

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
СОЮЗ ПЕДИАТРОВ РОССИИ**

**ФЕДЕРАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ  
С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ**

**Главный внештатный  
специалист педиатр  
Минздрава России  
Академик РАН  
А.А. Баранов**

**2015 г.**

## ОГЛАВЛЕНИЕ

МЕТОДОЛОГИЯ.....	3
ОПРЕДЕЛЕНИЕ .....	6
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ.....	6
ЭТИОЛОГИЯ.....	7
ПАТОГЕНЕЗ.....	8
КЛАССИФИКАЦИЯ.....	10
КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА .....	12
ДИАГНОСТИКА .....	20
ПРИМЕРЫ ДИАГНОЗОВ .....	22
ЛЕЧЕНИЕ.....	22
ЛЕЧЕНИЕ ОБОСТРЕНИЙ РС .....	23
ПРЕПАРАТЫ, ИЗМЕНЯЮЩИЕ ТЕЧЕНИЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА.....	24
ПРОФИЛАКТИКА.....	29
ИСХОДЫ И ПРОГНОЗ.....	30
Список литературы.....	31

## ФЕДЕРАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Данные клинические рекомендации разработаны профессиональной ассоциацией детских врачей Союз педиатров России, актуализированы, утверждены на XVIII Конгрессе педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии» 14 февраля 2015г.

Авторский коллектив: академик РАН А.А. Баранов, член-корреспондент РАН Л.С. Намазова-Баранова, проф., д.м.н. Л.М. Кузенкова, к.м.н. Н.Л. Столярова, к.м.н. Б.И. Бурсагова, проф., д.м.н. В.М. Студеникин, д.м.н. А.Л.Куренков, к.м.н. Н.В.Гольцова.

Авторы подтверждают отсутствие финансовой поддержки/конфликта интересов, который необходимо обнародовать.

### МЕТОДОЛОГИЯ

**Методы, используемые для сбора/селекции доказательств:** поиск в электронных базах данных.

**Описание методов, использованных для оценки качества и силы доказательств:** доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кохрейновскую библиотеку, базы данных EMBASE, MEDLINE и PubMed. Глубина поиска - 5 лет.

**Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:**

- Консенсус экспертов;
- Оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой (схема прилагается).

**Таблица 1**  
**Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций**

Уровни доказательств	Описание
1++	Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), или РКИ с очень низким риском систематических ошибок.
1+	Качественно проведенные мета-анализы, систематические, или РКИ с низким риском систематических ошибок.
1-	Мета-анализы, систематические, или РКИ с высоким риском систематических ошибок.
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи.
2+	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной

	взаимосвязи.
2-	Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи.
3	Не аналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев).
4	Мнение экспертов.

**Методы, использованные для анализа доказательств:**

- Обзоры опубликованных мета-анализов;
- Систематические обзоры с таблицами доказательств.

**Описание методов, использованных для анализа доказательств**

При отборе публикаций, как потенциальных источников доказательств, использованная в каждом исследовании методология изучается для того, чтобы убедиться в ее валидности. Результат изучения влияет на уровень доказательств, присваиваемый публикации, что в свою очередь, влияет на силу рекомендаций.

Для минимизации потенциальных ошибок каждое исследование оценивалось независимо. Любые различия в оценках обсуждались всей группой авторов в полном составе. При невозможности достижения консенсуса привлекался независимый эксперт.

**Таблицы доказательств:** заполнялись авторами клинических рекомендаций.

**Методы, использованные для формулирования рекомендаций:** консенсус экспертов.

**Таблица 2**  
**Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций**

Сила	Описание
А	По меньшей мере, один мета-анализ, систематический обзор, или РКИ, оцененные, как 1++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов.
В	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или Экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 1++ или 1+.
С	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или Экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2++.

D	Доказательства уровня 3 или 4; или Экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2+.
---	--

### **Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points – GPPs)**

Рекомендуемая доброкачественная практика базируется на клиническом опыте авторов разработанных рекомендаций.

#### **Экономический анализ**

Анализ стоимости не проводился и публикации по фармакоэкономике не анализировались.

#### **Метод валидации рекомендаций**

- Внешняя экспертная оценка.
- Внутренняя экспертная оценка.

#### **Описание метода валидации рекомендаций**

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которых прежде всего попросили прокомментировать, насколько доступна для понимания интерпретация доказательств, лежащая в основе рекомендаций.

От врачей первичного звена (неврологов) получены комментарии в отношении доходчивости изложения данных рекомендаций, а также их оценка важности предлагаемых рекомендаций, как инструмента повседневной практики.

Все комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались членами рабочей группы (авторами рекомендаций). Каждый пункт обсуждался в отдельности.

#### **Консультация и экспертная оценка**

Проект рекомендаций был рецензирован независимыми экспертами, которых прежде всего попросили прокомментировать доходчивость и точность интерпретации доказательной базы, лежащей в основе рекомендаций.

#### **Рабочая группа**

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведен к минимуму.

#### **Основные рекомендации**

Сила рекомендаций (A-D), уровня доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) и индикаторы доброкачественной практики – good practice points (GPPs) приводятся при изложении текста рекомендаций.

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Рассеянный склероз (РС) – хроническое прогрессирующее инвалидизирующее заболевание нервной системы, характеризующееся диссеминированными очагами воспаления и демиелинизации с формированием вторичной диффузной дегенерации.

### **Код МКБ-10**

G 35.0 – Рассеянный склероз

## ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

В мире зарегистрировано 3 млн. случаев, в Европе – 350 тыс., в США – 450 тыс., в России – 150 тыс. (А.А. Баранов и др., 2013). При изучении эпидемиологии рассеянного склероза в Москве было установлено, что дебют заболевания до 16 лет отмечался у 5,66% пациентов (Бойко А.Н. и соавт, 2014).

Самым ранним возрастом дебюта достоверного, патоморфологически подтвержденного РС принято считать 10 мес. – клинический случай, описанный С. Shaw и Е. Alvord в 1987г. (Shaw С.М. et al., 1987; Быкова О.В. и др., 2004). В Европе на педиатрический рассеянный склероз приходится до 5% всех случаев болезни (Tenenbaum S.N, 2013). Во всех популяциях женщины болеют РС в 1,5-2 раза чаще, чем мужчины. При этом у детей в возрастной группе до 10 лет частота возникновения РС примерно одинакова как у девочек, так и у мальчиков, и лишь в подростковом возрасте она значительно возрастает в женской популяции. Данная закономерность послужила одной из причин, разделения педиатрического РС на две возрастные категории: "детский" РС с дебютом заболевания до 10 лет (до начала пубертатного периода) и "ювенильный" РС с дебютом заболевания от 10 до 15 лет. Отдаленный прогноз прогрессирования заболевания, более благоприятен в группе больных с "детским" РС, в то время как пациенты с "ювенильным" РС, независимо от пола, имеют более "злокачественное" течение РС с частыми обострениями и быстрым формированием стойкого неврологического дефицита (Venkateswaran S et al., 2010).

Распространенность РС значительно зависит от географических зон: она наиболее низка в зоне экватора и увеличивается по мере удаления от него. Самая высокая заболеваемость РС отмечается в Северной Европе, средней части Северной Америки и на

юге Австралии. Болеют преимущественно лица европеоидной расы, реже – выходцы из Азии, Африки.

## ЭТИОЛОГИЯ

Несмотря на большое число исследований, посвященных изучению этиопатогенеза рассеянного склероза, причины его развития окончательно неясны. Наиболее обоснованной считается мультифакторная теория, подразумевающая сочетание генетической предрасположенности и внешних факторов (включая инфекционные агенты).

Некоторые основные положения о роли наследственных факторов подтверждаются данными многолетних исследований о генетической предрасположенности к РС, которая определяется набором генов, как связанных, так и не связанных с иммунным ответом (в зависимости от этнического своеобразия). РС является мультигенным заболеванием с вовлечением локусов, имеющих разное значение в различных этнических группах. Генетические факторы могут обуславливать своеобразие клинических форм РС; при этом возможно одновременное присутствие различных генов, влияющих на особенности патогенеза, течения и прогноз процесса демиелинизации. Единственный универсальный локус, слабо связанный с повышенным риском развития РС, был картирован на 6-й хромосоме в области Human Leukocytes Antigens (HLA) класса II главного комплекса гистосовместимости, т.е. подтвердилась хорошо известная ранее, слабая, но наиболее устойчивая ассоциация РС с определенным гаплотипом HLA, как правило, DR2 (Ebers G., 2005; Szczucinski A. 2007). Наиболее значимой эта ассоциация оказалась при обследовании случаев РС с ранним началом заболевания, то есть в возрасте до 16 лет (Boiko A.N., 2002).

Хонджариан О.А. с соавт., (1987), указывают, что антигены HLA, а именно HLA-A3, B7, DR2, DW2, DQ6 косвенно ответственны за развитие педиатрического. Также Гусевым Е.И. с соавт.,(1997), было показано, что для РС характерны определенные генотипы цепей Т-клеточного рецептора, константных и переменных регионов иммуноглобулинов, фактора некроза опухоли-а (ФНО-а), белков миелина, транспортных белков, а также ряда ферментов.

Проявления генетической предрасположенности к РС нередко связаны с внешними факторами. Среди внешних факторов имеет значение частота перенесенных ребенком инфекций, психоэмоциональный стресс, наличие контактов с токсическими веществами (СО, мышьяк, свинец, цинк, марганец и др.), особенности питания (избыточное количество белка и жиров животного происхождения) и алиментарный дефицит по ряду

витаминов (витамин D, B<sub>12</sub> и т.д.). Накапливается все больше доказательств роли недостаточности витамина D в развитии РС. Витамин D – мощный регуляторный фактор, способный подавлять иммунопатологические реакции организма (чрезмерную активность T1-хелперов, повреждающих миелиновую оболочку нервов), он является прямым и косвенным регулятором дифференцировки и активации CD4+ T-клеток. Высокий уровень содержания витамина D в крови снижает риск РС (у лиц европеоидной расы); повышение уровня 25-гидроксивитамина D на каждые 50 нмоль/л уменьшает риск заболевания примерно на 40%). Некоторые инфекционные факторы могут являться «триггерами» РС: вирусы (кори, ретровирусы, Эпштейна-Барр, другие герпесвирусы, парамиксовирусы и т.д.), микоплазмы, стафилококки, стрептококки, бледная спирохета, грибки и другие патогены.

Теория «медленного вируса», согласно которой РС развивается и прогрессирует под воздействием неизвестного вируса (или вирусов) на сегодня утратила свою актуальность, поскольку изменения, происходящие в мозге при медленных инфекциях нервной системы, значительно отличается от таковых при РС.

## ПАТОГЕНЕЗ

Патогенез РС складывается из трёх основных патологических процессов: воспаление, демиелинизация и нейродегенерация.

Развитию воспалительной реакции в ЦНС при РС предшествует активация анергичных T-клеток на периферии вне ЦНС с последующим проникновением аутореактивных T-клеток через ГЭБ посредством увеличения экспрессии молекул адгезии (Яхно Н.Н., 2003). Выход лейкоцитов из сосудистого русла осуществляется через ряд этапов: селектинопосредованная адгезия, диапедез, миграция к очагу воспаления (Пак Л.А., 2014).

В физиологических условиях ГЭБ имеет очень низкую проницаемость для иммунокомпетентных клеток и молекул. Обычно в ЦНС иммунная реактивность регулируется клетками микроглии и астроцитами. Другими веществами, повышающими открытость ЦНС, являются молекулы адгезии, хемокины, цитокины и матриксные металлопротеазы (ММП).

Проведенные в последние годы исследования по детализации различных звеньев патогенеза РС, в частности, показали важную роль матриксных металлопротеаз (ММП) в повышении проницаемости ГЭБ. ММП-7 и ММП-9 продуцируются астроцитами и макроглией под влиянием провоспалительных цитокинов и играют важную роль в



повышении проницаемости ГЭБ, миграции аутореактивных Т-клеток в паренхиму центральной нервной системы, механизмах демиелинизации.

Проникшие в нервную систему активированные Т-клетки, вторично активированные макрофаги и клетки микроглии выделяют провоспалительные цитокины: интерферон-гамма, лимфотоксин, фактор некроза опухолей- $\alpha$ , что ведет к развитию ограниченной воспалительной реакции. На этом фоне начинает быстро меняться микроокружение головного мозга за счет резкого возрастания содержания медиаторов воспаления, изменяется проницаемость ГЭБ, в результате открывается доступ вторичного потока моноцитов и других клеток воспаления в ЦНС (Опольский М.Б., 2005). Помимо активации клеточного звена, в патогенез РС вовлекается и гуморальное звено иммунитета, повышается активность системы комплемента. В результате каскада иммунологических и биохимических нарушений развивается повреждение миелина и олигодендроцитов.

Raine C.S., Bonetti B., Cannella B. (1998) было показано, что ключевым фактором патогенеза повреждений при РС является гибель нейронов, которая реализуется как запрограммированная гибель клетки (ПГК) (апоптоз) и патологическая клеточная смерть (некроз). В результате происходит повреждение аксонов и нейронов, степень выраженности которого варьирует по интенсивности как в различных очагах поражения у одного пациента, так и при сравнении очагов у разных больных РС. В настоящее время установлено, что в качестве индуцирующих апоптоз факторов выступают провоспалительные цитокины (фактор некроза опухолей- $\alpha$ , гамма-интерферон) (Смирнов И.Е., 2013).

Основные патоморфологические изменения (воспалительные бляшки) развиваются в белом веществе и характеризуются распадом миелиновых оболочек проводниковых систем в различных отделах головного и спинного мозга. Наиболее часто они локализуются в боковых и задних столбах спинного мозга, в области моста, мозжечке и зрительных нервах. Поражаются, главным образом, эволюционно молодые нервные структуры — пирамидные проводники, задние столбы спинного мозга, неперекрещенные волокна зрительного нерва. Проведенные в последние годы исследования доказали, что патологические изменения при РС также имеют место в сером веществе коры головного мозга, подкорковых образованиях и периферической нервной системе.

Проявлениями активного воспалительного процесса являются клинические обострения РС, а также появление новых очагов и накопление в них контрастного вещества при проведении МРТ головного мозга.

Одновременно с процессом демиелинизации идет и процесс ремиелинизации, что особенно заметно на краях активной бляшки. Ремиелинизация обуславливает наличие

клинических ремиссий заболевания. Однако, несмотря на появление процесса ремиелинизации уже на ранних стадиях образования бляшки, восстановление миелиновой оболочки происходит недостаточно эффективно. Чем длительнее течение заболевания, тем менее выражен процесс ремиелинизации, что обуславливает прогрессирование неврологического дефицита (Caprariella A.V., 2012).

Помимо развития воспалительных реакций, демиелинизирующего процесса и глиальных нарушений в последние годы большое внимание при РС уделяют и вовлечению в процесс аксонов. Именно аксональное повреждение считают ответственным за развитие необратимого неврологического дефицита и трансформацию ремиттирующего течения с лабильностью симптомов в виде чередования периодов ухудшения и последующего восстановления нарушенных функций во вторично-прогрессирующее с неуклонным нарастанием темпов инвалидизации пациентов (Lucchinetti C., 1996).

## КЛАССИФИКАЦИЯ

В настоящее время не принято используемое ранее выделение клинических форм РС (оптической, цереброспинальной и мозжечковой), основанное на ведущих проявлениях заболевания, так как данные нейровизуализационных и электрофизиологических методов исследования свидетельствуют о поражении различных отделов ЦНС при любой из этих форм.

Клинические формы РС выделяют на основе типа течения заболевания:

- ремиттирующий РС (РРС);
- вторично-прогрессирующий РС (ВПРС);
- первично-прогрессирующий РС (ППРС);
- первично-прогрессирующий РС с обострениями (ППРСО).

Основными показателями течения заболевания являются наличие и частота клинически определяемых обострений и темпы нарастания неврологической симптоматики.

Обострение РС (экзацербация) – это появление новой неврологической симптоматики, выявляемой при клиническом обследовании (или усиление имевшихся ранее симптомов), продолжающееся более 24 часов. Интервалы между обострениями составляют не менее 3 месяцев. Обострения РС следует отличать от «псевдообострений», при которых отмечается появление новой клинической симптоматики или усугубление уже имеющейся, которое может развиваться на фоне сопутствующего соматического заболевания, например, при повышении температуры тела и проходит с нормализацией общего состояния. Ремиссия РС – это отсутствие новой неврологической симптоматики.

Классическим считается волнообразное течение заболевания с периодами ухудшения и улучшения состояния, то есть ремиттирующий тип течения РС, протекающий с обострениями и ремиссиями, полным или неполным восстановлением функций в периоды между обострениями и отсутствием нарастания симптомов в периоды ремиссий. Клинические ремиссии не приводят к затуханию патологического процесса, который продолжается и при отсутствии клинических проявлений. Об этом свидетельствуют данные нейровизуализационных методов исследования, которые выявляют увеличение размеров уже имеющихся или появление новых очагов, а также накопление контрастного вещества в некоторых из них. Как правило, с течением времени ремиссии становятся менее полными и продолжительными, а у большинства пациентов РС переходит в стадию вторичного прогрессирования.

Для ВПРС характерно постепенное нарастание симптоматики с редкими обострениями (или без них), с периодами стабилизации. При этом частота трансформации ремиттирующего течения РС во вторично-прогрессирующее увеличивается по мере длительности заболевания, достигая 24%, 47%, 59%, 74% и 78% при длительности заболевания 5, 10, 15, 20 и 25 лет, соответственно.

Предсказать частоту обострений или скорость прогрессирования процесса сложно, но обычно по прошествии 15-20 лет от начала заболевания у всех больных отмечается инвалидность той или иной степени тяжести. Поскольку эффективность доступной терапии при ВПРС невысока, одной из важнейших задач лечения больных с РС является предупреждение трансформации течения заболевания в ВПРС.

Первично-прогрессирующий тип РС отмечается у 10-15% больных и характеризуется неуклонно прогрессирующим нарастанием неврологических нарушений с самого начала заболевания и на протяжении не менее 1 года. У 25% пациентов с ППРС каждый год развития заболевания приводит к ухудшению состояния, по крайней мере, на один балл по шкале инвалидизации Куртцке (*expanded disability status scale – EDSS*). Течение ППРС более злокачественное, чем при ремиттирующем РС. Ранее продемонстрировано, что у всех больных с ППРС при длительности заболевания в  $\geq 25$  лет имеются существенные проблемы в самообслуживании, тогда как при вторично-прогрессирующем РС это характерно не более чем для 50% больных. У детей и подростков с РС этот тип течения встречается крайне редко.

Первично-прогрессирующий РС с обострениями характеризуется прогрессирующим нарастанием неврологического дефицита с самого начала заболевания, на фоне которого наступают обострения. Данный вариант встречается редко – в 3-5% случаев.

## КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Клиническая презентация симптомов РС у детей и подростков так же разнообразна, как и у взрослых. Наиболее часто у детей РС дебютирует оптическим невритом, обусловленным демиелинизацией зрительного нерва. Источником миелина аксонов ганглионарных клеток сетчатки, образующих зрительный нерв, являются олигодендроциты, а не шванновские клетки (в отличие от других черепных и периферических нервов), что делает миелиновую оболочку зрительных нервов идентичной миелину ЦНС. Как правило, воспаление локализуется на участке зрительного нерва от выхода его из костного канала до зрительного перекреста, поэтому чаще используют термин «ретробульбарный неврит». Клинически он проявляется подострой, обычно односторонней неполной потерей зрения, сопровождающейся болезненностью при движениях глаз, афферентными нарушениями зрачковых реакций и развитием центральной или парацентральной скотомы. Снижение остроты зрения развивается обычно в течение 7-10 дней с последующим полным или частичным восстановлением зрения (Шмидт Т.Е., 2012).

Второй наиболее распространённой группой симптомов являются чувствительные нарушения. На ранних этапах заболевания они кратковременны и проявляются, как правило, парестезиями или снижением тактильной и болевой чувствительности, начинаясь в кончиках пальцев с последующим распространением, не всегда соответствуя топическим областям проводниковых нарушений. Характерным симптомом чувствительных расстройств является симптом Лермитта — ощущение прохождения электрического тока по позвоночнику с иррадиацией в ноги или руки при наклоне головы. При дальнейшем прогрессировании заболевания развиваются нарушения глубокой чувствительности в виде асимметрии вибрационной чувствительности, значительным нарушением мышечно-суставного чувства (при длительности заболевания более 5 лет), а также нарушения температурной чувствительности и (реже) болевой синдром.

Наиболее частыми двигательными расстройствами при РС являются мышечная слабость, спастичность, а также мозжечковая и сенситивная атаксия. Спастичность обусловлена демиелинизацией кортико-спинального тракта и сопровождается характерными пирамидными симптомами: повышением сухожильных и надкостничных рефлексов, появлением патологических знаков (симптом Бабинского появляется одним из первых). У части пациентов первым симптомом РС может быть острый поперечный миелит (трансверз-миелит) с развитием нижнего спастического парапареза, нарушением чувствительности (соответственно уровню поражения) и тазовых нарушений. Симптомы вовлечения мозжечка и его связей могут проявляться в виде нарушения походки и

равновесия (вплоть до невозможности самостоятельно ходить), статической и динамической атаксии, дисметрии, гиперметрии, асинергии, интенционного дрожания, неточного выполнения координаторных проб, скандированной речи, мегалографии, генерализованного дрожания по типу тяжелого гиперкинеза (Кузенкова Л.М., 2013).

Для течения РС у детей характерны также симптомы вовлечения ствола головного мозга и черепных нервов: глазодвигательные и бульбарные нарушения, поражение лицевого и тройничного нервов. Нарушения движений глаз, приводящие к двоению, часто встречаются у детей с РС, как в дебюте заболевания, так и при дальнейшем его развитии. При этом лишь изредка они обусловлены демиелинизацией отводящего, глазодвигательного или блокового нервов. Значительно чаще причиной двоения становится поражение медиального продольного пучка в стволе мозга, что приводит к развитию межъядерной офтальмоплегии.

Тазовые расстройства чаще всего представлены задержкой мочеиспускания, которая значительно снижает качество жизни молодых пациентов с РС. Пациенты страдают от императивных позывов в сочетании с трудностью опорожнения мочевого пузыря, что называется детрузорно-сфинктерной диссинергией. Более того, у значительной части больных даже при отсутствии жалоб обследование выявляет неполное опорожнение мочевого пузыря. Если остаточный объем мочи после опорожнения мочевого пузыря превышает 100 мл, велик риск вторичного присоединения инфекции.

Наконец, существует широкий спектр нейропсихологических нарушений у детей с РС, включающий частичное или тотальное снижение когнитивных функций, аффективные расстройства (депрессия, эйфория, тревожность, панические атаки) и церебрастенические проявления (синдром хронической усталости, утомляемость).

Помимо стойких очаговых неврологических симптомов у пациентов с РС встречаются также пароксизмальные расстройства, длительностью обычно не более 2 минут, повторяющиеся в течение дня до нескольких сотен раз. К ним относят симптом Лермитта, лицевые миокимии, кратковременные эпизоды дизартрии, акинезии, атаксии, а также эпилептические приступы (обусловленные, вероятно, расположением бляшек вблизи коры головного мозга) (Платонова А.Н., 2010).

К атипичным проявлениям РС относятся афазия, гемианопсия, экстрапирамидные двигательные расстройства, выраженная мышечная атрофия, а также фасцикуляции. Отдельные клинические проявления РС с различной частотой встречаются в дебюте и в развернутой фазе заболевания (Гольцова Н.В., 2009).

В 2007 году Национальным Обществом рассеянного склероза (National Multiple Sclerosis Society — NMSS) введен термин «педиатрический РС», которым определяют

состояние с множественными эпизодами демиелинизации, диссеминированными во времени и в пространстве, у детей, в т.ч. младше 10 лет. К особенностям течения РС у детей и подростков относятся ремитирующее течение заболевания, преобладание мальчиков среди пациентов с дебютом заболевания до 8 лет и девочек, среди пациентов с дебютом РС старше 12 лет; частый дебют заболевания в виде оптического неврита, стволовых или сенсорных нарушений. Для течения РС у детей и подростков характерна высокая частота возникновения очагов воспаления в стволе головного мозга и мозжечке, наличие в ЦНС «опухолеподобных» сливных очагов, большой объем очагового поражения ЦНС в сочетании с умеренным неврологическим дефицитом (феномен клинико-томографической диссоциации) и хорошая компенсация неврологического дефицита после первого обострения РС. крайне низкая частота ППРС; а также отчетливое влияние активности заболевания в течение первых двух лет на его отдаленный прогноз. Проспективные наблюдения показали, что в целом при начале заболевания в детском и подростковом возрасте отмечается более благоприятное течение РС.

Для балльной оценки степени выраженности неврологических нарушений используется *шкала функциональных систем (ФС) (Kurtzke J.F. 1983)*

### **Пирамидные функции**

0 - Норма

1 - Патологические знаки без нарушения функций

2 - Минимальные нарушения

3 - Легкий или умеренный парапарез или гемипарез (выявляемая мышечная слабость при сохранении основной функциональности, утомляемость) или тяжелый монопарез (практически полная потеря функции одной конечности)

4 - Выраженный парапарез или гемипарез (двигательные функции значительно нарушены) или умеренный тетрапарез (двигательные функции снижены, но могут кратковременно поддерживаться) или моноплегия

5 - Параплегия, гемиплегия или выраженный тетрапарез

6 - Тетраплегия

### **Мозжечковые функции**

0 - Норма

1 - Патологические знаки без нарушения функций

2 - Легкая атаксия (тремор или лёгкая неуклюжесть, минимально нарушающие функционирование)

3 - Умеренная туловищная или конечностная атаксия (тремор или неловкость движений, нарушающие функционирование во всех сферах)

4 - Выраженная атаксия всех конечностей (большинство функций значительно затруднены)

5 - Неспособность выполнять координированные движения из-за атаксии

### **Стволовые функции**

0. Норма

1 - Патологические знаки без нарушения функций

2 - Умеренный нистагм или другие легкие нарушения

3 - Выраженный нистагм, значительная слабость глазодвигательных мышц или умеренное нарушение функций других черепных нервов

4 - Выраженная дизартрия или другие выраженные нарушения

5 - Неспособность глотать и/или говорить

### **Сенсорные функции**

0 - Норма

1 - Снижение только вибрационной или двумерно-пространственной чувствительности в 1 или 2 конечностях

2 - Легкое снижение тактильной или болевой или мышечно-суставной чувствительности и/или умеренное снижение вибрационной чувствительности в 1 или 2 конечностях; или снижение только вибрационной или двумерно-пространственной чувствительности в 3 или 4 конечностях

3 - Умеренное снижение тактильной и болевой или мышечно-суставной чувствительности и/или почти полная потеря вибрационной чувствительности в 1 или 2 конечностях; или легкое снижение тактильной или болевой и/или умеренное снижение всех видов проприоцептивной чувствительности в 3 или 4 конечностях

4 - Значительное снижение тактильной или болевой или проприоцептивной чувствительности, изолированно или одновременно, в 1 или 2 конечностях; или умеренное снижение тактильной или болевой и/или выраженное снижение проприоцептивной чувствительности более чем в 2 конечностях

5 - Потеря (почти полная) чувствительности в 1 или 2 конечностях; или умеренное снижение тактильной или болевой и/или потеря проприоцептивной чувствительности в большей части тела ниже головы

6 - Чувствительность почти полностью отсутствует во всем теле ниже головы

#### **Функции мочевого пузыря и кишечника**

0 - Норма

1 - Небольшая неуверенность при мочеиспускании, императивные позывы или задержка

2 - Умеренная неуверенность при мочеиспускании, императивные позывы, задержка мочеиспускания или стула или изредка недержание (периодическая необходимость самостоятельной катетеризации, ручного сдавления мочевого пузыря или ручной эвакуации стула)

3 - Частое недержание мочи

4 - Необходимость почти постоянной катетеризации и мер по опустошению кишечника

5 - Потеря функции мочевого пузыря

6 - Потеря функции кишечника и мочевого пузыря

#### **Зрительная функция**

0 - Норма

1 - Скотома и снижение остроты зрения (с коррекцией) не ниже 20/30 (0,67)



2 - Скотома на худшем глазу и максимальная острота зрения (с коррекцией) от 20/30 до 20/59 (0,67-0,34)

3 - На худшем глазу большая скотома или умеренное сужение полей зрения, с максимальной остротой зрения (с коррекцией) от 20/60 до 20/99 (0,33-0,2)

4 - На худшем глазу выраженное сужение полей зрения, максимальная острота зрения (с коррекцией) от 20/100 до 20/200 (0,1-0,2); нарушения, перечисленные в п. 3, в сочетании с максимальной остротой зрения на лучшем глазу не более 20/60 (0,3)

5 - На худшем глазу максимальная острота зрения (с коррекцией) менее 20/200 (0,1); нарушения, перечисленные в п. 4, в сочетании с максимальной остротой зрения на лучшем глазу не более 20/60 (0,3)

6. Нарушения, перечисленные в п. 5, в сочетании с максимальной остротой зрения на лучшем глазу не более 20/60 (0,3)

### **Функции мышления**

0 - Норма.

1 - Только колебания настроения/небольшая утомляемость (не влияет на балл EDSS)

2 - Небольшое снижение интеллекта

3 - Умеренное снижение интеллекта

4 - Выраженное снижение интеллекта

5 - Деменция

### ***Определение степени инвалидизации больного (Расширенная шкала инвалидизации по Курцке — Expanded Disability Status Scale, EDSS, 1983):***

0.0 - Норма в неврологическом статусе (0 по всем функциональным системам).

1.0 - Признаков инвалидизации нет, минимальные признаки нарушений в одной ФС (1 уровень нарушений), исключая ФС «Функции мышления».

1.5 - Признаков инвалидизации нет, минимальные признаки нарушений (1 уровень) в более чем одной ФС, за исключением ФС «Функции мышления».

2.0 - Легкие признаки инвалидизации, нарушения 2 уровня в одной ФС, в остальных – 0 или 1.

2.5 - Легкие признаки инвалидизации, нарушения 2 уровня в двух ФС, в остальных – 0 или 1.

3.0 - Пациент ходячий с умеренными признаками инвалидизации, нарушения 3 уровня в одной ФС (остальные 0 или 1) либо нарушения 2 уровня в трёх или четырёх ФС, в остальных – 0 или 1.

3.5 - Пациент ходячий с умеренными признаками инвалидизации, нарушения 3 уровня в одной ФС и 2 уровня в одной или двух ФС; или нарушения 3 уровня в двух ФС; или нарушения 2 уровня в пяти ФС.

4.0 - Пациент ходячий, посторонней помощи не требует, самообслуживание сохранено. Проводит в повседневной активности около 12 часов в день несмотря на наличие тяжёлых нарушений (4 уровень) в одной ФС (остальные – 0 или 1) или сочетания менее выраженных нарушений, выходящих за рамки предыдущей ступени. Может пройти без посторонней помощи или остановки около 500 м.

4.5 - Пациент ходячий, посторонней помощи не требует. Активен большую часть дня, может работать в течение полного рабочего дня. Возможна необходимость в небольшой помощи. Относительно серьёзные признаки инвалидизации, как правило проявляющиеся нарушениями 4 уровня в одной из ФС (остальные 0 или 1) или сочетанием менее выраженных нарушений, не входящих в рамки предыдущей ступени. Может пройти без посторонней помощи или остановки около 300 м.

5.0 - Может пройти без посторонней помощи или остановки около 200 м. Повседневная активность нарушена (например, не может работать полный день без специальной помощи). Обычно 5 уровень нарушений в одной из ФС (остальные 0 или 1) или сочетание менее выраженных нарушений, не входящих в рамки предыдущей ступени (4,0 баллов).

5.5 - Может пройти без посторонней помощи или остановки около 100 м. Активность в течение всего дня невозможна. Обычно 5 уровень нарушений в одной из ФС (остальные 0 или 1) или сочетание менее выраженных нарушений, не входящих в рамки предыдущей ступени (4,0 баллов).

6.0 - Есть необходимость периодической или односторонней поддержки (трость, костыли), чтобы пройти около 100 м с отдыхом или без. Обычно сочетание нарушений 3 уровня и выше более, чем в двух ФС.

6.5 - Ходьба с постоянной двусторонней поддержкой (трость костыли) около 20 м без отдыха. Как правило, сочетание нарушений 3 уровня и выше более, чем в двух ФС.

7.0 - Не может пройти более 5 м, даже с посторонней помощью. Прикован к инвалидной коляске, в которой передвигается самостоятельно. Повседневная активность в инвалидной коляске 12 часов в день. Обычно эквивалентно сочетанию нарушений 4 уровня и выше в более, чем одной ФС. Очень редко нарушения 5 уровня только в пирамидной системе.

7.5 - Может пройти всего несколько шагов. Передвигается только в инвалидной коляске. Может нуждаться в помощи при передвижении. Не может находиться в инвалидной коляске в течение всего дня. Может потребоваться инвалидное кресло с мотором. Обычно соответствует сочетанию нарушений 4 уровня и выше более, чем в одной ФС.

8.0 - Прикован к кровати или креслу, может быть транспортирован в инвалидной коляске. Может находиться вне постели большую часть дня. Основные функции самообслуживания сохранены. Активно пользуется руками. Как правило, соответствует сочетанию нарушений 4 уровня в нескольких ФС.

8.5 - Прикован к постели большую часть дня. В некоторой степени может пользоваться руками. Самообслуживание частичное. Обычно эквивалентно сочетанию нарушений 4 уровня в нескольких ФС.

9.0 - Беспомощный, прикованный к постели больной. Может вступать в контакт и есть. Соответствует сочетанию нарушений 4 уровня в большинстве ФС.

9.5 - Полностью беспомощный, прикованный к постели больной. Неконтактен или не может есть/глотать. Нарушения 4 уровня практически во всех ФС.

10.0 - Смерть из-за рассеянного склероза.

## ДИАГНОСТИКА

Диагностика РС, особенно в дебюте болезни, представляет некоторые трудности. Частота диагностических ошибок даже в специализированных центрах составляет около 10-15%, в связи с чем при установлении диагноза РС необходимо использовать критерии McDonald W.I. и соавт.<sup>2+</sup>.

Диагностические критерии РС у детей и подростков соответствуют таковым у взрослых; при этом используются рекомендации (диагностические критерии), разработанные международной экспертной группой McDonald W.I. и соавт. (2001) с пересмотром и модификацией Polman С.Н. и соавт. (2005, 2010). В соответствии с обновленными диагностическими критериями McDonald W.I. и соавт., рассматриваются следующие клинические ситуации, ассоциированные с РС:

1) 2 или более обострений, клинические проявления двух и более очагов в этом случае не требуется никаких дополнительных данных (если проводится МРТ, данные не должны исключать РС);

2) 2 и более обострений, объективные данные о наличии 1 очага в совокупности с одним или более T2-очагом при МРТ в двух из 4 областей, типично поражающихся при рассеянном склерозе: перивентрикулярно – вблизи желудочков головного мозга, юкстакортикально – вблизи коры головного мозга, инфратенториально – в мозговых структурах, расположенных под наметом мозжечка, в спинном мозге, что будет свидетельствовать о диссеминации в месте, или ожидание второго обострения, вовлекающего другую область ЦНС;

3) 1 обострение и объективные признаки 2 и более очагов с дополнительными данными в виде диссеминации во времени, доказанной с помощью критериев: одновременное наличие на МРТ бессимптомных очагов усиления контрастом гадолинием и неконтрастируемых очагов в любое время или появление новых T2 и/или контрастируемых гадолинием очагов на повторных МРТ, независимо от периода заболевания, в который была сделана первая МРТ или ожидание повторного обострения;

4) 1 обострение, клинические данные о наличии 1 очага (моносимптомное проявление, клинически изолированный синдром) с подтверждением «Диссеминации в месте» и «Диссеминации во времени»;

5) постепенное прогрессирование неврологических симптомов, подозрительных на рассеянный склероз (первично-прогрессирующий тип) – в сочетании с прогрессированием болезни в течение 1 года (ретроспективно или проспективно) и наличием 2 из 3 следующих критериев:

А. «Диссеминации в пространстве» в головном мозге, то есть обнаружение одного или более T2-очагов при МРТ головного мозга в типичных для РС регионах (перивентрикулярно, юстакортикально или инфратенториально),

В.«Диссеминации в пространстве» в спинном мозге, то есть обнаружение двух или более T2-очагов при МРТ спинного мозга.

С. положительные данные анализа ЦСЖ (обнаружение олигоклональных полос иммуноглобулинов G при изоэлектрическом фокусировании и/или повышенный индекс IgG)<sup>2+</sup>.

В эти уточненные критерии предложено внести синдромы, позволяющие установить диагноз как можно раньше, поскольку в настоящее время значительно улучшились возможности лечения, особенно на ранних стадиях: 1) клинически изолированный синдром и 2) радиологически изолированный синдром. В соответствии с этими критериями, диагноз РС может быть установлен лишь на основании данных МРТ, что получило название «радиологически изолированный синдром». Например, если на МРТ выявляются одновременно накапливающие и не накапливающие контраст очаги в областях мозга, типично поражающихся при РС, диагноз может быть установлен даже при отсутствии симптомов болезни.

Современная диагностика РС основана на комбинированной оценке клинических и параклинических признаков болезни. Среди параклинических методов диагностики РС наибольшее значение имеют нейровизуализация (МРТ головного и спинного мозга с контрастным усилением) и выявление иммунных сдвигов в ЦСЖ – определение олигоклональных антител к белкам миелина<sup>2+</sup>. Тщательный анализ клинико-инструментальных характеристик заболевания, нередко в динамике, использование параклинических показателей, специфичных для других форм патологии помогают минимизировать риск ошибочного диагноза.

*Дифференциальная диагностика.* Существует целый ряд патологических состояний, характеризующихся многоочаговым поражением ЦНС и сходной с РС клинической картиной. К ним относятся оптикомиелит Девика, инфекционные болезни (болезнь Лайма), нейросаркоидоз, системные заболевания (системная красная волчанка и др.), сосудистые заболевания (инсульты, мигрень), болезни крови (наследственная тромбофилия) и др.

РС необходимо дифференцировать от других заболеваний, при которых поражается белое вещество головного и/или спинного мозга: новообразования (опухоль ЦНС), особенно лимфомы и глиомы полушарий, ствола и спинного мозга; аномалии и пороки развития (синдром Арнольда-Киари, платибазия и т.д.); сдавление спинного мозга

при остеохондрозе, грыже межпозвоночного диска (или межпозвоночных дисков), эпидуральной опухоли и т.п.); дегенеративные заболевания (атаксия Фридрейха, болезни мотонейронов); болезнь Бехчета; миелопатия, вызванная человеческим Т-клеточным лимфотропным вирусом I-го типа, постинфекционный и поствакцинальный энцефаломиелит; ВИЧ-энцефалопатия; головокружение различного генеза; гиповитаминоз В<sub>12</sub> (манифестация в виде фуникулярного миелоза); аденолейкодистрофия (АЛД). Кроме того, РС обычно дифференцируют с некоторыми формами эпилепсии, синдромом Гийена-Барре, вторичным энурезом или синдромом нейрогенной дисфункции мочевого пузыря, группой офтальмологических заболеваний, антифосфолипидным синдромом и т.д.

## ПРИМЕРЫ ДИАГНОЗОВ

*Рассеянный склероз, ремитирующее течение, стадия обострения*

*Рассеянный склероз, ремитирующее течение, стадия клинической ремиссии*

*Рассеянный склероз, вторично-прогредиентное течение*

*Рассеянный склероз, первично-прогредиентное течение*

## ЛЕЧЕНИЕ

Цель современной терапии РС – облегчить симптомы болезни, уменьшить активность заболевания, тем самым замедлив прогрессирование патологического процесса и дольше сохранить качество жизни пациента. В настоящее время не существует методов излечения РС, но благодаря современным иммуномодулирующим препаратам, появилась возможность вмешиваться в естественный ход развития заболевания – ПИТРС (препараты, изменяющие течение рассеянного склероза).

*Основные принципы лечения РС:*

- Своевременное назначение иммуномодулирующей терапии (ПИТРС)<sup>1+</sup>
- Лечение обострений РС проводится пульс-дозами кортикостероидов (метилпреднизолон) из расчета 25-30 мг/кг/сут (внутривенно, капельно, ежедневно)<sup>1+</sup>. Продолжительность курса инфузионной терапии (3-7 инфузий) подбирается индивидуально, в зависимости от скорости регресса неврологической симптоматики на фоне терапии.
- Пульс-терапия проводится на фоне применения препаратов-корректоров, направленных на предупреждение возникновения побочных реакций (препараты калия, кальция, селективные Н<sub>2</sub>-блокаторы и др.)<sup>2+</sup>.

- Для лечения тяжелых обострений РС применяется плазмаферез (3-5 процедур)<sup>2+</sup>. Возможно комбинированное применение пульс-терапии кортикостероидами и плазмафереза, когда по завершении процедуры плазмафереза вводится 0,5-1 г метилпреднизолона.
- Начинать иммуномодулирующую терапию (ПИТРС) под контролем врача, имеющего опыт лечения данного заболевания.
- Во избежание развития побочных реакций необходимо титрование дозы препарата в начале лечения и ротация мест инъекций.
- При позитивном клиническом эффекте (относительно низкая частота обострений, отсутствие резкого роста инвалидизации) терапия должна проводиться настолько долго, пока переносится больным.
- На фоне терапии ПИТРС необходим динамический контроль за показателями общего анализа крови (подсчет форменных элементов крови), биохимическим анализом крови (печеночные пробы).
- В случае тяжелых побочных реакций или их сохранения в течение длительного времени допускается временное снижение дозы препарата или прерывание лечения.
- Необходимо назначение симптоматической терапии: для коррекции когнитивных нарушений (ноотропы, метаболиты, нейротрофические препараты), судорожных приступов и пароксизмальных состояний (антиконвульсанты), нарушений тазовых функций, координаторных расстройств (ноотропы, бета-блокаторы), спастичности (миорелаксанты), аффективно-эмоциональных расстройств (анксиолитики, антидепрессанты)<sup>2-</sup>.
- Немедикаментозная терапия (физиотерапия, БОС, занятия ЛФК)<sup>2-</sup>.
- Диетотерапия: преобладание в рационе питания ПНЖК; ограничение потребления животных жиров; дотация важнейших витаминов (витамин D и др.) и минеральных веществ<sup>3</sup>.

## ЛЕЧЕНИЕ ОБОСТРЕНИЙ РС

При возникновении обострения РС необходимо оценить тяжесть обострения. Тяжёлым считается обострение, при котором оценка по шкале EDSS увеличивается более, чем на 2 балла, либо значение в одной-двух функциональных системах повышается на 2 балла, либо в 4 функциональных системах на 1 балл. Менее значимые изменения в неврологическом статусе считаются нетяжёлым клиническим обострением.

При развитии тяжёлого обострения ребёнок должен наблюдаться в условиях круглосуточного стационара в течение 10-21 дня, с учётом возраста и веса пациента, под контролем клинических и биохимических показателей периферической крови (гемоглобин, лейкоциты, тромбоциты, глюкоза, печеночные ферменты) и мочи (удельный вес, лейкоциты, белок), артериального давления в связи с возможным развитием побочных эффектов применения ГКС. При многократном применении пульс-терапии ГКС у детей с частыми обострениями РС возможно развитие вторичного иммунодефицита, гипокалиемии, остеопороза, стероидной язвы желудка, синдрома Иценко-Кушинга, сахарного диабета, тромбозов, катаракты, а также стероидного психоза.

### **Метилпреднизолон**

Средство первого выбора при лечении обострений РС<sup>2B</sup>.

Доза препарата и продолжительность лечения устанавливается врачом индивидуально в зависимости от показаний и тяжести заболевания. Пульс-терапия метилпреднизолоном при обострении РС – в среднем 1 г/сут в/в (25-30 мг/кг/сут), в течение 3-7 дней, до купирования симптомов обострения.

Внутривенное введение глюкокортикостероидов позволяет применять более высокие дозы и лучше переносится, чем пероральный приём гормональных препаратов. Более того, по данным проведённых исследований, применение преднизолона per os для купирования обострений даёт неплохой клинический эффект, но в долгосрочной перспективе (в течение последующих 2 лет) приводит к более выраженной активности заболевания<sup>B</sup>.

В случае тяжело купируемого обострения, при неэффективности пульс-терапии кортикостероидами рекомендуется дополнительное проведение **плазмафереза** (3-5 сеансов). Процедура плазмафереза завершается введением 0,5 – 1 г метилпреднизолона внутривенно, либо плазмаферез чередуется с введением глюкокортикоида по схеме «день - через день»<sup>C</sup>.

## **ПРЕПАРАТЫ, ИЗМЕНЯЮЩИЕ ТЕЧЕНИЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА**

Рекомендации международной исследовательской группы педиатрического рассеянного склероза (International Pediatric Multiple Sclerosis Study Group – IPMSSG) от 2012 г. предлагают начинать терапию первого ряда детям и подросткам, не лечившимся ранее и с подтвержденным диагнозом рецидивирующе-ремиттирующего РС, одной из форм интерферона-β (IFN β) или глатирамера ацетата (GA)<sup>1A</sup>

Препараты первой линии выбора в лечении РРС.



### *Интерферон бета-1а*

Схема дозирования препаратов в растворе для инъекций (по 0,5 мл/22 мкг (6 млн. МЕ) и 0,5 мл/44 мкг (12 млн. МЕ)).

Препарат вводится подкожно 3 раза в неделю, в одно и то же время, желательно вечером, в определенные дни недели, с интервалом не менее 48 ч. В начале терапии препаратом рекомендуется в течение первых 2-х недель вводить 8,8 микрограмма (0,1 мл 44 мкг или 0,2 мл 22 мкг), в течение 3-й и 4-й недели 22 микрограмма (0,25 мл 44 мкг или 0,5 (22 мкг), начиная с 5-й недели и далее вводить все содержимое шприца (0,5 мл 44 мкг).

Схема дозирования лиофилизата для приготовления раствора для инъекций (по 30 мкг (6 млн. МЕ) в 1 мл).

Рекомендуемая доза препарата составляет 30 мкг (6 млн. МЕ) один раз в неделю, в одно и то же время, в один и тот же день недели, внутримышечно. Препарат вводится сразу после приготовления раствора. В 1 мл растворенного препарата во флаконе содержится 30 мкг (6 млн. МЕ).

### *Интерферон бета-1b*

Препарат второй линии выбора при РРС<sup>C</sup>, первой линии выбора – при ВПРСО<sup>C</sup>.

Препарат вводится подкожно. Рекомендуемую дозу 0,25 мг (8 млн. МЕ), которая содержится в 1 мл приготовленного раствора; вводят через день.

Применение препаратов интерферона-бета ограничено у детей, согласно инструкции (в зависимости от производителя – применяется с 12 или с 16 лет). В связи с этим применение препаратов в более раннем возрасте возможно только с разрешения Локального этического комитета медицинской организации, при наличии информированного согласия родителей/законных представителей и ребенка в возрасте старше 14 лет.

### *Глатирамера ацетат*

Препарат для лечения РРС<sup>C</sup>. Препарат вводится подкожно, ежедневно, 20 мг/сут однократно, предпочтительно в одно и то же время, длительно. Применение глатирамера ацетата ограничено у детей, согласно инструкции (с 18 лет). В связи с этим применение препаратов в более раннем возрасте возможно только с разрешения Локального этического комитета медицинской организации, при наличии информированного согласия родителей/законных представителей и ребенка в возрасте старше 14 лет.

После установки достоверного диагноза «Рассеянный склероз» необходимо максимально быстро инициировать терапию ПИТРС (Кузенкова Л.М., 2013). В случае

ремиттирующего течения РС у детей лечение начинают с низкодозных препаратов интерферона-β. Во избежание развития побочных реакций необходима ротация мест инъекций и титрование дозы препарата: при первом назначении вводится ¼ дозы, после 3 инъекций при отсутствии выраженных побочных эффектов и хорошей переносимости дозу повышают до ½ в течение 3 введений, затем — до ¾ дозы также на 3 введения, после чего препарат назначается в полной дозе согласно режиму введения. На территории РФ применение препаратов интерферона-β имеет возрастные ограничения, тогда как в США и многих европейских странах данные препараты применяются у детей независимо от возраста.

Противопоказания к назначению ПИТРС:

- прогрессирующее течение РС (нет обострений на протяжении не менее 1 года, прогрессирование инвалидности не менее чем на 1 балл за 6 месяцев);
- тяжелые сопутствующие заболевания, например деменция, алкоголизм, эпилептический синдром (для бета-интерферонов), злокачественные опухоли, другие хронические заболевания или осложнения РС;
- беременность и кормление грудью (так как влияние препаратов на плод во время беременности и на новорожденного при кормлении грудью пока не изучено).

У детей, принимающих IFN β, могут наблюдаться следующие побочные эффекты: гриппоподобный синдром, головная боль, миалгия, симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта (тошнота, диарея, снижение аппетита), изменения в лабораторных показателях (повышение печеночных ферментов, снижение гемоглобина, лейкопения, тромбоцитопения), местные кожные реакции, абсцесс или некроз места инъекции. При приеме ГА возможны аллергические реакции вплоть до анафилактического шока. При развитии гриппоподобных реакций в первые 1–3 мес. терапии IFNβ применяют ненаркотические анальгетики и нестероидные противовоспалительные средства: парацетамол в дозе 10–15 мг/кг, ибупрофен в дозе 10 мг/кг. Нимесулид детям до 12 лет противопоказан.

Положительными эффектами препаратов первой линии терапии являются снижение частоты рецидивов, долгосрочная стабильность заболевания, уменьшение потребности в госпитализации и улучшение качества жизни.

*При недостаточной эффективности низкодозных препаратов интерферона-β необходима смена на высокодозный препарат интерферона-β или глатирамера ацетат.*

*Недостаточно эффективным лечение считается тогда, когда в течение года или за более короткий промежуток времени у ребёнка наблюдается более 2 обострений РС.*

Согласно литературным данным, средняя эффективность препаратов первой линии терапии не превышает 35–38 %<sup>2+</sup>. Кроме того, клиницистам, имеющим опыт наблюдения за пациентами с РС, получающими препараты первой линии терапии, знакомы ситуации, когда после 2–3 лет стойкой ремиссии проявляются признаки неконтролируемой активности заболевания (Волошина Н.П. и др., 2012).

IPMSSG предложено рабочее определение для неадекватного ответа на лечение при РС у детей: минимальная продолжительность терапии 6 месяцев с учётом полной комплаентности и наличие одного из следующих признаков:

- Увеличение или сохранение частоты обострений или значительное увеличение количества Т2-гиперинтенсивных или контраст-позитивных очагов по результатам МРТ в динамике
- Более 2 обострений в течение года или меньшего срока

Показания к прекращению терапии ПИТРС:

- отсутствие снижения частоты обострений по сравнению с периодом до начала курса или 3 и более обострения с проведением курсов кортикостероидов и нарастанием EDSS (инвалидности);
- постепенное нарастание тяжести РС не менее чем на 1 балл EDSS (при EDSS от 0 до 5 и на 0,5 баллов при EDSS от 5,5 до 6,5 баллов) на протяжении не менее 6 месяцев;
- развитие на фоне лечения непереносимых побочных эффектов;
- документально подтвержденное невыполнение предписаний невролога больным;
- имеется или планируется беременность;
- информированный и документированный в письменном виде отказ пациента;
- грубый когнитивный дефицит или психотические расстройства;
- некрозы в месте инъекций требуют временной или постоянной отмены.

При обострениях основного заболевания проводится терапия острого демиелинизирующего события без прерывания проводимой терапии (Волошина Н.П. и др., 2012).

Препараты второй линии

*Натализумаб*

В настоящее время в зарубежной клинической практике натализумаб рекомендован в качестве препарата второй линии для лечения рецидивирующих форм РС у взрослых с неадекватным ответом на иммунотерапию первой линии или с тяжелым, быстро развивающимся РС<sup>2B</sup>. Это препарат рекомбинантных моноклональных антител к

молекулам адгезии, который применяется в виде ежемесячных внутривенных инфузий 300 мг раствора, содержащего 20 мг натализумаба. Препарат хорошо переносится, однако одним из редких, но крайне тяжёлых осложнений его применения является прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия (ПМЛ). Развитие данного состояния связывают с реактивацией латентного полиомавируса JC (JCV), вызывающей массивное поражение белого вещества. В опубликованных работах, описывающих использование натализумаба у детей и подростков с РС, отмечены уменьшение клинических и МРТ-обострений и благоприятный профиль переносимости и безопасности (Huppke P. et al., 2008; Borriello G et al., 2009)<sup>2B</sup>.

Применение натализумаба ограничено у детей, согласно инструкции (с 18 лет). В связи с этим применение препаратов в более раннем возрасте возможно только с разрешения Локального этического комитета медицинской организации, при наличии информированного согласия родителей/законных представителей и ребенка в возрасте старше 14 лет.

#### *Финголимода*

Финголимода – пероральный синтетический модулятор сфингозин-1-фосфатных рецепторов лимфоцитов (Левин О.С. и др., 2011; Волошина Н.П. и др., 2012).

При приеме финголимода необходимо с настороженностью относиться к возможным оппортунистическим инфекциям, макулярному отеку (, реальный риск которых (или каких-либо других побочных действий) будет известен после многолетнего использования финголимода в клинической практике. FDA рекомендует проводить кардиоваскулярный мониторинг пациентов, что связано с повышенным риском возникновения брадиаритмии<sup>C</sup>. Применение финголимода ограничено у детей, согласно инструкции (с 18 лет). В связи с этим применение препаратов в более раннем возрасте возможно только с разрешения Локального этического комитета медицинской организации, при наличии информированного согласия родителей/законных представителей и ребенка в возрасте старше 14 лет.

#### *Иммуноглобулины человека нормальные для внутривенного введения*

В ряде случаев для снижения частоты и выраженности обострений, замедления прогрессирования инвалидизации используется внутривенное введение иммуноглобулина G. При этом препарат может быть назначен: пациентам детского возраста; пациенткам, планирующим беременность, и в период лактации; при плохой переносимости ИФН-β и глатирамера ацетата<sup>C</sup>.

Внутривенные иммуноглобулины применяются в дозировке 0,15-0,2 г/кг в течение 5 дней, а затем 1 раз в месяц по 0,15-0,2 г/кг на протяжении длительного времени.

Противопоказания: гиперчувствительность (в том числе к мальтозе и сахарозе в случае препаратов, которые содержат данные вспомогательные вещества), дефицит иммуноглобулина класса А (IgA) и наличие антител против IgA. Побочные эффекты и осложнения: головная боль, головокружение, мигренозные боли, тошнота, рвота, боли в животе, диарея, боли в спине, миалгия, артериальная гипо- или гипертензия, тахикардия, чувство сдавливания или боль в грудной клетке. Редко аллергические реакции, гипертермия, коллапс, асептический менингит, острый некроз почечных канальцев.

#### *Митоксантрон*

Препарат для лечения РРС, ППРС, ВПРС<sup>C</sup>.

Внутривенно капельно, в течение 30 минут, из расчета 12 мг/м<sup>2</sup> 1 раз в 3 месяца, суммарная доза препарата не должна превышать 80-100 мг/м<sup>2</sup>.

Непосредственно перед внутривенным введением необходимое количество препарата концентрата разбавляют не менее чем в 50 мл 0,9% раствора натрия хлорида. Разбавленный раствор должен использоваться немедленно после приготовления.

В стадии клинической ремиссии пациенты могут наблюдаться неврологом амбулаторно с обязательным осмотром 1 раз в 6 месяцев (при развитии обострения или появлении новых симптомов – чаще). Наблюдение в рамках дневного стационара показано при наличии какой-либо сопутствующей патологии или необходимости симптоматического лечения (срок госпитализации определяется неврологом и составляет от 7 до 21 дня). Необходимо проведение регулярного обследования с выполнением МРТ головного и спинного мозга с внутривенным контрастированием 1 раз в 6 месяцев, контролем гематологических показателей (клинический анализ крови 1 раз в 3 месяца), своевременное купирование появляющихся симптомов (спастичности, дисфории, нарушений когнитивных функций).

Динамический контроль за больными с РС, с привлечением в случае необходимости специалистов различных профилей, пациента должен осуществляться в течение всей жизни пациента. Зачастую пациентам с РС необходима психологическая коррекция и поддержка, иногда – психотерапия.

## **ПРОФИЛАКТИКА**

Не разработана.

## ИСХОДЫ И ПРОГНОЗ

При РС исходы и прогноз заболевания зависят от своевременности диагностики и начала адекватной терапии болезни препаратами, изменяющими течение рассеянного склероза (ПИТРС).

Более чем у половины больных с РРС через 10 лет болезнь трансформируется в ВПРС, а через 25 лет почти у всех пациентов данной группы имеется ВПРС, эффективность терапии при котором невысока.

По прошествии 15 лет после начала заболевания, (без терапии ПИТРС) у 80% пациентов имеет место ограничение функций, у 70% – имеются трудности при самообслуживании, а 50% больных не могут передвигаться без посторонней помощи.

Для оценки прогноза РС рассчитывают временной интервал до наступления стойкой инвалидности, что соответствует 3 баллам по шкале EDSS. Помимо балльной оценки по рубрикам (и суммарно) шкалы EDSS, в учет принимаются следующие важнейшие показатели: возраст ребенка к моменту дебюта РС; клинические особенности дебюта РС; ежегодная частота обострений РС за период ремиттирующего течения (отношение количества обострений заболевания за период ремиттирующего течения к длительности этого периода, выраженного в годах); так называемый «индекс прогрессирования» РС (отношение показателей FSS к длительности заболевания, выраженной в годах), отражающий скорость нарастания неврологического дефицита; продолжительность ремиссий (особенно – первой и второй); время наступления вторичного прогрессирования; время формирования стойкого неврологического дефицита (оценка по EDSS=3 балла).

У пациентов с началом РС в детском возрасте среднее время от дебюта болезни до наступления вторичного прогрессирования составляет около 28 лет, а средний возраст пациентов к моменту трансформации РС в стадию вторичного прогрессирования – 41 год. При дебюте РС в детском возрасте среднее время достижения по шкале EDSS уровня 4 баллов (ограниченная способность ходить, но возможность пройти более 500 м без помощи и отдыха), 6 баллов (способность ходить с односторонней поддержкой не более 100 м без отдыха), 7 баллов (способность пройти не более 10 м без отдыха, используя стену или предметы мебели в качестве опоры), составляет 20,0 лет, 28,9 года и 37,0 лет, соответственно, (а средний возраст при этом – 34,6 года, 42, 2 года и 50,5 года). Таким образом, у пациентов с началом РС в детском возрасте формирование стойкой инвалидности занимает больше времени, но это происходит в более юном возрасте, чем у больных с РС, дебютировавшим в периоде совершеннолетия.

Основными факторами, определяющими качество жизни у подростков с РС, являются хроническая усталость, депрессия, а также ситуативная и личностная тревожность.

Благодаря появлению ПИТРС, стало возможным влиять на течение заболевания, предупреждая возникновение обострений, уменьшая их выраженность, что обеспечивает замедление нарастания инвалидизации, а также в значительной мере улучшает качество жизни пациентов.

### Список литературы

1. Alotaibi S., Kennedy J., Tellier R., Stephens D., Banwell B. Epstein-Barr virus in pediatric multiple sclerosis // JAMA. — 2004. — 291. — P. 1875-1879.
2. Banwell B., Krupp L., Kennedy J., Tellier R. et al. Clinical features and viral serologies in children with multiple sclerosis: a multinational observational study // Lancet Neurol. — 2007. — 6. — P. 773-781.
3. Banwell B., Reder A.T., Krupp L., Tenenbaum S., Eraksoy M., Alexey B. et al. Safety and tolerability of interferon beta-1b in pediatric multiple sclerosis // Neurology. — 2006. — 66. — P. 472-476.
4. Biogen Idec. Tysabri (natalizumab) injection: full prescribing information. Revised: 08/2012 // [http://www.tysabri.com/en\\_US/tysb/site/pdfs/TYSABRI-pi.pdf](http://www.tysabri.com/en_US/tysb/site/pdfs/TYSABRI-pi.pdf)
5. Boiko A.N., Gusev E.I., Sudomoina M.A. et al. Association and linkage of juvenile MS with HLA-DR2 (15) in Russians. // J. Neurology – 2002; – 58: P. 658-660.
6. Borriello G., Prosperini L., Luchetti A. et al. Natalizumab treatment in pediatric multiple sclerosis: a case report // Eur. J. Paediatr. Neurol. — 2009. — 13. — P. 67-71.
7. Callen D.J., Shroff M.M., Branson H.M., Lotze T., Li D.K., Stephens D. et al. MRI in the diagnosis of pediatric multiple sclerosis // Neurology. — 2009. — 72. — P. 961-967.
8. Caprariello A.V., Mangla S., Miller R.H., Selkirk S.M. Apoptosis of oligodendrocytes in the central nervous system results in rapid focal demyelination // Ann. Neurol. – 2012; 72 (3):395-405.
9. Chabas D., Ness J., Belman A. et al. Younger children with pediatric MS have a distinct CSF inflammatory profile at disease onset // Neurology. — 2009. In press.
10. Chen Y., Bord E., Tompkins T., Miller J., Tan C.S., Kinkel R.P. et al. Asymptomatic reactivation of JC virus in patients treated with natalizumab // N. Engl. J. Med. — 2009. — 361. — P. 1067-1074.

11. Chitnis T., Tenenbaum S., Banwell B. et al. Consensus statement: evaluation of new and existing therapeutics for pediatric multiple sclerosis // *Multiple Sclerosis Journal*. — 2012. — 18 (1). — P. 116-127.
12. Comunicado de la FDA sobre la seguridad de los medicamentos: Recomendaciones modificadas para observaciyn cardiovascular y uso del medicamento Gilenya (fingolimod) para la esclerosis multiple // <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm304654.htm>
13. Duzova A., Bakkaloglu A. Central nervous system involvement in pediatric rheumatic diseases: current concepts in treatment // *Curr. Pharm. Des.* — 2008. — 14. — P. 1295-1301.
14. Cree B.A. Acute inflammatory myelopathies/ *Handbook Clinical Neurol* 2014, V.122, №3.-p.613-667
15. Ebers G. Prognostic factors for multiple sclerosis: the importance of natural history studies. // *J. Neurol.* – 2005;Suppl 252:15-20.
16. European Agency for the Evaluation of Medicinal Products. Tysabri: EPAR — product information//[http://www.ema.europa.eu/docs/en\\_GB/document\\_library/EPAR\\_-\\_Product\\_Information/human/000603/WC500044686.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/000603/WC500044686.pdf)
17. Ghezzi A., Amato M.P., Annovazzi P., Capobianco M., Gallo P., La Mantia L. et al. Long-term results of immunomodulatory treatment in children and adolescents with multiple sclerosis: the Italian experience // *Neurol. Sci.* — 2009. — 30. — P. 193-199.
18. Ghezzi A., Amato M.P., Capobianco M. et al. Treatment of earlyonset multiple sclerosis with intramuscular interferonbeta-1a: long-term results // *Neurol. Sci.* — 2007 Jun. — 28(3). — C. 127-132.
19. Ghezzi A., Amato M.P., Capobianco M., Gallo P., Marrosu G., Martinelli V. et al. Disease-modifying drugs in childhoodjuvenile multiple sclerosis: results of an Italian co-operative study // *Mult Scler (Houndmills)*. — 2005. — 11. – P. 420-424.
20. Ghezzi A., Banwell B., Boyko A. et al. The management of multiple sclerosis in children: a European view // *Mult. Scler.* — 2010. — 16. — P. 1258-1267.
21. Gilenya (Fingolimod) Prescribing Information, May 2012. Highlights of prescribing information// [http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda\\_docs/label/2012/022527s008lbl.pdf](http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2012/022527s008lbl.pdf)
22. Hammarin A.L., Bogdanovic G., Svedhem V., Pirskanen R., Morfeldt L., Grandien M. Analysis of PCR as a tool for detection of JC virus DNA in cerebrospinal fluid for diagnosis of progressive multifocal leukoencephalopathy // *J. Clin. Microbiol.* — 1996. — 34. — P. 2929-2932.
23. Huppke P., Stark W., Zurcher C. et al. Natalizumab use in pediatric multiple sclerosis // *Arch. Neurol.* — 2008. — 65. — P. 1655-1658.



24. Johnson T.A., Shames I., Keezer M. et al. Reconstitution of circulating lymphocyte counts in FTY720-treated MS patients // *Clin. Immunol.* — 2010. — 137. — P. 15-20.
25. Kornek B., Bernert G., Balassy C., Geldner J., Prayer D., Feucht M. Glatiramer acetate treatment in patients with childhood and juvenile onset multiple sclerosis // *Neuropediatrics.* — 2003. — 34. — P. 120-126.
26. Krupp L.B., Banwell B., Tenenbaum S. Consensus definitions proposed for pediatric multiple sclerosis and related disorders // *Neurology.* — 2007. — 68 (Suppl. 2). — P. 7-12.
27. Lucchinetti C., Brueck W., Rodriguez M., Lassmann H. Distinct patterns of multiple sclerosis pathology indicates heterogeneity in pathogenesis // *Brain Pathol.*— 1996.— V. 6.— P. 259-274.
28. Mikaeloff Y., Caridade G., Tardieu M. et al. Parental smoking at home and the risk of childhood-onset multiple sclerosis in children // *Brain.* — 2007. — 130. — P. 2589-2595.
29. Mikaeloff Y., Moreau T., Debouverie M., Pelletier J., Lebrun C., Gout O. et al. Interferon-beta treatment in patients with childhood-onset multiple sclerosis // *J. Pediatr.* — 2001. — 139. — P. 443-446.
30. Mowry E.M., Krupp L.B., Milazzo M., Chabas D., Strober J.B. et al. Vitamin D status is associated with relapse rate in pediatric-onset multiple sclerosis // *Ann. Neurol.* — 2010. — 67. — P. 618-624.
31. Pohl D., Krone B., Rostasy K., Kahler E., Brunner E., Lehnert M. et al. High seroprevalence of Epstein-Barr virus in children with multiple sclerosis // *Neurology.* — 2006. — 67. — P. 2063-2065.
32. Pohl D., Rostasy K., Gartner J., Hanefeld F. Treatment of early onset multiple sclerosis with subcutaneous interferon beta-1a // *Neurology.* — 2005. — 64. — P. 888-890.
33. Polman C.H., Reingold S.C., Banwell B. et al. Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2010 revisions to the McDonald criteria // *Ann. Neurol.* — 2011 Feb. — 69 (2). — P. 292-302.
34. Ramanan A.V., Campbell-Webster N., Ota S. et al. The effectiveness of treating juvenile dermatomyositis with methotrexate and aggressively tapered corticosteroids // *Arthritis Rheum.* — 2005. — 52. — P. 3570-3578.
35. Ranchin B., Fargue S. New treatment strategies for proliferative lupus nephritis: keep children in mind! // *Lupus.* — 2007. — 16. — P. 684-691.
36. Rostasy K., Reindl M. Role of autoantibodies in acquired inflammatory demyelinating diseases of the central nervous system in children/ *Neuropediatrics* 2013 V.44 №6.- p.297-901
37. Shaw C.M., Alvord E.C. Multiple sclerosis beginning in infancy. *J Child Neurol* 1987; 2: 252-256.

38. Szczuczinski A., Losy J. Chemokines and chemokines receptors I multiple sclerosis: Potential targets for new therapies. //Acta Neurol Scand 2007; v 115 P. 137-146.
39. Suppiej A., Cainelli E., Casara Y., Cappellari A., Nasadini M., Sartori S. Long- term neurocognitive outcome and quality of life in pediatric acute disseminated encephalomyelitis/Pediar Neurol 2014. V.5 №4. –p.363-367
40. Tenenbaum S.N., Segura M.J. Interferon beta-1a treatment in childhood and juvenile-onset multiple sclerosis // Neurology. — 2006. — 67. — P. 511-513.
41. Tenenbaum S.N. Treatment of multiple sclerosis and neuromyelitis optica in children and adults/ Clinical neurol. Neurosyurg 2013, 115 suppl1: p.21-29
42. Till C., Ghassemi R., Aubert-Broche B. et al. MRI correlates of cognitive impairment in childhood-onset multiple sclerosis // Neuropsychology. — 2011 May. — 25 (3). — P. 319-332.
43. Venkateswaran S., Banwell B. Pediatric multiple sclerosis // Neurologist. – 2010. – 16 (2). – P. 92-105.
44. Waubant E., Hietpas J., Stewart T., Dyme Z., Herbert J., Lacy J. et al. Interferon beta-1a in children with multiple sclerosis is well tolerated // Neuropediatrics. — 2001. — 32. — P. 211-213.
45. Yeh E., Rodriguez M. Disease modifying therapy and response to treatment in pediatric MS // Demyelinating Disorders of the Central Nervous System in Childhood / Ed. by Chabas D., Waubant E. — Cambridge University Press, Cambridge UK, 2010. In press.
46. Yeh E.A., Weinstock-Guttman B., Ramanathan M. et al. Magnetic resonance imaging characteristics of children and adults with paediatric-onset multiple sclerosis // Brain. — 2009. — 132. — P. 3392-3400.
47. А.А. Баранов, Л.С. Намазова-Баранова «Атлас редких болезней» / ФГБУ «Науч. центр здоровья детей» РАМН. – М. ПедиатрЪ, 2013. - 304 с.
48. Бойко А.Н, Кукель Т.М., Лысенко М.А., Вдовиченко Т.В., Гусев Е.Н. Клиническая эпидемиология рассеянного склероза. Журнал неврологии и психиатрии.2014г, Т.114, в.2, с.10-15
49. Быкова О.В., Маслова О.И., Гусева М.Р., Бойко С.Ю., Тотолян Н.А., Матвеева Т.А., Бойко А.Н. Рассеянный склероз у детей и подростков: история изучения проблемы и современный опыт иммуномодулирующего лечения – Ж. Неврологии и психиатрии 2004; 104:4: 4-10
50. Волошина Н.П., Егоркина Проект протокола лечения педиатрического рассеянного склероза Международный неврологический журнал 8 (54) 2012.

51. Высоцкая Л.М. Особенности иммунологических и нейрофизиологических показателей у детей с рассеянным склерозом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М. 2007.
52. Гольцова Н.В. Особенности клинической картины и эндокринного статуса у подростков с рассеянным склерозом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М. 2009.
53. Гузева В.И. Руководство по детской неврологии – 3 изд. – М.: Мед. информ. агентство, 2009. – 640 с.
54. Гузева В.И., Чухловина М.Л. Рассеянный склероз и другие демиелинизирующие заболевания. – М.: Миклош, 2004. - 540 с.
55. Гузева В.И., Чухловина М.Л. Рассеянный склероз. Диагностика и лечение (возрастные аспекты).- СПб.: Фолиант, 2003. – 174с.
56. Гусев Е.И., Бойко А.Н., Столяров И.Д. Рассеянный склероз. Справочник. – М.: Реал Тайм, 2009. – 296 с.
57. Ж. Айкарди Заболевания нервной системы у детей. Пер. с англ. под ред. А.А. Скоромца Издательство: Бином и Издательство Панфилова - 2013 - 568с.
58. Кузенкова Л.М., Пак Л.А., Студеникин В.М., Шатилова Н.Н., Бурсагова Б.И., Смирнов И.Е. Опыт применения препарата интерферона бета-1альфа в лечении рассеянного склероза у детей // Вопросы современной педиатрии. – 2013. – N 5. – С.24-29.
59. Левин О.С. Основные лекарственные средства, применяемые в неврологии: справочник / О.С. Левин – 6е изд. – М.: МЕДпресс-информ. – 2012. – 352 с.
60. Левин О. С., Штульман Д. Р. Неврология. Справочник практического врача 7-е изд., доп. и перераб. - М.: Медпресс-информ, 2011. – 1024 с.
61. Малашиха Ю.А. Иммунный барьер мозга. – М.: Медицина, 1986. – 147 с.
62. Опольский М.Б. Патогенетические механизмы нарушения гемато-энцефалического барьера при рассеянном склерозе: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М. 2005.
63. Пак Л.А., Смирнов И.Е., Кучеренко А.Г., Кузенкова Л.М., Бурсагова Б.И., Шатилова Н.Н. Изменения продукции матриксных металлопротеиназ и цитокинов при лечении рассеянного склероза у детей препаратами интерферона-бета. // Российский педиатрический журнал. – 2014. – N 1. – С.14-18.
64. Платонова А.Н. Качество жизни подростков с рассеянным склерозом на фоне терапии интерферонами бета: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М 2010.
65. Соколова Л.И., Кобысь Т.А., Домрес Н.В. Современные критерии Мак-Дональда в диагностике рассеянного склероза Международный неврологический журнал 7 (53) 2012.

66. Смирнов И.Е., Кучеренко А.Г., Шатилова Н.Н., Кузенкова Л.М. Диагностическое и патогенетическое значение маркеров апоптоза при рассеянном склерозе у детей. // Педиатрия. – 2013. – N 6. – С.47-53.
67. Чухловина М.Л., Улицкий Л.А. Неврология: Справочник. – СПб.: Питер, 2009. – 304с.
68. Шатилова Н.Н. Динамика активности матриксных металлопротеиназ и маркеров апоптоза при рассеянном склерозе у детей. [Текст]: дис...канд.мед.наук: 14.01.08: защищена 08.06.2013: утв. 28.09.2013 / Шатилова Надежда Николаевна. – Москва, 2013. – 125 с.
69. Шмидт Т.Е., Яхно Н.Н. Рассеянный склероз: руководство для врачей / Т.Е.Шмидт, Н.Н.Яхно. –2-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2010. – 272 с.
70. Шток В.Н., Левин О.С. Справочник по формулированию клинического диагноза болезней нервной системы. – М.: Медицинское информационное агенство, 2010. – 520 с.
71. Яхно Н.Н., Штульман Д.Р. Болезни нервной системы. 2-е изд. Т. 1. – М.: Медицина, 2003. – С. 443-459.