

РЕПИГМЕНТАЦИЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ВИТИЛИГО ПРИ ПЕРОРАЛЬНОМ ПРИЕМЕ БАРИЦИТИНИБА В СОЧЕТАНИИ С ФОТОТЕРАПИЕЙ NB-UVB

Phd Алиев А. Ш.

Мирвасидов Миркамол Мухтар угли

Ассистент кафедры дерматовенерологии и косметологии

Ташкентская медицинская академия

Абстракт

Витилиго — приобретенное аутоиммунное заболевание кожи, клинически характеризующееся отчетливыми белыми пятнами и пятнами, возникающими в результате прогрессирующего разрушения меланоцитов. Путь JAK-STAT играет важную роль в потере эпидермальных меланоцитов. Барицитиниб может блокировать путь JAK-STAT и последующие хемокины в качестве нового ингибитора JAK1/2. В этом отчете мы описываем успешное лечение 2 пациентов пероральным барицитинибом в сочетании с фототерапией NB-UVB, что является хорошей альтернативой и дополнением к лечению рефрактерного витилиго.

Ключевые слова: сигнальный путь IFN- γ , ингибитор Янус-киназы, барицитиниб, витилиго.

Введение

Витилиго представляет собой приобретенное депигментарное заболевание кожи с различной частотой ответа на текущую терапию.

1 Фототерапия узкополосным ультрафиолетом В (NB-UVB) является одним из терапевтических вариантов первой линии для лечения генерализованного витилиго, и ее всегда следует комбинировать с другими методами лечения для повышения ее эффективности. такие как системные кортикостероиды, стероиды для местного применения и такролимус для местного применения. Однако часто встречается резистентность к лечению.

2 Ингибиторы Янус-киназы (JAK) могут блокировать сигнальный путь интерферона- γ (IFN- γ) и связывать хемокины, которые опосредуют

разрушение меланоцитов, и становятся новым методом лечения витилиго. Как новый ингибитор JAK, барицитиниб может быть полезным дополнением к фототерапии и другим методам лечения. Здесь мы сообщаем о двух случаях генерализованного витилиго, у которых была достигнута удовлетворительная репигментация при пероральном приеме барицитиниба в сочетании с фототерапией узкополосным ультрафиолетом В (NB-UVB).

1. Пациентка 1, 17-летняя женщина, в течение 3 лет страдала от белых пятен на туловище и конечностях. Эти поражения впервые появились на груди 3 года назад после пребывания на солнце во время военной подготовки и быстро увеличились в размерах и количестве. В местной больнице ей поставили диагноз витилиго, и она отказывалась от традиционных методов лечения, включая местные стероиды, такролимус, кальципотриол, системные кортикостероиды в сочетании с фототерапией NB-UVB, пероральные таблетки глицирризина и китайские травы. В анамнезе у нее был гипотиреоз, принимавший 50 мкг левотироксина в день в качестве единственного лекарства, и в семейном анамнезе не было случаев витилиго. Физикальное обследование выявило множественные диффузные депигментированные пятна с нечеткими границами и трехцветное витилиго, охватывающее туловище и конечности. На правых ребрах также был обнаружен гало-невус (рис. 1a–c). Исследование лампой Вуда подчеркнуло эти пятна. Рутинные гематологические и биохимические тесты, серология вируса и тест Т-пятна были в норме. Пациенту назначали барицитиниб перорально по 2 мг два раза в день и 0,1% мазь такролимуса два раза в день вместе с фототерапией NB-UVB два раза в неделю, начальная доза фототерапии составляла 200 мДж/см² с последующим увеличением на 20% при каждом посещении, если она переносилась. Репигментация поражений впервые наблюдалась через 1 месяц. Примечательно, что через 8 месяцев после начала лечения в гипопигментированных пятнах наблюдалась значительная репигментация с хорошей переносимостью

2 Пациентка 2 была 56-летней женщиной с 27-летним анамнезом витилиго и быстрым прогрессированием в течение 1 года. У нее также в анамнезе была астма и хронический ринит. Гипопигментированные пятна начинались на туловище, а затем медленно распространялись и увеличивались в области лица



и конечностей при применении пероральных китайских трав, местного такролимуса, NB-UVB и калориопунктуры. Поражения быстро прогрессировали из-за бессонницы и тревоги в течение последнего года. У нее не было семейной истории витилиго. Физикальное обследование выявило множественные участки кожи от гипопигментации до депигментации на лице, туловище и конечностях (около 60% BSA, основная площадь поверхности) (рис. 2a–c). Исследование лампой Вуда подчеркнуло эти пятна. Рутинные гематологические и биохимические тесты, серология вируса и тест Т-пятна были в норме. Для быстрого прогрессирования витилиго ей вводили инъекции дипроспана каждые 4 недели, перорально гинкго билоба по 80 мг два раза в день вместе с местной 0,1% мазью такролимуса, кремом с фуроатом мометазона и фототерапией всего тела NB-UVB с начальной дозой 200 мДж./см² с последующим увеличением на 20% при каждой последующей обработке. Через три месяца состояние больного стабилизировалось. Впоследствии системные кортикостероиды были заменены пероральным барицитинибом по 2 мг два раза в день, а остальная часть лечения была продолжена. Через 6 месяцев наблюдалась более 75% репигментации поражений (рис. 2d–f). Кроме того, препарат хорошо переносился без каких-либо побочных эффектов у обоих пациентов.

Заключение

В представленных случаях комбинированное лечение пероральным барицитинибом и фототерапией NB-UVB показало удовлетворительную репигментацию и хорошую переносимость. За этими пациентами будут продолжать наблюдать, и по-прежнему необходимы рандомизированные контрольные исследования (РКИ) на больших популяциях для проверки эффективности и безопасности ингибиторов JAK при лечении витилиго.

Литература

1. Rahimi H, Zeinali R, Tehranchinia Z. Photodynamic therapy of vitiligo: a pilot study. Photodiagnosis Photodyn Ther. 2021;**36**:102439. doi: 10.1016/j.pdpdt.2021.102439 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]



2. Yazdani Abyaneh M, Griffith RD, Falto-Aizpurua L, Nouri K. Narrowband ultraviolet B phototherapy in combination with other therapies for vitiligo: mechanisms and efficacies. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2014;**28**(12):1610–1622. doi: 10.1111/jdv.12619 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
3. Moya EC, Bruinsma RL, Kelly KA, Feldman SR. How suitable are JAK inhibitors in treating the inflammatory component in patients with alopecia areata and vitiligo? *Expert Rev Clin Immunol*. 2022;**18**(3):189–191. doi: 10.1080/1744666X.2022.2036607 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
4. Frisoli ML, Essien K, Harris JE. Vitiligo: mechanisms of pathogenesis and treatment. *Annu Rev Immunol*. 2020;**38**:621–648. doi: 10.1146/annurev-immunol-100919-023531 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
5. Relke N, Gooderham M. The use of janus kinase inhibitors in vitiligo: a review of the literature. *Review. J Cutan Med Surg*. 2019;**23**(3):298–306. doi: 10.1177/1203475419833609 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
6. Mumford BP, Gibson A, Chong AH. Repigmentation of vitiligo with oral baricitinib. *Australas J Dermatol*. 2020;**61**(4):374–376. doi: 10.1111/ajd.13348 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
7. Liu LY, Strassner JP, Refat MA, Harris JE, King BA. Repigmentation in vitiligo using the Janus kinase inhibitor tofacitinib may require concomitant light exposure. *J Am Acad Dermatol*. 2017;**77**(4):675–682 e1. doi: 10.1016/j.jaad.2017.05.043 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
8. Nada HR, El Sharkawy DA, Elmasry MF, Rashed LA, Mamdouh S. Expression of Janus Kinase 1 in vitiligo & psoriasis before and after narrow band UVB: a case–control study. *Arch Dermatol Res*. 2018;**310**(1):39–46. doi: 10.1007/s00403-017-1792-6 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
9. Urso B. Jak-inhibitors and UV-B: potential combined therapy for vitiligo. *Dermatol Ther*. 2017;**30**(5):e12531. doi: 10.1111/dth.12531 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
10. Dong J, Huang X, Ma LP, et al. Baricitinib is effective in treating progressing vitiligo in vivo and in vitro. *Dose Response*. 2022;**20**(2):15593258221105370. doi: 10.1177/15593258221105370 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar].

