

Псориатический артрит: стратегии для трудных случаев

А.К. Карибова^{✉1}, М.Т. Кудяев²

¹ГБУ Республики Дагестан «Городская клиническая больница», Махачкала, Российская Федерация

²ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет», Махачкала, Российская Федерация

Аннотация

Представленный клинический случай демонстрирует тяжелое, высокоактивное течение псориатического артрита с выраженным периферическим артритом, дактилитом, энтезитами и распространенным кожным поражением. У пациентки имелись рентгенологически подтвержденные признакиacroiliита, спондилита и значительные структурные изменения (III–IV стадия по Штейнбрюккеру). Течение заболевания осложнялось множественными коморбидными состояниями, включая метаболический синдром с морбидным ожирением (индекс массы тела 46 кг/м²), гиперурикемию и впоследствии — клинически установленный несахарный диабет. Дополнительным фактором, существенно ограничивающим эффективность лечения, являлась низкая приверженность терапии и неоднократные отказы пациентки от проведения рекомендованных обследований у смежных специалистов. Отмечалась выраженная резистентность заболевания как к максимально переносимым дозам базисных противовоспалительных препаратов, так и к различным группам генно-инженерной биологической терапии. Несмотря на многократные попытки оптимизации лечения, добиться устойчивого контроля заболевания не удалось: регистрировалась лишь частичная эффективность терапии, сопровождавшаяся периодическими обострениями и сохраняющейся высокой активностью патологического процесса.

Ключевые слова: псориатический артрит, псориаз, генно-инженерный биологический препарат, резистентность к терапии, неэффективность биологической терапии

Для цитирования: Карибова А.К., Кудяев М.Т. Псориатический артрит: стратегии для трудных случаев. *Consilium Medicum*. 2025;27(11):681–685. DOI: 10.26442/20751753.2025.11.203424

CASE REPORT

Psoriatic arthritis: Strategies for challenging cases. Case report

Alida K. Karibova^{✉1}, Magomed T. Kudyaev²

¹City Clinical Hospital, Makhachkala, Russian Federation

²Dagestan State Medical University, Makhachkala, Russian Federation

Abstract

This clinical case demonstrates a severe, highly active form of psoriatic arthritis with pronounced peripheral arthritis, dactylitis, enthesitis, and widespread skin lesions. The patient had radiographically confirmed signs of sacroiliitis, spondylitis, and significant structural changes (stage III–IV according to the Steinbrocker classification). The course of the disease was complicated by multiple comorbid conditions, including metabolic syndrome with morbid obesity (BMI 46 kg/m²), hyperuricemia, and subsequently clinically established diabetes insipidus. An additional factor that significantly limited the effectiveness of treatment was the patient's low adherence to therapy and repeated refusals to undergo the recommended examinations by related specialists. There was marked resistance of the disease to both the maximum tolerable doses of basic anti-inflammatory drugs and various groups of genetically engineered biological therapies. Despite repeated attempts to optimise treatment, it was not possible to achieve sustained control of the disease: only partial effectiveness of therapy was recorded, accompanied by periodic exacerbations and persistent high activity of the pathological process.

Keywords: psoriatic arthritis, psoriasis, genetically engineered biological drug, therapy resistance, inefficiency of biological therapy

For citation: Karibova AK, Kudyaeva MT. Psoriatic arthritis: Strategies for challenging cases. Case report. *Consilium Medicum*. 2025;27(11):681–685. DOI: 10.26442/20751753.2025.11.203424

Введение

Псориатический артрит (ПсА) – это многодоменное хроническое воспалительное ревматическое заболевание, имеющее большое количество связанных заболеваний, таких как воспалительные заболевания кишечника, увеиты и др. [1, 2]. Гетерогенность ПсА обусловлена вовлечением в воспалительный процесс различных участков скелета с развитием периферического артрита, дактилита, энтерита, поражением аксиального скелета с развитием спондилита. Некоторые авторы ввиду разнородности клинических проявлений ПсА называют псориатической болезнью [3].

ПсА может развиваться у каждого третьего пациента с псориазом, а риск развития суставного поражения выше у людей с тяжелым псориазом кожи и ногтей [4]. Распространенность псориаза в Республике Дагестан составляет 7555 случаев, частота официально выявленного ПсА – 2485 случаев. Для ПсА характерны гендерные особенности, в частности периферическое поражение характерно для женщин, в то время как осевое – для мужчин, что, возможно, связано с большей распространенностью носительства гена *HLA-B27* у лиц мужского пола [5, 6].

Проведенный анализ исследований выявил наличие возраст-зависимых фенотипических особенностей ПсА. Группы с поздним началом заболевания (дебют после 60 лет)

характеризовалась статистически значимо более высокой клинико-лабораторной активностью воспалительного процесса и выраженностью рентгенологического прогрессирования по сравнению с группой пациентов с ранним началом болезни [7, 8].

Патогенез ПсА весьма неоднороден. Для него характерна не только генетическая деривация с определенными генами, но и ассоциация с провоспалительными цитокинами, такими как фактор некроза опухоли α (ФНО- α), интерлейкина (ИЛ)-17/23, дезадаптация иммунной системы. Генетическая архитектура ПсА определяется полиморфизмами в трех ключевых группах генов. Наибольший вклад вносят аллели главного комплекса гистосовместимости (*HLA-Cw6* для кожного псориаза и *HLA-B27* для аксиального поражения) [5, 9]. Терапевтические стратегии подразумевают воздействие на точки мишеней по преимущественному клиническому проявлению заболевания и сопутствующей патологии. Так, например, при лечении энтерита эффективность ингибиторов ИЛ-17 и 12/23 превосходит ингибиторы ФНО- α . При лечении ПсА с вовлечением глаз (увеитом), кишечника (язвенным колитом и болезнью Крона) предпочтительны в назначении ингибиторы ФНО- α , а на

значение ИЛ-17 в приведенных случаях не показано ввиду прогрессирования упомянутых состояний [2]. Основной целью лечения ПсА является достижение ремиссии или низкой активности заболевания. Факторами, провоцирующими сохранение активности заболевания, являются метаболический синдром (МС), стеатоз печени, атеросклероз и фибромиалгии [10, 11].

Несмотря на большое количество зарегистрированных в лечении псориаза и ПсА лекарственных средств, имеются категории пациентов, у которых отмечается неэффективность двух и более биологических агентов, что подходит под описание труднолечимого ПсА. Необходим дифференцированный подход в выявлении труднолечимого (D2T) и псевдорезистентного к терапии ПсА течения, обусловленного неправильным подходом к лечению. Имеются данные об эффективности тофацитиниба у больных с рефрактерным течением ПсА [1, 12].

Согласно данным российского исследования 15,2% больных ПсА резистентны к проводимому лечению, что напрямую зависит от длительности заболевания и наличия энтеритов и дактилитов [13]. В статье разберем клинический случай пациентки с D2T, имеющей сопутствующую патологию – МС и стероидный несахарный диабет.

Клинический случай

Пациентка А., 58 лет, наблюдается с диагнозом «ПсА с поражением периферических суставов». Рентгенологическая стадия по Штейнбрökerу – III–IV (сгибательные контрактуры пальцев рук), спондилит, двусторонний сакроилиит – рентгенологическая стадия II, энтезиты. BASDAI составил 7,0, ASDAS – 2,5, DAPSA – 58,5. Болеет псориазом. Пациентка наблюдается с МС у эндокринолога. При поступлении предъявляла жалобы на боли воспалительного ритма в области голеностопных и лучезапястных суставов, утреннюю скованность в течение 4–6 ч, боли в осевом скелете. Обнаружены псориатические бляшки в области локтевых, сгибательных поверхностей верхних и нижних конечностей.

Из анамнеза: болевой суставной синдром и псориаз с 2009 г. Установлен диагноз ПсА. С 2009 по 2019 г. принимала нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и глюкокортикостероиды (ГКС), однако динамика – слабоположительная. В 2019 г. по месту жительства пациентке назначен лефлуномид 20 мг 1 раз в сутки. В течение 6 мес постоянного приема – без эффекта, ввиду чего направлена в ФГБНУ «НИИ ревматологии им. В.А. Насоновой», где инициирована терапия препаратом адалимумаб 40 мг 2 раза в 2 нед. На фоне проведенной терапии отмечала положительную динамику, однако произошло очередное обострение заболевания из-за отсутствия в регионе генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП). В 2022 г. госпитализирована с целью коррекции терапии, отмечены высокие острофазовые тесты: С-реактивный белок (СРБ) – 27 мг/л (N 0–7 мг/л), скорость оседания эритроцитов (СОЭ) – 46 мм/ч (N 0–20 мм/ч). Пациентка переведена на цертолизумаба пэгол 200 мг подкожно 1 раз в 2 нед. Данную терапию получала регулярно до июня 2023 г. На период госпитализации пациентка проконсультирована эндокринологом, кардиологом. При объективном осмотре окружность талии составила 91 см, индекс массы тела – 46 кг/м², гиперурикемия (586 мкмоль/л). При этом у пациентки не было характерного повышения глюкозы и гликированного гемоглобина. Со слов дочери, у матери отмечается периодическое повышение артериального давления (АД), максимальное систолическое АД составило 160 мм рт. ст. Однако при ежедневном мониторинге АД (утром, днем, вечером) в течение 10 дней в условиях стационара максимальное АД составило 140/90 мм рт. ст. Кардиологом рекомендованы проведение суточного мониторинга АД и исследование липидного профиля. Ввиду невозможности осуществления данных исследований в

Рис. 1. Правосторонний сакроилиит (активный).

Fig. 1. Right-sided sacroiliitis (active).



Рис. 2. Передний спондилит L_{IV}–L_V.

Fig. 2. Anterior spondylitis at L_{IV}–L_V.



условиях ревматологического отделения пациентке рекомендовано их проведение амбулаторно. Однако несмотря на комбинированную терапию ГИБП и базисными противовоспалительными препаратами, болевой суставной синдром сохранялся, ввиду чего пациентке выполнены лучевые методы исследования для оценки наличия активности заболевания (рис. 1, 2).

В июне 2023 г. с выраженным обострением по суставному синдрому и псориазу госпитализирована в стационар. По лабораторным тестам: СОЭ – 34 мм/ч (N 0–20 мм/ч), СРБ – 48 мг/л (N 0–7 мг/л), инициирована терапия препаратом не-такимаб 120 мг подкожно с продолжением лечения 1 раз в 4 нед и метотрексатом 15 мг/нед. Последний отменен через 4 нед ввиду развития побочных эффектов (рвоты, афтозного стоматита). На фоне терапии отмечена положительная динамика по псориазу, однако сохранен болевой синдром. Пациентка самостоятельно к терапии добавила ГКС. В августе 2023 г. ввиду сохранения активности заболевания (BASDAI – 8,5, DAPSA – 28–45, СРБ – 35 мг/л [N 0–5 мг/л], СОЭ – 55 мм/ч [N 0–15 мм/ч], ревматоидный фактор – 5 МЕ/л [N 0–14 МЕ/мл], антитела к циклическому цитруллиновому пептиду – 0,5 ЕД/л [N < 17 МЕ/л], антиген глав-

Рис. 3. Бляшечный псориаз.
Fig. 3. Plaque psoriasis.



Рис. 4. Инверсный псориаз.
Fig. 4. Inverse psoriasis.



ного комплекса гистосовместимости класса I [HLA-b27] не выявлен), принято решение о проведении терапии препаратом нетакимаб 120 мг подкожно каждые 2 нед. Данную терапию пациентка получала по декабрь 2023 г., однако эффект не достигнут. Стоит учесть, что несмотря на неоднократные разъяснения о необходимости проведения ранее назначенных исследований по поводу МС, пациентка отказывалась от дообследования. При повторных госпитализациях также неоднократно консультировалась у эндокринолога, назначен семаглутид для коррекции ожирения. Данную терапию также не проводила, рекомендованную диету не соблюдала. Диагноз «ожирение» отдельно не вынесен, оставлен МС.

При очередной госпитализации ввиду сохранения активности основного заболевания и распространенности псориаза проведена телемедицинская консультация с федеральным центром, по рекомендации которого переведена на секукинумаб 300 мг 1 раз в мес, лефлуномид 20 мг в сутки, НПВП. Несмотря на комбинированную терапию, значимого эффекта не отмечала. В январе 2023 г. врачом-ревматологом по месту жительства проведена коррекция терапии, увеличена доза секукинумаба до 600 мг в мес, добавлен второй базисный препарат сульфасалазин 2 г/сут. Весь период лечения пациентка периодически принимала ГКС (метилпреднизолон или преднизолон 3 таблетки утром). Приведенную терапию принимала на регулярной основе, эффект отмечала при добавлении ГКС. При поступлении также предъявляла жалобы на сухость во рту и полиурию (при контроле в отделении – 2,5 л мочи в ночное время). Вторичный синдром Шегрена в рамках сухости во рту исключен (иммуноблот – негативный, тест Ширмера – отрицательный). Глюкоза и гликированный гемоглобин – в пределах нормы при неоднократном контроле. На основании указанных данных установлен несладкий диабет. Пациентке эндокринологом амбулаторно рекомендовано проведение магнитно-резонансной томографии гипоталамо-гипофизарной зоны и обсуждался вопрос о необходимости назначения десмопрессина. Диагноз установлен клинически, и рекомендована отмена ГКС. Однако пациентка при каждом обострении для купирования болевого синдрома принимала ГКС и отказывалась от выполнения рекомендаций по дообследованию, ссылаясь на ограниченные качества жизни, связанное с суставным синдромом. Несмотря на неоднократные разъяснения о необходимости госпитализации в профильные отделения по поводу имеющейся сопутствующей патологии, игнорировала рекомендации и отказывалась от госпитализации.

Очередная госпитализация – в ноябре 2024 г. При поступлении предъявляла жалобы на боли в периферических суставах, осевом скелете с выраженным ограничением объема движений в нем, припухлость коленных и локтевых суставов. Выявлены бляшечный псориаз в области нижних конечностей, инверсный псориаз в области ладоней и груди (рис. 3, 4).

Пациентке выполнены стандартные общеклинические исследования, по результатам которых выявлены повышение СОЭ до 95 мм/ч (N 0–20 мм/ч) и СРБ 121 мг/л (N 0–5 мг/л). Выполнены рентгенография периферических

Рис. 5. Признаки артрита III–IV стадии. Косвенные признаки дактилита III–IV пальцев.

Fig. 5. Signs of stage III–IV arthritis. Indirect signs of dactylitis of III–IV fingers.



Рис. 6. Признаки артрита II стадии стопы.
Fig. 6. Signs of stage II arthritis of the left foot.



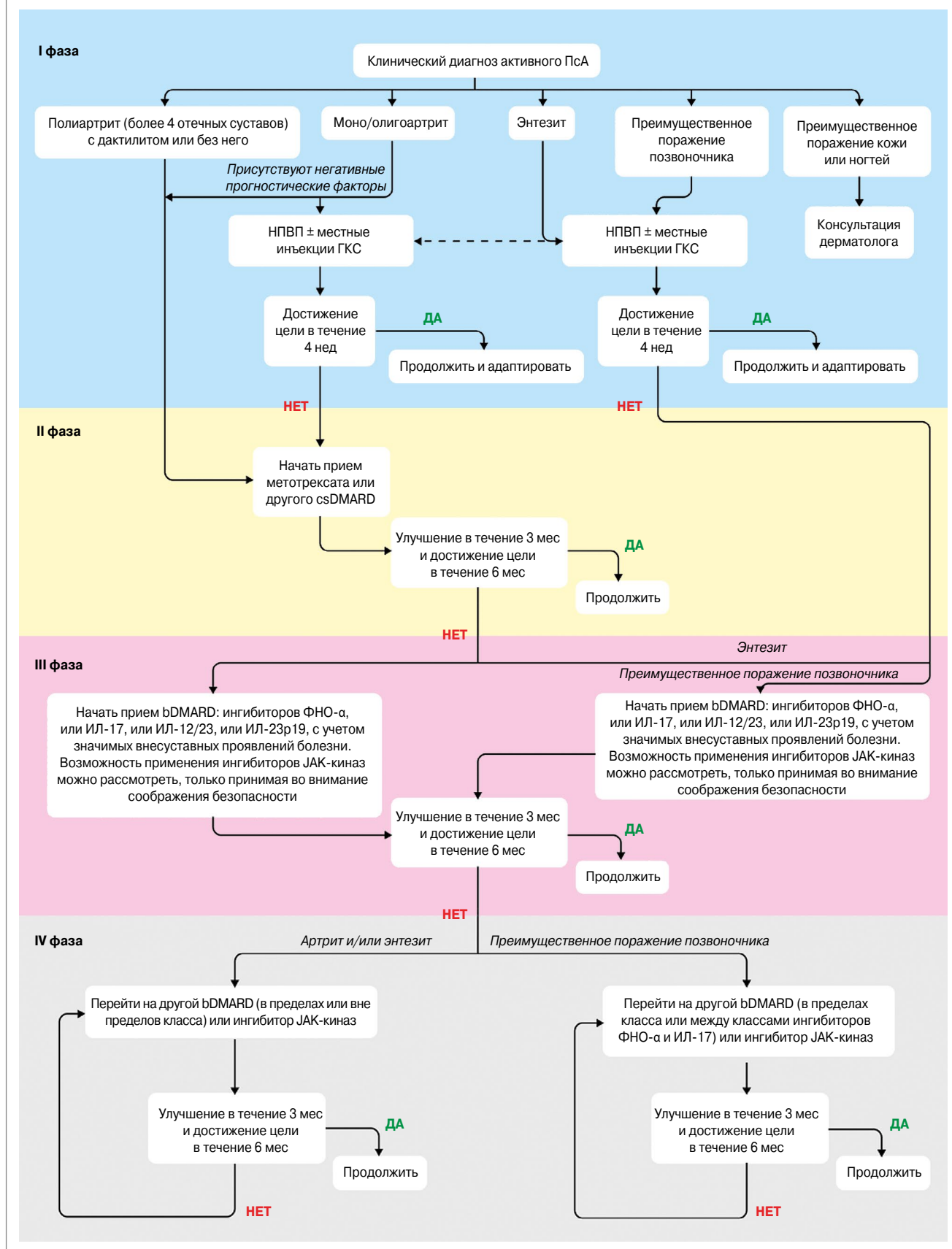
суставов (рис. 5, 6) и магнитно-резонансная томография крестцово-позвоночных сочленений, по данным которых не выявлен активный артрит.

Обсуждение

Учитывая имеющийся дактилит, энтезиты, периферический артрит, распространенный псориаз, пациентка нуждалась в коррекции лечения. При подборе терапии обсуждался вопрос о назначении ингибиторов ФНО- α , потому что у пациентки отмечались высокие значения СРБ и СОЭ, однако ввиду неэффективности двух препаратов из этой группы ранее данный вопрос на врачебную комиссию не выносили. Согласно обновленным рекомендациям Европейского альянса ассоциаций ревматологов (EULAR) в лечении ПсА необходимо придерживаться 7 принципов и 11 рекомендаций. Подробно изучен алгоритм лекарственной терапии, который приведен на рис. 7 [14, 15].

НПВП рекомендованы пациентам с легким течением артрита, что не соответствует клинической картине больной. Не рекомендованы к приему ГКС – разъяснена схема дескалации терапии. У пациентки отмечалась неэффективность проводимой терапии с использованием базисных противовоспалительных препаратов, ГИБП из группы ингибиторов ФНО- α и ингибиторов ИЛ-17. Нами обсуждался вопрос о назначении двух ГИБП, принимая во внимание приведенные ранее клинические проявления ПсА.

Рис. 7. Обновленный алгоритм лечения ПсА.
Fig. 7. Updated algorithm for the treatment of psoriatic arthritis.



С учетом приведенных рекомендаций и преимущественного кожного поражения, вовлечения периферических суставов с развитием дактилитов и множественных энтезитов, пациентке начата терапия препаратами иксекизумаб + упадацитиниб.

Заключение

Основными факторами, провоцировавшими у нашей пациентки D2T, являются, вероятнее всего, отсутствие адекватной терапии в дебюте заболевания, длительность самого заболевания, перерывы в лечении, длительный прием ГКС. Необходимо помнить о наличии сопутствующей патологии – МС, который усугубляет тяжесть течения основного заболевания. Возможными мерами в профилактике D2T являются образование пациентов, проведение школ для формирования приверженности лечению. Сложный случай требует мультидисциплинарного подхода и постоянного мониторинга. Рекомендуется продолжение поиска оптимальной терапевтической стратегии с акцентом на индивидуализацию лечения и улучшение качества жизни пациента.

Раскрытие конфликта интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Disclosure of interest. The authors declare that they have no competing interests.

Раскрытие вклада авторов. Авторы декларируют соответствие своего авторства международным критериям ICMJE. А.К. Карибова – концептуализация, методология, курация данных, написание – первоначальный вариант; М.Т. Кудяев – концептуализация, написание – рецензирование и редактирование.

Authors' contribution. The authors declare the compliance of their authorship according to the international ICMJE criteria. A.K. Karibova – conceptualization, methodology, data curation, writing – original draft; M.T. Kudaev – conceptualization, writing – review and editing.

Источник финансирования. Авторы декларируют отсутствие внешнего финансирования для проведения исследования и публикации статьи.

Funding source. The authors declare that there is no external funding for the exploration and analysis work.

Информированное согласие на публикацию. Пациентка подписала форму добровольного информированного согласия на публикацию медицинской информации.

Consent for publication. Written consent was obtained from the patient for publication of relevant medical information and all of accompanying images within the manuscript.

Раскрытие информации об использовании ИИ. При написании статьи ИИ не использовался.

Disclosing the use of AI. No AI was used when writing the article.

Литература/References

- Lubrano E, Sciffignano S, Perrotta FM. Difficult to Treat and Refractory to Treatment in Psoriatic Arthritis. *Rheumatol Ther.* 2023;10(5):1119-25. DOI:10.1007/s40744-023-00574-w
- Ayan G, Ribeiro A, Macit B, Proft F. Pharmacologic Treatment Strategies in Psoriatic Arthritis. *Clin Ther.* 2023;45(9):826-40. DOI:10.1016/j.clinthera.2023.05.010
- Panagiopoulou A, Fragoulis GE. Comorbidities in Psoriatic Arthritis: A Narrative Review. *Clin Ther.* 2023;45(2):177-89. DOI:10.1016/j.clinthera.2023.01.006
- Salikhova DI, Golovicheva VV, Fatkhudinov TK, et al. Therapeutic Efficiency of Proteins Secreted by Glial Progenitor Cells in a Rat Model of Traumatic Brain Injury. *Int J Mol Sci.* 2023;24(15):12341. DOI:10.3390/ijms241512341
- Azuaga AB, Ramirez J, Cañete JD. Psoriatic Arthritis: Pathogenesis and Targeted Therapies. *Int J Mol Sci.* 2023;24(5):4901. DOI:10.3390/ijms24054901
- Артамонова О.Г., Каримова А.Э., Кубанов А.А., и др. Поиск прогностических маркеров псориатического артрита у больных псориазом. *Вестник дерматологии и венерологии.* 2023;99(5):41-51 [Artemonova OG, Karimova AE, Kubanov AA, et al. Search for predictors of psoriatic arthritis in patients with psoriasis. *Vestnik dermatologii i venerologii.* 2023;99(5):41-51 (in Russian)]. DOI:10.25208/vdv14871
- Kalyoncu U, Bayindir Ö, Ferhat Öksüz M, et al. The Psoriatic Arthritis Registry of Turkey: results of a multicentre registry on 1081 patients. *Rheumatology (Oxford).* 2017;56(2):279-86. DOI:10.1093/rheumatology/kew375
- Polachek A, Al-Johani R, Li S, et al. Late onset psoriatic arthritis in a longitudinal cohort: Disease presentation, activity over time and prognosis. *Semin Arthritis Rheum.* 2019;48(5):834-9. DOI:10.1016/j.semarthrit.2018.08.005
- Schett G, Rahman P, Ritchlin C, et al. Psoriatic arthritis from a mechanistic perspective. *Nat Rev Rheumatol.* 2022;18(6):311-25. DOI:10.1038/s41584-022-00776-6
- Gossec L, McGonagle D, Korotaeva T, et al. Minimal Disease Activity as a Treatment Target in Psoriatic Arthritis: A Review of the Literature. *J Rheumatol.* 2018;45(1):6-13. DOI:10.3899/jrheum.170449
- Lubrano E, Sciffignano S, Azuaga AB, et al. Impact of Comorbidities on Disease Activity, Patient Global Assessment, and Function in Psoriatic Arthritis: A Cross-Sectional Study. *Rheumatol Ther.* 2020;7(4):825-36. DOI:10.1007/s40744-020-00229-0
- Braña I, Loredó M, Pardo E, et al. Patients With Psoriatic Arthritis-Related Enthesitis and Persistence on Tofacitinib Under Real-World Conditions. *J Rheumatol.* 2024;51(7):682-8. DOI:10.3899/jrheum.2024-0016
- Логинава Е.Ю., Коротаева Т.В., Губарь Е.Е., и др. Трудный для лечения (difficult-to-treat) псориатический артрит. Данные Общероссийского регистра пациентов с псориатическим артритом. *Современная ревматология.* 2024;18(5):16-21 [Loginaeva EY, Korotaeva TV, Gubar EE, et al. Difficult-to-treat psoriatic arthritis. Data from the All-Russian registry of patients with psoriatic arthritis. *Modern Rheumatology Journal.* 2024;18(5):16-21 (in Russian)]. DOI:10.14412/1996-7012-2024-5-16-21
- Gossec L, Kerschbaumer A, Ferreira RJO, et al. EULAR recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies: 2023 update. *Ann Rheum Dis.* 2024;83(6):706-19. DOI:10.1136/ard-2024-225531
- Корсакова Ю.Л., Коротаева Т.В., Эрдес Ш.Ф., и др. Обновленные международные рекомендации (EULAR, 2023) по лечению псориатического артрита. *Научно-практическая ревматология.* 2024;62(5):474-83 [Korsakova YL, Korotaeva TV, Erdes S, et al. Updated international recommendations (EULAR, 2023) for the treatment of psoriatic arthritis. *Rheumatology Science and Practice.* 2024;62(5):474-83 (in Russian)]. DOI:10.47360/1995-4484-2024-474-483

Информация об авторах / Information about the authors

✉ **Карибова Алида Калимулаховна** – зав. отд-нием ревматологии ГБУ РД ГКБ, гл. внештатный специалист-ревматолог Республики Дагестан. E-mail: solomon687@gmail.com

Кудяев Магомед Тагирович – д-р мед. наук, проф., зав. каф. терапии фак-та повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ФГБОУ ВО ДГМУ

✉ **Alida K. Karibova** – Department Head, City Clinical Hospital. E-mail: solomon687@gmail.com; ORCID: 0009-0003-3690-3041

Magomed T. Kudaev – D. Sci. (Med.), Prof., Dagestan State Medical University. ORCID: 0000-0001-5446-1775

Статья поступила в редакцию / Submitted: 03.04.2025
Поступила после рецензирования / Submitted after peer review: 27.08.2025
Принята к печати / Accepted for publication: 24.11.2025



OMNIDOCTOR.RU