

ТАРГЕТНАЯ ТЕРАПИЯ ТЯЖЕЛОЙ ГИПЕРЭОЗИНОФИЛЬНОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ПАЦИЕНТА 13 ЛЕТ.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Волохова Татьяна Викторовна, Волшенкова Полина Алексеевна – студентки 6 курса педиатрического факультета

Научный руководитель – к.м.н., доцент **Воротникова Н.А.**

Заведующий кафедрой – д.м.н., профессор **Черненко Ю.В.**

Актуальность: тяжёлая гиперэозинофильная бронхиальная астма (БА) сложно поддается терапии, в связи с чем создаются новые схемы лечения с применением генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП), одним из которых является блокатор рецептора IL 5 Меполизумаб.

Цель исследования: описать динамику клинического течения тяжелой гиперэозинофильной БА, проанализировать изменения параклинических показателей у пациента А., 13 лет, получающего генно-инженерную терапию Меполизумабом.

Материалы и методы

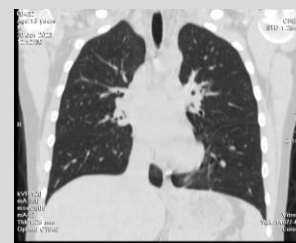
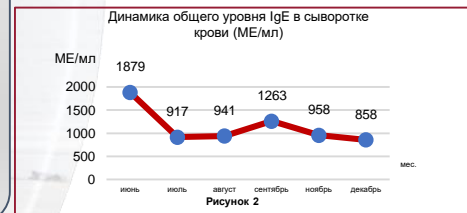
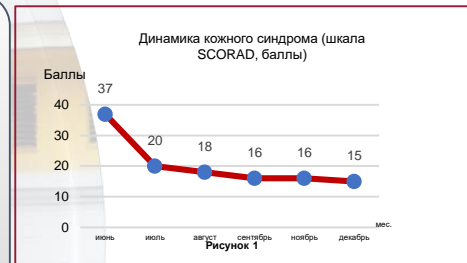
Проведен ретроспективный анализ историй болезни (ф. 003/у) за 7 месяцев 2022 г. пациента А., 13 лет из отделения детской пульмонологии (ОДП) УКБ №1 им. С.Р. Миротворцева СГМУ с тяжелой гиперэозинофильной БА, сочетанной с аллергическим ринитом (АР) и атопическим дерматитом (АД). Учитывая торпидное течение БА (базисная терапия Симбикорт 4,5/160 мкг 2 дозы 2 раза/сут., интраназально Назонекс 2 дозы 2 раза/сут.), инициирована терапия Меполизумабом: по 100 мг п/к плеча каждые 4 недели №7.

Выводы

1. Комплексная терапия тяжёлой БА, усиленная генно-инженерным препаратом Меполизумаб, проводимая пациенту А., 13 лет, способствует нормализации уровня эозинофилов в периферической крови, снижению уровня общего Ig E в сыворотке крови в 2 раза.
2. Меполизумаб достоверно снижает частоту обострений БА, улучшает состояние кожных покровов при атопическом дерматите, демонстрируя высокий профиль эффективности и безопасности.

Результаты

Пациент А. страдает атопической БА с 3,5 лет - при аллергообследовании была выявлена эпидермальная и пылевая сенсибилизация. В качестве базисной противовоспалительной терапии назначена фиксированная комбинация – ингаляционные глюкокортикостероиды и β2-агонисты пролонгированного действия в высоких дозах. Тем не менее, заболевание прогрессировало, установлено тяжелое неконтролируемое течение БА и пациенту оформлена инвалидность. До начала терапии Меполизумабом в гемограмме пациента определялась гиперэозинофилия (940 кл/мкл), гипериммуноглобулинемия (общий Ig E – 1879 МЕ/мл), АСТ–тест – 16 баллов. Атопический дерматит клинически проявлялся ночным кожным зудом, сухостью, выраженной гиперемией и эксфолиациями на коже кистей, локтевых сгибов, голеностопных суставов; индекс SCOARD – 37 (рис. 1). На протяжении последующих 6 месяцев терапии Меполизумабом отмечена положительная динамика как в течении БА (прекратились ночные приступы удушья, сократилась потребность в β2-агонистах короткого действия в 2 раза, АСТ – тест 22 балла), АР (уменьшился отек слизистой и улучшилось носовое дыхание), так и АД (в декабре 2022 г. индекс SCOARD – 15 баллов). Положительная динамика выявлена и в общем анализе крови: уровень эозинофилии в периферической крови достигло нормы к 6 месяцу лечения (70 кл/мкл), (рис. 2), однако гипериммуноглобулинемия (уровень общего Ig E - 858 МЕ/мл) пока сохраняется (рис. 3).



Университетская клиническая больница №1 им. С.Р. Миротворцева
Отделение лучевой диагностики и лучевой терапии
Кабинет компьютерной томографии GE Optima 540 (7 корпус)

ФИО:	Отделение:	ДПО	
Возраст:	13	Напр. диагност.	Обследование
Пол:	М	Перв. контр.	Первичное
Дата и-к:	30.01.23	Вид и обл. и-к:	МСКТ ОГК
Время и-к:	12:13	Кусачение	Без х/у
Технические параметры и ограничения визуализации:	Исследование выполнено в спиральном режиме, реконструированы срезы 1,25 мм Определяются артефакты дыхания		



ЛЕГКИЕ: На всем протяжении лёгочная паренхима без очаговых и инфильтративных изменений, равномерно воздушна. Костальная и парамедиастинальная плевра без особенностей. Сосудистый рисунок не изменён, корни лёгких структурны. Трахея, главные и сегментарные бронхи проходимы, не деформированы. Корни лёгких не расширены, структурны. Диафрагма расположена обычно, куполообразной формы, контуры ровные, чёткие. Воздуха и выпота в плевральных полостях не определяется.

СРЕДОСТЕНИЕ: средостение не расширено, структуры дифференцированы, тимус не расширен, структурен, однороден, соответствует возрастной норме, плотностью 48 НУ.

ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ: патологически увеличенные не визуализируются

МЯГКИЕ ТКАНИ: без выраженных изменений

КОСТНЫЕ СТРУКТУРЫ: без выраженных изменения

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: На момент исследования КТ-признаков патологии ОГК не выявлено.

Рисунок 4. КТ ОГК пациента А., 13 лет