

Опыт применения препарата МАБТЕРА у больной ревматоидным артритом

Р.Г. Камалова, Л.М. Валишина
Республиканская Клиническая Больница им. Г.Г. Кузатова г.Уфа

В Башкирском Республиканском ревматологическом центре имеется опыт лечения больных ревматоидным артритом с целью подготовки к эндопротезированию крупных суставов. Одним из критериев отбора для проведения эндопротезирования является стойкое снижение активности воспалительного процесса без применения терапии глюкокортико-стероидами. При хроническом течении РА назначение базисной терапии не всегда приводит к купированию активности процесса, что приводит к поиску более эффективной терапии. С этой целью на базе РЦ РБ применялась терапия "биологическими агентами", в частности ритуксимабом, что позволило в краткие сроки провести предоперационную подготовку, успешно протезировать коленный сустав и отказаться от приема НПВП.

Приводим наше наблюдение.

Больная Б. 35 лет. Впервые обратилась в РЦ РБ в 2001 году с жалобами на сильные боли в суставах, утреннюю скованность, ограничение движений, слабость, похудание. Заболела в возрасте 28 лет, когда впервые появились боли в мелких суставах кистей и стоп, похудание. Лечилась по месту жительства, принимала НПВП без особого эффекта. При обращении в РЦ РБ у больной отмечались стойкие рентгенологические изменения кистей, стоп, тазобедренных и коленных суставов. При обследовании были проведены исследования крови, мочи, рентгенологические исследования суставов.

В анализах крови СОЭ- 56-48 мм в час, Нв- 96-108 г/л, Эр. 3,6- 3,8x10¹²

Лейкоциты- 5,6-6,2x10⁹, тромбоциты 320-280x10⁹, РФ -196-102 МЕ/мл, СРБ-48-24 мг/мл. Рентгенологические - сужение суставной щели, множественные узур в пястно-фаланговых суставах, выраженное сужение суставной щели правого тазобедренного сустава. Был выставлен диагноз: Ревматоидный артрит, серопозитивный, быстропрогрессирующее течение, ??? рентген стадия, ФН -2 степени. Была назначена терапия метотрексатом в дозе 15 мг в неделю, НПВП. В течение последующих лет, сохранялась активность процесса с высокими лабораторными показателями, в связи с чем, получала ГКС в суточной дозе 15 мг. В апреле 2005 года при очередном обращении, была назначена терапия инфликсимабом. Получила 5 инфузий в дозе 200 мг. Отмечалась положительная клиническая и лабораторная динамика, и в 2006 году было проведено эндопротезирование правого тазобедренного сустава. Послеоперационный период протекал с выраженным обострением основного процесса, вновь отмечались высокие показатели воспалительного процесса. Так в анализах крови СОЭ - 46-38 мм в час, лейкоциты 7,8-8,9x10⁹, Эр-4,5-3,8 x10¹², тромбоциты 280-240x10⁹ РФ- 92-48 МЕ/мл, СРБ 24-48 мг/мл. Появились выраженные рентгенологические изменения левого коленного сустава в виде резкого сужения щели, фиброзный анкилоз. Вновь была вынуждена принимать поддерживающие дозы ГКС 15 мг в сутки. В августе 2007 года получила первую инфузию ритуксимаба в дозе 1000 мг, через две недели вторую инфузию ритуксимаба. Через три недели



после второй инфузии отмечалась значительная положительная клиническая и лабораторная динамика, СОЭ 12-8 мм в час, лейкоциты $7,4-5,8 \times 10^9$, эритроциты $4,5 \times 10^{12}$, Нв- 136 г\л, РФ - 16 МЕ/мл, СРБ 48 мг/мл, удалось снизить дозу ГКС до 5 мг и через месяц полностью отказаться от приема стероидов. Продолжала получать 10 мг метотрексата в неделю. В ноябре 2007 года было произведено эндопротезирование левого коленного сустава. В послеоперационном периоде в течение трех дней получала трамадол, в последующем в назначении НПВП, ГКС не нуждалась. В настоящее время состояние больной удовлетворительное. Полностью

себя обслуживает, во вспомогательных приспособлениях не нуждается. В анализах крови - СОЭ- 8 мм в час, Нв- 132 г/л, Лейкоциты $6,4 \times 10^9$, Эритроциты $5,4 \times 10^{12}$, тромбоциты 280×10^9 , СН<- отрицательный, РФ- 8 МЕ\мл. Получает 10 мг метотрексата в неделю.

Таким образом, пациенты, нуждающиеся в эндопротезировании суставов, могут получать лечение БМП, в частности "биологическими агентами" _ МАБТЕРА, что позволило значительно сократить предоперационные и послеоперационные сроки и в последующем отказаться от приема поддерживающих доз НПВП и ГКС.

