

# **КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА**

## **АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ 3.0**

### **ПУТИ РЕШЕНИЯ НЕСТАНДАРТНЫХ СИТУАЦИЙ**

*Для каждого из приведенных далее клинических случаев необходимо выбрать наиболее рациональную терапевтическую тактику*

**ОТВЕТЫ ПРИСЫЛАТЬ В СЛЕДУЮЩЕМ ВИДЕ:  
НОМЕР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ – БУКВА ВАРИАНТА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ**

# КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ №1

## 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 АтД 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

## ВАРИАНТ А

- ✓ 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 Lipikar Бальзам AP+M 2р/д – длительно

## ВАРИАНТ В

- ✓ Перевод пациента на дупилумаб
- ✓ Пероральный прием антигистаминного препарата первого поколения курсом
- ✓ тГКС+АБ+АМ высокой активности в форме крема 2р/д на все высыпания – до полного регресса
- ✓ Консультация аллерголога для назначения терапии аллергического ринита и решения о проведении АСИТ
- ✓ Нанесение Lipikar Бальзам AP+M 2р/д – длительно

## ВАРИАНТ Б

- ✓ Перевод пациента на дупилумаб
- ✓ Введение преднизолона в/в коротким курсом для купирования обострения
- ✓ 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 Lipikar Бальзам AP+M 2р/д – длительно

## ВАРИАНТ Г

- ✓ Продолжение приема препарата **упадацитиниб** 15мг 1р/д
- ✓ Пероральный прием антигистаминного препарата первого поколения курсом
- ✓ тГКС+АБ+АМ высокой активности в форме крема 2р/д на все высыпания – до полного регресса
- ✓ Консультация аллерголога для назначения терапии аллергического ринита и решения о проведении АСИТ
- ✓ Нанесение Lipikar Бальзам AP+M 2р/д – длительно

- В сезон цветения состояние кожи в области лица и шеи у пациентов с сенсибилизацией к аэроаллергенам может ухудшаться даже на фоне применения таргетных препаратов (ГИБП или ингибиторов JAK)
- Не требуется замена эффективного лечения, **пациент должен продолжать прием препарата **упадацитиниб****, кроме того, переключение на дупилумаб будет сопровождаться выраженным ухудшением патологического процесса до наступления максимальной эффективности препарата (*приблизительно через 8-12 недель*), а в следующий сезон цветения без проведения АСИТ и/или интенсификации лечения аллергологом – будет наблюдаться идентичная ситуация
- Требуется назначение антигистаминных препаратов нового поколения на период цветения, решение о проведении АСИТ
- Требуется интенсификация наружной терапии тГКС с переходом на ТИК в форме крема для подавления кожного патологического процесса

# КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ №2

## ПАЦИЕНТ 17 ЛЕТ

- Страдает atopическим дерматитом с 3 лет жизни, аллергический риноконъюнктивит установлен с 8 лет
- Семейный анамнез не отягощен по дерматологическим заболеваниям и atopическим патологиям
- 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 сопровождалась чувством зуда и отечностью 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

## ВАРИАНТ А

- ✓ Продолжение приема препарата дупилумаб
- ✓ Введение преднизолона в/в коротким курсом для купирования обострения
- ✓ Пероральный прием антигистаминного препарата первого поколения курсом
- ✓ Продолжение нанесения тГКС+АБ+АМ в форме крема 2р/д – до регресса высыпаний
- ✓ Консультация аллерголога и офтальмолога для коррекции терапии
- ✓ Нанесение Lipikar Бальзам AP+M 2р/д – длительно

## ВАРИАНТ В

- ✓ Полная отмена дупилумаба, перевод на упадацитиниб 15мг 1р/д – длительно
- ✓ Пероральный прием антигистаминного препарата первого поколения курсом
- ✓ Прием кетоконазола 200 мг перорально 1 раз в сутки в течение 4 недель
- ✓ тГКС очень высокой активности в форме крема 2р/д на высыпания – до полного регресса
- ✓ Консультация аллерголога и офтальмолога для коррекции терапии
- ✓ Нанесение Lipikar Бальзам AP+M 2р/д – длительно

## ВАРИАНТ Б

- ✓ 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 Lipikar Бальзам AP+M 2р/д – длительно

## ВАРИАНТ Г

- ✓ Временная отмена дупилумаба, переход на препарат упадацитиниб 15мг 1р/д в течение 1 месяца с последующим переключением обратно на дупилумаб
- ✓ Пероральный прием антигистаминного препарата нового поколения курсом
- ✓ ТИК в форме крема 2р/д – до полного регресса
- ✓ Консультация аллерголога и офтальмолога для коррекции терапии
- ✓ Нанесение Lipikar Бальзам AP+M 2р/д – длительно

- У пациента наблюдается **стойкий «красный» дерматит лица (экзематозные высыпания)**, спровоцированные приемом **дупилумаба**, наряду с **ухудшением течения конъюнктивита – частые нежелательные явления от приема дупилумаба по данным реальной клинической практики (RWD/Real World Data)**
- Требуется замена дупилумаба на другую эффективную терапевтическую опцию (**предполагается реакция гиперчувствительности на препарат и/или нарушение иммунного равновесия кожи, провоцирующего нарушение состава микробиома кожи**) – рекомендован прием препарата **упадацитиниб**, который также показан при данном нежелательном явлении – **отмечается клиническое улучшение эритемы лица на фоне лечения ингибиторами JAK1**
- Требуется назначение **противогрибковых средств (предполагается этиологическая роль *Malassezia Furfur*)**, а также консультация аллерголога и офтальмолога для коррекции терапии **аллергического риноконъюнктивита**
- **Нанесение эмоленгов, нормализующих состав микробиома**, может быть полезной терапевтической стратегией после начала улучшения клинической картины!