

Практика применения упдацитиниба у подростков с атопическим дерматитом

Камаев Андрей Вячеславович – к.м.н., врач аллерголог-иммунолог, пульмонолог, доцент кафедры общей врачебной практики (семейной медицины) Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова



При поддержке компании ООО «ЭббВи».
Мнение автора может не совпадать с позицией компании.



Клинический случай

Пациент	юноша, 17 лет (2004), ребенок-инвалид с 2018
Жалобы	<ul style="list-style-type: none">• Непрерывно-рецидивирующие высыпания на лице, по телу, в складках кожи• Выраженный кожный зуд• Нарушение сна из-за зуда
Анамнез	<p>Впервые высыпания в возрасте 3 месяцев, требовали повторных курсов топических ГКС</p> <p>С 2013 года установлен тяжелый АД: обострения до 5 раз в год с применением системных ГКС, топических антибиотиков</p> <p><i>Сопутствующая патология:</i> тяжелая атопическая бронхиальная астма, ХДН 1ст. Аллергический ринит персистирующий, тяжелый. Вторичная надпочечниковая недостаточность</p>

Клинический случай

Первоначальная терапия

Наружно: такролимус, метилпреднизолон, мометазон, флютиказон, клобетазол, бетаметазон+ +гентамицин+клотримазол

С июля 2020 года: **дупилумаб 300 мг каждые 2 недели 12 месяцев**

Сопутствующая терапия:

салметерол/флютиказон ДАИ 25/250 мкг 2 дозы x 2 раза в день

тиотропия бромид (спирива респимат) 2,5 мкг 2 дозы в сутки

мометазона фуроат 50 мкг по 2 ингаляции каждый носовой ход 2 раза/сутки



Клинический случай

При осмотре	В периорбитальных и периоральной областях, на подмышечных складках, на шее, спине, груди и животе, по голеням, на разгибательных поверхностях предплечий и бедер, в подъягодичных складках множественные гиперемизированные папулы, пятна, расчесы и корочки
Результаты обследований	<p>Общий IgE (апрель 2020): 419 МЕ/мл (норма до 100 МЕ/мл)</p> <p>Специфические IgE (неоднократно, разные методики), ближайший результат от апреля 2020 (ImmunoCAP): все отрицательные, включая пищевые (молоко, яйцо, пшеница, треска, овес, соя), клещей домашней пыли, котов/собак, смесь плесеней. В 2019г (ИФА) пыльца деревьев 2 класс</p> <p>Индекс SCORAD 52 балла</p> <p>Площадь поражения 43% поверхности тела</p> <p>Опросник РОЕМ 22 балла (максимум 28)</p> <p>Визуальная аналоговая шкала зуда 7 баллов</p> <p>Отрицательные HBs Ag, anti-HCV. АсТ 14 Ед/л, АлТ 18 Ед/л</p>



21.09.21	Нв, г/л	RBC, $\times 10^{12}/л$	Leuc, $\times 10^9/л$	Neu, $\times 10^9/л$	Lymph, $\times 10^9/л$	Mon, $\times 10^9/л$	Eos, $\times 10^9/л$	Bas, $\times 10^9/л$	PLT, $\times 10^9/л$	СОЭ, мм/час
Результат	126	4,8	7,2	3,7	2,12	0,6	0,73	0,05	326	6
Норма	115-150	3,5-5,5	4,0-12,0	1,5-8,0	1,0-6,5	0,2-1,0	0-0,5	0-0,1	200-400	2-15

Клинический случай: подросток 2004 г.р.

Заключение	<p>Типичное течение АтД в структуре атопической болезни (у матери БА). Основные триггеры обострений: стресс, переохлаждение/перегревание, нагрузка (потение), период цветения деревьев</p> <p>Быстрое падение эффективности наружной терапии, индивидуальная неэффективность отдельных тГКС. Высокая стероидная нагрузка (почти ежемесячно СМП с в/м дексаметазоном 12-16мг) без заметного влияния на состояние кожи. Вторичная надпочечниковая недостаточность. Множественная лекарственная непереносимость (резкое обострение по коже в 2018 г. на попытку ингаляций вилантерола/ФФ)</p> <p>Клиническая неэффективность дупилумаба как в отношении АтД, так и в отношении БА, АР.</p>
Диагноз	<p>Атопический дерматит, распространенный, тяжелый, обострение</p> <p>Бронхиальная астма, смешанная, тяжелая, частично контролируемая, ХДН 0-1 ст.</p> <p>Аллергический ринит персистирующий, тяжелый, субремиссия.</p> <p>Синдром Иценко-Кушинга.</p>

БА – бронхиальная астма; тГКС – топические глюкокортикостероиды; СМП – скорая медицинская помощь; АтД – атопический дерматит; АР – аллергический ринит; ХДН – хроническая дыхательная недостаточность

Клинический случай из личного архива Камаева А.В., демонстрируется с образовательной целью. Фото из личного архива автора

Клинический случай

Обоснование назначения (замены терапии)	Переведен на упадацитиниб 15 мг/сут 09.11.21. Категорический отказ подростка от проактивной терапии тГКС/ТИК; эмолиенты очень избирательно, нерегулярно.
Результаты текущей терапии	Положительная динамика по коже к 8-10 неделе терапии; уверенное улучшение с 14 недель, максимальный эффект в марте 2022. С апреля22 (начало цветения деревьев в СПб), нарастание дневного зуда, но интенсивность несопоставима с сезоном 2021.

Динамика основных показателей

Данные	До начала лечения	Через 4 недели терапии УПА	Через 16 недель терапии УПА	Через 5 месяцев терапии УПА
SCORAD	52	46	13	7
Площадь поражения (BSA, %)	43	27	15	8
Оценка зуда по ЧРШ, баллы	7	6	3	2
РОЕМ	22	17	7	3

Клинический случай

До лечения



Через 16 недель
терапии
упадацитинибом
15 мг/сут



Клинический случай

25.01.22 (11 недель)	Общий холестерин, ммоль/л	Триглицериды, ммоль/л	ХС-ЛПВП, ммоль/л	ХС-ЛПНП, ммоль/л	ХС-ЛПОНП, ммоль/л
Результат	4,63	1,25	1,14	2,15	0,6
Норма	2,93-5,1	0,45-1,81	0,78-1,63	1,61-3,4	<0,8

25.01.22 (11 недель)	Нв, г/л	RBC, x10 ¹² /л	Leuc, x10 ⁹ /л	Neu, x10 ⁹ /л	Lymph, x10 ⁹ /л	Mon, x10 ⁹ /л	Eos, x10 ⁹ /л	Bas, x10 ⁹ /л	PLT, x10 ⁹ /л	СОЭ, мм/час
Результат	122	5,1	9,4	5,4	2,9	0,7	0,38	0,01	319	3
Норма	115-150	3,5-5,5	4,0-12,0	1,5-8,0	1,0-6,5	0,2-1,0	0-0,5	0-0,1	200-400	2-15

Мнение пациента	«Опасался новой терапии и не верил в нее в начале лечения. Первое, что улучшилось – ночной сон. Принимаю регулярно, один раз в день удобнее, чем ингаляторы. Надеюсь на накопительный эффект, избавление от мазилок и отмену таблеток со временем»
Заключение	Низкокомплаентный пациент с множественными терапевтическими неудачами в анамнезе достиг контролируемого течения АтД и существенно снизил зависимость от наружных препаратов, улучшилась переносимость эмолиентов. В терапии БА убрали тиотропий. АР намного лучше контролируется инГКС и лоратадином, чем в 2021.

