

6-летняя ремиссия аутоиммунной гемолитической анемии после терапии ритуксимабом. Описание случая.

Колганов А.В.¹, Пивник А.В.², Рыбина С.И.¹
1. Медицинский Центр Банка России
2. Медицинский Центр «Генотехнологии»

Аутоиммунная гемолитическая анемия (АИГА) является одной из самых частых причин приобретенной гемолитической анемии. Причина АИГА остается идиопатической в 50% случаев. Клиническое представление об АИГА зависит от типа: тепловая агглютинация, холодная агглютинация и смешанный тип. АИГА с сочетанием холодных и тепловых агглютининов зачастую носит хроническое рецидивирующее течение. Терапевтический диапазон лечения достаточно узок – использование стероидов, циклоспорина или цитостатиков, таких как циклофосфамид, хлорамбуцил. Также зачастую используется плазмаферез и спленэктомия. Появившиеся в последние годы описания эффективности ритуксимаба при лечении АИГА продемонстрировали частоту полных и длительных ремиссий более 50%, что послужило обоснованием для использования нами данной тактики лечения.

58-летний пациент, имевший в анамнезе холестатический гепатит алиментарного генеза, хронический атрофический гастрит, ассоциированный с *H.pylori*, в течение 2-х лет чувствовал себя удовлетворительно, беспокоил неустойчивый стул, диспепсические явления. Строго соблюдал диету (5 стол), принимал гомеопатические препараты. Больной поступил в стационар с жалобами на появление в течение последних

трех дней слабости и одышки. Витальные функции были стабильны, за исключением тахикардии до 130-140 ударов в минуту. Пациент был бледен и иктеричен, обращали на себя внимание спленомегалия и пастозность голеней. Увеличения лимфоузлов периферических групп не отмечалось. В клиническом анализе крови уровень гемоглобина был снижен до 86 г/л, ретикулоцитов 59%, уровень лейкоцитов и тромбоцитов неизменен. При микроскопии отмечалась агглютинация эритроцитов, полихромазия, мишеневидные эритроциты, сфероциты. Уровень гаптоглобина был снижен до 9.18 мг/дл, прямая проба Кумбса была положительна, ЛДГ 1320 Ед/л.

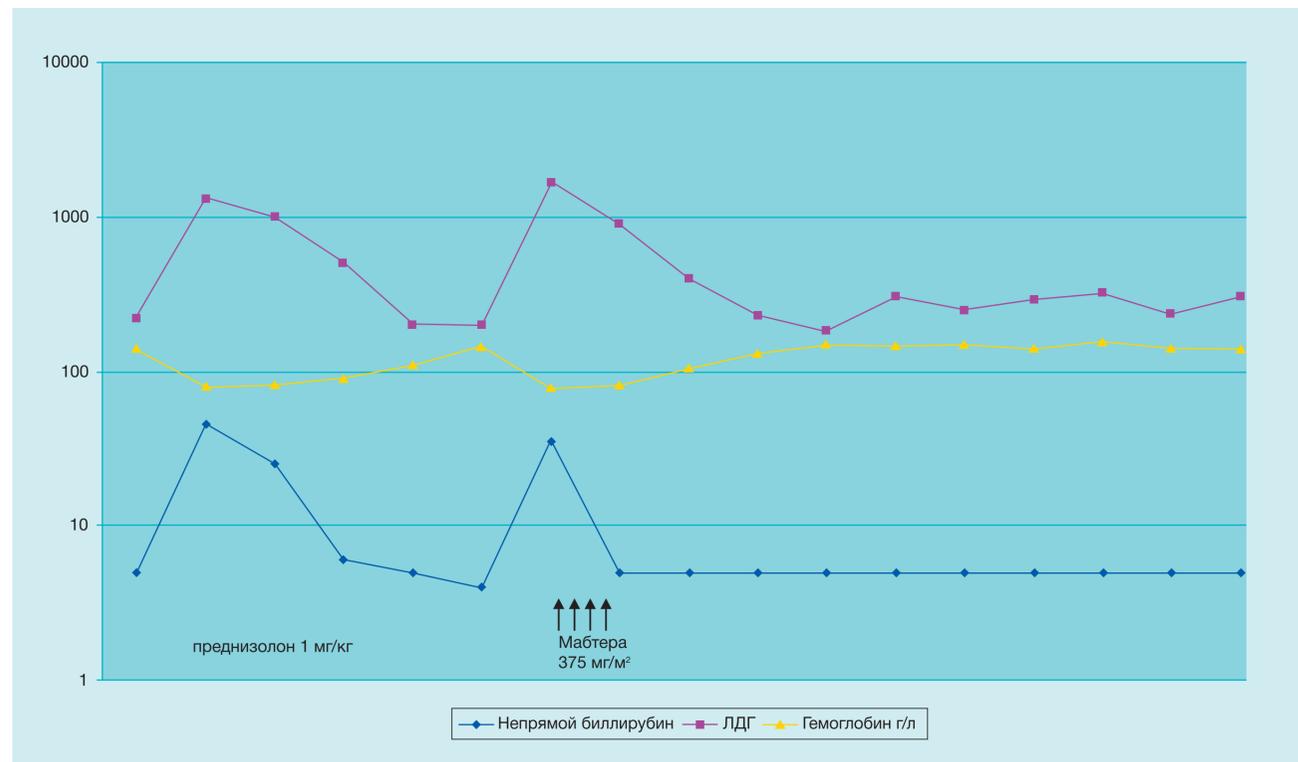
Были исключены коллагенозы, ВИЧ. Проведение КТ грудной клетки, брюшной полости, трепанобиопсии подвздошной кости (выявлена эритроидная гиперплазия) позволили исключить лимфому.

Была начата терапия преднизолоном 1 мг/кг/сутки, на фоне которой через 4 недели нормализовались уровни гемоглобина, эритроцитов, ЛДГ, проба Кумбса была отрицательной. Преднизолон был отменен за 5 месяцев под регулярным контролем показателей крови. Лечение осложнилось обострением язвенной болезни 12-перстной кишки, артериальной гипертонией, также отмеча-

лись эпизоды психотических реакций, ранее не свойственных пациенту.

Рецидив гемолитической анемии зафиксирован спустя 3 месяца после отмены преднизолона. Пациент поступил в стационар с анемией, лихорадкой до 37.8 °С. Повторно проведенное обследование подтвердило рецидив гемолиза и отсутствие у больного лимфопролиферативного заболевания. Учитывая короткую длительность ремиссии, осложнения терапии преднизолоном и отказ пациента от возможного оперативного вмешательства (спленэктомия) или приема цитостатиков, было решено провести терапию ритуксимабом в дозе 375 мг/м² еженедельно. В общей сложности было проведено 4 инфузии препарата с соблюдением 7-дневного интервала между введениями. Нормализация уровня ретикулоцитов, отрицательная проба Кумбса и снижение уровня ЛДГ были отмечены через 6 дней от начала лечения. Нормализация показателей периферической крови и уровня ЛДГ были достигнуты к 18 дню лечения. Следует отметить, что пациент был выписан из стационара через 3 дня от начала лечения, оставался трудоспособным и последующие три введения Мабтеры осуществлялись в режиме дневного стационара. Дальнейшее наблюдение за пациентом в течение 65 месяцев не выявило рецидива гемолитической анемии.

Динамика лабораторных показателей пациента М.



Заключение:

Использование ритуксимаба может быть рассмотрено в качестве терапии 2 линии у пациентов с АИГА, которым невозможна эскалация дозы глюкокортикоидов, проведение спленэктомии.