

НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ МАТЕРИАЛ ПО УПАДАЦИТИНБУ

Клинический случай № 1

Пациент: м., 17 лет с жалобами на сильный кожный зуд, нарушение сна, высыпания на коже, снижение повседневной активности; болен с рождения

Первоначальная терапия: диеты, эмоленты, топические ГКС (глюкокортикостероиды) – временный эффект.

- При госпитализации системные ГКС - без достижения стойкой ремиссии.

Диагноз: *Атопический дерматит, тяжелое течение, непрерывно-рецидивирующий.*

Назначена терапия упадацитинибом в дозе 15 мг 1 раз в сутки. Начало терапии февраль 2023 г.

Фото до лечения

SCORAD 69,5 баллов
ЗУД (ВАШ) - 9 баллов



Через 4 недели терапии
УПА 15 мг/сут

SCORAD 23 балла
ЗУД (ВАШ) - 0 баллов



Через 16 недель терапии
УПА 15 мг/сут

SCORAD 9 баллов
ЗУД (ВАШ) – 0 баллов



Клинический случай № 2

Пациент: 17 лет (2004), ребенок-инвалид с 2018 с жалобами на непрерывно-рецидивирующие высыпания на лице, по телу, в складках кожи, выраженный кожный зуд, нарушение сна из-за зуда с 3-х месяцев.

С 2013 года установлен тяжелый АтД: обострения до 5 раз в год с применением системных ГКС, топических антибиотиков.

Сопутствующая патология: тяжелая атопическая бронхиальная астма, ХДН 1ст. Аллергический ринит персистирующий, тяжелый. Вторичная надпочечниковая недостаточность

Первоначальная терапия: ТИК, ТКС, дупилумаб - без достижения стойкой ремиссии. Переведен на упадацитиниб 15 мг/сут 09.11.21.

Фото до лечения

SCORAD 52 баллов
ЗУД (ЧРШ) - 7 баллов



Через 16 недель терапии

УПА 15 мг/сут

SCORAD 13 балла
ЗУД (ЧРШ) - 3 баллов



Фото до лечения



Через 16 недель
терапии УПА 15
мг/сут



Клинический случай № 3

Пациент: 17 лет с жалобами на распространенные высыпания на коже, сопровождающиеся зудом. Дебют заболевания с 3-х лет. Периодически наблюдалось вторичное инфицирование кожных высыпаний, ввиду которого пациент получал внутрь и наружно противомикробные препараты с кратковременным положительным эффектом.

Первоначальная терапия: системные ГКС короткими курсами (при обострении); стандартная наружная противовоспалительная терапия (топические ГКС III-IV поколения, ингибиторы кальциневрина) в т.ч. по интермиттирующей схеме.

Диагноз: атопический дерматит, тяжелое течение, непрерывно-рецидивирующий.
Назначена системная таргетная терапия упацитинибом в дозе 15 мг 1 раз в сутки.

Фото до лечения

SCORAD 70 баллов
ЗУД (ЧРШ) - 10 баллов



Через 3 месяца терапии

УПА 15 мг/сут

SCORAD 10 балла
ЗУД (ЧРШ) - 2 балла



Фото до лечения



Через 3 месяца

терапии УПА 15
мг/сут



Клинический случай № 4

Пациент: 17 лет. Страдает atopическим дерматитом тяжелого течения с 5 лет жизни, в 12 лет установлен диагноз аллергического ринита (сорные травы, домашняя пыль)

Семейный анамнез отягощен по atopическим заболеваниям: у отца бронхиальная астма

По причине персистирующего течения АД пациенту был назначен препарат **упадацитиниб 15мг 1р/д** – с выраженной положительной динамикой по кожному патологическому процессу (полный регресс высыпаний и отсутствие чувства зуда) и улучшением течения аллергического ринита (ремиссия)

Однако, в очередной сезон цветения сорных трав у пациента появились новые высыпания в области лица и шеи, сопровождающиеся зудом

Пациент отметил, что на фоне дополнительного приема антигистаминных препаратов и нанесения крема, содержащего тГКС (метилпреднизолона ацепонат), наблюдается некоторое улучшение.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА

- ✓ Продолжение приема препарата **упадацитиниб** 15мг 1р/д
- ✓ Пероральный прием антигистаминного препарата нового поколения курсом
- ✓ тГКС высокой активности в форме крема 2р/д с последующим переходом на ТИК в чувствительных областях 2р/д – до регресса высыпаний
- ✓ Консультация аллерголога для назначения терапии аллергического ринита и решения о проведении АСИТ
- ✓ Нанесение эмоленов, восстанавливающих барьерную функцию, 2р/д – длительно



Клинический случай № 5

Пациент: 17 лет. Страдает atopическим дерматитом с 3 лет жизни, аллергический риноконъюнктивит – с 8 лет. Течение atopического дерматита тяжелое, с частыми обострениями и кратковременным улучшением, достигающимся на фоне введения системных ГКС и постоянного использования тГКС высокой активности.

В связи с чем пациенту был назначен ГИБП – дупилумаб – с положительной динамикой по кожному патологическому процессу, которую пациент отметил уже через 8 недель лечения. Однако, пациент отметил некоторое ухудшение симптомов со стороны органа зрения, по поводу чего офтальмолог назначил дополнительную терапию.

К 12 неделе терапии (весенне-летний период) появились новые высыпания в области лица в виде эритематозных пятен ярко-красного цвета с незначительным шелушением, которые сопровождались чувством зуда и отеком кожи, установлено ухудшение течения конъюнктивита. Применение монокомпонентных тГКС высокой активности, ТИК и комбинированных тГКС+АБ+АМ в форме крема, системная противогрибковая терапия флуконазолом – без значительного положительного эффекта со стороны кожного покрова

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА

- ✓ Полная отмена дупилумаба, перевод на **упадацитиниб** 15мг 1р/д – длительно
- ✓ Прием кетоконазола 200 мг перорально 1 раз в сутки в течение 4 недель
- ✓ Продолжение нанесения средств, содержащих пиритион цинка, в форме крема 2р/д – до регресса высыпаний
- ✓ Консультация аллерголога и офтальмолога для коррекции терапии
- ✓ Нанесение эмоленов, нормализующих состав микробиома, 2р/д – длительно



Клинический случай № 6

Пациент: 14 лет. Страдает atopическим дерматитом тяжелого течения с 2-летнего возраста, в возрасте 12 лет установлен диагноз бронхиальной астмы – течение частично контролируемое.

Семейный анамнез отягощен по дерматологическим заболеваниям: у отца atopический дерматит и аллергический ринит, у матери – вульгарный псориаз и псориатический артрит.

В связи непрерывно-рецидивирующим течением тяжелого АтД и частично контролируемой бронхиальной астмой пациенту был инициирован препарат дупилумаб. На фоне терапии препаратом дупилумаб отмечалась выраженная положительная динамика кожного патологического процесса, пациент также достиг полного контроля бронхиальной астмы.

Однако, через 6 месяцев терапии появились новые распространенные высыпания в области лица, волосистой части головы, половых органов и разгибательных поверхностей конечностей: в виде эритематозных бляшек с умеренной инфильтрацией и шелушением, высыпания сопровождались выраженным зудом.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА

- ✓ Полная отмена дупилумаба, перевод пациента на препарат **упадацитиниб** 15мг 1р/д после дообследования
- ✓ тГКС высокой активности в форме крема 2р/д с последующим переходом на ТИК в чувствительных областях 2р/д – до регресса высыпаний
- ✓ Пероральный прием антигистаминного препарата нового поколения курсом
- ✓ Нанесение эмоленов, восстанавливающих барьерную функцию, 2р/д – длительно

