

Первый опыт применения МабТеры у больных с тяжелым течением ревматоидного артрита

Э.Н. Оттева,
Красная клиническая больница № 1
Институт повышения квалификации
специалистов здравоохранения г. Хабаровск

Использование биологических препаратов в практике ревматологов стало гигантским шагом в лечении тяжелых форм ревматоидного артрита (РА).

Цель: оценить эффективность и переносимость ритуксимаба у больных с тяжелым течением РА.

Материал и методы.

В исследование включены 3 пациентки с достоверным диагнозом по критериям Американской коллегии ревматологов. Это были медицинские работники (2 - врача и 1 медицинская сестра) 38 (двое) и 44 лет. В анамнезе у одной пациентки в 25 лет имела место хламидийная инфекция, одна - страдала бронхиальной астмой без приема глюкокортикоидов. Длительность заболевания была различной: 3, 7 и 14 лет. Все больные были серопозитивными по ревматоидному фактору; имели 2 рентген-стадию, у двух изменения в лучезапястных суставах укладывались в 3 стадию.

До назначения ритуксимаба среднее число припухших суставов (ЧПС) составило - 17,0, число болезненных (ЧБС) - 19. Длительность утренней скованности, в среднем, составила до 160 мин. Интенсивность болевого синдрома по визуальной - аналоговой шкале (ВАШ) была 92 мм. РА протекал с различными внесуставными проявлениями (ревматоидными узелками, амиотрофиями, полинейропатией). Таким образом, все больные страдали РА, 3 степенью активности. Средний индекс DAS 28 составил - 6,8. Качество жизни по опроснику HAQ было очень низким - 2,1.

Результаты.

Применение ритуксимаба в первом случае было обусловлено выбором самой больной, т.к. отмечалась недостаточная эффективность метотрексата в стандарт-

ных дозировках. В двух других случаях больные получали метотрексат до 25 мг/неделю, мини - "пульсы" по 250 мг метилпреднизолона в синхронизирующем с плазмаферезом режиме. В связи с выраженной диспепсией одна больная была переведена на лефлюномид (20 мг). Двое больных переведены на инфликсимаб (сделано 6 и 7-ой инфузий). В одном случае развилась лихорадка, резко положительная проба Манту, пациентка начала получать профилактическую туберкулостатическую терапию. В другом случае на 7 инфузии развился отек Квинке. Течение РА продолжало носить прогрессирующий характер.

Ритуксимаб (МабТера) применялся по протоколу ГУ Института Ревматологии по 1000 мг в/венно с использованием пластиковых упаковок (Baxter) после премедикации на 1 и 15 день 1 раз в 6 месяцев. Трансфузионные реакции у пациентов не отмечены. Через 1 мес. у одной больной развился кожный васкулит (рис.3,4), вызванный эпидермальным стафилококком, который регрессировал после 10 дневного курса цефалоспоринов.

Несмотря на лабораторное улучшение, быструю деплецию CD19 в иммунном статусе, достоверное клиническое улучшение получено только к 3 месяцу, которое продолжало неуклонно расти к 6 мес. Быстрее снижалось ЧПС, чем ЧБС. К 3 мес.средние показатели болевого синдрома по ВАШ уменьшились до 28 мм, СОЭ до 23 мм/час. Активность по DAS 28 достоверно снизилась до 4,1, что привело к улучшению качества жизни по HAQ до 0,9 (рис. 1, 2).

При мониторингировании все пациентки работали, считали себя практически здоровыми, качество жизни по опроснику HAQ было сравнимо с популяционным. К 6 мес.



активность РА по DAS 28 достигла целевого уровня ($< 2,4$). По согласованию с координатором регистра двум больным доза ритуксимаба была снижена до 500 мг в 1 и 15 день, одной пациентке после кожной инфекции второй курс терапии был

отсрочен, ремиссия РА сохраняется. Таким образом, наши результаты подтверждают полученные другими авторами данные о высокой эффективности препарата в лечении тяжелых форме РА.

