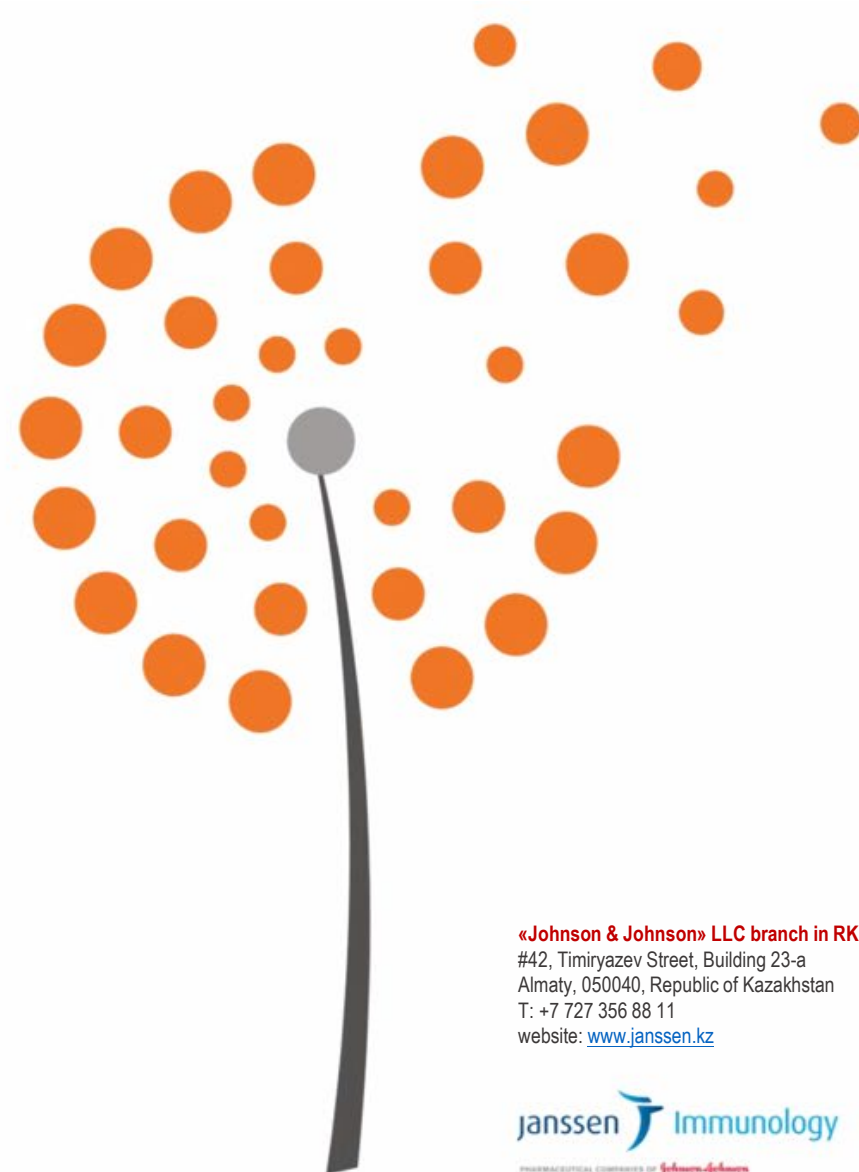




Ведение пациентов с псориазом и сопутствующим псориатическим артритом

Дата подготовки: 14.12.2022



«Johnson & Johnson» LLC branch in RK
#42, Timiryazev Street, Building 23-a
Almaty, 050040, Republic of Kazakhstan
T: +7 727 356 88 11
website: www.janssen.kz

janssen  Immunology
PHARMACEUTICAL COMPANIES OF Johnson & Johnson

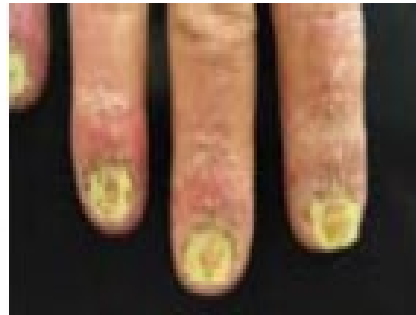
Общая информация:

- Продукция о которой упоминается в данной презентации, может не быть зарегистрированной во всех странах.
- Информация по медицинскому применению может изменяться в зависимости от страны.
- Специалисты системы здравоохранения должны обращаться к инструкции по применению, утверждённой и действующей на территории соответствующей страны
- Данный доклад организован при поддержке филиала ООО «Джонсон & Джонсон» в Республике Казахстан.

Псориаз — системное иммуноассоциированное заболевание мультифакторной природы с доминирующим значением генетических факторов, характеризующееся:

- ✓ ускоренной пролиферацией эпидермоцитов;
- ✓ нарушением их дифференцировки;
- ✓ иммунными реакциями в дерме и синовиальных оболочках;
- ✓ дисбалансом между провоспалительными и противовоспалительными цитокинами, хемокинами;
- ✓ частыми патологическими изменениями опорно-двигательного аппарата.

Разнообразие клинических форм



Псориатический артрит (ПсА)

Развивается после появления высыпаний.

В 10—25% случаев ПсА возникает до появления псориатического процесса на коже.

Чаще всего поражаются крупные суставы только с одной стороны, что нехарактерно **для ревматоидного артрита**

Возможно развитие **симметричного ревматоидноподобного артрита**, при котором происходит повреждение **крупных и мелких суставов сразу с двух сторон**.

Чаще страдают **пястно-фаланговые сочленения и дистальные межфаланговые суставы**, с деформацией суставов и разрушением костной ткани (мутилирующий артрит).

В тяжелых случаях в процесс могут вовлекаться суставы между позвонками и ребрами (спондилит).





Псориаз: патогенетические особенности





При псориазе иммунопатологические процессы характеризуются:

- продукцией дендритными клетками интерлейкинов
 - (IL)-12 и -23
- активацией Т-лимфоцитов с последующей их дифференцировкой в Т-хелперы типов 1 и 17 (Th1 и Th17) и
- секрецией соответствующих цитокинов, что, в свою очередь, приводит к воспалению, гиперпролиферации кератиноцитов, неоваскуляризации, притоку Т-клеток и нейтрофилов и
- формированию псориатической бляшки и/или псориатического артрита.

Плазмацитоподобная
дендритная
клетка (pDC)



Псориаз - полиморбидное заболевание с поражением многих органов и систем:

- сердечно-сосудистые заболеваний, включая инфаркт миокарда, гипертоническую болезнь;
- острые нарушения мозгового кровообращения;
- заболевания периферических сосудов;
- сахарный диабет;
- гиперлипидемия;
- ожирение;
- аутоиммунные заболевания;
- злокачественные новообразования;
- хронические обструктивные болезни легких;
- психические расстройства.

- ❖ **Полиморбидность псориаза** рассматривается в рамках концепции **«псориатического марша»**, суть – в наличии причинно-следственных связей **между псориазом и патологией других органов.**
- ❖ Полиморбидность встречается у больных с тяжелыми формами псориаза — примерно у 1/4 пациентов, нуждающихся в системной терапии.
- ❖ **Полиморбидность псориаза** - важный фактор при выборе терапии, помимо этого надо **учитывать степень тяжести кожного процесса.**
- ❖ **Непрерывная эффективная системная терапия, в том числе биологическая терапия, может остановить «псориатической марш» путем воздействия на инсулинорезистентность и восстановление функционирования эндотелия.**

Матушевская Е.В., Коновалова М.В., Владимирова Е.В., Смирщевская Е.В. Патогенез и терапия псориаза и псориатического артрита. Клиническая дерматология и венерология. 2019;18(5):634-642. <https://doi.org/10.17116/klinderma201918051634>

Boehncke W-H, Boehncke S, Schön MP. Managing comorbid disease in patients with psoriasis. BMJ. 2010;340:b5666. <https://doi.org/10.1136/BMJ.B5666>

«Псориатический марш»: от наследственной предрасположенности к клиническим проявлениям заболевания



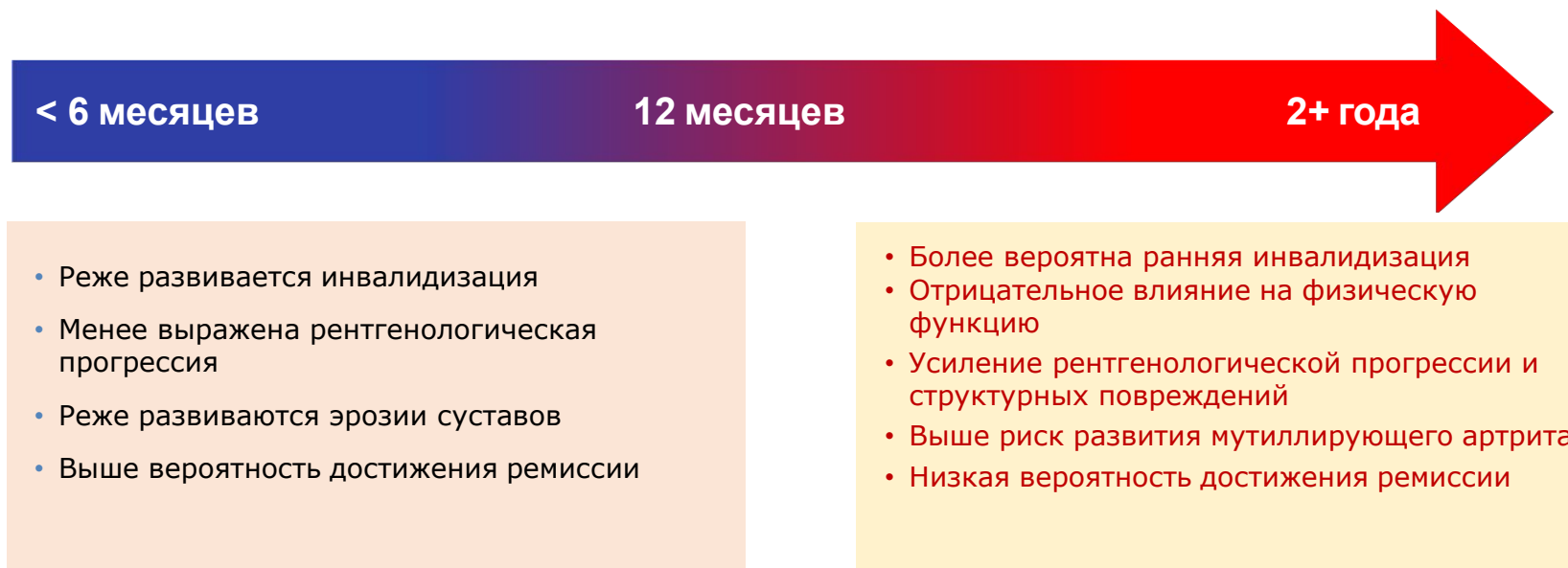
*СРБ – С-реактивный белок; VEGF – фактор роста эндотелия сосудов

1. Adapted from Comorbidity in Rheumatic Diseases. E.I. Miedany, Yasser (Ed.). January 2017: pp. 82-83.

Клиническое значение раннего выявления ПсА

«Окно возможности»

Вероятность достижения устойчивой ремиссии ПсА достоверно негативно связана с **задержкой в постановке диагноза более одного года** и достоверно позитивно связана с ранней диагностикой заболевания (**в первые 6 месяцев**)



ПсА - псориатический артрит



Какие проблемы в маршрутизации пациентов
существуют на сегодняшний день?



Несмотря на разнообразие терапевтических опций потенциальные кандидаты на системную терапию псориаза **часто не получают адекватного лечения!!!**



32% пациентов со средне-тяжелым псориазом не получали терапию в течение 5 лет наблюдения¹



42% из тех, кто проходил лечение в течение последнего года, получали только топические препараты¹



Медиана времени до назначения системной терапии²:
2005-2009: **11,5 лет**
2010-2015: **9,8 лет**



Медиана времени до назначения первого ГИБП²:
2005-2009: **20,5 лет**
2010-2015: **17,1 год**

ГИБП-генно-инженерная биологическая терапия.

1. Kerdel F. et al. An evolution in switching therapy for psoriasis patients who fail to meet treatment goals. Dermatol Ther. 2015;28(6):390-403. doi:10.1111/dth.12267; 2. van den Reek JMPA et al. The journey of adult psoriasis patients towards biologics: past and present - Results from the BioCAPTURE registry. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2018 Apr;32(4):615-623. doi: 10.1111/jdv.14684

Материал предназначен для специалистов сферы здравоохранения

❖ Отсутствует ранняя диагностика, своевременная постановка диагноза, существует сложная маршрутизация от дерматолога к ревматологу и т. д. Из-за промедлений и неправильного лечения, болезнь переходит на суставы, что приводит к псориатическому артриту.

1. Самое важное — вовремя выявить псориатический артрит до инвалидизации.

У многих больных не диагностирован **псориатический артрит**. Потому что эта болезнь порой находится вне зоны внимания. А лекарственную терапию в первую очередь получают те, кто имеет статус инвалида, хотя начинать лечить нужно еще до того, как назначена инвалидность. **Требуется активная позиция врачей и больных по этому вопросу.**

2. Многие пациенты обращаются к врачу очень поздно или не обращаются вообще с жалобами на суставные болезни по самым разным причинам. Может быть, в поликлинике нет специалиста, или назначено симптоматическое лечение, и пациент этим удовлетворяется, некоторые боятся дополнительных расходов и т. д.

3. В РК дерматолог при выявлении псориатического артрита направляет пациента к ревматологу. Но по существующей системе больной сначала должен записаться на прием к участковому терапевту, попасть на прием к нему и взять талон к ревматологу. Отсюда начинается сложный путь к ревматологу. На лечение уходят годы. А промедление даже на год бывает критично. **Это большая медицинская, организационная и образовательная проблема, которая требует решения.**

4. Эта проблема может быть решена, если при существующей единой медицинской информационно-аналитической системы дерматологам разрешалось бы напрямую направлять пациента к ревматологу, минуя этап прохождения терапевта и ненужных исследований. Необходимо наладить очень тесное сотрудничество между дерматологами и ревматологами.

5. К сожалению, некоторые пациенты, которые отправляются на дообследование, потом не приходят к врачу по разным причинам: боятся сложного дорогостоящего лечения, или же не считают свою болезнь достаточно серьезной. И, к сожалению, 80 % пациентов приходят к ревматологам без адекватного обследования. Соответственно их отправляют на дообследование. А это повторные визиты к врачу, которые для таких больных очень сложны.

Применение традиционных препаратов для системной терапии псориаза ограничено профилем безопасности и недостаточной эффективностью



	Метотрексат	Циклоспорин	Ацитретин
Основные НЯ	Тошнота, головная боль, кашель, миелосупрессия, инфекции гепатотоксичность, ulcerогенность, алопеция, тератогенность , снижение клиренса креатинина ¹	Нефротоксичность, повышение артериального давления, лейкопения, тремор, тошнота, гепатотоксичность, гипертихоз. Увеличивается риск инфекций, развития ЛПЗ и злокачественных новообразований ²	Тератогенность, гепатотоксичность, нарушение липидного спектра, сухость кожи и слизистых оболочек, стоматит, тошнота, зуд, алопеция, артралгия, миалгия, гиперостоз и кальциноз тканей ³
Эффективность	ПК 17-22,5 мг/неделю: ⁴ PASI 75 к неделе 16 - 41% , к неделе 52 - 45% . Per os 10 мг/неделю: ⁵ PASI 75 к 12 неделе 57% .	PASI 75 к 12 неделе терапии - 67% ⁵	PASI 75 к 8 -12 неделе - 34-52% ⁶

НЯ-нежелательные явления; 1. Warren RB et al. Lancet. 2017 Feb 4;389(10068):528-537; 2. D Karn et al. Nepal Journal of Dermatology, Venereology & Leprology, 2010, 9(1), 15-21;6. Carretero G. et al. Actas Dermosifiliogr. 2013 Sep;104(7):598-616.

Возможность достижения показателя чистая кожа на традиционной системной терапии:

	Метотрексат	Циклоспорин	Апремиласт	Фототерапия
Возможность достижения показателя PGA0/1	~30% ¹ (PGA 0/1 через 16 недель)	n/a Исследования в реальных условиях предполагают ~40% ⁵ (PASI 90 через ≥12 нед)	~20% ⁷ (PGA 0/1 через 16 нед)	PUVA ~80% ⁹ NB-UVB ~65% ⁹ (PGA 0/1, через 17 и 28.5 лечений, ретроспективно)
Выживаемость на препарате 12 мес	43% ²	16% ²	53% ⁸ (в реальных условиях)	n/a Среднее время до обострения ⁹ ПУВА: 8 мес NB-UVB: 4 мес
Важные нежелательные явления ^{3,4}	■ Подавление функции костного мозга ■ Гепатотоксичность ■ Пневмония ■ Альвеолит	■ Почечная недостаточность ■ Гипертензия ■ Печёночная недостаточность ■ Тошнота ■ Анорексия ■ Рвота и диарея ■ Гипертрихоз ■ Гиперплазия дёсен ■ Тремор ■ Недомогание ■ Парестезия	■ Тошнота ■ Диарея ■ Потеря веса	■ Эритема ■ Зуд ■ Появление высыпаний на коже ■ Повышение риска развития новообразований кожи ■ Псорален: тошнота

Data apply to patients with moderate-to-severe psoriasis. FAE, fumaric acid ester, эфиры фумаровой кислоты; NB-UVB, narrowband ultraviolet B, узкополосный ультрафиолет области В; PASI, Psoriasis Area and Severity Index, индекс тяжести и площади поражения; PGA, Physician Global Assessment, общая оценка врачом; PUVA, psoralen and ultraviolet A therapy, псорален и УФА терапия.

1. Saurat JH, et al. *Br J Dermatol* 2008;158:558–66; 2. Arnold T, et al. *J Dtsch Dermatol Ges* 2016;14(11):1089–99; 3. Pathirana D, et al. *JEADV* 2009;23(Suppl 2):5–70; 4. Nast A, et al. *JEADV* 2017;31:1951–63; 5. Marsili F, et al. *J Dermatol Treat* 2020; DOI: 10.1080/09546634.2020.1757017; 6. Mason KJ et al. *Br J Dermatol* 2019;181(2):256–64; 7. Paul C, et al. *Br J Dermatol* 2015;173:1387–99; 8. Kishimoto M, et al. *J Dermatol* 2019;46(7):615–17; 9. Yones SS, et al. *Arch Dermatol* 2006;142(7):836–42.



Дифференциальный диагноз псориатического артрита?

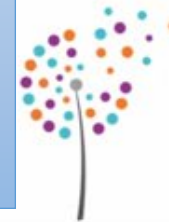


Псориатический артрит - гетерогенное заболевание с многообразием клинических проявлений:

Периферический артрит ¹	Аксиальный ПсА ²	Энтезиты ³	Дактилиты ⁴	Псориаз гладкой кожи ⁵	Псориатическая ониходистрофия ⁵
					
96% пациентов могут испытывать боль и воспаление суставов локтей, запястьев, кистей рук, ног ^{6,7}	До 70% испытывают боль в спине ¹⁰	30-50% пациентов имеют выраженное воспаление в энтезисе ⁶	40-50% страдают от дактилитита ⁶	около 80% пациентов с ПсА страдают от псориаза ⁸	83% страдают от псориатической ониходистрофии ⁹

1. Hlaing T, et al. Case Rep Med 2009;2009:518976; 2. Sudol-Szopinska, et al. J Ultrasoundography 2016;16:65–77 3. Kivelevitch D, et al. Biologics 2014;8:169–82; 4. Yamamoto T. Open Access Rheum Res Rev 2015;7:55; 5. Novartis patient image library GLDEIM_AIN457A_0490 6. Ritchlin CT et al. N Engl J Med. 2017;376(10):957-970. 7. Kavanaugh A et al. Rheumatol Ther. 2016;3(1):91-102. 8. Gottlieb AB et al. J Dermatolog Treat. 2006;17(6):343-352. 9. Lee S et al. P&T. 2010;35(12):680-689. 10. Feld J et al. Nat Rev Rheumatol. 2018 Jun;14(6):363-371.

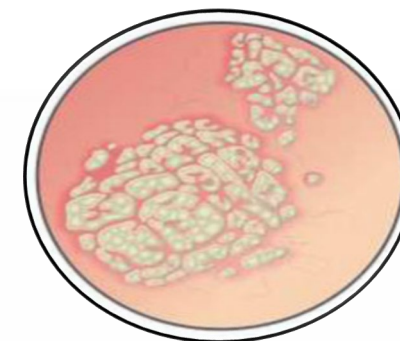
Преобладание той или иной клинической картины ПсА может быть следствием различий генотипа



Есть доказательства того, что имеются две формы ПсА. ²⁻³

Аллели HLA-
Cw*0602

- более тяжелые кожные поражения и длительный интервал (≥ 10 лет) между появлением псориаза и развитием скелетно-мышечных проявлений ПсА



Аллели HLA-
B27 или HLA-
B39

- костно-мышечная составляющая проявляется больше



[Oliver FitzGerald](#) and [Robert Winchester](#). Psoriatic arthritis: from pathogenesis to therapy. [Arthritis Res Ther](#). 2009; 11(1): 214. Published online 2009 Feb 12. doi: [10.1186/ar2580](#) 2. Winchester R, Minevich G, Kane D, Bresnihan B, Greenberg D, FitzGerald O: Heterogeneity of the psoriasis phenotype revealed by HLA class I haplotype associations in psoriatic arthritis and psoriasis. Clin Immunol 2008, 127(Suppl 1):S88-S89. 3. Winchester R: Genetics of psoriasis and psoriatic arthritis. In Psoriatic and Reactive Arthritis - A Companion to Rheumatology. Edited by Ritchlin CT, FitzGerald O. Amsterdam, The Netherlands: Elsevier; 2007

Проблема своевременной диагностики ПсА

В исследовании MAPP сообщается, что средняя задержка в постановки диагноза ПсА составляет 5 лет:

- Диагноз часто упускается ввиду низкого уровня осведомленности ВОПов и дерматологов о данном заболевании
- ПсА приводит к необратимым поражениям суставов, деформациям, инвалидности и снижению качества жизни.

Дерматологи играют ключевую роль в диагностике ПсА

- У большинства пациентов кожные проявления появляются раньше поражений опорно-двигательного аппарата
- В 41% случаев дерматологи не диагностируют ПсА во время приема пациентов с псориазом

Даже 6-месячная отсрочка в назначении эффективной терапии приводит к долгосрочным плохим рентгенологическим и функциональным исходам.

MAPP, Multinational Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis; PsO, psoriasis

1. Kavanaugh A, et al. Rheumatol Ther. 2016;3:91-102. 2. Husni ME, et al. Semin Arthritis Rheum. 2017;351-360; 3. Helliwell P, et al. Arthritis Care Res. 2014;66:1759-1766; 4. Mease JP, et al. J Am Acad Dermatol 2013;69(5):729-735. 5. Haroon M, et al. Ann Rheum Dis. 2015;74:1045-1050.

47% пациентов с ПсО без клинических проявлений ПсА имеют субклинические признаки воспаления в суставах верхних конечностей

- Наличие субклинического воспаления в суставах существенно **влияет на риск развития псориатического артрита** у пациентов с псориазом
- Развитие субклинических признаков воспаления суставов считается критическим шагом в определении **начала скелетно-мышечного поражения у пациентов с псориазом и интенсификации терапии**
- **Около 30% случаев** развития псориатического артрита у пациентов с псориазом **остаются не диагностированными.**



Своевременная диагностика псориатического артрита...

Задержка в постановке диагноза ПсА более чем на 6 месяцев влияет на частоту развития:

- эрозивного артрита (увеличивается в 4,6 раза)
- мутилирующего – в 10,6 раза
- сакроилеита – в 2,3 раза
- нетрудоспособности – в 2,2 раза

Задержка в постановке диагноза на один год и более – независимый предиктор функциональной недостаточности и нетрудоспособности через 10 лет

**...важный фактор предотвращения инвалидизации
пациента**

ПсА – псориатический артрит

[Кардиология/ревматология/кардиохирургия/№6/2015](#)

Псориатический артрит: эволюция понятия и изменение парадигмы лечения

Электронный ресурс: mrj/article/download/822/791

PEST ≥ 3 баллов позволяет предположить наличие у больного ПсА



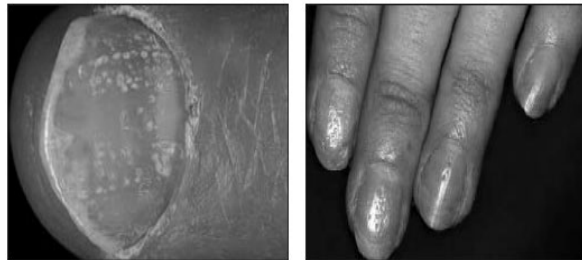
1. Была ли у Вас когда-то припухлость сустава (суставов), как показано на фотографиях? Да ☐ Нет ☐



2. Говорил ли Вам когда-нибудь врач, что у Вас есть артрит? Да ☐ Нет ☐

3. Отмечали ли Вы когда-либо на ногтях пальцев рук и ног какие-нибудь изменения (в виде точечных углублений либо неровности), как показано на фотографиях?

Да ☐ Нет ☐

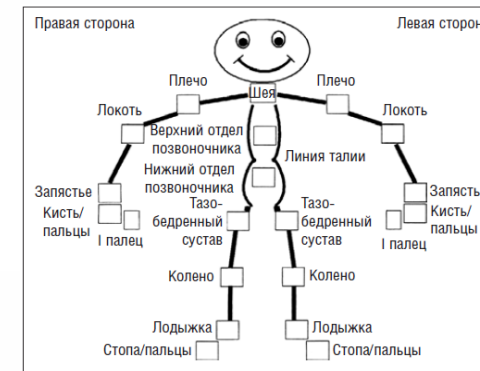


4. Отмечали ли Вы когда-нибудь боль в области пятки? Да ☐ Нет ☐

5. Были ли у Вас когда-нибудь без видимых причин равномерно припухшие и болезненные пальцы рук или ног, как показано на фотографии? Да ☐ Нет ☐



6. На рисунке отметьте суставы, которые вызывали у Вас дискомфорт (скованность, припухлость или болезненность)





У пациентов с псориазом и псориатическим артритом повышен риск развития коморбидных состояний

% пациентов с псориазом и
коморбидными состояниями (n=2714)



**У 42% пациентов с ПсА ≥ 3
коморбидностей**



Кому показана биологическая терапия?



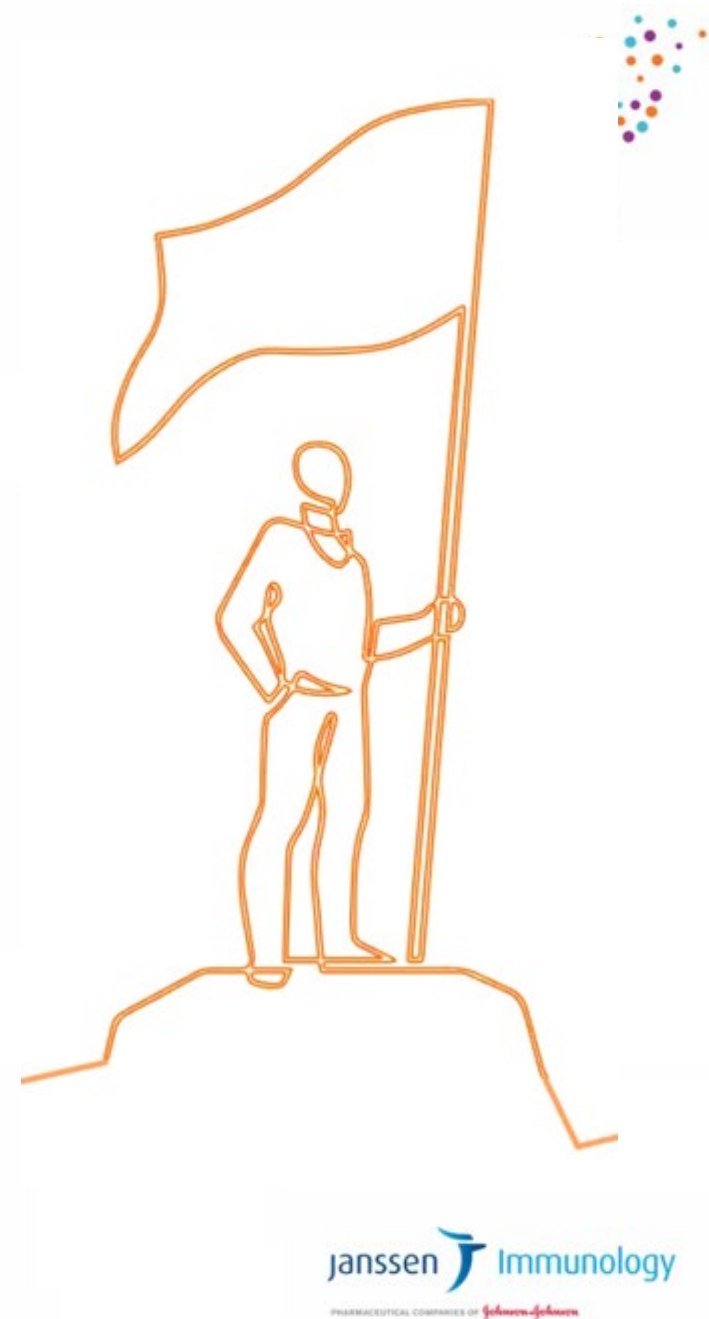
Показания к назначению ГИБП при псориазе:

Псориаз

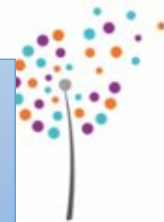


Факторы неблагоприятного прогноза

Выраженная псориатическая ониходистрофия, «проблемная» локализация высыпаний на коже



СЛОЖНОСТЬ В ВЫБОРЕ ПОДХОДЯЩЕЙ ТЕРАПИИ ЗНАЧИТЕЛЬНО ВОЗРОСЛА ПО ПРИЧИНЕ:



Стандартная системная терапия и...



Что влияет на принятие решения?

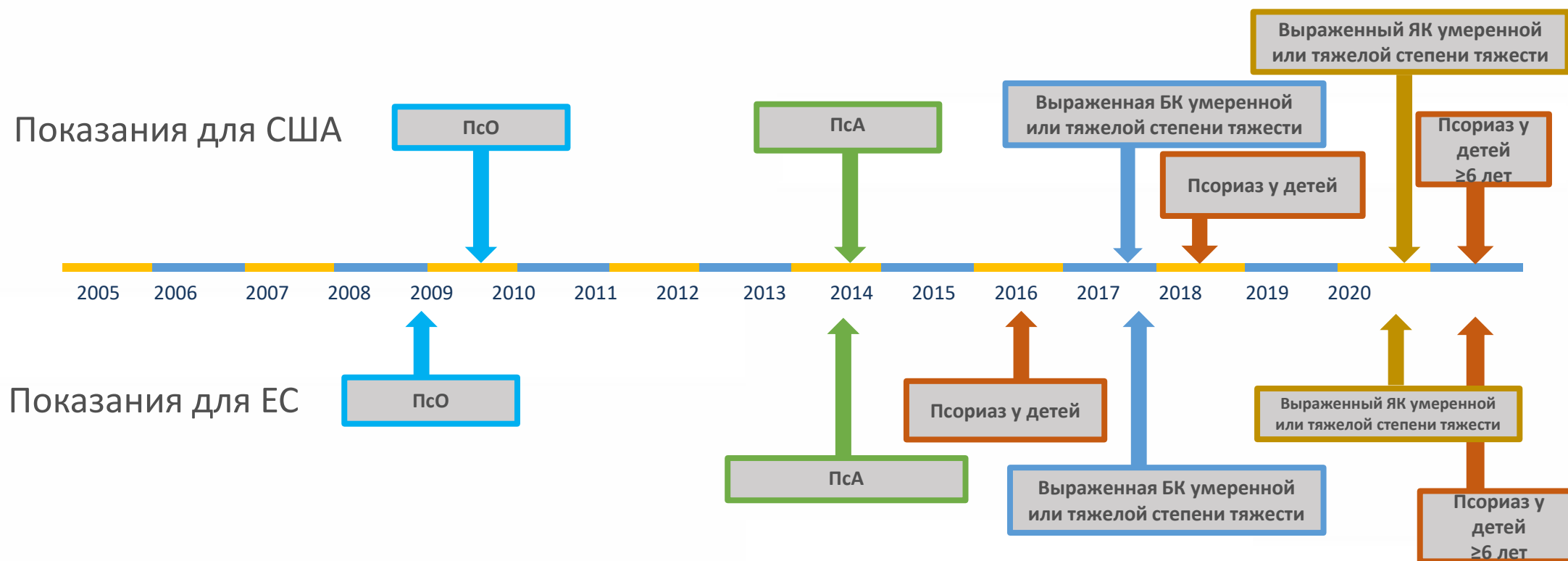
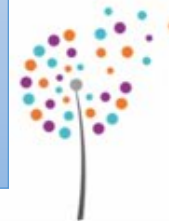




Ваш опыт применения блокаторов ИЛ12,23?



Показания для применения препарата Устекинумаб (2008 - 2020 гг.)



ЕС: Европейский Союз; ПсО: псориаз; ПсА: псориатический артрит; пед.: педиатрический



Из личного опыта: Г.К. Маровой

Материал предназначен для специалистов сферы здравоохранения



Доступна ли биологическая терапия в РК?



Клинические рекомендации по лечению Псориатического артрита

Казахстанский Клинический
протокол диагностики и лечения

Одобен ОКК МЗ РК
от «06» мая 2022 года
Протокол №159

Перечень основных лекарственных средств:

Лекарственное средство (международное непатентованное название)	Фармакологические группы	Способ введения	Разовая доза	Кратность применения	Длительность курса лечения
Генно-инженерные биологические препараты					
инфликсимаб	Химерные моноклональные антитела к ФНО-а	в/в	5 мг/кг в/в	0,2,6 недели, затем каждые 6 недель	длительно
биосимиляр инфликсимаба	Химерные моноклональные антитела к ФНО-а	в/в	3-5 мг/кг в/в	0,2,6 недели, затем каждые 6 недель	длительно
этанерцепт	Рекомбинантный химерный белок к ФНО-а и лимфотоксину	п/к	50 мг	1 раз в неделю	длительно
адалимумаб	Рекомбинантные человеческие моноклональные антитела к ФНО	п/к	40 мг п/к	1 раз в 2 недели	длительно
голимумаб	Рекомбинантные человеческие моноклональные антитела к ФНО	п/к	50 мг п/к	1 раз в месяц	длительно
устекинумаб	Человеческие моноклональные антитела к интерлейкинам 12, 23	п/к	45-90мг	0, 4 недели, затем каждые 12 недель	длительно

Схема назначения биологических препаратов с подкожным путем введения при лечении Псориаза



Устекинумаб 45 и 90 мг



Для взрослых пациентов иницирующая доза составляет 45 мг подкожно. Вторую инъекцию (45 мг подкожно) делают через 4 недели, затем через каждые 12 недель.

Этанерцепт 25 мг и 50 мг



Рекомендуемая доза Этанерцепта составляет 25 мг два раза в неделю или 50 мг один раз в неделю. Допускается схема лечения, согласно которой препарат может применяться в дозе 50 мг два раза в неделю до 12 недель, а затем, по усмотрению лечащего врача, в дозе 25 мг два раза в неделю или 50 мг один раз в неделю.

Адалимумаб 40 мг



Рекомендованная начальная доза Адалимумаба для взрослых составляет 80 мг, через одну неделю применяют 40 мг, подкожно. Поддерживающая терапия – 40 мг один раз в две недели, подкожно.



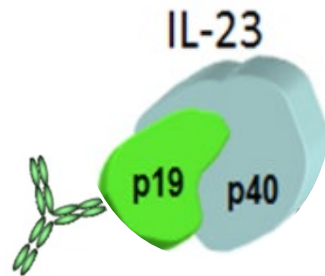
Новая эра в терапии псориаза и псориатического артрита – Гуселькумаб (Анти IL23)





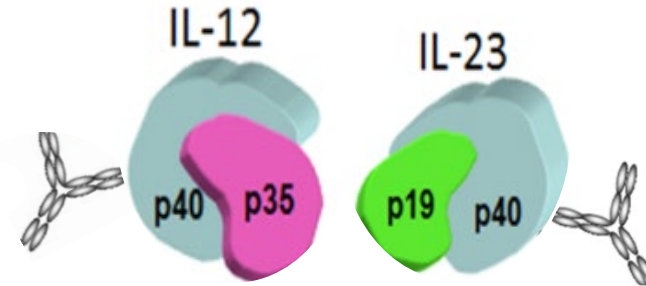
Механизм действия

Гуселькумаб



- Точка воздействия: IL-23p19; блокирует Ил-23
- Ингибирует пути Th17

Устекинумаб



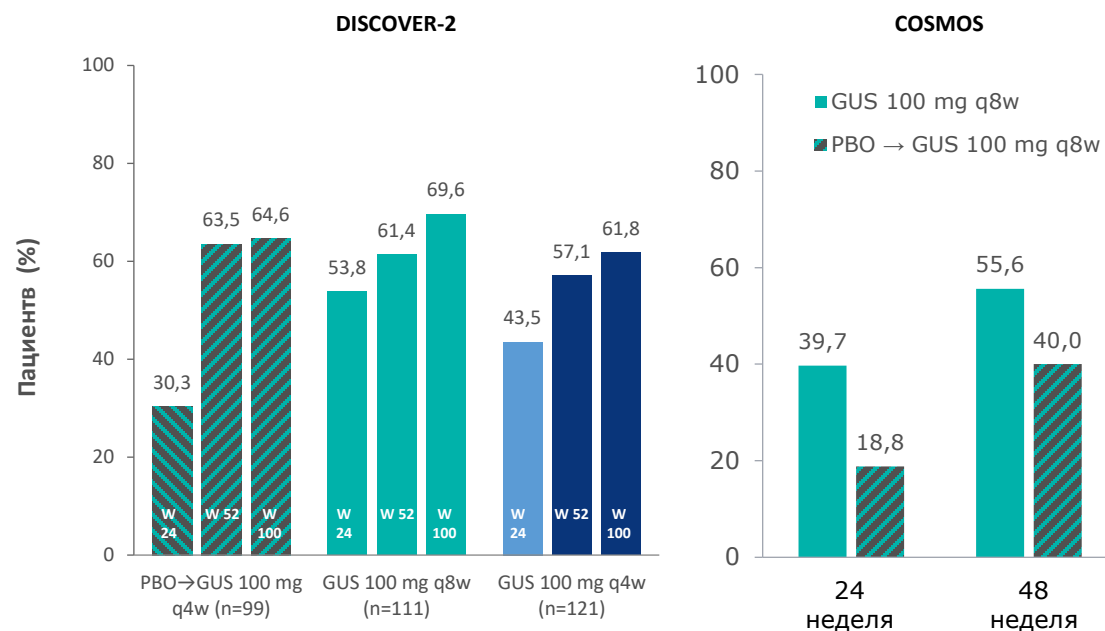
- Точка воздействия: p40; блокирует Ил-12 и Ил-23
- Ингибирует пути Th1 и Th17.

ГУСЕЛЬКУМАБ ПОКАЗЫВАЕТ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИ ПСА

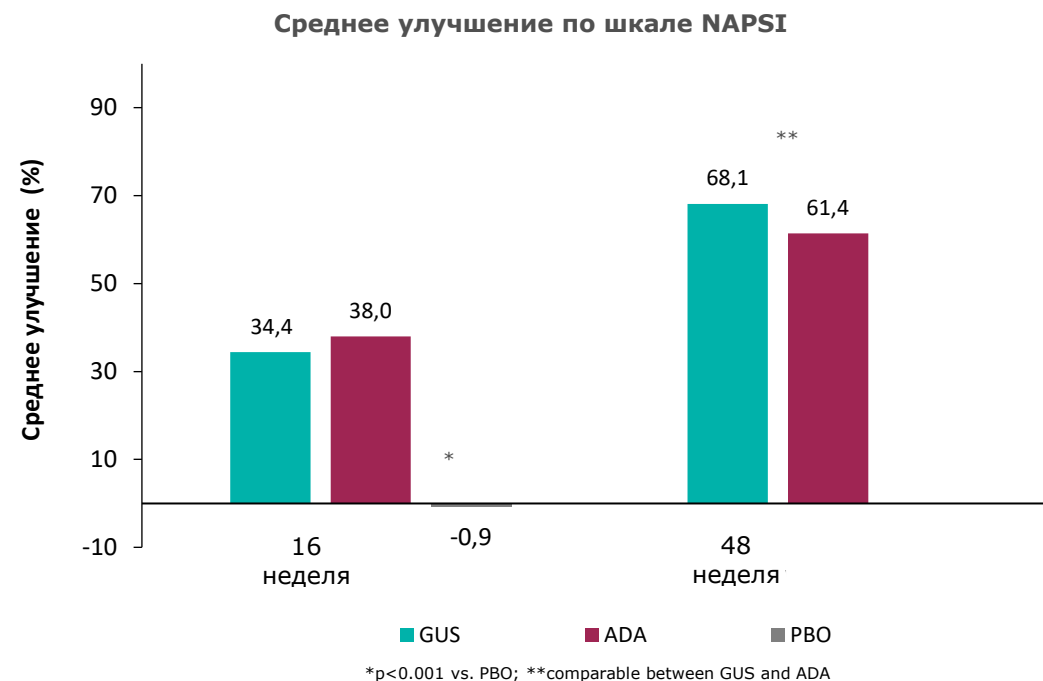


Гуселькумаб эффективен при различных проявлениях ПсА, включая энтезиты и поражение ногтей

Гуселькумаб улучшает разрешение энтезитов у пациентов с TNF-IR и бионаивных пациентов с ПсА в течение 1 и 2 лет соответственно (NRI) ^{1,2}



VOYAGE-1*: Значительное улучшение состояния псориаза ногтей наблюдалось на 48-й неделе у пациентов с псориазом, получавших гуселькумаб (NRI). ³



Note: VOYAGE-1 was a trial in patients with moderate-severe plaque psoriasis. Q4w dosing only approved in PsA (both by EMA and FDA) but not in PsO indication.

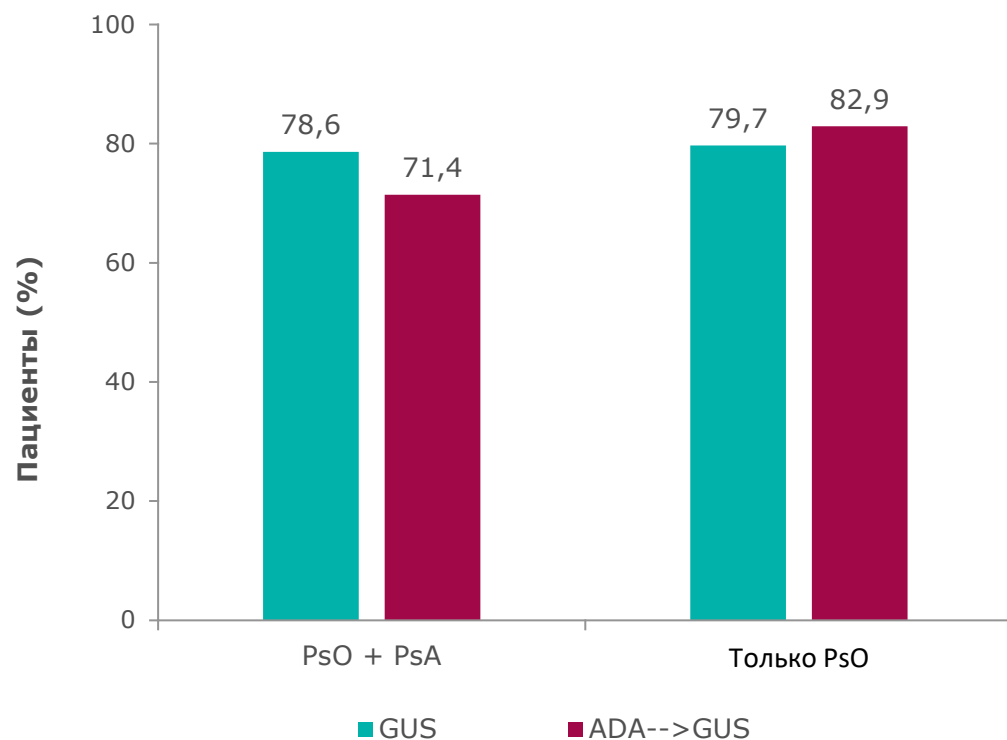
Abbreviations: PsA, Psoriatic Arthritis; PsO, Plaque Psoriasis; TNF-IR, tumour necrosis factor inadequate response; NRI, non-responder imputation; NAPSI, Nail Psoriasis Severity Index; ADA, adalimumab; GUS, guselkumab; PBO, placebo; q4w, every four weeks; q8w, every eight weeks.

References:

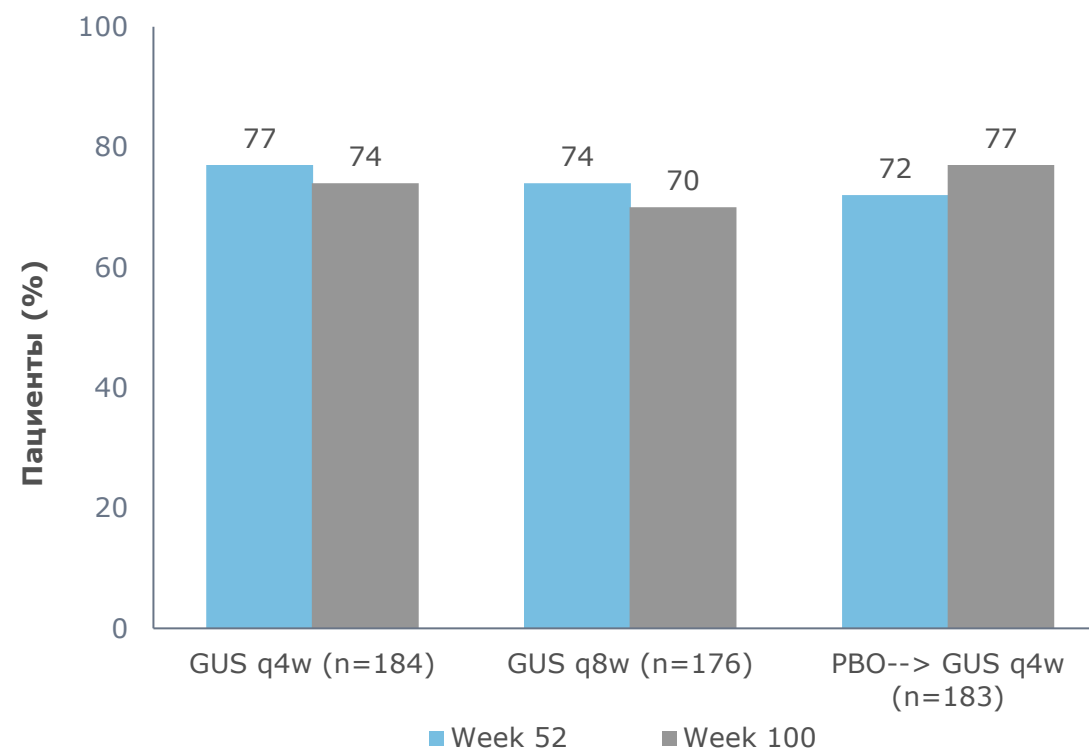
- Rahman et al. ACR; November 3–9, 2021. P1329
- Coates, L., et al., (2021) Annals of the Rheumatic Diseases, pp.annrheumdis-2021-220991
- Blauvelt, A., et al. (2017). Journal of the American Academy of Dermatology, [online] 76(3), pp.405–417.

Гуселькумаб продемонстрировал высокую и устойчивую кожную эффективность у пациентов с ПсО независимо от сопутствующего статуса псориатического артрита.

VOYAGE-1 & 2: Аналогичные ответы PASI90, наблюдаемые в течение 156 недель у пациентов с ПсО ± ПсА в анамнезе¹



DISCOVER-2: Достижение PASI90 у пациентов с ПсА до 100-й недели были сопоставимы с таковыми, наблюдаемыми у пациентов ПсО.^{2,3}



Note: VOYAGE-1 & VOYAGE-2 were trials in patients with moderate-severe plaque psoriasis. Q4w dosing only approved in PsA (both by EMA and FDA) but not in PsO indication.

Abbreviations: PsO, Plaque Psoriasis; PsA, Psoriatic Arthritis; PASI, Psoriasis Area and Severity Index; ADA, adalimumab; GUS, guselkumab; PBO, placebo; q4w, every four weeks; q8w, every eight weeks.

References:

- Kimball AB et al. Presented at AAD 2019. P10064
- McInnes IB, et al. Presented at Innovations in Dermatology 2021; Virtual; March 16–20, 2021
- McInnes, I.B., et al. (2022). Arthritis & Rheumatology, 74(3), pp.475–485.

doi:10.1002/art.42010.



Долгосрочная эффективность и безопасность

5

ГУСЕЛЬКУМАБ показал более высокую эффективность по PASI90 на 48-й неделе по сравнению с иФНО (76% по сравнению с адалимумабом 48%), с IL-17i (84% по сравнению с секукинумабом 70%) и на 52-й неделе по сравнению с IL-12/23i (51% по сравнению с устекинумабом 24%)

VOYAGE-1 – Данные прямого сравнения с иФНО:^{1,2}

- На 48-й неделе при применении ГУСЕЛЬКУМАБА были достигнуты 76,3% ответы по PASI90 в сравнении с 47,9% при применении адалимумаба
- После 52-й недели у пациентов, перешедших с адалимумаба на ГУСЕЛЬКУМАБ, была достигнута высокая сопоставимая эффективность по PASI90

ECLIPSE – Данные прямого сравнения с IL-17i:^{3,4}

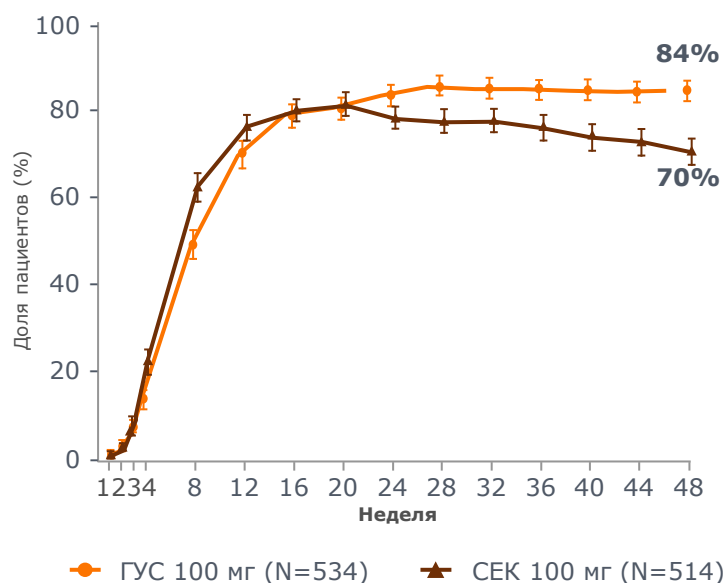
- На 48-й неделе были достигнуты 84% коэффициенты по PASI90 при использовании ГУСЕЛЬКУМАБА в сравнении с 70% при использовании секукинумаба
- На 48-й неделе большее число пациентов достигло абсолютных пороговых значений 0 и ≤1 по PASI при лечении ГУСЕЛЬКУМАБОМ по сравнению с секукинумабом

NAVIGATE – Данные прямого сравнения с IL-12/23i:⁵

- На 52-й неделе в группе ГУСЕЛЬКУМАБА наблюдались 51,1% коэффициенты PASI90 по сравнению с 24,1% в группе, рандомизированной для получения устекинумаба
- На 52-й неделе при использовании ГУСЕЛЬКУМАБА достигались стабильно более высокие коэффициенты по PASI90/100, чем у пациентов, продолжавших принимать устекинумаб

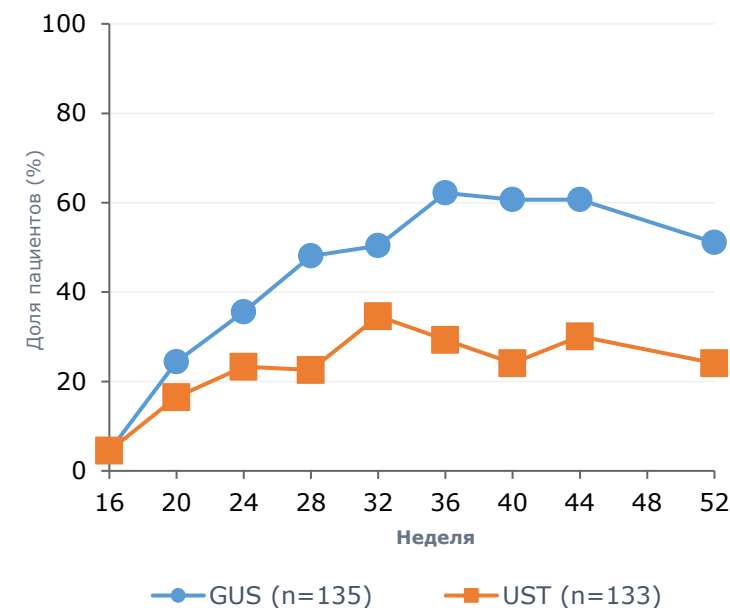
ЭФФЕКТИВНОСТЬ в сравнении с СЕКУКИНУМАБОМ³

Более высокие показатели ответа по PASI90 в сравнении с секукинумабом, достигнутые на 48-й неделе в ECLIPSE (NRI)



ЭФФЕКТИВНОСТЬ в сравнении с УСТЕКИНУМАБОМ⁵

В рамках программы NAVIGATE (NRI) на 16-52-х неделях наблюдались более высокие коэффициенты PASI90 по сравнению с пациентами, продолжавшими принимать устекинумаб



Справочная литература:

1. Blauvelt, A., et al. (2017). Journal of the American Academy of Dermatology, 76(3), стр. 405–417.
2. Reich, K., et al. (2021). British Journal of Dermatology. DOI: 10.1111/bjd.20568
3. Reich, K., et al. (2019). The Lancet, 394 (10201), стр. 831–839.
4. Reich K, et al. Представлено на собрании Европейской академии дерматовенерологии, Мадрид, Испания, 2019 г. P1680.
5. Langley, R.G., et al. (2018). British Journal of Dermatology, 178(1).