

# Псориаз аногенитальной зоны. Опыт лечения нетакимабом

М. И. Курдина<sup>1</sup>, Н. Г. Коленько<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>АО «Медси 2», Москва, Грузинский пер., д. 3А, Россия

<sup>2</sup>АО «Медси 2», Москва, ул. Красная Пресня, д. 16, Россия

<sup>3</sup>ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы», Москва, Россия

## РЕЗЮМЕ

**Введение.** Диагностику аногенитального псориаза усложняет недостаточная осведомленность врачей и стеснительность пациентов. При этом общая площадь поражения и степень тяжести заболевания часто находятся в обратно пропорциональной зависимости, что диктует необходимость назначения системной терапии.

**Цель.** Осветить наш опыт монотерапии нетакимабом больных псориазом аногенитальной локализации.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находился 31 взрослый пациент (n=31) с псориазом аногенитальной локализации. Степень тяжести заболевания определяли с помощью индекса sPGA-G (static Physician's Global Assessment of Genitalia, статистическая общая оценка врачом общей тяжести псориаза генитальной области). Оценка проводилась до начала лечения, а затем каждые 4 недели до 52-й недели включительно. Все пациенты в амбулаторных условиях получали монотерапию ингибитором интерлейкина-17 (ИЛ-17) нетакимабом в дозе 120 мг в виде 2 подкожных инъекций по 1 мл (60 мг) препарата, каждую из которых вводили исходно, через одну и через две недели, а затем – 1 раз каждые 4 недели. Общая продолжительность лечения каждого пациента составила 52 недели. Дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ) определяли с помощью опросников до начала лечения, на 12-й и 52-й неделях. Безопасность нетакимаба оценивали на основании развития нежелательных явлений и местных реакций на введение препарата.

**Результаты.** Проведенная в течение 52 недель монотерапия нетакимабом аногенитального псориаза доказала высокую клиническую эффективность препарата. Полного клинического выздоровления (sPGA-G 0) через 12 недель лечения достигли 48,4% пациентов, через 24 недели – 67,7%, через 52 недели – 77,4%. Значение дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ) за время лечения уменьшилось в 6,6 раза, что свидетельствует о значительном улучшении качества жизни пациентов. Серьезных нежелательных явлений и досрочного выбывания участников из исследования по этой причине не зарегистрировано.

**Заключение.** Полученные данные позволяют рекомендовать нетакимаб больным аногенитальным псориазом.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** нетакимаб, аногенитальный псориаз, ингибитор ИЛ-17, генно-инженерная биологическая терапия.

**КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

## Anogenital psoriasis. Experience of netakimab therapy

M. I. Kurdina<sup>1</sup>, N. G. Kolenko<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>JSC MEDSI 2, 3A, Gruzinskiy Lane, Moscow, Russia

<sup>2</sup>JSC MEDSI 2, 16, Krasnaya Presnya St., Moscow, Russia

<sup>3</sup>Peoples' Friendship University of Russia named after Patrice Lumumba (RUDN University), Moscow, Russia

## SUMMARY

**Introduction.** Diagnosis of anogenital psoriasis is complicated by the lack of awareness of doctors and the shyness of patients. The total lesion area and the severity of anogenital psoriasis are often in inverse proportion, which requires the use of systemic therapy.

**Aim.** To present our experience of netakimab monotherapy in anogenital psoriasis.

**Materials and methods.** 31 adult patients (n=31) with anogenital psoriasis were under observation. The severity of the psoriatic lesion was determined using index sPGA-G (static Physician's Global Assessment of Genitalia). The assessment was carried out before the start of treatment and then every 4 weeks up to 52 weeks. All patients on an outpatient basis received interleukin-17 inhibitor (IL-17) monotherapy with netakimab at a dose of 120 mg in the form of two subcutaneous injections of 1 ml (60 mg) of the drug, each administered once a week at weeks 0, 1 and 2, then 1 time every 4 weeks. The total duration of treatment for each patient was 52 weeks. Dermatological Quality of Life Index (DLQI) were determined by questionnaires before the start of treatment, at the 12th and 52nd weeks. The safety of netakimab was evaluated based on the development of adverse events and local reactions to the administration of the drug.

**Results.** The results of the study for 52 weeks showed high efficacy of netakimab. 48.4% of patients achieved complete clinical recovery (sPGA0) after 12 weeks of treatment, 67.7% after 24 weeks, and 77.4% after 52 weeks, the quality of their life improved by 6.6 times. There weren't any cases of early withdrawal due to adverse events and cases of serious adverse events.

**Conclusion.** Based on the study results we recommend netakimab for treatment of patients with anogenital psoriasis.

**KEYWORDS:** netakimab, anogenital psoriasis, IL-17 inhibitor, biological therapies.

**CONFLICT OF INTEREST.** The authors declare no conflict of interest.

## Введение

Больные псориазом представляют собой гетерогенную популяцию с индивидуальной выраженностью заболевания. Снижение качества жизни таких пациентов связано не только с площадью пораженной поверхности тела, но и с особой локализацией высыпаний [1]. Расположение эффлоресценций в аногенитальной зоне (АГЗ) отличается

более сильным негативным воздействием на здоровье и качество жизни, нежели псориазические высыпания без поражения половых органов. Тем не менее именно псориаз аногенитальной локализации зачастую остается не диагностированным и не леченным [2]. Пациенты стесняются предъявлять жалобы интимного характера и раздеваться, а дерматологи не всегда достаточно осведомлены об осо-

бенностях заболевания в АГЗ и не настаивают на осмотре. Так, например, Meeuwis K. A. et al. (2015) установили, что 45,8% больных псориазом никогда не сообщали дерматологу о наличии высыпаний в области гениталий [3].

Точную частоту аногенитального псориаза трудно оценить, поскольку статистические данные зависят от того, считать ли заболевание частью интертригинозного (инверсного, обратного), распространенного бляшечного псориаза или отдельной формой этого недуга [1]. При интертригинозной форме заболевания Wang G. et al. (2005) обнаружили поражение гениталий у 79% больных [4]. По мнению Meeuwis K. A. et al. (2015; 2018) высыпания в области гениталий, промежности и перианальной зоне возникают у большинства пациентов на том или ином этапе распространенного бляшечного псориаза. Частота поражения АГЗ у разных исследователей варьирует от 7 до 63% [3; 5] и коррелирует с распространенностью экстрагенитальных проявлений. У 2–5% больных псориаз проявляется исключительно в АГЗ [6; 7].

Площадь поражения при псориазе АГЗ не превышает 5–6%, но тяжесть заболевания ощущается пациентами непропорционально сильно, что оказывает выраженное негативное влияние на качество их жизни, психологическое благополучие и особенно на сексуальную активность [8; 9]. Негативное влияние на настроение описано у 95% пациентов с аногенитальным псориазом, снижение физической активности – у 70%, повседневной активности – у 60%, проблемы в отношениях с друзьями и членами семьи – у 45% пациентов [10]. 87–100% больных жаловались на зуд, 39–85% – на боль, 42–80% – на диспареунию; 32–80% отмечали ухудшение течения кожного процесса после полового акта; 43–80% сообщали о снижении либидо и частоты сексуальных контактов [11; 10]. Кроме того, псориаз АГЗ может препятствовать началу половой жизни [12].

У мужчин папулы и бляшки наиболее часто располагаются на стволе полового члена (36%), мошонке (33%) и головке полового члена (29%) [11]. У 51% женщин высыпания обнаружены в области больших половых губ, у 28% – в промежности и у 23% – на малых половых губах [11]. Salim A. (2005) полагает, что у женщин поражение слизистой оболочки половых органов диагностируется реже, чем у мужчин, и малые половые губы не вовлекаются в патологический процесс [13].

Высыпания на слизистых оболочках при аногенитальном псориазе представлены гладкими легко кровоточащими эритематозными бляшками с четкими очертаниями, без выраженного уплотнения. У женщин очаги поражения обычно симметричные [1, 3]. В складках легко образуются болезненные трещины. Жжение и зуд беспокоят больных аногенитальным псориазом чаще, чем экстрагенитальным. Кожный процесс может носить непрерывно рецидивирующий характер из-за феномена Кебнера при физических нагрузках, при половых контактах, в результате плотного прилегания одежды, а также раздражающего действия пота, мочи и кала [14].

Аногенитальный псориаз чаще, чем экстрагенитальный, осложняется присоединением бактериальной или грибковой микрофлоры, а также вирусной инфекции, что приводит к ухудшению заболевания или появлению ати-

пичных симптомов. Так, по данным Kapila S. et al. (2012), у 35,6% пациентов были обнаружены *Candida albicans* и/или *Staphylococcus aureus* в высоких титрах [15].

Дифференциальный диагноз псориазических высыпаний в области гениталий проводят с простым контактным, аллергическим, атопическим дерматитами, фиксированной токсикодермией, кандидозным, герпетическим поражением кожи, экстрамаммарной локализацией болезни Педжета, склероатрофическим лихеном.

Для оценки тяжести экстрагенитального псориаза обычно используют индекс PASI (Psoriasis Area Severity Index, Индекс площади и тяжести псориазических поражений), BSA (Body Surface Area, Площадь поверхности тела) и PGA (Physician's Global Assessment, Общая оценка состояния пациента врачом) [16], однако при поражении АГЗ, показатели PASI и BSA не отражают реальную степень тяжести заболевания. В этом случае оценивают:

1. sPGA-G (static Physician's Global Assessment of Genitalia, статистическая общая оценка врачом общей тяжести псориаза АГЗ на момент обращения) – представляет собой оценку по 5-балльной шкале [17]:

Баллы	Степень тяжести	Симптомы
0	Высыпаний нет	Эритема: остаточная или отсутствует Инфильтрация: отсутствует Шелушение: отсутствует
1	Минимальная	Эритема: слабая, светло-розовая Инфильтрация: крайне незначительная Шелушение: незначительное; белесая сухая поверхность
2	Легкая	Эритема: легкая, розовая Инфильтрация: незначительная; Края покатые нерезкие Шелушение: легкое, на отдельных участках
3	Средней тяжести	Эритема: умеренная, красная Инфильтрация: умеренная Края четкие плоские Шелушение: грубое шелушение на большинстве элементов
4	Тяжелая	Эритема: интенсивная, ярко-красная Инфильтрация: выраженная Края резкие, приподнятые Шелушение: грубое, не слипающееся
5	Крайне тяжелая	Эритема: интенсивная, отечная, бордово-красная Инфильтрация: очень сильная; Края резкие плотные приподнятые Шелушение: чешуе-корки и корки

2. Дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ, DLQI, Dermatology Life Quality Index). Для оценки этого параметра больные заполняют анкету, которая состоит из 10 пунктов, касающихся симптомов, чувств, повседневной деятельности, отдыха, работы или учебы, личных отношений и мнения о влиянии терапии. Каждый пункт оценивается в баллах от 0 (совсем не затронуто) до 3 (очень сильно затронуто). Итоговый ДИКЖ представляет собой сумму баллов по 10 отдельным вопросам и варьирует от 0 до 30, где 0 – отсутствие влияния на качество жизни, 2–5 баллов – небольшое влияние, 6–10 баллов – умеренное влияние, 11–20 баллов – большое влияние, 21–30 баллов – чрезмерно большое влияние. Снижение данного показателя говорит об улучшении качества жизни пациентов.

3. GPSS (Genital Psoriasis Symptoms Scale) – числовая десятибалльная шкала для определения интенсивности неприятных ощущений в области половых органов): зуда, боли, дискомфорта, жжения, горения, и пр., где 0 означает «нет зуда, боли и дискомфорта», а 10 – «максимальные проявления, которые можно себе представить». Пациенты самостоятельно отмечают число, соответствующее степени выраженности их ощущений в течение последних 24 часов [18].
4. NRS (Numeric Rating Scale) – числовая шкала оценки пациентами зуда в баллах от 0 до 10 за последние 24 часа [19].

Лечение псориаза АГЗ существенно отличается от терапии бляшечного псориаза из-за различных анатомо-физиологических характеристик разных участков кожного покрова. Тонкая чувствительная кожа половых органов ограничивает терапевтические возможности, поскольку многие стандартные местные наружные средства либо противопоказаны, либо плохо переносятся пациентами. При подборе топических лекарственных средств необходимо учитывать повышенную чрескожную абсорбцию в АГЗ, а также склонность к атрофии и формированию телеангиэктазий. [5]

Современные методы лечения аногенитального псориаза значительно эволюционировали от разнообразной местной терапии (кортикостероидами, кальципотриолом, ингибиторами кальциневрина), применения метотрексата, ацитретина и циклоспорина до передовых системных вариантов, таких как генно-инженерные биологические препараты (ГИБП) [20; 21; 22]. Клинические рекомендации Дельфийского консенсуса Международного Совета по псориазу [23] советуют назначать препараты именно последней группы, что обусловлено следующими обстоятельствами: площадь поражения при псориазе АГЗ невелика, но серьезно страдает качество жизни, поэтому при этой форме заболевания показано назначение системных препаратов [24], а среди них именно ГИБП продемонстрировали наибольшую эффективность [25].

**Цель настоящей работы** – оценить результаты монотерапии отечественным генно-инженерным препаратом натакамаб больных псориазом АГЗ.

#### Материалы и методы

На базе отделения дерматовенерологии Клинико-диагностического центра МЕДСИ на Белорусской в г. Москве проведено открытое одноцентровое проспективное нерандомизированное клиническое исследование применения препарата натакамаб (ингибитора ИЛ-17) у пациентов с распространенным псориазом, в том числе аногенитальной локализации. В исследовании принимал участие 31 пациент (n=31), среди которых было 18 мужчин (58%) и 13 женщин (42%) в возрасте от 18 до 64 лет. Продолжительность псориаза варьировала от 2 до 43 лет, в среднем – 16,2 года; продолжительность высыпаний в АГЗ – от 0,5 до 40 лет, в среднем 9,5 года. Ранее больные получали различные виды местной терапии, включая применение топических кортикостероидов, кальципотриола, ингибиторов кальциневрина, препаратов

цинка, мочевины, эмолентов. Результаты терапевтических мероприятий были недостаточно эффективны. Всем пациентам в течение последних 6 месяцев до начала исследования системные препараты для лечения псориаза не назначали, опыта применения моноклональных антител и малых молекул не было. Перед началом терапии натакамабом и затем каждые 3 месяца всем больным проводился клинико-лабораторный скрининг в соответствии с клиническими рекомендациями РОДВК [26]. Участники исследования прочитали и подписали добровольное информированное согласие.

В амбулаторных условиях исследуемым пациентам проводилась монотерапия натакамабом в дозе 120 мг в виде 2 инъекций по 1 мл (60 мг) каждая. Препарат вводили подкожно 1 раз в неделю на 0, 1-й и 2-й неделях, далее 1 раз каждые 4 недели. Местное лечение не назначали. Общая длительность терапии каждого пациента составила 52 недели.

При каждом визите проводился физикальный осмотр больного с целью определения состояния кожных покровов. Зона клинической оценки псориазических высыпаний включала генитальную (половой член, мошонку и промежность для мужчин; большие, малые половые губы и промежность для женщин) и перианальную области.

Элементы на слизистых оболочках (рис. 1 а), в перианальной зоне (рис. 1 б) и плотно соприкасающихся паховых складках (рис. 1 в) у полных пациентов представляли собой гладкие красноватые бляшки различных размеров и очертаний, с четкими границами, не возвышающиеся над поверхностью кожи. Высыпания на коже полового члена, мошонки (рис. 1 г), больших половых губ (рис. 1 д), лобке и в паховых складках худых пациентов имели вид, типичный для псориазических эфлоресценций

У большинства больных (28–90,3%) очаги на гениталиях сочетались с поражением перианальной зоны (рис. 1 е).

Высыпания в области головки полового члена и крайней плоти обнаружены у 12 (66,7%) мужчин, на коже полового члена, промежности – у 6 (33,3%). Универсальное поражение АГЗ наблюдали у одного больного.

У 5 (38,5%) женщин элементы располагались на слизистых оболочках половых губ, у 8 (61,5%) – на коже половых губ и промежности. У одной пациентки отмечено универсальное поражение АГЗ.

Всех больных беспокоили явления дискомфорта (покалывание, жжение), 25 (80,6%) – умеренный/сильный зуд. 12 (39%) больных беспокоили болезненные трещины.

Степень тяжести псориаза АГЗ оценивали с помощью sPGA-G, ДИКЖ и NRS. Индекс sPGA-G определяли при каждом визите: до лечения, на 1-й и 2-й неделе, затем 1 раз в месяц до 52-й недели терапии. Достижение значения sPGA-G 0/1, значительное улучшение качества жизни и уменьшение и/или исчезновение зуда, болевых ощущений и дискомфорта являлись конечными целями терапии натакамабом. ДИКЖ и NRS определяли исходно, на 12-й и 52-й неделе лечения.

Безопасность терапии натакамабом оценивалась путем мониторинга нежелательных явлений при клиническом осмотре пациентов, лабораторных тестах (общеклинические анализы крови и мочи, биохимический анализ крови) исходно, на 1-й и 2-й неделе, затем 1 раз в месяц до 52-й недели лечения.



Рисунок 1 (а–е). Варианты псориазных высыпаний в аногенитальной зоне

### Результаты

В исследуемой группе больных до начала лечения натакимабом у 5 человек (16,1%) показатель sPGA-G был равен 5 баллам, у 17 (54,8%) – 4 и у 9 (29,0%) – 2. Средний балл sPGA-G составил  $3,7 \pm 0,6$ .

У всех больных уже после первой инъекции препарата отмечался быстрый регресс высыпаний: через неделю уменьшались гиперемия и экссудативные явления, исчезал венчик

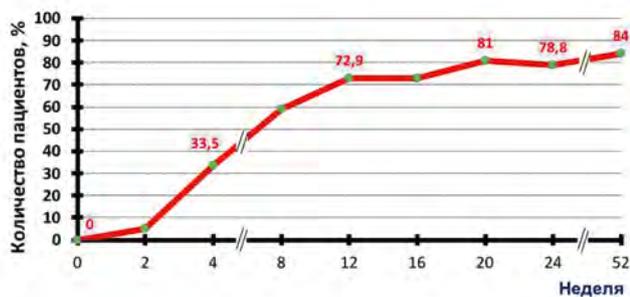


Рисунок 2. Количество больных аногенитальным псориазом, достигших sPGA-G 0/1 на фоне терапии натакимабом (n = 31)

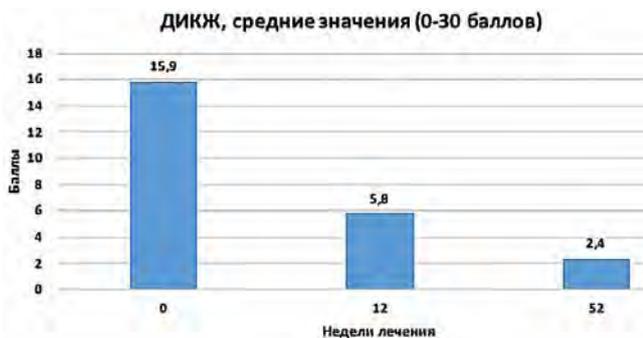


Рисунок 3. Динамика ДИКЖ у больных аногенитальным псориазом на фоне терапии натакимабом (n = 31)

гиперемии вокруг папул и бляшек, ослабевал зуд и чувство дискомфорта; через две – появлялся псевдоатрофический ободок Воронова, сокращалась инфильтрация элементов, негативные ощущения редуцировали на 75–80%. Через 4 недели после начала лечения высыпания на коже разрешились практически полностью у трети пациентов. sPGA-G 0/1 через 12 недель достигло три четверти больных, через 52–84% (рис. 2). Полное клиническое выздоровление (sPGA-G 0) через 12 недель наступило у 15 человек (48,4%), через 24 недели – у 21 (67,7%), через 52 – у 24 (77,4%).

Улучшение показателя sPGA-G у всех пациентов сопровождалось снижением ДИКЖ на протяжении всего периода наблюдения. До начала лечения у 16 (51,6%) больных ДИКЖ превышал 21 балл, что соответствовало чрезвычайно сильному влиянию дерматоза на качество жизни. Псориаз сильно влиял на качество жизни у 7

(22,6%) пациентов, умеренно – у 4 (12,4%), незначительно – у 3 (9,7%). Только один (3,2%) больной с одиночной бляшкой на лобке полагал, что заболевания не влияет на его качество жизни. В среднем по группе ДИКЖ до начала лечения составил 15,9; на 12-й неделе терапии индекс снизился на 63,5%, к концу 52-й недели – на 84,9%. (рис. 3), причем ДИКЖ ≤ 1 достигли 17 (54,8%) пациентов.

Индекс NRS в среднем по группе исходно составил 6,9 балла. О выраженных ощущениях (≥ 8 баллов) сообщили 9 (29%) пациентов, об умеренных (от 4 до 8 баллов) – 16 (51,6%), о легких (менее 4 баллов) – 6 (19,4%). На фоне терапии натакимабом у всех больных зарегистрирована выраженная динамика снижения зуда и болевых ощущений в аногенитальной области. Так, на 12-й неделе лечения ни один пациент не предъявлял жалобы на интенсивные неприятные ощущения, 9 (29%) – сообщили об умеренных субъективных проявлениях, 19 (61,3%) – о слабых, а 3 (9,7%) – об отсутствии дискомфорта. К 52-й неделе терапии 11 (35,5%) больных не высказывали никаких жалоб, а 20 (64,5%) – оценивали неприятные ощущения как слабые (рис. 4).



Рисунок 4. Динамика интенсивности зуда и боли (числовая шкала оценки, NRS) у пациентов с аногенитальным псориазом на фоне терапии натакимабом (n = 31)

Переносимость наталиума в целом по группе была хорошей. В процессе лечения 7 пациентов перенесли острую респираторную вирусную инфекцию (22,6%), два (6,5%) – гипертонический криз, один (3,2%) – бронхит, один (3,2%) – обострение желчно-каменной болезни. У трех больных (9,7%) на разных этапах лечения отмечена незначительная лейкопения, у двух (6,5%) – незначительное повышение активности аланинаминотрансферазы и аспартатаминотрансферазы. Изменения лабораторных показателей не сопровождалось соматическими жалобами и не требовали дополнительного лечения. Серьезных нежелательных явлений и досрочного выбывания участников по этой причине не зарегистрировано.

### Клинический пример 1

Пациент А., 40 лет, страдает ограниченным бляшечным псориазом в течение 24 лет. Поражение АГЗ присоединилось 18 лет назад (рис. 5 а). Больной никогда не жаловался врачам на высыпания в АГЗ. Постоянно беспокоит умеренный зуд, ощущение дискомфорта. При первичном осмотре sPGA=4, ДИКЖ = 20, NRS = 7. Самостоятельно проводил различное наружное лечение с нестойким эффектом. В связи с выраженным влиянием на качество жизни, постоянными негативными ощущениями, длительным рефрактерным течением заболевания назначен наталиум в дозе 120 мг по стандартной схеме. Через 4 недели после начала лечения высыпания на коже разрешились практически полностью, ощущения не беспокоят. sPGA=1, ДИКЖ = 6, NRS = 2 (рис. 5 б). В течение дальнейшего курса терапии (через 52 недели) сохранялось состояние полной клинической ремиссии (рис. 5 в).

### Клинический пример 2

Пациентка К., 25 лет, больна ограниченным бляшечным псориазом в течение 12 лет. Тогда же появились высыпания в АГЗ. В амбулаторных условиях проводилось наружное лечение препаратами с кортикостероидами, кальципотриолом, цинком, мочевиной, эмолентами, однако процесс носил непрерывно рецидивирующий характер.

sPGA=4, ДИКЖ = 26, NRS = 8 (рис. 6 а). В связи с непрерывно рецидивирующим течением, тяжестью заболевания, значительным снижением качества жизни и выраженными негативными ощущениями назначен наталиум в дозе 120 мг по стандартной схеме. Через 4 недели после начала терапии высыпания значительно уменьшились (рис. 6 б): sPGA=2, ДИКЖ = 4, NRS = 3. В течение дальнейшего лечения положительная динамика сохранялась, достигнута полная клиническая ремиссия (рис. 6 в).

### Обсуждение

Диагностика и лечение псориаза АГЗ подчас представляет серьезные трудности для практического врача. В данной статье мы попытались привлечь внимание клиницистов к этой проблеме и поделиться опытом монотерапии наталиумом больных псориазом аногенитальной локализации.

Несмотря на небольшую площадь поражения до начала лечения индекс sPGA-G позволил трактовать тяжесть заболевания у 58% наших пациентов как среднюю, у 16% – как тяжелую. Причем более половины больных (51,6%) отмечали чрезвычайно сильное влияние дерматоза на качество жизни, а треть (29%) – выраженные негативные ощущения.

ГИБП относятся к наиболее эффективным и безопасным препаратам для лечения псориаза, в том числе АГЗ. В полной мере это относится к отечественному ингибитору интерлейкина-17А наталиуму. Монотерапия приводила к быстрому и устойчивому регрессу кожного синдрома, как на гладкой коже, так и на слизистых оболочках вплоть до полного разрешения у большинства пациентов. Ответ на применение наталиума формируется уже в первые недели лечения и сохраняется до 52-й недели без отрицательной динамики.

Другие ингибиторы интерлейкина-17 при лечении псориаза АГЗ оказывают сопоставимый эффект. По нашим данным, при лечении наталиумом sPGA-G 0/1 через 24 недели достигли 78,8% пациентов. В исследовании Соколовского Е. В. и Кохан М. М. (2021) такой же результат зафиксирован у 86% пациентов, получавших иксекизумаб и 84% – секукинумаб. Полное клиническое выздоровление (sPGA-G 0) через полгода наступило у 67,7% больных на фоне терапии наталиумом, 68% – иксекинумабом, 65% – секукинумабом [27].

Безусловный интерес вызывает большое исследование Gerdes S. et al. (2022) [28], в котором при лечении псориаза АГЗ гуселькумабом (ингибитором интерлейкина-23) sPGA-G 0/1 через 28 недель достигли 84% пациентов, через 52–86,6%. Аналогичный показатель в среднем по группе через 52 недели зарегистрирован у 84% больных, получавших наталиум.



Рисунок 5. Больной А.: а – до начала лечения; б – через 4 недели после начала терапии наталиумом; в-через 52 недели после начала терапии наталиумом



Рисунок 6. Больная К.: а – до начала лечения; б – через 4 недели после начала терапии наталиумом; в-через 52 недели после начала терапии наталиумом

На 12-й неделе монотерапии нетакимабом мы отметили улучшение ДИКЖ на 63,5%, на 52-й – на 84,9%, причем более половины наблюдаемых пациентов достигли ДИКЖ≤1 (17–54,8%). Сопоставимые результаты были получены при назначении гуселькумаба больным псориазом: АГЗ на 52 неделе ДИКЖ≤1 зарегистрировано у 57,9% [28].

В результате применения нетакимаба у наблюдаемых нами пациентов показатель NRS на 12-й неделе монотерапии снизился в 2,9 раза, т.е. на 65,3%, на 52-й – в 7,7 раза. Ryan C. et al. (2018) сообщали о 60%-ном снижении NRS к 12-й неделе лечения иксекизумабом [2].

## Заключение

Несмотря на широкую распространенность псориаза АГЗ, связанного с ухудшением качества жизни и сексуального здоровья, его часто упускают из виду в реальной клинической практике. Информирование как медицинских работников, так и пациентов о псориазе этой локализации, имеет особое значение, поскольку пациенты с генитальным псориазом могут обращаться к врачам разных медицинских специальностей. Применение ГИБП открывает новые возможности в терапии псориаза АГЗ. Лечение нетакимабом приводит к быстрому достижению клинического ответа, сохраняющемуся на протяжении всего лечения, и не вызывает серьезных нежелательных явлений.

## Список литературы / References

- Dopytalska K., Sobolewski P., Błaszczyk A., Szymańska E., Walecka I. Psoriasis in special localizations. *Reumatologia*. 2018; 56 (6): 392–398.
- Ryan C., Menter A., Guenther L. et al. Efficacy and safety of ixekizumab in a randomized, double-blinded, placebo-controlled phase IIIb study of patients with moderate-to-severe genital psoriasis. *British Journal of Dermatology*. 2018; 179 (4): 844–852.
- Meeuwis K.A., de Hullu J.A., Int'Hout J. et al. Genital psoriasis awareness program: physical and psychological care for patients with genital psoriasis. // *Acta Dermato-Venereologica*. 2015; 95: 211–216.
- Wang G., Li C., Gao T., Liu Y. Clinical analysis of 48 cases of inverse psoriasis: a hospital-based study. *European Journal of Dermatology*. 2005; 15 (3): 176–178.
- Meeuwis KAP, Potts Bleakman A., van de Kerkhof PCM, Dutronc Y., Hennege C., Kornberg L.J., Menter A. Prevalence of genital psoriasis in patients with psoriasis. *Journal of Dermatological Treatment*. 2018; 29 (8): 754–760.
- van de Kerkhof PCM. Clinical Features. / In: van de Kerkhof A. PCM, editor. *Textbook of Psoriasis*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd. 2003; 3–29.
- Stoof T.J., van der Meijden W. Psoriasis. / In: van der Meij-5, den Wl, ter Hamsel WA, editors. *Vulvopathologie*. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV. 2007; 137–146.
- da Silva N., Augustin M., Hilbring C., Braren-von Stülpnagel C.C., Sommer R. Psychological (co)morbidity in patients with psoriasis: the impact of pruritus and anogenital involvement on symptoms of depression and anxiety and on body dysmorphic concerns – a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2022; 12 (9): e055477.
- Molina-Leyva A., Almodovar-Real A., Ruiz-Carrasco J.C., Naranjo-Sintes R., Serrano-Ortega S., Jimenez-Moleon J.J. Distribution pattern of psoriasis affects sexual function in moderate to severe psoriasis: A prospective case series study. *Journal of Sexual Medicine*. 2014; 11: 2882–2889.
- Cather J.C., Ryan C., Meeuwis K., Potts Bleakman A.J., Naegeli A.N., Edson-Heredia E., Poon J.L., Jones C., Wallace A.N., Guenther L., Fretzin S. Patients' Perspectives on the Impact of Genital Psoriasis: A Qualitative Study. *Dermatology and Therapy (Heidelberg)*. 2017; 7 (4): 447–461.

- Ryan C., Sadlier M., De Vol E., Patel M., Lloyd A.A., Day A., Lally A., Kirby B., Menter A. Genital psoriasis is associated with significant impairment in quality of life and sexual functioning. // *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2015; 72 (6): 978–983.
- Shah SFH, Merchant S.A., Shah, S.A. Female sexual dysfunction in psoriasis: a systematic review and meta-analysis using the Female Sexual Function Index. *International Journal of Impotence Research*. 2024; 36 (3): 232–241.
- Salim A., Wojnarowska F. Skin diseases affecting the vulva. *Current Obstetrics and Gynaecology*. 2005; 15 (2): 97–107.
- Meeuwis K.A., de Hullu J.A., Massuger L.F., van de Kerkhof P.C., van Rossum M.M. Genital psoriasis: a systematic literature review on this hidden skin disease. *Acta Dermato-Venereologica*. 2011; 91: 5–11.
- Kapila S., Bradford J., Fischer G. Vulvar psoriasis in adults and children: a clinical audit of 194 cases and review of the literature. *Journal of Lower Genital Tract Disease*. 2012; 16 (4): 364–371.
- Puzenat E., Bronsard V., Prey S., Gourraud P.A., Aractingi S., Bagot M., Cribier B., Joly P., Julien D., Le Maitre M., Paul C., Richard-Lallemant M.A., Ortonne J.P., Aubin F. What are the best outcome measures for assessing plaque psoriasis severity? A systematic review of the literature. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2010; 24 (2): 10–16.
- Merola J.F., Bleakman A.P., Gottlieb A.B., Menter A., Naegeli A.N., Bissonnette R., Guenther L., Sullivan J., Meeuwis K., See K., Duffin K.C. The Static Physician's Global Assessment of Genitalia: A Clinical Outcome Measure for the Severity of Genital Psoriasis. *Journal of Drugs in Dermatology*. 2017; 16 (8): 793–799.
- Gottlieb A.B., Kirby B., Ryan C. et al. The Development of a patient-reported outcome measure for assessment of genital psoriasis symptoms: The Genital Psoriasis Symptoms Scale (GPSS). *Dermatology and Therapy (Heidelberg)*. 2018; 8: 45–56.
- Kimball A.B., Naegeli A.N., Edson-Heredia E., Lin C-Y., Gaich C., Nikai E., Wyrwich K., Yosipovitch G. Psychometric properties of the Itch Numeric Rating Scale in patients with moderate-to-severe plaque psoriasis. *Br J Dermatol*. 2016; 175 (1): 157–62. doi: 10.1111/bjd.14464.
- Ferrara F., Verduci C., Laconi E., Mangione A., Dondi C., Del Vecchio M., Carlevaffi V., Zovi A., Capuozzo M., Langella R. Current therapeutic overview and future perspectives regarding the treatment of psoriasis. *International Immunopharmacology*. 2024; 143 (1): 113388.
- Menter A., Gelfand J.M., Connor C., Armstrong A.W., Cordero K.M., Davis DMR, Elewski B.E., Gordon K.B., Gottlieb A.B., Kaplan D.H. et al. Joint American Academy of Dermatology-National Psoriasis Foundation guidelines of care for the management of psoriasis with systemic nonbiologic therapies. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2020; 82: 1445–1486.
- Kelly A., Ryan C. Genital Psoriasis: Impact on Quality of Life and Treatment Options. *American Journal of Clinical Dermatology*. 2019; 20 (5): 639–646.
- Strober B., Ryan C., van de Kerkhof P., van der Walt J., Kimball A.B., Barker J., Blauvelt A. International Psoriasis Council Board Members and Councilors. Recategorization of psoriasis severity: Delphi consensus from the International Psoriasis Council. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2020; 82 (1): 117–122.
- Hong J.J., Mosca M.L., Haderl E.K., Brownstone N.D., Bhutani T., Liao W.J. Genital and Inverse/Intertriginous Psoriasis: An Updated Review of Therapies and Recommendations for Practical Management. *Dermatology and Therapy (Heidelberg)*. 2021; 11 (3): 833–844.
- Armstrong A.W., Puig L., Joshi A., Skup M., Williams D., Li J., Betts K.A., Augustin M. Comparison of Biologics and Oral Treatments for Plaque Psoriasis: A Meta-analysis. *JAMA Dermatology*. 2020; 156: 258–269.
- Кубанов А.А., Карамова А.Э., Пritulo О.А., Аршинский М.И., Знаменская А.Ф., Чикин В.В. и др. Псориаз: клинические рекомендации. М.; 2023: 78 с. (In Russ.). Режим доступа: <https://www.rdv.ru/upload/iblock/a84/q6gxj2hn1mip4m1vaaq1vyvy05u11y.pdf>
- Кубанов А.А., Карамова А.Э., Пritulo О.А., Аршинский М.И., Знаменская А.Ф., Чикин В.В. et al. Psoriasis: clinical guidelines. М.; 2023. 78 p. Access mode: <https://www.rdv.ru/upload/iblock/a84/q6gxj2hn1mip4m1vaaq1vyvy05u11y.pdf>
- Соколовский Е.В., Кохан М.М. Доказательные аспекты терапии псориаза гениталий с использованием генно-инженерной биологической терапии. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2021; 97 (2): 50–55.
- Sokolovsky E.V., Kokhan M.M. Evidence-based aspects of genital psoriasis therapy using genetically engineered biological therapy. *Bulletin of Dermatology and Venereology*. 2021; 97 (2): 50–55. (In Russ.).
- Gerdes S., Asadullah K., Hoffmann M., Korge B., Mortazawi D., Wegner S., Personke Y., Gomez M., Sticherling M. Real-world evidence from the non-interventional, prospective, German multicentre PERSIST study of patients with psoriasis after 1 year of treatment with guselkumab. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2022; 36 (9): 1568–77.

Статья поступила / Received 30.03.2025

Получена после рецензирования / Revised 19.05.2025

Принята в печать / Accepted 23.05.2025

## Сведения об авторах:

**Курдина Мария Игоревна**, д.м.н., профессор, врач-дерматовенеролог<sup>1</sup>. E-mail: m.i.kurdina@gmail.com. ORCID: 0009-0006-5963-4763

**Коленько Наталья Геннадьевна**, к.м.н., врач-косметолог, дерматовенеролог<sup>2</sup>, доцент кафедры управления сестринской деятельностью Медицинского института<sup>3</sup>. E-mail: nkolenko@mail.ru. ORCID: 0000-0002-9090-8287

<sup>1</sup>АО «Медси 2»; 123056, Москва, Грузинский пер., д. 3А? Россия

<sup>2</sup>АО «Медси 2»; 123242, Москва, ул. Красная Пресня, д. 16, Россия

<sup>3</sup>ФГАУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы», Москва, Россия

**Автор для переписки:** Курдина Мария Игоревна; m.i.kurdina@gmail.com

## About authors

**Kurdina Maria I.**, DM Sci (habil.), professor, dermatovenerologist<sup>1</sup>. E-mail: m.i.kurdina@gmail.com. ORCID: 0009-0006-5963-4763

**Kolenko Natalia G.**, PhD Med, cosmetologist, dermatovenerologist<sup>2</sup>, associate professor at Dept of Nursing Management of the Medical Institute<sup>3</sup>. E-mail: nkolenko@mail.ru. ORCID: 0000-0002-9090-8287

<sup>1</sup>JSC MEDSI 2, 3A, Gruzinsky Lane, Moscow, Russia

<sup>2</sup>JSC MEDSI 2, 16, Krasnaya Presnya St., Moscow, Russia

<sup>3</sup>Peoples' Friendship University of Russia named after Patrice Lumumba (RUDN University), Moscow, Russia

**Corresponding author:** Kurдина Maria I. E-mail: m.i.kurdina@gmail.com

**Для цитирования:** Курдина М.И., Коленько Н.Г. Псориаз аногенитальной зоны. Опыт лечения нетакимабом. *Медицинский алфавит*. 2025; (8): 83–88. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2025-8-83-88>

**For citation:** Kurдина M.I., Kolenko N.G. Anogenital psoriasis. Experience of netakimab therapy. *Medical Alphabet*. 2025; (8): 83–88. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2025-8-83-88>

