пациента с псориазом тяжелого течения. *Медицинский совет.* 2023;17(2):69–74. [Svechnikova EV, Zhufina SE, Morzhanaeva MA. Clinical case: transition from basic therapy with methotrexate to therapy with the interleukin-17A inhibitor netakimab in a patient with severe psoriasis. *Medical Council.* 2023;17(2):69–74. (In Russ.)] doi: 10.21518/ms2023-012
24. Каратеев Д.Е., Лучихина Е.Л. Современное лечение спондилоартритов: фокус на нетакимаб. *Терапевтический архив.* 2024;96(5):543–550. [Karateev DE, Luchikhina EL. Modern treatment of spondyloarthritis: focus on netakimab. *Therapeutic archive.* 2024;96(5):543–550. (In Russ.)] doi: 10.26442/00403660.2024.05.202794
25. Карибова А.К., Ахмедханов С.Ш., Кудаяев М.Т., Азизова Е.А. Плейотропные эффекты нетакимаба у пациентов с псориазическим артритом, спондилитом и сопутствующим метаболическим синдромом или новая возможность контроля массы тела? *Терапевтический архив.* 2024;96(12):1230–1237. [Karibova AK, Akhmedkhanov SSh, Kudayev MT, Azizova EA. Pleiotropic effects of netakimab in patients with psoriatic arthritis, spondylitis and concomitant metabolic syndrome or a new opportunity for weight control? *Therapeutic archive.* 2024;96(12):1230–1237. (In Russ.)] doi: 10.26442/00403660.2024.12.202837

Участие авторов: все авторы несут ответственность за содержание и целостность статьи. Концепция и дизайн — Л.А. Новикова, Е.В. Донцова; анализ данных и интерпретация результатов — Е.В. Донцова, А.Ю. Кураносов; анализ литературных данных и статистическая обработка — А.А. Бахметьев, Л.Н. Борзунова; написание статьи — Е.В. Донцова, Н.А. Воронькова. Все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией.

Authors' participation: all authors are responsible for the content and integrity of the entire article. Concept and design — Lyubov A. Novikova, Elena V. Dontsova; data analysis and interpretation of results — Elena V. Dontsova, Andrey Y. Kuranosov; analysis of literary data and statistical processing — Andrey A. Bakhmetyev, Larisa N. Borzunova; writing of the article — Elena V. Dontsova, Natalya A. Voronkova. All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

Информация об авторах

***Донцова Елена Владимировна** — д.м.н., профессор; адрес: 394000, Россия, Воронеж, ул. Каляева, д. 19. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-6119-2120>; eLibrary SPIN: 5227-3284; e-mail: ledn89@mail.ru

Новикова Любовь Анатольевна — д.м.н., профессор; ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-3465-8348>; eLibrary SPIN: 5445-2961; e-mail: novla17@inbox.ru

Бахметьев Андрей Алексеевич — к.м.н., доцент; ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-0548-8944>; eLibrary SPIN: 4593-5954; e-mail: adrbmv@yandex.ru

Борзунова Лариса Николаевна — к.м.н., доцент; ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8606-9006>; eLibrary SPIN: 8779-5108; e-mail: lnborzunova@mail.ru

Кураносов Андрей Юрьевич — к.м.н.; ORCID: <http://orcid.org/0009-0008-1394-6731>; e-mail: bigis1301@mail.ru

Воронькова Наталья Александровна — к.м.н., доцент; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3716-233X>; e-mail: shurinova-nata@mail.ru

Information about the authors

***Elena V. Dontsova** — MD, Dr. Sci. (Med.), Professor; address: 19 Kalyaeva street, 394000 Voronezh, Russia; ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-6119-2120>; eLibrary SPIN: 5227-3284; e-mail: ledn89@mail.ru

Lyubov A. Novikova — MD, Dr. Sci. (Med.), Professor; ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-3465-8348>; eLibrary SPIN: 5445-2961; e-mail: novla17@inbox.ru

Andrey A. Bakhmetyev — MD, Cand. Sci. (Med.), Assistant Professor; ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-0548-8944>; eLibrary SPIN: 4593-5954; e-mail: adrbmv@yandex.ru

Larisa N. Borzunova — MD, Cand. Sci. (Med.), Assistant Professor; ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8606-9006>; eLibrary SPIN: 8779-5108; e-mail: lnborzunova@mail.ru

Andrey Yu. Kuranosov — MD, Cand. Sci. (Med.); ORCID: <http://orcid.org/0009-0008-1394-6731>; e-mail: bigis1301@mail.ru

Natalya A. Voronkova — MD, Cand. Sci. (Med.), Assistant Professor; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3716-233X>; e-mail: shurinova-nata@mail.ru

Статья поступила в редакцию: 02.12.2025

Принята к публикации: 19.03.2026

Опубликована онлайн: 28.03.2026

Submitted: 02.12.2025

Accepted: 19.03.2026

Published online: 28.03.2026