

УДК 616.72-002-02:616-002.158-085.276

DOI: 10.34215/1609-1175-2026-1-83-86



Рефрактерный псориатический артрит: клинический случай успешной терапии рисанкизумабом

А.А. Синенко^{1,2}, Н.М. Лупач², О.И. Сюсина², Е.А. Зинькова³¹ Тихоокеанский государственный медицинский университет, Владивосток, Россия² Приморская краевая клиническая больница № 1, Владивосток, Россия³ Дальневосточный федеральный университет, Владивосток, Россия

Представлен клинический случай псориатического артрита. Выполнена оценка эффективности ингибитора ИЛ-23 рисанкизумаба (РИС) у пациента с высокоактивным ПсА, не отвечавшим на стандартную терапию. Показана высокая эффективность применения РИС, обеспечившая клиническую ремиссию кожных проявлений и значительное снижение активности артрита, подтверждающая важность биологической терапии и стратегии treat-to-target.

Ключевые слова: псориатический артрит, ГИБТ, рисанкизумаб, ингибитор ИЛ-23, treat-to-target

Поступила в редакцию: 04.11.2025. Получена после доработки: 24.11.2025. Принята к публикации: 13.02.2026

Для цитирования: Синенко А.А., Лупач Н.М., Сюсина О.И., Зинькова Е.А. Рефрактерный псориатический артрит: клинический случай успешной терапии рисанкизумабом. *Тихоокеанский медицинский журнал*. 2026;1:83–86. doi: 10.34215/1609-1175-2026-1-83-86

Для корреспонденции: Синенко Андрей Анатольевич – к.м.н., доцент Института терапии и инструментальной диагностики Тихоокеанского государственного медицинского университета (690002, г. Владивосток, пр-т Острякова, 2); ORCID: 0009-0008-8503-6374; тел.: +7 (914) 670-33-54; e-mail: sinenko_aa@mail.ru

Refractory psoriatic arthritis: A clinical case study of successful risankizumab therapy

А.А. Sinenko^{1,2}, N.M. Lupach², O.I. Syusina², E.A. Zinkova³¹ Pacific State Medical University, Vladivostok, Russia² Primorsky Regional Clinical Hospital № 1, Vladivostok, Russia³ Far Eastern Federal University, Vladivostok, Russia

This article presents a clinical case of psoriatic arthritis (PsA). Its focus is on the efficacy of risankizumab (RIS), an IL-23 inhibitor, in treating a patient with highly active PsA who did not respond to standard therapy. It was demonstrated that RIS is highly effective through the clinical remission of skin manifestations and a significant reduction in arthritis activity. Thus, these results confirm the importance of biological therapy and the treat-to-target strategy.

Keywords: psoriatic arthritis, genetically engineered biological therapy, risankizumab, IL-23 inhibitor, treat-to-target

Received 4 November 2025; Revised 24 November 2025; Accepted 13 February 2026

For citation: Sinenko A.A., Lupach N.M., Syusina O.I., Zinkova E.A. Refractory psoriatic arthritis: A clinical case study of successful risankizumab therapy. *Pacific Medical Journal*. 2026;1:83–86. doi: 10.34215/1609-1175-2026-1-83-86

For correspondence: Andrey A. Sinenko – Cand. Sci. Med.), Associate Professor of the Institute of Therapy and Instrumental Diagnostics of the Pacific Medical University (2, Ostryakova ave., 690106, Vladivostok, Russia); ORCID: 0009-0008-8503-6374; tel.: +7 (914) 670-33-54; e-mail: sinenko_aa@mail.ru

Псориатический артрит (ПсА) – хроническое иммуноопосредованное заболевание, характеризующееся воспалительными изменениями в опорно-двигательном аппарате [1], поражающее 20–30% пациентов с псориазом, чаще в трудоспособном возрасте [2]. Для лечения ПсА используют нестероидные противовоспалительные препараты, глюкокортикостероиды (ГКС), традиционные синтетические базисные противовоспалительные препараты (сБПВП), таргетные сБПВП и генно-инженерные биологические препараты (ГИБП) [3]. В крупных клинических исследованиях [4] высокую краткосрочную эффективность и безопасность применения при ПсА продемонстрировал рисанкизумаб (РИС) – моноклональное антитело,

воздействующее на субъединицу p19 интерлейкина (ИЛ)-23. Однако данные о его долгосрочной эффективности ограничены.

В настоящей работе представлен клинический случай рефрактерного течения высокоактивного ПсА с оценкой эффективности долгосрочного применения ингибитора ИЛ-23 рисанкизумаба.

Результаты и обсуждение

Клинический случай. Пациент Н., 31 год, госпитализирован с жалобами на боли и деформацию суставов конечностей, позвоночника до 8 баллов по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), множественные высыпания

на коже, общую слабость, утрату способности к самообслуживанию.

Первые проявления псориаза возникли у него около 20 лет назад, однако систематического лечения пациент не получал. Спустя 17 лет высыпания приобрели генерализованный характер, присоединился суставной синдром с развитием стойких деформаций кистей, стоп, позвоночника. Впервые пациент обратился за помощью через 3 года после появления суставного синдрома. У него выявлены воспалительные изменения в анализах крови: скорость оседания эритроцитов (СОЭ) – 54,0 мм/ч, С-реактивный белок (СРБ) – 126 мг/л и неэффективность неспецифического лечения. Иницирована терапия метотрексатом (МТ) 10 мг, после чего пациент был госпитализирован.

При осмотре определялись распространенные псориазические высыпания на коже туловища, конечностей, волосистой части головы, выявлены положительные симптомы Ауспитца и Кебнера, поражение ногтей пластин стоп, кистей, положительные симптомы «масляного пятна», «наперстка», индекс площади и тяжести псориазических поражений (Psoriasis Area Severity Index, PASI) составил 36 баллов, Дерматологический индекс качества жизни (Dermatology Life Quality Index, DLQI) – 25 баллов. Отмечались выраженные деформации лучезапястных (ЛЗС), пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых, коленных (КС) и голеностопных суставов (ГСС), ограничение подвижности в них, невозможность полного сжатия кисти в кулак, атрофия межкостных мышц кистей. Выявлены выраженные деформации позвоночного столба: кифоз в шейном и грудном отделах, сглаженность поясничного лордоза, резкое ограничение объема движений во всех отделах позвоночника, при проведении пробы Томайера – 40 см до пола. При рентгенографии обнаружены признаки остеоартроза (ОА) суставов кистей и запястий III–IV стадии, ОА обоих ЛЗС II стадии, а также гонартроза I–II стадии (рис. 1). Выставлен диагноз: «Псориазический артрит, полиартритический вариант, эрозивный, активность

высокой степени (индекс активности псориазического артрита (Disease Activity in Psoriatic Arthritis, DAPSA) – 36,8, шкала активности заболевания (Disease Activity Score 28, DAS28)-СРБ – 6,3; Батский индекс активности анкилозирующего спондилита (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index, BASDAI) – 7,0; индекс активности анкилозирующего спондилита (Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score, ASDAS)-СРБ – 4,0), с поражением суставов кистей, стоп, КС, ГСС, двусторонний сакроилеит, R III ст. ФК 3. Распространенный псориаз, лентикулярно-бляшечная форма, прогрессирующая стадия, смешанный тип».

Учитывая высокую клинико-лабораторную активность процесса, проведена пульс-терапия ГКС, назначена следующая терапия: преднизолон 20 мг в сутки, инъекции МТ 15 мг в неделю, тофацитиниб (ТОФА) 10 мг в сутки. После выписки пациент самостоятельно прекратил прием ЛС, что привело к обострению и повторной госпитализации, предшествующая терапевтическая тактика была возобновлена. Несмотря на регулярный прием комплексной терапии в течение 5 месяцев, ПсА оставался активным (СОЭ 44 мм/ч, СРБ 58,79 мг/л), в связи с чем по жизненным показаниям иницирована ГИБП рисанкизумабом 150 мг по схеме. Через 4 недели комплексной терапии у пациента отмечено значимое клиническое улучшение: регрессировали суставной синдром (снизились боль, деформация, увеличился объем движений) и кожные проявления псориаза (PASI 8,4: наблюдались отдельные псориазические бляшки на коже волосистой части головы и дистальных отделах конечностей) (рис. 2). Однако сохранялись артрит левого КС, обоих ЛЗС, воспалительные изменения крови – СОЭ 59 мм/ч, СРБ 68,82 мг/л.

К 12-й неделе достигнута полная ремиссия псориаза (PASI 0), разрешился артрит левого КС, снизились боли и скованность в других пораженных суставах, повысилась подвижность и функциональная активность, DAPSA 16,1, DAS28-СРБ 4,49, BASDAI 2,7, ASDAS-СРБ 4,0, DLQI 0, общая оценка заболевания пациентом

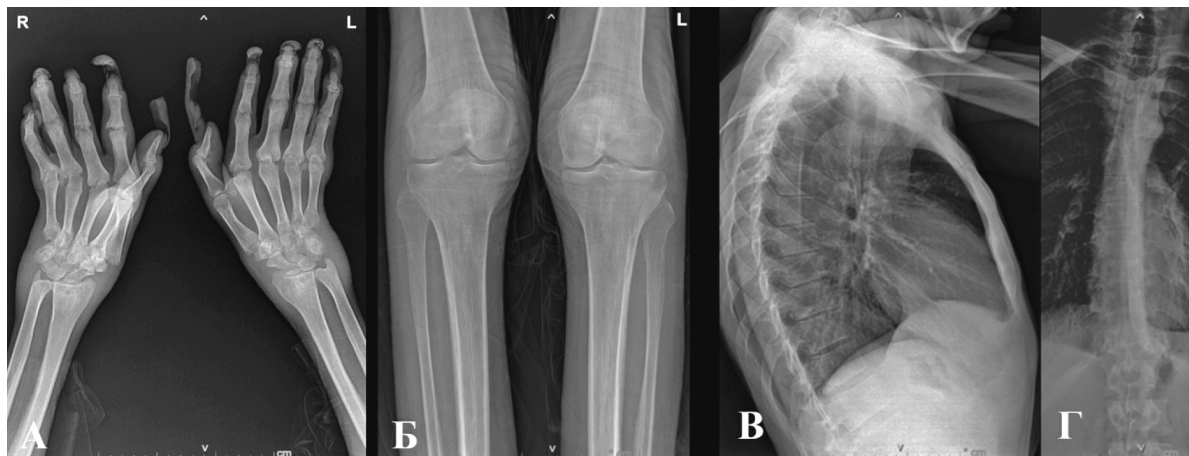


Рис. 1. Рентгенологическое обследование пациента: А – кисти в прямой поверхности; Б – коленные суставы в двух проекциях; В, Г – грудной отдел позвоночника в двух проекциях.



Рис. 2. Пациент с ПсА: А, В, Д – до начала терапии рисанкизумабом; Б, Г, Е – через 1 месяц после терапии.

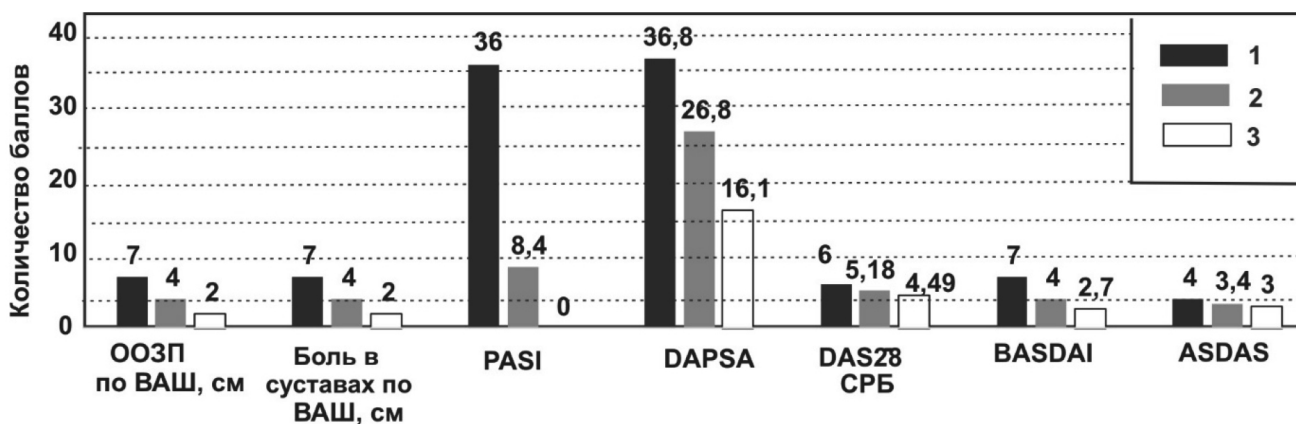


Рис. 3. Динамика заболевания на фоне терапии: 1 – до начала терапии; 2 – 1 месяц терапии; 3 – 3 месяца терапии.

(ООЗП) по ВАШ 2 см. При этом сохранялась лабораторная активность: СОЭ – 47 мм/ч, СРБ – 61,41 мг/л. Динамика ключевых показателей на фоне лечения РИС представлена на рисунке 3.

Таким образом, ингибиторы ИЛ-23, такие как рисанкизумаб, устекинумаб и гуселькумаб, играют ключевую роль в лечении ПсА и псориаза. Инициация РИС у данного пациента привела к значительному улучшению его клинического состояния пациента: через 3 месяца достигнута полная кожная ремиссия (PASI 0) и значительное снижение активности артрита (DAPSA 16,1). Однако сохранение высоких показателей воспалительных маркеров указывает на возможную необходимость дальнейшей эскалации терапии в соответствии с принципами стратегии «treat-to-target» (T2T) в лечении ПсА [5].

Эффективность РИС у биологически наивных пациентов с ПсА была отмечена и ранее при ретроспективном и рандомизированном исследованиях KEEPsAKE1 [6] по критериям Американского колледжа ревматологии (ACR) и по кожным проявлениям.

Настоящий случай подчеркивает критическую важность приверженности пациента к терапии, соблюдению режима лечения и указывает на необходимость комплексного подхода, включающего медикаментозную терапию, психологическую и социальную поддержку, обучение и сопровождение пациента мультидисциплинарной командой.

Выводы

Представлен клинический случай, демонстрирующий трудности ведения пациента с высокоактивным ПсА, сочетающимся с тяжелым псориазом и выраженными суставными деформациями.

Показана высокая эффективность рисанкизумаба при лечении пациентов с рефрактерным ПсА, обеспечившая регресс кожных и суставных проявлений, а также улучшение показателей активности заболевания. Продемонстрировано, что стратегия T2T и регулярная оценка эффективности терапии по всем клиническим доменам позволяет своевременно оптимизировать лечение и достичь значимого улучшения при тяжелых формах заболевания.

Подтверждена актуальность персонифицированного подхода, ориентированного на своевременную

эскалацию терапии у пациентов с рефрактерным течением заболевания, а также на комплексное ведение, включающее контроль активности заболевания, коррекцию сопутствующих нарушений и повышение приверженности пациента к лечению.

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

Источник финансирования: авторы заявляют о финансировании проведенного исследования из собственных средств.

Участие авторов:

Концепция и дизайн исследования – САА, ЛНМ

Сбор и обработка материала – ЛНМ, ЗЕА

Написание текста – ЗЕА

Редактирование – САА, СОИ

Литература / References

1. Azuaga AB, Ramirez J, Cañete JD. Psoriatic Arthritis: Pathogenesis and Targeted Therapies. *International Journal of Molecular Sciences*. 2023;24(5):4901. doi: 10.3390/ijms24054901
2. Karmacharya P, Chakradhar R, Ogdie A. The epidemiology of psoriatic arthritis: A literature review. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2021;35(2):101692. doi: 10.1016/j.berh.2021.101692
3. Хобейш М.М., Соколовский Е.В. Системная терапия псориаза и псориагического 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
4. Mease PJ, Deodhar AA, van der Heijde D, Behrens F, Kivitz AJ, Neal J, Kim J, Singhal S, Nowak M, Banerjee S. Efficacy and safety of selective TYK2 inhibitor, deucravacitinib, in a phase II trial in psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2022;81(6):815–822. doi: 10.1136/annrheumdis-2021-221664
5. Proft F, Lucas Ribeiro A, Singla S, Chandran V, Liao W, Lindsay C, Soriano ER, Bhutani T, Deodhar A, de Vlam K, Eder L, Kishimoto M, Leung YY, Lubrano E, McGonagle D, Poddubnyy D, Savage L, van den Bosch F, Mease PJ. Op0175 Establishing Definitions For Difficult-To-Treat Psoriatic Arthritis (D2t-PsA) And Complex-To-Manage Psoriatic Arthritis (C2M-PsA): Insights from the Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis (Grappa) Initiative. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2025;84(1):143–145. doi: 10.1016/j.ard.2025.05.188
6. Kristensen LE, Keiserman M, Papp K, McCasland L, White D, Lu W, Soliman AM, Eldred A, Barcomb L, Behrens F. Efficacy and safety of risankizumab for active psoriatic arthritis: 52-week results from the KEEPsAKE 1 study. *Rheumatology*. 2023;62(6):2113–2121. doi: 10.1093/rheumatology/keac607