

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА

АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ 2.0

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 12 ЛЕТ

- Страдает atopическим дерматитом тяжелого течения с 1 года жизни, с 4 лет установлен диагноз сезонного аллергического ринита
- Семейный анамнез отягощен по дерматологическим заболеваниям: у матери atopический дерматит и бронхиальная астма, у отца – псориаз
- Со временем АД приобретает непрерывно-рецидивирующий характер с кратковременными периодами ремиссии, часто отмечалось присоединение вторичной инфекции с формированием очагов монетовидной экземы, в результате чего пациенту был назначен генно-инженерный биологический препарат дупилумаб
- В рамках следующего приема пациента (*через месяц лечения дупилумабом*) наблюдалась отрицательная динамика по кожному патологическому процессу:
 - ✓ выраженное ухудшение картины высыпаний на фоне очередного сезонного обострения аллергического ринита (*цветение березы*), однако до этого, со слов родителей, в целом наблюдалась положительная динамика в виде регресса некоторых нуммулярных очагов и снижения чувства зуда;
 - ✓ появились очаги гипопигментации с четкими границами, как в местах бывших очагов монетовидной экземы и выраженных расчесов, так и на участках, где ранее не наблюдалось высыпаний АД.
- В настоящее время жалуется на распространенные высыпания, выраженный зуд, сухость кожи и появление новых очагов белого цвета



ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА

ВАРИАНТ А

- ✓ Полная отмена дупилумаба, перевод пациента на препарат **упадацитиниб** 15мг 1р/д после дообследования
- ✓ Внутримышечное введение бетаметазона 1мл №2 с промежутком в 20 дней
- ✓ тГКС+АБ+АМ высокой активности в форме крема наружно 2р/д на высыпания АтД
- ✓ тГКС высокой активности 2р/д – 2 нед, затем тГКС утром, ТИК вечером – длительно
- ✓ Нанесение Lipikar Бальзам AP+M, восстанавливающих микробиом, 2р/д – длительно
- ✓ Консультация физиотерапевта для назначения курса 311 нм NB-UVB 3р/нед №70
- ✓ Консультация аллерголога для назначения терапии и решения о проведении АСИТ

ВАРИАНТ Б

- ✓ Временная отмена дупилумаба, переход на препарат упадацитиниб 15мг 1р/д в течение 1 месяца с последующим переключением обратно на дупилумаб
- ✓ Внутримышечное введение бетаметазона 1мл №5 с промежутками в 7 дней
- ✓ тГКС+АБ+АМ высокой активности в форме крема наружно 2р/д на все высыпания
- ✓ Нанесение эмоленов с ранозаживляющими свойствами 2р/д – длительно
- ✓ Консультация аллерголога для назначения терапии и решения о проведении АСИТ

ВАРИАНТ В

- ✓ Продолжение введения дупилумаба, перевод пациента на в/в введение преднизолона с последующим пероральным приемом до купирования состояний
- ✓ Системная антибиотикотерапия (курсовое введение АБ цефалоспоринового ряда)
- ✓ Пероральный прием антигистаминного препарата первого поколения курсом
- ✓ тГКС высокой активности в форме крема 2р/д на все высыпания – длительно
- ✓ Нанесение эмоленов, восстанавливающих микробиом, 2р/д – длительно
- ✓ Консультация физиотерапевта для назначения курса 311 нм NB-UVB 3р/нед №14
- ✓ Консультация аллерголога для назначения терапии и решения о проведении АСИТ

ВАРИАНТ Г

- ✓ Полная отмена дупилумаба
- ✓ Пероральный прием антигистаминного препарата нового поколения – длительно
- ✓ ТИК в форме крема на все высыпания 2р/д – длительно
- ✓ Консультация физиотерапевта для назначения курса 311 нм NB-UVB 3р/нед №20
- ✓ Консультация аллерголога для назначения терапии и решения о проведении АСИТ
- ✓ Нанесение Lipikar Бальзам AP+M, восстанавливающих микробиом, 2р/д – длительно

- ✓ У пациента появились множественные очаги **витилиго** на фоне применения **дупилумаба (дисбаланс Th1-/Th2 иммунного ответа)**
- ✓ **Необходима полная отмена дупилумаба!**
- ✓ Требуется активное подавление аутоиммунного воспаления: тГКС, ТИК, фототерапия, назначение системных ГКС, **эффективного таргетного лечения АтД, нормализующего равновесие Th1-/Th2- иммунного ответа – ингибиторы JAK – упадацитиниб**
- ✓ **Длительные курсы фототерапии 311 нм NB-UVB** под контролем физиотерапевта (с увеличением эритемной дозы) позволят добиться **репигментации очагов витилиго**
- ✓ **Требуется активное наружное лечение АтД, осложненного присоединением вторичной инфекции** – комбинированные тГКС+АБ+АМ, эмоленов, нормализующие видовое разнообразие кожи, фототерапия

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ №2

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 АД 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 сопровождалась выраженным зудом



ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА

ВАРИАНТ А

- ✓ Временная отмена дупилумаба, переход на препарат упадацитиниб 15мг 1р/д в течение 1 месяца с последующим переключением обратно на дупилумаб
- ✓ тГКС очень 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 Lipikar Бальзам AP+M, восстанавливающих барьерную функцию, 2р/д – длительно

ВАРИАНТ Б

- ✓ Полная отмена дупилумаба, перевод пациента на препарат упадацитиниб 15мг 1р/д после дообследования
- ✓ Внутримышечное введение бетаметазона 1мл №3 с промежутком в 5 дней
- ✓ Наружно тГКС высокой активности + салициловая кис-та в форме мази 2р/д – 3 нед
- ✓ Пероральный прием антигистаминного препарата первого поколения – длительно
- ✓ Нанесение эмоленов с мочевиной 2р/д – длительно

ВАРИАНТ В

- ✓ Продолжение введения дупилумаба, перевод пациента на в/в введение преднизолона с последующим пероральным приемом до купирования состояния
- ✓ Пероральный прием антигистаминного препарата первого поколения курсом
- ✓ тГКС+АБ+АМ высокой активности в форме крема 2р/д на все высыпания – длительно
- ✓ Нанесение эмоленов с мочевиной 2р/д – длительно

ВАРИАНТ Г

- ✓ 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 Lipikar Бальзам AP+M, восстанавливающих барьерную функцию, 2р/д – длительно

- ✓ У предрасположенного к псориазу пациента развились множественные псориазиформные высыпания **на фоне применения дупилумаба (дисбаланс Th1-/Th2 иммунного ответа)**
- ✓ **Необходима полная отмена дупилумаба!**
- ✓ Требуется назначение **эффективного таргетного лечения АтД, нормализующего равновесие Th1-/Th2- иммунного ответа – ингибиторы JAK – упадацитиниб**
- ✓ **Требуется активное наружное лечение псориазиформных высыпаний с учетом локализаций** – тГКС высокой активности с переходом на ТИК в форме крема
- ✓ **Требуется поддержание барьерной функции кожи** – эмоленты, восстанавливающие эпидермальный барьер
- ✓ **Назначение салициловой кислоты и мочевины может усугубить АтД по причине ухудшения состояния эпидермального барьера**