



¹ Иркутский
государственный
медицинский
университет

² Иркутская
городская
клиническая
больница № 1

³ Российская
медицинская академия
непрерывного
профессионального
образования

Секукинумаб в ведении пациентов с псориатическим артритом и ВИЧ-инфекцией

А.Н. Калягин, д.м.н., проф.^{1,2}, О.В. Антипова², М.В. Карнакова, к.м.н., доц.¹,
Л.В. Меньшикова, д.м.н., проф.³, Т.В. Бараховская, к.м.н., доц.¹

Адрес для переписки: Алексей Николаевич Калягин, akalagin@mail.ru

Для цитирования: Калягин А.Н., Антипова О.В., Карнакова М.В. и др. Секукинумаб в ведении пациентов с псориатическим артритом и ВИЧ-инфекцией. Эффективная фармакотерапия. 2026; 22 (29): 18–24.

DOI 10.33978/2307-3586-2026-22-29-18-24

Во всем мире наблюдается рост числа пациентов, живущих с ВИЧ-инфекцией, что связано с широким применением высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) и улучшением контроля над заболеванием. Вследствие этого увеличивается популяция ВИЧ-инфицированных с хроническими соматическими заболеваниями, включая ревматические, в частности с псориатическим артритом (ПсА). Ведение ВИЧ-инфицированных с ПсА представляет сложную задачу, поскольку сопутствующий иммунодефицит изменяет клиническую картину заболевания и ограничивает возможности иммуносупрессивной терапии.

В статье представлен случай пациента 43 лет с ПсА высокой активности, распространенным псориазом кожи, тяжелым поражением ногтей и ВИЧ-инфекцией (стадия 4А, ремиссия на фоне ВААРТ). Из-за выраженной активности суставного и кожного процессов, а также резистентности к предшествующей терапии по решению консилиума больному была инициирована терапия ингибитором интерлейкина 17А секукинумабом в дозе 300 мг в нагрузочном режиме. На фоне такой терапии достигнута быстрая положительная динамика: купирование артрита, полное очищение кожи к девятому месяцу терапии, постепенное восстановление ногтевых пластин. Период наблюдения превысил один год. Нежелательных явлений, включая инфекционные осложнения, не отмечено. Полученные данные свидетельствуют о благоприятном профиле безопасности секукинумаба у пациентов с ВИЧ-инфекцией при условии стабильного иммунологического и вирусологического статуса на фоне ВААРТ.

Ключевые слова: псориатический артрит, ингибиторы интерлейкина 17А, секукинумаб, высокоактивная антиретровирусная терапия, рекомендации по лечению, клиническое наблюдение

Введение

В настоящее время ВИЧ-инфекция – не такое уж редкое заболевание среди жителей России. Согласно данным 2024 г., первичная заболеваемость состав-

ляет 33,1 случая на 100 тыс. населения, что в два раза меньше по сравнению с 2015 г., общая заболеваемость – 634,8 случая на 100 тыс. населения [1]. Первое место по вкладу в общий показатель забо-



леваемости по стране длительное время удерживает Сибирский федеральный округ. Так, в 2022 г. уровень заболеваемости в Сибирском федеральном округе составил 24,7%. Среди регионов Сибири наиболее значимыми по числу пациентов с ВИЧ-инфекцией являются Кемеровская, Иркутская и Новосибирская области [2]. При этом увеличивается число лиц, которые инфицировались при гетеросексуальных контактах, а также число больных женщин [3].

Повышение численности пациентов с ВИЧ-инфекцией также обусловлено достаточно высоким контролем заболевания благодаря использованию высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ). Вместе с тем среди живущих с ВИЧ-инфекцией возрастает частота развития различных соматических заболеваний, многие из которых встречаются и в общей популяции [4]. К таковым относятся ревматические заболевания и их клинические маски [5, 6].

В работе Г.И. Гридневой и соавт. показано, что частота возникновения аутоиммунных заболеваний у лиц, живущих с ВИЧ-инфекцией, различна и составляет 6,25% для системной красной волчанки, 2,67% для реактивного артрита (нередко HLA-B27-ассоциированного), 1–3% для псориатического артрита (ПсА), 0,29% для ревматоидного артрита, 0,03% для синдрома Шегрена, 1,00% для системных васкулитов [7]. При этом ученые указали на возможность развития сразу нескольких иммунопатологических процессов.

При выявлении ревматических заболеваний у пациентов с ВИЧ-инфекцией необходимо привлекать к их ведению врача-ревматолога [5, 7], что требует от последнего знания современных подходов к диагностике и выбору терапевтических агентов в данной популяции. Далее будут рассмотрены особенности течения ПсА на фоне ВИЧ-инфекции и возможные подходы к ведению таких больных.

Клинические особенности псориатического артрита, развившегося на фоне ВИЧ-инфекции

Псориаз кожи и псориатический артрит – хронические воспалительные системные проявления, которые опосредуются активацией Т-лимфоцитов, вызывающих пролиферацию кератиноцитов [8]. Псориаз может выступать как в качестве одного из ранних клинических маркеров ВИЧ-инфекции, так и в качестве проявления поздних стадий заболевания (СПИДа). Феномен усиления или усугубления симптомов псориаза нередко наблюдается при восстановлении иммунитета на фоне ВААРТ (при $CD4 > 200$ клеток/мкл) [9].

У ВИЧ-положительных псориаз протекает тяжелее, чем у ВИЧ-негативных. При ВИЧ-инфекции кожный процесс чаще бывает пустулезным или эритродермическим [10].

Для ВИЧ-инфицированных типична более высокая частота энтезитов [9]. У них чаще встречается асимметричный олигоартрит нижних конечностей, а тяжесть поражения кожи коррелирует с тяжестью артрита [11, 12]. В данной популяции нередко наблюдается более тяжелое течение артрита, чем у ВИЧ-негативных пациентов [10].

Согласно данным О.Б. Немчиновой и А.А. Бутримовой, у 42% ВИЧ-положительных пациентов с псориазом кожи имело место поражение ногтей в виде частичного онихолизиса, подногтевого гиперкератоза и дисхромии [13]. Эти проявления зачастую сочетаются с дактилитами.

Сводные данные о клинических особенностях псориатического артрита представлены в табл. 1 [9–13]. Ввиду сниженного противоинфекционного иммунитета ВИЧ-положительные пациенты с клиникой асимметричного олигоартрита требуют повышенной настороженности в отношении гонококкового и туберкулезного артрита [9, 14].

Таблица 1. Клинические особенности псориатического артрита при ВИЧ-инфекции (адаптировано по [9–13] с дополнениями)

Клинический признак	Особенности
Связь с кожным псориазом	У ВИЧ-инфицированных кожные проявления часто более агрессивные (пустулезные, эритродермические формы) и коррелируют с тяжестью суставного синдрома
Типичная форма поражения суставов	У ВИЧ-инфицированных асимметрия и вовлечение крупных суставов нижних конечностей (колени, голеностопы) встречаются чаще, чем изолированный дактилит
Дактилит (сосискообразный палец)	При тяжелом иммунодефиците у ВИЧ-положительных дактилит может протекать стерто на фоне общих симптомов
Энтезиты и спондилит	HLA-B27 у ВИЧ-инфицированных встречается реже, чем у классических пациентов с осевым ПсА
Поражение ногтей	Дифференциальная диагностика у ВИЧ-инфицированных сложнее из-за частого онихомикоза
Тяжесть течения и деструкция	Иммунная дисрегуляция при ВИЧ (доминирование $CD8^+$) обуславливает более выраженный синовит
Лабораторные особенности	Интерпретация СОЭ у ВИЧ-инфицированных затруднена из-за возможного фонового воспаления
Роль $CD4^+$ -клеток	Манифестация ПсА часто происходит при $CD4 > 200$ клеток/мкл
Дифференциальный диагноз	Диагностика ПсА у ВИЧ-инфицированных требует исключения инфекций (гонококк, туберкулез)



Терапия псориатического артрита

Согласно действующим российским клиническим рекомендациям, для лечения больных ПсА применяются нестероидные противовоспалительные препараты, глюкокортикоиды, вводимые внутрисуставно, антиметаболиты (метотрексат), иммунодепрессанты (сульфасалазин, лефлуномид), селективные иммунодепрессанты (апремиласт, тофацитиниб, упадацитиниб), ингибиторы фактора некроза опухоли α (инфликсимаб, адалимумаб, голимумаб, цертолизумаба пэгол, этанерцепт) и ингибиторы интерлейкина (ИЛ) 12/23 (устекинумаб), ИЛ-17A (секукинумаб, иксекизумаб, натакимаб), ИЛ-23 (рисанкизумаб, гуселькумаб) [15]. В данном документе содержатся указания о ведении пациентов с инфекционными заболеваниями, такими как туберкулез, вирусные гепатиты В и С, а также *Herpes zoster*. Однако рекомендации по лечению лиц с ВИЧ-инфекцией отсутствуют.



Рис. 1. Рентгенография костей таза: признаки двустороннего сакроилиита стадии 3



Рис. 2. Рентгенография кистей и стоп: множественный внутрисуставной остеолитиз межфаланговых суставов, эрозии, вывихи

У ВИЧ-инфицированных лечение псориаза и псориатического артрита, в том числе направленное на качество и количество Т-клеток, остается сложной задачей из-за нарушений иммунной системы [8].

Клиническое наблюдение

Описание

Под нашим наблюдением находится пациент А. 43 лет. Дебют псориаза произошел в возрасте 27 лет. Псориаз манифестировал с поражения волосистой части головы. После установления диагноза систематического лечения больной не получал.

В возрасте 38 лет отмечено обострение псориаза. Появились распространенные высыпания на теле и конечностях, а также преходящие артралгии конечностей, припухание дистальных межфаланговых суставов кистей. В течение шести месяцев наблюдались деформация и укорочение фаланг. К врачу пациент не обращался. Самостоятельно принимал диклофенак в дозе 100 мг/сут.

В 40 лет выраженное обострение суставного синдрома: артрит кистей, лучезапястных суставов, локтевых суставов с развитием сгибательной контрактуры, периодически боль в пояснично-крестцовом отделе позвоночника. По рекомендации ревматолога из поликлиники первоначально принимал нестероидные противовоспалительные препараты. В связи с отсутствием эффекта госпитализирован в ревматологический центр Иркутской городской клинической больницы № 1, в которой был установлен диагноз «псориатический спондилоартрит высокой степени активности». Индекс активности спондилоартрита (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index, BASDAI) составил 5,2 балла.

Был назначен метотрексат подкожно в дозе 20 мг/нед, диклофенак перорально в дозе 100–200 мг/сут. На фоне проводившейся терапии отмечено развитие респираторных вирусных инфекций, из-за чего было принято решение о прерывании применения





метотрексата. Через год терапии в кожно-венерологическом диспансере обнаружена ВИЧ-инфекция, и метотрексат был отменен.

После отмены метотрексата возобновились выраженные боли в мелких суставах кистей. Зафиксировано вовлечение в патологический процесс мелких суставов стоп, шейного отдела

позвоночника с резким ограничением движений. За четыре месяца скорость оседания эритроцитов (СОЭ) повысилась с 33 до 69 мм/ч, уровень С-реактивного белка (СРБ) – с 57,8 до 164,3 мг/л. К тому моменту 42-летний пациент уже находился на высокоактивной антиретровирусной терапии. Показатели CD4 оставались на хорошем уровне.

Таблица 2. Параметры клинико-лабораторной активности у пациента А. на фоне терапии секукинумабом

Параметры	До начала терапии	Через 3 месяца	Через 9 месяцев	Через 12 месяцев
СОЭ, мм/ч	69	29	15	11
СРБ, мг/л	164,3	23,8	2,1	2,2
BASDAI, баллы	5,1	3,9	2,4	2,3
PASI, баллы	32,4	8,4	0,8	0,8
NAPSI, баллы	75	69	52	44

Таблица 3. Опыт применения секукинумаба у ВИЧ-инфицированных при псориазе и псориатическом артрите (адаптировано по [16–21])

Источник	Число пациентов, абс.	Обобщенные данные об эффективности	Обобщенные данные о безопасности
V. Di Lernia и соавт., 2019 г.	1 (48-летняя пациентка с ВИЧ-инфекцией, псориатическим артритом и кожным псориазом)	После неэффективности апремиласта переведена на секукинумаб. После пятинедельного индукционного периода у пациентки было достигнуто полное очищение кожи от псориаза (PASI = 0 баллов). Активный псориатический артрит перешел в клиническую ремиссию (CDAI = 0 баллов)	Число CD4 и вирусная нагрузка не изменились, через семь месяцев терапии выявлены кандидозный эзофагит и гастрит, которые купировались применением флуконазола
M.C.G. Pangilinan и соавт., 2020 г.	1 (31-летний пациент с ВИЧ-инфекцией и эритродермическим псориазом)	Очищение кожи после четвертой инъекции секукинумаба	Число CD4 и вирусная нагрузка не изменились, других побочных эффектов не зарегистрировано
J. Gong и соавт., 2022 г.	1 (33-летний пациент с ВИЧ-инфекцией, псориатическим артритом и кожным псориазом)	Ранее с эффектом получал этанерцепт. Однако через два месяца после прекращения терапии этанерцептом в связи с обострением переведен на секукинумаб. Через четыре недели на фоне применения секукинумаба исчезли симптомы псориатического артрита и снизилась активность болезни	Число CD4 и вирусная нагрузка не изменились, других побочных эффектов не зарегистрировано
H. Qin и соавт., 2022 г.	1 (50-летний пациент с ВИЧ-инфекцией, кожным псориазом и латентной туберкулезной инфекцией)	Из-за положительных результатов T-SPOT.TB начата противотуберкулезная терапия изониазидом, позднее добавлен секукинумаб. На восьмой неделе достигнут PASI-80, позднее – PASI-90	Число CD4 и вирусная нагрузка не изменились, других побочных эффектов не зарегистрировано, через шесть месяцев применения изониазида получены отрицательные результаты T-SPOT.TB
P. Romita и соавт., 2022 г.	1 (31-летний пациент с ВИЧ-инфекцией и псориазом кожи)	Ранее получал апремиласт без эффекта, на пятой неделе применения секукинумаба достигнуто 0 баллов по PASI	Число CD4 и вирусная нагрузка не изменились, на четвертый месяц терапии зарегистрирован генитальный кандидоз, полностью излеченный флуконазолом
О.Е. Янец и соавт., 2025 г.	1 (39-летний пациент с ВИЧ-инфекцией, кожным псориазом и псориатическим спондилоартритом)	Через 12 недель лечения секукинумабом наблюдался почти полный регресс высыпаний (PASI = 3 балла) и уменьшение поражения ногтей (NAPSI = 9 баллов)	Число CD4 и вирусная нагрузка не изменились, других побочных эффектов не зарегистрировано
А.Н. Калягин и соавт., 2026 г.	1 (43-летний пациент с ВИЧ-инфекцией, псориатическим спондилоартритом и кожным псориазом)	На фоне лечения секукинумабом быстрое купирование артритов разной локализации, к девятому месяцу практически полное очищение кожи, постепенное восстановление ногтей	Число CD4 и вирусная нагрузка не изменились, других побочных эффектов не зарегистрировано



Вирусная нагрузка не определялась. Установлен следующий диагноз: псориатический спондилоартрит HLA-B27-ассоциированный, двусторонний сакроилиит третьей стадии, спондилит шейного, грудного и поясничного отделов позвоночника, полиартрит, остеолитический вариант, дактилиты пальцев кистей, стоп, распространенный псориаз кожи, ладоней, подошв, волосистой части головы (32,4 балла по индексу площади поражения и тяжести псориаза (Psoriasis Area and Severity Index, PASI), прогрессирующая стадия, псориаз ногтей (75 баллов по индексу тяжести псориатического поражения ногтей (Nail Psoriasis Severity Index, NAPS), высокая активность (Clinical Disease Activity Index (CDAI) – 59 баллов, BASDAI – 5,1 балла). Функциональный класс 2. ВИЧ-инфекция стадии 4А, фаза ремиссии на фоне ВААРТ. Рентгенологически определялся двусторонний сакроилиит стадии 3 (рис. 1), а также остеолитический кистей и стоп (рис. 2).

В связи с высокой активностью суставного синдрома, тяжелым прогрессирующим течением псориаза кожи и псориатического артрита по заключению консилиума ревматологов и инфекционистов было принято решение об инициации терапии секукинумабом по 300 мг/нед в течение четырех недель, далее – один раз в месяц подкожно. Предварительно было проведено иммунологическое исследование на наличие *Mycobacterium tuberculosis* методом T-SPOT.TB. Результат оказался отрицательным. Кроме того, был получен отрицательный результат обследования на вирусные гепатиты В и С.

Позитивная динамика симптомов зафиксирована сразу после завершения инициации.

К настоящему моменту пациент находится под наблюдением более одного года (табл. 2). Достаточно быстро купировались артриты разной локализации. К девятому месяцу полностью очистилась кожа. Восстановление ногтей происходило медленнее в связи с исходно более выраженным их поражением.

В целом пациент доволен результатом лечения и продолжает соблюдать рекомендации врачей.

Обсуждение

В зарубежной и отечественной литературе имеются единичные упоминания о возможности применения современных генно-инженерных биологических препаратов у пациентов с ВИЧ-инфекцией.

Данные об использовании секукинумаба обобщены в табл. 3 [16–21]. С учетом собственного опыта в ней представлено семь клинических наблюдений. В двух случаях секукинумаб оказался лучше ранее применявшегося апремиласта [16, 20], в одном случае – этанерцепта [18]. В целом продемонстрирована высокая клиническая эффективность секукинумаба в отношении кожного и суставного синдромов [16–21].

Нежелательные явления в виде кандидозных инфекций упоминаются в двух публикациях. В первом случае спустя семь месяцев терапии развился кандидозный эзофагит и гастрит [16], во втором случае спустя четыре месяца – генитальный кандидоз [20]. Известно, что ингибиторы ИЛ-17 снижают противокандидозный иммунитет [16]. В дополнение к секукинумабу был назначен флуконазол в дозе 200 мг/сут перорально, что привело к полному разрешению симптомов через одну-две недели [8].

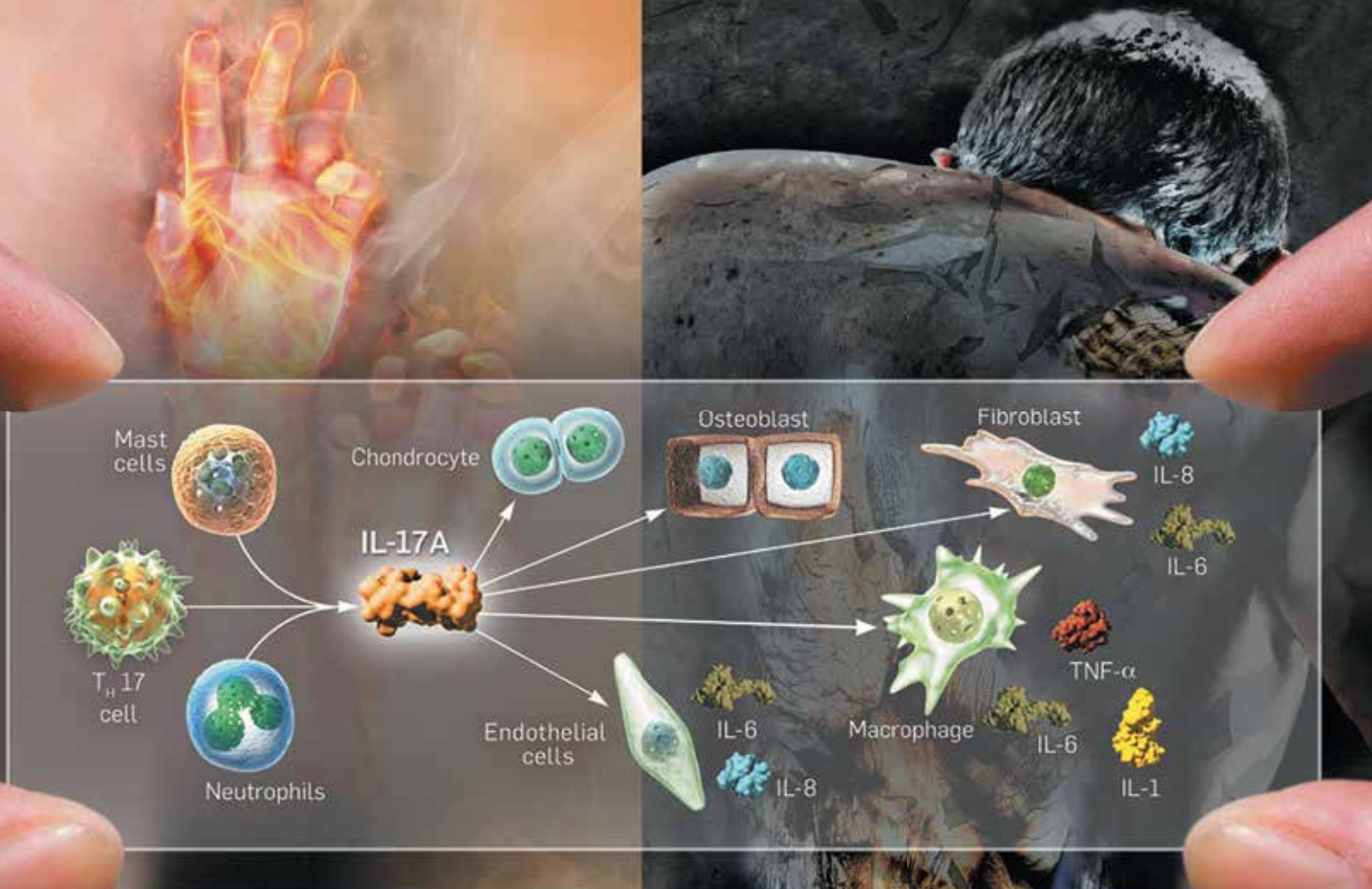
Исходя из сказанного, полагаем, что необходимо информировать пациентов о возможности развития кандидоза на фоне применения секукинумаба и важности сообщать лечащему врачу о таком побочном эффекте для своевременного назначения соответствующей антимикотической терапии.

Заключение

Псориаз кожи и псориатический артрит может сочетаться с ВИЧ-инфекцией, что, несомненно, отразится на течении патологии. На фоне ВААРТ возможно применение современных стратегий лечения у пациентов с псориатическим артритом, резистентным к традиционным базисным противовоспалительным препаратам. Одним из вариантов такого лечения могут стать ингибиторы ИЛ-17. Согласно данным литературы и приведенного клинического случая, секукинумаб обладает хорошей эффективностью и благоприятным профилем безопасности в рассматриваемой популяции. ☺

Литература

1. Александрова Г.А., Голубев Н.А., Краснова В.В. и др. Здравоохранение в России – 2025. Статистический сборник. М., 2025.
2. Левахина Л.И., Блох А.И., Пасечник О.А. ВИЧ-инфекция в Сибирском федеральном округе Российской Федерации. ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2024; 16 (4): 107–116.
3. Адгамов Р.Р., Антонова А.А., Огаркова Д.А. и др. ВИЧ-инфекция в Российской Федерации: современные тенденции диагностики. ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2024; 16 (1): 45–59.
4. Ждан Д.В., Леонова О.Н., Рассохин В.В. и др. Анализ основных причин летальных исходов у пациентов с ВИЧ-инфекцией на опыте работы Воронежского областного клинического центра СПИДа. ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2025; 17 (1): 52–61.
5. Калягин А.Н., Антипова О.В., Григорьева Т.В. и др. Большой ВИЧ-инфекцией в ревматологической практике (замечки по одному наблюдению). Журнал инфекционной патологии. 2011; 18 (3–4): 56–57.
6. Гріднева Г.И., Белов Б.С., Буханова Д.В., Аронова Е.С. Ревматологические маски ВИЧ-инфекции. Часть 1. Поражение опорно-двигательного аппарата. Современная ревматология. 2025; 19 (4): 7–12.



Реклама

ИЛ-17 – ключевой фактор патогенеза при аксиальном спондилоартрите и псориатическом артрите^{1,2}

Важно помнить:

- ИЛ-17 – ключевой цитокин, который приводит к структурной прогрессии позвоночника при СпА³⁻⁷
- До 70% пациентов с псориатическим артритом имеют аксиальные поражения⁸
- Своевременное ингибирование ИЛ-17 позволяет затормозить структурную прогрессию у 80% пациентов со СпА⁹⁻¹¹

* Интерлейкин 17

1. Jandus C et al. Increased numbers of circulating polyfunctional Th17 memory cells in patients with seronegative spondylarthritides. Arthritis Rheum 2008; 58: 2307-17. 2. Lubberts E. The IL-23-IL-17 axis in inflammatory arthritis. Nat Rev Rheumatol. 2015 Jul;11(7):415-29. 3. Lories RJ, McInnes IB. Nat Med 2012;18:1018-9; 4. van Tok M, et al. Arthritis Rheumatol 2015;67(Suppl. 10):Abstract 981; 5. Baum R, Gravalles EM. Curr Osteoporos Rep 2014;12:9-16; 6. Shaw AT, Gravalles EM. Semin Cell Dev Biol 2016;49:2-10; 7. Rahman MS, et al. Bone Res. 8. Gottlieb A.B, et al. Axial psoriatic arthritis: An update for dermatologists. J Am Acad Dermatol. 2021;84:92-101. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2020.05.089>. 9. Mease P, et al. Arthritis Rheumatol. 2015; 67 (suppl 10). Abstract 2146.82015;3:15005. 10. Braun J, et al. Ann Rheum Dis Published Online First: / annrheumdis-2016-209730 <http://ard.bmj.com/content/annrheumdis/early/2016/12/13/annrheumdis-2016-209730.full.pdf> Last accessed on 17.01.2018. 11. Braun J, Baraliakos X, Deodhar AA, Poddubnyy D, Emery P, Delicha EM, Tallozy Z, Porter B. Secukinumab Demonstrates Low Radiographic Progression and Sustained Efficacy through 4 Years in Patients with Active Ankylosing Spondylitis [abstract]. Arthritis Rheumatol. 2017; 69 [suppl10].<http://acrabstracts.org/abstract/secukinumab-demonstrates-low-radiographic-progression-and-sustained-efficacy-through-4-years-in-patients-with-active-ankylosing-spondylitis/>. Last accessed on 17.01.2018.

При поддержке
ООО «Новartis Фарма»

ООО «Новartis Фарма»
Москва, Ленинградский пр-т, д. 70, тел.: +7 495 967 12 79
11562926/SEC/A4/11.25/4

ТОЛЬКО ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ. ДЛЯ РАСПРОСТРАНЕНИЯ В МЕСТАХ ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ИЛИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ВЫСТАВОК, СЕМИНАРОВ, КОНФЕРЕНЦИЙ И ИНЫХ ПОДОБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ.



7. Гриднева Г.И., Белов Б.С., Аронова Е.С. ВИЧ-инфекция и аутоиммунные болезни: современное состояние проблемы. ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2025; 17 (1): 7–18.
8. Shimon S.V., Romanelli P. Systematic review of biologic use for psoriasis in HIV-positive individuals from 2018 to 2024. Arch. Dermatol. Res. 2024; 317 (1): 14.
9. Maganti R.M., Reveille J.D., Williams F.M. Therapy insight: the changing spectrum of rheumatic disease in HIV infection. Nat. Clin. Pract. Rheumatol. 2008; 4 (8): 428–438.
10. Mallon E., Bunker C.B. HIV-associated psoriasis. AIDS Patient Care STDS. 2000; 14 (5): 239–246.
11. Adizie T., Moots R.J., Hodgkinson B., et al. Inflammatory arthritis in HIV positive patients: a practical guide. BMC Infect. Dis. 2016; 16: 100.
12. Morar N., Willis-Owen S.A., Maurer T., Bunker C.B. HIV-associated psoriasis: pathogenesis, clinical features, and management. Lancet Infect. Dis. 2010; 10 (7): 470–478.
13. Немчинова О.Б., Бугримова А.А. Псориаз у ВИЧ-инфицированных пациентов: особенности течения. Медицина и образование в Сибири. 2015; 3: 25.
14. Осипок Н.В., Горяев Ю.А., Калягин А.Н. Инфекционные артриты. Журнал инфекционной патологии. 2005; 12 (3–4): 11–20.
15. Псориаз артропатический. Псориатический артрит. М., 2024. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/562_3 (дата обращения: 03.09.2026).
16. Di Lernia V., Casanova D.M., Garlassi E. Secukinumab in an HIV-positive patient with psoriasis. J. Dtsch. Dermatol. Ges. 2019; 17 (6): 646–648.
17. Pangilinan M.C.G., Sermswan P., Asawanonda P. Use of anti-IL-17 monoclonal antibodies in HIV patients with erythrodermic psoriasis. Case Rep. Dermatol. 2020; 12 (2): 132–137.
18. Gong J., Wu W., Qiu L., et al. Interleukin-17A inhibitor secukinumab treatment in HIV-positive psoriasis patient: a case report. Clin. Cosmet. Investig. Dermatol. 2022; 15: 2949–2956.
19. Qin H., Lu J., Yi X., et al. Secukinumab treatment for a psoriasis patient co-infected with HIV and latent tuberculosis: a case report. J. Dermatol. 2022; 49 (11): e415–e416.
20. Romita P., Foti C., Calianno G., Chiricozzi A. Successful treatment with secukinumab in an HIV-positive psoriatic patient after failure of apremilast. Dermatol. Ther. 2022; 35 (8): e15610.
21. Янец О.Е., Дяченко К.А. Опыт лечения препаратом секукинумаб пациента с псориазом тяжелой степени тяжести, ассоциированным с ВИЧ-инфекцией. Вестник дерматологии и венерологии. 2025; 101 (3): 81–86.

Secukinumab in the Management of Patients with Psoriatic Arthritis and HIV Infection

A.N. Kalyagin, PhD, Prof.^{1,2}, O.V. Antipova², M.V. Karnakova, PhD, Assoc. Prof.¹, L.V. Menshikova, PhD, Prof.³, T.V. Barakhovskaya, PhD, Assoc. Prof.¹

¹ Irkutsk State Medical University

² Irkutsk City Clinical Hospital No. 1

³ Russian Medical Academy of Continuous Professional Education

Contact person: Aleksey N. Kalyagin, akalagin@mail.ru

Worldwide, there is an increasing number of patients living with HIV infection, which is associated with the widespread use of highly active antiretroviral therapy (HAART) and improved disease control. As a result, the population of HIV-infected individuals with chronic somatic diseases, including rheumatic diseases, in particular psoriatic arthritis (PsA), is increasing. The management of PsA in HIV-infected individuals represents a complex clinical challenge, since concomitant immunodeficiency alters the clinical presentation of the disease and limits the options for immunosuppressive therapy.

The article presents a case of a 43-year-old patient with highly active PsA, widespread skin psoriasis, severe nail involvement, and HIV infection (stage 4A, remission on HAART). Given the marked activity of the articular and cutaneous syndromes, as well as resistance to previous therapy, a decision was made by a multidisciplinary team to initiate therapy with the interleukin 17A inhibitor secukinumab at a dose of 300 mg with a loading regimen. Against the backdrop of this therapy, rapid positive dynamics were achieved: resolution of arthritis, complete skin clearance by the 9th month of therapy, and gradual restoration of the nail plates. The follow-up period exceeded 1 year. No adverse events, including infectious complications, were observed. The data obtained indicate a favorable safety profile of secukinumab in patients with HIV infection provided that a stable immunological and virological status is maintained on HAART.

Keywords: psoriatic arthritis, interleukin 17A inhibitors, secukinumab, highly active antiretroviral therapy, treatment recommendations, case report

ПОКРОВСКИЕ ЧТЕНИЯ

VI ЕЖЕГОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
ПО ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЕЗНЯМ

26–27 октября 2026 года

Гостиница «Рэдиссон Славянская», Москва, площадь Евразии, д. 2

Уважаемые коллеги!

26–27 октября 2026 года в очном формате состоится

VI Ежегодная конференция по инфекционным болезням «ПОКРОВСКИЕ ЧТЕНИЯ»,
которая пройдет под эгидой
НАЦИОНАЛЬНОЙ АССОЦИАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЕЗНЯМ
ИМЕНИ АКАДЕМИКА В.И. ПОКРОВСКОГО

Соорганизаторы:

- Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека
- Национальная ассоциация специалистов по инфекционным болезням имени академика В.И. Покровского
- ФБУН «ЦНИИ эпидемиологии» Роспотребнадзора
- ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России
- Национальная ассоциация диетологов и нутрициологов
- Евразийская федерация детских докторов

Научная программа:

- Эволюция инфекционных болезней как угроза биобезопасности
- Хронические и персистирующие вирусные инфекции
- Природно-очаговые, зоонозные и особо опасные инфекции: вызовы XXI века
- Инфекционные поражения нервной системы: патогенез, исходы и нейрореабилитация
- Паразитозы: диагностические ловушки и современные протоколы лечения
- Коморбидная патология в инфектологии
- Реабилитация после инфекционных заболеваний: междисциплинарная модель от стационара до поликлиники
- Персонализированная антимикробная и противовирусная терапия: от эмпирических схем к таргетному лечению
- Иммунопрофилактика в течение всей жизни: вакцинация детей, взрослых и групп риска
- Микробиом человека и инфекционная патология: дисбиоз как фактор риска и мишень для терапии
- Инфекции и иммунодефициты: врожденные, вторичные и ятрогенные – диагностика и лечение
- Инфекционные болезни и репродуктивное здоровье: от внутриутробных инфекций до материнской и неонатальной смертности

Для участия в научной программе конференции необходимо
не позднее 10 сентября 2026 года направить заявку в оргкомитет
на сайте www.vip.congress-infection.ru.

Члены Национальной ассоциации специалистов по инфекционным болезням
имени академика В.И. Покровского имеют преимущественное право
на участие в научной программе конференции.

www.vip.congress-infection.ru

Дополнительная информация

Регистрация и подача тезисов

E-mail: infection@mm-agency.ru; телефон: +7 (495) 139-80-70; моб.: +7 (968) 916-95-37

Участие коммерческих компаний в выставке и научной программе

Захаров Сергей Валентинович

E-mail: zsv@mm-agency.ru; телефон: +7 (925) 839-63-97

Макарова Татьяна Владимировна

E-mail: mtv@mm-agency.ru; телефон: +7 (495) 517-70-55

Усенко Денис Валериевич

E-mail: congress-infection@pcr.ru; телефон: +7 (925) 518-47-91

Регистрация участников

Для зарегистрированных участников предусмотрена возможность очного посещения образовательных мероприятий, проводимых в рамках конференции и запланированных к аккредитации в системе непрерывного медицинского образования Минздрава России.

Тезисы

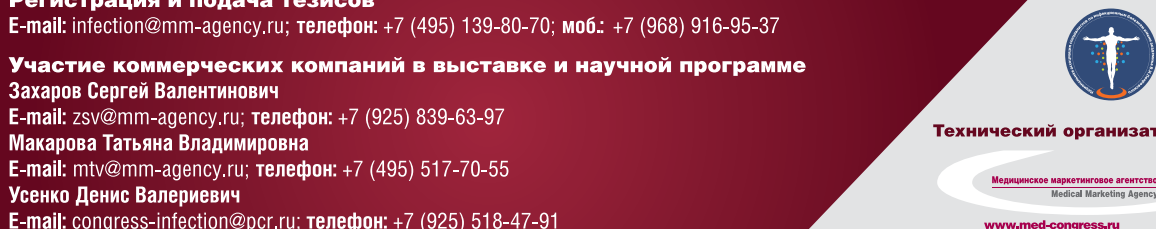
Для публикации тезисов необходимо оплатить 500 рублей через онлайн-сервис ROBOKASSA на сайте www.vip.congress-infection.ru.
Оплаченные тезисы должны быть высланы через сайт www.vip.congress-infection.ru не позднее **20 сентября 2026 года** (правила оформления тезисов размещены на сайте). Работы, отправленные не через указанный сайт, не принимаются. Присланные материалы допускаются к публикации после рецензирования. Тезисы не редактируются.

Проведение постерной сессии для авторов тезисов не предусмотрено, а направленные тезисы для публикации не являются заявкой на выступление с докладом.

Выставка

В рамках работы конференции пройдет выставка производителей фармацевтических препаратов, вакцин, иммуноглобулинов, средств диагностики и лабораторного оборудования, продуктов лечебного питания, биологически активных и пищевых добавок и др.

Реклама



Технический организатор

Медицинское маркетинговое агентство
Medical Marketing Agency

www.med-congress.ru

ФБУН Центральный НИИ
Эпидемиологии
Роспотребнадзора

Генеральный
информационный спонсор

Династия

www.phdynasty.ru