

СПРАВОЧНИК



570 ВОПРОСОВ И ОТВЕТОВ О РС

ПРОЕКТ ОБЩЕРОССИЙСКОЙ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ
ИНВАЛИДОВ-БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Кругляк Лев Григорьевич, доктор медицины, врач высшей категории, автор ряда научных работ и более 55 научно-популярных книг. С 1998 года живёт и работает в Германии.

Турова Елена Леонидовна, кандидат медицинскому наук, врач-невролог высшей категории, с 1990 года и по настоящее время работает в Свердловской областной клинической больнице.

Данная книга представляет собой первое справочное пособие для пациентов с рассеянным склерозом, подготовленное отечественными авторами. Она построена в виде ответов на разнообразные вопросы, которые задают пациенты и их родственники врачам, занимающимся этим серьезным неврологическим заболеванием.

Рассеянный склероз (РС) – это хроническое аутоиммунное заболевание центральной нервной системы с непредсказуемым, часто прогрессирующим течением.

В книге подробно отражены вопросы этиологии, клиники, диагностики, лечения рассеянного склероза (в том числе альтернативных методов терапии), освещены вопросы медико-социальной реабилитации, особенностей питания, психологические проблемы, возникающие у больных РС, и способы их коррекции.

Главное, что несет эта книга – позитивное отношение пациентов к своему состоянию. Диагноз рассеянного склероза уже давно не приговор, люди могут, получая адекватную медицинскую помощь, сохранять нормальное здоровье, качество жизни и участвовать в социальной жизни своей семьи и общества в целом. Этот положительный настрой и призыв к сотрудничеству и взаимопониманию между специалистами-медиками и пациентами, а также их родственниками – основное достоинство представленной книги.

Книга предназначена не только для пациентов, страдающих рассеянным склерозом и их родственников. Она принесет несомненную помощь всем, кто окружает таких людей или связан со сложным и ответственным трудом по уходу.

**ЧТО БЫ ВЫ ХОТЕЛИ ЗНАТЬ
О РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ?**



**Лев Кругляк
Елена Турова**

**Лев Кругляк
Елена Турова**

**ЧТО БЫ
ВЫ ХОТЕЛИ
ЗНАТЬ О
РАССЕЯННОМ
СКЛЕРОЗЕ?**

**СПРАВОЧНИК ДЛЯ БОЛЬНЫХ
РС И ИХ РОДСТВЕННИКОВ**

ISBN 978-5-94648-128-1



9 785946 481281

БахраХ-М

ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ

ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ

БахраХ-М

*Тем, кто страдает рассеянным склерозом
и поражает нас мужеством и терпением.
Тем, кто оказывает им повседневную
помощь с любовью и мудростью.*

570 ВОПРОСОВ И ОТВЕТОВ О РС

ПРОЕКТ ОБЩЕРОССИЙСКОЙ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ
ИНВАЛИДОВ — БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

**Лев Кругляк
Елена Турова**

ЧТО БЫ ВЫ ХОТЕЛИ ЗНАТЬ О РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ?

**СПРАВОЧНИК ДЛЯ БОЛЬНЫХ
РС И ИХ РОДСТВЕННИКОВ**

ББК 56.127.041

56.12

53.52

53.4

К84

К84 Кругляк Л., Турова Е.

570 вопросов и ответов о РС: Что бы вы хотели знать о рассеянном склерозе?: Справочник для больных РС и их родственников. — Самара: Издательский Дом «Бахрах-М», 2016. — 464 с.

ISBN 978-5-94648-128-1

Проект Общероссийской общественной организации инвалидов — больных рассеянным склерозом.

Данная книга представляет собой первое справочное пособие для пациентов с рассеянным склерозом, подготовленное отечественными авторами. Она построена в виде ответов на разнообразные вопросы, которые задают пациенты и их родственники врачам, занимающимся этим серьезным неврологическим заболеванием.

ISBN 978-5-94648-128-1

© Кругляк Л.Г., 2016

Эта книга посвящается мужественным людям — пациентам с рассеянным склерозом. Многие из них нашли свой путь в борьбе с коварной болезнью. Их участие в обсуждении материалов книги очень важно, ибо служит примером для тех, кто находится на пороге поисков пути к физической и душевной самобытности.

Бесценна помощь тех, кто всегда рядом. Они служат опорой в жизни, которая дается лишь один раз.

Авторы приносят глубокую благодарность кандидату экономических наук Ольге Новожиловой (Мончегорск) за предоставленный материал из своей книги «Лечебная гимнастика при рассеянном склерозе» (www.RS.bee-book.com), Лене Руди (E. Rudy), врачу-иммунологу (Speyer, Deutschland), оказавшей существенную помощь в подготовке книги.

Авторы благодарны членам групп «Розовый слон» и «Хамелеон», участникам форумов РС за участие в обсуждении глав книги, их ценные замечания и советы. Это Михаил Казаринов (Нижевартовск, Тюменская обл., ХМАО-Югра), Сергей Максимов (Винница, Украина), Дарья Вяткина (Москва), Елена Марченко (Белгород), Зенона Михалик (Львов), Валерий Архипов (Изобильное, Ставропольский край), Александр Соснов (Зеленогорск), Тарас Сенюк (Днепропетровск).

Особая признательность:

Власову Я. В. — доктору медицинских наук, профессору кафедры неврологии и нейрохирургии Самарского ГМУ, Президенту Общероссийской общественной организации инвалидов — больных рассеянным склерозом, сопредседателю Всероссийского союза общественных объединений пациентов, члену Общественного совета при Министерстве здравоохранения РФ.

Бойко А. Н. — доктору медицинских наук, профессору кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики РНИМУ им. Н. И. Пирогова, руководителю Центра по РС и другим демиелинизирующим заболеваниям ООО «Нейроклиника» Юсуповской больницы, члену Президиума Правления Всероссийского общества неврологов, президенту РОКИРС.

Ипатову Олегу — директору информационной службы ОООИБРС (Самара) за поддержку и информационное обеспечение.

Фролову Андрею — вице-президенту ОООИБРС от УрФО, Уполномоченному общественному эксперту ОООИБРС по УрФО, Президенту СРООИБРС «Радуга» (Екатеринбург) за поддержку и активное участие в проекте.

Злобину Павлу — вице-президенту ОООИБРС по международным отношениям (Чибаркуль, Челябинская область) за ценные замечания.

Кичигиной Наталье — вице-президенту ОООИБРС от ЮФО, Уполномоченному общественному эксперту ОООИБРС по ЮФО, члену правления Ростовского общества РС за ценные замечания.

Авторы глубоко признательны всем, кто принял участие в этом проекте:

Арсенину С. В. — член-корреспонденту РАЕН, директору «НИИ Натуротерапии», Москва (www.zalmanov.ru, www.naturmed.ru).

Баранову А. Ю. — профессору кафедры криогенной техники Санкт-Петербургского государственного университета низкотемпературных и пищевых технологий, академику Международной академии холода.

Ворончихину Ю. М. — врачу-неврологу (Екатеринбург).

Головкину В.И. — доктору медицинских наук, профессору кафедры неврологии им. С.Н. Давиденкова Санкт-Петербургского государственного университета им. И.И. Мечникова, президенту Северо-западной ассоциации рассеянного склероза.

Калына О. Л. — врачу-диагносту ВРТ, врачу БРТ, преподавателю международного класса компании «Биомедис».

Катанугиной О. В. — за статью по аюрведе (Суботялов М. А., Катанугина О. В. Исцеляемся с аюрведой легко и просто. — М.: Философская Книга, 2011).

Кобьсь Т. А. — кандидату медицинских наук, зав. отделением демиелинизирующих заболеваний Киевской городской клинической больницы № 4, руководителю Городского центра рассеянного склероза (Киев).

Колпакову Е. И. — председателю Всеукраинской общественной организации «Ассоциация инвалидов рассеянного склероза» (Киев).

Мадонову П. Г. — заведующему клиническим отделом Сибирского центра фармакологии и биотехнологий.

Особая благодарность доктору медицины, профессору Вольфганку Вику (Wolfgang Wick), руководителю неврологической клиники университета Гейдельберг, и доктору медицины, профессору Михаэлю Платтену (Michael Platten), руководителю Центра нейроиммунологических заболеваний университета Гейдельберг (ФРГ).

Обращение к читателям писателя Александра Попова

Дорогие друзья!

Каждому из нас выпадают свои собственные испытания, порой очень непростые. К сожалению, они часто становятся нашими спутниками, с которыми очень сложно, а то и невозможно расстаться. В таком случае приходится учиться жить в новых обстоятельствах, стараться не спотыкаться о них, а использовать в качестве ступеней, ведущих вверх.

Мне довелось столкнуться с рассеянным склерозом в семнадцатилетнем возрасте, более тридцати лет назад. Тем не менее, в жизни мне повезло: у меня замечательная семья, моя книга «Один на один с болезнью» выдержала три издания — в 2004, 2008 и 2010 годах. Я работал репортером, редакционным журналистом, был заместителем главного редактора газеты, руководил благотворительным фондом, писал киносценарии. Мои стихи много раз издавались в российской и зарубежной печати, в том числе в «Огоньке», «АиФ», «Литературной газете», «МК», «Юности». Со временем, определив свои творческие приоритеты, я, помимо журналистики, оставил за собой лишь свое основное и главное увлечение — поэзию. В 2016 году я был в третий раз номинирован на литературную премию «Поэт года».

Жизнь человека, со всеми ее особенностями, обстоятельствами и перипетиями, — это тема «сочинения», которое каждый из нас пишет сам, без шпаргалок и черновики. Это творческий акт — процесс созидания своей жизни и судьбы. Болезнь же — не только не повод отказываться от движения вперед, а, скорее, дополнительный стимул к этому.

За прошедшие годы изменилось очень многое: появились современные методики лечения и реабилитации, возникла устойчивая социальная среда, выходят новые книги, помогающие освоиться в непривычной ситуации.

Я желаю читателю успехов, мужества и силы духа, достижения максимальных высот в жизненной, социальной и творческой самореализации!

Оглавление

 — важно для новичков

Предисловие	21
Вступление	23
ЧТО ТАКОЕ РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ (РС)?	
СИМПТОМЫ И ТЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ, ИЗМЕНЕНИЯ В ЦНС	28
1. Понятие о рассеянном склерозе	28
1.1  Что я должен (должна) знать о РС?	28
1.2  Рассеянный склероз или диссеминированный энцефаломиелит?	30
1.3  Заразен ли РС?	31
1.4  Сокращает ли РС среднюю продолжительность жизни?	31
1.5  Бесконечная паника — что мне рассказывают об этом заболевании	
другие?	31
2. Симптомы РС	32
2.1  Что подразумевают под пестрой симптоматикой?	32
2.2  Существуют ли специфические симптомы заболевания?	32
2.3  Одинаковы ли симптомы у всех больных рассеянным склерозом?	35
2.4  Можно ли статистически представить симптомы заболевания?	35
2.5 Какие бывают наиболее частые двигательные нарушения при РС?	35
2.6  Возможно ли поражение мозжечка?	37
2.7  Как развиваются нарушения чувствительности?	38
2.8 Что это за ощущение «электрического тока» в позвоночнике?	38
2.9 Почему появляется ощущение корсета на туловище?	39
2.10  Почему повышается чувствительность во время купания?	39
2.11  Вызывает ли РС боли?	40
2.12 Что такое «пароксизмальные симптомы»?	41
2.13 Характерна ли для РС невралгия тройничного нерва?	42
2.14  Что такое неврит зрительного нерва?	42
2.15 Связан ли неврит зрительного нерва с перенапряжением?	43
2.16 Всегда ли изменения в глазу являются симптомом РС?	43
2.17 Какие еще могут быть нарушения зрения?	43
2.18  Что за очаги образуются в спинном мозге?	44
2.19  Возможны ли нарушения функций тазовых органов?	45
2.20  Какие бывают нарушения функций мочевого пузыря?	45
2.21  С чем связаны нарушения функций кишечника?	47
2.22 Какие сексуальные нарушения возможны при РС?	48
2.23 Почему иногда хочется плакать без причин?	49
2.24 Что означает триада Шарко?	49
2.25  Существуют ли другие редкие симптомы РС?	50
2.26  Что такое синдром клинического расщепления, или диссоциации?	50
2.27 Есть ли связь заболеваний позвоночника и суставов с РС?	51
2.28 Почему происходят нарушения глотания?	51
2.29 Как часто бывают нарушения речи?	52
2.30 Почему изменились вкусовые ощущения?	52
2.31  Как проявляются эпилептические припадки при РС?	53
2.32  Что такое миокимия?	53
2.33 Какие бывают дыхательные расстройства?	54
2.34 Что такое пролежни и опрелости?	54
2.35  Какие могут быть последствия имеющихся симптомов?	55
2.36 Существует ли классификация симптомов РС?	56

2.37	📖 Когда можно заподозрить РС?	57
2.38	📖 Какова частота различных симптомов?	57
2.39	📖 Что такое клинически изолированный синдром (КИС)?	57
3. Очаги РС		58
3.1	Зачем нам нужны подробности строения нервной системы и образующихся при РС очагов (бляшек), изменений в ЦНС при данном заболевании?	58
3.2	📖 Как устроена центральная нервная система (ЦНС)?	58
3.3	📖 Для чего нужна спинномозговая жидкость?	62
3.4	📖 Как устроена и функционирует иммунная система?	63
3.5	📖 Какие изменения происходят в нервной системе при РС?	65
3.6	📖 Как образуются склеротические бляшки?	65
3.7	📖 Как выглядят очаги РС?	68
3.8	📖 Почему вокруг очагов бывает отек?	68
3.9	Что такое «пальцы Доусона»?	69
3.10	Все ли очаги РС одинаковы?	69
3.11	Активны ли образующиеся рубцы?	70
3.12	Что такое «теневые очаги»?	70
3.13	Бывают ли «немые» очаги?	70
3.14	📖 Имеют ли очаги РС предпочтительную локализацию?	70
3.15	Что такое «гипотеза о чернильной кляксе»?	71
3.16	Что такое олигодендроциты?	71
3.17	Что такое астроциты?	72
3.18	Что такое очаги 1-го и 2-го типа?	72
3.19	Что означают «черные дыры»?	73
4. Обострение болезни		73
4.1	📖 Что такое обострение?	73
4.2	📖 Что такое ремиссия?	75
4.3	📖 Можно ли по типу приступа сделать вывод об изменениях в очаге?	75
4.4	📖 Что такое активация очага?	75
4.5	📖 Что такое «зыбкость» симптомов?	76
4.6	📖 Что такое «ложное обострение»?	76
4.7	📖 У меня свежее обострение?	76
4.8	Что такое скрытое обострение?	76
4.9	Одно обострение или два?	77
4.10	Это легкое обострение?	77
4.11	Ремиттирующая форма или уже прогрессирующая?	78
4.12	Всегда ли ремиттирующая форма заболевания переходит в прогрессирующую?	78
4.13	📖 Почему РС протекает с обострениями?	78
4.14	📖 Почему возвращаются симптомы?	79
4.15	📖 Какая взаимосвязь между обострениями и очагами?	79
4.16	Является ли реактивация очага плохим признаком?	79
4.17	Какие стадии проходит обострение?	80
4.18	📖 Каковы причины обострения болезни?	80
4.19	Ведут ли рецидивы РС к инвалидности?	81
5. Течение заболевания		81
5.1	📖 Какие бывают формы РС?	81
5.2	📖 Как можно объяснить наличие разных форм?	83
5.3	Как представить себе переход во вторично-прогрессирующую стадию заболевания?	84
5.4	📖 Что такое первично-прогрессирующий РС?	84

5.5	Является ли первично-прогрессирующий РС самостоятельным заболеванием?	85
5.6	Что такое спинальная форма РС?	85
5.7	Как объяснить термин «хронический» при РС?	85
5.8	У меня уже хроническая стадия?	86
5.9	Если уже прогрессирующая стадия, значит, теперь неумолимо наступит ухудшение?	86
5.10	Есть ли клинические формы заболевания?	86
5.11	Может ли быть бессимптомное течение РС?	86
5.12	Встречается ли злокачественное течение заболевания?	87
5.13	📖 РС — непредсказуемое заболевание?	87
ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЯ		89
6. Диагноз		89
6.1	📖 Как ставится диагноз РС?	89
6.2	📖 Что такое критерии Шумахера (G. Schumacher)?	90
6.3	📖 Что такое критерии Ч. Позера (Charles M. Poser)?	91
6.4	📖 Что такое критерии МакДоналда (McDonald)?	92
6.5	📖 Что представляет собой шкала повреждений функциональных систем по Дж. Куртцке (FS)?	92
6.6	Так есть у меня РС или нет?	93
6.7	📖 Почему больная нога при наличии «спастики» дергается сильнее, чем здоровая?	93
6.8	📖 Когда действительно у меня начался РС?	93
6.9	МРТ и анализ спинномозговой жидкости нормальные — я придумываю себе симптомы?	94
6.10	Какие возможны ошибочные диагнозы?	94
6.11	📖 РС и укусы клеща — у меня боррелиоз?	95
6.12	📖 Есть ли смысл узнать второе мнение?	95
6.13	В какую больницу лучше обратиться при подозрении на РС?	96
6.14	📖 Ранний диагноз возможен?	96
6.15	Мешают ли хронические заболевания постановке диагноза?	96
6.16	Как осуществляется диагностика РС при помощи технических средств?	97
6.17	📖 Существует ли диагностический стандарт?	97
6.18	📖 Когда врачи сомневаются в диагнозе?	98
7. Магниторезонансная томография (МРТ)		99
7.1	📖 Что такое МРТ?	99
7.2	📖 Что можно видеть на снимках МРТ?	101
7.3	📖 Являются ли белые пятна доказательством РС?	101
7.4	Когда нужно обследовать позвоночник?	102
7.5	📖 МРТ — всегда с контрастом?	102
7.6	МРТ — нормальная, и, тем не менее, может быть РС?	103
7.7	МРТ — когда необходим контроль?	103
7.8	Могут ли очаги РС исчезнуть?	103
7.9	📖 В чем заключается клинико-радиологический парадокс?	104
7.10	Каковы возможности МРТ?	104
7.11	📖 От чего такой грохот в этой трубе?	105
7.12	📖 Есть ли противопоказания для МРТ?	105
7.13	Всегда ли на МРТ привычные изменения?	106
8. Исследование спинномозговой жидкости		106
8.1	📖 Что такое спинномозговая жидкость?	106
8.2	Для чего проводят спинномозговую пункцию?	107
8.3	Как проводят спинномозговую пункцию?	107

8.4	Безопасна ли эта процедура?	108
8.5	Должны ли быть после нее головные боли?	109
8.6	Что такое олигоклональные группы IgG?	109
8.7	Доказывает ли наличие олигоклональных иммуноглобулинов в ликворе диагноз РС?	109
8.8	И все же: положительный анализ — это окончательный диагноз?	110
8.9	Можно ли быть уверенным, что отрицательный анализ исключает РС?	110
9.	Исследование вызванных потенциалов	111
9.1	Что такое вызванные потенциалы?	111
9.2	Какие виды исследований потенциалов проводятся при РС?	111
9.3	Для чего применяется электромиография?	112
10.	Дополнительные исследования при РС	113
10.1	Что дает иммунологический анализ крови (иммунологический мониторинг)?	113
10.2	Какова цель электрофизиологических исследований?	114
10.3	Что дают методы исследований с использованием специальной аппаратуры?	115
10.4	Что дает генная диагностика?	115
ОЦЕНКА ИНВАЛИДНОСТИ И ПРОГНОЗ		116
11.1	Расширенная шкала оценки инвалидности по Джону Куртцке (J. Kurtzke) — EDSS	116
11.1.1	Что представляет собой шкала повреждения функциональных систем (FS)?	116
11.1.2	Что представляет собой расширенная шкала Дж. Куртцке?	116
11.1.3	Насколько надежна шкала EDSS?	117
11.1.4	Какова практическая ценность шкалы EDSS?	117
11.1.5	Как устанавливают инвалидность у нас в стране?	117
11.2.	Прогноз	117
11.2.1	Прогноз РС — гадание на кофейной гуще?	117
11.2.2	Что гласят 10 прогностических правил для РС?	118
11.2.3	О чем говорит «правило 5 лет» по Джону Куртцке?	119
11.2.4	Что подразумевают под «золотым правилом» РС?	119
11.2.5	Что означает прогностическое правило Гиппократата?	120
11.2.6	Какова вероятность оказаться в инвалидном кресле?	120
11.2.7	Что подразумевают под доброкачественным течением РС?	121
11.2.8	Какова официальная российская статистика по РС?	121
11.2.9	Возможно ли излечение рассеянного склероза?	123
11.2.10	Играют ли какую-либо роль для прогноза РС возраст и пол?	123
11.2.11	Есть ли другие методы прогнозирования РС?	123
11.2.12	Каковы особенности прогноза при первично-прогрессирующем течении РС?	123
РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ И ПСИХИКА		124
12.1	Какая связь существует между моей болезнью и психикой?	124
12.2	Есть ли научные доказательства этой связи?	126
12.3	Как связано качество жизни с течением РС?	126
12.4	Как воздействуют эмоциональные нагрузки на иммунную систему?	127
12.5	Что такое психоиммунология?	127
12.6	Что такое стресс?	127
12.7	Как связано мое заболевание с историей жизни?	128
12.8	Существуют ли специфические конфликты при РС?	128
12.9	Разве не все каким-либо образом связано с психосоматикой?	129

12.10	Виноват ли я сам в своем заболевании?	129
12.11	РС и невроз?	129
12.12	Что такое невроз?	130
12.13	Что такое эндогенная депрессия?	130
12.14	Что такое депрессивная личность?	131
12.15	Что такое истерическая личность?	131
12.16	Хотите послушать мнение врача, страдающего РС?	131
12.17	Каково мнение психолога?	132
12.18	Болезнь как путь?	132
12.19	Как добиться психологической адаптации к диагнозу?	133
12.20	Должен ли я бороться с моей болезнью?	133
12.21	Что вы можете сказать по этому поводу?	137
12.22	Успешна ли психотерапия при РС?	137
12.23	Что может помочь при депрессии?	137
13.	Усталость и РС	139
13.1	Что такое синдром хронической усталости (СХУ)?	139
14.	РС и нарушения высших мозговых функций	141
14.1	Какая связь между РС и нарушениями функций мозга?	141
14.2	Почему я стал забывать?	142
ПРИЧИНЫ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА		142
15.1	История исследования РС	142
15.2	Почему причины РС до сих пор неизвестны?	143
15.3	Что такое «причина болезни»?	143
15.4	Какие факторы способствуют развитию болезни?	144
15.5	Чего мы ждем от действующей теории РС?	144
15.6	Существует ли «классическая» теория РС?	145
15.7	Является ли РС аутоагрессивной болезнью?	146
15.8	Это наследственное заболевание?	146
15.9	Почему заболевание встречается у женщин чаще, чем у мужчин?	147
15.10	РС — наследственность или вирус?	148
15.11	Является ли РС болезнью цивилизации?	148
15.12	Есть ли связь между рассеянным склерозом и хронической цереброспинальной венозной недостаточностью?	149
15.13	Что можно сказать о влиянии симбиотической микрофлоры кишечника на деятельность ЦНС и иммунной системы?	150
15.14	О чем сообщает пресса?	150
15.15	Почему в последние годы больных рассеянным склерозом стало намного больше?	151
15.16	Есть ли связь РС с ожирением?	151
16.	В поисках возбудителя заболевания	151
16.1	Существует ли возбудитель заболевания?	151
16.2	Есть ли работы, изучающие заболеваемость у мигрантов?	152
16.3	Связан ли герпес на губе с РС?	153
16.4	Существует ли везд и хламидийная гипотеза?	153
16.5	Возбудитель РС: необходим, но не достаточен?	153
МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА		154
17.	Основные принципы и задачи лечения РС	154
17.1	Почему сложно назначить адекватное лечение РС?	154
17.2	Каковы основные принципы организации лечения?	155
17.3	Как осуществляется длительный контроль за проводимым лечением?	156

17.4	Почему необходимо назначать лечение на ранних стадиях болезни и вне обострений?	157
17.5	Каковы задачи лечения?	157
17.6	Что такое этиопатогенетическое лечение?	158
17.7	Какие проблемы в лечении РС еще не решены?	158
18.	Лечение обострений рассеянного склероза	159
18.1	Чем обусловлена необходимость активного лечения обострений?	159
18.2	Существует ли единый подход к лечению обострения РС?	159
18.3	Терапия кортикостероидами	160
18.3.1	Как действуют кортикостероиды?	160
18.3.2	Каковы побочные действия кортикостероидов?	161
18.3.3	Когда следует начинать лечение гормонами?	162
18.3.4	Что такое пульс-терапия?	162
18.3.5	Свежее обострение — обязательно кортикостероиды?	163
18.3.6	Совершенно запутанная ситуация — опять кортикостероиды?	164
18.3.7	Излечиваются ли очаги под воздействием кортикостероидов?	164
18.3.8	Если отказаться от лечения кортикостероидами, перейдет ли моя болезнь в хроническую форму?	165
18.3.9	Могу ли я потерять зрение, если откажусь от лечения кортикостероидами?	165
18.3.10	Может ли длительное лечение кортикостероидами в малых дозах задержать развитие РС?	165
18.3.11	Кортикостероиды или АКТГ?	165
18.3.12	Могут ли кортикостероиды оказывать неблагоприятное влияние на течение РС?	166
18.3.13	Существует ли список вопросов, на которые следует обратить внимание до начала терапии кортикостероидами?	166
18.3.14	Есть ли альтернатива терапии кортикостероидами при острой атаке болезни?	166
18.3.15	Является ли МРТ критерием в выборе тактики терапии?	167
18.3.16	Есть ли стандартные методы лечения ранних стадий заболевания?	167
18.4	Эфферентные методы лечения РС	168
18.4.1	Какие методы лечения относятся к эфферентным?	168
18.4.2	Когда проводится плазмаферез?	168
18.4.3	Когда применяются методы сорбционной детоксикации?	169
18.4.4	Как проводится лечение методом энтеросорбции?	169
18.5	Какие существуют еще технические методики лечения обострений РС?	169
18.6	Как применяются в терапии обострений другие препараты?	170
18.7	Какие еще используются препараты при обострениях РС?	171
18.8	Показано ли противовирусное лечение обострения?	171
18.9	Что делать после завершения лечения обострения?	171
19.	Терапия, направленная на снижение частоты обострений и замедление прогрессирования заболевания	172
19.1	Какие задачи стоят на этом этапе лечения РС?	172
19.2	Иммуномодулирующая терапия	173
19.2.1	Каковы принципы иммуномодулирующей терапии?	173
19.2.2	Что такое неселективные иммуносупрессоры?	173
19.2.3	Как применяются цитостатики?	174
19.2.4	Как проводится тотальное облучение лимфоцитов (ТОЛ)?	175
19.2.5	Какова роль селективных иммуносупрессоров в лечении РС?	176
19.2.6	Что такое интерфероны?	176
19.2.7	Как применяется бетаферон?	177
19.2.8	Какие показания и противопоказания к назначению бетаферона?	178

19.2.9	Каков способ применения препарата?	179
19.2.10	Какие возможны побочные действия при терапии препаратом?	179
19.2.11	Как уменьшить кожные реакции в местах инъекций?	180
19.2.12	Как применяется ребиф?	181
19.2.13	Какие показания и противопоказания к назначению ребифа?	181
19.2.14	Каков способ применения препарата?	181
19.2.15	Какие возможны побочные действия при терапии препаратом?	182
19.2.16	Какие особенности назначения препарата при беременности и лактации?	182
19.2.17	Какие особенности терапии ребифом?	182
19.2.18	Как применяется авонекс?	183
19.2.19	Каков способ применения препарата?	183
19.2.20	Какие возможны побочные действия при терапии препаратом?	184
19.2.21	Всем ли помогают бета-интерфероны?	184
19.2.22	Как применяются индукторы интерферонов?	185
19.2.23	Как проводится антиген-специфическая терапия РС?	186
19.2.24	Каковы показания и противопоказания к применению копаксона?	186
19.2.25	Каковы особенности влияния препарата на беременность и лактацию?	186
19.2.26	Каков способ применения копаксона?	187
19.2.27	Каково побочное действие медикамента?	187
19.2.28	Чем отличается новая форма копаксона?	187
19.2.29	Какие проблемы возникают при длительной иммуномодулирующей терапии?	188
19.3	Какие вопросы возникают при назначении и лечении препаратами, изменяющими течение РС (ПИТРС)?	188
19.3.1	Каким больным и когда рекомендуется начинать этот вид терапии?	189
19.3.2	Когда прекращать данную терапию?	189
19.3.3	Какой препарат и в какой дозе нужно назначать в каждом конкретном случае?	190
19.3.4	Как оценивать частичную эффективность препаратов группы ПИТРС?	190
20.	Симптоматическая терапия рассеянного склероза	191
20.1	Каковы цели симптоматической терапии при РС?	191
20.2	Какие существуют методы лечения слабости мышц, пораженных спастическим параличом?	192
20.3	Как бороться со спастичностью?	194
20.4	Как справиться с нарушением координации, равновесия и тремором?	197
20.5	Чем можно помочь при нарушениях зрения и движения глаз?	199
20.6	Как лечат неврит зрительного нерва?	200
20.7	Чем можно помочь при нистагме?	200
20.8	Как увеличить поля зрения и развить зрение?	201
20.9	Какие существуют методы борьбы с нарушениями чувствительности и болью?	202
20.10	Как лечить пароксизмальные симптомы?	205
20.11	Какие существуют методы лечения нарушений функций мочевого пузыря?	206
20.12	Чем можно помочь при нарушениях работы кишечника?	209
20.13	Какие можно принять меры при сексуальной дисфункции?	212
20.14	Что помогает при головокружениях?	214
20.15	Как можно помочь при нарушениях глотания?	215
20.16	Как можно помочь при нарушениях речи?	217
20.17	Что нужно знать об остеопорозе?	219
20.18	Как оказать помощь при эпилептическом припадке?	219

20.19	☞ Как лечат невралгию тройничного нерва?	220
20.20	☞ Как лечат нарушения дыхательных функций?	220
20.21	☞ Как осуществляется профилактика и лечение пролежней и опрелостей?	221
20.22	Какое лечение предлагают при хронической цереброспинальной венозной недостаточности?	222
20.23	☞ Существует ли профилактическое лечение?	223
21. Медикаментозное лечение депрессивных состояний и познавательных расстройств		
224		
21.1	Что предлагают специалисты при депрессии?	224
21.2	☞ Как бороться с нарушением памяти?	226
22. Лечение прогрессирующей формы рассеянного склероза		
228		
22.1	Какова тактика лечения прогрессирующей формы РС?	228
23. Дополнительные методы лечения рассеянного склероза		
228		
23.1	Как использовать энтеросорбцию в домашних условиях?	228
23.2	Как применяют вазопрессин?	229
23.3	Что такое нейропротекция?	229
23.4	Можно ли вылечить РС с помощью трансплантации гемопоэтических стволовых клеток?	230
23.5	Лучше ли стволовые клетки из собственной жировой ткани?	231
23.6	Каковы перспективы трансплантации эмбриональной нервной ткани?	231
23.7	Перспективен ли метод лечения РС с помощью стволовых клеток, полученных из собственного костного мозга?	232
23.8	Прививки против РС?	232
23.9	Какие есть перспективные методы иммунотерапии РС?	233
23.10	Как применяют иммуноглобулины при РС?	233
23.11	Препарат натализумаб (тизабри) — новый принцип действия?	234
23.12	Лечим РС противовирусными препаратами?	235
23.13	Надо ли лечиться большими дозами антибиотиков?	236
23.14	Применяется ли при РС энзимотерапия?	236
23.15	Каковы перспективы применения метаболической терапии?	237
23.16	Какова роль БАД при РС?	238
23.17	Что представляют собой биологически активные препараты линейки «Диэнай»?	240
23.18	Можно ли ожидать эффекта при приеме нейростима при РС?	241
23.19	Что представляет собой система цветотерапии «Странник»?	243
23.20	О чем не следует забывать в стадии ремиссии?	244
23.21	Что такое цитамини?	245
23.22	Есть ли возможности восстановления миелина при рассеянном склерозе?	245
23.23	Как помочь улучшить ходьбу больным с рассеянным склерозом?	246
ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ (СХУ) ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ		
246		
24.1	Как бороться с синдромом хронической усталости (СХУ)?	246
24.2	Помогает ли разгрузочная диетическая терапия и натуропатия при лечении СХУ?	247
24.3	Как использовать травы при СХУ?	248
24.4	Есть ли гомеопатические средства?	248
24.5	Можно ли воспользоваться методами традиционной восточной медицины?	249
24.6	Минералотерапия при лечении СХУ?	250
24.7	Чего можно ожидать от ароматерапии?	250

24.8	Что рекомендуют магнитотерапевты при хронической усталости?	250
24.9	Как влияет цветорезонансная терапия при лечении синдрома хронической усталости?	250
24.10	Как уснуть за 1 минуту?	250
24.11	☞ Как лечить синдром хронической усталости?	252
24.12	Возможна ли профилактика синдрома хронической усталости?	253
ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ		
256		
25.1	Какие методы физической реабилитации применяются при РС?	256
25.2	Лечебная гимнастика	256
25.2.1	Какие задачи у лечебной гимнастики при РС?	256
25.2.2	Что нужно знать, прежде чем приступить к выполнению упражнений?	257
25.2.3	Какие упражнения применяются при РС?	258
25.2.4	Как осуществляются пассивные упражнения?	258
25.2.5	Каков диапазон активных упражнений?	259
25.2.6	Что можно предпринять для снятия спастичности?	261
25.2.7	Как применяется лечебная гимнастика для коррекции координаторных нарушений?	264
25.2.8	Что такое диагональная гимнастика?	267
25.2.9	Что можно предпринять для укрепления мышц тазового дна?	269
25.2.10	Какие упражнения можно делать в положении сидя?	270
25.2.11	Какие упражнения можно делать в положении лежа на спине?	271
25.2.12	Какие упражнения можно делать в положении лежа на животе?	272
25.2.13	Какие упражнения можно делать в положении стоя в коленно-кистевом положении?	272
25.2.14	Какие упражнения можно делать в положении стоя?	272
25.2.15	Какие приспособления необходимы для лечебной гимнастики?	273
25.3	Можно ли применять массаж при РС?	273
25.3.1	Как выполняется массаж соединительной ткани?	274
25.3.2	Массаж при симптоме «длинной» ноги?	275
25.3.3	Как проводится сухой массаж щеткой?	275
25.3.4	Есть ли смысл в использовании шиаци?	276
25.4	В чем смысл биомеханотерапии?	276
25.5	Каковы принципы эрготерапии?	277
25.6	В чем особенности физических методов терапии при РС?	277
25.6.1	Какие используются физиотерапевтические процедуры при РС?	277
25.6.2	Что такое ДЭНС-терапия?	279
25.6.3	В чем проявляется благотворное воздействие воды?	280
25.6.4	Как принимаются скипидарные ванны?	281
25.6.5	Может ли криотерапия помочь пациентам с РС?	283
25.6.6	Какова эффективность гипербарической оксигенации (ГБО)?	284
25.6.7	Применяется ли при РС баротерапия?	285
25.7	Какие вспомогательные принадлежности применяются при РС?	285
25.8	Что такое компьютерная стабилотметрия по методу биологической обратной связи (БОС)?	286
25.9	Что такое иппотерапия и применяется ли она при РС?	286
25.10	Что представляет собой технология энергоинформационной терапии с использованием торсионных полей?	287
25.11	Помогает ли больным с РС терапия Войта (рефлексолокомоция)?	288
25.12	Что дает метод Фельденкрайза?	288
25.13	Чем отличается метод Бобат?	289

25.14	Что представляет собой проприоцептивная нейромускулярная фасилитация?	290
25.15	Применяется ли электростимуляция мозга при РС?	291
АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА 291		
26.1	Что входит в понятие «альтернативные методы лечения»?	291
26.2	Чем могут помочь естественные методы лечения при РС?	292
26.3	Что можно предпринять до принятия решения об использовании новых методов или препаратов?	293
27.	Фитотерапия рассеянного склероза	293
27.1	Что такое фитотерапия?	293
27.2	Можно ли применять фитотерапию при РС?	294
27.3	Что предлагает врач-фитотерапевт Костеров?	296
27.4	Как применяется мордовник шароголовый (обыкновенный)?	296
27.5	Как применяется живокость сетчатоплодная?	298
27.6	Какие травы обладают противовоспалительным действием?	298
27.7	Есть ли еще комбинированные методы лечения травами?	299
27.8	Как применяется вороника (шикша черная)?	300
27.9	Какие еще растения применяются для лечения РС?	300
27.10	Можно ли применять эхинацею против гриппа?	304
27.11	Какие масла применяют при РС?	304
28.	Гомеопатия при рассеянном склерозе	305
28.1	Когда применяется гомеопатический метод лечения РС?	305
28.2	Каков принцип лечения гомеопатическими препаратами?	306
28.3	Какие средства принимаются в период обострения?	307
28.4	Какие средства принимаются в период ремиссии?	308
28.5	Есть ли конкретные схемы лечения РС?	309
29.	Антропософская медицина при рассеянном склерозе	310
29.1	Что такое антропософия?	310
29.2	Каков арсенал антропософских методов лечения?	311
29.3	Возможно ли применение эвритмии при рассеянном склерозе?	314
30.	Ортомоллекулярная терапия	315
30.1	Что дает ортомоллекулярная терапия при РС?	315
31.	Лечение РС продуктами пчеловодства	316
31.1	Есть ли место апитерапии в лечении рассеянного склероза?	316
31.2	Применяются ли при РС продукты пчеловодства?	317
31.3	Что такое огнёвка?	318
32.	Мумие	319
32.1	Возможно ли использование мумие при РС?	319
33.	Аюрведа	319
33.1	Аюрведа против рассеянного склероза?	319
33.2	Могут ли помочь аюрведические методы при РС?	320
33.3	Что говорят специалисты по аюрведе про РС?	321
34.	Акупунктура (иглоукалывание)	324
34.1	Что дает акупунктура при РС?	324
35.	Ароматерапия	325
35.1	Каковы принципы ароматерапии при РС?	325
36.	Цветочная терапия доктора Баха	325
36.1	Есть ли смысл в цветочной терапии доктора Баха?	325
37.	Гирудотерапия (лечение пиявками)	329
37.1	Как могут помочь пиявки при РС?	329
38.	Медитация	329
38.1	В чем смысл медитации?	329

39.	Йога	330
39.1	Применима ли йога при РС?	330
40.	Краниосакральная терапия	331
40.1	Помогает ли краниосакральная терапия при РС?	331
РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ 332		
41.	Какие сложности в диагностике и лечении РС у детей и подростков?	332
42.	Как часто начинается болезнь в детстве?	333
43.	Есть ли особенности возникновения заболевания у детей?	333
44.	Как возникает РС у детей?	334
45.	Каковы особенности клинических проявлений раннего РС?	334
46.	Каковы особенности течения РС у детей?	336
47.	Как лечат РС у детей?	337
ИНФОРМАЦИЯ О НОВЫХ МЕТОДАХ ЛЕЧЕНИЯ И НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ 339		
48.	Можно ли по анализу крови предсказать течение РС?	339
49.	Белок галанин лечит РС?	340
50.	Что ждет нас нового в лечении рассеянного склероза?	340
51.	Новый тип лекарств для лечения аутоиммунных заболеваний?	348
52.	Клетки иммунной системы могут повреждать серое вещество головного мозга при РС?	349
53.	Когда можно будет определить вероятность развития РС у пациентов с «клинически изолированным синдромом»?	349
54.	Спасает ли солнце от рассеянного склероза?	349
55.	Можно ли лечить РС марихуаной?	350
56.	Что можно еще добавить к проблеме РС?	350
56.1	Какие производятся механизмы в помощь больным?	350
56.2	Связано ли возникновение РС с почвенной бактерией?	350
56.3	Можно ли выявить РС задолго до появления первых симптомов?	351
56.3.1	Можно ли поставить диагноз на основании определения биомаркеров?	351
56.4	Поможет ли витамин D лечить РС?	351
56.5	Действительно ли можно остановить развитие РС с помощью наночастиц?	352
56.6	Насколько эффективен мелатонин при лечении РС?	352
56.7	Что даст применение Anti-LINGO-1?	352
56.8	Насколько полезен биотин?	353
56.9.1	Как проводятся испытания препаратов, рекомендуемых для лечения РС?	353
56.9.2	Каковы преимущества и риски участия в клиническом исследовании (КИ)?	354
56.9.3	Как осуществляется доступ пациентов к новым исследованиям?	355
56.10	Что дает аутологическая вакцина Т-регуляторных клеток проекта Регенекс от Сколково?	355
56.11	Какое значение имеет открытие о транспорте между клетками для неврологии?	356
56.12	Какова роль микрофлоры кишечника для пациентов с РС?	356
56.13	Что такое пролипс?	356
56.14	Как применяется квантовая терапия при РС?	357
56.15	Что такое LDN терапия?	359
56.16	Поможет ли при РС препарат для лечения гипертонии?	360
56.17	Что может дать антиген-специфическая иммуномодуляция препаратом АТХ-MS-1467?	360
56.18	Применяется ли метод биорезонансной терапии при РС?	361

КАК ЖИТЬ ДАЛЬШЕ?	362
57. А жизнь продолжается!	362
57.1 📖 Чем больше я знаю о болезни, тем лучше я могу справиться с ней	362
57.2 📖 Как теперь планировать жизнь?	363
57.3 📖 Почему некоторые люди сохраняют надежду, несмотря на постигшее их тяжелое заболевание, в то время как другим это не удается?	364
57.4 📖 Как строить отношения со здоровыми людьми?	365
57.5 📖 Мне надо рассказывать о своем заболевании?	366
57.6 📖 Инвалиды живут в своем собственном мире?	367
57.7 📖 Как жить с РС?	368
57.8 📖 Что вы будете делать, если сами заболете РС?	369
58. РС и профессиональная деятельность	369
58.1 Как РС может отразиться на производственной деятельности?	369
58.2 Как пациенту с РС вести себя с руководителем?	370
58.3 Как влияет РС на способность выполнять свою работу?	371
58.4 Как выбрать профессию?	371
59. Семья, партнерство, сексуальные отношения, дети и рассеянный склероз	372
59.1 📖 Что изменяется в семье, когда один из ее членов заболевает РС?	372
59.2 📖 Как сообщить о своей болезни семье?	373
59.3 📖 Не оказывает ли половая активность вредного влияния на течение болезни?	373
59.4 📖 Как изменяются интимные отношения в связи с РС?	373
59.5 📖 Надо ли разговаривать с партнером о своих сексуальных желаниях и потребностях?	374
59.6 📖 Какие меры должны принять партнеры для достижения психологической совместимости в новых условиях?	375
59.7 📖 Каковы механизмы развития нарушений половой функции при РС?	376
59.8 📖 Каковы особенности сексуальной дисфункции у мужчин?	377
59.9 📖 Бывают ли сексуальные дисфункции у женщин, связанные с РС?	378
59.10 📖 Как проявляются вторичные сексуальные расстройства?	378
59.11 📖 Что усиливает сексуальную дисфункцию?	379
59.12 📖 Могу ли я иметь ребенка?	380
59.13 📖 Могу ли я передать свое заболевание ребенку?	381
59.14 📖 Как будет влиять беременность на течение моей болезни?	381
59.15 📖 Есть ли особенности способности к зачатию при РС?	383
59.16 📖 Каковы особенности контрацепции при РС?	383
59.17 📖 Есть ли особенности ведения беременности и родов у женщин с РС?	384
59.18 📖 Как решить проблему взаимоотношений родителей и детей при РС?	386
59.19 📖 Как вести себя с ребенком, если у родителя выявили РС?	387
59.20 📖 Возможно ли экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) при РС?	388
ПОНЕМНОГУ О ВАЖНОМ	388
60. Что я могу и должен делать сам?	388
60.1 📖 Возможно ли проведение профилактических прививок пациентам с РС?	388
60.2 Что делать при ОРВИ (гриппе)?	390
60.3 📖 Можно ли пользоваться сауной?	390
60.4 📖 Нужно ли исключить алкоголь?	390
60.5 📖 Могу ли я продолжать курить?	391
60.6 📖 Можно ли ехать на море летом?	392
60.7 📖 Исключает ли РС занятия спортом?	392

60.8 Можно ли больным РС делать операции?	394
60.9 Как справиться с неловкостью?	394
60.10 Ох уж эта забывчивость!	395
60.11 Действительно ли надо избавляться от очагов инфекции в организме? ..	395
60.12 Что надо знать при пломбировании зубов?	395
60.13 Помогают ли домашние животные?	396
60.14 📖 Влияют ли телевизор и компьютер на РС?	396
60.15 📖 Какими техническими средствами можно пользоваться для передвижения?	396
60.16 📖 Каковы новые технические возможности реабилитации?	397
60.17 📖 Чем могут помочь пациенту близкие люди?	398
60.18 Где можно получить текущую информацию по РС?	399
61. Рассеянный склероз и питание	399
61.1 📖 Существуют ли специальные диеты при РС?	399
61.2 📖 Что ест человек?	400
61.3 📖 В чем вообще смысл питания?	401
61.4 📖 Насколько важен белок в питании?	401
61.5 📖 Какими качествами обладает молоко?	402
61.6 📖 Почему нашли широкое распространение кисломолочные продукты?	403
61.7 📖 Вегетарианская пища или мясоедство?	404
61.8 Вредны ли яйца?	405
61.9 📖 Какова роль жиров в питании человека?	405
61.10 📖 Что такое ненасыщенные жирные кислоты и почему они так важны?	406
61.11 📖 Почему во всех рекомендациях советуют снизить количество сладкого, ведь оно нужно при РС, т.к. дает энергию?	408
61.12 📖 Что представляют собой злаковые культуры как пищевой продукт?	409
61.13 Что можно сказать о бобовых культурах?	411
61.14 📖 Сырая растительная пища — солнечная пища?	411
61.15 📖 Правда ли, что полезны квашенные овощи?	413
61.16 📖 Существует ли питьевой режим?	413
61.17 📖 Какова роль витаминов и минералов?	413
61.18 📖 Насколько вредны добавки к пищевым продуктам?	416
61.19 Что такое противовоспалительная диета?	417
61.20 Как влияет кофе на организм больного?	418
61.21 Какова роль рыбных продуктов в питании при РС?	418
61.22 В чем заключается диета Эштона Эмбри?	418
61.23 Какова роль соли в развитии РС?	419
61.24 📖 Что же реально надо сделать, чтобы улучшить качество питания?	419
61.25 Является ли корица фактором защиты от рассеянного склероза?	421
61.26 Таблица оценки полезности продуктов питания при РС	421
62. Профилактика рассеянного склероза	422
62.1 Возможно ли профилактика РС?	422
62.2 📖 Существует ли вторичная профилактика РС?	422
62.3 📖 Что можно сделать для профилактики обострений?	423
63. Моя квартира	424
63.1 📖 Как обустроить свою квартиру?	424
63.2 📖 Какими устройствами и приспособлениями можно пользоваться при РС?	424
63.3 📖 Как переоборудовать свою квартиру?	425
63.4 Как спать под одеялом?	428

64. Маленький раздел по уходу за больными	428
64.1 Что ждет новичков?	428
64.2 Как избежать пролежней на спине?	429
64.3 Как легко повернуть человека на бок и не уронить его с кровати?	429
64.4 Как посадить больного, чтобы ему было комфортно?	430
64.5 Как помыть лежачего человека в кровати?	430
64.6 Как вымыть голову лежачему человеку в кровати?	432
64.7 Как поменять памперс взрослому человеку и не надорвать спину?	432
64.8 Как не опрокинуть судно?	433
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ	
С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ	433
65.1 В чем суть реабилитации пациентов с рассеянным склерозом?	433
65.2 Что такое реабилитация пациентов?	434
65.3 В чем особенности реабилитации инвалидов, больных РС?	434
65.4 Каковы основные компоненты реабилитационного процесса?	435
65.5 Как проводится медицинская реабилитация?	435
65.6 Как проводится психологическая реабилитация?	437
65.7 Как осуществляется трудовая реабилитация?	438
65.8 Как осуществляется социальная реабилитация?	439
65.9 Как осуществлять бытовую реабилитацию в медицинских учреждениях?	440
65.10 Какой должна быть типовая комплексная программа для реабилитационных центров?	440
65.11 Какова роль общественных и некоммерческих организаций в медико-социальной реабилитации пациентов с РС?	441
65.12 Как рассматривается реабилитационный процесс в рамках НКО?	442
65.13 Что необходимо для хорошей реабилитации в современных условиях?	443
65.14 Как вы оцениваете результаты работы Общероссийской общественной организации инвалидов — больных рассеянным склерозом (ОООИБРС)?	443
ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ИНВАЛИДОВ — БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ (ОООИБРС)	445
66. Чем конкретно занимается ОООИБРС?	445
67. На каких этических принципах строится работа организации?	447
68. Какова роль Всероссийского союза пациентов?	448
ВМЕСТО ЗАКЛЮЧЕНИЯ	448
69. Можно ли ответить на все вопросы, связанные с РС?	448
70. Что можно взять из опыта пациентов?	449
71. Каковы направления исследований по РС?	451
72. Что день грядущий нам готовит?	451
СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ	453
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	455

Предисловие

В настоящее время имеется существенный прогресс в лечении рассеянного склероза — одного из наиболее загадочных и тяжелых заболеваний центральной нервной системы. Прогноз при постановке диагноза рассеянного склероза стал намного лучше, хотя пока вопрос не стоит о полном излечении от недуга. Повсеместное внедрение новых лекарственных средств, очень дорогостоящих, но эффективных только при правильном использовании, а также активные исследования по разработке других, еще более эффективных методов повышает ответственность как медицинских работников, в первую очередь неврологов, так и самих пациентов. Данная книга представляет собой первое справочное пособие для пациентов с рассеянным склерозом, подготовленное отечественными авторами. Она построена в виде ответов на разнообразные вопросы, которые задают пациенты и их родственники врачам, занимающимся этим серьезным неврологическим заболеванием. Авторы пытаются найти баланс между простотой и доступностью для понимания специфического материала и научно-медицинской достоверностью предлагаемых ответов, что представляется крайне сложным и важным делом.

Представленные положения являются, безусловно, общепринятыми фактами, отражающими современное развитие доказательной медицины. В книге подробно отражены вопросы этиологии, клиники, диагностики, лечения рассеянного склероза (в том числе альтернативных методов терапии), освещены вопросы медико-социальной реабилитации, особенностей питания, психологические проблемы, возникающие у больных РС, и способы их коррекции. Представлена работа Общероссийской общественной организации инвалидов — больных рассеянным склерозом (ОООИБРС). В то же время авторы не смогли удержаться от использования специальных терминов, что, возможно, затруднит восприятие читателем этой специфической информации, которая, однако, очень важна для установления понимания и адекватного контакта между пациентом и медиком.

Безусловно, книга будет интересна и полезна широкому кругу читателей. Рецензируя данную книгу, нельзя не отметить, что самое опасное увлечение последних лет — самолечение, которое в случае такого серьезного заболевания нервной системы абсолютно недопустимо. Поэтому, найдя ответы на некоторые вопросы в данной очень полезной монографии, читатели должны четко понимать, что по всем вопросам окончательный ответ даст только врач, специалист, невролог, сотрудник центра или кабинета рассеянного склероза, основное и дополнительное образование которого позволяет ему адекватно решать судьбу своего пациента и нести ответственность за такое решение. Поэтому базовая рекомендация, которую подчеркивают и авторы, — в сложных ситуациях всегда первым делом надо обратиться к врачу. Представленная книга позволяет в ряде случаев самим больным быстрее найти правильное решение сложных проблем. Тем не менее, хочется подчеркнуть, что, несмотря на подробное и всестороннее описание симптомов болезни и принципов терапии, все медицинские назначения и рекомендации в каждом конкретном случае должны обсуждаться с лечащим врачом и принятие решения в вопросах терапии должно быть совместным.

Главное, что несет эта книга — позитивное отношение пациентов к своему состоянию. Диагноз «рассеянный склероз» уже давно не приговор, люди могут, получая адекватную медицинскую помощь, сохранять нормальное здоровье, качество жизни и участвовать в жизни своей семьи и общества в целом. Этот положительный настрой и призыв к сотрудничеству и взаимопониманию между специалистами-медиками и пациентами, а также их родственниками — основное достоинство представленной книги.

А. Н. БОЙКО,
д-р мед. наук, профессор кафедры неврологии,
нейрохирургии и медицинской генетики РНИМУ им. Н. И. Пирогова,
руководитель Центра по РС и другим демиелинизирующим
заболеваниям ООО «Нейроклиника» Юсуповской больницы,
член Президиума Правления Всероссийского общества неврологов,
президент РОКИРС

*Рассеянный склероз — это загадка,
 окутанная тайной, внутри мистерии.*
Уинстон Черчилль, 1939 г.

Вступление

Недавно одному из авторов довелось побывать в крупном столичном книжном магазине. Выбор научно-популярной медицинской литературы был потрясающим. Неожиданно услышал рядом с собой разговор двух женщин, недовольных тем, что не могут найти нужную им книгу. Их интересовала тема «рассеянный склероз». Попросив прощения за вмешательство, автор заметил, что в каталогах встречаются такие работы. Собеседницы ответили: «Это верно, но они больше подходят медицинским работникам и чрезмерно научны».

Действительно очень непросто говорить о таком серьезном заболевании. Ведь рассеянный склероз — болезнь со многими лицами. Это неврологическое заболевание имеет многочисленные симптомы и протекает совершенно по-разному у каждого пациента. Именно поэтому его очень трудно диагностировать в начальной стадии. К тому же многие симптомы могут выглядеть как проявления другой патологии. Недаром это заболевание называют «хамелеоном неврологии» или «болезнью с 1000 лицами». Оно поражает своим коварством, кажущейся безнадежностью, нарастающим количеством проблем. Кроме того, патологический процесс проходит на таком уровне, что говорить о заболевании, полностью игнорируя научные термины, просто невозможно.

Любопытствующие уже ищут ответ на вопрос, что же это за такое грозное заболевание. Рассеянный склероз (РС) — это хроническое аутоиммунное заболевание центральной нервной системы с непредсказуемым, часто прогрессирующим течением. Поражение головного мозга, зрительных нервов, спинного мозга приводит к нарушению соответствующих функций многих органов и систем организма. Болезнь характеризуется образованием хаотически рассеянных очагов демиелинизации — очагов разрушения миелина, состоящего из липидов (жиров) и белков. Миелин образует электроизолирующую оболочку, покрывая аксоны нейронов, по которым нервные импульсы идут от тела клетки к иннервируемым органам и другим нервным клеткам.

Как правило, заболевание развивается в возрасте от 18 до 35 лет (раньше РС назывался «болезнью 20-летнего возраста») и при отсутствии адекватного лечения приводит к значимым нарушениям неврологических функций вплоть до невозможности самообслуживания. Поэтому РС традиционно находится на одном из первых мест среди причин нетрудоспособности и инвалидности в молодом возрасте. Особого внимания заслуживает факт роста «необычного» течения заболевания, особенно у детей и подростков.

К сожалению, во всем мире растет число больных рассеянным склерозом, а вместе с ними и социально-экономические потери, связанные с выключением из трудовой деятельности наиболее молодой, энергичной и перспективной части населения. Нет необходимости напоминать, какие проблемы создает рассеянный склероз для семьи пациента и, особенно, для него самого как личности.

Больные РС, как правило, нуждаются в постоянном постороннем уходе, предметах специальной санитарной гигиены из-за тазовых расстройств, которыми сопровождается болезнь, медикаментах для специального лечения и терапии

сопутствующих заболеваний, а также в плановом курсовом лечении в условиях стационара. Семьи больных РС по материальному положению часто находятся на нижней ступени социальной лестницы.

Уже само определение заболевания говорит о сложности этой патологии. О ней непросто говорить, ибо в настоящее время причина заболевания неизвестна, хотя достигнуты значительные достижения в понимании патогенеза рассеянного склероза. На сегодняшний день вылечить это заболевание нельзя, но вполне возможно с помощью определенной терапии замедлить его развитие. Достаточно эффективно и симптоматическое лечение. И здесь особенно важно достичь взаимопонимания врачей и пациентов в поисках оптимального варианта терапии.

Нет сомнения, что проблема рассеянного склероза является одной из актуальных в современной неврологии. В последнее время ученые добились некоторого прогресса в изучении этого заболевания, появляются сообщения о поисках новых методов лечения. Разработка системы комплексной реабилитации позволяет улучшить качество жизни пациентов. Однако эффективность этого лечения наиболее высока на ранних стадиях болезни, что повышает значение ранней и точной диагностики. К сожалению, для многих пациентов это остается одной из серьезных проблем. Следует подчеркнуть, что как для пациента, так и для его ближайшего окружения очень важно иметь полную информацию о болезни, чтобы активно включиться в лечение, без чего сложно добиться какого-либо результата. Кроме того, читателям, имеющим отношение к этому хроническому заболеванию, лечение которого сопряжено с рядом трудностей, мало знать чисто теоретические вопросы, им важно поверить в возможность лечения, позволяющего найти выход из многих сложных ситуаций, создать условия для работы и вполне комфортной жизни.

Авторы приложили немало усилий, чтобы изложить столь сложный материал в популярной форме. Достоверно доказано, что максимальная информированность и позитивное отношение к заболеванию со стороны как пациента, так и окружающих его родственников и близких людей способствуют более мягкому течению патологического процесса. Именно поэтому авторы уделили большое внимание проблеме борьбы со стрессом, являющимся одним из основных факторов риска обострений рассеянного склероза. Нередко причиной страха, особенно сильно проявляющегося в начальной стадии заболевания, становится неизвестность. В определенной мере этот страх заставляет заболевшего сделать свою жизнь в данной ситуации максимально полноценной. Вместе с тем ему требуется помощь, чтобы найти ответы на многие вопросы, что и является одной из важнейших задач авторов. К тому же известно, что рассеянный склероз не обязательно должен протекать тяжело, да и, кроме того, сейчас существует немало возможностей положительно влиять на течение болезни.

Тем, кто знаком с этой болезнью, сразу же интересно узнать: а что авторы могут добавить к уже известным данным? Почему написана эта книга? Сегодня все больше говорят и пишут о данном заболевании, но вопросов у пациентов и родственников не становится меньше. Более того, цепляясь друг за друга, эти вопросы создают цепочку, почти на каждый блок которой сложно ответить однозначно. Кроме того, хотелось предоставить читателям не теоретический труд, а практическую работу, в которой быстро можно было бы найти необходимые ответы. Именно поэтому мы решили отойти от привычного, академического описания болезни и не будем углубляться в тонкости классификаций и подробности описания изменений при заболевании, зато предоставим право пациентам задавать интересующие их вопросы.

Давайте рассмотрим пример. Ваш лечащий врач-невролог рекомендует сделать для контроля МРТ (магниторезонансную томографию). Вы помните, однако, что вам было страшно при предыдущем исследовании, и тогда пришлось делать успокаивающий укол. Загляните в соответствующую главу нашей книги, и вы найдете полную информацию по этому вопросу. Другой пример. Дождавшись своей очереди в парикмахерской, вы прочитали в женском журнале, что кому-то давно поставили диагноз РС, но это в конечном итоге оказался боррелиоз после укуса клеща. Естественно, что может возникнуть вопрос, а нет ли и у вас боррелиоза. Мы попытаемся рассеять ваши сомнения.

Книги такого рода без рисунков — как дом без окон, поэтому при обсуждении сложных вопросов будут использованы по возможности упрощенные схемы.

Надо ли пациентам знать все лекарственные препараты, применяемые при лечении этого заболевания, механизм их действия, побочные эффекты? Полагаем, что в данном случае это вполне оправдано, ибо хроническое течение заболевания делает пациента активным участником процесса терапии. Не станем при этом отрицать, что, поскольку течение этой патологии очень разнообразно, лучше получить дальнейшую консультацию непосредственно у своего лечащего врача. В то же время иметь информацию об основных направлениях организации лечения рассеянного склероза важно не только для самих пациентов, но и для их родственников. Отметим сразу, что ни одна книга не может заменить тесного контакта с лечащим врачом. Своеобразие течения этой патологии, широкий спектр возможных лечебных мероприятий требуют постоянного врачебного контроля. Поэтому мы хотим предупредить читателей об опасности самолечения даже при использовании весьма простых методик. Добиться результата в борьбе с таким хроническим инвалидизирующим заболеванием, как рассеянный склероз, можно лишь в тесном взаимодействии со всеми заинтересованными лицами.

Для нас важность этой книги обусловлена специфическим отношением к этому заболеванию. Изучая материалы исследований, отмечаешь весьма противоречивые мнения по поводу тактики лечения этой загадочной патологии, начиная от безоговорочной поддержки агрессивных медикаментов до призыва перейти только на альтернативные методы лечения. В связи с этим хотелось бы сразу определить наше отношение к этой проблеме. Мы уверены, что при многих заболеваниях, особенно протекающих длительно, для эффективного лечения недостаточно использовать даже весь спектр общепринятых методов лечения. В связи с этим определенную нишу занимают средства гомеопатической, антропософской и ортомолекулярной медицины. Естественно, это не значит, что следует полностью отвергнуть имеющийся опыт применения известных лекарственных препаратов. Просто данное заболевание требует использования всех возможных средств. Если при некоторых болезнях еще можно сомневаться в необходимости естественных методов лечения, то при РС они играют важную роль, способны улучшать деятельность мозга и нервов. Многолетний опыт применения этих методов показал, что с их помощью можно успешно проводить корректирующую и компенсаторную терапию, добиться заметного улучшения в течении заболевания, поддерживать хорошее самочувствие. И это важный шанс для каждого пациента.

Понимая, что большинство читателей, взявших в руки эту книгу, уже имеют базисное понятие о заболевании, авторы своей главной задачей считают собрать уже имеющийся мировой опыт помощи пациентам с рассеянным склерозом, обсудить множество лечебных, трудовых и бытовых вопросов. Непосвященному трудно себе представить, какой спектр вопросов возникает при приближении

к этому заболеванию. Ведь предстоит изменить взаимоотношения с окружающими и близкими людьми, внести коррективы в питание, старые привычки и т.д.

В процессе работы над книгой авторам довелось беседовать со многими людьми, длительно страдающими РС. Исповедь одного врача, живущего вот уже 20 лет с этим заболеванием, как бы обобщила опыт многих пациентов. «Прошло несколько лет, сопровождающихся непонятными симптомами, которым никто не верил и о которых уже надоело говорить, прежде чем я поняла, что надо пересмотреть и перестроить мою жизнь в связи с появившимися изменениями. Было ясно, что у меня есть какое-то заболевание, которое трудно понять. Однажды, имея за плечами целый ряд посещений врачей и различных диагнозов, посетила окулиста, желая носить контактные линзы. Мудрый врач сказал: “Если пациент не видит и врач ничего не видит, надо думать о неврите — воспалении глазного нерва”. Так впервые меня направили на магниторезонансную томографию. С этого времени жизнь моя вновь изменилась. После исследования врач сообщил мне диагноз, сопровождая его успокаивающими словами, уверяя, что я сильный человек и выдержу борьбу с болезнью. Его слова: “К сожалению, я должен сказать...” — я слышала уже в тумане. Не успокоили его слова о том, что в ближайшие годы придумают прививку против РС, создадут мощные препараты, которые обеспечат предупреждение новых обострений. Понятно, что дома первое время я находилась как бы в трансе, но надо было найти силы, чтобы жить дальше и что-то делать. И я сделала многое, чтобы жить и работать».

Очень важно, что эта пациентка делала постоянные записи о своем самочувствии, обо всех применяемых методах лечения. Это позволило совместно с лечащим врачом искать пути преодоления проявлений заболевания. Многие советы этого многоопытного пациента, как и некоторых других ее коллег, авторы включили в книгу.

Очень важно понять, что РС — это не просто болезнь, это образ жизни. Вспоминаются слова одного из героев Александры Марининой, очень близкие нашим пациентам: «Если не можешь изменить ситуацию, измени отношение к ней. Если не можешь восстановить свое место в окружающем мире, создай его заново. Кого — его? Мир? Невозможно. Он таков, каков есть. Речь может идти только о создании своего места. О его формировании и укреплении!» Суть выражения «стать снова здоровым» при РС имеет несколько другое значение. Речь идет не о победе над болезнью. В действительности это значит много больше: начать новую жизнь, обеспечивая активную и полноценную деятельность и устойчивое самочувствие. И это непросто в наше время, когда все мы полностью уходим в свои проблемы: обучение, совершенствование, карьера, семья, — забывая о себе. Здесь надо искать другой путь. Как наладить собственную жизнь (как сохранить качество жизни) и оставаться по возможности здоровым — об этом и идет речь в этой книге. Именно поэтому следует поставить на первый план в оказании медико-социальной помощи этим пациентам проблему социальной реабилитации, отношения человека и болезни. Важно также создать в семье партнерские отношения, основанные не на чувстве вины, а на активной взаимной поддержке близких людей. Неудивительно, что девизом каждого человека, страдающего рассеянным склерозом, служит идея «научиться жить с болезнью».

Среди пациентов с РС встречается много замечательных людей, которые живут интересной содержательной жизнью, несмотря на ограниченные физические возможности и на висящую над ними, подобно дамоклову мечу, угрозу обострения болезни. Ведь каждое обострение означает для больного начало нового этапа борьбы. Мы знаем немало людей, использующих долгие годы все возможности

для практически полноценной жизни. Их опыт мы обязательно постараемся использовать при изложении материала. Эти люди говорили нам:

«С РС можно бороться. Мы многое можем сделать!»

«Я не одна (один) в этом мире борюсь с болезнью, столь же успешно делают это многие люди».

«Мы за использование всех возможностей в лечении болезни».

В последние годы ведутся серьезные исследования с целью разработки новых методов лечения, создания оригинальных препаратов, позволяющих активно бороться с появляющимися симптомами. Фундаментальные исследования в области молекулярной биологии, иммунологии, генетики позволили достигнуть значительного прогресса в понимании механизмов развития демиелинизирующего процесса при РС и разработать терапевтические подходы, способные влиять на развитие патологического процесса при данном заболевании. Появилась возможность реально повысить качество жизни пациентов, длительно сохранять их трудоспособность. В последнее десятилетие в мире сформировался принципиально новый подход к лечению рассеянного склероза. Широкое распространение получила практика создания при крупнейших научных неврологических учреждениях специализированных центров, в которых опытные врачи используют современные методы диагностики и активное лечение (особенно на ранних стадиях заболевания), включая современные генноинженерные и иммунокорректирующие препараты, симптоматическую медикаментозную и немедикаментозную терапию, физиотерапевтические методики, методы психологической коррекции. Это позволяет оказывать высокоэффективную помощь пациентам с РС.

Авторы стремились так построить структуру книги, чтобы читатель мог легко найти ответ на возникший вопрос, лишь заглянув в оглавление.

Авторы убеждены, что вместе со своим врачом и с помощью близких людей можно сделать очень многое для своего будущего. Все, кто участвовал в подготовке книги, будут счастливы, если наша работа поможет мужественным людям в их борьбе с этим недугом.

«Судьба победит нас, если мы сами не одержим победу над ней».

Луций Анней Сенека Младший. Диалоги

Что такое рассеянный склероз (РС)? Симптомы и течение болезни, изменения в ЦНС

1. Понятие о рассеянном склерозе

1.1 Что я должен (должна) знать о РС?

Вот уже целую неделю я знаю, что у меня РС. Я прочитала все, что могла найти, а теперь голова идет кругом. Что действительно должна я знать? В чем я могу быть уверена? Должна я бояться самого худшего или еще есть надежда?

Если попытаться сказать одной фразой важнейшее о рассеянном склерозе, то это будет выглядеть так: РС — это хроническое заболевание, которое в обществе считают безнадежным, но оно в большинстве случаев протекает достаточно мягко, практически не сокращает продолжительность жизни и не заразно. К сожалению, оно часто имеет прогрессирующий характер и приводит к инвалидности. Естественно, что об этом заболевании следует знать значительно больше.

По данным Всемирной Организации Здравоохранения, в настоящее время в мире количество больных рассеянным склерозом составляет около 2,5–3 млн. человек. Это самое распространенное неврологическое заболевание у лиц молодого возраста европеоидной расы. В России около 500 тысяч человек, больных рассеянным склерозом, и ежегодно их число увеличивается на 5–7%. Заболевание стало часто выявляться в детском и подростковом возрасте (описаны случаи развития РС у детей 7 лет и раньше).

Распространенность рассеянного склероза в большинстве стран мира постоянно увеличивается. Для большинства регионов России она находится на среднем (10–50 случаев на 100 000 населения) и высоком (до 70 случаев на 100 000 населения) уровнях. За последние 120 лет в различных регионах России, в том числе и в Москве, распространенность рассеянного склероза выросла с 29–33 до 45–50 случаев на 100 000 населения. В крупных промышленных районах и городах она выше.

Преобладающее число больных (80%) — это женщины в возрасте 20–35 лет, мужчины 35–45 лет; средний возраст дебюта рассеянного склероза составляет 29 лет — 33 года. До 16 лет заболевание манифестирует в 2,7% случаев, старше 59 лет — в 0,6% случаев. Отмечается достоверное преобладание женщин (в 2–3 раза) среди больных рассеянным склерозом. Как многие аутоиммунные заболевания, РС начинается у них в среднем на 1–2 года раньше, в то время как у мужчин преобладает неблагоприятная прогрессирующая форма течения заболевания. Раньше возрастной предел развития заболевания определялся в 15 лет. С появлением специализированных средств диагностики, таких как магниторезонансная томография (МРТ), выявилось, что РС может возникать и в детском возрасте, при этом чаще болеют девочки (три случая у девочек против одного случая у мальчиков). Первично-прогрессирующая форма чаще встречается в возрасте около 50 лет. После этого возраста соотношение страдающих рассеянным склерозом мужчин и женщин приблизительно одинаковое.

Заболеваемость РС увеличивается в среднем с 2,0–2,2 до 3,4 случаев на 100 000 населения в год; в некоторых странах Северной Европы — до 5–8 новых случаев. При этом рост заболеваемости отмечается не только в традиционных для рассеянного склероза областях и этносах, но и в зонах, ранее свободных от него. Известно, что распространенность заболевания зависит от географических зон, являясь наиболее низкой на юго-востоке и наиболее высокой на северо-западе.

По данным ВОЗ, среди неврологических заболеваний рассеянный склероз является основной причиной стойкой инвалидизации лиц молодого возраста.

Российские ученые отмечают, что в последнее время во многих регионах России наблюдается увеличение количества пациентов с РС, что связано с улучшением диагностики, выявлением большого числа клинически мягких случаев и повышением качества лечения, что привело к увеличению продолжительности жизни больных. Тем не менее, можно говорить и об истинном повышении заболеваемости, о чем свидетельствует выявление большого количества случаев у детей и подростков.

И все-таки познакомим с научным определением болезни: рассеянный склероз — это хроническое воспалительно-дегенеративное демиелинизирующее заболевание с множественными очагами поражения преимущественно в центральной нервной системе, с началом болезни в молодом возрасте, протекающее с обострениями и ремиссиями или хронически.

Некоторые нюансы заболевания раскрывает и следующее определение. Рассеянный склероз — это аутоиммунное заболевание, при котором иммунная система организма (в норме выполняющая функцию обнаружения и разрушения чужеродных организму субстанций) ошибочно атакует собственные здоровые ткани. При рассеянном склерозе объектом атаки со стороны иммунной системы становятся ткани головного и спинного мозга.

Клинически болезнь проявляется приступообразным течением с весьма пестрой симптоматикой со стороны глаз, чувством онемения, параличами, нарушением равновесия. Причиной разнообразных жалоб являются маленькие очаги воспаления (бляшки), разбросанные в головном и спинном мозге (см. 3.7 Как выглядят очаги РС?). На снимках магниторезонансных томограмм они представлены в виде белых пятен (см. 7.3 Являются ли белые пятна доказательством РС?). Именно поэтому РС имеет множество различных симптомов, возникновение которых зависит от того, какие участки нервной системы поражаются, а по-сему и нет типичного проявления РС. У каждого пациента имеются различные симптомы, выраженность и продолжительность которых изменяются с течением времени. Можно выделить наиболее часто встречающиеся проявления заболевания, но нет ни одного пациента, который имел бы все симптомы одновременно.

Несмотря на все усилия исследователей причины заболевания пока еще не выяснены. Есть мнение, что это может быть вирусная инфекция, перенесенная в детстве и вызвавшая впоследствии аутоиммунную реакцию с разрушением белого мозгового вещества (см. 16.1 Существует ли возбудитель заболевания? и 15.7 Является ли РС аутоагрессивной болезнью?).

Активно дискутируется вопрос о роли эмоциональных нагрузок в возникновении и течении болезни (см. 12.4 Как воздействуют эмоциональные нагрузки на иммунную систему?).

Хотелось бы отметить, что порой на ранних стадиях заболевания, когда у пациента уже имеются бляшки рассеянного склероза в мозге, объективные и субъективные неврологические симптомы могут не выявляться. Исследователи связывают это с тем, что при поражении небольшого количества нервных волокон их функция выполняется здоровыми тканями, и лишь когда поражается около половины волокон на данном участке, появляются очаговые неврологические симптомы.

Нередко очаговое поражение мозга выявляют случайно при МРТ, в то время как еще нет четких проявлений заболевания. В этих случаях требуется особенно тщательное обследование и наблюдение невролога.

К сожалению, бытует представление о РС как о неизлечимом заболевании, обязательно со временем приводящем к тяжелой инвалидизации. Это мнение давно устарело. Сегодня можно сказать, что более чем в 2/3 случаев болезнь принимает весьма спокойное течение, порой приводя к весьма незначительным нарушениям функций организма. Во многих случаях уже в первые годы заболевания можно вполне надежно предсказать ход его течения (см. 11.2.2 Что гласят 10 прогностических правил для РС?).

Даже наличие результатов магниторезонансной томографии не всегда дает возможность прийти к правильному диагнозу. Для этого нередко требуется длительное время для наблюдения за пациентом (см. 6.1 Как ставится диагноз РС?). Так или иначе, последовательное изменение образа жизни позволяет положительно влиять на течение заболевания.

Отвечая на вопрос о том, следует ли бояться самого худшего или есть надежда, заметим, что надежда на спокойное течение заболевания или на длительное отсутствие обострений есть всегда. Более того, постоянно улучшается организация медицинской помощи пациентам с РС. В последние годы стала реальной возможность получить бесплатно специализированное лечение. Примечательно, что в 2007 г. Правительство России приняло Положение о централизованной закупке лекарственных средств, предназначенных для лечения больных с рядом заболеваний, в том числе рассеянным склерозом.

1.2 Что такое рассеянный склероз или диссеминированный энцефаломиелит?

В ряде источников можно встретить название этой болезни — «диссеминированный энцефаломиелит», а иногда говорят, что это безобидная форма РС. Это действительно так?

Не вдаваясь пока в описание сложной картины изменений при рассеянном склерозе, отметим, что при этом заболевании происходит разрушение вещества, образующего мягкую оболочку нервных волокон — миелина (демиелинизация), в результате чего возникает нарушение проведения по нервам импульсов от головного и спинного мозга и обратно, что приводит к появлению разнообразных симптомов. Области потери миелина (повреждения или бляшки) представляют собой зоны рубцовых (склеротических) изменений, где вместо утраченного миелина происходит разрастание глиальной ткани, т.е. возникают участки астроглиоза, или склероза.

При РС они появляются в различное время и в разных областях головного и спинного мозга, поэтому термин «рассеянный склероз» и обозначает наличие множества очагов склеротических изменений. До этого момента читателю должно быть все ясно. А дальше можно познакомиться с современным представлением о весьма похожих заболеваниях, которое, впрочем, имеет и противников.

Острый рассеянный энцефаломиелит (ОРЭМ), рассеянный склероз (РС) и оптический неврит являются наиболее распространенными воспалительными демиелинизирующими заболеваниями ЦНС в детском и подростковом возрасте. ОРЭМ более распространен среди детей первого десятилетия жизни. РС более характерен для подросткового возраста. ОРЭМ отличается от РС тем, что обычно протекает с одной атакой заболевания, хотя некоторые авторы (5–12%) признают и возможность повторных обострений. Кроме того, это заболевание схоже с РС появлением рассеянной неврологической симптоматики и возникновением нескольких очагов демиелинизации. Ряд авторов отмечает некоторые особенности развития этого заболевания. Некоторые врачи, длительное время наблюдающие пациентов с РС, считают, что ОРЭМ не следует идентифицировать с РС, но в ОРЭМ как раз и нужно искать РС!

1.3 Заразен ли РС?

Вот уже несколько недель, как я знаю, что болею РС, и вполне откровенно говорю об этом с моим другом. Вначале это его не напрягало, но вот заметила, что он в последние дни ведет себя как-то странно. Сначала он не хотел говорить, но потом признался, что его мама сказала, что это заразная болезнь.

Пожалуй, нет более достоверных высказываний о рассеянном склерозе, чем то, что это заболевание не заразно! Более того, проведенные в Англии исследования показали, что у супругов пациентов с РС это заболевание встречается реже, чем у других людей. Пока нет достаточно серьезных объяснений этому факту.

1.4 Сокращает ли РС среднюю продолжительность жизни?

Действительно ли пациенты с РС умирают раньше?

Нет. Большинство пациентов имеют вполне обычную продолжительность жизни. Естественно, возможно тяжелое течение заболевания, когда развиваются грозные осложнения (воспаление легких или нарастающая инфекция мочевых путей), укорачивающие жизнь. В специальной литературе приводятся конкретные цифры, но в связи с тем, что они весьма разбросаны, мы решили обойтись без них. К тому же, они не добавляют оптимизма.

1.5 Бесконечная паника — что мне рассказывают об этом заболевании другие?

Я узнала о своей болезни неделю назад. Это подействовало на меня так, как будто земля подо мной разверзлась. Я мало знаю о РС, но помню, что от этого заболевания умерла моя тетя. Она была замечательной женщиной, прекрасным художником и любящей женой. Затем пришла эта болезнь и все разрушила. Ее покинул муж, долгое время она была вынуждена находиться в инвалидном кресле, и, наконец, она умерла.

Одной из самых больших проблем при рассеянном склерозе является то, что именно самые трагические случаи бросаются в глаза и запечатлеваются в нашей памяти. Ведь не секрет, что на каждый случай заболевания, который мы знаем, приходится еще три или четыре случая, когда у этих людей болезнь протекает незаметно для нас, поэтому мы и не видим в этих случаях ничего страшного.

Доброкачественное течение заболевания встречается у 20% больных. При правильном раннем лечении заболевания можно добиться стойкой ремиссии. (11.2.7 Что подразумевают под доброкачественным течением РС?).

Не стоит забывать, что едва ли существует какое-нибудь другое заболевание нервной системы, которое проявлялось бы в столь же разнообразных формах, как РС. Это касается как течения заболевания, так и его проявлений и последствий, что делает недуг загадочным и для больных, и для врачей. Исследования последних лет позволили сделать вывод, что РС встречается гораздо чаще, чем предполагалось раньше, и что он долгое время, а порой и до конца жизни может протекать достаточно легко. Естественно, никто не знает, как будет протекать болезнь. И это всегда тяжело для пациента. В то же время вероятность того, что болезнь будет протекать легко, достаточно высока, да и существующие ныне возможности лечения позволяют рассчитывать на то, что тяжелой инвалидности можно избежать или по крайней мере отодвинуть сроки ее наступления.

2. Симптомы РС

2.1 Что подразумевают под пестрой симптоматикой?

Мне трудно представить, что означает «пестрая симптоматика». Что подразумевают под этим?

Давайте начнем с простого. При инфаркте имеются боли в сердце, при гриппе — кашель, при гепатите — кожа приобретает желтый цвет. Все эти симптомы являются ведущими. При рассеянном склерозе именно такого симптома нет. Более того, клиническая картина при этом заболевании столь разнообразна, что принято говорить о пестрой симптоматике.

Приведем примеры. Заболевание может начаться с того, что окружающие предметы видятся одним глазом, как через матовое стекло. Через полгода появляется ощущение, что левая рука втиснута в узкую перчатку, а через некоторое время — «электрические» покалывания в позвоночнике при наклоне головы вперед. Возможно, что заболевание впервые проявит себя головокружением или нарушением координации, затем двоением в глазах и, наконец, свинцовой тяжестью в ногах. У других пациентов долгое время превалирует необъяснимая усталость, возможны неудержимые позывы на мочеиспускание, когда возникает необходимость срочно бежать в туалет из-за невозможности удержать мочу, а затем и неловкость в правой или левой руке.

Такая пестрая симптоматика связана с появлением очагов в головном и спинном мозге. Вместе с обострениями заболевания она является одним из важнейших диагностических критериев (6.1 Как ставится диагноз РС?). Заметим, что этот термин больше употребляется в зарубежной медицинской литературе.

2.2 Существуют ли специфические симптомы заболевания?

Моя болезнь началась с неприятных покалываний в шее, когда я глубоко наклоняла голову вперед, и ощущения, что правая рука втиснута в узкую перчатку. Наш невролог сразу еще до обследования сказал, что у меня типичные симптомы РС. Действительно ли, что этот диагноз можно поставить лишь на основании клинических проявлений?

Клиническая картина рассеянного склероза очень разнообразна, но, к сожалению, как уже отмечено, нет ни одного четкого характерного для этого заболевания признака. Именно поэтому довольно часто встречаются ошибки диагностики (в 30% случаев), особенно на начальных стадиях болезни, когда выявить заболевание подчас не удается даже по данным МРТ (магниторезонансной томографии). Но возможен и другой вариант — на томографии определяются значительные изменения, связанные с образованием бляшек, а человек чувствует себя вполне прилично. Мы еще обсудим все эти случаи.

Каждый пациент имеет различные симптомы, которые изменяются с течением времени. Меняется их выраженность и продолжительность даже у одного и того же человека. На ранних стадиях РС может проявляться различными симптомами, которые могут возникать эпизодически в течение длительного периода времени, что может быть расценено как проявление каких-либо других заболеваний.

Нередко симптомы заболевания возникают неожиданно, часто после пребывания на жаре или в парилке, после тяжелой физической работы или простудного заболевания. Это может быть пелена перед одним или обоими глазами, внезапно может перестать слушаться язык или не подчиняются конечности. Поскольку довольно часто все эти явления в течение 1–2 суток исчезают, человек о них просто

забывает. Через несколько лет эти симптомы могут повторяться, но полностью уже не исчезают.

Субъективные проявления болезни порой просто трудно описать, поэтому довольно часто на ранних стадиях пациенты с РС не находят должного понимания своих проблем ни у родственников, ни у медицинских работников.

Известно, что при РС поражаются определенные части центральной нервной системы: спинной мозг, мозжечок, ствол мозга и зрительные нервы. В других ее отделах так называемые бляшки образуются редко. В соответствии с количеством и интенсивностью их образования симптомы болезни проявляются реже или чаще. По-разному проявляются функциональные расстройства. Они могут быть вызваны активностью одной или нескольких бляшек.

Основными симптомами РС являются расстройство движений, нарушение равновесия, координации движений, чувствительности, зрения, а также расстройство деятельности мочевого пузыря, кишечника и половой функции. Не исключены боли в мышцах, в том числе в лицевых, а также одностороннее снижение слуха, эпилептические припадки и острые психические расстройства.

На основании многолетних наблюдений различных авторов можно представить симптомы заболевания следующим образом.

Симптомы, наиболее часто встречающиеся у пациентов с РС:

Нарушения зрения:

- нечеткость зрения;
- диплопия (двоение перед глазами);
- оптический неврит (снижение остроты зрения);
- ретробульбарный неврит (полная потеря зрения, обычно временная и встречается не часто, так же, как и скотома — ограниченный слепой участок в поле зрения);

- нистагм (спонтанные движения глазных яблок).

Нарушения координации:

- нарушение равновесия;
- тремор (непроизвольные движения, дрожание мышц);
- атаксия (неустойчивость при ходьбе);
- головокружение;
- неловкость в конечностях;
- нарушение координации движений;
- ощущение слабости в ногах в результате снижения мышечного тонуса.

Спастичность (повышение тонуса мышц):

- спастика (повышение мышечного тонуса, что может приводить к затруднению передвижений), преимущественно в нижних конечностях;
- спазмы (болезненные сокращения мышц).

Изменения чувствительности:

- гипо- и гиперестезия (пониженная и повышенная чувствительность);
- онемение;
- покалывание;
- жжение;
- боль (не характерна, но может встречаться при РС, например, лицевая боль как проявление невралгии тройничного нерва, боль в мышцах).

Нарушения речи:

- замедление речи;
- «смазанность» речи;
- скандированная речь (изменение ритма речи).

Нарушение глотания

- дисфагия.

Синдром хронической усталости:

• изнуряющий вид общей усталости, возникающей без видимой причины или непропорционально предшествующим нагрузкам — один из наиболее частых и наиболее беспокоящих симптомов РС.

Нарушения функции тазовых органов:

- учащенное мочеиспускание;
- императивные (неудержимые) позывы на мочеиспускание;
- неполное опорожнение мочевого пузыря;
- недержание мочи;
- запоры;
- недержание кала (редко).

Сексуальная дисфункция:

- импотенция (половое бессилие);
- фригидность (снижение полового влечения у женщин);
- ослабление ощущений.

Непереносимость жары:

• очень часто приводит к преходящему усилению других симптомов.

Когнитивные (познавательные) нарушения:

- ухудшение кратковременной памяти (проявляется общей рассеянностью);
- снижение способности к концентрации внимания, логическому мышлению.

Некоторые из этих симптомов заметны сразу, другие же, типа хронической усталости, изменений чувствительности, ухудшения памяти, снижения концентрации, часто являются скрытыми. Их трудно описать, о них трудно рассказать другим людям, поэтому иногда родственники и коллеги не могут оценить влияние этих симптомов на больного РС, его социальную активность и качество жизни. Кстати, несколько позже поговорим подробнее о хронической усталости.

Большинство пациентов с рассеянным склерозом имеют несколько различных симптомов. Поскольку некоторые из них характерны для РС, например оптический неврит, симптом Лермитта, симптом горячей ванны, то врач-невролог вполне может предполагать диагноз РС без МРТ.

Хотя имеются симптомы, наиболее часто встречающиеся у большинства из пациентов, нет ни одного человека, который имел бы все симптомы одновременно. Тем не менее, на основании указанных в вопросе пациента специфических симптомов врач может предполагать РС, но чтобы поставить диагноз достоверно, недостаточно наличия даже характерных симптомов, требуется специальное обследование, о чем речь пойдет позже.

**2.3 📖 Одинаковы ли симптомы у всех больных рассеянным склерозом?**

От обилия описываемых симптомов голова идет кругом. Стоит ли сравнивать течение болезни у меня и у других пациентов?

Течение рассеянного склероза может быть самым разнообразным и трудно предсказуемым. У многих людей заболевание на начальной стадии проявляется всего одним из возможных симптомов, после чего следуют месяцы или даже годы без заметного ухудшения. В других случаях симптомы могут прогрессировать на протяжении длительного периода. Нередко у пациента могут наблюдаться лишь некоторые из них, а другие — не проявляться никогда. Порой какой-то симптом, проявившись однажды, может затем регрессировать и больше никогда не возникать. Таким образом, течение рассеянного склероза очень индивидуально, и нет особого смысла сравнивать себя с другими пациентами.

2.4 📖 Можно ли статистически представить симптомы заболевания?

И все-таки некоторые симптомы встречаются у большинства, другие совсем редко. Это так?

Даже при отсутствии ведущей жалобы при наличии известной пестрой симптоматики существуют **симптомы, характерные с высокой достоверностью** для данного заболевания:

- воспаление зрительного нерва;
 - симптом Лермитта (ощущение, похожее на удар электрическим током, распространяющееся вниз по спине и далее в ноги и в руки при сгибании шеи вперед и длящееся одну-две секунды);
 - ощущение стягивающего корсета.
- Симптомы, **часто встречающиеся** при РС:
- нистагм (спонтанные движения глазных яблок) и двоение перед глазами;
 - онемение конечностей;
 - слабость и чувство неловкости в одной руке;
 - нарушение равновесия («как пьяный»);
 - ощущение слабости в ногах в результате снижения мышечного тонуса (ноги словно налиты свинцом);

- постоянная усталость;
 - расстройства мочеиспускания.
- Симптомы, **редко встречающиеся** при РС:
- эпилептические припадки;
 - потеря слуха и речи (центрального характера);
 - невралгия тройничного нерва;
 - дыхательные нарушения;
 - миокимия (волнообразные сокращения группы мышечных волокон, чаще всего лицевых);
 - пролежни и опрелости.

2.5 📖 Какие бывают наиболее частые двигательные нарушения при РС?

Я очень подвижный человек. Как часто встречаются нарушение двигательных функций?

Одним из наиболее частых симптомов при рассеянном склерозе является расстройство движений (по ряду авторов — до 90%). Его можно объяснить расположением очагов: чаще в спинном, реже — в головном мозге. Подобные поражения пирамидного тракта (системы нервных центров и нервных путей, начинающихся от крупных пирамидных нейронов коры больших полушарий

и заканчивающихся в клетках спинного мозга) являются основной причиной инвалидизации пациентов.

Если этот процесс не выражен, то это проявляется ригидностью (напряжением) мышц, то есть спастичностью (состоянием повышенного мышечного тонуса, при котором конечность оказывает сопротивление выполнению ею пассивных движений). Например, у пациента с трудом разгибаются колени и плохо поднимаются стопы, что делает походку «деревянной», при этом ноги у него волочатся, и он рискует упасть и получить дополнительную травму. Если на начальной стадии болезни часто поражается только одна нога или только стопы, то позднее возможно распространение процесса на обе ноги. Реже наблюдается спастичность рук, когда возможна ригидность мышц при разгибании локтей и сгибании пальцев, при этом движения рук делаются неловкими.

Различают высокий и низкий тонус мышц. *Высокий тонус* затрудняет активные движения, сопровождается болями (спазмами), приводит к формированию контрактур.

Низкий тонус затрудняет стояние, ходьбу, активные движения. Он усиливает слабость в конечностях («ватные ноги»).

При более глубоком поражении нервных путей добавляются ощущения тяжести и слабости в ногах или руках, которые усиливаются при длительной физической нагрузке, и в конечном итоге могут возникать выраженные спастические параличи (парезы), когда наступает ослабление способности мышц сокращаться. В зависимости от локализации очага наблюдаются различные парезы. Это может быть гемипарез (поражение одной половины тела), парапарез (слабость мышц обеих ног) и реже монопарез (парез одной конечности), тетрапарез (поражение рук и ног). Нижние конечности страдают чаще, чем верхние. Эти функциональные изменения выявляются специалистами в начальных стадиях заболевания при оценке неврологического статуса. Отметим, что спастичность обычно преобладает над выраженностью пареза и характеризуется повышением мышечного тонуса при пассивных движениях, ограничением активных движений из-за скованности, произвольными рефлекторными мышечными спазмами, иногда болезненными судорогами. Отмечено, что только у 22% пациентов было существенное снижение силы в руках. Довольно характерно изменение степени пареза в течение дня: некоторые пациенты отмечают усиление слабости к вечеру, другие — с утра.

Тяжелым нарушением двигательных функций является паралич. Чаще всего процесс начинается с одной ноги, затем в него вовлекается другая нога. Поскольку он нередко проявляется по-разному, то вес тела перемещается на менее пораженную ногу, что приводит к изменению осанки. При параличе верхних конечностей в процесс больше вовлечены кисти рук, при этом степень их поражения может быть различной. Нет необходимости описывать те ограничения, которые испытывает пациент в связи с невозможностью производить необходимые для самообслуживания движения. В тяжелых случаях возможно поражение половины или всего туловища, что, к счастью, происходит редко. Зачастую пациенту трудно совершить определенные движения пальцами рук, в то время как другие движения ему удаются лучше. Положение пальцев и рук часто настолько изменяется, что трудно правильно удерживать в руках те или иные предметы. Иногда сложно поднять руки вверх или удержать их в этом положении.

Если причиной паралича является дефект спинного мозга, то поражаются скорее обе руки или ноги, а если паралич вызван патологическими изменениями в головном мозге, то чаще всего поражается одна половина тела, т.е. рука

и нога с одной стороны. В дальнейшем могут быть также парализованы мышцы туловища. В этом случае пациенту трудно держаться прямо во время ходьбы или сидя. Иногда он испытывает слабость, сопровождающуюся болезненными спазмами мышц спины, когда ему нужно выпрямиться. Если к этим нарушениям добавляются изменения равновесия и координации движений, то со временем появляется весьма характерная для рассеянного склероза походка — «спастически активное нарушение походки».

Как написала в своем письме одна пациентка: «Узнаю РС-ников сразу в разных больницах и на улице. Мы все чуть приволакиваем ногу, ходим как моряки, широко расставив ноги». Меткое замечание.

Довольно часто встречаются симптомы поражения черепных нервов и ствола головного мозга. Они могут быть представлены глазодвигательными нарушениями, особенно часто парезом отводящего нерва и межъядерной офтальмоплегией (параличом мышц глаза, обусловленным поражением ядер в стволе головного мозга); парезом мимической мускулатуры; различными типами нистагма; головокружением.

2.6 Возможно ли поражение мозжечка?

В последнее время у меня появились нарушения равновесия и координации движений. Врач сказал, что процесс распространился на мозжечок. Чем это мне грозит?

Сложно ответить на данный вопрос, ибо изменения также носят индивидуальный характер. Действительно, если возникли очаги в мозжечке, то у пациента появляется ощущение, что он передвигается словно по слою ваты. В связи с этим походка становится неуверенной, заметно, как приходится расставлять ноги при ходьбе, труднее передвигаться по неровной поверхности. Порой походка становится «деревянной», шаткой, пациент идет как бы на дрожащих ногах. При резких движениях туловища или головы он может потерять равновесие. У пациента создается ощущение, что он утрачивает контроль над конечностями. Поскольку отдельные движения часто не координированы, пациент при ходьбе натывается на окружающие предметы, напоминая пьяного. Так проявляется симптом атаксии, который является одной из основных причин стойкой инвалидизации. Руки становятся непослушными, движения пальцев теряют уверенность, трудно произвести точное движение (например, вдеть нитку в иголку или застегнуть пуговицы). Как нам написала одна пациентка, ее РС начался с «ощущения втиснутости левой руки в узкую перчатку».

Порой осуществление движений происходит без соразмерения их силы (дисметрия).

Одним из проявлений нарушения координации является интенционный тремор, когда рука пациента начинает сильно дрожать при попытке взять какой-нибудь предмет. Возможно также дрожание ног при ходьбе. Иногда даже в состоянии покоя возникает дрожание рук, а порой головы и туловища.

Поскольку поражение мозжечка не всегда бывает изолированным, а может сочетаться с пирамидными нарушениями, возможны и другие проявления заболевания. При нарушении координации мышц речевого аппарата заметно нарушение речи, которая становится невнятной. Это так называемая дизартрия — расстройство речи, выражающееся в затрудненном произношении отдельных слов, слогов и звуков, главным образом согласных. Отмечается неравномерность речи по силе звука, она становится рубленой, скандированной, когда пациент пытается отчетливо произносить слова, выделяя каждый слог.

Весьма характерным для рассеянного склероза является нистагм — произвольные ритмические, судорожные движения глазных яблок, которые связаны

с нарушением координации глазных мышц. Это мешает сосредоточить взгляд на каком-нибудь предмете или слове в тексте. Некоторые авторы считают, что в 50–70% случаев выявляется вертикальный и горизонтальный нистагм.

Ряд авторов отмечают, что нарушения координации движений и равновесия в период обострения (или как постоянно проявляющийся симптом РС) наблюдаются более чем у ¾ пациентов.

2.7 Как развиваются нарушения чувствительности?

Мне кажется, что практически у всех моих знакомых с РС есть нарушения чувствительности в той или иной степени. Это действительно так?

Да, это так. В раннем (10–15 лет) и молодом (до 32–35 лет) возрасте заболевание чаще всего (в 31,9–52,2%) начинается с нарушения чувствительности, хотя и «поздний РС» (после 40 лет) тоже начинается с ощущения «ватных» ног. Эти нарушения встречаются у 85–90% пациентов с РС, практически так же часто, как нарушения движений. Степень их развития также зависит от возникновения очагов поражения чаще в спинном мозге, реже — в головном мозге. Похож и порядок появления изменений: сначала поражается только одна нога или рука, прежде всего стопы или кисти рук, а со временем в различной степени поражаются обе ноги или руки или нижняя и верхняя конечности только одной стороны тела. Отмечено, что при снижении чувствительности туловища изменения имеют довольно характерный кольцевидный или полукольцевидный вид с четко обозначенными границами на животе или груди. На ранних стадиях заболевания, когда очаги поражения спинного мозга небольшого размера, чувствительность обычно сохраняется на периферических участках ног, рук или туловища. Обычно могут отмечаться разнообразные нарушения в виде «ощущения онемения кожи», «ползания мурашек» (парестезии), зуда, жжения, «стреляющих» или «летучих болей», гиперчувствительности. Возможно также извращение чувствительности (дизестезии). Например, тепло воспринимается как боль или холод, возможны неприятные ощущения при прикосновении: например, при прикосновении одежды к телу появляется чувство жжения или тянущая боль.

При рассеянном склерозе наблюдается также нарушение вибрационной чувствительности. Это приводит к нарушению координации движений, которое сопровождается чувством неуверенности при ходьбе. Нарушение же чувствительности подошв способствует ощущению, как будто пациент буквально «не чувствует почву под ногами». Но встречаются случаи повышенной чувствительности, когда нога ощущает любое препятствие, встречающееся на пути.

Во всех руководствах описывают нарушения так называемой проприоцептивной чувствительности, связанной с реакцией на раздражение мышц, сухожилий, связок и других элементов суставов. Причиной своеобразного восприятия движений и положения тела и конечностей является поражение пути заднего канатика спинного мозга. Заметим, что эти изменения связаны с вышеописанными нарушениями координации движений. Можно понять эмоциональный шок, который описывает в своем письме одному из авторов одна пациентка: «В переполненном троллейбусе я вдруг ощутила, что не понимаю, глядя на поручень, за который держалось не менее пяти рук, какая из них моя!?».

2.8 Что это за ощущение «электрического тока» в позвоночнике?

Три недели назад столкнулась с удивительным ощущением, когда согнула голову вперед. Мне показалось, что по позвоночнику «пробежал ток». Врач сказал, что это симптом Лермитта и что это характерно для РС. Но ведь у меня МРТ

головы нормальная, поэтому предложили сделать спинномозговую пункцию. Что означает этот симптом?

Действительно, указанный симптом наблюдается при обострении рассеянного склероза, протекающем в легкой форме, примерно у 5% пациентов. Он выражается в безболезненном, но неприятном ощущении «пробегающего, удара» электрического тока вдоль позвоночника при наклоне головы вперед. Подобные проявления могут быть и следствием преждевременного износа шейного отдела позвоночника.

2.9 Почему появляется ощущение корсета на туловище?

В течение нескольких дней у меня такое ощущение, что вся нижняя половина тела втиснута в какой-то корсет, и я с трудом поднимаюсь по лестнице к своей квартире. Почему это так?

Среди типичных симптомов РС можно встретить такое описание — «узкий корсет» или «обод вокруг груди». Здесь также идет речь о нарушении чувствительности. Часто это касается только половины тела. Нередко речь идет о феномене, когда ощущаешь, как будто голень попала в тиски или рука втиснута в плохо подобранную маленькую перчатку. Некоторые пациенты говорят об опоясывающем стягивающем ощущении, как будто на туловище или определенное место на руке или ноге (например, чуть выше или ниже колена) наложили тугую резиновую жгут шириной примерно в ладонь. Заметим, что на конечностях нарушение чувствительности может проявляться продольными полосами, например на внешней стороне голени или предплечья, или в виде разрозненных пятен величиной с ладонь.

В любом случае эти явления связаны с появлением очага в спинном мозге и нарушением чувствительности. Если он находится в шейном отделе, то страдает рука (кстати, нередко сопутствует этому и симптом Лермитта), если в грудном отделе — ощущение «обруча» на уровне пупка, в поясничном — тогда кажется, что сдавливается голень (порой возникает ощущение нехватки кожи на ноге).

Оба выше названных симптома характерны для свежего обострения, держатся недолго и обычно впоследствии проходят, что связано с исчезновением отека вокруг свежего очага (см. 3.8 Почему вокруг очагов бывает отек?).

2.10 Почему повышается чувствительность во время купания?

Когда я купаюсь или принимаю душ, мне становится хуже. Связано это с болезнью?

Да, это так называемый синдром «горячей ванны». Он характеризуется временным нарастанием симптоматики при повышении температуры окружающей среды (горячая ванна, баня, прием горячей пищи, пребывание на улице в жаркий солнечный день) или при повышении температуры у больного (физические упражнения, лихорадка). Синдром «горячей ванны» наблюдается у 60% пациентов с РС, является частым, но не специфичным клиническим тестом и связан с повышенной чувствительностью демиелинизированных проводников к изменению электролитного баланса. Доказано, что повышение температуры на полградуса уже может блокировать проведение импульсов по нервным волокнам. Заметим, что ухудшение, связанное с повышением температуры окружающей среды, не следует расценивать как обострение (см. 4.6 Что такое «ложное обострение?»). Некоторые пациенты отмечают, что уже при выходе из горячей ванны наваливается слабость, начинается головокружение.

Тем не менее, полагают, что длительное и интенсивное перегревание может привести к обострению (60.3  Можно ли пользоваться сауной? и 60.6  Можно ли ехать на море летом?).

Американские ученые обнаружили снижение интеллектуальной деятельности у людей с рассеянным склерозом при потеплении. В ходе специального исследования было выявлено, что при повышении температуры воздуха пациенты с РС хуже выполняют задачи, связанные с быстрой обработкой и запоминанием информации. Сравнивая результаты тестов, ученые установили, что они показывали результаты на 70% лучше в прохладные дни. Для здоровых участников эксперимента никакой зависимости не выявлено. В теплую погоду пациенты с РС показывают больше клинических проявлений болезни и накопление контрастного вещества, которое используется при МРТ, в очагах демиелинизации.

2.11 Вызывает ли РС боли?

Меня беспокоят сильные боли во всем левом бедре, горит как огнем. Иногда они такие выраженные, что не могу перенести прикосновение ткани брюк. Кто-то сказал, что при РС боли бывают редко. Так ли это?

Нет, это далеко не так. А теперь по порядку. Боль в нашей жизни — явление обычное, ибо мы встречаемся с ней с детства. Но одно дело, когда она кратковременна, другое — ее почти постоянный характер. При РС боли бывают достаточно часто, они могут быть острыми и хроническими. Они могут сопровождаться различными нарушениями чувствительности: онемением, зудом, чувством покалывания, вплоть до потери чувствительности.

Так, причинами острой или подострой боли могут быть невралгия тройничного нерва, пароксизмальные боли в конечностях и уже описанный синдром Лермитта, головная боль с тошнотой, вплоть до потери сознания, корешковые боли, боли в перiorбитальной области при оптических невритах, а также в паховой и надлонной областях при нарушении опорожнения мочевого пузыря.

Хроническую боль вызывают спазмы в мышцах конечностей, дизестезии (аномальные, иногда неприятные ощущения, испытываемые человеком с частичным повреждением чувствительных нервных волокон во время прикосновения к коже). Возможны также хронические головные боли сосудистого характера или при некоторых других нарушениях. Боли могут возникать по ходу позвоночника и межреберных промежутков, а также в виде «пояса». Они могут быть связаны с болями в мышцах или суставах вследствие нарушения осанки и движений; при нарушениях функций различных органов или появлении пролежней. Боли могут быть вызваны причинами, не связанными с основным заболеванием, например мигренью, радикулитом. Наконец, нередко классическая терапия заболевания сопровождается болью (иммуноглобулины, интерфероны).

Ученые выяснили, что люди, страдающие РС, чаще испытывают головные боли, чем те, кто не страдает этим заболеванием. Ранее их не связывали с течением именно РС. Однако результаты исследований показали, что взаимосвязь между ними существует. Проведено исследование, в котором принял участие 101 пациент с РС и 101 пациент без этого неврологического расстройства (контрольная группа). Было выяснено, что у пациентов с РС головные боли возникали достоверно чаще. Примерно 58% среди таких пациентов страдали серьезными головными болями. А в группе контроля только у 28% людей возникала мигрень. Ученые сделали вывод о взаимосвязи между РС и увеличенным риском возникновения головных болей. Предполагается, что их объединяют механизмы

поражения головного мозга. Уточнению этих механизмов и разработке новых лекарств будут посвящены продолжающиеся исследования.

2.12 Что такое «пароксизмальные симптомы»?

У меня иногда возникают необычные приступы, которые быстро проходят. Врач называет их пароксизмальными. Как они связаны с РС?

Когда говорят о пароксизмальных симптомах, то речь идет о внезапных, кратковременных, обратимых приступах, возникающих на фоне хронического патологического процесса. Иногда они могут повторяться несколько раз в течение дня, а их проявления разнообразны. Они могут возникнуть спонтанно или быть вызваны движением, изменением осанки (позы), дыхания или вследствие воздействия других раздражителей, таких как усталость, эмоциональное или физическое напряжение, резкие перепады температуры и т.д. Пароксизмальные состояния наблюдаются у 1–4% больных РС.

С чем связаны эти проявления? Специалисты считают, что они не указывают на демиелинизирующие процессы в центральной нервной системе, а, вероятнее всего, их появление следует связать с нарушением проведения нервных импульсов в очагах предыдущей активности заболевания. Это может привести, например, к пароксизмальной диплопии (двойное зрение), парестезии лица, невралгии тройничного нерва, атаксии, дизартрии и т.д.

Они могут возникать часто и неожиданно, повторяться через несколько дней или месяцев, а затем исчезнуть. Можно отметить, что в первые годы развития РС пациенты встречаются с ними чаще. Иногда это может быть первым симптомом заболевания, но обычно они не являются проявлением обострения. По некоторым данным, они встречаются у 10–20% больных РС.

Пароксизмальные симптомы могут вызывать неприятные ощущения вплоть до боли (например, при невралгии тройничного нерва), могут доставлять временные неудобства в повседневной жизни (например, дизартрия). Однако их продолжительность невелика: от нескольких секунд до нескольких минут. К сожалению, пароксизмы в случае рассеянного склероза имеют тенденцию к повторению. В отличие от псевдообострений, которые связаны с повышением температуры тела, пароксизмальные симптомы могут появляться без видимой причины.

Какие пароксизмальные симптомы являются наиболее частыми?

Диплопия. Она связана со слабостью мышц, контролирующих движение глаз, в результате чего глаза не идеально согласованы друг с другом. Этот симптом обычно описывают как «двоение предметов».

Парестезия. Обычно эти ощущения не связаны с болью. В области лица, туловища и конечностей появляются покалывание, жжение, зуд, онемение или чувство «ползания мурашек».

Невралгия тройничного нерва. Это болезненное и неприятное состояние. Пациент чувствует сильную, простреливающую боль, связанную с зонами иннервации тройничного нерва (чаще второй и третьей ветвей, т.е. в нижней части лица). Часто она появляется при разговоре или жевании.

Пароксизмальная атаксия. Неожиданное появление головокружения, неустойчивости или отсутствия координации. Эти изменения могут привести к внезапному падению.

Дизартрия. Изменяется речь, произношение становится неясным, но смысл того, что говорится, понятен. Возможны нарушения ритма, смазанная речь, заикание.

Симптом Лермитта (см. 2.8) — достаточно распространенный симптом, он представляет собой ощущение прохождения электрического тока по позвоночнику при наклоне головы вперед.

Пароксизмальная слабость обычно ощущается в ногах и ступнях, хотя иногда временная слабость может ощущаться в руках и кистях рук.

Акинезия описывается пациентами как внезапное «замораживание» или полный временный паралич. В этот момент человек просто не в состоянии двинуться с места или может двигаться только медленно, с очень большим трудом.

Судороги. В большинстве случаев судороги проявляются в виде длительного сокращения мышц без периода расслабления или как быстрая смена сокращения и расслабления скелетных мышц. Обычно человек падает и теряет сознание, а затем происходят подергивания и судороги мышц. Возможны менее выраженные проявления.

Другие проявления: внезапные изменения температуры, которые хорошо известны как «приливы», тик века или губ, трудности при глотании, внезапные эмоциональные сдвиги.

Возможны нарушения ощущений в виде жжения, чувства «ползания мурашек», спжатия мышц. Они могут возникнуть в одной руке или ноге, распространиться по всему телу, в т.ч. до лица. Это может быть вызвано, например, изменением положения ног (нога на ногу).

Часто пароксизмальные симптомы при РС не требуют медикаментозной терапии. Но если они доставляют значительные неудобства в повседневной жизни и вызывают ощутимый дискомфорт, назначается медикаментозная терапия.

2.13 Характерна ли для РС невралгия тройничного нерва?

Мне сказали, что проявления невралгии тройничного нерва типичны для РС.

Существует ряд симптомов, которые бывают редко, порой лишь в период одного обострения, и не повторяются подобно другим нарушениям, наблюдаемым в течение многих лет при каждом обострении. К таким симптомам можно отнести и невралгию тройничного нерва, которая проявляется в форме очень сильных болей стреляющего характера. Этот нерв образует три периферические ветви — глазной, верхнечелюстной и нижнечелюстной нервы, которые иннервируют кожу передней части волосистой части головы, кожу лица, зубы, десны, язык, конъюнктиву глаз, слизистые оболочки полостей носа, околоносовых пазух, ротовой полости, а также мозговые оболочки. Обычно боли, начинаясь в одной точке, отдают в зону иннервации соответствующей ветви тройничного нерва, чаще всего в область верхней и нижней челюсти, реже в область глаз и лба. Они носят разнообразный характер: возникая приступообразно, усиливаются при жевании, глотании и разговоре. Возможны и другие характерные для этого осложнения нарушения, которые проходят весьма медленно.

Чаще этот симптом встречается уже в первые годы болезни. Он может быть первым проявлением заболевания или появляется в ходе болезни.

Заметим, что у пациентов с РС возможны центральные и периферические патологии черепно-мозговых нервов, из них наиболее часто — глазодвигательных нервов, тройничного, лицевого, подъязычного нервов.

2.14 Что такое неврит зрительного нерва?

После исследования «вызванных потенциалов» мой невролог сказал, что я перенесла воспаление зрительного нерва. Как это проявляется?

При рассеянном склерозе возникают нарушения зрения различной степени тяжести. Одним из наиболее часто встречающихся (почти у ¾ пациентов) нарушений

является так называемый ретробульбарный неврит, или неврит зрительного нерва. Чаще всего он проявляется в том, что все видится как в тумане или через матовое стекло. В более легких случаях появляется ощущение мерцания или ослепления, а также снижается способность воспринимать цвета. Известно, что еще задолго до того, как РС дает о себе знать, может возникнуть неврит зрительного нерва, который протекает незаметно для пациента. Лишь спустя недели и даже месяцы, когда зрение уже полностью восстановлено, в ряде случаев можно увидеть изменения на диске зрительного нерва, но лучшим диагностическим методом сегодня является специальное обследование («вызванные зрительные потенциалы»), которое может выявить признаки перенесенного неврита зрительного нерва. Обычно поражается один зрительный нерв, но крайне редко через короткое время в период одного из обострений поражается и второй зрительный нерв. Чаще всего болей не бывает, но могут возникать легкие тянущие боли вокруг и в глубине глаза во время его движений.

2.15 Связан ли неврит зрительного нерва с перенапряжением?

Три года назад я перенесла неврит глазного нерва слева. Тогда я заканчивала школу. Теперь процесс развился справа, как раз тогда, когда я готовлюсь к экзаменам в техникуме. Связано ли это с нагрузкой на глаза?

Вполне логично, что нарушения функций глаз могут быть связаны со значительной нагрузкой, но достоверных доказательств развития неврита в связи с этим нет. Впрочем, исключить такую связь тоже нельзя (см. 3.14). Имеют ли очаги РС предпочтительную локализацию? и 3.15 Что такое «гипотеза о чернильной кляксе?»).

2.16 Всегда ли изменения в глазу являются симптомом РС?

Помогите развеять мои сомнения. Мой невролог нашел у меня неврит глазного нерва и направил в больницу. При использовании метода «исследование зрительных вызванных потенциалов на реверсивный шахматный паттерн» выявили нарушение проводимости по нерву, а данные МРТ и исследование спинномозговой жидкости были без изменений. Мне сказали, что имеется подозрение на РС, а лечащий невролог считает такое заключение бессмысленным. Кто из них прав?

В неврологии давно идут споры о возможности изолированного неврита зрительного нерва. Длительные наблюдения показали, что в 45–80% случаев у тех, кто перенес это заболевание, в течение последующих 15 лет развивается клиническая картина РС. Мнения ученых расходятся, но следует, вероятно, придерживаться такой тактики: во всех сомнительных случаях основываться на результатах МРТ. Если найдены данные, говорящие о наличии РС, следует объективно и обстоятельно поговорить с пациентом. Для клинической оценки значимости выявленного симптома целесообразно вначале исключить все другие причины травматического, токсического или физиологического происхождения.

2.17 Какие еще могут быть нарушения зрения?

У моих знакомых с РС совершенно другие жалобы на зрение. Что меня может ждать?

Зрительные нарушения встречаются у 60–70% пациентов с РС на разных стадиях заболевания. Они характеризуются чаще всего развитием острых оптических невритов, реже — прогрессирующих одно- или двухсторонних зрительных нарушений. Выше были представлены основные из них.

Как уже было отмечено, чаще всего при РС встречается неврит зрительного нерва. Вторым наиболее частым видом нарушения зрения является двойное изображение, которое наблюдается примерно у 40% пациентов. Поскольку по-

вреждается с одной стороны путь, ответственный за движение глазных мышц, глаз с парализованными мышцами не в состоянии совершать те же движения, что здоровый, поэтому направления взгляда у них не совпадают. Именно поэтому здоровый глаз воспринимает изображение достаточно четко, второй — в сдвинутом виде и нечетко. Отсюда и появляется двойное изображение. Кстати, если больной глаз закрыть или надеть специальные очки с одним затемненным стеклом для него, то изображение воспринимается нормально. Не стоит это делать постоянно, лучше попеременно закрывать глаза для тренировки больного глаза.

Типичными проявлениями РС являются дискоординированные движения глазных яблок, их разностояние по вертикали или горизонтали (косоглазие), недоведение глазных яблок при взгляде в стороны и, особенно, кнутри при относительно не тяжелом состоянии пациентов. Иногда наблюдается легкий птоз (опущение верхнего века).

Возможно также нарушение координации движений глазных мышц, что выражается в подергивании глазного яблока (нистагм). Так как трудно зафиксировать взгляд, рассматриваемый предмет равномерно перемещается то в одну, то в другую сторону. Возникает ощущение, что имеется несколько одинаковых предметов, даже если закрыть один глаз (при условии, что поражен только один глаз, что случается крайне редко). Нистагм в легкой форме, который возникает только при резком движении глазных яблок вбок, наблюдается почти у половины пациентов, однако в повседневной жизни это нарушение не вызывает неприятных ощущений. Тяжелые формы, при которых нистагм проявляется при взгляде вперед и затрудняет процесс чтения, наблюдаются менее чем у 10% пациентов. Возникновению нистагма (помимо наличия серьезных поражений ствола головного мозга и мозжечка) способствует атрофия и спазмирование окологлазных мышц.

Крайне редко наблюдается нарушение функций зрачков с нарушением зрения. В результате нарушения аккомодации возникает нерезкое восприятие текста при чтении. Не исключена и частичная атрофия зрительного нерва.

Из симптомов нарушения зрительных функций возможны снижение остроты зрения одного или обоих глаз, изменение полей зрения, появление скотом (небольшого участка в пределах поля зрения, в котором зрение ослаблено или полностью отсутствует), нечеткость изображения предметов, потеря яркости видения, искажение цветов, нарушение контрастности. Скотомы более характерны для ретробульбарного неврита.

При нарушениях зрения возможны и другие проявления: головокружение и потеря равновесия, опасность падения, тошнота и рвота, проблемы с поддержанием устойчивого положения в положении стоя и при ходьбе.

2.18 Что за очаги образуются в спинном мозге?

У меня появились неприятные ощущения сначала в пальцах, затем в стопах, выраженные больше то справа, то слева. Мой невролог говорит, что это связано с появлением очага в шейном отделе спинного мозга. Это действительно так?

Да, это действительно так, в этом и есть вся проблема. Спинной мозг не намного толще пальца. Важнейшие нервные пути располагаются в тесной близости, поэтому даже незначительное поражение может привести к значительным потерям. Характерные для РС очаги в спинном мозге имеют веретенообразную форму и располагаются как раз на срединной линии. Они очень чувствительны и имеют склонность при изменениях погоды, стрессах или других неясных причинах вновь становиться активными. Это означает, что в зарубцевавшемся очаге остается незначительное воспаление, которое при соответствующих условиях

может вновь вспыхнуть. Если возникает вновь отек вокруг очага, процесс может в разной степени перейти на другую сторону. На практике это означает, что очаги в области шейного отдела спинного мозга могут привести к нарушениям чувствительности периодически в ногах или руках, слева или справа. Поэтому возможна слабость в обеих ногах. Иногда кажется, что симптомы связаны с вновь образовавшимся очагом, хотя в действительности это может быть не затухающая активность старого очага.

2.19 Возможны ли нарушения функций тазовых органов?

Обязательно ли развиваются при РС расстройства деятельности мочевого пузыря и кишечника?

При РС различные нарушения функций тазовых органов не являются редкостью. По наблюдениям некоторых врачей, они встречаются на разных этапах заболевания у 80% больных. Это могут быть расстройства мочеиспускания (нарушение удержания мочи, нарушение опорожнения мочевого пузыря или их комбинация), дефекации (запоры, реже — недержание стула); половой функции: импотенция (эректильная или эякуляторная дисфункция), снижение полового влечения, отсутствие оргазма, снижение увлажнения влагалища. Напомним, что степень выраженности жалоб напрямую зависит от уровня поражения участков нервной системы, участвующих в сложном процессе управления этими органами. Понятно, что описанные выше изменения в мышцах туловища касаются и мышц тазового дна.

Выраженное нарушение функций тазовых органов является настолько частым синдромом при РС, что Шейнберг предложил свою «триаду» симптомов, достаточную для постановки диагноза РС у 30-летних мужчин (недержание мочи, запор и импотенция). Эти проявления заболевания могут быть более важной причиной нетрудоспособности, чем парезы и нарушения координации, и значительно влиять на психическое состояние пациентов. Для нарушения тазовых функций при РС характерно непостоянство клинической картины и колебания выраженности нарушений на протяжении суток.

2.20 Какие бывают нарушения функций мочевого пузыря?

У моего товарища неприятная ситуация — он плохо удерживает мочу. Это связано с основным заболеванием?

Нарушения мочеиспускания встречаются у пациентов с РС довольно часто, в 70–80% случаев. Некоторые авторы считают, что они возникают в течение болезни у большинства. Обычно они выражены умеренно и не оказывают влияния на образ жизни пациентов, в ряде случаев представляют определенные затруднения. Первым симптомом заболевания они бывают редко.

Они могут возникать эпизодически, нередко появляются в период обострения, а затем бесследно проходят. И лишь у некоторых пациентов они приобретают относительно постоянный характер. Отмечено, что серьезные проблемы с мочевым пузырем чаще возникают у пациентов с резким ограничением способности к передвижению из-за парезов (слабости) в ногах, что связано с общими причинами расстройств движений мышц ног и нарушением функций мочевого пузыря. Однако двигательные нарушения встречаются чаще и выражены сильнее, чем проблемы с мочевым пузырем, что связано с особенностями иннервации последнего.

Нарушения мочеиспускания могут быть различными. Они зависят от того, какие проводники страдают (двигательные или чувствительные, иннервирую-

щие собственно мышцу пузыря или мышцы тазового дна — сфинктеры, удерживающие мочу в пузыре). Чаще всего возможны следующие нарушения мочеиспускания:

- учащение мочеиспускания;
- повелительные (императивные) позывы;
- повелительные позывы с неудержанием;
- рефлекторное недержание;
- стрессовое недержание;
- недержание мочи;
- энурез (ночное недержание мочи);
- прерывистая струя;
- неполное опорожнение мочевого пузыря с постепенным увеличением количества остаточной мочи;
- задержки мочеиспускания.

Как видно, при вовлечении в процесс мышц тазового дна возникают различные изменения функций мочевого пузыря. Так, в результате повышенной активности (гиперактивности) мочевого пузыря его мышца (детрузор) сокращается даже тогда, когда мочи в пузыре немного. При этом человек может ощущать внезапные императивные (повелительные, неотложные) позывы на мочеиспускание. Если нет возможности попасть в туалет в течение нескольких минут, может произойти упускание мочи. Поскольку неотложные позывы возникают тогда, когда мочевой пузырь наполнен только частично, они могут повторяться часто на протяжении дня или ночи. Из-за нарушения прохождения нервного импульса между головным или спинным мозгом, с одной стороны, и мочевым пузырем — с другой, может временно исчезнуть или ослабнуть чувство наполнения мочевого пузыря, в результате чего мочевой пузырь опорожнится рефлекторно.

Стрессовое недержание мочи — явление распространенное. Оно связано со слабостью мышц, формирующих тазовое дно и сфинктер мочевого пузыря, что приводит к подтеканию мочи во время смеха, кашля, чихания, т.е. при повышении давления внутри брюшной полости, а также при резких движениях, беге, прыжках. Оно может возникнуть после родов и особенно часто в пожилом возрасте. При РС эти изменения также связаны со слабостью соответствующих мышц.

Одним из неприятных функциональных нарушений, весьма характерных для РС, является недержание мочи, т.е. непроизвольное истечение мочи из мочеиспускательного канала без позывов к мочеиспусканию. Это связано с выраженным нарушением мышц сфинктера мочевого пузыря.

В ряде случаев мочевой пузырь опорожняется не полностью и образуется так называемая остаточная моча. Некоторые пациенты чувствуют, что пузырь опорожнился не полностью, другие могут не замечать этого, даже если объем остаточной мочи достигает значительных показателей. Это может привести к хроническому воспалительному процессу в мочевых путях, что является опасным осложнением при РС. Оценить количество остаточной мочи после мочеиспускания можно двумя способами: либо выпустить катетером остаток мочи и измерить его объем, либо провести ультразвуковое исследование мочевого пузыря.

Реже может наблюдаться задержка мочи, когда требуется оказание неотложной медицинской помощи. Порой задержка мочеиспускания может продолжаться до 20–24 часов, а затем сменяется недержанием мочи. При умеренной выраженности расстройства может помочь целый ряд приемов. Если длительно не удается опорожнить мочевой пузырь, проводится катетеризация.

2.21 С чем связаны нарушения функций кишечника?

В последнее время меня постоянно беспокоят проблемы с кишечником, а у моих знакомых с РС их нет. Это все же связано с РС?

Проблемы с кишечником у пациентов с РС встречаются не так уже и часто, но они не только ограничивают повседневную активность, но и могут усугублять другие проявления болезни, а также являются тяжелым психологическим стрессом. Основными проявлениями дисфункции кишечника являются:

- задержка стула (запоры);
- повелительные позывы на дефекацию, иногда с неудержанием кала;
- недержание кала при отсутствии позывов.

Под запором понимаются редкое (реже 3 раз в неделю) опорожнение кишечника, необходимость в сильном натуживании во время акта дефекации (опорожнения кишечника), очень твердый (иногда похожий на овечий) стул. Отмечено, что женщины страдают запорами чаще, чем мужчины. Запоры могут быть спастические и атонические.

Причин запоров несколько. Одна из них связана с заболеванием (нарушение проведения нервных импульсов от головного и спинного мозга к органам пищеварения), но она редко является основной. При таком нарушении замедлено прохождение пищи по кишечнику, а иногда из-за снижения чувствительности каловые массы скапливаются в прямой кишке, постепенно спрессовываясь. Обычно имеется сочетание ряда причин, основные из которых следующие:

- неправильное питание;
- наличие сопутствующих заболеваний желудочно-кишечного тракта, желчного пузыря и поджелудочной железы;
- недостаточное употребление жидкости;
- резкое ограничение общей двигательной активности;
- прием ряда препаратов (миорелаксанты, антацидные, антимускариновые препараты, антидепрессанты).

Несбалансированная диета является основной причиной хронических запоров как у здоровых людей, так и у людей, страдающих РС. Нерациональное питание приводит к нарушению функций различных отделов системы пищеварения (желудка, кишечника, печени, желчного пузыря, поджелудочной железы), что, в свою очередь, ведет к сбою в выработке пищеварительных ферментов. Затем следует изменение состава кишечной флоры (полезные микроорганизмы, помогающие переваривать пищу, замещаются болезнетворными, вызывающими газообразование и нарушающими пищеварение), что способствует постепенному развитию серьезных хронических болезней желудочно-кишечного тракта. Развитие дисбактериоза кишечника создает повышенную нагрузку на иммунную систему. Запоры способствуют эндогенной интоксикации организма.

Некоторые пациенты стремятся ограничивать употребление жидкости, считая, что это предотвратит нарушения мочеиспускания. Это недопустимо, так как может, с одной стороны, усугубить проблему, а с другой стороны, кал из-за недостаточного поступления жидкости становится твердым, спрессованным, затрудняется его прохождение по кишечнику и, как следствие, нарушается опорожнение кишечника.

Слабость и спастичность мышц ног, а также быстрая утомляемость способствуют чрезмерному ограничению двигательной активности, что ведет к ослаблению перистальтики (уменьшению подвижности) кишечника и возникновению запоров.

Заметим, что некоторые лекарственные препараты (например, средства для лечения депрессии, гиперактивности мочевого пузыря) могут ослаблять перистальтику кишечника.

Склонности к запорам способствуют и нарушения функции сфинктера, что часто приводит к императивным позывам к дефекации, то есть непроизвольно-му опорожнению прямой кишки от каловых масс. Недержание кала в результате паралича мышц сфинктера или нарушения чувствительности встречается достаточно редко. Понос, как симптом РС, наблюдается и вовсе крайне редко.

Запоры могут влиять на выраженность ряда клинических симптомов заболевания (нижнего парапареза). Умеренно выраженные запоры часто почти не причиняют беспокойства, в то время как выраженные запоры и эпизоды недержания причиняют пациентам неприятности.

Опыт многих пациентов позволяет считать, что

- задержки стула (запоры) часто лишь косвенно связаны с РС, но не являются следствием болезни;
- повелительные позывы и эпизоды неудержания, как правило, наблюдаются только при обострении заболевания;
- истинное недержание кала встречается редко и, как правило, у пациентов с очень тяжелыми двигательными расстройствами (при полной невозможности самостоятельно передвигаться);
- нарушения работы кишечника поддаются лечению, но от пациентов требуется много времени и терпения.

В любом случае, несмотря на деликатность проблемы, следует вместе с врачом обсудить возможные причины нарушений и принять меры к их устранению.

2.22 Какие сексуальные нарушения возможны при РС?

У меня недавно появились сексуальные проблемы. Связаны ли они с РС?

Говоря о нарушениях половой функции, не хотелось бы приводить весьма разбросанные статистические данные об этих изменениях. Слов нет, возможны сбои на всех этапах полового акта, но все же не стоит забывать и психологический фактор, который не менее важен и у вполне здоровых людей. Ведь не исключен страх невозможности полового акта из-за ограниченной подвижности, чувства стеснительности своих физических недостатков и т.д. Хотя следует признать, что при распространенном процессе расстройство половой функции чаще всего связано с органическим поражением ЦНС и нередко сочетается с нарушением деятельности мочевого пузыря. Сексуальные нарушения у больных РС могут быть следствием утомляемости, спастичности аддукторов бедер (приводящей группы мышц бедер), парезов и нарушения чувствительности.

Специалисты напоминают, что сексуальные нарушения у больных РС могут быть результатом побочных действий препаратов. Так, баклофен снижает половое влечение, бензодиазепины (клоназепам, диазепам, алпрозолам, лоразепам) способствуют нарушению эякуляции, антидепрессанты (амитриптилин, имипрамин и др.) могут привести к нарушению эрекции и lubricации (увлажнению слизистой влагалища во время возбуждения). Флуоксетин снижает половое влечение, может привести к нарушению оргазма и нарушению менструального цикла. При лечении сертралином кроме этих изменений возможны воспалительные процессы в области крайней плоти и влагалища.

У мужчин чаще наблюдается импотенция (сексуальная дисфункция), обусловленная слабой эрекцией в начале или преждевременным ослаблением эрекции во время полового акта (эректильная дисфункция), реже наблюдается задержка или отсутствие эякуляции (эякуляторная дисфункция). Возможны также нарушения чувствительности половых органов и оргазма. Эти изменения связаны с образо-

ванием склеротических бляшек на нервных путях в спинном мозге, ответственных за половые рефлексы.

У женщин нарушения половой функции объясняются теми же причинами и проявляются в том, что женщины, страдающие РС, порой не испытывают оргазма, что обусловлено дефектами нервных путей спинного мозга и нарушениями чувствительности в области гениталий. Отмечается также недостаток смазки и другие сексуальные дисфункции. Описанные выше расстройства движений (сложность в выборе позиции, быстрая усталость и т.д.) также не способствуют проведению желанного полового акта. В любом случае это не приговор, и мы еще поговорим об этом в соответствующем месте.

2.23 Почему иногда хочется плакать без причин?

Иногда при вполне нормальных обстоятельствах я начинаю плакать. Это мне неприятно, т.к. люди начинают утешать, а мне приходится их убеждать, что у меня нет причин печалиться и слезы появляются самопроизвольно. Это симптом РС или у меня неполадки с психикой?

Псевдобульбарный аффект (ПБА) характеризуется неконтролируемыми приступами плача и/или смеха, неадекватными происходящему в реальности. Частота приступов может достигать десятков раз в день и вызвать тяжелое душевное состояние пациентов и членов их семей. Это неврологическое расстройство неизвестной этиологии, наступающее при различных неврологических заболеваниях. По оценкам, этот синдром встречается примерно у 10% людей, страдающих рассеянным склерозом.

2.24 Что означает триада Шарко?

Я слышал о триаде Шарко при РС. О чем идет речь?

Ж.-М. Шарко первым описал классическую картину рассеянного склероза еще в 1868 г. Он же, наблюдая длительно за своей сотрудницей, отметил наиболее характерные симптомы заболевания: нистагм (подергивание глазных яблок), интенционный тремор (усиливающееся при приближении к цели) дрожание и скандированную (прерывистую) речь. Позже он связал с РС эмоциональную необычайность, расценив ее как эйфорию. Некоторые авторы считают, что Шарко впоследствии добавил к названным симптомам и нижний парапарез, преобразовав, таким образом, названный синдром в тетраду.

В настоящее время в связи с успехами диагностики и лечения РС клиническая триада Шарко встречается редко, зато приобрела значительное диагностическое прогностическое значение «истинная триада Шарко»:

- молодой возраст начала заболевания;
- ремитирующий характер его течения;
- многоочаговость поражения нервной системы, или «рассеянность» во времени и в пространстве (см.: Шарко Ж.-М. Болезни нервной системы. — СПб., 1876).

Не утратила свою значимость, к сожалению, не востребованная молодыми неврологами пентада Марбурга: нистагм, интенционный тремор, отсутствие или вялость брюшных рефлексов, побледнение височной половины дисков зрительных нервов, спастический парапарез ног. Некоторые авторы пишут о секстаде Д. А. Маркова: зрительные нарушения с сужением полей зрения на цвета, вестибулопатия, глазодвигательные расстройства (преходящее двоение), поражение пирамидной системы, изолированное снижение вибрационной чувствительности, коллоидно-белковая диссоциация в ликворе (цереброспинальной или спинномозговой жидкости).

При внимательном осмотре и обследовании пациентов выявление этих симптомов позволяет заподозрить диагноз РС.

2.25 Существуют ли другие симптомы РС?

Как можно разобраться в такой разнообразной симптоматике?

Да, многообразие симптомов РС не способствует быстрому выявлению новых. Сложно говорить и об их частоте, поскольку мы знаем, что у каждого пациента процесс идет иначе. Давайте, тем не менее, обсудим некоторые из них.

Известно, что довольно часто возникают легкие нарушения слуха, зато резкое его падение наблюдается крайне редко, к тому же подобные нарушения обычно обратимы, а слух восстанавливается. Нельзя исключить и ухудшение слуха по другим причинам.

Нарушения кровообращения, выражающиеся в склонности к обморокам, нарушении сердечного ритма, нарушении кровоснабжения конечностей и уменьшении потоотделения, наблюдаются сравнительно редко. Как и в других случаях, они обусловлены наличием очагов в нервной системе. Можно отметить большое число пациентов с низким кровяным давлением, что приводит к быстрой утомляемости.

Многие пациенты с РС жалуются на ощущение неустойчивости и головокружения. Иногда у больного может возникать иллюзия, будто он сам или все вокруг него движется по кругу: такое состояние называется «вертиго». Эти симптомы связаны с повреждением сложных нервных путей, координирующих зрительные и другие сигналы, поступающие в мозг и необходимые для поддержания равновесия тела.

В ряде случаев у пациентов с РС могут выделяться симптомы поражения периферической нервной системы и различные варианты пароксизмальных (приступообразных) состояний. Они встречаются у 25% пациентов и характеризуются кратковременными (от нескольких секунд до 2–3 мин.) сенсорными или моторными нарушениями, повторяющимися с различной частотой (до 100 и более раз в сутки) и провоцируемыми психоэмоциональным напряжением, физическими нагрузками, чрезмерной вентиляцией легких. Это могут быть болезненные тонические спазмы в мышцах туловища и конечностей, приступы атаксии, акинезии (отсутствия активных движений), дизартрии, спазмы половины лица, гемиатаксия с противоположной парестезией, хореоатетоз (когда сочетаются быстрые, порывистые движения с медленными судорожными), нарколепсия (внезапные непродолжительные, до получаса, приступы сна, возникающие неодолимо в разной обстановке), приступообразный кашель, нистагм, разнообразные сенсорные приступы — зуд, парестезии, онемение, боль, жжение.

Также у менее чем 5% пациентов встречаются эпилептические припадки, которые обычно носят вторичный характер. Кстати, только в половине случаев причиной припадков является РС, в другой половине случаев они вызваны иными причинами.

2.26 Что такое синдром клинического расщепления, или диссоциации?

Я слышала, что бывает случаи, когда результаты обследования не совпадают с проявлениями заболевания.

Существует также несколько симптомокомплексов, характерных для РС. Они обусловлены либо особенностями расположения бляшек, либо особенностями проведения импульсов в демиелинизированных проводниках, очень чувствительных к изменениям состава и свойств внутренней среды и устойчивости основных физиологических функций организма. Синдром клинического рас-

щепления, или диссоциации — это несоответствие между объективными симптомами поражения проводящих путей и субъективными ощущениями больного. Например, снижение мышечной силы в ногах у больного до 2–3 баллов сочетается с тем, что больной свободно, без посторонней помощи может пройти более 2 км. Синдром клинической диссоциации, или непостоянства клинических симптомов обусловлен тем, что у больного при повышенных сухожильных рефлексах и наличии патологических рефлексов определяется мышечная гипотония, которая обусловлена одновременным поражением мозжечка. Сюда же относятся уже описанный симптом «горячей ванны» или, например, значительное снижение зрения при неизменном глазном дне при оптическом неврите и, наоборот, выраженные изменения на глазном дне, изменения полей зрения и наличие скотом (органических дефектов в поле зрения глаза) при нормальной остроте зрения.

2.27 Есть ли связь заболеваний позвоночника и суставов с РС?

У меня стал болеть позвоночник, и один врач сказал, что это вполне естественно. Почему?

Как известно, у пациентов с РС эти заболевания наблюдаются в среднем чаще, чем у остальных людей, особенно если у них ограничены физические возможности, чему есть целый ряд объяснений. В известной степени это связано с гиподинамией, то есть с недостаточной подвижностью. Исследования показали, что даже те пациенты, у которых физические способности ограничены незначительно, двигаются недостаточно. Второй причиной является преждевременное изнашивание межпозвоночных дисков и суставов вследствие повышенного тонуса мышц ног. И, наконец, третьей причиной является нарушение осанки, которая вырабатывается как компенсация расстройств неврологического характера (параличи, слабость мышц, нарушения координации движений). В результате этого наблюдаются неестественные двигательные стереотипы, например неправильное положение головы, искривление туловища, измененное положение таза и плеч, округление спины. При далеко зашедшем РС могут быть неправильное положение различных суставов и укорочение сухожилий. Смещение межпозвоночных дисков и суставов не только вызывает болевые ощущения, но и снижает подвижность и затрудняет ходьбу, усиливая имеющиеся проявления физических возможностей. Все это определяет необходимость регулярно выполнять различные упражнения и делать гимнастику для позвоночника. Важно в принципе больше уделять внимания физической активности, стараясь двигаться много и правильно, чтобы предупредить возникновение перечисленных неприятных последствий болезни.

2.28 Почему происходят нарушения глотания?

С недавнего времени у меня появились проблемы с глотанием. Это связано с РС?

Хотя дисфагия (нарушение глотания) случается не так часто, она может принести неприятности. Многим знакомо состояние, когда кусочки твердой пищи «застревают» при глотании или попадают в дыхательные пути («не в то горло»). Тогда говорят — «поперхнулся» или «подавился». Обычно это проявляется кашлем, иногда очень сильным. Другое проявление нарушений глотания — попадание жидкой пищи в нос во время питья (в этом случае говорят — «захлебнулся»). Одновременно жидкость может попасть в нижние дыхательные пути, при этом поперхивание также проявится кашлем.

Считалось, что нарушения глотания при РС встречаются нечасто, обычно в период обострения, а затем исчезают. Но тщательное исследование показало, что при невыраженных стадиях заболевания оно может быть у 17% больных, а при значительных поражениях — у 65% пациентов. Ученые отмечают, что часто люди просто не обращают внимания на незначительные нарушения.

С чем связан этот процесс? Во-первых, со слабостью (парезом) мышц носоглотки из-за повреждения подходящих к этим мышцам нервов, при этом ограничивается подвижность языка, надгортанника или мягкого неба; во-вторых, может быть замедление или ослабление рефлекса глотания; в-третьих, может нарушаться согласованность работы отдельных мышц (такое случается при нарушении функций мозжечка); и, наконец, в-четвертых, нарушением глотания может проявиться повышенная утомляемость мышц, обеспечивающих глотание. Проблему могут усугублять нарушения чувствительности в области лица и ротовой полости.

Нарушения глотания таят в себе две главные опасности: воспаление легких из-за попадания частиц твердой или жидкой пищи в дыхательные пути и недостаточное питание из-за страха закашлять и сознательного ограничения приема пищи или питья.

2.29 Как часто бывают нарушения речи?

У меня что-то случилось с речью. Это явление временное?

Нормальная речь базируется на взаимодействии трех систем: дыхания, голоса и артикуляции. При выдыхании воздух проходит через гортань и воздействует на голосовые связки, при этом возникает голос. В зависимости от напряжения связок голос может быть выше или ниже. В горле и во рту приходит в движение артикуляционный аппарат (губы, язык, зубы, небная занавеска), формирующий речь.

Обычно нарушение произношения (выговаривания) слов (дизартрия) встречается тогда, когда болезнь существует много лет и имеет прогрессирующее течение. Она может быть следствием нарушения координации речевой мускулатуры, которое всегда сочетается с другими нарушениями координации и равновесия (шаткостью при ходьбе, дрожанием конечностей и головы при попытке поддержать позу или при движении, ухудшением почерка). Речь теряет плавность, создается впечатление, что человек говорит с акцентом, необычными интонациями, делает ударения на каждый слог (скандированная речь). При этом речь может быть более медленной, чем обычно, так как слова легче выговаривать в медленном темпе. Нередко эти изменения едва заметны и не требуют лечения. Иногда бывают очень короткие (длящиеся секунды, минуты) приступы дизартрии, которые повторяются много раз в день. Во время таких приступов говорить бывает очень трудно, но речь всегда восстанавливается. Может появиться носовой (гнусавый) оттенок голоса, нарушается его звучность, язык начинает «с трудом поворачиваться» и слова становятся мало разборчивыми. Часто такие симптомы сопровождаются нарушениями глотания (поперхиванием).

Первыми эти нарушения замечают родственники пациента, после чего назначается обследование у специалиста.

2.30 Почему изменились вкусовые ощущения?

В последнее время я плохо различаю вкус блюд. Это связано с РС?

Нарушение вкуса у больных РС встречается чаще, чем было принято считать до сих пор, полагают американские исследователи. Пациенты с РС довольно часто жалуются на нарушения в сенсорных системах (зрение, слух, осязание, вкус

и обоняние), что связано с нарушением структур мозга. Достаточно привычны ослабление слуха, нарушение зрения, какие-то неприятные ощущения в различных отделах головы. О нарушении вкусовых ощущений больные говорят редко. Специальное исследование американских ученых позволило установить, что у 15–32% пациентов имеются явные изменения, степень которых зависит от поражения структур мозга.

2.31 Как проявляются эпилептические припадки при РС?

Что такое эпилептические припадки и как они проявляются при РС?

При обострении болезни иногда могут возникать эпилептические припадки. Поскольку статистика весьма противоречивая, заметим, что они могут быть также вызваны другими причинами. Считается, что они возможны у 0,5–10% всех людей с РС, а это чаще, чем у других групп населения. Такие припадки могут встречаться на любой стадии заболевания. Как первый симптом РС они могут быть крайне редко. Считается, что со временем они могут больше не повторяться.

Эпилептические припадки возникают неожиданно. Они сопровождаются приступом судорог и нарушением или потерей сознания в результате нарушений электрической активности головного мозга.

Встречаются различные формы припадков. В ряде случаев двигательные нарушения (судороги) могут отсутствовать или быть незначительными (подергивание век, мимических мышц), при этом более выражены нарушения поведения и сознания. Иногда они оказываются заметными для человека и его близких. Если приступы следуют один за другим, то это так называемый эпилептический статус — угрожающее жизни состояние, требующее экстренной госпитализации в реанимацию.

В ряде случаев приступ выражается такими изменениями, как нарушение чувствительности в виде онемения частей тела, чувства ползания мурашек, холода или жара, покалывания и прочее; возможны зрительные, слуховые, обонятельные галлюцинации.

Обычно человек временно теряет контакт с окружающими, падает или сползает на землю, наблюдаются различные сокращения мускулатуры тела, нередко значительной силы. Выраженные приступы могут сопровождаться нечленораздельными криками, недержанием мочи, слюнотечением, пеной изо рта, отсутствием дыхания в результате спастического напряжения мускулатуры тела. После прекращения приступа беспокоят слабость, сонливость, головная боль.

Диагностика эпилептического припадка обычно не представляет затруднений. В ряде случаев возможно проведение электроэнцефалографии (ЭЭГ).

Вот как описывает единственный в своей жизни эпилептический припадок наш знакомый пациент: «Я уже знал, что у меня РС, но в то время чувствовал себя прекрасно. Однажды по дороге в магазин я потерял сознание. Очнулся дома. Мама рассказывала, что кто-то из прохожих разжал мне зубы каким-то предметом, оставившим навсегда следы на передних зубах. Потом я пил несколько лет депакин. И вот уже 10 лет больше приступа не было».

2.32 Что такое миокимия?

У моего брата рассеянный склероз, недавно у него стало подергиваться веко. Это может быть связано с его болезнью?

Миокимия (подергивание) века — это повторяющиеся сокращения круговой мышцы глаза, расположенной в толще века. Обычно при этом в процесс вовлекается нижнее веко одного глаза, однако и верхнее веко тоже может подергиваться. Внезапно начавшийся приступ, как правило, так же быстро и проходит, но может

продолжаться до нескольких недель, вызывая крайне неприятные ощущения. В 50% случаев развиваются эмоционально-волевые расстройства.

Этот симптом может быть проявлением ряда заболеваний (опухоль ствола головного мозга, лицевой гемиспазм, невралгия лицевого нерва). Он также возможен при РС.

2.33 Какие бывают дыхательные расстройства?

У меня появились проблемы с дыханием. Это связано с моим заболеванием?

Жалобы на затруднения при дыхании встречаются не очень часто при РС. Обычно серьезные дыхательные нарушения встречаются на поздних стадиях прогрессирования заболевания. По данным некоторых исследований, примерно у 20% больных РС отмечаются изменения глубины и ритма дыхательных движений. Наиболее частыми симптомами могут быть одышка, ощущение нехватки воздуха, затруднения при кашле, продолжительная икота.

Наиболее частой причиной затруднений дыхания является слабость мышц, задействованных в дыхательном цикле (вдох-выдох). Подобно тому, как появляется потеря мышечной силы в руках и ногах (или слабость), то же происходит в мышцах груди и живота. В этом случае у больного могут возникать одышка, затруднения при глубоком вдохе, попытке покашлять и т.д.

Могут угнетать дыхание препараты, применяемые для симптоматической терапии, например миорелаксанты, назначаемые при лечении спастики, транквилизаторы, некоторые виды анальгетиков.

Известно, что у некоторых пациентов после инъекции препарата «Копаксон» в течение нескольких минут может развиваться состояние, проявляющееся одышкой, болями в грудной клетке, тахикардией и т.д. Крайне редко возможны тяжелые аллергические реакции на препараты интерферонов-бета, которые могут проявляться и в виде затрудненного дыхания.

Иногда в результате попадания в бронхи и легкие кусочков пищи, воды или слюны развивается аспирационная пневмония, которая может привести к тяжелому состоянию. В таких случаях требуется активное лечение.

2.34 Что такое пролежни и опрелости?

Как часто бывают пролежни?

Пролежни не являются непосредственным симптомом РС, но, к сожалению, с ними приходится иметь дело как больным, так и их родственникам. **Пролежень** — это участок некроза (омертвения) кожи, мягких тканей, который образуется вследствие нарушений кровообращения в местах, подвергающихся постоянному механическому давлению. Поскольку тяжелобольные РС вынуждены длительное время находиться в одной позе (лежать или сидеть), в местах, в которых костные выступы соприкасаются с сидением инвалидной коляски либо с постелью, возникает ишемия (недостаточное кровоснабжение вследствие сдавления сосудов), нарушается питание кожи и, как следствие, образуются участки некроза. Способствовать возникновению пролежней может трение, например, о поверхность простыни при перемещении (например, при смене позы, соскальзывании со слишком высоко поднятого изголовья и т.д.). Обычно пролежни локализуются в области ягодиц, крестца, лопаток, пяток, локтей, ребер, иногда затылка.

Какие факторы увеличивают риск образования пролежней? Это нарушения чувствительности, недержание мочи или кала, плохое питание, ожирение либо, напротив, истощение, сухость кожи и/или обезвоживание, влажная кожа, курение, диабет, анемия, сердечно-сосудистые заболевания, расстройства памяти.

При недостаточном или плохом уходе за больными возникают **опрелости**. Это воспаление, возникающее в местах соприкосновения кожных покровов (в кожных складках) в результате длительного увлажняющего влияния продуктов кожной секреции (кожного сала, пота), при недостаточной вентиляции воздуха в области кожных складок, недостаточном просушивании кожного покрова после купания или обтирания, а также трения соприкасающихся поверхностей кожи. Места образования опрелостей известны: складки между пальцами рук и стоп, между ягодицами, пахово-бедренные складки, область подмышечных впадин и под молочными железами у женщин, в складках шеи и живота у людей с ожирением.

Существенное значение при пролежнях и опрелостях имеет их профилактика.

2.35 Какие могут быть последствия имеющихся симптомов?

Как известно, при любой болезни клинические проявления нередко способствуют вторичным осложнениям. Вероятно, при РС это протекает так же?

Это неизбежно. Одним из важнейших последствий РС является ограничение физических возможностей. Это касается, прежде всего, двигательных способностей. Если в начале болезни нарушения в повседневной жизни почти незаметны, то затем сокращается расстояние, которое может пройти пациент из-за ощущения тяжести или слабости в ногах, что связано с известными нарушениями движений. Появляющиеся парезы ограничивают подвижность и затрудняют процесс передвижения, не позволяя тренировать пораженные мышцы, что еще больше уменьшает их силу и возможности, хотя в определенной степени спастически скованные мышцы выполняют роль опоры.

В то же время спастические параличи приводят к таким осложнениям, как контрактуры (тугоподвижность суставов) и пролежни. Очень важно принять все меры, чтобы предупредить их развитие. В ряде случаев по мере прогрессирования заболевания возникают параличи, значительно ограничивающие двигательные возможности, требующие порой использования вспомогательных средств: трости, костылей, ходунков или инвалидной коляски. Ограничение двигательных способностей рук наблюдается реже, и причиной обычно являются нарушения координации движений (атаксия) и дрожание (тремор). Нет смысла здесь рассуждать о степени вероятности наступления тяжелых осложнений, ибо предсказать путь развития заболевания сложно. Одно ясно: ограничения двигательных способностей нередко, но преодолимы. Современные возможности комплексного лечения на ранних стадиях заболевания часто позволяют облегчить течение болезни и отодвинуть наступление тяжелой инвалидности.

К осложнениям, встречающимся при рассеянном склерозе, относят истощение (кахексию) и недостаточность питания. Это связано, с одной стороны, с нарушением функции усвоения пищи, регулируемой промежуточным мозгом, с другой — расстройством функций кишечника. Потеря веса плохо сказывается на состоянии организма, ослабляя его и способствуя дальнейшему ограничению двигательной активности, а дефицит витаминов не способствует нормальной деятельности поврежденных нервных путей.

Длительные наблюдения за пациентами с РС позволяют отметить несколько осложнений, на которые порой не обращают внимание. Прежде всего, речь идет об инфекции мочевыводящих путей, возникающей как следствие ограниченных физических возможностей. Мы уже упоминали о возможности образования остаточной мочи, являющейся благоприятной средой для размножения болезнетворных бактерий. Источником инфекции могут быть неосторожные манипуляции с катетером при выведении мочи из мочевого пузыря, неправиль-

ное проведение гигиенических мероприятий. Обязательно следует проводить квалифицированное лечение хронических воспалительных заболеваний почек во избежание развития почечной недостаточности.

Не менее важно предупредить развитие пневмонии (воспаления легких), для возникновения которой порой имеются предрасполагающие факторы: вследствие ограниченной подвижности легкие плохо вентилируются, в них скапливается слизь, которая, как и остаточная моча, становится благоприятной питательной средой для вредных микроорганизмов.

Нельзя не упомянуть и о пролежнях, которые образуются на поздних стадиях заболевания вследствие ограничения двигательной активности и длительного пребывания в одной позе в сидячем или лежачем положении. Это ведет к тому, что на участках тела, прилегающих к костным выступам (седалищные бугры, коленные суставы, локтевые суставы, лопатки, пятки и пр.), нарушается кровообращение в коже и возникает повреждение тканей. Это долгий процесс, но развитие пролежней опасно присоединением инфекции, а впоследствии развитием сепсиса.

Говоря об осложнениях, возникающих при РС, мы хотели бы напомнить, что именно они являются непосредственной причиной смерти более чем половины всех пациентов. Ведь смерть от самого заболевания бывает крайне редко, лишь тогда, когда склеротическая бляшка образуется в том месте, где расположен дыхательный центр. В остальных случаях пациенты умирают от типичных возрастных болезней, присущих всем остальным людям. Кстати, отмечено, что у пациентов с РС рак развивается реже, чем у остальных групп населения, что является положительным результатом повышенной иммунной реакции. В современных условиях имеется достаточно методов для борьбы с различными инфекциями, что дает реальное право говорить о возможности достойной продолжительности жизни даже у пациентов с тяжелой формой рассеянного склероза.

2.36 Существует ли классификация симптомов РС?

Надо полагать, что ученые давно «расставили» все симптомы по местам?

Естественно, что существуют общепризнанные классификации, связанные, в основном, с определением степени нарушений функций (см. раздел «Оценка инвалидности и прогноз»). Для понимания процессов, происходящих в организме при РС, мы можем «разложить» имеющиеся симптомы по степени значимости. Заметим, что для медицинских работников такое деление не имеет значения. Ведущими являются те симптомы, которые появляются вследствие демиелинизации, приводящей к нарушению проведения электрических сигналов по проводящим волокнам. (Чуть позже мы узнаем, что эти сигналы передаются от мозга к мышцам и внутренним органам, что позволяет им осуществлять свои функции.) Сюда входят: мышечная слабость, тремор, ощущения покалывания, нарушение равновесия, параличи, нарушения зрения и функций мочевого пузыря и кишечника. Это требует комплексного лечения и соответствующих реабилитационных мероприятий.

В дальнейшем появляются новые проявления заболевания, которые можно считать осложнениями. Так, появлению опрелостей обычно предшествуют параличи, а длительное нарушение функции мочевого пузыря приводит к частым рецидивирующим инфекциям мочевых путей. Они также требуют лечения, но более важной задачей является их профилактика, в том числе адекватное лечение основных проявлений РС.

Важны и проблемы психосоциального и профессионального плана, связанные с заболеванием. Этим вопросам будет уделено особое внимание.

2.37 Когда можно заподозрить РС?

Как я, так и мои знакомые с РС прошли долгий путь к установлению диагноза. Вероятно, есть симптомы, когда следует подумать о РС?

Да, большинству пациентов выставляется диагноз РС далеко не сразу от начала заболевания. И тому есть много причин. Но заподозрить РС возможно уже при наличии следующих симптомов, которые могут периодически исчезать: сужение поля зрения и снижение остроты зрения, головокружение, нарушение координации движений и сниженной чувствительности, снижение силы мышц. Следует помнить, что от ранней постановки диагноза в значительной мере зависит эффективность лечения, поэтому необходимо предпринять меры к своевременному посещению специалистов.

Некоторые наши знакомые отметили, что сами отнеслись к своим преходящим симптомам весьма легкомысленно, затянув время обращения к неврологу.

2.38 Какова частота различных симптомов?

У всех моих товарищей по болезни разные симптомы. А как часто они повторяются?

Это сложно сказать с высокой точностью. Наблюдения специалистов позволяют привести такие данные:

• Утомляемость	85–87%
• Нарушение координации	75–78%
• Мышечная слабость	62–64%
• Спастичность	55–58%
• Нарушение памяти	55–58%
• Мышечные спазмы	55–57%
• Нарушения чувствительности	53–55%
• Мышечная боль	52–53%
• Запоры	50%
• Нарушения внимания	50%
• Недержание мочи	50%

2.39 Что такое клинически изолированный синдром (КИС)?

Мне поставили диагноз «клинически изолированный синдром». Говорят, что меня ждет рассеянный склероз. Это обязательно?

Клинически изолированный синдром (КИС) — результат одного эпизода демиелинизации в одном (монофокальный эпизод) или нескольких (мультифокальный эпизод) отделах центральной нервной системы. У 85% больных, у которых в конечном итоге диагностируется рассеянный склероз, первое проявление симптомов заболевания или первый рецидив (атака, обострение) носит название клинически изолированного синдрома (КИС).

Если наряду с клиническими проявлениями на МРТ головного и спинного мозга обнаруживаются повреждения, характерные для РС, то в ряде случаев КИС может рассматриваться как дебют рассеянного склероза.

Если со временем развивается клиническая картина второго эпизода обострения заболевания либо на последующих МРТ обнаруживаются новые очаги демиелинизации, диагностируется достоверный рассеянный склероз.

Опыт показывает, что не у всех больных, столкнувшихся с КИС, развивается рассеянный склероз. В дальнейшем у них не обнаруживается характерная МРТ-картина демиелинизации и не проявляются новые симптомы.

Наиболее частые проявления КИС: слабость в руках и (или) ногах, боли, нарушение чувствительности, функции мочевого пузыря и толстой кишки, неврит

зрительного нерва (ретробульбарный неврит), а также нарушения функции ствола мозга (двоение, головокружение).

Наиболее информативным диагностическим методом, позволяющим визуализировать возможные очаги демиелинизации в центральной нервной системе, является МРТ.

С целью снижения тяжести и длительности проявления симптомов обычно назначаются кортикостероидные препараты. Также проводится симптоматическая терапия.

3. Очаги РС

3.1 Зачем нам нужны подробности строения нервной системы и образующихся при РС очагов (бляшек), изменений в ЦНС при данном заболевании?

Ответить на этот вопрос можно легко. Во-первых, без этих знаний трудно понять суть сложнейших изменений в нервной системе, многие из которых стали достоверно известны лишь в конце прошлого века. Во-вторых, можно понять пациента с воспалением легких, который, принимая курс лечения, ожидает выздоровления, не вникая в суть заболевания, но при РС это практически невозможно. Ведь как ни при каком другом заболевании роль пациента важна на всех этапах болезни. Другое дело, что можно избирательно читать главы книги, не вникая в некоторые разделы. Но РС — такое заболевание, которое неминуемо ставит периодически вопросы, требующие решения. Ведь следует учитывать и многообразие проявлений РС, которое можно объяснить тем, что различна величина пораженных болезненным процессом участков, расположенных беспорядочно на самых разных отрезках нервных путей и изменяющихся в процессе болезни. Точно так же восстановительные процессы происходят в разных местах с различной скоростью. Нет необходимости со скрупулезной точностью описывать эти процессы, понятные далеко не каждому специалисту, но представлять сущность их желательно, иначе сложно понять смысл проводимой терапии заболевания.

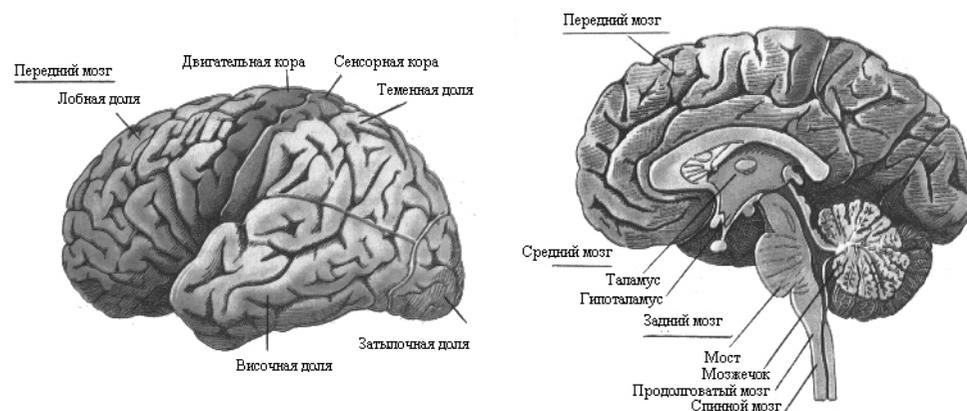
3.2 Как устроена центральная нервная система (ЦНС)?

Во всех книгах дается очень запутанное описание нервной системы. Понятно, что это сложный механизм, и все же: как он действует?

Прежде всего, отметим, что организм человека — единая система, между отдельными структурами которой (клетками, тканями, органами, системами органов) в процессе жизнедеятельности устанавливается тесная взаимосвязь и взаимодействие. Более того, все процессы, происходящие в организме человека, соподчинены и согласованы друг с другом, что позволяет ему адекватно реагировать на любой раздражитель, поступающий как из внешней среды, так и из органов и тканей. Это достигается двумя механизмами регуляции функций — нервным и гуморальным (химическим).

Мы сегодня обсуждаем нервную регуляцию, осуществляемую нервной системой и позволяющую обеспечивать быстрые ответные реакции организма в целом, или его определенных клеток, или их групп (локальный ответ) на то или иное раздражение.

Нервная система — это совокупность анатомически и функционально связанных между собой нервных клеток с их отростками. Различают центральную и периферическую нервную систему. Центральная нервная система (ЦНС) включает те части нервной системы, которые лежат внутри черепа или позвоночного столба. Головной мозг — это часть ЦНС, заключенная в полости черепа, а ее вто-



рой крупный отдел — это спинной мозг, расположенный в полости позвоночного столба. Нервы входят в ЦНС и выходят из нее. Если они лежат вне черепа или позвоночного столба, то образуют периферическую нервную систему, которая подразделяется на два отдела: внешний, или соматический, и внутренний, который называют вегетативной нервной системой. По расположению головной мозг условно делят на передний, средний и задний.

Передний мозг включает в себя обширную поверхность полушарий (кора мозга) и еще несколько меньших образований — миндалину (названную так за свою ореховидную форму), гиппокамп (похожий внешне на морского конька) и базальные ганглии (ядра, расположенные на основании мозга), а также перегородку между желудочками мозга. Структурам переднего мозга приписывают «высшие» интеллектуальные функции. Кора головного мозга, в свою очередь, делится на доли. Затылочная доля выполняет в основном функции зрения, височная доля ответственна у людей за слух и речь, теменная доля — за управление движениями и реакции на различные сенсорные раздражители, лобная доля — за двигательные функции речи и координацию других областей коры.

Средний мозг включает в себя таламус и гипоталамус. В особых таламических полях и ядрах происходит переключение всей информации, входящей в передний мозг и выходящей из него. Эти поля и ядра служат как бы передаточными станциями: они контролируют всю информацию, поступающую от вегетативной нервной системы, и управляют организмом с помощью вегетативных нервов и гипофиза.

Задний мозг включает в себя продолговатый мозг, варолиев мост с мозжечком, ножки мозга с четверохолмием и зрительные бугры, объединенные общим названием — ствол мозга. Структуры ствола мозга взаимодействуют со структурами переднего мозга через передаточные станции среднего мозга. Через ствол идут главные пути, связывающие передний мозг со спинным мозгом и периферической нервной системой. Поля и ядра ствола контролируют дыхание и сердечный ритм, поэтому имеют особое значение для поддержания жизни. Мозжечок получает и перерабатывает информацию о положении тела и конечностей в пространстве прежде, чем эта информация поступит в кору головного мозга. Он участвует в координации движений, регуляции мышечного тонуса, сохранении позы и равновесия тела.

Спинальный мозг является управляющим центром сложной сети нервов, раскинутой по телу, без которого как опорно-двигательный аппарат, так и основные жизненно важные органы не могли бы функционировать. Он расположен в позвоночном канале, начинается на уровне края затылочного отверстия черепа и заканчивается на уровне I–II поясничных позвонков, истончаясь книзу конусом. Ниже спинного мозга в позвоночном канале находится густой пучок нервных корешков, который носит название конского хвоста. От спинного мозга через отверстия в дугах позвонков отходят спинномозговые нервы: 8 пар шейных, 12 грудных, 5 поясничных, 5 крестцовых и 1 или 2 копчиковых. Через каждое межпозвоночное отверстие спинномозговой нерв выходит двумя корешками: задним (чувствительным) и передним (двигательным), соединенными в один ствол. Каждая пара контролирует определенную часть тела. Спинальный мозг выполняет две важнейшие функции: во-первых, он играет роль двустороннего проводящего пути между головным мозгом и периферической нервной системой, а во-вторых, участвует в управлении простыми рефлекторными действиями.

Головной мозг, как и спинной, окружен тремя соединительно-тканевыми листками, или оболочками: мягкой, паутинной и твердой. Между мягкой, непосредственно покрывающей спинной мозг, и паутинной оболочками находится подпаутинное пространство, в котором спинной мозг и нервные корешки лежат свободно, окруженные большим количеством спинномозговой жидкости.

В составе центральной нервной системы имеется 4 типа клеток: нервные клетки (нейроны), олигодендроциты, астроциты и клетки микроглии. Питательные вещества для этих клеток поступают в центральную нервную систему с кровью по кровеносным сосудам.

Центральная нервная система состоит из серого и белого вещества. Серое вещество — это тела нервных клеток, а белое вещество — отростки этих клеток, покрытые специальной жировой оболочкой — миелином. Отростки идут от одних центров мозга к другим и соединяют их посредством электрических импульсов. Функциональной и структурной единицей нервной системы является нейрон — нервная клетка. Нейрон состоит из тела, дендритов (коротких ветвящихся отростков), количество которых может быть различным, и аксона (длинного отростка). Нейроны — это возбудимые клетки, то есть они способны генерировать и передавать электрические импульсы. Для ускорения скорости передачи импульсов и для изоляции отростков друг от друга и нужна миелиновая оболочка. Такое строение и расположение отростков очень похоже на провода в изоляции. Передача импульсов по нейронам происходит всегда в определенном направлении — по дендритам к клетке, а по аксону — от клетки. Нейроны очень хрупкие клетки, они легко могут быть повреждены или вовсе разрушены в результате травмы, инфекции, давления, химического воздействия или недостатка кислорода и, к сожалению, не восстанавливаются, поэтому такие нарушения чреваты серьезными последствиями.

Места соединения между нейронами — специфические точки на поверхности нервных клеток, где происходит их контакт, называются синапсами (synapsis — от греч. «соприкосновение, соединение»), а сам процесс передачи информации в этих местах — синаптической передачей. При таком взаимодействии посылающая сигнал клетка выделяет определенное вещество на рецепторную поверхность воспринимающего нейрона, называемое нейромедиатором (нейротрансммиттером). Оно служит молекулярным посредником для передачи информации от передающей клетки к воспринимающей, осуществляя химическую передачу информации через синаптическую щель.

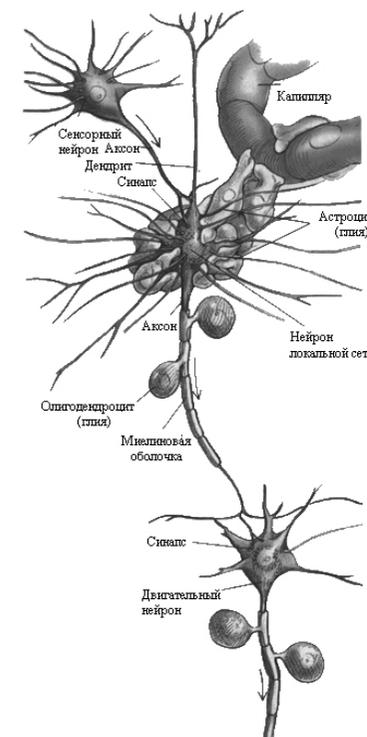
Большинство читателей знают, что при рассеянном склерозе повреждается миелиновая оболочка нервных волокон, служащая для быстрой передачи электрического нервного импульса. Являясь действенным изолятором, она предотвращает рассеивание нервных импульсов и их переход на другие нервные волокна. На участке нерва, лишенного этой оболочки, скорость прохождения их замедляется, а следовательно, функции на этом нервном пути осуществляются медленнее и в измененном виде. Некоторые авторы сравнивают внезапное ухудшение прохождения импульса с возникновением своего рода «короткого замыкания».

Совокупность нейронов, расположенных вне центральной нервной системы, называется нервным узлом (спинномозговой, узел вегетативного сплетения и др.). Нервом именуют ствол объединенных нервных волокон. Различают чувствительные, двигательные, вегетативные и смешанные нервы.

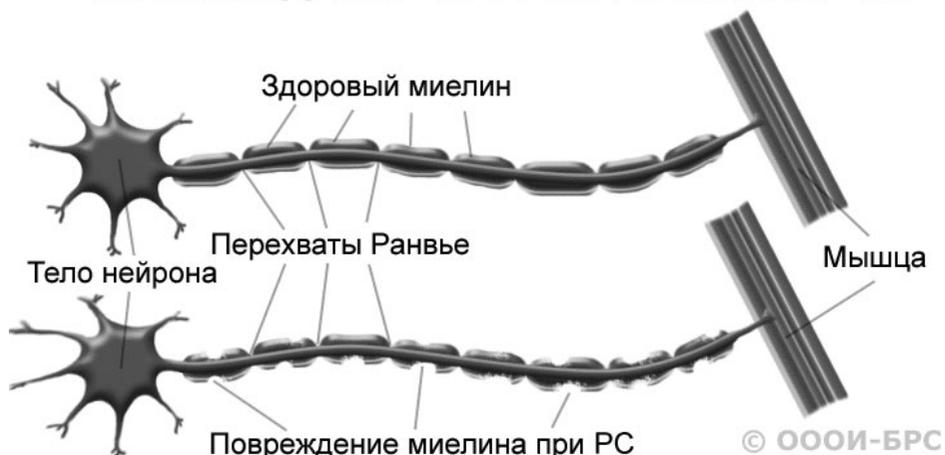
Нервная регуляция носит рефлекторный характер. Рефлекс — это ответная реакция организма на раздражение рецепторов, осуществляемая при участии ЦНС. Разные раздражители, постоянно воздействующие на организм, воспринимаются специализированными рецепторами. Есть рецепторы, воспринимающие раздражения светом, звуком, теплом, холодом, прикосновением и др. Возникшее в форме нервного импульса возбуждение от рецепторов передается по чувствительным нервным волокнам в соответствующий центр ЦНС (совокупность вставочных нейронов, обеспечивающих переключение возбуждения с чувствительных нейронов на двигательные), регулирующий деятельность строго определенного органа, и подвергаются здесь определенной переработке. Из ЦНС по двигательным и чувствительным нервным волокнам импульсы передаются к различным органам (мышцам, сосудам, железам и т.п.), отвечающим соответствующим образом на поступившее возбуждение. Путь, по которому возбуждение распространяется от рецептора до эффектора (рабочего органа), называется рефлекторной дугой. Ощущения, которые возникают при возбуждении органов чувств и воздействии на кожу, мышцы и суставы, также передаются по нервным волокнам в центральную нервную систему, где они сознательно или бессознательно фиксируются.

Отметим, что наряду с возбуждением большое значение для рефлекторной реакции организма имеет торможение, выражающееся в задержке возбуждения в ответ на раздражение или в ослаблении уже возникшего в коре головного мозга возбуждения. Оба эти процесса взаимосвязаны друг с другом и обеспечивают нормальную согласованную деятельность всех органов и организма в целом. Например, во время бега или ходьбы в нервных центрах происходит чередование возбуждения и торможения, благодаря которому обеспечивается регуляция работы мышц-сгибателей и мышц-разгибателей.

Мы уже отметили, что нервная система регулирует всю деятельность организма и обеспечивает его связь с окружающей средой. Она осуществляет регулирование



ПРОХОЖДЕНИЕ НЕРВНОГО ИМПУЛЬСА



ющее влияние на обменные процессы и деятельность всех систем и органов организма. Для нас важно понимать те функции ЦНС, которые играют роль в развитии РС. Известно, что в ЦНС существует строгая локализация функций, которые регулируются различными частями нервной системы. Например, если одна совокупность нервных клеток ведаёт регуляцией вегетативных реакций, то другая передаёт двигательные импульсы. Если происходит утрата или повреждение части таких нервных волокон, то пациент утрачивает способность выполнять некоторые функции, то есть совершать то движение, за которое отвечал повреждённый пучок нервных волокон. А если пучок нервных волокон повреждается целиком, то функция утрачивается полностью, как это происходит, например, при травме спинного мозга. Повреждение миелиновой оболочки уже на одном участке нарушает регуляцию как отдельных, так и сложных движений, требующих четкой координации и тонкой дифференцированности. Это приводит к утрате пациентом способности производить определённые движения, что ведёт к ограничению физических возможностей больного человека.

Нет необходимости углубляться в более сложные процессы, происходящие в ЦНС. Для нас важно понять те изменения в ней, которые связаны с РС.

3.3 📖 Для чего нужна спинномозговая жидкость?

Мне предложили исследование спинномозговой жидкости для установления диагноза. Какова её роль?

Когда возникает подозрение на рассеянный склероз, неминуемо заходит речь о спинномозговой жидкости (цереброспинальной жидкости, ликворе). Это жидкая среда, циркулирующая в полостях желудочков головного мозга, спинномозгового канала и субарахноидальном (под паутинной оболочкой) пространстве головного и спинного мозга. Её значение велико: это своего рода «водяная подушка», предохраняющая от наружных воздействий головной и спинной мозг; кроме того, она регулирует внутричерепное давление, обеспечивает постоянство внутренней среды, посредством её осуществляется тканевый обмен в центральной нервной системе.

Можно также сказать, что она образует своего рода жидкостную ось мозга, которая участвует в обмене веществ между кровеносной и нервной системами. Дело в том, что между кровеносными сосудами нервной системы и самой нервной тканью существует барьер, именуемый гематоэнцефалическим барьером, который защищает центральную нервную систему от проникновения чужеродных веществ или продуктов нарушенного обмена веществ, вызывающих различные заболевания. Тем не менее, в ряде случаев вещества, способствующие развитию болезни, проникают в нервную ткань. Точно так же некоторые вещества, образующиеся в результате заболеваний органов нервной системы, попадают в спинномозговую жидкость, при этом их не выявляют в крови. Именно этот фактор приобретает важное диагностическое значение, когда стоит задача выявить РС.

Наличие в спинномозговой жидкости так называемых олигоклональных иммуноглобулинов G весьма характерно для РС.

Некоторые авторы считают, что обезвоживание организма способствует нарушению целостности гематоэнцефалического барьера, поэтому (и по другим уже описанным причинам) следует придерживаться разумного водного режима.

3.4 📖 Как устроена и функционирует иммунная система?

В развитии РС большое значение имеет иммунная система. Как она работает?

Для того чтобы понимать механизм развития рассеянного склероза, а также целесообразность и смысл назначения иммуномодулирующих препаратов, необходимо иметь представление об элементах иммунной системы и их функционировании.

Иммунная система организма человека служит для защиты от проникновения и воздействия внешних или образующихся в самом организме чужеродных для данного конкретного организма структур, способных вызвать иммунный ответ. Их называют антигенами. Носителями таких чужеродных веществ могут быть бактерии, вирусы, грибки, трансплантаты, опухолевые клетки. Конечной целью иммунной системы является нейтрализация или удаление антигенов посредством целого ряда сложных иммунных реакций, включающих такие этапы, как специфическое своевременное распознавание антигена, выработка в ответ специальных белковых молекул, называемых иммуноглобулинами, или антителами, взаимодействие этих антител с антигеном и удаление его из организма. Иммунный ответ может быть немедленным или отсроченным на определённый период времени, необходимый для выработки и накопления антител.

Иммунная система устроена сложно, в неё входят как первичные лимфоидные органы (костный мозг, вилочковая железа), так и множество вторичных лимфоидных органов. В костном мозге происходит созревание лимфоцитов, превращение недифференцированных стволовых клеток в В-лимфоциты. Вилочковая железа представляет собой орган, обеспечивающий специфическую дифференциацию. К периферическим лимфоидным органам относятся лимфатические узлы, пейеровы бляшки кишечника (они являются частью лимфатической системы, обеспечивающей как чистоту большинства жидкостей нашего организма, так и качественный иммунитет), белая пульпа селезенки и клетки крови — лимфоциты, макрофаги, а также специализированные клетки, сходные с макрофагами и расположенные в ряде других внутренних органов. В периферических, или вторичных, органах иммунной системы происходит антигенспецифическая стимуляция и активация лимфоцитов. Активированные иммунокомпетентные клетки — лимфоциты — проникают в место нахождения антигена, они выделя-

ют ряд растворимых веществ, в том числе цитокины и лимфокины, посредством влияния которых на антиген и другие клетки иммунной системы запускается целый каскад сложных иммунных реакций, направленных на инактивацию или разрушение антигена. Когда отпадает необходимость разрушения антигена, включается другая регуляторная система, активирующая механизмы прекращения иммунной реакции.

Теперь наступило время познакомиться с важными участниками событий, о которых было сказано выше. Прежде всего, речь идет о лимфоцитах. Это один из типов белых кровяных клеток, которые защищают наше тело от инфекций — бактерий, вирусов, грибов, простейших. Они образуются в костном мозге и вилочковой железе и постоянно перемещаются по органам иммунной системы, используя как транспорт кровь и лимфу. Лимфоциты умеют распознавать возбудителей, чужеродные ткани и клетки и разрушают их. По способу распознавания и механизму уничтожения чужеродных агентов они подразделяются на две главных группы: В-лимфоциты и Т-лимфоциты. В-лимфоциты развиваются в плазматические клетки, которые продуцируют специальные белки, называемые антителами. Антитела циркулируют в крови, где соприкасаются с бактериями, токсинами и некоторыми опухолевыми клетками. Их задача — связываться с определенными антигенами на поверхности чужеродных клеток. Однако некоторые возбудители могут избежать атаки антител, потому что они находятся внутри клеток. Уничтожение возбудителей, находящихся внутри клеток, а также опухолевых клеток является задачей Т-лимфоцитов. Т-лимфоциты распознают в основном собственные клетки, которые инфицированы чужеродными возбудителями или повреждены (стали опухолевыми). Таким образом, Т-лимфоциты защищают организм от вирусных инфекций и от аномальных опухолевых клеток. После того как возбудитель уничтожен, В- и Т-лимфоциты превращаются в специальные клетки памяти, которые сохраняются надолго в лимфатических узлах и хранят ответ о возбудителе. Если этот возбудитель повторно попадает в организм, они очень быстро активируются и уничтожают его.

Действенными участниками во многих сложных иммунных и воспалительных реакциях являются макрофаги (мононуклеарные фагоциты), выполняющие специфические функции в зависимости от анатомической локализации. Основная функция макрофагов сводится к борьбе с теми бактериями, вирусами и простейшими, которые могут существовать внутри клетки-хозяина, при помощи мощных бактерицидных механизмов, которыми обладают макрофаги. Кроме того, они вырабатывают огромное число веществ, участвующих в иммунных процессах.

Известно, что сегодня аутоиммунная теория возникновения рассеянного склероза получила широкое распространение. Поэтому следует уточнить, что под аутоиммунной реакцией подразумевают нарушение защитных механизмов в организме человека, приводящее к тому, что против его собственных клеток и тканей (аутоантигенов) начинают вырабатываться антитела (аутоантитела), которые воспринимают эти клетки и ткани как чужеродные и атакуют их.

Напомним, что аутоантигены — это, как правило, нормальные белки или белковые комплексы, которые распознаются иммунной системой у пациентов с аутоиммунными заболеваниями. В норме они не должны узнаваться иммунной системой, но в силу ряда причин иммунологическая толерантность к таким антигенам (состояние организма, при котором он не способен синтезировать антитела в ответ на введение определенного антигена при сохранении иммунной реактивности к другим антигенам) у таких пациентов может быть утеряна.

До сегодняшнего дня ученые пытаются найти ответ на вопрос, первичны или вторичны эти реакции. Если воспаление в ткани мозга и демиелинизация являются следствием иммунологической реакции на антигены мозга, можно говорить о первичном аутоиммунном заболевании, аналогичном ревматизму, ревматоидному артриту и другой патологии. Если же сенсibilизация соответствующих иммунных клеток к антигенам мозга происходит в результате воспаления и разрушения миелина, проникновения через поврежденный гематоэнцефалический барьер в кровь мозговых антигенов и последующего развития всего комплекса иммунопатологических реакций, то говорят о вторичности аутоиммунного компонента в патогенезе РС. В любом случае, учитывая ведущую роль иммунологических нарушений, лечение этого заболевания в первую очередь основывается на коррекции иммунных нарушений.

3.5 📖 Какие изменения происходят в нервной системе при РС?

В чем смысл нарушений при РС?

Как уже было отмечено, при РС поражается исключительно центральная нервная система, а точнее белое вещество головного и спинного мозга. Если быть совсем точным, то речь идет об очаговых поражениях миелиновых оболочек в результате воспалительного процесса.

Эти очаги демиелинизации (распада миелина) получили название склеротических бляшек. Обычно они находятся в головном мозге рядом с полостями, заполненными ликвором, в стволе мозга и в мозжечке, а также в спинном мозге и в зрительных нервах. Значительно реже они могут быть в других черепно-мозговых нервах. Замечено, что бляшки всегда располагаются вдоль мелких вен, о чем мы еще поговорим. Их размеры поразительно отличаются: от мельчайших до достаточно крупных, достигающих нескольких сантиметров в диаметре. Последние могут быть результатом слияния мелких очагов, которые возникают в период обострения болезни, или увеличения уже образовавшихся бляшек. Это процесс может длиться годами. Степень потери нервных волокон на ранних стадиях рассеянного склероза — 10–20%, но может возрасти до 80% при длительном течении заболевания. Острое развитие симптомов в начале воспалительной демиелинизации связано с отеком и нарушением проведения импульса по волокну. Эти изменения имеют обратимый характер, что, возможно, обуславливает ремиссии. Позднее основное значение в формировании клинических симптомов приобретает разрушение миелина. Необратимые клинические симптомы развиваются, вероятно, вследствие вторичной дегенерации осевых цилиндров и нейронов.

Итак, повреждение аксонов возникает преимущественно во время демиелинизации и может развиваться на самых ранних стадиях заболевания. Распространенность острой стадии процесса соответствует степени инфильтрации макрофагами. Заметим, что при хроническом РС острое повреждение аксонов медленно продолжается даже в неактивных очагах. Защищает аксоны от их потери быстрая ремиелинизация.

3.6 📖 Как образуются склеротические бляшки?

Практически в любой книге очень сложно описаны процессы, происходящие в очаге на этапах его развития. Нельзя ли попробовать сделать это проще?

Чтобы облегчить понимание, рассмотрим сначала упрощенный, чисто механический вариант формирования бляшки. Когда начинает образовываться бляшка, на пораженном участке возникает отек, нарушающий проведение импульса по волокну. Именно поэтому в начале воспалительной демиелинизации проис-

ходит острое развитие симптомов, которые имеют обратимый характер, что, вероятно, и обуславливает ремиссии. Напомним, что ремиссией называют период течения хронической болезни, характеризующийся ослаблением или исчезновением ее признаков. Позднее основное значение в формировании клинических симптомов приобретает разрушение миелина. В области очага происходит скопление ряда воспалительных клеток, сюда устремляются лимфоциты и макрофаги. В результате сложного процесса происходит расщепление и разрушение миелина, который не в состоянии теперь выполнять свою функцию, в результате чего изменяется процесс передачи электрического импульса по нервному пути с последующим появлением симптомов заболевания.

Напомним, что миелин изолирует нервные волокна подобно оболочке электрического провода и позволяет быстро передаваться по ним нервным импульсам. Благодаря миелиновой оболочке обеспечивается скорость и эффективность проведения импульсов в нервной системе, что позволяет нам с небольшими сознательными усилиями совершать целенаправленные быстрые и скоординированные движения.

Вслед за этим соединительная ткань, окружающая данный участок, устремляется в пораженное место и формирует волокна, которые спустя некоторое время уплотняются, образуя рубцовую ткань. Необратимые клинические симптомы развиваются, вероятно, вследствие вторичной дегенерации осевых цилиндров и нейронов. Этот механизм помогает понять и название болезни, ибо греческое слово «sclerosis» означает «уплотнение», а общепризнанный термин «множественный склероз» по сути дела означает «множественные уплотнения». И это соответствует действительности, ибо рассеянные по различным отделам нервной системы зарубцевавшиеся очаги поражения по своей структуре плотнее, чем окружающая нервная ткань. Привычный для нас термин «рассеянный склероз» буквально и обозначает наличие множества очагов склеротических изменений.

Положительным моментом является процесс ремиелинизации, то есть восстановление миелина, который осуществляют еще не пораженные болезнью миелообразующие клетки соединительной ткани (олигодендроциты), в первую очередь по краям активной бляшки.

К сожалению, в старых бляшках эти клетки также подвергаются разрушению, что делает невозможным восстановление миелиновых оболочек и, тем самым, утраченной функции. Наверное, каждый читатель понимает, что целенаправленное лечение на ранних стадиях возникновения очага, а при обострении заболевания это вполне возможно, может предупредить сильный рубцовый процесс, а это уже шаг к предупреждению новых нарушений. Кроме того, известно, что миелин восстанавливается очень медленно, в течение нескольких недель или месяцев, к тому же он обладает повышенной чувствительностью. Чтобы избежать появления новых очагов на этих участках, следует при обострениях проводить необходимый курс лечения, сдерживающий воспалительный процесс, что будет воспрепятствовать образованию грубых рубцов в нервных волокнах.

А теперь можно попробовать более подробно раскрыть механизм сложных процессов, связанных с развитием иммунопатологических реакций в зарождающемся очаге РС. Предварительное знакомство с работой иммунной системы упрощает эту задачу. Как известно, исследователи называют много причин РС, которые являются своего рода пусковым фактором для иммунологического процесса с образованием антимиелиновых антител, которые приводят к разрушению миелина. Главная роль в сенсibilизации (повышении чувствительности организма или отдельных органов к воздействию каких-либо раздражителей)

отводится основному белку миелина, имеющему сходство с бактериальными и вирусными антигенами. Имеет значение и генетическая предрасположенность к такому запуску иммунологического процесса при наличии различных вирусов и бактерий.

Итак, в силу ряда причин в области мелких вен начинает формироваться бляшка. Здесь происходит скопление лимфоцитов, точнее Т-эффекторов и Т-киллеров, которые непосредственно воздействуют на миелин, а также производящих антитела В-лимфоцитов или плазматических клеток и свободных антител, которые совместно с Т-лимфоцитами стимулируют деятельность макрофагов.

По краям бляшки находятся большей частью Т-лимфоциты — супрессоры, которые вместе с определенными антителами участвуют в повреждении миелина и одновременно тормозят другие иммунологические процессы. В центре такой активной бляшки находятся преимущественно макрофаги, которые захватывают частицы разрушенной миелиновой оболочки и удаляют их. В более старых бляшках скапливаются вновь образовавшиеся волокна, которые превращаются в рубцовую ткань (уплотнения, участки склероза).

Появление свежих бляшек нередко сопровождается развитием неврологических симптомов, однако если очаги небольшие по размеру, то они могут быть «немыми», то есть не вызывать никаких проявлений заболевания. Это так называемая скрытая демиелинизация, которая связана с тем, что подавляющая часть здоровой ткани компенсирует эти незначительные функциональные нарушения. Со временем они могут стать активными, что и обуславливает различное течение заболевания. По краям уже зарубцевавшихся бляшек часто имеются скопления лимфоцитов, окружающих пока еще не поврежденную миелиновую оболочку. В период обострения болезни эти очаги также становятся активными.

Как мы уже заметили, огромную роль в происходящих процессах играют лимфоциты, которые осуществляют в бляшках аллергическую реакцию на миелин, а если точнее, то они являются «аутоиммунными лимфоцитами» (миелин-реактивными Т-лимфоцитами). Заметим, что процесс проникновения миелин-реактивных клеток в нервную систему достаточно сложен, поскольку сначала им надо преодолеть гематоэнцефалический барьер.

Перешедшие в активное состояние Т-лимфоциты воздействуют на эндотелиальные клетки, выстилающие внутреннюю поверхность вен нервной системы. Образующиеся мельчайшие тромбы разъединяют эндотелиальные клетки, позволяя клеткам и жидкости поступать в ткани. Это способствует развитию воспалительного отека тканей и расщеплению миелина, частички которого активизируют другие защитные клетки. Эта цепная реакция сдерживается активным действием Т-лимфоцитов — супрессоров.

Чем больше защитных клеток, образовавшихся в результате прежних обострений или продолжительного периода, предшествующего развитию болезни, находится в нервной системе, тем с большим трудом может быть полностью прекращена цепная реакция активного защитного процесса. Такой механизм способствует хроническому течению заболевания. Здесь опять следует напомнить о необходимости адекватного лечения по мере развития заболевания, что будет препятствовать переходу в постоянно активную, а значит, хроническую, прогрессирующую стадию.

А теперь подведем итог. Бляшки представляют собой округлые или овальные очаги в белом веществе ЦНС с преимущественной локализацией в зрительных нервах, белом веществе, окружающем желудочки мозга, стволе мозга, мозжечке, спинном мозге. Бляшки в белом веществе состоят из клеток воспаления (лимфо-

цитов и макрофагов), очагов первичной демиелинизации, аксонов с различной степенью повреждений. Серое вещество также может подвергаться выраженным изменениям.

3.7 Как выглядят очаги РС?

Если я понимаю правильно, причиной моих симптомов являются специфические очаги. Как они выглядят?

Если смотреть невооруженным глазом на разрез мозга, то представляется, что очаги разбросаны в кажущемся беспорядке в виде округленных серо-красноватых пятен размером от булавочной головки до горошины. Заметим, что очагами (бляшками) РС называют участки воспалительной демиелинизации головного и спинного мозга.

При надавливании пальцами они представляются плотными и эластичными участками. Иногда выявляются только два или три таких уплотнения, но их может быть значительно больше. Типичный очаг, который виден на снимках магниторезонансной томографии, имеет круглую или овальную форму. На самом деле очаг представляет собой удлиненной формы короткую манжетку, которая окружает вену. Важно знать, что в центре каждого очага лежит вена, о чем скажем несколько позже (3.15 Что такое «гипотеза о чернильной кляксе?»).

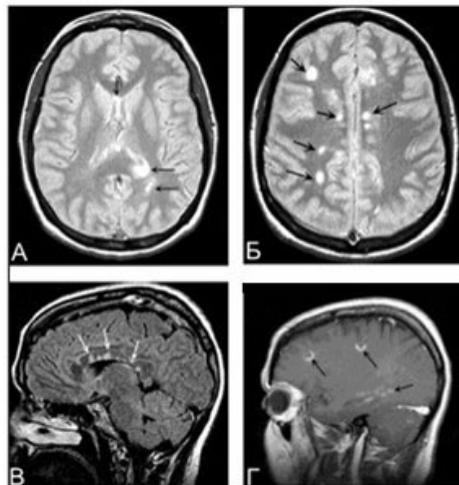
Не все очаги имеют описанную выше форму. В спинном мозге они часто треугольные, расположены на его наружной части, глубоко внедряясь в него своим острием. В области желудочков головного мозга они образуют часто симметричные, необычной формы изменения в виде пятен, внедряющиеся отростками в белое вещество мозга. Создается впечатление, что здесь сливаются несколько маленьких очагов.

На томограммах очаги воспаления выглядят белыми пятнами. Если они свежие, то под воздействием контрастного вещества выглядят раздутыми. Наряду с этим встречаются темные пятна, так называемые «черные дыры» (3.19 Что означают «черные дыры?»).

3.8 Почему вокруг очагов бывает отек?

Вчера перенес шок, когда мой врач показал мне мою новую томограмму. В затылочной области слева можно было увидеть огромный очаг округлой формы, который вместе с окружающей поверхностью выглядел как пушистый теннисный шар. Врач успокоил меня и сказал, что свежие очаги выглядят в десять раз больше, чем они есть в действительности, поскольку вокруг них просто отек (жидкость). Если сделать снимок через месяц, то, вероятнее всего, очаг будет выглядеть крошечным. Это действительно так или врач просто успокоил меня?

Да, это так. Когда возникает очаг, вокруг него действительно образуется воспалительный отек, схожий с тем, что возникает при укусе насекомого. Имен-

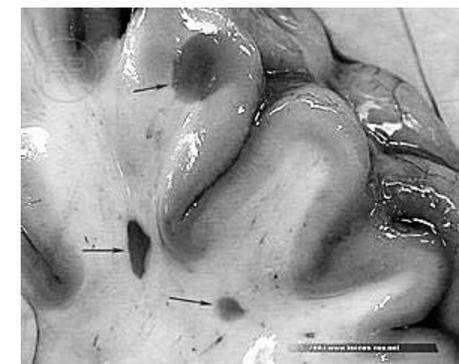


но поэтому очаг выглядит значительно больше, чем в действительности. Здесь и сказывается действие кортикостероидов, которые значительно уменьшают отек в воспаленных очагах, что ведет к быстрому улучшению самочувствия, так как уменьшается давление на нервные волокна (см. 18.3.1 Как действуют кортикостероиды?).

3.9 Что такое «пальцы Доусона»?

Радиолог показал мне на снимке мой очаг с пальцеобразными отростками и сказал, что эти изменения называются «пальцы Доусона». Это очень плохо?

Нет. Иногда бывает так, что очаг имеет длинный отросток, сопровождающий вену. Это особенно четко проявляется на снимках некоторых отделов головного мозга. Поскольку их впервые описал патолог Доусон (Dawson), они носят его имя. Некоторые исследователи полагают, что такие очаги являются доказательством проникновения в мозг через стенку вены воспалительных субстратов, распространяющихся по типу чернильной кляксы. Однако есть и противоположное мнение, что ядовитые продукты обмена веществ, попадающие в активные зоны мозга, дренируются вены и концентрируются в них, поражая ткани (см. 3.15 Что такое «гипотеза о чернильной кляксе?»).



3.10 Все ли очаги РС одинаковы?

Очаги возникают в разных местах ЦНС, они все разные или одинаковые?

В зависимости от степени зрелости и времени возникновения у одного и того же пациента можно выделить несколько типов очагов (бляшек): острые (свежие), старые (хронические, неактивные очаги) и старые хронические очаги с признаками активации, что можно расценить как продолжение роста бляшки. Некоторые авторы выделяют еще так называемые тени бляшек — зоны патологического утончения миеллина, где, как полагают, происходит ремиелинизация.

Свежий очаг имеет свои особенности: он довольно большой вследствие окружающего его отека, имеет нечеткие границы, в нем много клеток, характерных для воспаления: лейкоцитов и макрофагов. Последние (фагоциты) содержат немало остатков разрушенного миелина.

Активно-хронические очаги отличаются наличием «воспалительного вала» (инфильтрата). В центре очага процесс рубцевания практически завершен, а по периферии еще находятся многочисленные лимфоциты и макрофаги, что говорит о продолжении воспалительного процесса. Можно выявить и нечеткий розовый край на границе со здоровыми тканями.

В противоположность им неактивно-хронические очаги имеют четкие границы, где заметен резкий переход от нормальных тканей в очаге к тем участкам, которые утратили границы и олигодендроциты. Голые аксоны проходят через толстую сеть волокон, построенных астроцитами. В этих очагах нет воспалительных клеток.

Невооруженным глазом вряд ли увидишь остаточные очаги, в которых разрушительный процесс уже завершился и оставшиеся или слегка поврежденные олигодендроциты в состоянии создать необходимые границы (см. 3.18 Что такое очаги 1-го и 2-го типа?).

3.11 Активны ли образующиеся рубцы?

Если очаг излечен, он больше не беспокоит?

Есть очаги, в которых воспалительный процесс прекращается, т.к. они или практически излечены (тени очагов), или полностью зарубцевались (хронические, неактивные очаги). В других воспалительный процесс может длиться или остается латентным (скрытым), что не исключает возможность нового ухудшения (хронические очаги с признаками активации). Они, вероятно, и ответственны за обострение болезни, вспышку старых симптомов (4.4 Что такое активация очага?) и играют важную роль при переходе во вторично-прогрессирующую стадию (5.7 Как объяснить термин «хронический» при РС?). Спорным остается вопрос о том, что терапия глюкокортикоидами способствует формированию хронических активных очагов.

3.12 Что такое «теневые очаги»?

Я слышала, что существуют так называемые «теневые очаги», где происходит восстановление поврежденных участков. Все ли симптомы, которые полностью исчезают, ведут к появлению таких очагов?

Теневые очаги отличаются тем, то в них еще сохраняются границы, хотя и не очень заметные. Выделять их стали после тщательных исследований препаратов с помощью специальной окраски. Вероятно, они соответствуют белым пятнам на снимках МРТ в ремиелизирующих очагах, в то время как так называемые «черные дыры» показывают высокую степень повреждения (3.19 Что означают «черные дыры»?).

Этот вопрос достаточно сложный, и вряд ли следует углубляться в его расшивку.

3.13 Бывают ли «немые» очаги?

Причиной развития у меня синдрома Лермитта врач считает наличие очага в шейном отделе позвоночника. Вместе с тем выявлено еще три очага в мозге, но врач говорит, что они «немые». Что он имеет в виду?

Многие исследователи различают «немые» и «говорящие» очаги. В этом есть определенный смысл. Дело в том, что уровень нарушений зависит от того, насколько важны участки поражения нервной системы. Очаги могут располагаться в стратегически важных или мало активных отделах ЦНС. Например, очаг может находиться на краю бокового желудочка и не вызывать заметных клинических проявлений, бляшка такого же размера в области спинного мозга может привести к параличу обеих ног, а в области верхнего сегмента шейного отдела — всех конечностей. То же самое касается достаточно большого очага в мозжечке, который может и не вызывать существенных симптомов, в то время как его нахождение во внутренней капсуле, где нервные стволы находятся в поразительной близости друг от друга, могут привести к параличу половины туловища, подобно тому, что случается при инсульте (4.15 Какая взаимосвязь между обострениями и очагами?). Подсчитано, что на 5–10 «немых» очагов приходится всего один «говорящий». Остается открытым вопрос о том, действительно ли эти «немые» очаги бездействуют или они вызывают незначительные нарушения, например такие симптомы, как утомляемость, изменение походки, снижение концентрации внимания.

3.14 Имеют ли очаги РС предпочтительную локализацию?

При РС довольно часто поражается зрительный нерв. Означает ли это, что очаги (бляшки) не случайно «находят» себе место?

В некоторых книгах действительно можно прочитать, что бляшки распределяются случайно. Однако это далеко не так. Есть у них вполне любимые места, например, как отмечено в вопросе, зрительный нерв, задние канатики спинного мозга, ствол мозга, мозжечок или мозолистое тело головного мозга. Нередко очаги располагаются в области гипоталамуса, подкорковых образований. Почему именно эти отделы ЦНС наиболее часто поражаются? Пока нет доказательств тому, что эти отделы больше предрасположены к инфекции или имеют склонность к нарушениям кровоснабжения. Тем не менее, есть места со специфической особенностью: они стоят как бы «под током», ибо через них проходит наибольшее количество информации.

Всегда, когда мы просыпаемся, в зрительный нерв устремляются электрические импульсы, постоянно идет информация от кожи, суставных и мышечных рецепторов через задние столбы спинного мозга в головной мозг, при этом одновременно в области моста и продолговатого мозга перекрещивается информация из одной половины головного мозга в другую (см. 3.15 Что такое «гипотеза о чернильной кляксе?»). Также отмечено, что число очагов увеличивается от нижних отделов задних канатиков спинного мозга к верхним. Так, крестцовый отдел спинного мозга поражается в среднем в 18% случаев, поясничный — в 40%, а шейный почти всегда.

3.15 Что такое «гипотеза о чернильной кляксе»?

Есть ли тому объяснение, почему в центре каждого очага (бляшки) располагается вена?

Существуют две интересные, но полностью противоположные гипотезы, которые можно обозначить как «гипотезу о чернильной кляксе» и «гипотезу о токсической концентрации», или «гипотезу о перегрузке». Обе исходят из того, что дренаж головного мозга осуществляется венами и желудочками. Согласно первой теории, различные вещества могут распространяться через вену в области бляшки в окружающие ткани подобно чернильной кляксе. Это могут быть токсические вещества или агрессивные лимфоциты, которые вследствие замедления тока крови могут легко задерживаться на стенках вены, а затем и проходить через нее.

Вторая теория представляет этот процесс совершенно иначе. Токсические вещества, образующиеся в результате обмена, попадают в вены, например, желудочков мозга, концентрируются там в большом количестве перед тем, как попасть в более крупный отводящий сосуд. Согласно этой гипотезе, ткани, находящиеся под «перегрузкой», содержат более высокий уровень токсических веществ и больше подвержены изменениям. Это может привести к повреждению миелина, который затем воспринимается лимфоцитами как чужеродный. Поскольку вены являются завершающим этапом оттока конечных продуктов обмена веществ, стенки их подвержены опасности повреждения.

3.16 Что такое олигодендроциты?

В описании процесса образования бляшек фигурируют олигодендроциты. Что они собой представляют?

Почему нас интересуют эти клетки? Они участвуют в строительстве миелина. Это клетки круглой (шарообразной) формы, от которых отходят трубчатые отростки, сплюснутые на концах и спиралевидно окружающие нервные волокна. В определенной степени можно сравнить это с пауком. Они участвуют в стро-

ительстве миелина. В очагах РС происходят два процесса, связанные с этими клетками: демиелинизация с участием антител и повреждение олигодендроцитов в участках разрушения миелина.

При длительно текущем рассеянном склерозе и выраженном разрушении миелина может происходить вторичная дегенерация осевых цилиндров нервных волокон, а в последующем нервных клеток — олигодендроцитов. Это приводит к атрофии головного и спинного мозга, расширению желудочков мозга.

3.17 Что такое астроциты?

Обсуждая теоретические вопросы о РС, всегда говорят об олигодендроцитах, но ведь есть еще и астроциты. Какова их роль?

Эти клетки имеют две важные функции:

- они формируют рубец и ответственны за уплотнение, «склерозирование» старых бляшек;
- они перенимают в головном мозге задачу макрофагов очищать разрушенный клеточный материал, собирая его на своей поверхности. При встрече с лимфоцитами возможна иммунологическая реакция.

Говоря о механизме работы астроцитов, вспомним, что у них также есть ветвящиеся отростки, которые служат опорой для других структур центральной нервной системы. Астроциты выполняют защитную функцию в острой стадии заболевания за счет усиления миграции клеток предшественников — олигодендроцитов, ограничения воспаления в ЦНС.

Они принимают активное участие в контроле поступления растворимых веществ в ткань мозга из кровеносных сосудов и от других клеток центральной нервной системы. Здесь уместно напомнить, что совокупность структур, обеспечивающих этот контроль, называется гематоэнцефалическим барьером (ГЭБ). Он способствует проникновению в мозг питательных веществ и удалению ненужных организму продуктов обмена. Однако при неблагоприятных обстоятельствах (увеличении проницаемости ГЭБ) в центральную нервную систему могут попасть вредные для нее вещества (если они как-то проникнут через гематоэнцефалический барьер). В таких случаях «уборкой обломков» занимаются клетки микроглии, а астроциты способствуют заживлению посредством формирования рубца.

3.18 Что такое очаги 1-го и 2-го типа?

Я слышала, что есть два вида очагов. Для одного характерны «белые пятна», для другого — «черные дыры». Какое это имеет значение?

Как известно, особое внимание исследователей к РС было привлечено в конце прошлого века, когда появились возможности проводить более тонкие исследования. Тогда была высказана мысль, что существует пять различных видов очагов, однако особое значение имеют два из них.

Тип первый характеризуется отсутствием повреждения олигодендроцитов при демиелинизации. При этом отмечается полная потеря миелина при сохранении олигодендроцитов. Если сравнить нормальные олигодендроциты с обычным пауком, то картину 1-го типа можно сравнить с пауком, потерявшим свои ножки. Это является показателем высокой степени ремиелинизации (образования нового миелинового покрытия нервных стволов). Вероятно, тип 1 идентичен «теневым очагам» в головном мозге (см. 3.12 Что такое «теневые очаги?»).

Тип второй характеризуется повреждением олигодендроцитов при демиелинизации, когда идет практически массовое повреждение этих клеток. «Паук»

потерял не только свои ноги, но и полностью разрушен, следовательно, нельзя найти следы ремиелинизации.

Ряд исследователей находят между этими типами очагов фундаментальные отличия. В первом случае, возможно, идет речь об агрессии антител на границе участков изменений. Во втором — механизм другой, связанный с прямым повреждением олигодендроцитов при воздействии вирусов, отравлении или нарушении обменных процессов (3.2 Как устроена центральная нервная система (ЦНС)?).

Однако трудно себе представить, чтобы у пациента были очаги лишь одного типа. На практике «белые пятна» и «черные дыры» встречаются обычно в комбинации, что хорошо видно на снимках МРТ. Вероятно, следует думать, что «черные дыры» соответствуют очагу 2-го типа (3.19 Что означают «черные дыры?»). Клинически подозрение на очаг 2-го типа возникает тогда, когда нарушения не восстанавливаются после обострения полностью.

3.19 Что означают «черные дыры»?

В конце 80-х годов прошлого века при исследовании результатов МРТ у пациентов с РС в ряде случаев (где-то в 30–35%) обнаружили некоторые особенности очагов. Они не были полностью гомогенные, то есть на светлом фоне выявлялся черный центр. В конечном итоге установили, что такие очаги являются свидетельством неблагоприятного течения болезни.

Объяснить их появление можно тем, что такие значительные повреждения возникают столь остро, что астроциты не успевают закрыть дефект, который заполняется ликвором (мозговой жидкостью). Некоторые авторы называют их лакунами и, соответственно, говорят о лакунарном РС. Появление такого очага ухудшает прогноз заболевания.

Теперь известно, что атрофия головного и спинного мозга начинается в ранней стадии РС и характерна для всех периодов течения болезни. Именно прогрессирующие повреждения аксонов (в том числе вследствие демиелинизации) является основной причиной усугубления неврологических нарушений при РС и увеличения количества гипоинтенсивных очагов («черных дыр»). Доказано, что эта атрофия может служить прогностическим фактором последующего долгосрочного неврологического ухудшения. Как только ее уровень достигает критического порога, у пациентов начинается клиническое ухудшение и прогрессирование болезни. Клинически это выглядит так, что примерно у 85% пациентов с РС в начале заболевания диагностируется ремиттирующий тип течения. Уже через 10 лет болезни половина пациентов с ремиттирующим течением переходит в стадию вторичного прогрессирования, а через 25 лет у 90% пациентов с первоначальным РС наблюдается неуклонное прогрессирование заболевания (см. 5.1 Какие бывают формы заболевания?).

4. Обострения

4.1 Что такое обострение?

Как понять, что у меня обострение? Это совсем новые симптомы, которых раньше не было, или речь идет о старых симптомах, которые вновь усилились?

Прежде всего, напомним, что можно встретить в литературе различные названия обострения — атака, рецидив, эксацербация, возврат болезни. Как говорил один очень старый невролог, «обострение РС — это очень специфическое неврологическое событие».

Обсуждать этот вопрос можно долго. Так, согласно общепринятой классификации Ч. Позера, об обострении можно говорить, когда:

- появляются новый симптом или группы симптомов, а также отчетливо усиливаются уже имевшиеся ранее симптомы после того, как неврологическое состояние пациента было стабильным или улучшалось на протяжении не менее месяца;

- обострение сопровождается появлением объективных неврологических симптомов длительностью не менее 24 часов, при этом длительность обострения колеблется от 24 часов до 2 месяцев;

- интервал между обострениями длится больше 1 месяца, при этом развитие в это время ремиссии не обязательно.

Как видно, учитывается и выраженное усиление предшествующих симптомов. Нельзя причислять сюда рецидивирующее, волнообразно протекающее течение с повторением прежних симптомов («колебания»). Следует отличать от истинных обострений «ложные обострения», под которыми подразумевают некоторое ухудшение симптомов, связанное с воздействием внешних факторов (жара, стресс, инфекция). Если это связано с воздействием тепла, то говорят о синдроме «горячей ванны» (см. 2.10  Почему повышается чувствительность во время купания?).

Становится ясно, что совсем не просто разобраться, есть ли действительно обострение. Согласно простому практическому правилу, можно сказать, что в $\frac{3}{4}$ случаев мнения врача и пациента о наличии свежего обострения сходятся. Отметим, что среди них повторение старых симптомов встречается в два раза чаще, чем появление новых. Только $\frac{3}{4}$ всех приступообразных ухудшений можно считать бесспорными обострениями или активизацией очагов, а в $\frac{1}{4}$ случаев не ясно, можно ли говорить о классическом обострении.

Другими словами, в $\frac{1}{4}$ случаев всех приступообразных атак можно говорить об «истинном» обострении с образованием свежих очагов, в $\frac{1}{2}$ — о развитии воспалительного процесса в старых очагах (их активизации) и в $\frac{1}{4}$ случаев вопрос остается открытым, ибо непросто уточнить, имеется здесь активизация очага, «ложное обострение» или волнообразное ухудшение.

Давайте разберем на конкретных примерах.

1. Андрей М. перенес невррит зрительного нерва справа три года, слева — два года тому назад. Теперь он чувствует «электрические» нарушения чувствительности в области шеи при наклонах головы. Здесь можно четко говорить о трех разных обострениях.

2. Мария И. во время переохлаждения с повышением температуры тела почувствовала ухудшение имеющихся нарушений при ходьбе. В данном случае явно имеет место «ложное обострение» по типу синдрома «горячей ванны» — симуляция обострения в результате воздействия повышенной температуры (см. 4.6 Что такое «ложное обострение?»).

3. У Марата С. год назад появилось обхватывающее чувство сдавления в пу-почной области, а затем появились и нарушения при ходьбе. Эти симптомы прошли через три недели. Спустя полгода Марат предпринял довольно трудную велосипедную поездку. По возвращении он внезапно почувствовал невероятную тяжесть в ногах («как свинцом налиты»), а стопы онемели. С каждым днем чувство онемения поднималось все выше, вплоть до паховых областей. Согласно выше представленным данным, вероятнее всего здесь второе обострение. Однако, учитывая схожесть имеющихся симптомов, можно думать, что здесь не сформировался новый, а активировался старый очаг (см. 4.4 Что такое активация очага?).

4. Рита М. говорит, что у нее «ползают мурашки» по правой половине тела то сильнее, то слабее, а порой и неделями она ничего не ощущает. Вряд ли можно

такую симптоматику спутать с обострением. Можно предположить, что здесь просто преходящая симптоматика (см. 4.5 Что такое «зыбкость» симптомов?).

5. Два год назад у Марины О. главным симптомом было чувство неловкости в правой половине тела, которое в большей степени прошло. Теперь наступило заметное ухудшение, в результате которого пришлось использовать костыли. Здесь речь идет об обострении, но, как и в случае 3, возможна активизация очага.

Становится понятно, что при диагностике обострения необходимо учитывать особенности личности больного для разграничения функционального и органического характера жалоб. При динамическом наблюдении следует опираться на данные неврологического статуса и дополнительных методов диагностики.

В любом случае окончательное решение должно приниматься врачом совместно с пациентом.

4.2 Что такое ремиссия?

Уместен и вопрос о ремиссии.

Ремиссия — отчетливое уменьшение или исчезновение симптома или симптомов по данным неврологического обследования длительностью не менее 1 месяца.

Обычно обострения проявляются симптомами в течение нескольких недель, реже — нескольких месяцев. Затем наступает улучшение состояния (ремиссия), которое в зависимости от тяжести обострения длится до нескольких месяцев. Однако продолжающиеся обострения ведут к тому, что симптомы болезни все реже исчезают полностью, нарастают функциональные нарушения, появляются признаки, свидетельствующие о стойких дефектах в различных отделах нервной системы, приводящих порой к инвалидности. Заметим, что чем продолжительнее период обострения и чем короче период ремиссии, тем заметнее ухудшение состояния здоровья пациента.

4.3 Можно ли по типу приступа сделать вывод об изменениях в очаге?

Меня интересует, можно ли во время атаки представить изменения в очаге?

«Опытный» пациент пробует по симптомам обострения представить изменения в головном или спинном мозге. Он исходит из того, что имеется три вида обострений:

- обострения, проявляющие себя совершенно новыми симптомами;
- обострения, при которых вновь повторяются старые симптомы;
- обострения, при которых уже имеющийся симптом значительно прогрессирует.

Можно с уверенностью сказать, что только в первом случае речь идет об одном или более новых очагах, в двух других случаях можно думать о возобновлении воспаления в старом, не до конца вылеченном (активизированном) очаге. Что касается «ложных обострений» или колебаний симптомов, то скорее можно говорить о повышенной чувствительности нервных волокон или проявлений раздражения рубцующегося очага.

4.4 Что такое активация очага?

Практически несколько лет каждые 3–4 месяца меня беспокоят нарушения чувствительности в правой руке, причем иногда более выражены со стороны большого пальца, порой — мизинца. Иногда они распространяются на предплечье. Мой невролог считает, что это не истинное обострение, а просто не успокоились старые рубцы, поэтому я не нуждаюсь в лечении гормонами.

Учитывая колебания симптомов и их распространенность, можно думать, что очаг в шейном отделе спинного мозга не полностью вылечен и время от времени активизируется. В таком случае вполне разумен совет врача — избежать назначения гормонов. В отличие от «истинного» обострения речь идет о старых известных жалобах, которые не связаны со свежими очагами воспаления, а являются проявлениями активизации процесса в недолеченном очаге.

4.5 Что такое «зыбкость» симптомов?

Мой врач сказал, что у меня такая форма РС, которая протекает с обострениями, но у меня практически всегда есть какие-либо жалобы. Не то чтобы нельзя было переносить, но дня не было, чтобы чувствовала себя хорошо. Иногда это неопределенный зуд в руках, порой — в ногах, или ощущение стягивающего кольца в области грудной клетки.

Это типичные жалобы при колебаниях симптомов. В таких случаях неврологи говорят о «зыбкости» симптомов или «плавающей» симптоматике, а порой о «мерцании» симптомов даже на протяжении суток. Это связано с тем, что симптомы волнообразно повторяются, при этом их интенсивность и локализация может меняться. Они потому периодически ослабевают, что нервные волокна, проходящие через старый очаг РС, раздражаются рубцовым образованием. Такая «зыбкость» симптомов чаще всего связана с очагами в спинном мозге.

4.6 Что такое «ложное обострение»?

После моего последнего обострения год назад осталось легкое чувство давления в пупочной области. Сейчас я простыла, и на фоне кашля и насморка появилось ощущение усилившегося болезненного давления. Можно думать о новом обострении?

Нет. Это типичное «ложное обострение», связанное с усилением старых симптомов под воздействием внешних факторов (жара, грипп, повышенная температура, инфекции мочевого пузыря и т.д.). Пациенты могут также испытывать ухудшение симптомов, если они утомлены или имеются чисто женские проблемы. Здесь совершенно нечеткие границы перехода к активизации очага, с одной стороны, и волнообразному течению — с другой стороны.

4.7 У меня свежее обострение?

Вот уже несколько дней у меня проблемы с левой ногой. Это как-то непонятно, к тому же раньше у меня такого не было. Это действительно обострение? У меня такое ощущение, что голень ниже колена туго забинтована. И при ходьбе ощущение, что колено одеревенело.

Да, это похоже на свежее обострение. Именно такое порой плохо описываемое ощущение нарушения чувствительности, когда нога или рука как бы перевязана, напряжена или окутана чем-то, настолько характерно для РС, что о другом заболевании можно и не думать (см. 2.9 Почему появляется ощущение корсета на туловище?).

4.8 Что такое скрытое обострение?

Периодически я устаю, хотя приступов обострения не было. Врач сказал мне, что у меня, вероятно, скрытое течение обострений. Как это понять?

Как известно, продолжительность интервалов между обострениями бывает различной. Чаще всего он может длиться от полугода до двух лет, хотя известны случаи, когда он продолжается и до 30 лет. Обычно с течением времени интервалы становятся короче. Возможно, что в начальной стадии заболевания происходили

скрытые обострения, не проявляющие себя известными симптомами. Это связано с тем, что повреждения миелиновых оболочек были столь незначительны, что не влекли за собой ощутимых функциональных расстройств, поскольку сохранившаяся часть поврежденных нервных пучков вполне могла их компенсировать.

В ряде случаев при редких обострениях пациентов беспокоит необъяснимое постоянное чувство усталости, которое продолжается вплоть до нескольких недель. Можно предположить, что это связано с легкими атаками заболевания, протекающими в скрытой форме. Иногда это тянется в течение 15–20 лет, при этом отсутствуют стойкие дефекты и нарушения функций, что не исключает вероятность в последующем учащения обострений. Есть в таком варианте течения заболевания некоторая опасность. Поскольку обострения протекают скрыто, то ни врач, ни пациент не уделяют должного внимания болезни, не видят необходимости в проведении противорецидивного лечения. Напомним, что при этом процессы в очаге идут медленно и незаметно, что делает вероятным развитие «незатухающих» очагов. Так или иначе, у двух третей пациентов наблюдается склонность к скрытым обострениям. Это дает основание назначать контрольное обследование с использованием МРТ через 1–2 года после первого обострения, что позволяет обнаружить скрытое образование очагов и назначить курс необходимого лечения.

4.9 Одно обострение или два?

В середине марта у меня появилась пелена перед глазами, а через неделю — неприятные ощущения в левой руке, как будто надела узкую перчатку. Это два отдельных обострения?

Однозначно ответить трудно. Согласно выше приведенной классификации, это только одно обострение, так как до появления новых симптомов не прошло и месяца. Можно полагать, что при этом обострении образовалось несколько очагов: один в области глазного нерва, второй — в шейном отделе спинного мозга. Это типично для РС: во-первых, очаги появляются часто не единично, а группами; во-вторых, не одновременно, а с разницей в несколько дней.

4.10 Это легкое обострение?

Несколько недель у меня двоится в глазах. Мой врач говорит, что это легкое обострение и не надо ничего делать. Не понимаю, что означает легкое обострение.

Да, вряд ли кто знает, когда маленькое станет большим. Если вам подарить несколько рублей, вы сможете сказать, когда вы станете богатыми? Почти все в мире имеет нечеткие границы. Так, некоторые считают, что можно отнести к легким обострениям такие нарушения, как двоение в глазах, незначительные онемения, легкое головокружение и незначительное нарушение равновесия, невриты глазного нерва с незначительными нарушениями зрения. С другой стороны, любой парез или нарушение двигательных функций (атаксия или тремор) относят к признакам тяжелого обострения. Между ними располагаются известные нам нарушения (нарушения чувствительности с поражением половины туловища или конечности, симптом Лермитта, чувство «корсета», повелительный призыв к мочеиспусканию).

Некоторые ученые классифицируют обострения как умеренные, средние и тяжелые. Например, при умеренной атаке человек может испытывать покалывание в правой руке. При средней атаке он может иметь проблемы при движениях правой рукой, в то время как при серьезной атаке он может потерять управление рукой в целом. Все это столь зыбко, что о том, стоит ли разделять обострения на

легкие и тяжелые, можно еще поспорить. Но вот то, что от этого решения зависит назначение гормональной терапии, уже очень важно. Поскольку известно, что она только уменьшает выраженность и длительность данного обострения, но не оказывает благоприятного влияния на течение заболевания, можно некоторое время и выждать. Особой опасности в этом нет, о чем говорят многие врачи. По крайней мере, утверждение, что гормоны тормозят рост очага, не обоснованно (напомним, что они быстро убирают отек в области очага).

Часто врачи подходят к решению этого вопроса прагматически: если пациент не может читать вследствие нистагма («танцующих глаз») или не может идти, то рекомендуется прием гормональных препаратов. То же можно сказать о случаях, когда так называемые «легкие» симптомы в течение недели усиливаются (18.3.5  Свежее обострение — обязательно кортикостероиды?).

4.11 Ремиттирующая форма или уже прогрессирующая?

Я заболела РС 5 лет тому назад, когда проявились симптомы неврита зрительного нерва. На следующий год появились проблемы с ногой, которые и сейчас немного беспокоят. Так или иначе, несколько лет я жила относительно спокойно. Но вот несколько месяцев назад стало тяжелее ходить, трудно поднять стопу, стала замечать тяжесть в колене и тазобедренном суставе. Если напрячься, продолжают появляться проблемы с ходьбой 1–2 часа, и в принципе мне не очень хорошо. Мой невролог считает, что у меня ремиттирующая форма болезни. Мне кажется, что обострения были в предыдущие годы, или я что-то путаю?

Судя по описанию, здесь РС начался с ремиттирующей формы, но после второго обострения или несколько позже перешел во вторично-прогрессирующую форму.

4.12 Всегда ли ремиттирующая форма заболевания переходит в прогрессирующую?

Всегда ли пациентов с ремиттирующей стадией РС ожидает переход во вторично-прогрессирующую стадию заболевания? Это возможно, что прогрессирование не наступит? Или следует ожидать, что рано или поздно симптомы перестанут исчезать?

У многих пациентов болезнь протекает в ремиттирующей форме, то есть с периодическими обострениями и выраженными улучшениями. Трудно четко сказать, у скольких из них в последующем начнется прогрессирование заболевания. По литературным данным, эти показатели колеблются в диапазоне 10–60%. У таких пациентов после нескольких лет болезни наступает постепенное ухудшение состояния (вторичное хроническое прогрессирование), во время которого обострения могут возникать, а могут и отсутствовать.

Почему это происходит? Во-первых, описанное ранее скрытое течение болезни характеризуется постоянным усилением демиелинизации, которое требует более продолжительного и интенсивного, чем на ранней стадии заболевания, лечения. В определенной степени это связано также со сдвигами в аутоиммунных процессах в очаге. Во-вторых, если раньше еще неповрежденные участки нервных волокон справлялись со своими обязанностями, то со временем они уже не способны выполнять функции разрушенных частей. В этих случаях важная роль принадлежит реабилитации (например, активным занятиям лечебной физкультурой).

4.13 Почему РС протекает с обострениями?

Я знаю, что типичным проявлением РС являются обострения, но никак не пойму, почему это так.

То, что это заболевание протекает волнообразно и с обострениями, уже перестало удивлять специалистов. Как объяснение можно принять представление о скрытом (латентном) течении заболевания, которое «прячется» в организме и, как спящая красавица, ждет особых обстоятельств, чтобы проснуться. Можно представить себе и нестабильное равновесие между агрессивностью возбудителей болезней и защитными силами иммунной системы.

Исходя из этого, можно представить три модели:

- возбудитель мало агрессивен, а защитные силы организма достаточно сильные;
- агрессивность возбудителя выражена, а защитные силы организма слабые;
- имеется определенное равновесие между этими двумя силами, и возбудитель может взять верх только при определенных обстоятельствах.

Применительно к РС можно сказать, что в первом случае заболевание протекает скрыто, во втором его проявления могут развиваться стремительно, в третьем возможны атаки, связанные с рядом причин (физическое перенапряжение, острое перегревание, предшествующее переохлаждение, душевные нагрузки).

4.14 Почему возвращаются симптомы?

Если симптомы обострения полностью проходят, значит, очаг, являющийся причиной острой атаки, уже вылечен и исчез на МРТ?

Нет, появившиеся однажды очаги (бляшки) не исчезают полностью, ибо на их месте остается рубец (см. 7.8 Могут ли очаги РС исчезнуть?). Исчезновение симптомов имеет две причины. Во-первых, как мы уже отмечали, степень развития очагов бывает различной. В «легких» случаях возможен процесс ремиелинизации, что и ведет к тому, что симптомы заболевания проходят. Во-вторых, улучшение наступает, когда проходит отек вокруг формирующегося на начальной стадии свежего очага (см. 3.8  Почему вокруг очагов бывает отек?).

4.15 Какая взаимосвязь между обострениями и очагами?

У меня на томограмме можно видеть шесть бляшек, но у меня было одно-единственное обострение. Как это возможно?

Тому могут быть две причины. Во-первых, очаги формируются иногда не единичными бляшками, а группами. Это означает, что одно обострение может сопровождаться образованием одного или нескольких (порой до дюжины) очагов. С другой стороны, очаг может образоваться незаметно (находиться на участке головного мозга, не проявляя себя четкими симптомами).

Если после перенесенного обострения на снимках МТР выявляют несколько очагов, то трудно сказать, возникли ли они одновременно или уже было несколько «обострений», прошедших незаметно. Мы исключаем те случаи, когда с помощью специальных исследований устанавливают возраст очагов.

4.16 Является ли реактивация очага плохим признаком?

Если очаг не затихает полностью, то означает ли это, что процесс разрушения продолжается, как на почти потухшем костре?

Нельзя игнорировать и такой вариант. Реактивация ведет к клиническим проявлениям, потому что воспалительный процесс в таком очаге (бляшке) не полностью затих. Здесь идет речь о хронически активных очагах, о которых мы уже

говорили, когда идет постоянное повреждение нервных волокон на периферии бляшек.

Тем не менее, трудно сказать, является ли реактивизация очага предшествующей стадией вторичного прогрессирования заболевания.

4.17 Какие стадии проходит обострение?

Любой процесс проходит через определенные стадии. Обострения тоже?

Естественно, можно условно выделить три стадии атаки заболевания:

- острое воспаление, когда появляются или ухудшаются симптомы;
- стабилизация, когда признаки болезни остаются неизменными (отсутствие обострений, ремиссий или хронического прогрессирования на протяжении по крайней мере одного месяца).
- восстановление, когда состояние человека улучшается.

Установить их границы невозможно. Весь процесс может продолжаться от нескольких недель до года. Если человеку кажется, что он выздоравливает, но затем в пределах месяца он имеет еще одну атаку, то это рассматривается как одно и то же обострение. По-разному протекает восстановительный период. В зависимости от степени повреждения миелина новые симптомы могут либо оставаться, либо исчезать. Чем больше срок заболевания РС, тем меньше вероятность восстановления.

4.18 🗨️ Каковы причины обострения болезни?

Никак не могу получить четкий ответ, чего следует опасаться в жизни, чтобы не вызвать обострение?

Да, РС протекает так непредсказуемо, обострения возникают с совершенно непонятной периодичностью, что заставляет глубоко задуматься о том, что может к этому привести.

Известно, что при РС возникают определенные нарушения иммунной системы, во многом определяющие клиническую картину. Они влияют как на течение заболевания, так и на развитие обострений. Напомним, иммунная система человека по неизвестным до сих пор причинам внезапно становится агрессивной по отношению к миелину, который является изолирующей оболочкой нерва. Это создает воспаление в месте атаки, что ведет к прерыванию сигналов, которые посылаются от мозга к определенной части тела. Не секрет, что чаще всего трудно выявить конкретную причину, приводящую к обострению.

Тем не менее, можно назвать ряд причин, которые могут служить пусковым механизмом для обострений. Это инфекционные болезни, например грипп; прививки; операции, в том числе удаление зубов; сильные, сопровождающиеся кровотечением травмы, особенно электротравмы; роды; длительный стресс, а также лекарственные препараты, стимулирующие иммунный ответ.

Вызвать обострение может все, что заставляет активизироваться иммунную систему, а следом и лимфоциты, которые устремляются в систему кровообращения, уже отсюда в нервную систему. Естественно предполагать соответствующую реакцию аутоиммунных лимфоцитов при инфекционных болезнях и прививках. Мобилизацию защитных сил организма вызывают травмы и ранения, сопровождающиеся кровотечением. Известно, что после родов в организме женщины происходит гормональная перестройка, стимулирующая развитие защитных процессов. Поскольку стрессовые ситуации обычно ведут к активизации работы иммунной системы, можно ожидать ухудшения состояния пациента. Мы еще остановимся на психическом состоянии пациентов с РС. Сложно доказать

роль факторов психического характера на возникновение и течение рассеянного склероза, но отрицать их нельзя, несмотря на различное восприятие людьми стрессовых нагрузок. Понятно также, что назначение лекарственных препаратов, стимулирующих иммунный ответ, может вызвать обострение.

Эти факторы не обязательно должны вызвать обострения, но наличие их способствует повышению риска развития обострений. Впрочем, как мы уже отметили, часто невозможно понять, что же привело к обострению. В заключение напомним, что при повышенной степени готовности организма к возникновению обострения в крови находятся активные аутоиммунные лимфоциты. Обострение может протекать без существенных проявлений, если их количество не превышает обычных показателей. Но если в этот период появляются дополнительные факторы риска, о которых сказано выше, обострение действительно может возникнуть.

4.19 Ведут ли рецидивы РС к инвалидности?

У меня и моего приятеля рецидивы протекали практически с одинаковым интервалом, только вот результаты у нас разные. Эти обострения обязательно ведут к инвалидности?

На этот вопрос можно ответить весьма конкретно. Чтобы не быть голословным, приведем пример исследования (2008 г.) ученых клиники Marshfield (Висконсин, США). Они считают, что в большинстве случаев острые рецидивы не ведут к инвалидности. Такое заключение сделано после анализа течения заболевания у 1078 пациентов с ремиттирующим рассеянным склерозом. За анализируемый период у всех больных было зафиксировано 2587 обострений, то есть в среднем 2,4 обострения у одного пациента. При этом только у 7 пациентов (0,6%) обострение болезни закончилось увеличением показателей инвалидности до 6 баллов по шкале EDSS. Следовательно, можно сделать вывод, что обострения, приводящие к тяжелой инвалидности, встречаются крайне редко.

5. Течение заболевания

5.1 🗨️ Какие бывают формы РС?

В разных источниках указываются различные классификации. Есть ли официальная?

На основании клинического течения выделяют четыре формы рассеянного склероза: ремиттирующее, вторично-прогрессирующее, первично-прогрессирующее и прогрессирующее течение с обострениями.

Ремиттирующая форма характеризуется волнообразным течением с четко очерченными обострениями и последующим полным или частичным восстановлением нарушенной функции без признаков прогрессирования в период ремиссии. Этот тип течения наблюдается у 75–85% больных рассеянным склерозом на ранних стадиях заболевания. Примерно половина из них через 10 лет переходит во вторично-прогрессирующую форму РС, поэтому в среднем эта форма составляет 40–50%.

Напомним, что термин «ремиттирующий» применяется для обозначения заболеваний, протекающих с тенденцией к повторным ремиссиям.

При кажущейся схожести диапазон изменений достаточно велик. В типичных случаях обострения разной степени тяжести встречаются в среднем до двух раз в год. Они сменяются ремиссиями — периодами отсутствия или стабилизации остаточных симптомов, длительность которых может быть от нескольких месяцев до нескольких (иногда до 20) лет. Мы уже заметили, что обострения могут

быть разной степени тяжести. Это может быть только чувство онемения в одной из конечностей, бесследно исчезающее спустя несколько дней, или полный паралич (неподвижность) в обеих ногах с утратой в них чувствительности, недержание мочи или ее задержка, требующая срочной помощи.

Мы уже знаем, что со временем в связи с образованием рубцовых изменений в области бляшек и, соответственно, гибелью нервных волокон возможно появление неустраиваемых нарушений функций нервной системы.

Вторично-прогрессирующая форма (вторично-прогредиентная) характеризуется переходом ремиттирующего течения с четкими обострениями и ремиссиями в анамнезе к постепенному прогрессированию неврологической симптоматики с редкими обострениями или без них и периодами стабилизации (всякий раз с отчетливой остаточной симптоматикой). Статистически установлено, что на эту форму приходится 30–40% пациентов.

Этот тип течения РС формируется лишь у части пациентов с ремиттирующим течением заболевания, причем сроки этого перехода колеблются от нескольких лет до десятилетий. Замечено, что чем более агрессивно протекает болезнь, тем быстрее происходит этот переход. Особенностью этого течения является постепенное усиление выраженности проявлений. Скорость прогрессирования различная, возможны и обострения, но они нередко не замечаются на фоне имеющихся постоянных симптомов. Существует мнение, что со временем заболевание может стихать, но установить сроки этого процесса нельзя. Как и на любом этапе заболевания, важно четко выяснить характер его течения, чтобы вовремя назначить адекватное лечение.

Первично-прогрессирующая форма (первично-прогредиентная) отличается неуклонным прогрессированием с самого начала заболевания с редкими периодами стабилизации и временными незначительными периодами улучшения. По данным различных авторов, она встречается у 10–15% больных, среди которых преобладают мужчины и больные старшего возраста. В 40% случаев болезнь, начавшаяся в возрасте старше 40 лет, принимает изначально неуклонно прогрессирующее течение. Заметим, что здесь возможны периоды стабилизации, однако не бывает обострений.

Сложность диагностики этой формы РС заключается в том, что ее трудно отличить от некоторых других заболеваний нервной системы. Эта форма чаще встречается у мужчин, проявляется в более позднем возрасте и редко поддается лечению теми препаратами, которые эффективны при ремиттирующем течении. Отмечая специфичность проявлений этой формы заболевания, некоторые специалисты не считают ее более «злокачественной», так как скорость прогрессирования может быть разной.

Прогрессирующее течение с обострениями. Это относительно недавно выделенная форма характеризуется прогрессированием с самого начала болезни, на фоне которого в дальнейшем возникают обострения. Между обострениями продолжается прогрессирование заболевания. Такой тип течения встречается в 5–6% случаев.

Остановившись на официальной российской классификации, напомним, что как в западной, так и в отечественной литературе можно встретить и другие названия форм заболевания, в которых авторы пытаются отразить многообразие течения РС. Так, ремиттирующая форма нередко обозначается как рецидивирующе-ремиттирующая, что, впрочем, и не удивительно, поскольку отражает течение клинического процесса.

Вы можете встретить и описание **бессимптомной формы** РС, о которой будет рассказано несколько позже. Многие авторы считают, что имеет право на суще-

ствование и **доброкачественная форма** РС с минимальными неврологическими симптомами при длительности заболевания более 10 лет.

Течение заболевания хроническое. Варианты течения рассеянного склероза разнообразны: на начальных этапах болезни чаще отмечается ремиттирующее течение, которое со временем может перейти во вторично-прогрессирующее. Реже наблюдается первично-прогрессирующий тип течения заболевания или стабильный рассеянный склероз.

Течение РС также очень индивидуально — нет двух больных с одинаковыми клиническими проявлениями патологического процесса. В 75–85% случаев РС на начальных стадиях имеется волнообразное (ремиттирующее) течение, когда периоды ухудшения сменяются улучшением состояния, то есть полными или частичными ремиссиями. Длительность ремиссий может варьировать от нескольких месяцев до десятка лет. В последующем у большинства больных течение становится неуклонно прогрессирующим (вторично-прогредиентным). У 10–15% больных имеется изначально первично-прогредиентное течение РС. Скорость нарастания неврологического дефицита очень вариабельна. Выделяют типичное течение РС, когда через 15–20 лет больные имеют значительную степень инвалидизации. У 5–10% больных РС отмечается доброкачественное (мягкое) течение, при котором болезнь, длящаяся 10 и более лет, не дает стойкой выраженной инвалидизации. С другой стороны, у 0,1–0,5% больных течение носит злокачественный характер с быстрым развитием выраженных нарушений иногда до смертельного исхода.

5.2 Как можно объяснить наличие разных форм?

Почему РС протекает так по-разному, ведь, в сущности, это одно и то же заболевание?

Действительно, не вызывает сомнения, что РС — хроническое заболевание. На начальных стадиях чаще всего встречается ремиттирующее течение, которое часто (около 40% случаев) после нескольких лет заболевания переходит во вторично-прогрессирующую форму. Реже бывает первично-прогрессирующее течение, или, как еще его называют, стабильный рассеянный склероз.

Теоретически можно предположить, что многообразие форм течения болезни зависит от четырех причин:

- активности заболевания (количество образующихся за год очагов);
- агрессивности заболевания (размеры повреждений в очагах);
- степени развития воспалительного процесса в очагах (тлеет воспаление в бляшках или потухает);
- локализации бляшек.

Давайте остановимся на каждой из них. Степень активности заболевания оценивается количеством и размерами образующихся за год очагов. Возникновение большого количества крупных бляшек приводит к выраженным нарушениям в течение нескольких недель и месяцев. Если очаги небольшие и их немного, то заболевание протекает в ремиттирующей форме или наступает длительная ремиссия, когда годами болезнь не тревожит.

Важную роль играет и вид бляшек. Если олигодендроциты лишь повреждены, а не уничтожены полностью (очаг 1-го типа), то имеющиеся повреждения миелина благодаря процессу ремиелинизации постепенно исчезают. Если речь идет об очагах 2-го типа, то рассчитывать на благополучное восстановление миелина, а с ним и восстановление функций нервных волокон не приходится (см. 3.18 Что такое очаги 1-го и 2-го типа?). Понятно также, что свое разрушительное

действие продолжает совершать очаг, в котором воспалительный процесс не затихает, а продолжает быть активным.

Немаловажным фактором является локализация бляшек, которые могут возникать как на стратегически важных участках ЦНС, так и в районах, где не проходят главные нервные пути. Так, очаг в некоторых отделах головного мозга порой не приводит к видимым симптомам, а подобная по размерам бляшка в спинном мозге чревата серьезными осложнениями, например парезами или параличами обеих ног (см. 3.13 Бывают ли «немые» очаги?).

Конкретное обсуждение форм требует отдельного разговора. И все-таки пока не известно, почему они у разных больных протекают по-разному.

5.3 Как представить себе переход во вторично-прогрессирующую форму?

Почему все же болезнь, имеющая течение с обострениями, переходит когда-то в прогрессирующую форму?

При РС следует различать два процесса. Первый — образование новых очагов, повторяющиеся, временами ступенчатые атаки на белое вещество мозга, при этом процесс возникновения бляшек с течением времени уменьшается и в конечном итоге очагах тлеет, не проявляя себя, но ведет между тем к постоянной гибели нервных волокон (см. 3.5 Какие изменения происходят в нервной системе при РС?).

Итак, мы имеем два наслаивающихся друг на друга процесса: утихающая деятельность в очагах и возрастающие потери, связанные с повреждением аксонов. Иногда случается так, что разрушительное действие превалирует, тогда процесс переходит порог к хронической прогрессирующей стадии.

Сомнительно, что в каждом очаге идет процесс медленного повреждения аксонов. Вероятно, это больше касается очагов 1-го типа и выраженных очагов 2-го типа, которые мы связывали с «черными дырами» (см. 3.18 Что такое очаги 1-го и 2-го типа?).

По разным данным, примерно у 40% пациентов после нескольких лет заболевания тип течения изменится с ремиттирующего на прогрессирующий.

5.4 Что такое первично-прогрессирующий РС?

С самого начала мой РС имел «крадущийся» характер, у меня не было заметной атаки болезни. Иногда у меня возникает ощущение, что я не принадлежу к «нормальным» пациентам с РС. В чем суть первичного хронического течения заболевания?

Первично-прогрессирующая форма заболевания считается особенно неблагоприятной, так как может в течение нескольких месяцев или лет привести к инвалидной коляске. Логично предположить, что в этих случаях можно обнаружить большое количество активных очагов в головном и спинном мозге, однако это не так. У этих пациентов имеется поразительно мало очагов, а порой сразу и не находят их следов. Это говорит о том, что здесь идет какой-то другой патологический процесс, не зависящий от формирующей бляшки воспаления.

Если говорить о РС, когда нет обострения и очага, то задумаешься о диагностической ошибке. Прежде чем появились современные диагностические возможности (МРТ и исследование олигоклональных иммуноглобулинов), вопрос об уточнении этой формы заболевания всегда был сложным, поэтому скорее это было подозрение на вероятный диагноз РС. Ведь приходится дифференцировать заболевание от грыжи межпозвоночного диска в шейном отделе позвоночника,

опухоли спинного мозга, фуникулярного миелоза, сифилиса нервной системы (см. 6.10 Какие возможны ошибочные диагнозы?).

5.5 Является ли первично-прогрессирующий РС самостоятельным заболеванием?

Если эта форма болезни не имеет четких приступов и достоверно находят мало или не находят никаких очагов, относится ли она действительно к РС?

В прошлом это была довольно часто обсуждаемая проблема: идет ли речь о первично-прогрессирующей форме РС или это своеобразное заболевание, имеющее некоторые сходные свойства с РС (например, признаки хронического воспаления в спинномозговой жидкости).

Вопрос состоит в том, имеет ли эта форма болезни самостоятельную клиническую картину. Примерно так обстоит дело с гепатитом (воспалением печени). Речь идет об остром и хроническом гепатите. Хронический гепатит может быть или результатом перенесенного острого гепатита, или возникнуть как самостоятельное аутоиммунное заболевание. Обе эти формы хронического гепатита дают практически схожие результаты при микроскопическом исследовании, хотя они имеют различные причины возникновения и прогноз заболевания. Примерно схожи сравнения первичной и вторичной прогрессирующей форм РС.

В определенной степени предположение о том, что первично-прогрессирующая форма РС имеет самостоятельную клиническую картину, подтверждается не только отсутствием приступов, но и проблемой доказательства наличия очагов.

Раньше исследователи при обсуждении этой формы заболевания указывали на наличие «спинальной» формы РС. И сегодня трудно исключить такой вариант, ибо в некоторых случаях даже тотальное исследование спинного мозга не позволяет найти изменений, в том числе маленьких очагов.

5.6 Что такое спинальная форма РС?

Мое заболевание началось с чувства тяжести в ногах, когда даже 15 ступенек лестницы до квартиры трудно было одолеть. В дальнейшем пришлось прибегнуть к инвалидной коляске. При обследовании нашли единственный очаг в шейном отделе спинного мозга. Мой врач говорит, что у меня первично-прогрессирующая форма болезни. Получается, что мое несчастье в том, что очаг нашел себе не лучшее место?

Как было ранее отмечено, клиническая картина заболевания зависит от места расположения очагов РС. Спинальная форма характеризуется симптомами поражения спинного мозга на различных уровнях. Ведущими в клинической картине являются нижний спастический парапарез, проводниковые нарушения чувствительности, различной степени выраженности тазовые расстройства. Говорить о каких-то специальных факторах развития не приходится, хотя и есть работы, в которых приводятся аргументы в пользу определенных особенностей этой формы заболевания. В любом случае диагноз уточняется с помощью МРТ.

5.7 Как объяснить термин «хронический» при РС?

Почему заболевание хронически прогрессирует? Потому что постоянно образуются очаги и компенсационные способности мозга слабеют? Или потому что в очагах идет медленный разрушительный процесс?

О хроническом прогрессировании говорят, когда имеется увеличение тяжести симптомов заболевания на протяжении не менее 2-х месяцев без стабилизации или улучшения.

Мы знаем немало об атаках болезни и очагах, но вот о сути хронического фактора — значительно меньше. Раньше предполагали, что хронический процесс является естественным суммарным следствием деятельности очагов. По подобию корабля, который имеет множество малых пробоин и в конечном итоге вынужден затонуть. Однако это не соответствует действительности, так как при первично-прогрессирующей форме заболевания находят мало или не находят вообще никаких очагов.

В то же время мы знаем, что имеются два вида очагов. В одном процесс идет к излечению путем рубцевания, а во втором — воспаление не затихает, как тлеющий костер, со временем прогрессирует (см. 3.10 Все ли очаги РС одинаковы?). Как третий вариант можно представить вероятность непрямого пересечения процессов образования очагов и хронического течения РС.

А что происходит на самом деле? Долгие годы существует мнение, что развитие РС напрямую связано с развитием очагов и что при обеих формах прогрессирования происходят примерно схожие процессы. Ряд ученых оспаривает это представление, считая, что первично-прогрессирующая форма основана на затяжном процессе, не связанном с образованием очагов, а переход во вторично-прогрессирующую форму связан с тем, что воспаление в некоторых очагах не прекращается полностью, медленно повреждая нервные волокна на «тлеющем костре».

5.8 У меня уже хроническая стадия?

Последнее обострение у меня было год назад. И все же у меня такое ощущение, что мне все хуже, ибо порой ноги очень тяжелые. Кроме того, мне не дает покоя усталость. Действительно ли у меня уже хроническая стадия?

Нельзя в данном случае говорить о прогрессирующей стадии, у которой есть четкие критерии — прогрессирование неврологического дефицита, устойчивое (без ремиссий) на протяжении не менее 6 месяцев. Оценку возможности прогрессирования производит врач.

5.9 Если уже прогрессирующая стадия, значит, теперь неумолимо наступит ухудшение?

«Прогрессирующая» означает «бурно развивающаяся», следовательно, попал в этот водоворот, уже не выскочить?

Течение этих форм РС происходит по-разному. Бывает, что процесс идет медленно, но с постоянным ухудшением, хотя чаще заболевание достигает определенного постоянного уровня, когда с различными колебаниями идет к ремиссии.

5.10 Есть ли клинические формы заболевания?

Существуют ведь и другие классификации течения болезни?

Говорить о различных клинических формах заболевания можно лишь в прошедшем времени. Раньше специалисты выделяли следующие клинические формы заболевания: цереброспинальную, спинальную, мозжечковую, стволую, оптическую. Другие авторы предпочитали выделять три основные формы заболевания: цереброспинальную, спинальную и церебральную. Как эта, так и другие классификации основаны на преобладании поражения одного или нескольких отделов ЦНС. В любом случае это деление имеет прикладной характер.

Сейчас существуют общепринятые диагностические критерии, основанные на выявлении диссеминированных очагов на МРТ.

5.11 Может ли быть бессимптомное течение РС?

Я слышала, что существует вариант РС, протекающий без симптомов. Это возможно?

Говорить об этом можно чисто гипотетически. На практике нет смысла говорить о такой форме заболевания. В принципе это возможно, ибо феномен бессимптомного течения довольно широко распространен, особенно при инфекционных заболеваниях. Некоторые ученые считают, что возможно и такое течение РС, и оно встречается, по меньшей мере, так же часто, как и все формы болезни, проявляющиеся какими-либо симптомами. Такое представление основано на том, что при посмертных исследованиях в 1–2 из 1000 случаев обнаруживают явное поражение нервной системы, типичное для рассеянного склероза, хотя при жизни оно никак не проявлялось. Для нас важно то, что это демонстрирует большой запас прочности и пластичности нервной системы. Следовательно, существует целесообразность поиска в самом организме факторов защиты против болезни.

5.12 Встречается ли злокачественное течение заболевания?

Встречала где-то упоминание о злокачественном течении РС. Это бывает часто?

В настоящее время злокачественное течение РС не выделяют. Действительно, в начале прошлого века описывались случаи «злокачественного» течения болезни, но в наши дни это редкость. Бывают иногда случаи острого развития процесса, но обычно это связано с осложнениями, например, различными инфекциями.

К злокачественному РС иногда причисляют так называемый «склероз Бало», но принадлежность этого заболевания к вариантам РС окончательно не установлена. В литературе можно встретить и другие редко встречающиеся формы РС, характеризующиеся особенностями сочетания и выраженности симптомов.

5.13 РС — непредсказуемое заболевание?

Получается так, что при РС нельзя заранее знать, как будет дальше развиваться заболевание?

Нет сомнения, что это одно из самых «капризных» заболеваний. И ужасно не только то, что оно безмолвно через ночь приходит, заставляя пациентов жить в постоянном напряжении, но и то, что нет никакой возможности предусмотреть развитие этого процесса. Это устоявшееся представление, к чему мы вернемся несколько позже (11.2.2 О чем гласят 10 прогностических правил для РС?)

О «капризности» РС можно судить по следующим известным, общепринятым пяти аргументам:

- количество очагов не характеризует степень инвалидности;
- количество новых очагов, появившихся в течение года, не является признаком агрессивности болезни;
- локализация очагов не всегда объясняет возникающие нарушения;
- обострения возникают «как гром среди ясного неба»;
- болезнь может прогрессировать, несмотря на принимаемые меры по формированию нормального образа жизни.

А теперь давайте рассуждать, используя конкретные примеры.

1. У Александры М. дюжина очагов в головном мозге, которые никогда не проявляли себя симптомами. У Виктора В. — один-единственный очаг в шейном отделе спинного мозга, который привел его к инвалидной коляске.

Объяснение: нередко очаги в головном мозге лежат в «немых» областях, а вот шейный отдел спинного мозга является важнейшим участком прохождения нервных стволов.

2. Степан П. страдает РС два года, у него нашли 20 очагов в головном мозге, но болезнь, тем не менее, протекает вполне «доброкачественно». Вика С. болеет один год, у нее 5 очагов в головном мозге и агрессивное течение болезни. Можно предположить, что у обоих очаги начали возникать давно.

Объяснение: если хорошо расспросить Степана, то он вспомнит, что уже 10 лет назад у него проявился первый симптом РС в виде неврита глазного нерва, а вот нынешнее образование новых бляшек идет 2 года (см. 6.8 📖 Когда действительно у меня начался РС?).

3. У Михаила Р. и Анны Ш. очаги расположены примерно на одинаковом месте на внутренней капсуле, только у юноши почти нет симптомов, а у девушки односторонний паралич.

Объяснение: в первом случае речь идет об очаге, который полностью ремелизировался (см. 3.12 Что такое «теневые» очаги?), а во втором — о «черной дыре» (см. 3.19 Что означают «черные дыры»?)

4. Вера Ч., 25 лет, страдает РС три года. В результате несчастного случая потеряла единственного сына. Вопреки ожиданиям свежего обострения не было, а вот через год после банальной ссоры со свекровью неожиданно развился приступ болезни.

Объяснение: проведенная через 3 месяца после смерти сына контрольная МРТ выявила 3 свежих очага, которые лежали в «немом» участке головного мозга (см. 12.2 📖 Если ли научные доказательства этой связи?).

5. Тридцатилетний Иван С. после установления диагноза полностью изменил свой образ жизни. Он перестал курить, перешел на здоровое питание, сократил рабочий день. Ему удалось благодаря терапии улучшить непростую семейную ситуацию. Тем не менее, его состояние медленно ухудшалось.

Объяснение: приходится признать, что течение болезни не всегда зависит от наших ухищрений, и тому есть определенные причины в природе. Мы можем воздействовать не на все факторы в жизни. Например, мы можем ехать на автомобиле очень осторожно, но стать жертвой несчастного случая.

Подводя итоги обсуждению течения РС, еще раз отметим, что вряд ли существует какое-либо другое заболевание, которое проявлялось бы в столь же разнообразных формах, как рассеянный склероз. Практически у каждого пациента имеются свои особенности течения, что не позволяет их сравнивать и делать соответствующие прогнозы. Раньше считали это заболевание редким, протекающим всегда в тяжелой форме. Однако разработка новых диагностических возможностей позволила убедиться, что РС встречается гораздо чаще, чем предполагалось раньше, и что он долгое время, а порой и до конца жизни может протекать достаточно легко. Сложность заключается в том, что никто не может в начале заболевания предвидеть ход его развития, а это очень тяжело переносится каждым пациентом. Мы далеки от восторгов по поводу результатов борьбы с РС, но все же отметим, что вероятность того, что болезнь будет протекать легко, достаточно высока. Кроме того, уже ныне существующие возможности лечения позволяют рассчитывать на то, что удастся избежать инвалидности в течение какого-то времени от начала заболевания или хотя бы отодвинуть сроки ее наступления. И всегда остается надежда, что скоро все же найдут действенные медикаменты для борьбы с РС.

Диагностика заболевания

6. Диагноз

6.1 📖 Как ставится диагноз РС?

Я болею РС 3 года. Сейчас у меня нет никаких жалоб. Иногда я сомневаюсь в правильности поставленного диагноза. Как можно быть уверенным в нем?

Давайте начнем с того, что мы с вами уже практически усвоили: тип течения заболевания, длительность ремиссий, обострений, ответ на лечение, избирательность возникновения бляшек РС в мозге чрезвычайно индивидуальны. Не бывает двух пациентов с одинаковым течением заболевания и идентичной симптоматикой. Поэтому диагностика заболевания требует индивидуального подхода к каждому пациенту, тщательной оценки объективных симптомов и жалоб, грамотного прочтения результатов обследования.

Заметим, что диагноз РС по-прежнему основывается на клинических характеристиках проявления патологического процесса в ЦНС. Различные нейробиологические, томографические и иммунологические методы могут только подтвердить клинический диагноз РС. Особую ценность эти методы имеют в атипичных случаях, когда неврологи не могут сделать окончательного заключения о наличии у пациента РС.

Рассмотрим один пример: Ирине С. 23 года. Три года назад, как раз после того, как она сдала экзамены в колледже, расчесываясь утром, она заметила, что ее отражение в зеркале стало расплываться. Она попыталась вытереть зеркало, но это не помогло. В течение недели зрение полностью восстановилось, и она забыла об этом. Год назад неожиданно появилось головокружение и нарушение равновесия. Она ходила постоянно «как пьяная». Когда она опускала вниз голову, чувствовала «электрические импульсы» вдоль позвоночника. Поскольку у нее было время, она лежала дома, не обращаясь к врачу. Постепенно состояние улучшалось, вдруг Ирина почувствовала слабость в правой ноге и одновременно чувство сдавления в правой половине грудной клетки («как корсет»). Она не могла читать, так как буквы «танцевали» перед глазами, родители заметили, что глазные яблоки подергивались в разные стороны. К тому же появилось чувство неловкости в правой руке, и Ирине было трудно поднести чашку ко рту, чтобы не расплескать чай.

Если анализировать историю болезни Ирины, то можно сказать, что у 20-летней девушки заболевание началось с неврита зрительного нерва (2.14 📖 Что такое неврит зрительного нерва?), что проявилось расплывчатостью изображения. Через год наступило второе обострение с явлениями головокружения и нарушением равновесия. К тому же появился симптом Лермитта, который с высокой степенью достоверности говорит о развитии РС — чувство «пробегающего» электрического тока вдоль позвоночника при наклоне головы вперед (2.8 Что это за ощущение «электрического тока» в позвоночнике?). Затем это чувство сдавления груди, свидетельствующее о появлении свежего очага в грудном отделе спинного мозга. К тому же появились «танцующие» глаза (нистагм) и неловкость в правой руке (атаксия). На томограммах (МРТ) выявлено несколько маленьких белых образований, а в спинномозговой жидкости — олигоклональные иммуноглобулины. Кроме того, обследование показало замедление прохождения нервного импульса по правому глазному нерву.

В данном случае диагноз соответствует всем пяти названным выше критериям: «пестрая симптоматика» с рядом характерных симптомов, течение болезни

с обострениями и периодом полного восстановления в течение нескольких недель, выявление типичных очагов на томограмме и изменений в спинномозговой жидкости. В дополнение к этому отмечается замедление прохождения нервного импульса по правому глазному нерву.

Существует практическое правило: наличие более чем трех диагностических критериев достоверно свидетельствует о наличии РС, трех — указывает на возможность заболевания, меньше трех — вопрос остается открытым.

В любом случае при подозрении на РС пациенту предстоит пройти тщательное обследование.

Этапы диагностики рассеянного склероза включают в себя:

1. Подтверждение диагноза (предположение о возможности рассеянного склероза, проведение дополнительных методов исследования и дифференциальная диагностика).

2. Определение типа течения заболевания.

3. Определение стадии заболевания.

4. Определение степени поражения функциональных систем и степени инвалидизации пациента.

Никогда ни больной, ни родственник не должны пытаться самостоятельно ставить диагноз. Это дело опытного врача-невролога, которое осуществляется в соответствии с международно принятыми критериями, в настоящее время — это критерии МакДональда в модификации 2005 года (в пересмотре 2010 г.). Есть более 120 заболеваний, похожих на РС, их надо исключать при проведении дифференциальной диагностики.

Поскольку до сегодняшнего дня в практическом здравоохранении пользуются рядом других критериев диагностики, остановимся на некоторых из них.

6.2 Что такое критерии Шумахера (G. Schumacher)?

После обследования мне сказали, что на основании критериев Шумахера мне нельзя точно поставить диагноз и я нуждаюсь в дополнительном обследовании. Почему?

Нет необходимости никого убеждать, что своевременно поставить диагноз РС насколько важно, настолько и сложно. Не всегда представляется возможность получить убедительные данные о наличии этого заболевания. Именно поэтому появились термины, характеризующие болезнь — «достоверный», «возможный», «вероятный».

Распространенными являются клинические диагностические критерии достоверного рассеянного склероза по Г. Шумахеру, 1965 г.:

1. Наличие объективных свидетельств поражения нервной системы.

2. На основании данных неврологического осмотра или анамнеза должны быть выявлены признаки по крайней мере двух отдельно расположенных очагов.

3. Неврологические симптомы должны свидетельствовать о преимущественном поражении белого вещества головного и спинного мозга.

4. Клинические симптомы должны иметь преходящий характер, соответствуя одному из следующих требований:

а) должно быть два или более эпизодов ухудшения, разделенных периодом не менее 1 месяца и продолжительностью не менее 24 ч.;

б) должно быть медленное, постепенное прогрессирование процесса на протяжении по крайней мере 6 месяцев.

5. Заболевание начинается в возрасте от 10 до 50 лет.

6. Имеющиеся неврологические нарушения не могут быть более адекватно объяснены другим патологическим процессом, поэтому такое заключение должен сделать врач, компетентный в клинической неврологии.

Заметим, что при «вероятном» РС, то есть для диагностики клинически сложных, вызывающих сомнения случаев необходимо детальное обследование больного с привлечением дополнительных методов диагностики, с помощью которых возможно выявление незаметных поражений проводников нервной системы.

6.3 Что такое критерии Ч. Позера (Charles M. Poser)?

Я знаю, что у меня РС уже 5 лет. Недавно я лечилась в одной больнице, где молодой доктор сказал, что согласно критериям Позера у меня «вероятный» РС. Что это значит?

Не всегда есть уверенность в достоверности установленного диагноза на основании лишь анамнеза и клинического обследования даже очень опытными врачами. Критерии Шумахера скорее пригодны там, где нет возможности провести необходимые дополнительные исследования. К сожалению, каких-либо специфичных для РС общепринятых лабораторных тестов в настоящее время пока не существует. Сегодня принято считать наиболее информативными методами диагностики магнито-резонансную томографию (МРТ) головного и спинного мозга, выявление олигоклональных иммуноглобулинов в спинномозговой жидкости пациентов, вызванные потенциалы (ВП). В связи с их внедрением в практику появилась необходимость разработать четкие критерии анализа результатов, что и сделал американский ученый Ч. Позер. Согласно этим критериям, учитываются клинические симптомы (обострения), доказательства параклинических поражений (очагов) с помощью МРТ и электрофизиологических исследований, а также результаты исследования спинномозговой жидкости (СМЖ): наличие олигоклональных полос или повышенный синтез IgG в СМЖ.

Категория	Шифр	Критерии
Клинически достоверный	A1	2 обострения + 2 клинических очага
	A2	2 обострения + 1 клинический очаг + 1 параклинический очаг
Достоверный, подтвержденный лабораторно	B1	2 обострения + 1 клинический или параклинический очаг + олигоклональные полосы или повышенный синтез IgG в СМЖ
	B2	1 обострение + 2 клинических очага + олигоклональные полосы или повышенный синтез IgG в СМЖ
	B3	1 обострение + 1 клинический очаг + 1 параклинический очаг + олигоклональные полосы или повышенный синтез IgG в СМЖ
Клинически вероятный	C1	2 обострения + 1 клинический очаг
	C2	1 обострение + 2 клинических очага
	C3	1 обострение + 1 клинический очаг + 1 параклинический очаг
Клинически вероятный, подтвержденный лабораторно	D1	2 обострения + олигоклональные полосы или повышенный синтез IgG в СМЖ

Эти критерии в настоящее время общеприняты и очень важны для научных исследований. На практике они играют несколько меньшую роль, так как неред-

ко диагнозы устанавливаются не согласно определенных схем, а на основании опыта и интуиции врачей.

Так на что нужно опираться при установлении диагноза: на имеющиеся критерии или свой опыт? Это зависит как от опыта врача, так и от технических возможностей лечебного учреждения. Поэтому нередко седой врач говорит пациенту, что он уверен в диагнозе РС, а юный врач, недавно завершивший обучение, делает выводы, согласуясь с критериями Позера.

6.4 Что такое критерии МакДоналда (McDonald)?

Я собираюсь обследоваться в специализированном центре. Пациенты рассказывают, что там пользуются критериями МакДоналда, которые точнее других позволяют установить диагноз. Это верно?

В настоящее время, действительно, широко внедряются в практику критерии McDonald модификации 2005 года (в пересмотре 2010 г.), в основе которых лежит доказательство распространения патологического процесса в пространстве и времени (по данным клиники или МРТ):

Распространение в пространстве:

Клинические признаки: наличие двух и более клинических очагов поражения. По данным МРТ выявляют очаги в спинном или головном мозге.

Распространение во времени:

Клинические признаки — повторное обострение, при этом клинические проявления обострения должны быть не менее 24 часов, интервал между клиническими атаками должен быть не менее 1 месяца.

По данным МРТ на повторных снимках, сделанных не менее чем через 3 месяца после первой атаки, выявляется накопление контраста в новом месте или появляются новые T2-очаги на МРТ, сделанных свыше 30 дней после атаки.

Следует отметить, что диагноз РС ставится методом исключения при отсутствии других (лучших) объяснений симптоматики. В клинической практике рассматривается несколько диагностических вариантов, но это уже дело специалистов.

Достоверный РС ставится при выполнении всех критериев и отсутствии лучшего объяснения клинических симптомов.

В 2010 году было предложено пересмотреть критерии McDonald, которые после проведения дифференциальной диагностики можно использовать в специализированных центрах РС.

6.5 Что представляет собой шкала повреждений функциональных систем по Дж. Куртцке (FS)?

Для чего существует еще одна оценочная шкала?

В настоящее время для клинической оценки проводящих систем в мире используется шкала, составленная J. Kurtzke (шкала FS — Functional Systems). Шкала Куртцке позволяет оценить в баллах тяжесть неврологических нарушений. Она состоит из двух частей — семи шкал оценки тяжести нарушений определенных функций и общей шкалы оценки инвалидности. Это универсальная шкала, используемая в первую очередь при проведении клинических исследований. Сейчас она считается уже недостаточной, так как не учитывает многие другие нарушенные функции, например когнитивные нарушения. Поэтому все чаще используют другую шкалу — MSFS (шкалу функциональных систем).

Американский ученый J. F. Kurtzke (1 группа) и отечественные исследователи Е. И. Гусев, Т. Л. Демина, А. Н. Бойко (2 группа) согласно разделам данной шкалы составили таблицу частоты типичных клинических проявлений РС (включая

анамнез и неврологический осмотр). В первую группу входило 480 пациентов, во вторую — 520.

Симптомы	1 группа, %	2 группа, %
Симптомы поражения пирамидного пути	93	89
Нарушения координации	87	74
Нарушения черепных нервов (кроме II пары)	81	58
Нарушения чувствительности	65	77
Нарушения функций тазовых органов	63	60
Поражения зрительных нервов	40	52
Нейропсихологические нарушения	20	62

Как считают специалисты, имеющиеся различия в частоте ряда патологических проявлений РС, вероятнее всего, связаны с различными подходами к оценке нормы и патологии и/или определенным клиническим своеобразием проявлений РС, возможно из-за этнических особенностей, отличия методов лечения и социально-экономических условий жизни.

6.6 Так есть у меня РС или нет?

У меня был неврит зрительного нерва справа и больше никаких обострений. Радиолог говорит, что на томограммах есть пара типичных для РС очагов. Мне говорят, что этого достаточно для постановки диагноза. Это верно?

Если следовать строго критериям Позера, то можно говорить о «вероятном» РС (одно обострение с достаточно выраженным симптомом и типичный очаг при МРТ). И все же нельзя делать скоропалительные заключения.

«Пара очагов» и оптический неврит еще не есть рассеянный склероз, ибо возможны варианты — сосудистый процесс, коллагеноз, болезнь Лебера и т.д. Только детальный анализ в условиях специализированного центра позволит прийти к окончательному диагнозу.

6.7 Почему больная нога дергается сильнее, чем здоровая?

У меня большая слабость в правой ноге больше недели. Когда мой врач проверял рефлексы, они были более выражены на правой ноге, чем на левой. Почему рефлексы на слабой ноге оказались сильнее?

Это обычный вопрос, который интересует многих пациентов. Для его объяснения обратимся к важнейшему неврологическому закону, который гласит: чтобы приказ от коры головного мозга достиг мышцы, он должен пройти два моторных нейрона (нервные клетки с отростками). Если поражается нейрон, расположенный в ЦНС (центральный нейрон), то возникает спастический паралич с повышенными рефлексами, а при распространении процесса на периферический нейрон выявляют «вялые» параличи со снижением или отсутствием рефлексов. При РС очаг всегда расположен в ЦНС, что и предопределяет спастический паралич.

6.8 Когда действительно у меня начался РС?

Когда мне поставили диагноз РС, у меня нашли несколько малых очагов в спинном мозге и большой в голове. Тогда мои проблемы полностью были связаны с хождением: «обваливалось» правое колено. Беспокоили также ободобразные боли

в области талии справа. При обследовании выявлены признаки неврита зрительного нерва, но я этого не знала. Могу ли я на основании очагов, выявленных у меня, многие из которых были мало активны, сказать, что РС у меня уже давно? Такое ощущение, что первая атака была, когда мне было 13 лет.

Это очень важный вопрос: выяснить, когда же точно началось заболевание. Скажем так: болезнь наверняка начинается не с момента установления диагноза. Ведь нередко пациент начинает анализировать свое прошлое и вспоминает, что когда-то (допустим, 10 лет назад) у него были какие-то преходящие нарушения зрения, что можно теперь смело считать за первую атаку болезни. Впрочем, это не всегда убеждает. По результатам МРТ не скажешь, появились очаги пару лет или несколько месяцев тому назад. Интересен взгляд о начале заболевания как следствии заражения вирусом, приведшим позже к болезни.

Начало РС удается установить далеко не всегда. Это своеобразный повод заметить, что МРТ не является надежным прогностическим признаком. Важным критерием является образование очагов в течение года. Упрощенно говоря, когда ставится диагноз РС и находят два или три маленьких очага в головном мозге, делают предположение, что это, вероятно, будет «легкий» РС. Если же уже при первом обострении находят дюжину очагов, опасаются тяжелого течения заболевания. В то же время в данном случае РС мог существовать 10 лет, но был или не замечен, или очаги находились в «немых» участках мозга. В этом случае рассуждения о времени появления очагов могут быть ошибочны.

6.9 МРТ и анализ спинномозговой жидкости нормальные — я придумываю себе симптомы?

Вот уже два года у меня нарастающие нарушения равновесия, а недавно появилась необходимость во вспомогательных средствах при ходьбе. Обследование не выявило характерных для РС данных, но мой врач сказал, что и так бывает, когда человек имеет РС. В лечебнице меня убеждают, что это не РС, а какие-то другие нарушения. Что же это такое?

Молодые врачи порой склонны некоторые заболевания, не укладывающиеся в рамки их познания, списывать на психические нарушения. Вероятно, они надеются, что и тяжелые заболевания можно вылечить с помощью психотерапии. Порой это просто подается в качестве желаемого для пациента.

Несомненно, встречаются случаи, когда параличи и нарушения равновесия вызываются психическими факторами. Но, когда речь идет о РС, следует подходить к этим случаям очень серьезно, используя все технические возможности и консультацию опытного невролога, чтобы избежать ошибочного диагноза.

6.10 Какие возможны ошибочные диагнозы?

Иногда мне кажется, что диагноз РС поставлен мне ошибочно. С какими болезнями обычно следует дифференцировать РС?

Несмотря на то, что сегодня поставить диагноз РС значительно легче, чем 30 лет назад, все же это во многом зависит от опытности специалистов. Какие диагнозы можно поставить ошибочно?

- Изолированный неврит глазного нерва можно приписать РС (см. 2.16 Всегда ли изменения в глазу являются симптомом РС?).

- Имитировать картину первично-прогрессирующего РС могут грыжа межпозвоночного диска в шейном отделе позвоночника и опухоль спинного мозга. Ведущим симптомом грыжи является боль, «прострел» в руки. В редких случаях, когда грыжа сдавливает не сбоку нервный ствол, а спинной мозг, возможны спа-

стические параличи обеих ног, что характерно и для прогрессирующих стадий РС. В таких случаях говорят о хронической шейной миелопатии.

- Ошибочно можно выставить диагноз РС при «ювенильном» (юношеском) инсульте (кровоизлиянии в мозг), отличительными особенностями которого являются внезапное начало, в отличие от обострения, развивающегося в течение нескольких часов, а также результаты МРТ.

- «Синдром карпального канала» может вызвать зудящие парестезии пальцев и привести к подозрению на РС. У молодых людей, которые просыпаются порой от неприятного зуда в пальцах и вынуждены трясти руками, чтобы избавиться от них, нет никакого РС, но есть вышеназванное заболевание кисти. Это связано с тем, что нерв, иннервирующий три пальца со стороны большого, сдавливается в локтевой впадине в узком костном канале.

- В очень редких случаях трактовка неврологических симптомов боррелиоза может привести к установлению диагноза РС (6.11  РС и укусы клеща — у меня боррелиоз?).

Нельзя сказать, что это весь перечень заболеваний, которые могут ввести в заблуждение специалистов. Сюда можно добавить опухоль мозга, сифилис ЦНС, воспаление кровеносных сосудов, множественный инсульт, гиповитаминозы, системную красную волчанку или инфекционное заболевание мозга, фуникулярный миелоз, комбинированный склероз (поражение задних и боковых столбов спинного мозга), сирингомиелию и др. Иногда нарушения, связанные с сильным стрессом, также ошибочно принимают за симптомы РС. Но это все теоретические рассуждения, ибо на практике подобные ошибки случаются редко.

Как уже отмечалось, нередко поставить диагноз РС представляет непростую задачу. Недавние исследования показали, что затруднения в диагностике могут возникать у людей, имеющих ожирение и такие сосудистые проблемы, как повышенное артериальное давление или высокий уровень холестерина. Сложность заключается в том, что эти заболевания могут маскировать симптомы нового заболевания. Кроме того, в дальнейшем у таких пациентов вопросы лечения РС требуют дополнительного внимания.

6.11 РС и укусы клеща — у меня боррелиоз?

Прошлой осенью у меня установлен диагноз РС. Где-то за три месяца до этого меня укусила клещ. Может быть, у меня вовсе не РС, а боррелиоз?

В 80-х годах было открыто новое заболевание — боррелиоз, которое вызывается спиралевидной бактерией, одним из видов трепонем — боррелиями бургдорфери. Переносчиком заболевания являются клещи. В типичных случаях спустя несколько дней или недель после укуса возникает покраснение кожи в этом месте, которое растекается, как чернильная клякса на промокательной бумаге, и в конечном итоге блекнет посередине. Через несколько недель в инфицированном месте появляются сильные боли. В острой стадии трудно спутать это заболевание с РС. А вот существует его хроническая форма, протекающая с приступами, которая иногда может имитировать РС. Однако это случается редко, и применение известных диагностических методик позволяет уточнить диагноз.

6.12 Есть ли смысл узнать второе мнение?

Я не совсем уверена в том, что у меня РС, и хотела бы узнать мнение еще одного специалиста, хотя вроде бы довольна своим врачом.

Вполне рациональное желание, особенно если речь идет о таком серьезном заболевании. Мы полагаем, что каждый человек имеет на это право и может воспользоваться им, если имеет возможность.

6.13 В какую больницу лучше обратиться при подозрении на РС?

Если стоит вопрос о том, есть у человека РС или нет, не лучше ли обратиться в серьезную клинику?

Известно, что существует старая система здравоохранения со своими законами и порядками. Но когда вопрос стоит о таком заболевании, как РС, следует искать возможность попасть в клинику, обладающую широкими диагностическими и лечебными возможностями, при этом мы не умаляем профессиональных знаний врачей лечебных учреждений любого уровня. Есть надежда, что со временем в каждом регионе будет специализированное лечебное учреждение (или отделение) или центр, занимающийся вопросами РС.

6.14 Ранний диагноз возможен?

Что сделать, чтобы как можно раньше диагностировать РС?

Многих волнует этот вопрос. Кстати, может быть, и не стоит спешить? А вдруг это будет всего одна атака болезни, но она испортит жизнь молодому человеку, над которым всегда висит диагноз? Нет, нет, бесспорно, так не стоит думать. Почему? Тому есть две причины.

1. Многие люди чувствуют, что с ними что-то не так. Часто это летучие симптомы, о которых и говорить не стоит. Некоторые в тайне постоянно следят за собой, боясь, что их назовут ипохондриками. Но лучше все же узнать правду о своем здоровье.

2. Благодаря современным диагностическим возможностям реально выявить легкие формы течения РС, на которые можно повлиять изменением образа жизни.

Пример: У 17-летней Ирины М. незадолго до выпускных экзаменов в школе развился неврит зрительного нерва. О том, что есть подозрение на РС, ей не сказали. Поскольку она была прекрасной легкоатлеткой, Ирина решила уйти в профессиональный спорт. На предолимпийских отборочных соревнованиях ей стало плохо на дистанции. Спустя несколько недель поставлен диагноз РС.

Кто знает, возможно, что она не стала бы заниматься серьезно спортом, зная о подозрении на РС, но ее лишили важной информации. Надо отметить, что до сегодняшнего дня у специалистов нет единого мнения о необходимости, а точнее, об эффективности лечения, начатого на ранних стадиях заболевания. Но некоторые отечественные ученые уверены, что только ранняя постановка диагноза и назначение соответствующего обоснованного лечения способно обеспечить хороший прогноз для пациента и снизить вероятность развития инвалидности.

6.15 Мешают ли хронические заболевания постановке диагноза?

Я давно болею системным заболеванием, а недавно мне выставили диагноз РС. Врач считает, что у меня давно это заболевание.

Мы вновь возвращаемся к проблеме диагностики РС. Действительно, наличие у пациентов хронических заболеваний часто затрудняет постановку диагноза РС. Чтобы не быть голословными, приведем результаты интересного исследования. Ученые пришли к выводу, что врачи, наблюдающие пациентов с различными хроническими заболеваниями, склонны нередко любые неврологические нарушения списывать на ухудшение состояния и прогрессирование уже известной болезни. Напомним, что эти нарушения могут быть первыми симптомами дру-

гих заболеваний, в том числе и РС. В исследовании, продолжающемся два года, приняли участие 9000 пациентов с диагнозом РС. В среднем временной интервал от первых проявлений заболевания до постановки диагноза составил 7 лет. Важным является тот факт, что до 1981 года этот показатель составлял 10,6 лет, а после 1999 года сократился до 1,12 года. Среди пациентов до 25 лет период времени от появления первых симптомов до постановки диагноза составил 10 лет, для 25–40 лет — от 2 до 5 лет, для пациентов старше 40 лет — 0,5 до 2 лет. Чтобы определить, насколько сопутствующие заболевания влияют на степень инвалидности, ученые исследовали 2400 пациентов. В результате оказалось, что чем больше хронических заболеваний имел пациент, тем тяжелее было его состояние при постановке диагноза РС. Авторы исследования полагают, что основная причина этого — неоправданные задержки в диагностике и недостаточное внимание врачей к неврологическим нарушениям у пациентов.

6.16 Как осуществляется диагностика РС при помощи технических средств?

В литературе чаще всего упоминают такие исследования, как МРТ, спинномозговую пункцию, вызванные зрительные потенциалы. Вероятно, их диапазон шире?

Мы уже достаточно часто вспоминали основные методы обследования при РС. Безусловно, ученые ищут возможность разработать эффективные тесты, позволяющие на ранних стадиях поставить достоверный диагноз. Так как РС является аллергическо-воспалительным заболеванием с многоочаговым поражением нервной системы, то целью этих мероприятий является подтверждение характерных для него изменений. В связи с этим исследование спинномозговой жидкости и оценка иммунного статуса позволяют выявить воспалительные изменения и аутоиммунные реакции, а при помощи электрофизиологических и рентгенологических исследований ведутся поиски характерных для РС очагов поражения. Естественно, спектр исследований зависит как от технической оснащенности, так и от общепринятых стандартов обследования.

Приведем примерный перечень диагностических исследований с помощью технических средств:

Выявление нейроаллергических воспалительных процессов

Исследование спинномозговой жидкости:

- повышенное число активных лимфоцитов, наличие клеток плазмы;
- образование в нервной системе иммуноглобулинов IgG;
- скопление олигоклональных антител;
- действие антител на основной белок миелина.

Иммунологические исследования крови:

- наличие миелин-реактивных Т-лимфоцитов;
- изменения в соотношении клеток-помощников и клеток-супрессоров.

Выявление склеротических бляшек в центральной нервной системе

Электрофизиологические исследования:

- вызванные зрительные потенциалы;
- вызванные слуховые потенциалы;
- вызванные соматосенсорные потенциалы;
- корковая магнитная стимуляция;
- электроокулография;
- стабиллография;

Рентгенологические исследования:

- компьютерная томография;
- ядерно-магниторезонансная томография (ЯМРТ).

6.17 Существует ли диагностический стандарт?

Понимаю, что возможности больниц разные, но ведь есть же обязательный перечень обследований при подозрении на РС?

На этот вопрос можно ответить с полной уверенностью. Согласно уже упомянутому Протоколу ведения больных «Рассеянный склероз» диагноз рассеянного склероза устанавливается на основании:

- соответствующих клинических проявлений, свидетельствующих о развитии очагов поражения в разное время в различных отделах центральной нервной системы;
- наличия не менее 2 эпизодов острого развития неврологической симптоматики длительностью не менее 24 ч. и с интервалом между ними не менее 1 месяца; при этом ремиссия не обязательна;
- неуклонного прогрессирования неврологических нарушений с самого начала заболевания в течение не менее 1 года при первично-прогрессирующей форме;
- исключения всех других неврологических заболеваний, имеющих сходную клиническую картину.

Особо подчеркивается, что диагноз РС может быть выставлен только врачом-неврологом. В случае отсутствия одного из первых двух критериев необходимо использование данных дополнительных исследований: магниторезонансной томографии, исследования зрительных вызванных потенциалов и спинномозговой жидкости.

Как видите, существуют совершенно четкие критерии, необходимые для постановки данного диагноза.

В настоящее время выработаны «Критерии диагноза (минимизированный вариант)»:

1. Молодой возраст начала заболевания.
2. Многоочаговость поражения центральной нервной системы (в основном это сочетание пирамидных и мозжечковых нарушений с тазовыми расстройствами).
3. Прогрессирующе-ремиттирующее течение.
4. Выявление очагов демиелинизации на МРТ головного мозга.
5. Иммунологически выявляемая сенсibilизация к основному белку миелина.

Как отмечают отечественные ученые, они достаточны для постановки диагноза болезни, но не диагноза пациента. Поэтому разработана система диагностики различных нарушений, установления причинно-следственных отношений, что играет определяющую роль в назначении и контроле проводимых терапевтических мероприятий. Заметим, что в настоящее время практически повсеместно диагностика заболевания осуществляется на основании критериев МакДональда.

6.18 Когда врачи сомневаются в диагнозе?

Моего мужа обследовали, но врач сомневается в диагнозе. Какие обычно для этого причины?

При диагностике РС далеко не всегда диагноз становится ясен сразу. Обычно сомневаются в диагнозе, если:

- пациент жалуется на утомляемость и слабость и не выявляется объективной неврологической симптоматики;
- определяется один очаг поражения (особенно при локализации в задней черепной ямке ввиду возможности наличия опухоли или изменения в сосудах в этих участках);

- спинальная симптоматика прогрессирует с самого начала у пациента моложе 35 лет без нарушения функции тазовых органов, при этом терапия кортикостероидами может давать положительный эффект;

- имеются атипичные симптомы: значительная ранняя деменция, нарушенный уровень сознания, лихорадка, выпадение полей зрения, за исключением скотомы, остро возникшие гемипарез или глухота, наличие афазии и экстрапирамидных нарушений, когда ведущим симптомом является боль.

7. Магниторезонансная томография (МРТ)

7.1 Что такое МРТ?

Раньше считали, что лучшим диагностическим методом является компьютерная томография. Почему сейчас отдается предпочтение МРТ?

Магниторезонансная томография (МРТ) головного и спинного мозга является наиболее информативным методом выявления очагов демиелинизации. Ее чувствительность в выявлении очагов в белом веществе мозга превышает разрешающую способность компьютерной томографии в 10 раз. МРТ — это диагностический метод, позволяющий получать очень четкие изображения тканей и органов без использования рентгеновских лучей. Для получения этих изображений используются большой магнит, радиоволны и компьютер. В ходе исследования электрически заряженные частицы в условиях сильного магнитного поля посылаются в одном направлении в клетки органов больного. При этом они испускают электрический импульс. Второй импульс возникает при отключении магнитного поля, когда частицы возвращаются в исходное состояние. Оба импульса улавливаются принимающей катушкой и подаются в компьютер, где формируется изображение органа. Напомним, что здесь используются не лучи, а только магнитное поле. Таким путем получают детальное изображение «срезов» головного и спинного мозга, показывающих большинство очагов поражения.

Этот безвредный метод диагностики основан на том, что из-за особенностей белково-липидного строения миелиновой оболочки вода располагается в определенном порядке между ее слоями. Этот порядок нарушается при демиелинизации, когда высвобождается часть воды. А так как вода имеет более длительное время релаксации в магнитном поле, участки демиелинизации выявляются как участки пониженной плотности в режиме T1 и как участки повышенной плотности на T2-взвешенных изображениях.

При МРТ оценивают наличие очагов, определенные этапы в эволюции очагов, характерное топографическое распределение очагов. Другими словами, этот метод исследования показывает размер, количество и расположение очагов, что в сочетании с историей заболевания и данными неврологического осмотра обычно является достаточным для подтверждения диагноза РС.

Зачастую исследования протонной плотности в обоих режимах оказываются недостаточно информативными для постановки диагноза. В связи с этим в практику были внедрены контрастные вещества. Примером может послужить магневист (препарат на основе гадолиния), с помощью которого часть очагов демиелинизации накапливает контраст. Применение контрастирования способствует выявлению мелких очагов демиелинизации, невидимых при бесконтрастной МРТ.

Кроме того, накопление контраста позволяет определить степень активности патологического процесса. Появление белого кольца вокруг старого очага в T2-взвешенном режиме за счет накопления контраста свидетельствует об обострении процесса. Таким образом, применение гадолиния позволяет проводить

дифференциальную диагностику между очагами активного воспаления, очагами в стадии затухающего обострения и хроническими неактивными очагами. Многие авторы считают, что процесс можно отнести к активному, если при динамическом контроле отмечается появление новых бляшек, реактивация старых поражений, увеличение размеров поражений (на 70% при первоначальном размере бляшки до 1 см и на 10% при большем первоначальном объеме).

Следует отметить, что динамический контроль далеко не всегда позволяет однозначно оценить активность заболевания в связи с наблюдаемой пестрой картиной: одни бляшки исчезают, другие появляются, зоны поражения увеличиваются и уменьшаются в размерах одновременно. Очаги демиелинизации, расположенные перивентрикулярно (вдоль боковых желудочков) и в глубоких отделах вещества мозга выявляются при клинически определенном диагнозе РС в 87–95% случаев.

Во время выполнения МРТ человек лежит на специальном столе, который перемещается внутри большой трубы, являющейся составной частью механизма, содержащего особый магнит. Врач, проводящий исследование, находится в отдельной комнате, откуда и управляет томографом, но при этом может видеть больного через большое окно. Предусмотрена и обратная связь пациента с сотрудниками центра.

Несколько практических вопросов. Идя на исследование, по возможности следует оставить дома некоторые личные вещи (часы, кредитные карты с магнитной полосой, ювелирные украшения). Многих, идущих на обследование впервые, интересует, что происходит во время исследования. После начала сканирования слышен приглушенный, меняющий свой ритм стук. Других необычных ощущений обследуемый не испытывает. Иногда можно услышать вопрос: причиняет ли вред сильное магнитное поле? Ученые уверяют, что это беспочвенная озабоченность. До сих пор нет никаких данных о его вредном воздействии при использовании МРТ.

Заметим, что широкое применение магниторезонансной томографии привело к революции в диагностике рассеянного склероза. Благодаря МРТ стало возможным определение атрофии мозговой паренхимы, которая, возможно, является результатом гибели миелы и аксонов. Немало работ, посвященных этому методу диагностики, представлены отечественными авторами, в том числе и об отличительных особенностях картины МРТ в детском возрасте.

Важно также, что МРТ успешно применяется для мониторинга эффективности современной патогенетической терапии РС. Так, например, у больных, получавших бетаферон, был отмечен положительный клинический эффект, который подтверждался на МРТ сокращением размеров зон демиелинизации на 6%, а также активности процесса в среднем на 75%. При использовании для терапии РС авонекса или ребифа положительный эффект на МРТ был отмечен в виде уменьшения активных очагов на 40% и общего объема поражения на 50%. При применении копаксона обнаружили снижение скорости образования очагов и уменьшение объема поражения мозга.

Следует особо подчеркнуть, что МРТ может служить эффективным методом диагностики только при соблюдении определенных условий, известных специалистам, которые подчеркивают достоинства МРТ: быстрая диагностика РС с выявлением асимптомных очагов, отсутствие побочных эффектов, высокая чувствительность, контрастирование мягких тканей, возможность исследования в различных плоскостях, объективный анализ процессов, происходящих в мозге.

К недостаткам исследования относят: длительность процедуры, невозможность применения у больных с клаустрофобией (страхом замкнутых или тесных

пространств), высокая стоимость исследования. В настоящее время созданы аппараты с разомкнутой сферой «трубы», что расширяет возможности исследования.

7.2 Что можно видеть на снимках МРТ?

Что видит врач на томограммах?

Мы уже касались этого вопроса (3.7 Как выглядят очаги РС?), но в данном случае поговорим о других тонкостях. Итак, МРТ считается наилучшим методом выявления признаков РС. Типичными находками при РС являются кругловатые или овальные белые пятна, рассеянные в белом веществе головного мозга. Очаги имеют обычно излюбленные места — вдоль боковых желудочков (перивентрикулярно), в мозолистом теле, но могут также быть выявлены в стволе мозга, мозжечке или в спинном мозге. С помощью специальной техники удастся выделить ликвор (мозговую жидкость), которая выглядит на снимках темными участками. Большинство очагов (бляшек) имеет светлую окраску, но некоторые — черную (см. 3.19 Что означают «черные дыры»?). Очаги демиелинизации («бляшки») выявляются с помощью особых технических приемов (T2 и T1-режимы). Они имеют характерную форму и локализацию. Размеры очагов, как правило, составляют от 2 мм до 2 см. Изредка за счет слияния и отека возможно образование очень крупных очагов до 8 см, требующих дифференциальной диагностики с опухолью. Свежие очаги имеют неровный, нечеткий контур.

Необходимо отметить, что картина МРТ, взятая изолированно, не является абсолютным критерием в постановке диагноза РС. В связи с этим рядом исследователей были разработаны критерии достоверности диагностики рассеянного склероза по данным МРТ, которые долгое время являлись общепринятыми. В 2001 году международная экспертная группа рекомендовала новые диагностические критерии РС, которые используются в настоящее время специалистами. В дальнейшем они были усовершенствованы.

7.3 Являются ли белые пятна доказательством РС?

Сегодня мне делали МРТ. Я представлял это хуже. Врач-рентгенолог показал мне снимки, где в середине головного мозга возле желудочков располагалось пять пятен. Он полагает, что это может быть РС, но надо исключить и другие заболевания. Это меня смущает, ибо читала, что такие пятна практически всегда являются признаком РС.

Да, бывают такие убедительные снимки, что о других заболеваниях и речи не идет. Тогда диагноз РС выставляется с большой точностью. Но так бывает лишь в трети случаев, в другой трети — эти белые пятна позволяют подозревать РС, а в оставшихся случаях — эти очаги нетипичны. Радиолог в таких случаях пишет: «Очаг гиперинтенсивного сигнала не типичен для РС, но похож на него. Следует дифференцировать с сосудистыми нарушениями». Действительно, нередко приходится отличать очаги РС от изменений, связанных с нарушением кровообращения при атеросклерозе. Иногда у молодых совершенно здоровых людей можно найти белые нечеткие пятна, обычно расположенные в непривычных для бляшек РС местах. Предполагают, что они связаны с перенесенными в детстве заболеваниями (например, корью). Сходные повреждения могут наблюдаться также при мигренозных головных болях или повышенном артериальном давлении. Следует отличать и изменения на томограммах, присущие клещевому боррелиозу (6.11 РС и укусы клеща — у меня боррелиоз?), но это случается редко.

В сложных случаях особенно важно оценить всю имеющуюся информацию, включая как анамнез (историю заболевания), так и наблюдаемые симптомы, результаты других исследований.

7.4 Когда нужно обследовать позвоночник?

Уже пару лет у меня боли в обеих руках и чувство онемения в пальцах. Ортопед говорит, что это связано с изношенностью позвоночника. Невропатолог исключил «синдром карпального туннеля», сказал также, что РС боли не дает. И все же, возможно, у меня РС?

В этом случае следует срочно сделать МРТ шейного отдела спинного мозга. Подобные жалобы обычно могут быть вызваны двумя причинами: выпадением межпозвоночного диска в шейном отделе или очагом РС в шейном отделе спинного мозга. Иногда клинически это очень сложно различить (6.10 Какие возможны ошибочные диагнозы?). Эти два заболевания нередко приходится дифференцировать, причем на обычной рентгенограмме уточнить это невозможно. Следует помнить, что хотя боли при РС бывают чаще, чем это обычно представляют, все же они скорее не типичны для РС, посему необходимо найти им правильное объяснение.

Некоторые считают, что при обследовании головы «заодно» можно сделать МРТ и шейного отдела спинного мозга. Но тут ничего не выиграешь, так как обследование делается поочередно и затрачивается времени в два раза больше, кроме того, это не рационально.

Ученые считают, что МРТ спинного мозга обладает высокой специфичностью и позволяет диагностировать РС более чем в 90% случаев. Отмечено, что при сравнении результатов МРТ головного и спинного мозга у пациентов старше 50 лет МРТ спинного мозга позволяет более точно диагностировать РС, так как исключает варианты возрастных изменений и изменений, связанных с повышением давления.

7.5 МРТ — всегда с контрастом?

Мне должны делать МРТ. Обязательно нужно применять контраст или без него можно все узнать? У меня аллергия, и я боюсь всех неизвестных средств.

В принципе исследование делают как с контрастом, так и без него. Только введение препаратов гадолиния (магневист и др.) позволяет использовать повышенную проницаемость гематоэнцефалического барьера в зоне активного воспаления для накопления контраста в очагах демиелинизации. Это позволяет отличать свежие очаги от старых. Некоторые авторы считают, что в случаях повышенного риска вполне можно обойтись без введения контраста. Но большинство специалистов высказываются за применение МРТ с контрастированием, что позволяет изучить активность патологического процесса, особенно при использовании этого метода в динамике у одного и того же больного. Если говорить объективно, то для использования контраста имеется серьезное обоснование:

- во-первых, контраст иногда накапливается в старых очагах, которые никак не изменялись на T2-неконтрастных изображениях, что приводит к увеличению числа определяемых «активных» очагов на 10%;
- во-вторых, накопление контраста иногда наблюдается в очагах, локализуемых в коре и подкорковом сером веществе, где они обычно не видны на стандартных T2-изображениях, так как кора обладает более длительным T2;
- в-третьих, контрастирование часто повышает возможность обнаружения мелких сомнительных на T2 очагов.

Заметим, что двойная доза увеличивает выявление «активных» очагов в 1,5–2 раза.

7.6 МРТ — нормальная, и, тем не менее, может быть РС?

Четыре месяца назад у меня был неврит глазного нерва, а вот уже неделю у меня «электрические» ощущения в шее при наклонах головы. МРТ уже исследование ликвора изменений не нашли. Я могу надеяться, что у меня нет РС?

Вряд ли. Как раз на ранних стадиях заболевания эти исследования ставят врачей в сложное положение. Есть правило: чем свежее очаг, тем скорее указанные исследования дают отрицательный результат. В данном конкретном случае следует срочно сделать МРТ шейного отдела спинного мозга. Маловероятно, что человек с такими симптомами (вспомним симптом Лермитта) не имеет очага в этой области.

Известно, что нормальная картина МРТ не исключает полностью диагноз рассеянного склероза. Около 5% пациентов, которым диагноз рассеянного склероза был установлен на основе других критериев, не имеют МРТ-признаков очаговых изменений мозга, то есть у них могут быть изменения в тканях спинного или головного мозга, не обнаруживаемые с помощью МРТ. Напомним, что обычно это бывает в дебюте заболевания.

7.7 МРТ — когда необходим контроль?

На днях я была у своего невролога, которая рекомендовала сделать контрольную МРТ. Последнее исследование было 3 года назад. Я попросила отсрочку, т.к. очень боюсь эту «трубу». Действительно ли необходимо сделать контрольное исследование?

Поддавляющее большинство специалистов считает необходимым делать регулярные контрольные обследования, хотя на первый взгляд важнее клиническое состояние пациента. Существуют две ситуации, когда контроль обязателен.

1. У пациента РС в течение 5 лет. В начале было две атаки болезни, затем 4 года ремиссия. Сейчас вновь обострение, и невролог назначил бетаферон. Здесь МРТ имеет большое значение для решения вопроса о лечении. Если на снимках видно, что спустя 5 лет появились новые очаги, следует назначить иммуномодулирующую терапию. Если изменений по сравнению с прошлым исследованием нет, но было четкое обострение, следует обсудить вопрос о назначении интерферонов.

2. При длительном заболевании и ухудшении состояния в связи с выраженным «синдромом усталости» и нарушением концентрации нередко стоит вопрос об инвалидности. Здесь необходимо в документах указать объективные данные.

На практике пациенту с РС проводить МРТ приходится многократно. Это необходимо для того, чтобы следить за тем, как ведет себя заболевание. Ведь очень важно знать, появились ли новые очаги, какова степень активности иммуновоспалительного процесса. Контрольная МРТ позволяет отслеживать результат лечения.

7.8 Могут ли очаги РС исчезнуть?

Сегодня мой невролог рассказал о результатах последнего обследования. По сравнению с предыдущим, два года назад, исследованием два очага исчезли. Как это может быть?

Очаги РС не исчезают. Просто их не всегда четко видно (или специалисты разные). Есть две причины видимого исчезновения бляшек.

1. Свежий даже маленький очаг выглядит значительно больше, чем в действительности (см. 3.8 Почему вокруг очагов бывает отек?). Этот «раздутый» очаг выглядит так на первых томограммах, а затем образуется рубец, который вполне может быть незаметным.

2. Послойные снимки МРТ имеют толщину около 5 мм. Если маленький очаг попадает в слой, он виден четко. При следующем исследовании он может оказаться между слоями, к тому же при каждом новом исследовании эти слои смещаются.

Можно говорить о теоретической возможности полного исчезновения бляшки, в которой процесс ремиелинизации прошел чрезвычайно хорошо, но это пока недоказуемо.

7.9 📌 В чем заключается клинико-радиологический парадокс?

Я слышала, что между снимками МРТ и клиническими находками существует большое различие. Мне это не понятно, ведь симптомы следуют за появлением очагов?

В прежние времена действительно все симптомы увязывали с возникновением очагов. Но это далеко не так. Ведь у некоторых бывает достаточно много бляшек в головном мозге, а они чувствуют себя вполне хорошо и практически не имеют жалоб, а у других при наличии всего пары очагов возможны выраженные признаки инвалидности.

И все-таки имеются три причины для такого клинико-радиологического парадокса:

- многие очаги не приводят к значительным нарушениям, если располагаются в «немых» участках головного мозга;
- в некоторых очагах процесс ремиелинизации проходит весьма успешно, в других имеются необратимые изменения;
- так как часто начало заболевания остается неизвестным, то нередко происходит ошибочная оценка активности РС или, точнее сказать, процесса конкретного образования очагов.

Существует довольно немного мест в головном мозге, поражение которых приводит к предсказуемым нарушениям. Например, внутренняя капсула — маленький участок мозга в форме бумеранга, куда устремляются веерообразно все волокна, идущие от моторных отделов коры головного мозга к пирамидным путям. Здесь даже единичный маленький очаг может привести к полному одностороннему параличу. Получается, что стратегически важно различать место расположения очагов. Можно приводить много примеров, некоторые из них уже встречались в книге.

Второй причиной расхождения клинических и радиологических находок являются различия очагов. Есть очаги, где процесс разрушения прошел весьма мягко, и очаги, которые выглядят опустошенными, как будто туда капнули серной кислотой. И если в первом случае можно говорить о ремиелинизации, то во втором нервные волокна практически гибнут.

И, наконец, третья причина: действительно, далеко не всегда удается выявить начало заболевания РС. Например, РС, который сегодня проявляется невритом глазного нерва, мог начаться и 10 лет назад «немым очагом». В таком случае даже при выявлении 10 очагов нельзя сказать, что речь идет о действительно мощном начале заболевания.

Представленные данные нельзя считать полностью достоверными, некоторые положения весьма спорные, поэтому конкретное состояние следует уточнить у своего врача.

7.10 Каковы возможности МРТ?

Существуют ли официальные оценки применения МРТ?

Это очень простой вопрос. Ответ на него есть в официальном документе, уже упоминаемом Протоколе ведения больных «Рассеянный склероз». В нем указывается, что в настоящее время магниторезонансная томография — ведущий метод подтверждения диагноза рассеянного склероза, однако он не является специфичным.

В начале заболевания чувствительность магниторезонансной томографии головного мозга в выявлении очагов составляет 85%; специфичность — 57%; положительная прогностическая значимость нормальной магниторезонансной томографии головного мозга составляет 97%. Чувствительность магниторезонансной томографии спинного мозга составляет 90%, специфичность — 98%.

Риск развития рассеянного склероза у больных с изолированным неврологическим синдромом и наличием более двух очагов на магниторезонансной томографии возрастает с длительностью наблюдения: 17% — в первые 6 мес., 23% — через 12 мес., 32% — через 18 мес., 38% — через 24 мес.

При первично-прогрессирующем течении РС частота выявляемых патологических изменений при магниторезонансной томографии головного и спинного мозга составляет 93,6%.

Нормальная картина магниторезонансной томографии головного мозга при наличии изменений в спинном мозге встречается в 55%. Диффузные изменения спинного мозга встречаются в 43,8%, очаговые — в 31,2%, диффузные в сочетании с очаговыми — в 25% случаев.

7.11 📌 От чего такой грохот в этой трубе?

Если бы я знала, от чего такой шум при исследовании, возможно, что меньше бы боялась.

Некоторых людей сильный шум тревожит больше тесноты в аппарате. Он связан с включением и выключением электрической цепи. Томограф не причиняет никакой боли, но многие люди считают этот метод диагностики весьма необычным, что может быть связано с некоторой клаустрофобией или шумом при исследовании. Любое чувство дискомфорта может быть уменьшено применением какого-либо легкого седативного средства. Будем надеяться, что ученые найдут возможность уменьшить эти помехи.

7.12 📌 Есть ли противопоказания для МРТ?

Я плохо слышу, у меня стоит имплантат. Мне можно делать исследование?

В большинстве случаев при соблюдении соответствующих мер безопасности проведение МРТ не представляет никакого риска для обследуемого.

Согласно официальным данным, это исследование противопоказано при наличии электрокардиостимулятора, стальных и металлических протезов, имплантатов, кова-фильтров. У детей младшего возраста процедура проводится после специальной медикаментозной подготовки.

Некоторые ученые, имея значительный опыт в проведении исследования, считают, что его вполне благополучно могут перенести многие из тех, кто перенес операцию на сердце, или те, у кого имеются вживленные медицинские устройства, в том числе:

- искусственные суставы;
- многие виды искусственных клапанов сердца;

- кава-фильтры;
- шунты в головном мозге (при гидроцефалии).

Учитывая официальные данные, этот вопрос требует дальнейшего разрешения. Это касается и другой группы пациентов, у кого имеются следующие имплантаты:

- клипса церебральной аневризмы (металлический зажим на одном из мозговых сосудов);
- имплантированная инсулиновая помпа (при лечении диабета), помпа для введения анальгетиков (при лечении боли);
- имплантированные нейростимуляторы (ЧЭНС) для лечения болей в спине;
- металлические частицы в глазу или протез глазницы;
- кохлеарный (ушной) имплантат (для лечения тугоухости);
- имплантированные стабилизирующие стержни в области позвоночника.

Ряд ученых рекомендует тщательно обсудить возможность проведения МРТ при наличии беременности, тяжелого заболевания легких (трахеобронхомаляции, бронхолегочной дисплазии), гастроэзофагеального (желудочно-пищеводного) рефлюкса (распространенного заболевания, вызывающего изжогу), веса тела более 300 кг, непереносимости длительного лежания на спине (30–60 мин.), клаустрофобии (боязни замкнутого или ограниченного пространства).

Как бы то ни было, в подготовительный период следует совместно со специалистами обсудить возможность проведения этого обследования, а при необходимости осуществить соответствующую подготовку.

7.13 Всегда ли на МРТ привычные изменения?

Мне сказали, что картина МРТ у меня очень необычная. Что это значит?

Трудно сказать, о чем шла речь в вашем случае, но существуют атипичные изменения на МРТ:

- опухолевидные (псевдотуморозные) очаги с перифокальным отеком и масс-эффектом (надо искать другие мелкие очаги);
- наличие исключительно мелких очагов до 6 мм;
- вовлечение передних отделов височной доли;
- дополнительные очаги в сером веществе (коре, зрительном бугре);
- очаги в спинном мозге, захватывающие более трех сегментов;
- отсутствие очагов в мозолистом теле.

8. Исследование спинномозговой жидкости

8.1 Что такое спинномозговая жидкость?

Какую роль в ЦНС играет спинномозговая жидкость и для чего ее берут на исследование?

Мы уже упоминали об основных функциях, выполняемых спинномозговой жидкостью (СМЖ), но, учитывая ее значение, повторим их в этом разделе (3.3 Для чего нужна спинномозговая жидкость?). Напомним также, что ее еще называют цереброспинальной жидкостью, ликвором. Это жидкая среда, циркулирующая в полостях желудочков головного мозга, спинномозгового канала и субарахноидальном (под паутинной оболочкой) пространстве головного и спинного мозга. В ее образовании участвуют сосудистые сплетения, железистые клетки, эпендима, состоящая из клеток, выполняющих в ЦНС разграничительную, опорную и секреторную функции (форма нейроглии), паутинная оболочка, глия и др. Отток осуществляется через венозные сплетения мозга, пазухи твердой мозговой оболочки, периневральные пространства черепно-мозговых и спинномозговых нервов.

Спинномозговая жидкость, являясь своего рода «водяной подушкой», предохраняет от наружных воздействий головной и спинной мозг, регулирует внутричерепное давление, обеспечивает постоянство внутренней среды. Кроме того, с ее помощью осуществляется тканевый обмен в центральной нервной системе. Напомним еще раз о гематоэнцефалическом барьере и его важной роли в описываемых процессах. Он образуется за счет густого сплетения клеток сосудов в нервной системе, создавая своего рода барьер, не позволяющий клеткам и растворенным веществам поступать из крови в нервную систему и, наоборот, из нервной системы в кровь. Это очень важно, так как образующиеся в нервных тканях многие вещества и клетки можно выявить в спинномозговой жидкости, но их не будет в крови. Это относится и к патологическим изменениям при воспалительных процессах в нервной системе. Поэтому при подозрении на РС проводится исследование спинномозговой жидкости, позволяющее определить, имеется ли вообще в том или ином случае воспаление.

У здорового человека спинномозговая жидкость бесцветная, прозрачная, ее количество у взрослого — 100–150 мл, а удельный вес 1,006–1,007. В норме реакция ликвора слабощелочная. По химическому составу спинномозговая жидкость сходна с сывороткой крови.

8.2 Для чего проводят спинномозговую пункцию?

Врач считает, что мне необходимо сделать спинномозговую пункцию для уточнения диагноза. А можно обойтись без нее?

С давних времен с диагностической и лечебной целью производят пункцию спинномозгового канала, позволяющую извлечь ликвор для анализа. Мы не будем описывать возможные варианты патологических находок, сосредоточившись на обсуждаемом заболевании. При подозрении на РС спинномозговая (люмбальная) пункция с исследованием СМЖ проводится при отсутствии характерных изменений при магниторезонансной томографии и исследовании вызванных потенциалов. При РС ее состав не отличается от нормы, что позволяет исключить сходные инфекционные, воспалительные и компрессионные заболевания, при которых отмечается изменение клеточного и белкового состава, уровня глюкозы и хлоридов в спинномозговой жидкости. Если при анализе ликвора обнаружены олигоклональные полосы или повышенный синтез IgG, а также определенные белки — продукты распада миелина, это дает основание предположить диагноз РС. Такие результаты говорят о наличии патологической аутоиммунной реакции в тканях головного и спинного мозга — состоянии, при котором организм «атакует сам себя». В то же время указанные характерные для РС иммунологические изменения не являются специфичными и не исключают наличие других заболеваний.

Обычно опытный специалист решает, нуждается ли пациент в проведении этого исследования для уточнения диагноза при подозрении на РС. И хотя полученные данные об имеющихся отклонениях в составе ликвора могут сыграть существенную роль при постановке диагноза, результат спинномозговой пункции (как и любого другого метода диагностики) не является гарантией безошибочной диагностики РС.

8.3 Как проводят спинномозговую пункцию?

Мне не сказали, как готовиться к спинномозговой пункции.

Специальной подготовки процедура не требует. Желательно перед прохождением этого исследования отказаться от употребления алкоголя, аспирина или антикоагулянтов.

Как проходит исследование? Пациенту предлагается лечь на бок, подтянув колени как можно ближе к груди, или сесть, положив руки и голову на стол. После обработки кожи дезинфицирующим средством под местным обезболиванием вводят в промежуток между двумя позвонками в поясничной части позвоночника тонкую, длинную полую иглу (канюлю) так, чтобы попасть ею в пространство, где содержится спинномозговая жидкость. Специально заметим, что в данном отделе спинного мозга уже нет. После забора ликвора и удаления иглы необходимо провести несколько часов в положении лежа на спине или на животе. Одновременно с взятием спинномозговой жидкости берут на анализ кровь, которую также отправят в лабораторию. Примерно в течение суток после проведения спинномозговой пункции избегайте напряженной или продолжительной физической нагрузки.

Иногда ставится вопрос о многократном проведении люмбальной пункции. Поскольку колебания в характерных изменениях ликвора не настолько существенны, чтобы отражаться на лечении, назначаемом пациенту, в этом нет никакой необходимости, к тому же результаты исследования спинномозговой жидкости не являются и прогностическим тестом. Заметим, вряд ли врач будет предлагать это исследование без особой надобности.

8.4 Безопасна ли эта процедура?

У меня такой страх перед этой процедурой, но кто-то сказал, что это сравнимо с взятием крови на исследование. Это действительно так?

Если сказать, что это исследование совершенно безопасно, то это не совсем так, ибо любая подобная процедура связана с риском, и, кроме того, в медицине всегда бывают исключительные случаи. Тем не менее, большинство пациентов отмечают, что ожидали худшего, и удивляются, что практически не чувствовали никакой боли. Однако, как многие другие методы, исследование имеет свои риски, в том числе:

- головная боль, усиливающаяся в положении сидя или стоя, которая возникает примерно в 10% случаев после пункции;
- занесение инфекции, однако риск инфицирования при люмбальной пункции чрезвычайно низок;
- примесь крови в спинномозговой жидкости, которая может быть при проколе иглой мелкого сосуда, но это не вызывает необходимости в лечении;
- резкая кратковременная боль при проведении иглы.

Чем опытнее врач, тем он легче преодолевает иголкой путь между остистыми отростками позвонков. Но если позвоночник имеет некоторые искривления, то вполне возможна кратковременная боль, связанная с попаданием иглы на костную ткань или корешок нерва. Крайне редко возможно попадание иглой в кровеносный сосуд. И в этом нет никакой опасности, только вот затрудняется проведение анализа взятой жидкости, ибо неизвестно происхождение определенных белков: были ли они в ликворе или в попавшей в него крови (см. 8.6  Что такое олигоклональные группы IgG?). В худшем случае исследование повторяют через несколько дней.

Еще раз подчеркнем, учитывая этот частый вопрос, что при люмбальной пункции спинной мозг повредить нельзя, так как он заканчивается между телами 1-го и 2-го поясничных позвонков, а пункция делается между 3 и 4 или между 4 и 5 поясничными позвонками. В этом месте нет нервных корешков, так как они находятся слева и справа от места прокола, поэтому во время проведения этой процедуры пациент должен принять правильную позу, чтобы не испытывать боль.

8.5 Должны ли быть головные боли?

Мне недавно сделали спинномозговую пункцию, и врач сказал, что на следующий день уже смогу работать. Но у меня несколько дней сильно болели голова и шея. Почему мне было так плохо?

Это интересный вопрос. Каждый человек переносит люмбальную пункцию по-своему. Это зависит от многих факторов. Обычно при подозрении на РС берут около 10 мл жидкости. Кстати, из пальца обычно берут для анализа 2 мл крови. Общее количество спинномозговой жидкости в желудочках около 150 мл. Это практически одна кофейная чашка. В день образуется около 500 мл нового ликвора, следовательно, 10 мл восполняется буквально за полчаса.

Головные боли начинаются нередко спустя 5–6 часов после исследования, а порой и через 2 дня. Возможно, что это связано с медленным истечением ликвора через оставшийся после прокола канал. Поэтому совершенно необходимо после исследования лежать несколько часов и принимать жидкость, чтобы уменьшить риск возникновения побочного эффекта — дегидратации и снижения внутричерепного давления. Опыт показывает, что вероятность появления головной боли тем больше, чем моложе и хуже пациент. Один опытный врач заметил, что головные боли возможны у тех, кто закуривает тут же после пункции. Он не нашел научного объяснения такому факту, но это может послужить многим как предупреждение.

8.6 Что такое олигоклональные группы IgG?

В выписке из стационара указано, что в ликворе выявлены олигоклональные группы. Нельзя ли рассказать о них подробнее?

Речь идет об иммуноглобулинах — защитных веществах (антителах), которые образуются лимфоцитами против чужеродных веществ (антигенов), например цепи аминокислот в белковой оболочке вируса. Поскольку эти молекулы велики, они не проникают через описанный ранее гематоэнцефалический барьер. При РС в ликворе количество антител увеличивается, поэтому его исследование дает возможность выявить происходящий в нервной системе процесс образования этих антител. При этом речь идет преимущественно об определенных подгруппах антител иммуноглобулинов IgG19, которые имеют обычное группирование в так называемые «олигоклональные полосы». Напомним, что иммуноглобулины — это сывороточные и секреторные белки, обладающие активностью антител и участвующие в механизме защиты против возбудителей инфекционных болезней. Различают пять классов иммуноглобулинов: IgG, IgA, IgM, IgD и IgE. Поскольку в норме в сыворотке крови человека IgG составляет 70–80% всех иммуноглобулинов и содержит основную часть антител против ряда вирусов и бактерий, а также антитоксины, его значение велико. Возвращаясь к гематоэнцефалическому барьеру, добавим, что нахождение соответствующих иммуноглобулинов в спинномозговой жидкости и их отсутствие в плазме крови говорит о наличии воспалительного процесса в мозге, что и является диагностическим тестом.

8.7 Доказывает ли наличие олигоклональных иммуноглобулинов в ликворе диагноз РС?

Если у меня найдут в спинномозговой жидкости олигоклональные иммуноглобулины, значит, у меня действительно РС?

Есть заболевания, которые убедительно выявляются с помощью специального теста, например СПИД. Естественно, поиски ученых были направлены на создание специфического теста для РС, ибо ожидать изменений в крови не при-

ходило (вспомним гематоэнцефалический барьер). Конечно, метод изучения ликвора является шагом вперед, но пока еще не решил проблему.

Дело в том, что олигоклональные иммуноглобулины находят и при других заболеваниях, например энцефалите, вызванном вирусом герпеса, нейросифилисе, нейроборрелиозе. Но важность метода заключается в том, что РС все-таки встречается значительно чаще, к тому же клинические находки при РС отличаются от тех, что встречаются при названных заболеваниях, поэтому ошибки допускаются довольно редко. Отметим, что согласно критериям диагноза РС по Позеру, при наличии одного обострения, одного очага клинически и параclinически (зарегистрированного методами МРТ или вызванных потенциалов), но при наличии олигоклональных IgG в СМЖ — это «вероятностный» РС. При отсутствии клинических доказательств многоочагового поражения мозга, но при наличии двух обострений и выявлении олигоклональных IgG в СМЖ (например, при первично-прогрессирующем РС с постепенным развитием нижнего парапареза из-за поражения спинного мозга) диагноз определяется как достоверный, подтвержденный лабораторно РС.

8.8 И все же: положительный анализ — это окончательный диагноз?

Поскольку в последнее время меня беспокоят головокружение и нарушение слуха, мне сделали исследование спинномозговой жидкости и нашли олигоклональные иммуноглобулины. Врач сказал, что это может быть РС, хотя на МРТ ничего не выявили. Какова вероятность наличия у меня РС?

Это действительно весьма непростой вопрос. Наличие в ликворе олигоклональных иммуноглобулинов не всегда означает, что у пациента есть РС. При этом статистические данные ошибочных находок разнятся от 1 до 15%, но, вероятно, последние цифры завышены. К тому же, как уже выяснили, вполне могут быть и другие заболевания. Не станем углубляться в теоретические рассуждения. Заметим, что сам по себе отдельно взятый тест не есть повод для установления диагноза РС. Если у человека были признаки нарушения зрения, характерные для неврита зрительного нерва, а через полгода признаки сдавления груди по типу «корсета», то здесь достаточно оснований заподозрить РС, даже если нет изменений на томограммах. И совсем другое дело, когда беспокоят головокружение и шумы в ушах, практически не имеющие отношения к РС. Здесь можно предположить отрицательный результат.

8.9 Можно ли быть уверенным, что отрицательный анализ исключает РС?

У меня преходящая слабость в правой ноге и неприятные ощущения в стопе. При обследовании спинномозговой жидкости изменений не выявлено. Значит ли это, что РС исключен?

Пожалуй, между этими вопросами есть глубокая связь. Считают, что олигоклональные иммуноглобулины в спинномозговой жидкости обнаруживаются у более 90% пациентов с РС. Однако такой подход слишком общий, ибо большое значение имеет длительность заболевания. Большинство специалистов сходится во мнении, что они обнаруживаются у 97–98% пациентов, страдающих РС десять и более лет. К сожалению, нет сведений о том, у скольких пациентов с типичными клиническими проявлениями РС этот тест будет положителен при первых атаках заболевания. Правда, сейчас делаются попытки провести математически-статистические исследования, но они являются лишь подспорьем в диагностике. Проблема заключается в том, что диагноз РС нередко устанавливается, когда заболевание продолжается уже 10–15 лет. Иногда болезнь ограничивается на дол-

гие годы единственной атакой. Поэтому сложно говорить о возможности положительного теста на ранних стадиях, к тому же данные специалистов различных клиник очень расходятся.

Завершая обсуждение этого важного метода диагностики РС, отметим, что сам по себе анализ спинномозговой жидкости не подтверждает и не исключает диагноз рассеянного склероза. Он должен рассматриваться как часть общей клинической картины на фоне результатов других диагностических процедур, таких как измерение вызванных потенциалов и магниторезонансная томография.

9. Исследование вызванных потенциалов

9.1 Что такое вызванные потенциалы?

Мне предстоит идти на исследование потенциалов. Что-то уж сложное название, это обследование неприятное?

Сразу заметим, что измерение вызванных потенциалов (ВП) безвредно и безболезненно. Они являются методом регистрации биоэлектрической активности мозга в ответ на определенную стимуляцию. Кривые вызванных потенциалов позволяют выявить замедление проведения импульса, которое указывает на поражение данной проводящей системы (другими словами, степень сохранности) и подтверждает распространенность демиелинизирующего процесса. При этом изменения могут быть найдены, когда симптомы РС еще мало беспокоят пациента, то есть практически никак себя не проявляют.

Выделяют зрительные, соматосенсорные и акустические стволовые вызванные потенциалы. Чтобы было яснее, заметим, что кривая зрительных вызванных потенциалов характеризует проведение импульса по зрительным проводникам от сетчатки до затылочной доли, кривая соматосенсорных ВП — проведение импульса от стимулированного периферического нерва (например, срединного или малоберцового) до коры головного мозга, а кривая слуховых ВП фиксирует электрическую активность слуховых проводящих путей. Специальные приборы оценивают пики и интервалы между пиками кривых. В зависимости от клинических проявлений заболевания врач решает проводить обследование одной или двух видов ВП.

9.2 Какие виды исследований потенциалов проводятся при РС?

Как выявляют эти потенциалы?

При исследовании зрительных вызванных потенциалов используется метод «реверсивного шахматного паттерна». На коже головы пациента над зрительным центром головного мозга укрепляется электрод. Пациент смотрит на изображенную на экране шахматную доску, белые и черные клетки которой то и дело быстро меняются местами. При этом фиксируется период времени между зрительным раздражением и регистрацией электрического импульса электродом (латентность колебаний вызванного потенциала коры головного мозга) отдельно для каждого глаза. Если проводящая способность зрительного нерва нарушена из-за наличия очага (бляшки), зрительное раздражение достигает коры головного мозга позднее.

Чувствительность зрительных вызванных потенциалов составляет у пациентов со зрительными нарушениями (оптическим невритом) 70–95%, у пациентов с наличием ряда симптомов в начале заболевания без зрительных нарушений — 44–46%, у пациентов со спинальной симптоматикой — 7–28%.

Для выявления зрительных нарушений метод зрительных вызванных потенциалов более чувствителен, чем офтальмологическое исследование и магниторезонансная томография головного мозга, ибо уже на ранней стадии заболевания

он выявляет дополнительный очаг поражения, не обнаруженный при клинических обследованиях, что подтверждает многоочаговость поражения, что очень важно для ранней диагностики рассеянного склероза.

Чувствительность акустических стволовых вызванных потенциалов при начале заболевания с проявлением нескольких симптомов, но без стволовых нарушений составляет 38%, со стволовыми нарушениями — 50–67%. Метод акустических стволовых вызванных потенциалов более чувствителен для оценки очагов в мосту, чем магниторезонансная томография головного мозга. Чувствительность соматосенсорных вызванных потенциалов при наличии у пациентов нарушений чувствительности составляет 75%, без них — 42%.

Наиболее информативна комбинация всех трех видов вызванных потенциалов, при исследовании которых изменения вызванных потенциалов регистрируются в 95% случаев достоверного РС и в 60% случаев при возможном РС. При спинальных формах заболевания проведение вызванных потенциалов позволяет выявить дополнительные очаги у 35% пациентов.

Существует и четвертый тип подобных исследований — измерение моторных вызванных потенциалов, который позволяет выявить очаги демиелинизации вдоль моторных (т.е. контролирующей двигательную функцию) путей нервной системы, но на практике его используют нечасто.

Хотя методы измерения вызванных потенциалов используются в диагностике РС, отклонения в их результатах могут быть вызваны и другими заболеваниями, поэтому они не являются специфическими для рассеянного склероза. При постановке точного диагноза РС информацию, полученную при проведении этих тестов, оценивают в сочетании с другими лабораторными и клиническими данными. Учитывая возможность выявления «немых» очагов (бляшек) поражения нервной системы, которые не проявляют себя клинически, следует признать важность этого исследования. Не случайно оно входит в тройку наиболее информативных диагностических методов при РС наряду с МРТ и исследованием спинномозговой жидкости.

9.3 Для чего применяется электромиография?

Как и метод вызванных потенциалов, электромиография используется для уточнения степени сохранности проводящих путей нервной системы. Этот термин объединяет несколько принципиально различных методов диагностики, каждый из которых имеет свое назначение, свои противопоказания, а также оптимальные сроки проведения исследования от начала заболевания. Кроме того, перечисленные методики могут выполняться на различных мышцах и нервах конечностей и головы. Поэтому перед проведением исследования всегда четко должны быть определены его цели и задачи.

Стимуляционная электронейромиография (ЭНМГ) исследует особенности проведения нервного импульса (вызываемого электростимуляцией нервов) по двигательным и чувствительным волокнам периферических нервов.

Разновидностью электронейромиографии является исследование лицевого нерва и исследование мигательного рефлекса. При повреждении лицевого нерва проведение этих исследований в ранние сроки (желательно в первые 2–3 дня и повторно через 10 дней после развития паралича мышц лица) имеет принципиальное значение для определения прогноза заболевания и коррекции лечения.

Отдельной методикой считается исследование нервно-мышечной передачи, во время которого изучаются мышечные потенциалы, возникающие при ритмической стимуляции нерва импульсами разной частоты.

Игольчатая электромиография — метод исследования мышц в покое и при функциональных пробах, проводимый с помощью тонкого игольчатого электрода, погружаемого в мышцу. Метод является инвазивным, поэтому проводится только при строгих показаниях.

10. Дополнительные исследования при РС

10.1 Что дает иммунологический анализ крови (иммунологический мониторинг)?

Мой врач рекомендует регулярно делать иммунологический анализ крови. Какой в этом смысл?

Мы знаем, что РС является аутоиммунным заболеванием, поэтому важно постоянно отслеживать (осуществлять мониторинг) показатели клеточного и гуморального иммунитета. Роль иммунологических исследований очень велика, т.к. их объектом могут служить периферическая кровь, ликвор, слюна и другие биологические жидкости. Известно, что диагностически значимыми показателями у пациентов с РС являются:

- повышение уровня γ -глобулинов в спинномозговой жидкости (СМЖ) (у 75% больных);
- выявление олигоклональных IgG в СМЖ (у 85–95% больных) уже на ранней стадии заболевания;
- повышенное содержание в СМЖ основного белка миелина, что может служить признаком обострения процесса, а при определенных величинах этого показателя — об активной демиелинизации.

Важно, что для оценки характера течения РС используются вполне доступные методы (материалом для исследования является периферическая кровь). Мы понимаем, что для пациентов не столь важно подробное описание этих сложных исследований, однако следует знать о возможности их проведения, поэтому мы перечислим их:

- иммунофлуоресцентный метод определения субпопуляций Т- и В-лимфоцитов с помощью наборов моноклональных антител (МАТ) CD3⁺, CD4⁺, CD8⁺, CD22⁺;
- метод оценки пролиферации лимфоцитов: спонтанной и под действием Т- и В-клеточных митогенов (ФГА, Кон-А, PWM) — реакция бласттрансформации лимфоцитов;
- метод определения активности супрессорных лимфоцитов: спонтанной и Кон-А индуцированной;
- метод определения чувствительности иммунокомпетентных клеток к нейроспецифическим антигенам — белку S-100, антигену нейрональных мембран, основному белку миелина и др. — реакция торможения адгезии лейкоцитов;
- метод определения кислородзависимой бактерицидности фагоцитирующих клеток периферической крови в тесте восстановления нитросинего тетразолия (НСТ-тест);
- метод радиальной иммунодиффузии в геле для определения количества иммуноглобулинов классов А, G, M.

Ученые рекомендуют учитывать тот факт, что значения иммунологических показателей у человека изменяются не только в процессе жизни, но и под действием различных факторов. Это биологические ритмы, нагрузочные факторы — прием пищи, физическая и психоэмоциональная нагрузка, воздействие климатогеографических условий, сильное переохлаждение или перегревание, курение, воздействие химических веществ, радиации и т.д.

В ряде исследований показано, что наиболее информативным и доступным методом иммунологического мониторинга при РС может стать определение соотношения различных подклассов лимфоцитов. Они принимают активное участие в иммунном ответе, поэтому изменение этого показателя может служить признаком воспалительного процесса. Указывают также, что повышение уровня сывороточного интерферона может свидетельствовать об острой стадии заболевания, а его нормализация обычно совпадает с ремиссией.

Некоторые специалисты на основании данных многолетнего наблюдения считают, что эти исследования опережают клинические, а поскольку они динамичны и изменчивы в ходе заболевания, то мониторинг необходим для сравнения показателей иммунитета с предыдущими показателями данного пациента. Таким образом, этот тест может быть эффективным методом контроля над течением заболевания. В настоящее время ведущие центры страны работают над совершенствованием методов иммунологической диагностики. К сожалению, пока такие исследования доступны не везде.

10.2 Какова цель электрофизиологических исследований?

Меня посылают на какое-то электрофизиологическое исследование, о котором раньше и не слышал. А какие еще есть методы исследования?

Действительно, в процессе заболевания появляется необходимость провести дополнительные исследования с целью уточнения функциональных нарушений ЦНС. Мы уже познакомились с вызванными потенциалами. Существуют и другие методы, при которых с помощью пропускания электрических импульсов по нервным клеткам или по месту передачи между нервами и мышцами измеряется электропроводность. Так, электрическая активность головного мозга исследуется методом электроэнцефалографии и регистрируется на электроэнцефалограмме (ЭЭГ), скорость проводимости нервной ткани для проверки функционирования нервных окончаний измеряется методом электронейрографии (ЭНГ). При мышечных заболеваниях используется такой метод исследования, как электромиография (ЭМГ). Все эти методы исследований вполне безобидны и безболезненны для пациентов с РС.

К другим методам, сходным с измерением вызванных потенциалов, относятся электроокулография и стабิโลграфия, которые выявляют поражения ствола мозга и мозжечка. В ходе электроокулографии измеряются потенциалы покоя между передним и задним отделами глазного яблока. Метод стабิโลграфии применяют для исследования равновесия. Заметим, что по результативности выявления патологических очагов они уступают исследованию вызванных потенциалов.

Еще одним представителем этой группы является корковая магнитная стимуляция, в ходе которой определяется проводящая способность нервных путей центральной нервной системы, ответственных за выполнение двигательных актов. На нервные пути в области теменной шейного отдела позвоночника воздействуют раздражением в виде краткого электромагнитного импульса, не причиняющего боль. При этом замеряется период времени с момента поступления раздражения до быстрого подергивания кистями рук и стопами ног, на суставы которых крепятся электроды. Этот метод позволяет определить, находятся ли очаги повреждения в головном или спинном мозге. У большинства пациентов с РС уже во время первого обострения обнаруживаются патологические нарушения. Этот метод следует считать вспомогательным при диагностике РС.

Одним из исследований, которое используют, чтобы исключить другие возможные причины неврологических проявлений, напоминающих РС, яв-

ляется миелография. Под рентгенконтролем в пространство между спинным мозгом и его оболочками вводят специальное контрастное вещество, чтобы определить место нарушения тока спинномозговой жидкости. Это позволяет выявить наличие опухоли спинного мозга или грыжи межпозвоночного диска, которые могут сдавливать спинной мозг и вызывать появление симптомов, напоминающих РС.

10.3 Что дают методы исследований с использованием специальной аппаратуры?

Существуют ли новые методы диагностики РС?

Ученые активно ищут новые возможности диагностики РС и оценки процессов, происходящих в организме в ходе заболевания.

В последние годы активно внедряется **магниторезонансная спектроскопия** (МР-спектроскопия). Она так же, как МРТ, основана на пульсирующем магнитном поле, с помощью которого можно оценить биохимические и нейрофизиологические проявления демиелинизации, которые возникают у пациентов с РС на разных этапах его развития и, что особенно важно, на ранних стадиях заболевания. Наиболее часто используется протонная спектроскопия.

Позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ) позволяет с помощью специального сканера отслеживать распределение в организме биологически активных соединений (кислорода, углерода, азота, фосфора и др.), меченных излучающими позитрон радиоизотопами, и оценивать обменные процессы в мозге. Это позволяет осуществить количественное определение степени проницаемости гематоэнцефалического барьера, прижизненное количественное изучение гистохимических и метаболических процессов мозга и получить более подробную информацию о степени активности демиелинизирующего процесса. В настоящее время ведутся исследовательские работы, которые позволят получать важные данные об изменениях в мозге при этом заболевании.

В последние годы ведутся поиски маркеров различных заболеваний. В прессе появились сообщения о разработке европейскими исследователями биосенсорной технологии, в которой применяются антитела для обнаружения биомаркеров многих болезней. Ученые надеются в ближайшем будущем разработать тесты для широкого спектра заболеваний, в т.ч. рака простаты и яичников, рассеянного склероза, сердечных заболеваний, туберкулеза и даже ВИЧ. Опыт показывает, что до внедрения в практику объявленного в прессе нового метода проходит достаточно много времени.

10.4 Что дает генная диагностика?

Можно ли поставить диагноз, изучая гены?

Весьма обнадеживающе и сообщение о разработке метода диагностики РС по генам. Исследователи сравнили профили экспрессии генов, полученные из образцов крови пациентов с рассеянным склерозом, пациентов с другими неврологическими нарушениями, подобными РС по клиническим проявлениям, и здоровых людей. В ходе анализа между тремя группами пациентов были обнаружены статистически достоверные различия в экспрессии генов. Такие данные в очередной раз подтвердили результаты предыдущего исследования, в рамках которого изучались одноядерные клетки периферической крови. В дальнейшем ученые планируют «очистить» выявленные наборы генов, чтобы их можно было эффективно использовать для диагностики рассеянного склероза.

Оценка инвалидности и прогноз

11.1 Расширенная шкала оценки инвалидности по Джону Куртцке (J. Kurtzke) — EDSS

11.1.1 Что представляет собой шкала повреждения функциональных систем (FS)?

Для оценки клинического статуса больных рассеянным склерозом используется оценка с помощью шкалы повреждения функциональных систем по J. Kurtzke (Functional Systems — FS). По этой шкале проводится оценка в баллах (от 0 до 6) степени выраженности симптомов поражения различных проводящих систем мозга. Подробный анализ проявлений заболевания позволяет уточнить диагноз и разработать стратегию лечения пациента.

В настоящее время для оценки тяжести состояния больных рассеянным склерозом принят расширенный показатель уровня инвалидизации по Куртцке (показатель EDSS).

11.1.2 Что представляет собой расширенная шкала Дж. Куртцке (EDSS)?

В моей выписке из стационара указано, что у меня 6 степень по Куртцке. Что это означает?

Степень инвалидизации пациентов с РС определяют с помощью специальной международной шкалы, которая сокращенно называется EDSS (Expanded Disability Status Scale):

- 0 — Неврологическое исследование без особенностей.
- 1 — Минимальные признаки болезни, например ослабленное восприятие вибрации, при отсутствии органических нарушений.
- 2 — Наличие легких органических нарушений, например легкая слабость или незначительные нарушения чувствительности.
- 3 — Умеренные нарушения, например монопарез, умеренная атаксия, но полностью сохраненная способность ходить.
- 4 — Достаточно тяжелые нарушения с сохраненной способностью ходить и полной самостоятельностью; достаточная бодрость в течение 12 часов в день.
- 5 — Трудоспособность сильно ограничена, пациент способен пройти около 200 м без помощи и отдыха.
- 6 — Потребность временами или постоянно в поддержке (трость, костыли), чтобы пройти 100 м без отдыха.
- 7 — Постоянная необходимость в инвалидном кресле; способность самостоятельно с ним передвигаться.
- 8 — Постоянная зависимость от инвалидного кресла или необходимость оставаться в кровати; невозможность самостоятельно передвигаться; пациент нуждается в уходе.
- 9 — Пациент совершенно беспомощен, прикован к постели.

Эта шкала была разработана в 60-х годах прошлого века американским исследователем РС Дж. Куртцке. Минимальное значение этой шкалы (0) соответствует отсутствию неврологических симптомов, а 10 ставится посмертно.

Например, степень инвалидизации 4 означает, что пациент в состоянии пройти путь в 500 м без помощи и отдыха. При 6 степени имеется необходимость в односторонней помощи при ходьбе, а 7 степень инвалидности означает зависимость от инвалидного кресла.

11.1.3 Насколько надежна шкала EDSS?

В моей выписке из реабилитационного отделения обозначена степень 3,5. Спустя некоторое время мой лечащий врач поставил другой показатель — 4,5. Разве такие отклонения нормальны? Как понять, с чем это связано: или врачи по-разному оценивают, или ухудшилось мое состояние?

При всей сложности шкалы многие показатели разработаны нечетко, поэтому вполне возможно некоторое смещение цифр. Можете не сомневаться, что если вас осматривают 10 неврологов, то по большей части показатели будут разные. Но обычно эти колебания незначительные и не имеют практического значения для опытного врача.

Кроме того, трудно сравнивать яблоко с грушей. Сложно проводить сравнения комплексных поражений одного человека (например, комбинацию нарушения зрения, проблемы с движением, неловкость рук) с нарушением функции мочевого пузыря и усталостью у другого. Тем не менее, приходится устанавливать степень инвалидизации.

11.1.4 Какова практическая ценность шкалы EDSS?

Эта шкала нужна только для определения степени инвалидизации?

Не совсем так. Во всем мире ее используют для того, чтобы охарактеризовать состояние пациента с рассеянным склерозом в момент осмотра. Это позволяет при посещении врача, независимо от того, в каком городе или в какой стране он находится, следить за процессом развития болезни, эффективностью назначаемой терапии. Таким образом сохраняется преемственность в наблюдении за пациентом, устраняются трудности, связанные с предоставлением документов медицинским работникам.

В определенной степени оценивается и течение процесса. Так, при нарастании тяжести состояния больного наступает *ухудшение*, при котором, как правило, отмечается увеличение EDSS на 0,5–1 балл. С другой стороны, *улучшением* считается уменьшение EDSS по крайней мере на 1 балл или начало стабилизации процесса.

11.1.5 Как устанавливают инвалидность у нас в стране?

Существуют строгие единые законы на территории всей страны. Со 2-го февраля 2016 г. вступил в силу новый приказ о классификациях и критериях установления инвалидности — Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 17.12.2015 № 1024н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» (Зарегистрирован в Минюсте России 20.01.2016 № 40650).

11.2 Прогноз

11.2.1 Прогноз РС — гадание на кофейной гуще?

Действительно ли можно предсказать течение РС? Разве это не излишняя самонадеянность?

Этот вопрос, пожалуй, один из центральных в этой книге. Сколько можно было бы избежать страданий молодых людей, если бы одновременно с постановкой диагноза можно было сказать: «У вас серьезное заболевание, но вы можете быть спокойны. То, что сейчас о нем известно, позволяет сказать, что его течение должно быть вполне доброкачественным».

Сегодня так можно сказать лишь в утешение, но позже, когда станет очевидным ошибочность такого прогноза, возможна утрата доверия к врачу. В принципе, относительно достоверный прогноз возможен, но это очень сложно, ибо он требует большого опыта наблюдения за пациентами с РС, хорошего знания снимков МРТ и, что немаловажно, много времени для анализа всех результатов наблюдения и обследования.

До сегодняшнего дня у нас бытует мнение, что предсказать течение РС невозможно. Действительно, у некоторых пациентов проявления болезни минимальны, у других наступает быстрое прогрессирование, порой приводящее к разной степени инвалидизации. Хотя следует признать, что у большинства пациентов течение болезни протекает между этими вариантами. Между тем, существует возможность представить *вероятное* течение РС.

Несколько дальше будут представлены некоторые прогностические правила, которые читатели могут счесть недостаточно надежными, например как предсказание погоды по народным приметам. Между тем, они основаны на современных научных данных (11.2.2 Что гласят 10 прогностических правил для РС?).

Они носят практический характер и, более того, в 7–8 случаях из 10 вполне точны, а в 2–3 близки к истинному прогнозу. Надежность прогноза возрастает, когда применимо наибольшее число указанных правил и когда врачи имеют многолетний опыт «общения» с рассеянным склерозом.

11.2.2 📖 Что гласят 10 прогностических правил для РС?

Существуют ли в действительности возможность предсказать течение РС?

Да, такие прогностические правила есть, но они действенны в руках опытных врачей и, как всегда, имеют исключения. Эти правила включают в себя следующее.

1. Начало заболевания с нарушения зрения (это может быть удвоение изображения или неврит глазного нерва) или чувствительности указывает на благоприятное течение.
2. Начало болезни с обострений благоприятнее, чем медленное течение.
3. Редкие обострения с большими интервалами благоприятнее.
4. Меньшее количество очагов на томограммах (МРТ) в начале заболевания благоприятнее, чем большое количество.
5. Полное исчезновение симптомов также благоприятнее.
6. Отсутствие «черных дыр» говорит о благоприятном течении РС.
7. Повторение уже известных симптомов предпочтительнее, чем «истинные» атаки с новыми симптомами.
8. РС проявляет свой характер в первые 5 лет (см. 11.2.3 О чем говорит «правило 5 лет» по Джону Куртцке (J. Kurtzke)?).
9. РС, проявивший себя при чрезвычайных жизненных обстоятельствах, лучше поддается «управлению», чем обострение, возникшее как гром среди ясного неба (11.2.4 Что подразумевают под «золотым правилом» РС?).
10. Кто знает прошлое, тот знает будущее (см. 11.2.5 📖 Что означает прогностическое правило Гиппократата?).

Рассмотрим более подробно некоторые правила.

Правило 1. Само по себе оно мало убедительно. Если правильно утверждение о том, что участки головного мозга, наиболее подверженные постоянной нагрузке, более предрасположены к развитию заболевания (см. 3.15 Что такое «гипотеза о чернильной кляксе?»), тогда, например, зрительные нервы или задний столб спинного мозга, которые постоянно имеют информацию о состоянии суставов, мышц, кожных процессов, более предрасположены к повреждению при мягких

формах РС, что не исключает вероятности поражения при агрессивном течении заболевания.

Правило 2. Оно само по себе исключает более неблагоприятную первично-прогрессирующую форму течения заболевания.

Правила 3 и 4 основаны на активности заболевания. Мерой учета является количество обострений, например, во временном пространстве, а точнее: количество образовавшихся очагов (бляшек), выявленных при МРТ в начале заболевания. Следует учитывать, что количество образовавшихся очагов в первый год часто наибольшее, а затем оно снижается (см. 11.2.3 О чем говорит «правило 5 лет» по Джону Куртцке (J. Kurtzke)?).

Правила 5 и 6 позволяют сделать вывод об агрессивности заболевания. Если она не выражена, то можно надеяться на активную ремиелинизацию очага (3.13 Бывают ли «немые» очаги?) и затем на полное восстановление функций. В случае высокой агрессивности процесса возникают «черные дыры» (3.19 Что означают «черные дыры?»).

Правило 7 следует воспринимать с осторожностью, т.к. оно обоюдоострое. С одной стороны, реактивизация все же предпочтительнее, когда она проходит без образования новых бляшек. С другой стороны, постоянный процесс в старом очаге может постепенно повреждать еще сохранившиеся нервные волокна (4.4 Что такое активация очага?).

Оставшиеся три правила обсудим несколько позже.

11.2.3 📖 О чем говорит «правило 5 лет» по Джону Куртцке (J. Kurtzke)?

Я слышала, что РС демонстрирует свой характер в первые 5 лет заболевания.

Если в этот период болезнь протекает относительно миролюбиво, останется так и всегда?

Известный американский исследователь Джон Куртцке считает, что степень инвалидизации, определенная спустя 5 лет после начала заболевания, во многом определяет дальнейшее течение процесса. Так, менее 8% тех, кто после пяти лет имеет легкую степень инвалидизации (< 3 по шкале Куртцке), имеет более тяжелую степень (6–10 по этой шкале) спустя 10 лет, а 11% из них — спустя 15 лет.

Таково знаменитое «правило 5 лет». Оно подтверждает наблюдения, утверждающие, что во многих случаях пик активности болезни приходится на начало заболевания, а затем в течение последующих лет наступает его спад.

Даже если считать это правило вполне рациональным, следует учитывать некоторые исключения. Бывают случаи, когда заболевание проявляется впервые в форме неврита зрительного нерва, затем наступает на длительное время ремиссия (10, 15, а порой и 20 лет) — и вдруг неожиданное обострение с достаточной степенью агрессивности. Часть подобных случаев можно объяснить снижением защитных сил организма в связи с изменением каких-то жизненных обстоятельств, в ряде случаев пока трудно найти тому объяснение.

11.2.4 📖 Что подразумевают под «золотым правилом» РС?

Есть ли какая-либо возможность понять, как справиться с болезнью?

Да, существует так называемое «золотое правило» РС. Оно основывается на уже упомянутом изречении Гиппократата и звучит так: когда на течение РС влияют определенные и конкретные жизненные обстоятельства, тогда есть возможность повлиять на болезнь, изменив эти обстоятельства. И это правило имеет огромное практическое значение. Давайте рассмотрим примеры.

1. Тот, кто столкнулся с обострением болезни после поездки в теплые края, должен отказаться впредь от них, хотя бы в летнее время.

2. Если у пациента имеется склонность к атакам болезни после переохлаждений, он просто обязан это учитывать и соответственно одеваться в холодное время, не стесняться пользоваться шарфом, головным убором при сильном ветре, уклоняться от сквозняков, быть осторожным во время прогулок, принимать меры при первых же признаках простуды.

3. Тот, кто понимает, как влияют на болезнь производственные нагрузки, должен принять разумное решение. Здесь возникает много вопросов, о которых разговор еще впереди.

4. Если течение РС ухудшается в связи с тем, что в семье нет возможности по разным причинам организовать необходимую помощь, следует искать другое решение, например обратиться в компетентные органы, общество инвалидов-больных РС. У нас нет возможности обсуждать возможные варианты семейных тренировок, но то, что их следует решать, чтобы не способствовать ухудшению состояния пациента, не вызывает сомнения.

11.2.5 Что означает прогностическое правило Гиппократов?

Гиппократ писал: «Кто знает прошлое, тот знает будущее».

Строго говоря, правило Гиппократов является волшебной формулой, хотя и звучит столь просто. Чем лучше мы знаем прошлое определенного человека, тем легче нам представить его поступки в будущем. Так и с хронической болезнью: легче представить ее дальнейшее течение, зная, как она протекала раньше. К тому же болезнь значительно реже меняет свой характер, чем человек.

Что это практически значит? Очень просто: на все, на что РС реагировал особенно чувствительно, он будет реагировать так же и в будущем. Среди наиболее частых факторов: переохлаждения и вирусные заболевания, послеродовой период, жара. Немаловажное значение имеет стресс: экзамены, переезд, дети, рождающиеся один за другим, дети в подростковом возрасте, производственные переработки, проблемы на работе, в т.ч. моббинг (форма психологического насилия в виде травли сотрудника в коллективе), «тяжелая» свекровь (или теща) и т.д.

Во многих случаях пациент с РС знает свои собственные «факторы риска» и может с довольно высокой степенью достоверности предсказать появление нового обострения. Знание — сила, но, к сожалению, мы не можем во всех случаях предотвратить неблагоприятные обстоятельства.

11.2.6 Какова вероятность оказаться в инвалидном кресле?

Мне 21 год, недавно перенесла первую атаку РС. Когда и с какой вероятностью приведет меня болезнь в инвалидное кресло?

Начнем с одного давнего исследования. В начале 70-х годов прошлого века был проведен ретроспективный анализ жителей одного города США старше 60 лет. Оказалось, что 74% пациентов с РС пережило еще 25 лет, и этот же период пережило 86% представителей остального населения. К концу этого 25-летнего срока треть пациентов была вполне активна, а 2/3 из них — способны ходить. Это достаточно убедительные позитивные данные, которые относятся к середине прошлого века и вряд ли могут быть сравнимы с сегодняшними данными. С внедрением современных диагностических методов доля более доброкачественного течения заболевания стала значительно больше. Согласно мировым данным, сегодня при своевременной диагностике можно считать, что более 80% пациентов вполне могут избежать инвалидного кресла.

Согласно данным статистики, 50% всех пациентов через 10–15 лет после начала РС будут нуждаться в костылях, чтобы ходить, 50% пациентов с прогрессирующим течением заболевания будут нуждаться в костылях уже через 5 лет после начала заболевания.

Опыт показывает, что большинство пациентов с РС сохраняют способность передвигаться самостоятельно, однако могут быть периоды, когда вам понадобятся вспомогательные средства.

11.2.7 Что подразумевают под доброкачественным течением РС?

Мой врач убеждает меня, что мое течение РС вполне доброкачественное. Она утешает меня или это вполне возможно? Разве возможно назвать РС доброкачественным заболеванием?

Опытный врач, обладающий к тому же интуицией, вполне может предсказать течение заболевания в будущем. А теперь вспомним рассуждения о легких и тяжелых обострениях. Вот и здесь имеется в виду такое течение заболевания, которое характеризуется крайне редкими обострениями, во время которых могут появляться легкие или (реже) достаточно выраженные симптомы: слабость в конечностях (парезы), нарушение зрения, связанное с воспалением зрительного нерва, проблемы с мочевым пузырем и другие. Однако после обострений нарушенные функции восстанавливаются, и спустя 15 лет от начала болезни пациент не имеет существенных проблем, связанных со здоровьем. Некоторые авторы считают, что если у пациента в начале заболевания была ремиттирующая форма, а затем через 10–15 лет есть лишь минимальные признаки инвалидизации, то можно считать такое течение РС доброкачественным. Эта форма встречается у 15–20% больных. Надо полагать, что рост легких форм заболевания связан с улучшением диагностики в последние десятилетия.

Опыт многих специалистов позволяет с большой долей вероятности сказать, что если такое течение РС продолжалось около 30 лет, то вряд ли оно изменится. Очень трудно предположить, что спустя такое время РС может показать свой характер (11.2.3 О чем говорит «правило 5 лет» по Джону Куртцке (J. Kurtzke)?).

11.2.8 Какова официальная российская статистика по РС?

Существующие показатели, связанные с РС, которые можно найти в литературе и интернете, очень разнятся. Каковы официальные цифры?

Действительно, читатели и пользователи интернета сталкиваются с широким диапазоном показателей, характеризующих РС. Мы ознакомим вас с данными официального документа. Это Протокол ведения больных «Рассеянный склероз», утвержденный министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации в 2005 г.

Известно, что среди неврологических заболеваний рассеянный склероз является основной причиной стойкой инвалидизации лиц молодого возраста.

Через 10 лет от начала заболевания 30–37% пациентов способны передвигаться только с посторонней помощью, 50% больных имеют трудности в выполнении профессиональных обязанностей, более 80% больных вынуждены сменить работу. Через 15 лет только 50% пациентов сохраняют способность работать, обслуживать себя и свободно передвигаться без посторонней помощи, а при длительности РС более 20 лет возникают проблемы в самообслуживании.

Смертность от рассеянного склероза в среднем составляет 2 случая на 100 000 населения в год. В 50% случаев причиной смерти при рассеянном склерозе являются такие осложнения, как пневмонии и инфекции мочевыводящих путей (уро-

сепсис); средний возраст умерших составляет 51,0 год. Среди пациентов с рассеянным склерозом значительно выше (в 4–7,5 раза) суицидальная смертность по сравнению с общей популяцией. Средний возраст умерших в группе с суицидальной смертностью составляет 44 года.

По данным Е. И. Гусева с соавт. (1997), смертность от осложнений рассеянного склероза в Москве составляет 1,1 на 100 000 населения в год. Среди пациентов с РС в возрасте старше 60 лет основные причины смерти не отличаются от общей популяции: злокачественные образования, инсульты и инфаркты миокарда. Выживаемость пациентов с РС через 25 лет от начала заболевания составляет 75% всех случаев.

Согласно указанному Протоколу, прогноз рассеянного склероза определяется в целом особенностями течения заболевания, степенью выраженности неврологических нарушений и темпом их прогрессирования.

Ремиттирующее течение при рассеянном склерозе, особенно на ранних стадиях, имеет благоприятный прогноз. У 70% пациентов наблюдаются спонтанные ремиссии с полным восстановлением нарушенных функций.

К благоприятным прогностическим признакам при ремиттирующем течении относятся:

- молодой возраст (менее 30 лет);
- женский пол;
- моносимптомное начало с чувствительных или зрительных нарушений;
- полная ремиссия после первой атаки;
- длительность ремиссии между первым и вторым обострением более 2 лет;
- частота обострений — не более одного в первые 2 года заболевания;
- легкая степень выраженности неврологического дефицита за первые 3 года заболевания.

К неблагоприятным прогностическим признакам при ремиттирующем течении относятся:

- возраст старше 40 лет;
- мужской пол;
- начало с двигательных, мозжечковых, стволовых, психических нарушений или полисимптомное;
- неполное восстановление после первого обострения;
- длительность ремиссии между первым и вторым обострением менее года;
- наличие более двух обострений в первые 2 года заболевания;
- степень выраженности неврологических нарушений достигает умеренной степени в первые 2 года заболевания.

При наличии неблагоприятных факторов значительно (на 50%) повышается риск перехода во **вторично-прогрессирующее течение**, которое имеет в целом плохой прогноз.

Рядом исследователей отмечен более плохой прогноз в семейных случаях рассеянного склероза.

При **первично-прогрессирующем течении** прогноз всегда неблагоприятен в связи с быстро нарастающей инвалидизацией пациентов, особенно у лиц старше 40 лет.

При длительности заболевания 15 лет тяжелая степень выраженности неврологических нарушений наблюдается часто у пациентов с первично-прогрессирующим течением и у 75% пациентов со вторично-прогрессирующим течением.

При длительности заболевания 25 лет все пациенты (100%) с первично-прогрессирующим течением нуждаются в посторонней помощи, при вторично-

прогрессирующим течением 11% больных могут самостоятельно ходить и себя обслуживать.

Наиболее неблагоприятен прогноз при злокачественной форме рассеянного склероза (болезнь Марбурга) в связи с быстрым прогрессированием заболевания и летальным исходом в течение нескольких месяцев.

Детские формы рассеянного склероза характеризуются более благоприятным прогнозом, чем взрослые, в связи с низкой частотой прогрессирующих форм. Однако степень инвалидизации у детей с ремиттирующим течением выше при сходных характеристиках, чем у взрослых пациентов с рассеянным склерозом.

11.2.9 Возможно ли излечение рассеянного склероза?

Значит, пока РС неизлечим?

К сожалению, на сегодня полное излечение от рассеянного склероза невозможно, но существует множество препаратов, позволяющих замедлить его прогрессирование. Кроме того, есть много методов лечения, позволяющих контролировать симптомы рассеянного склероза и вести полноценную активную жизнь. Большое значение имеет целый ряд практических вопросов, о которых мы поговорим отдельно.

11.2.10 Играть ли какую-либо роль для прогноза РС возраст и пол?

В разных источниках встречаю информацию о влиянии половых и возрастных отличий на течение РС. Это действительно так?

Специалисты по-разному оценивают роль возраста и пола для прогноза РС. Некоторые исследователи считают, что если РС начинается в подростковом возрасте (до 16 лет), то можно рассчитывать на более благоприятное течение заболевания. Но есть тут и одна особенность. Даже при относительно доброкачественном течении болезни в первые 10–15 лет возможно наступление инвалидизации спустя длительное время (через 20–30 лет). Есть данные о том, что при позднем начале РС, например после 55 лет, особенно у мужчин, чаще всего болезнь принимает прогрессирующее течение.

11.2.11 Есть ли другие методы прогнозирования РС?

Я читал, что уже научились прогнозировать РС с помощью МРТ. Это перспективно?

Безусловно, ученые ищут возможность прогнозирования течения заболевания с помощью аппаратных или химических тестов. Следует полагать, что вскоре этот вопрос может быть решен. Так, американские ученые в ходе четырехлетнего исследования установили, что пациенты, у которых серое вещество на МРТ было неестественно темным, имели более высокий риск утраты физических функций и развития инвалидизации. Высказано предположение, что это может быть связано с избыточными отложениями железа. Исследователи считают, что разрабатываемый маркер повреждения серого вещества может стать более точным критерием тяжести и прогнозирования течения РС, чем количество очагов демиелинизации или участков атрофии.

11.2.12 Каковы особенности прогноза при первично-прогрессирующем течении РС?

Известно, что первично-прогрессирующая форма РС имеет свои резкие особенности. Как обстоит дело с прогнозом?

Да, это форма течения значительно отличается от всех остальных форм РС как в физическом, так и в эмоциональном плане. Здесь отсутствуют внезапные атаки, что позволяет в этом плане предсказать ход болезни. Зато нет возможности использовать наработанные тесты для прогнозирования ухудшения или определения участков поражения. Это в значительной степени действует угнетающе на пациентов.

В одном длительном исследовании было прослежено течение болезни у нескольких сотен пациентов с первично-прогрессирующим РС. Через 7 лет от начала заболевания 25% из них нуждались в дополнительной опоре при ходьбе (например, трости). После 25 лет болезни часть пациентов оказалась прикована к постели, а около четверти наблюдаемых сохраняли способность свободно передвигаться, значит, у них прогрессирование РС шло медленно. Это вселяет надежду на то, что при создании нового эффективного средства будет возможность значительно улучшить прогноз и для этой группы пациентов.

Рассеянный склероз и психика

12.1 📖 Какая связь существует между моей болезнью и психикой?

Александра: «Я вполне отчетливо знаю, что как начало болезни, так и каждое обострение связано у меня со стрессом».

Александр: «Не знаю, мне надоели эти разговоры о психике. Так же можно сказать, что инфаркт или перелом бедра связан с психической нагрузкой. Это все пустые разговоры».

Два совершенно различных мнения. Кто из них прав? Попробуем разобраться. Нет ничего удивительного в том, что одна видит причину болезни в психических нагрузках, а второй считает это бессмысленным. Не станем углубляться в этот философский спор, заметим, что, как часто бывает, истина лежит посередине. Существует не так много заболеваний, причиной которых могут быть только органические или только психические нарушения. Чаще всего причины болезней весьма тесно переплетаются. Для примера возьмем органическое заболевание — инфаркт миокарда. Есть люди, предрасположенные к его развитию, у которых имеются определенные органические изменения. Но существуют и стрессовые ситуации, которые являются пусковым механизмом инфаркта. Ни один врач не упустит возможности предупредить такого пациента, что ему следует вести спокойный образ жизни (и рекомендовать рациональное питание), чтобы избежать повторного приступа.

Различается порой и подход людей к этому вопросу. Сторонники психического верховенства несколько переоценивают силу желания избавиться от болезни и собственные защитные силы, ищут во всех болезнях лишь психологическое объяснение, пренебрегая «химией», и готовы обратиться к многочисленным «специалистам», среди которых уйма шарлатанов. Во втором лагере организм расценивается как машина, а болезнь — примерно как производственная травма. Они не видят недостатки своего нездорового образа жизни, отрицают воздействие стресса и предпочитают регулярное медикаментозное лечение для поддержания своего здоровья.

Оставим этот «идеологический» спор. В последние годы появилось достаточно работ, проливших свет на связь между РС и психикой (см. 12.2 📖 Есть ли научные доказательства этой связи? и 12.3 📖 Как связано качество жизни с те-

чением РС?). Впрочем, а почему не может перелом ноги быть связанным с «психической» причиной, если вы, не будучи великим спортсменом, броситесь с горы на лыжах, чтобы понравиться своей ненаглядной? И в заключение отметим, что это глава имеет право на жизнь, ибо согласно уже неоднократно цитируемого официальному документу Протокол «Рассеянный склероз», нейропсихологические синдромы и психические нарушения выявляются у 90% больных РС. Они проявляются по-разному и для пациента имеют большое значение, поэтому мы уделяем им достаточное внимание.

Исследования российских ученых показали, что при РС довольно часто встречаются нейропсихологические изменения, такие как снижение интеллекта, нарушение поведения, изменение высших корковых функций. По данным некоторых авторов, около 80% пациентов с РС на ранних стадиях заболевания имеют признаки эмоциональной неустойчивости с многократной резкой сменой настроения за короткий промежуток времени. Выделяют невротоподобные симптомы, аффективные нарушения и своеобразное органическое слабоумие. Невротоподобные расстройства могут проявляться в виде астенического синдрома, истерических реакций, а аффективные нарушения — в виде депрессии или эйфории, нарушения контроля за эмоциями.

Отмечают, что у пациентов с РС чаще бывает депрессия, причем она может быть не только связана с органическим поражением мозга, но и быть обусловлена реакцией на информацию о диагнозе, возникновением проблем в быту и на работе, побочными эффектами терапии. По ряду данных, депрессия является самым частым психопатологическим расстройством при РС и встречается примерно у 60% пациентов. Ее выраженность различна: от легкой степени до тяжелой, вплоть до развития суицидального поведения.

Она характеризуется чувством гнева, беспокойством, раздражительностью, реже — самокритикой, желанием отгородиться от внешнего мира и отсутствием интереса. Заметим, что риск суицида среди пациентов с РС в 7,5 раз выше, чем в популяции в целом. Поэтому очень важно как можно раньше распознать депрессивные настроения и вовремя получить поддержку семьи, родственников и друзей. Если депрессия приняла серьезный характер, необходима профессиональная помощь психотерапевта и лечение специальными препаратами.

Эйфория проявляется состоянием веселья и легкости, спонтанным смехом или плачем, эмоциональной гиперэкспрессивностью, когда неожиданно и неконтролируемо возникают взрывы эмоций. Иногда могут также возникать сложности в распознавании и выражении эмоций и чувств. Эйфория, в свою очередь, часто сочетается со снижением интеллекта, недооценкой тяжести своего состояния, расторможенностью поведения. Она может сослужить пациенту с РС плохую службу, когда, находясь длительное время в приподнятом настроении, человек теряет чувство реальности и начинает заниматься самообманом: отрицает серьезность заболевания и отказывается от лечения, нарушает жизненный режим, необходимый для поддержания здоровья. Естественно, что нам мало констатации фактов, хотелось бы понять, в чем проявляются эти симптомы. Отметим также и сексуальные нарушения на фоне психических изменений, требующие как психологической, так и медикаментозной коррекции.

12.2 📖 Есть ли научные доказательства этой связи?

Первая атака РС проявила себя после автомобильной аварии, в которой я потеряла мужа и ребенка. Но я не нашла в литературе доказательств, что РС связан с психическими нагрузками. Есть ли специальные исследования по этому поводу?

Такие работы есть, хотя вполне могут вызвать споры. Дело в том, что РС настолько многообразное заболевание, что составить среднестатистическую картину непросто. Трудно заранее предсказать, как тот или иной человек будет реагировать на стресс на рабочем месте, болезни и смерть в семье, семейный конфликт. То есть объективная оценка психической нагрузки не может быть увязана с субъективными ощущениями человека. Да и возможно ли вообще говорить об «объективной» оценке психических нагрузок? Ведь даже реакция на смерть родителя будет разной в зависимости от того, как он скончался: скоропостижно или после долгой болезни. Не будем пренебрегать и религиозными убеждениями, нередко играющими большую роль.

Известную сложность при РС создает тот факт, что обострения и очаги в мозге нельзя отождествлять. Только в последние годы стало ясно, что лишь каждый десятый свежий очаг ведет к четким проявлениям симптомов, то есть к атаке заболевания. Грубо можно сказать так: если 10 пациентов с РС находятся под воздействием физических и психических нагрузок, то только один из них отреагирует узнаваемой клинической картиной. Такая статистика вряд ли убеждает. Отсюда вывод: даже если и есть взаимосвязь между РС и нагрузками, это невозможно доказать статистически, если брать только примеры свежих обострений, как это раньше привычно делали.

В 2000 году проведено исследование, в котором 36 пациентов с РС обследовались один раз в месяц, но в течение от 28 до 100 недель. Кроме МРТ с контрастом проводилось психологическое исследование с использованием специальных анкет, в которых особое внимание уделялось неприятным случаям в семье и на работе. Результат оказался поразительным: вероятность появления за период от 4 до 8 недель после психических нагрузок свежих очагов была достаточно высока, а вот связь атак болезни с психической нагрузкой доказать невозможно.

Таким образом, с одной стороны, доказано негативное влияние стресса на активность болезни, но, с другой стороны, в этом исследовании не могли уточнить, как это происходит. Не ясно пока, почему промежуток между психическими нагрузками и появлением очагов составляет несколько недель.

12.3 🐾 Как связано качество жизни с течением РС?

Вы полагаете, что счастье и гармония позитивно влияют на течение болезни?

Это действительно так, хотя и бывают исключения. Никто не станет отрицать, что качество жизни и правильная оценка своего состояния у пациентов с заболеваниями сердца способствует выздоровлению. Вот тут и возникает интересный вопрос: является ли качество жизни прогностическим фактором при РС? К сожалению, трудно делать выводы из исследований, основанных исключительно на анкетах.

Тем не менее, проведены исследования, показавшие, что у тех пациентов, которые упорно оценивают свое состояние как плохое, в дальнейшем ухудшаются показания по шкале EDSS, и наоборот, оптимистический настрой способствует улучшению этих показателей с течением времени. Вывод: жизненные обстоятельства (психологическое состояние) могут влиять на течение болезни. Оптимистический настрой оказывает действие, аналогичное действию лекарственных иммуномодуляторов.

12.4 🐾 Как воздействуют эмоциональные нагрузки на иммунную систему?

Честно говоря, не представляю, чтобы заботы или депрессия влияла на иммунную систему.

Такая постановка вопроса вполне понятна, и раньше она была приемлема. Ведь можно рассматривать лимфоцит как «придурковатый» шар, чья поверхность вооружена рецепторами, которые не способны отличить ткани своего организма от чужеродных. Но вспомним, что селезенка, играющая большую роль в иммунной защите, снабжается волокнами симпатической нервной системы. Интересно также, что лимфоциты облюбовывают нервные окончания в селезенке так, как такси — вокзалы. Вот и оказалось, что поверхность лимфоцитов, расположенных вблизи нервных рецепторов, снабжена дополнительными «антеннами», настроенными на стрессгормоны и эндорфины. Лимфоциты достаточно «сообразительны» и даже более чувствительны, чем раньше о них думали, они стараются быть промежуточным звеном между душой и телом. Короче говоря: перемены нашего настроения влияют на изменчивость активности лимфоцитов.

12.5 Что такое психоиммунология?

Я слышала, что лимфоциты можно дрессировать, как собаку. Так, может быть, научиться лечить РС мыслями?

Хорошая идея. Благодаря опытам великого Павлова известно, что собака на вид кости отвечает образованием желудочного сока. Если параллельно с этим звучит постоянный звонок, то со временем будет достаточно звонка, чтобы вызвать такую же реакцию. Это называется условный рефлекс. Но пока неизвестно, можно ли тренировать лейкоциты, как собак. Впрочем, есть интересная идея. Пациентам дают препарат, угнетающий иммунную систему (например, циклофосфамид). Одновременно им предлагают подслащенную воду. Согласно ожиданиям через несколько дней количество лимфоцитов снижается. А что случится, если спустя две недели оставить только воду, прекратив прием лекарства? Оказалось, что иммунная реакция снижается. Лимфоциты научились на сладкую воду реагировать точно так же, как на медикамент. Подобные эксперименты показывают вполне тесную связь между нервной и иммунной системами. Но пока нет разработок, позволяющих использовать это исследование в лечебных целях.

12.6 Что такое стресс?

Можно действительно сказать, что стресс является одной из причин РС? Бывает ли полезный стресс?

Никто не утверждает, что стресс является причиной РС. Но он может быть важным пусковым фактором. Стресс, с одной стороны, важнейшее понятие, которым с медицинской точки зрения нельзя пренебрегать, а с другой стороны, его восприятие так расплывчато, что каждый понимает это по-своему.

Естественно, мы приводим общепринятую формулировку, в которой стресс обозначается как неспецифическая реакция организма на физическое или психологическое воздействие с нарушением ряда функций. Отмечают, что стресс бывает положительный или отрицательный, но в любом случае воздействие его на организм имеет общие неспецифические черты. Это воспринимается так же обще, как, например, загрязнение окружающей среды или падение уровня морали в обществе. Но мы должны понимать, что стресс может играть позитивную роль и даже нам необходим. Если не нагружать нашу мускулатуру, то она слабеет. То же относится к костному мозгу. Если у нас не будет даже маленьких проблем, наши серые клетки захиреют.

При определенных обстоятельствах стресс может иметь негативный, а порой и вредный для нашего здоровья характер. Но эти обстоятельства у каждого человека разные. Некоторые даже в экстремальных ситуациях сохраняют спокойствие, силу духа и умеют сохранить физическую форму. Другие страдают от

малейших неприятных столкновений на работе или в семье. Мы принимаем правило, которое звучит так: все, что приносит удовольствие или имеет смысл, не является негативным стрессом.

Но жизнь многообразна, и ее повороты могут иметь судьбоносный характер. Кто-то может потерять родителей или ребенка и оставаться здоровым, другой страдает от неприятностей ребенка в школе. Человек склонен искать всему обоснования, даже там, где и искать нечего. Но здесь неуместно заниматься психологическими рассуждениями.

Уже давно пытались найти связь между стрессом и обострениями, но только теперь стало ясно, что в этих исследованиях были изначально заложены систематические ошибки (см. 12.2 📖 Есть ли научные доказательства этой связи?).

Чтобы немного отвлечься от грустных мыслей, поговорим о положительном стрессе. Действительно, это здорово, когда человек, несмотря на большое количество работы, испытывает приятное чувство морального удовлетворения от признания его заслуг и достижений окружающими. Это подчеркивает его общественную значимость, способствует мобилизации его сил и благоприятно сказывается на его самочувствии. Но и в этом случае следует предусмотреть своевременные перерывы в работе для того, чтобы колебания самочувствия не стали причиной снижения работоспособности, возникновения неприятных ощущений и ухудшения настроения.

12.7 📖 Как связано мое заболевание с историей жизни?

Мой РС начался после тяжелого семейного кризиса. Здесь есть взаимосвязь?

Знакомясь с историей болезни Кати С., мы обратили внимание на своеобразность течения заболевания. Первая атака болезни произошла у нее в возрасте 27 лет, когда она была вынуждена расстаться со своим любвеобильным и бестолковым мужем. В дальнейшем болезнь не беспокоила ее 7 лет. Затем она влюбилась в «вечного студента», который был моложе ее на 5 лет. Когда Катя почувствовала, что уже не представляет интереса для своего молодого партнера, у нее случилось второе обострение.

Заметим, что иногда медицинские работники совершенно забывают о том, что человек не только «машина», в которой сердце — насос, мозг — биоэлектрический аппарат, кровь — носитель показателей обмена веществ. Нельзя забывать, что у каждого из нас своя судьба, и порой она может оказывать огромное влияние на развитие болезней. С одной стороны, существуют вещи, которые мы не знаем или не можем на них воздействовать (например, врожденные структуры мозга или случайный контакт с вирусом), а с другой стороны, имеется масса порой безопасных мелочей, которые могут создать весьма неприятный «коктейль» влияющих факторов. Так или иначе, опыт показывает, что во многих случаях развитию РС предшествуют тяжелые нагрузки.

12.8 Существуют ли специфические конфликты при РС?

Говорят, что чистоплотие приводит к мигрени, стресс — к инфаркту. Были ли у людей, заболевших РС, специфические проблемы?

Один знакомый психолог считал, что у большинства заболевших РС была в прошлом любовная драма. Увы, это было бы слишком просто (и как быть с детьми?). Естественно, мы признаем, что психическая травма может явиться пусковым сигналом для развития болезни, но она не является **специфическим** признаком. Каждый человек приходит на свет со своими маленькими особенностями, которые при нагрузках страдают больше других. В течение жизни воз-

никают другие слабые места (*locus minoris*) в организме (например, под воздействием вирусной инфекции). И неудивительно, что один страдает легочными заболеваниями, другой радикулитом и т.д., ибо при повышенных нагрузках рвется цепь в самом слабом месте. Вот таким «местом наименьшего сопротивления» в организме некоторых людей может быть миелин.

12.9 Разве не все каким-либо образом связано с психосоматикой?

Понятие «психосоматика» — это новое поле рассуждений. Прежде всего, под психосоматикой понимают заболевания внутренних органов и систем организма, возникающие вследствие воздействия психических или эмоциональных факторов. Как говорят в народе, это те заболевания, которые появляются «на нервной почве». Наиболее известные из них: бронхиальная астма, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, неспецифический язвенный колит, гипертоническая болезнь, мигрень, сахарный диабет, тиреотоксикоз, ревматоидный артрит, крапивница, нейродермит, псориаз, многие сексуальные расстройства, а также нарушения менструального цикла у женщин, климактерический синдром и т.д.

Скажем так: нет заболеваний, которые в той ли иной мере не являются психосоматическими. Точно так же, не вдаваясь в освещение ряда исследований, заметим, что от социальных и межличностных отношений зависит уровень как заболеваемости, так и смертности.

«Психосоматический» — не означает психогенный. Это не значит, что наследственные факторы не играют роли. Это означает, что опыт всей жизни играет заметную, но не решающую роль в развитии болезней. Возникает вопрос: как стресс, одиночество, пессимизм или депрессия влияют на состояние нашего здоровья? Вероятно, объединяющим звеном души и тела является иммунная система (см. 12.4 📖 Как воздействуют эмоциональные нагрузки на иммунную систему?).

12.10 📖 Виноват ли я сам в своем заболевании?

Если существует психосоматическая связь с РС, не виноват ли я сам в моем заболевании?

Мы полагаем, что такой вопрос многие задают себе, и он хотя и естественен, но совершенно не продуктивен. Мы знаем, что многие годы главной причиной язвенной болезни считали стресс и непомерный гнев, а теперь быстро и успешно лечат истинного виновника заболевания — бактерию хеликобактер. Возможно, что в этом веке найдут главного «возбудителя» РС. Впрочем, скорее всего, он может быть важнейшим, но не единственным фактором в сложной цепи изменений в организме, предшествующей возникновению РС. И это подтверждается целым рядом заболеваний, для возникновения которых необходимо сочетание ряда факторов.

12.11 РС и невроз?

Но ведь у человека может быть одновременно и РС, и невроз?

Неврозы — явление довольно распространенное. Человек может страдать неврозом и без связи с РС. Конечно, они могут оказывать неблагоприятное действие на течение заболевания или способствовать развитию новой атаки, когда человек подвергается психическим перегрузкам, связанным с неврозом. В таких случаях следует прибегнуть к помощи психотерапевта.

12.12 Что такое невроз?

Об этом заболевании много говорят, связывают его с давно забытым детством, но я точно не могу его представить.

Самым простым образом можно сказать, что невроз — это приобретенное душевное заболевание, основанное на конфликте, имеющем корни в детстве. Конфликт всегда непреднамеренный. Классическое представление о неврозе базируется на трех моментах:

- заболевание не врожденное, возникает в процессе жизни;
- искать причину в ближайшем времени не стоит, ибо она лежит далеко в прошлом;
- практически все, с чем пытаются связать свою болезнь пациенты, не имеет ничего общего с истинной причиной, посему этим должен заниматься специалист.

Это звучит абстрактно, но привести здесь конкретные примеры нет возможности. Заметим, однако, что отзвуки прошлого могут проявиться в чрезмерной реакции на минимальные замечания партнера по жизни или в упреках себя в недостаточном проявлении любви к близким в прошлом, что теперь уже нельзя исправить. Это может привести к невротической депрессии.

На какие важные вопросы следует ответить при депрессии и РС:

- Есть ли у вас склонность к меланхолии? (Депрессивная личность.)
- Накладывает ли отпечаток диагноз РС на всю вашу жизнь? (Депрессивная реакция на болезнь.)
- Были ли у вас в последнее время тяжелые удары судьбы? (Реактивная депрессия.)
- Появилась ли у вас депрессия без видимых причин? (Эндогенная депрессия.)
- Делают ли вам инъекции бета-интерферона или копаксона? (Депрессия как побочный эффект действия препарата.)

12.13 Что такое эндогенная депрессия?

У меня прекрасная семья, моя мать мне помогает. Практически все у меня в порядке. Тем не менее, я потеряла друзей и чувствую в себе какую-то пустоту. В голове постоянно возникают плохие мысли. Почему я такая беспричинно несчастливая?

Если человек так высказывается, значит у него эндогенная депрессия. Это такое грустное состояние, которое не связано с конкретной жизненной ситуацией человека, не имеет связи с детством, приходит к нему неожиданно и необъяснимо. Мы говорим «грусть», «печаль», но настроение при этом виде депрессии имеет лишь весьма поверхностное сравнение с тем, что человек чувствует при ностальгии, прощании, трауре. Это можно назвать «душевым затмением».

Важнейшим проявлением эндогенной депрессии является чувство пустоты. Как раз потому, что нет видимых причин горевать, жизнь кажется такой безнадежно потерянной. Некоторые психиатры говорят, что причиной состояния и является спокойная жизнь. Эндогенная депрессия проявляется отсутствием желаний, невыразительным лицом, пристальным взглядом, монотонной речью, утомительными мыслями, «перемывающими» одни и те же темы. Можно добавить постоянные упреки себе в несуществующих проступках, плохой сон в течение ночи и глубокий утом.

К сожалению, здесь сложно помочь человеку, т.к. пока нет ясного ответа на вопрос о происхождении заболевания. Известно, что причиной являются неизвестные нарушения обменных процессов в мозге. Здесь нельзя ограничиться психологической помощью, приходится прибегать к лекарственной терапии.

12.14 Что такое депрессивная личность?

Пока не известно, есть ли переход от эндогенной депрессии к быстрой смене настроения у депрессивной личности. Выслушивать различные мнения психо-

логов бессмысленно. Остановимся на практическом варианте. Скорее всего, депрессия различается по глубине нарушений чувств (эмоций), при этом попасть в глубокую меланхолию значительно легче при врожденной предрасположенности. Известен «меланхолический» тип человека, который очень чувствителен, принимает все близко к сердцу, является педантичным и добросовестным. Такой человек может быть предрасположен к эндогенной депрессии. Часто это касается людей активных и известных. Можно только предполагать, что склонность к депрессии — это цена за активную деятельность. Среди пациентов с РС можно нередко встретить таких людей, как, впрочем, и истерическую личность.

12.15 Что такое истерическая личность?

Истерия имеет два проявления. С одной стороны, к ней имеют отношение те, кто сам себе «придумывает» болезнь или не «возражает» против нее, а с другой стороны — «характерные личности». Здесь речь пойдет только о последних. Это люди, стремящиеся произвести впечатление, быть в центре внимания, предпочитающие броскую одежду. Они всегда опаздывают, но остаются желанными гостями в обществе, т.к. умеют своим необычным поведением увлекать и очаровывать аудиторию. Характерные странные своеобразные жалобы и симптомы у пациентов с РС чаще всего оцениваются врачами как психогенные.

Отличается ли истерическая личность излишней уязвимостью, склонна ли она жить, преодолевая слабость, растрачивая последние силы? Платит ли она высокую цену за свои увлечения? Вспомним Кармен — добившуюся своего, но оставшуюся одинокой. Или тут нет никакой связи, а просто цепь случайностей?

Можно привести лишь один пример. Алла С. успешно работала на радио. В 26 лет она заболела РС. Все, решила она, надо вернуться к своей юношеской мечте. Она уезжает на Север, живет в жилище без электричества и водопровода, работает поваром в общественной столовой, по мере своих сил участвует в гонках на собаках, ходит в тундру с охотниками. Затем она устроилась коком на сухогруз. Однажды во время рейса корабль попал в шторм, и неожиданно у нее началось обострение, обозначившее начало хронического течения заболевания. Но Алла продолжает «искать приключения» в полном смысле слова. И вот уже в инвалидном кресле она пытается делать вылазки на природу. Теперь она живет у родителей, тяжело больна.

Нельзя сказать, что описанную картину следует считать штампом для пациентов с РС. И хотя таких людей среди них достаточно, немало и тех, кто боязливо замыкаются в своей квартире, не осмеливаются решиться на что-либо, теряют друзей, как только узнают о своем диагнозе. И все же картина решения своих жизненных проблем, характерная для Аллы С., достаточно типична для многих пациентов с РС. Именно таких людей психологи называют «истерическими личностями».

12.16 Хотите послушать мнение врача, страдающего РС?

Интересны наблюдения американского невролога доктора Карла Гросса, который занимался лечением РС на протяжении 12 лет и был вынужден прекратить лечебную практику после диагностирования у него самого этого заболевания. Как-то во время отпуска он заметил у себя типичные симптомы РС: усталость при высоких температурах, левостороннее онемение. Сразу же после подтверждения диагноза доктор Гросс, не задумываясь, начал терапию интерфероном бета-1b. Вот что он писал: «Из своего опыта могу сказать, что скрытые симптомы переживаются гораздо хуже, чем явные. Пациенты с РС очень часто ведут себя

противоречиво: с одной стороны, они не хотят, чтобы их жалели, а, наоборот, продолжали относиться как к полноценным людям, с другой же стороны, они ждут понимания со стороны людей, осознания того, что у них проблемы со здоровьем. Очевидно, что невозможно совместить эти два понятия. Самым неприятным симптомом является физическая усталость, когда без видимой для других причины чувствуешь себя неспособным сделать что-либо, и трудно объяснить другому человеку, что ты не то что не хочешь, ты не можешь этого сделать. Другим не менее неприятным симптомом являются когнитивные проблемы: ты готовишься, к примеру, к выступлению, думаешь, что вполне готов к представлению проблемы, а зачастую все проходит не так, как тебе бы хотелось. Этот страх постоянно сидит в тебе, создавая непередаваемый дискомфорт. Что касается депрессии, которая может быть скрытой, то она может проявлять себя следующими симптомами: постоянная раздражительность, приступы злости, что сказывается на отношениях в семье, общении с друзьями. Конечно, необходимо отметить постоянный страх, что твое состояние может ухудшиться до инвалидности».

12.17 Каково мнение психолога?

Владимир М., психолог и по совместительству человек, испытавший на себе сложности начального периода жизни с РС, написал, что не откроет ничего нового, заметив, что психогенный стресс в различных его проявлениях является одной из важных причин ухудшения состояния человека при РС.

Известно, что у большинства из нас имеется врожденная личностная тревожность, а у пациентов с РС она обострена. Это делает их малоустойчивыми к различного рода эмоциональным и психофизическим стрессовым ситуациям и ухудшает течение заболевания. Уже лишь осознание диагноза сопровождается разрушительными переживаниями, среди которых эмоции страха, несправедливости, печали, гнева, растерянности, незнания, зависти.

Специалисты отмечают, что изменения представлений о собственных способностях быть здоровым проходят ряд стадий:

- 1-я стадия — стадия отрицания («нет, это не РС»);
- 2-я стадия — стадия протеста («почему я?»);
- 3-я стадия — стадия отсрочки («еще не сейчас»);
- 4-я стадия — стадия депрессии («я — инвалид навсегда»);
- 5-я стадия — стадия принятия («пусть будет то, что будет»).

Надо ли говорить, как важно мобилизовать все каналы информации, вскрывающие ресурсы выздоровления, использовать все возможности, чтобы помочь пациенту найти свой путь жизни с болезнью?

12.18 Болезнь как путь?

Существует очень глубокое представление о болезни, три главных положения которого таковы:

- Болезнь — это шанс, это путь к глубокой духовной работе, саморазвитию, познанию смысла жизни.
- Болезнь — это предостережение организма неблагоприятным людям, рекомендация изменить что-то в своей жизни и свое неправильное отношение к собственному здоровью.
- Симптомы болезни символически выявляют неизвестные проблемы.

Для некоторых пациентов такое представление является утешением и приносит пользу. Для большинства — оно неприемлемо, ибо эти люди считают его эзотерическим, преуменьшающим опасность и просто неверным. И даже если

это неоспоримо, что в ряде случаев болезнь имеет свой смысл и благодаря ей человек совершенствуется (зреет), во многих случаях заболевания судьбоносны, представляют собой значительные нагрузки и несут определенную опасность. Все же, несмотря на действительную связь между РС и различными психическими и физическими нагрузками, жизненными ситуациями, нельзя сказать, что эта взаимосвязь имеет определенные специфические черты.

12.19 Как добиться психологической адаптации к диагнозу?

Я уже опытный боец, но вспоминаю первые дни после того, как узнал диагноз, и становится не по себе. Надо, чтобы врачи всегда помнили об этом.

Да, это очень важное замечание. Действительно, процесс диагностики РС может быть длительным. Не всегда в крупной ближайшей больнице есть необходимые технические возможности для постановки точного диагноза. Уже первые высказанные предположения вызывают отрицательные эмоции. А ведь предстоит еще долгий путь. Когда же установлен окончательный диагноз, у человека возникают столь многообразные чувства, что они требуют выхода. Всем хочется знать перспективы развития болезни, есть ли надежда на легкое течение, удастся ли избежать инвалидности, как долго можно сохранить трудоспособность. Да разве перечислить ту бурю чувств, которая захлестывает в это время человека. Самое трудное — справиться с мыслью о непредсказуемости течения болезни. Не надо замыкаться в себе, лучше поделиться своими мыслями и эмоциями с родственниками и друзьями. Бесценен опыт тех, кто уже прошел этот путь. Понятно, что он неповторим, но многие рекомендации позволяют найти свою дорогу в борьбе с этим нелегким недугом. Этому вопросу мы уделим еще немало внимания.

12.20 🐾 Должен ли я бороться с моей болезнью?

Как справиться с РС?

Нередко можно услышать, что некоторые ругают свою болезнь, видят в ней своего врага и не могут с ней примириться. Опыт показывает, что путь этот в «никуда». Да и болезнь от этого добрее не станет. Идеальный вариант — найти точку поворота, прийти к болезни к разумному соглашению, так, как это бывает в жизни (переезд в новый город, где нет прежних друзей, жизнь после свадьбы с родителями супруга и т.д.).

Нет ничего удивительного в том, что практически у всех людей, узнавших, что у них РС, возможны тяжелые переживания и психологические кризисы. Первое знакомство с болезнью и злоеца роль, приписываемая ей, создают впечатление, что каждому предстоит завершить жизнь в инвалидной коляске. Неудивительно, что в первое время очень плохо воспринимается информация о том, что только у части пациентов РС протекает тяжело, что с каждым годом появляются все новые препараты, дающие возможность поддерживать нормальное качество жизни. И это можно понять, ведь никто не знает, что именно у него болезнь будет протекать в легкой форме, а неизвестность неминуемо порождает страх, мешающий бороться с болезнью. Вполне естественно, что нередко известие о диагнозе становится причиной кризиса личности, поскольку болезнь сказывается на всех сферах жизни: на самосознании, на профессиональных планах, на проведении досуга, на партнерских отношениях и сексуальной жизни, на взаимоотношениях с родными и друзьями, на положении в обществе и отношениях с окружающими. Как заметил один опытный врач, «нередко пациент проходит от диагноза к адаптации большой путь, преодолевая практически поочередно шок, отрицание, обиду, страх, тревогу, печаль, депрессию, принятие».

По-разному можно реагировать на болезнь. Один старый невролог, много лет работающий с пациентами с РС, поделился своим опытом. Он считает, что чаще всего можно встретить 8 вариантов реакции.

1. Диагноз не признается. Врачи ошибаются. Идут поиски причин, почему могут врачи ошибиться: в спинномозговой жидкости не выявлено характерных изменений, вызванные потенциалы нормальные или очаги на МРТ нетипичные.

2. С диагнозом соглашаются, но без адекватной реакции: «Пусть все идет своим чередом. Попробую я спрятать голову в песок, буду жить дальше, как и раньше, и надеяться, что судьба будет ко мне благосклонна».

3. «Диагноз так страшен и неприятен, что не хочется и думать об этом. Но хуже не станет, если буду внимательнее относиться к здоровью».

4. «Даже если врачи правы, с диагнозом не согласен и буду на том стоять».

5. «Мне необходимо было время, чтобы признать свою болезнь, но с помощью партнера пришла к мысли, что и с болезнью жизнь имеет свою цену»,

6. «После того, как я пережил первый шок, постепенно начал искать путь “содружества” с болезнью. Если раньше я просто проживал день, то теперь радуюсь каждому утру, когда я могу умыться и подумать о том, что я еще практически здоров. Я понял ценность здоровья и жизни».

7. «Да, я болен, но болезни не сдамся».

8. «Болезнь разрушила мою жизнь. Нет смысла с ней бороться, ибо она сильнее меня».

Нам представляется, что позиция пациентов, выраженная в пунктах 5, 6 и 7, наиболее продуктивная. Есть, правда, еще один тип пациента с РС, который вдруг почувствовал, что вместе с болезнью получил, наконец, нечто важное, чем можно привлечь сострадание и внимание окружающих людей. У него нет другой темы, он с утра до вечера говорит о своих симптомах, о том, что читал или слышал о заболевании. Такой пациент является грозой всех больниц, с ним не хотят сидеть за одним столом и т.д. Обычно он одинок, и его жизни нельзя позавидовать. Впрочем, и помочь ему очень непросто.

Заметим, далеко не всем удается преодолеть себя, научиться воспринимать болезнь как задачу, которую поставила перед ними жизнь и с которой нужно справиться. У многих пациентов с РС длительное время сохраняется душевное состояние, которое соответствует известной реакции защитного механизма — защите своего «Я». От нее зависит то, как человек справится с болезнью и как построит свою дальнейшую жизнь. Известно, что значительно сложнее стать инвалидом в сознательном возрасте и научиться приспособливаться к определенным ограничениям, чем быть инвалидом от рождения и развиваться и идти по жизни с учетом своих ограниченных возможностей.

Мы не станем здесь философствовать, просто поделимся несколькими наблюдениями, которые в определенной степени характерны для многих, узнавших о своем диагнозе. Возможно, мы и повторяемся, но в каждой ситуации есть узнаваемые нюансы, которые могут быть полезны. Итак, мы говорили о том, что многие пытаются вытеснить из своего сознания факт болезни. Но ведь этим они лишают себя возможности правильно планировать свою жизнь и рискуют оказаться неподготовленными к возможным сложным ситуациям. А это еще сложнее, ибо все равно придется не только свыкаться с мыслью о болезни, но и одновременно справляться с возникшими проблемами.

Александра М. упрямо проявляла свою самостоятельность, категорически не хотела зависеть от кого бы то ни было, взяла кредит и купила квартиру в доме без лифта. Когда через несколько лет состояние ее здоровья ухудшилось, она уже

не могла самостоятельно добираться до своей квартиры с тяжелой сумкой в руке. Через некоторое время она нуждалась в посторонней помощи. К сожалению, ей предстояло еще выплатить кредит. Стоит ли говорить, что она могла бы избежать этой проблемы, если бы при покупке квартиры учла факт своей болезни. Никто не говорит, что надо отказаться от своих замыслов. Просто нужно учитывать факт этой болезни и ставить реально достижимые цели.

Некоторые нередко стараются сознательно не замечать периодических обострений болезни, уверяя себя, что это случайное явление, не требующее лечения. И делают это напрасно, ибо, если при обострении не проходить соответствующий курс лечения, проявления функциональных расстройств могут стать постоянными. Напомним о необходимости взаимопонимания между пациентом и врачом, который должен научить пациента отличать безобидные изменения состояния и суточные колебания самочувствия от симптомов надвигающегося обострения, реалистично и без страха воспринимать свои недомогания, а в сомнительных случаях, не стесняясь, обращаться за медицинской помощью.

Есть еще один нюанс, касающийся близких пациента. Многие из них, исходя из лучших побуждений, стараются поддерживать больного в его стремлении вытеснить из своего сознания мысли о болезни. Однако этим они на самом деле вредят ему. Лучше помочь человеку строить новую жизнь, в которой придется от чего-то отказываться. Но ведь и смысл жизни заключается в том, чтобы стойко переносить все превратности судьбы и, преодолевая их, получать удовлетворение от жизни, радоваться каждому своему успеху, обретая веру в свои силы и мужество.

Поскольку мы ведем разговор о психическом состоянии пациентов с РС, то обсудим и другие возможные ситуации, ведь поняв их, можно легче преодолеть свои трудности. Говоря о стремлении вытеснить из сознания мысль о болезни, напомним и о связанной с ней другой реакцией, известной как сверхкомпенсация, которая выражается в том, что пациент любыми способами стремится доказать себе и окружающим, что он вполне здоров, для чего предпринимает различные действия, заведомо зная, что они вредны. Обычно это свойственно людям активным, волевым, предьявляющим к себе чрезмерные требования и готовым бросить своими действиями вызов болезни. Увы, часто это заканчивается плохо.

Родион С. работал раньше инструктором в автошколе. Спустя некоторое время от начала болезни вынужден был отказаться от этой профессии вследствие ограничения физических возможностей. Но ездить на машине любил и, несмотря на определенные сложности, поехал однажды в длительное путешествие и попал в аварию. После этого он был лишен водительских прав, что стало для него тяжелым ударом. После окончания обострения и ослабления неврологических расстройств он мог бы сесть за руль, но в возврате водительских прав ему было отказано.

В ряде случаев наблюдаются реакции, которые можно определить как внешнее проецирование. Они проявляются в том, что пациент приписывает страхи и комплекс неполноценности, вызванные болезнью, не себе, а окружающим.

Марина П. категорически отказывалась ходить в гости с мужем под тем предлогом, что он стесняется появляться с ней в обществе из-за ее легкого увечья. В свою очередь муж был оскорблен подобными незаслуженными обвинениями, и это взаимное непонимание сильно осложняло их семейную жизнь. Нередко такие ситуации возникают тогда, когда в семье не принято из ложного понимания деликатности обсуждать болезнь и проблемы, связанные с ней.

Говоря о депрессии, упомянем часто предшествующее у пациентов с РС внутреннее проецирование, когда неопределенные страхи и чувство собственной

неполноценности лишают их жизненных сил. В результате они становятся вялыми, пассивными, стремятся уединиться и изолироваться от общества. И, что еще хуже, нередко считают жизнь с таким диагнозом бессмысленной и отказываются от достижения любых целей. Такое состояние лишает возможности учиться жить с болезнью, стремиться к тому, чтобы каждый день был полноценным.

В ряде случаев человек уклоняется от назначенного лечения, мотивируя это страхом перед приемом лекарственных препаратов. Такая психологическая реакция называется замещением, когда страх перед болезнью замещается страхом чего-то другого. Естественно, что такая тактика отрицательно сказывается на лечении болезни.

Многообразие РС выражается не только в пестроте симптоматики, чему мы уже не удивляемся, но и в широте проявлений психических реакций. Мы стремимся рассказать как можно больше, чтобы читателям, а среди них будут не только пациенты, но и родственники, могли правильно оценить возникшую ситуацию и принять необходимые меры.

Порой психика пациента реагирует на болезнь таким образом, что человек словно впадает в детство и начинает повторять стереотипы поведения, свойственные ребенку. Такой феномен обозначается как регрессия и связан с тем, что взрослый человек становится зависимым от окружающих. Кстати, большинство пациентов, страдающих тяжелыми и длительными заболеваниями, ведут себя точно так же. Для нас важно то, что в этой ситуации пациент может проявлять упрямство и отказываться от необходимого лечения, пренебрегать мерами предупреждения обострения болезни и рекомендациями специалистов.

Трудно представить все возможные ситуации, но вот случаи, когда пациент настроен против лечащего врача или членов семьи, желающих ему добра, встречаются нередко. Это связано с тем, что, столкнувшись с чередой различных советов и рекомендаций, он чувствует себя ущемленным в своем волеизъявлении, в своих потребностях и желаниях. Бывает и так, что человек, испытывая ярость из-за обнаруженного у него диагноза, переносит ее на врача, поставившего такой диагноз, и прекращает обращаться к нему. Такая, по сути, детская реакция может привести к тому, что упускается необходимое для лечения драгоценное время.

Несколько иная направленность поведения, но тоже схожая с детской, связана с тем, что пациент с РС склонен позволять окружающим баловать и нежить себя, ибо ему нравится, когда все вертится вокруг него. Вероятно, этим компенсируется чувство разочарования от несложившейся жизни. В то же время страх стать зависимым от помощи окружающих также может порождать потребность в повышенном внимании и заботе членов семьи, заставляет судорожно цепляться за свое окружение. В этом нет ничего необычного, только хотелось бы подчеркнуть, что чрезмерная опека может быть приятной, но одновременно она влечет за собой сужение круга общения, раздражает своей докучливостью и порождает неумение и нежелание действовать и принимать решения самостоятельно, что очень важно при этом заболевании. Кстати, еще ведь и не ясно, как будут развиваться события в семье по мере прогрессирования заболевания. Мы не будем приводить конкретные примеры, но подчеркнем, что только поиски разумного взаимопонимания в семье помогут сохранить ее в нелегкой борьбе с болезнью.

Завершая разговор о возможных реакциях при встрече с диагнозом «рассеянный склероз», остановимся на надеждах пациента и их родственников на «чудо», внезапное исцеление. В последние годы появляются сообщения о якобы найденных способах преодоления РС. Появляются конкретные предложе-

ния об излечении и, что важно, называются определенными ценами. Да, иногда вера в чудодейственное средство позволяет человеку избавиться от психологической напряженности, длящейся многие годы, что помогает ему некоторое время чувствовать себя значительно лучше. Но ведь если уже имеющиеся расстройства имеют органический характер, то подобное исцеление физически невозможно.

12.21 📖 Что вы можете сказать по этому поводу?

Вот что написал нам Тарас Сенюк, опытный боец за свое счастье: «Каждый, кто заболел РС, проходит свой путь от осознания болезни до понимания своего места в жизни. С самого начала я видел, что можно “утонуть” в тонкостях этого необычного заболевания. Естественно, я знаю основные термины, необходимые сведения о РС, иначе трудно найти взаимопонимание с лечащим врачом. Некоторые коллеги по болезни внимательно изучают статистику, ждут ухудшения состояния, “переваривают” неизлечимость РС, не задумываясь о том, что это тупиковый путь. Такое поведение тянет на дно. Я предпочитаю делать все, что позволяет мне быть активным и полезным человеком. Не все получается сразу, но я пробую, рискую и стараюсь добиться своей цели.

Можно, конечно, сидеть весь день у телевизора. Это не для меня. Я активно занимаюсь с детьми, научил свою дочь играть в шахматы, помогаю сыну в его увлечении кораблестроением, играю с детьми, читаю им книги, по возможности помогаю жене убирать квартиру. У меня есть интересная и творческая работа. Не всегда бывает легко, но я счастлив, что нужен семье и полезен людям».

12.22 📖 Успешна ли психотерапия при РС?

Мой невролог назначил мне психотерапию. Она может помочь?

Да, даже при органических заболеваниях психотерапия вполне уместна, особенно в двух случаях:

- когда человек не справляется с угрозой болезни;
- когда известно, что эмоциональные нагрузки ухудшают течение болезни.

Если заболевание «реагирует» на изменение жизненных обстоятельств, то есть надежда, что если сможешь изменить их, получишь положительный результат. Но человеку обычно трудно самому справиться, ему нужна помощь, чтобы разубить узлы, жизненные сложности, чтобы изменить жизнь. Естественно, многое зависит и от специалистов, ибо не все знают особенности течения РС.

12.23 Что может помочь при депрессии?

Я чувствую, что с моей душой что-то происходит, но не могу понять. Что делать?

Возможно, что проблема организации лечения отвлекает внимание вашего лечащего врача от побочных вопросов. Но можно попытаться и самому что-либо предпринять. Попробуем ответить на поставленные ниже вопросы. Если в течение двух и более недель сохраняются хотя бы 4 симптома, следует рассказать об этом вашему неврологу или обратиться к психотерапевту. Если врач выявит признаки депрессии, то назначит специальную и лекарственную терапию. Нередко назначаются антидепрессанты, ослабляющие чувство тревоги, тоски или апатии. Но нельзя забывать и о побочном действии этих препаратов, о чем обязательно следует поговорить с лечащим врачом.

Сон — изменился ли ваш обычный сон (появились ли бессонница, сонливость)?

Интерес — не заметили ли вы, что испытываете меньший интерес к вещам и событиям, которые обычно доставляли вам удовольствие?

Вина — считаете ли вы, что стали испытывать большее чувство вины и раскаяния, чем обычно, относительно действий, которые вы совершили или, наоборот, не выполнили?

Энергия — замечали ли вы, что в последнее время ваша обычная жизненная активность изменилась? Этот вопрос имеет ограниченную оценку при РС, поэтому он не должен быть ведущим при принятии решения о том, есть ли у пациента расстройство настроения.

Концентрация внимания — не находите ли вы, что ваши память или концентрация внимания ухудшились?

Аппетит — изменился ли за последнее время ваш аппетит (ухудшился или увеличился)?

Психомоторика — имеется ли двигательное возбуждение или заторможенность?

Суицид — кажется ли вам, что не стоит жить? Бывают ли у вас мысли о самоубийстве?

Мы уже отмечали, что встречаются реакции, во многом противоположные признакам депрессии, когда отмечается повышенный фон настроения с усиленной психической и двигательной активностью (при чрезмерной активности говорят о психомоторном возбуждении), иногда с недооценкой тяжести своего состояния (некритичностью, эйфорией). В ряде случаев эти состояния также требуют коррекции.

Мы уже достаточно подробно обсудили и признаки депрессии, и вопрос о том, что ее надо лечить. Поскольку мы говорим о том, что антидепрессанты очень сильно влияют на химические процессы мозга, следует серьезно относиться к их назначению. Мы не можем вмешаться в процесс принятия врачом решения о назначении определенных препаратов, но принять какие-то меры просто обязаны.

Если у вас есть сомнения, необходимо проконсультироваться с несколькими врачами. Подробно расскажите о ваших переживаниях и ощущениях, послушайте, что скажет каждый из них. Но прежде всего сами проанализируйте свои чувства и общее состояние, используйте описанные выше вопросы. Обсудите свои проблемы с особенно близким человеком, знающим вас давно, пусть он оценит ваше состояние. Прежде чем приступить к медикаментозной терапии, если нет выраженного ухудшения состояния, можно заняться физическими упражнениями, больше спать, учиться медитировать, изменить режим питания, использовать все многообразие альтернативных методов лечения.

Американские ученые пришли к выводу, что рост числа положительных поступков и эмоций облегчает течение депрессий, от которых страдает большинство пациентов с рассеянным склерозом. Ранее было установлено, что пациенты с РС получают больше удовольствия от частых мелких радостей (например, вдыхания ароматов цветов, на чем основан специальный метод лечения), чем от более серьезных, но редких действий (долгий отпуск). Не стоит замыкаться в себе, ведь всегда найдутся люди, которые придут на помощь. Мир так разнообразен, что надо воспользоваться любой возможностью найти себе дело по душе. Если позволяет состояние, можно посещать театры и концерты, встречаться с друзьями, ходить на прогулки, заниматься физическими упражнениями и делать работу по дому, которая под силу. Каждый день, прожитый с радостью, — это наступление на болезнь. Опыт показывает, что большинству пациентов с РС удается обрести и сохранить позитивную жизненную позицию.

Медикаментозное лечение депрессии

Лекарственная терапия депрессии всегда сочетается с психотерапией. Из препаратов часто рекомендуется амитриптилин, обладающий холинолитическим эффектом, а также группа антидепрессантов: сертралин (золофт), флуоксетин (прозак), пароксетин (паксил). Для достижения эффекта обычно необходимо несколько недель, курс продолжается 3–6 мес. с последующей оценкой состояния. Мы не ведем речь о дозировке препаратов, т.к. она устанавливается специалистом.

При тревожном состоянии назначают диазепам, алпрозалам, клоназепам, лоразепам. После сообщения диагноза есть смысл назначить лечение хотя бы краткосрочно.

13. Утомляемость и РС

13.1 Что такое синдром хронической усталости (СХУ)?

Некоторое время мне все время хочется спать. Я не работаю, немного подерживаю домашнее хозяйство, но могу спать 24 часа в сутки. Что это со мной?

Действительно, синдром хронической усталости является наиболее распространенным проявлением рассеянного склероза. Специалисты отмечают, что истощение работоспособности и общая утомляемость без связи с депрессией и мышечной слабостью отмечается у 75–90% пациентов с РС. Это состояние проявляется необходимостью в частом отдыхе, снижением мотивации, затруднением при выполнении повторных действий, сонливостью, снижением способности к концентрации. Некоторые говорят, что чувствуют себя как батарея, которую постоянно надо заряжать, но она быстро разряжается. Ученые начали исследования этого своеобразного состояния человека в конце прошлого века и в 1996 г. назвали его «синдром хронической усталости и иммунной дисфункции», то есть признали, что в основе лежат иммунные нарушения.

Усталость при РС бывает двух видов:

- 1) усталость в покое — присутствует постоянно, не зависит от физической или эмоциональной нагрузки; не исчезает после сна или отдыха;
- 2) повышенная утомляемость — быстрое истощение при повышенной физической или эмоциональной нагрузке.

Ученые видят 6 возможных причин утомляемости.

1. Часть мышечных волокон не участвует в общей работе.
2. В связи с частичным замедлением прохождения нервного импульса имеются сбои в работе мускулатуры.
3. Ежедневные действия раньше совершались автоматически, а теперь требуют повышенной концентрации.
4. Очаги в области ствола мозга оказывают отрицательное воздействие на центр бодрствования.
5. Уже небольшое повышение температуры тела нарушает функцию нервных волокон в районе очага.
6. Пациенты с РС обычно находятся в стадии хронического восстановления.

А теперь обсудим все эти пункты.

1. Каждая большая мышца состоит из тысячи волокон. На каждые 10–20 из них полагается по нервному волокну. Если погибает часть нервных волокон, выпадает функция соответствующих мышечных участков. При длительной нагрузке нарушение функции распространяется на всю данную мышцу.

2. Говоря об ослаблении мышцы, отметим и нарушение ее координации. При незначительной и короткой нагрузке эти нарушения могут оказаться ниже по-

рога восприятия. Электрический импульс задерживается на участке демиелинизации нерва, замедленно доходит до мышцы, которая выпадает теперь из общей фазы движения. И даже если не ощущается слабость и нет паралича, мышечный тонус может быть слегка повышен, то есть может быть легкая спастика, а движения несколько напряжены, замедленны, как если бы вы шли по щиколотку в воде.

3. К нарушениям, оказывающим отрицательное воздействие на мышцы, относится любая ситуация в течение дня, требующая концентрации. Ничего теперь не делается автоматически, любая — даже мелкая — работа (например, мытье посуды) порой требует внимания. Приходится думать, как взять чашку или тарелку, т.к. порой нет обычных ощущений в пальцах. Некоторые пациенты жалуются, что не могут находиться в общественных местах, так как быстро устают от шума голосов, их раздражает обычный звук радио и телевизора. Иногда становится заметно некоторое нарушение равновесия, заставляющее порой лишний раз опереться на косяк двери. Все, что здоровый человек делает без особого труда, требует у пациента с РС особого внимания и напряжения.

4. Процессы внимания, сна и бодрствования находятся под контролем разветвленной сети нервных клеток в области ствола мозга — сетчатого вещества. Исходящие отсюда импульсы активизируют или тормозят деятельность коры головного мозга. Необходимо повышенного внимания, постоянная борьба с ослабленной и недостаточной хорошо работающей мускулатурой вполне объясняют быструю утомляемость, которая признается одним из типичных признаков РС.

5. Вероятно, здесь имеет место синдром «горячей ванны» (см. 2.10 Почему повышается чувствительность во время купания?). При физическом напряжении температура тела несколько повышается и меняется в течение дня. Вечером она обычно на полградуса выше утренней. Может быть, именно поэтому многие пациенты с РС рано ложатся спать.

6. Хотя представляется логичным, что синдром хронической усталости должен иметь взаимосвязь с изменениями при МРТ, это происходит далеко не всегда, ибо нередко выраженная усталость не подтверждается наличием многих очагов. Это обстоятельство порой приводит к ошибкам в оценке состояния пациента.

Заметим, усталость при РС не соответствует интенсивности нагрузки и ее выраженность зависит от температур тел и окружающей среды.

Пример: Вячеслав О. Болеет РС 6 лет. Хотя у него было мало атак болезни, страдает он выраженной усталостью, что не позволяет ему продолжать профессиональную деятельность. После длительных сомнений он решил обратиться в комиссию для установления группы инвалидности. Ему было отказано, а в решении среди других аргументов звучал и такой: легкие признаки утомляемости не подтверждаются незначительными изменениями при МРТ, поэтому следует считать данные изменения состояния «психогенными факторами». Это типичный ошибочный «приговор».

Довольно часто СХУ протекает как грипп, только его симптомы сохраняются многие месяцы. Нередко имеются боли и слабость в мышцах, особенно в грудных, признаки поражения нервной системы, утомляемость, бессонница, раздражительность, нарушение концентрации и внимания. В ряде случаев сохраняется субфебрильная температура (37,1–38,6 °C), увеличиваются лимфатические узлы. Возможны болезненность и воспаление в дыхательной системе (фарингит), мигрирующие боли в суставах, головные боли, снижение памяти, интеллекта, внимания, депрессия. Усталость обычно наиболее выражена во второй половине дня. В связи с этим следует предусмотреть перерывы при выполнении любой работы. Кстати, замечено, что пациенты с РС быстрее избавляются от чувства

переутомления, чем здоровые люди. Данный синдром представляет определенные трудности для лечения.

14. РС и нарушения высших мозговых функций

14.1 Какая связь между РС и нарушениями функций мозга?

Мой муж, которому 56 лет, болеет РС 12 лет, но в последнее время сильно изменился: у него проблемы с памятью, счетом, принятием решений. Это связано с возрастом или РС?

Рассказывая о ранней инвалидизации пациентов трудоспособного возраста, отметим, что она нередко связана не только с неврологической симптоматикой, но и с естественными сложностями социальной и психологической адаптации. В небольшой степени это усугубляется нарушением высших корковых функций и поведенческими проблемами. Уже на ранних стадиях заболевания возможны нарушения высших мозговых функций, проявляющиеся весьма многообразно. Ухудшается память (забываются некоторые слова, события, ранее усвоенные знания), в том числе зрительная. Снижается концентрация внимания и скорость ответных адекватных реакций (скорость обработки информации), мышление, способность к обучению и к абстрагированию, понимание речи, способность к счету, пространственное восприятие, планирование и контроль высшей психической деятельности.

Ученые считают, что нарушения высших корковых функций, течение заболевания, актуальное психологическое состояние вполне согласуются с выраженностью атрофии элементов головного мозга и локализацией очагов. Заметим, что выраженное расстройство корковых функций лежит в основе деменции — стойкого снижения познавательной деятельности с утраченной в той или иной степени ранее усвоенных знаний и практических навыков и затруднением или невозможностью приобретения новых.

Исследования, проведенные в различных странах, показали, что распространенность так называемых когнитивных (познавательных) расстройств у пациентов с РС составляет 45–65%, а у всего населения в целом — 43%. Они возникают уже на стадии клинически изолированного симптома (КИС) и на ранних стадиях достоверного РС. Они могут появляться и исчезать точно так же, как и другие симптомы, независимо от проявлений других симптомов и длительности заболевания. Имеющаяся связь между степенью выраженности расстройств в познавательной сфере и общим объемом поражения головного мозга (по данным МРТ) объясняется тем, что для выполнения многих функций умственной сферы требуется одновременное участие в работе всех отделов мозга. Этого трудно добиться, если имеется множество очагов, из-за которых нарушаются связи между разными зонами мозга.

Некоторые авторы отмечают, что лишь у 5–10% пациентов с РС расстройство мозговых функций принимает настолько серьезную форму, что в значительной степени препятствует обычной повседневной деятельности.

Вопрос о медикаментозном лечении нарушений мозговых функций мы обсудим позже.

14.2 Почему я стал забывать?

У меня такое впечатление, что в последнее время иногда плохо воспринимаю речь или забываю что-то. Это связано с проблемой концентрации или что-то другое?

Быстрая утомляемость при РС отличается от ослабления умственных способностей, которое встречается периодически, хотя пациенты не любят об этом го-

ворить. В редких случаях последние довольно выражены и поразительно похожи на деменцию, связанную с утратой старым человеком интеллектуальных способностей и изменением его поведения.

Мы уже отмечали, что делались попытки связать душевные изменения у пациентов с РС с числом очагов в мозге и уровнем поражения тканей мозга, однако четких доказательств этой связи не было выявлено. У ряда пациентов отмечены изменения мозолистого тела. Еще совсем недавно этому участку мозга не уделялось особого внимания. Раньше было известно, что существует связь между обоими полушариями головного мозга, которые мало отличаются по своим функциям. Лежащее посредине банановидное мозолистое тело, казалось, не имело других задач, как объединять эти половины мозга. Тонкие технические возможности позволили выяснить некоторые интересные детали. Оказалось, что мозолистое тело состоит из 200 млн. нервных волокон, при этом одна половина идет справа налево, вторая — в обратную сторону. К тому же обе половины мозга обладают своей специализацией: правая половина — интуитивной, художественной, левая — логической, математической. К счастью, обе половины мозга дружно работают совместно благодаря деятельности именно мозолистого тела. Нет ничего удивительного в том, что исследования выявили закономерную связь: чем тоньше мозолистое тело, тем больше выражены нарушения концентрации и памяти.

Нарушения в познавательной сфере часто бывают причиной недостаточного взаимопонимания между человеком, страдающим РС, и его близкими, в связи с чем нередко его действия могут быть неправильно восприняты как проявления капризности, недостаточной заботы пациента о самом себе или близких, а порой и как проявления умственных расстройств. Диагностика нарушений в познавательной сфере помогает не только найти взаимопонимание, но и влиять на ход болезни у конкретного человека. С целью диагностики врач может назначить нейропсихологическое исследование, что помогает уточнить некоторые симптомы болезни.

Причины рассеянного склероза

Чем меньше изучено заболевание, тем больше существует теорий, догадок и предположений. Порой кажется, что ученые находятся на подступах разгадки тайны, но время проходит и наши ожидания не сбываются. Поскольку каждый из нас ищет «свой путь» в борьбе с болезнью, интерес к этому вопросу понятен. Попробуем обсудить то, что известно сегодня.

15.1 История исследования РС

Рассеянный склероз имеет недолгую историю. Впервые изменения в головном мозге, свойственные этому заболеванию, были выявлены французскими учеными Крювелье и Карсвел в 1835 году, которые обнаружили «островки серой дегенерации, разбросанные по спинному мозгу, стволу мозга, мозжечку и иногда по большим полушариям». Первое подробное описание принадлежит известному французскому невропатологу Жану Мартену Шарко (1856 г.), который считал наиболее характерными симптомами заболевания нистагм (подергивание глазных яблок), интенционное (усиливающееся при приближении к цели) дрожание и скандированную (прерывистую) речь (известную теперь «триаду Шарко»).

Позже появилось довольно детальное микроскопическое описание поражений мозга при РС, принадлежащее Джемсу Даусону (1916 г.). Известный невропатолог Джон Куртцке (США), используя вычислительную технику, в 1955 году установил, что при РС встречаются 685 симптомов, однако он не выявил ни одного симптома, специфического для этого заболевания. Значительный вклад в изучение патогенеза и клинических проявлений внесли отечественные неврологи — А. П. Зинченко, Р. К. Шамрей, Д. А. Марков и др. И сегодня крупнейшие научные центры страны ведут исследования в поисках действенных методов лечения.

15.2 Почему причины РС до сих пор неизвестны?

Почему не найдут причины РС?

Для начала разберемся в одном спорном вопросе. Действительно, до сегодняшнего дня нет точной картины возникновения этого заболевания. Впрочем, ученые считают, что из тысячи существующих на Земле болезней можно с уверенностью говорить о причинах заболевания только в 26 случаях, а все остальное — предположения. Ведь еще немало неясностей в природе артериосклероза, ревматизма, бронхиальной астмы, не говоря уже о паркинсонизме, болезни Альцгеймера, раке и других заболеваниях. Нередко человек длительно ходит с постоянной головной болью к врачам, которые не могут найти ей объяснение.

Нельзя сказать, что изучением проблем РС мало занимаются. В медицинской печати появляется много сообщений, нет недостатка в гипотезах, но они пока не проливают свет на тайны заболевания. Напрашивается вывод: или еще не найдена необычная истинная причина, о которой никто и не думал (а это может быть упущенный внешний фактор, безобидный до сегодняшнего дня микроб или еще не открытый вирус), или РС вызывается цепью взаимосвязанных причин.

Чтобы вернуться ближе к теме, напомним официальный взгляд отечественной науки на происхождение РС. Согласно Протоколу «Рассеянный склероз», «...это хроническое прогрессирующее демиелинизирующее заболевание центральной нервной системы, имеющее в большинстве случаев волнообразное течение с чередованием обострений и ремиссий на ранних стадиях заболевания, реже — изначально неуклонно прогрессирующее течение. Рассеянный склероз является мультифакторным заболеванием, в иницировании и развитии которого важную роль играют вирусная инфекция, наследственная предрасположенность, а также внешние факторы. В то же время вопросы этиологии рассеянного склероза до настоящего времени остаются невыясненными».

Казалось бы, все ясно, но ведь хочется хотя бы немного приблизиться к разгадке «собственного» заболевания. Остановимся пока на четырех факторах:

- РС вызывается каким-то известным или неизвестным возбудителем;
- это аутоиммунное заболевание;
- определенную роль играет наследственность;
- развитию РС способствует современный образ жизни.

15.3 Что такое «причина болезни»?

В чем различие между причиной и разрешающим фактором?

Что такое «причина» — это вполне философский вопрос. Если спросить, что является причиной инфаркта миокарда, то ответ звучит однозначно — сужение сердечных сосудов. Если поинтересоваться, какова причина сужения сосудов, то услышим в ответ — атеросклероз. Если следовать детской непосредственности, то последует вопрос: «Какова причина атеросклероза?». Честный ответ прост: «Мы не знаем». Единственное, что мы скажем, что атеросклероз встречается

чаще, если есть факторы риска: стресс, высокое артериальное давление, сахарный диабет, курение и лишний вес. Строго говоря, факторы риска не являются причиной заболевания, ибо они — лишь условия, в которых повышается статистическая вероятность заболевания.

Примерно так мы можем обсуждать и РС. На вопрос о причине РС ответим: «Хроническое воспаление ЦНС». И ответ на следующий вопрос: «Что является причиной этого воспаления?» — не вызывает сомнения — «аутоиммунная агрессия». А вот объяснить истинные причины этого процесса в конкретном случае мы не можем. И даже если началу заболевания предшествовала вирусная инфекция, должны быть определенные факторы, способствующие развитию или ухудшению заболевания. Они могут, например, привести к изменению функций лимфоцитов, ставших под воздействием медикаментов или жизненных перегрузок агрессивными (см. 12.5 Что такое психоиммунология?). Возможно повреждение миелина внешними ядовитыми веществами (15.11 Является ли РС болезнью цивилизации?) или изменение под влиянием стрессовых ситуаций (см. 12.6 Что такое стресс?).

15.4 📌 Какие факторы способствуют развитию болезни?

Известно, что для развития болезни необходимо много условий. Как обстоит дело с РС?

Существуют предрасполагающие и разрешающие факторы.

К предрасполагающим относятся:

- наследственность;
- предшествующие РС болезни;
- внешние факторы (расположение местности, жизнь в городе или деревне, социально-экономическое положение, недостаток микроэлементов в питьевой воде, вредные производственные факторы и т.д.);
- особенности питания.

К разрешающим факторам относятся:

- вирусная инфекция;
- беременность и послеродовой период;
- прививки;
- душевные нагрузки;
- физические перегрузки;
- несчастные случаи.

Для развития РС должны «встретиться» необходимая, но не решающая для возникновения заболевания предпосылка, и разрешающий фактор, которые при определенных условиях и ведут к развитию заболевания.

15.5 📌 Чего мы ждем от действующей теории РС?

Существует немало теорий о причинах РС. Как можно узнать, что они верные?

Чтобы теорию развития РС признали, она должна убедительно ответить на 12 вопросов:

1. Почему женщины заболевают чаще мужчин?
2. Почему начало заболевания обычно вписывается в период между первой менструацией и менопаузой?
3. Почему заболевание зависит от широты расположения населенного пункта?
4. Как расценивать миграционные потоки?
5. Почему у японцев и цыган РС возникает очень редко?

6. Почему в некоторых семьях РС встречается чаще?
7. Почему заболевание чаще встречается у более обеспеченных слоев населения?
8. Почему возникла эпидемия на Фарерских островах?
9. Какой смысл в длительном периоде между приобретением, возможно в форме вирусной инфекции в детстве, заболевания и его активным началом?
10. Как объяснить течение болезни с обострениями?
11. Почему в центре очага всегда расположена вена?
12. Почему очаги РС имеют предпочтительные места в ЦНС?

На сегодняшний день нет теорий, которые в состоянии ответить на все эти вопросы и создать модель заболевания, не вызывающую возражений.

15.6 📌 Существует ли классическая теория РС?

Если нет четких обоснований причин, может ли вообще существовать признаваемая теория РС?

Согласно классической теории, для развития РС необходимо наличие трех факторов:

- ошибка в реакции иммунной системы;
- вирусное заболевание в детстве;
- врожденная предрасположенность.

Обоснованием служат следующие аргументы:

- обследование близнецов показало, что имеется наследственная предрасположенность к развитию РС (см. 15.8 Это наследственное заболевание?);
- эпидемия на Фарерских островах показала, что, возможно, есть возбудитель РС;
- изучение заболеваемости у мигрантов свидетельствует, что инфекционное поражение наступило до подросткового возраста;
- гипотеза об аутоагрессии возникла в начале XX века и связана с прививками против бешенства, которые могут вызывать симптомы, клинически похожие на симптомы РС. Аналогичные результаты дали экспериментальные исследования, в результате которых возникла аутоиммунная гипотеза РС: заболевание связано с ошибочной атакой Т-лимфоцитов на белое вещество головного мозга (см. 15.7 Является ли РС аутоагрессивной болезнью?).

Если объединить все четыре положения в одну теорию, то получается вполне детективная история.

В детстве неизвестный возбудитель совершенно незаметно внедрился в белое вещество головного мозга, в миелин, и впал в длительную спячку. Можно только предположить, что речь идет о каком-то вирусе. Поскольку вирусы обладают белковой оболочкой и соответствующей структурой, то воспринимаются лимфоцитами как чужеродные вещества. Но здесь есть один трюк: чтобы обмануть защитную систему организма, вирус меняет внешний вид, как волк, надевший овечью шкуру. В оболочке вируса могут быть собственные аутогенные вещества, схожие с миелином, что и позволяет ему незаметно пробраться в мозг и отсидеться определенное время. Насколько схожи миелин и вирусная белковая оболочка, во многом зависит от врожденных факторов (см. 15.8 Это наследственное заболевание?).

По пока неизвестным причинам вирус однажды просыпается и покидает место своего временного пребывания. Если его встречают лимфоциты и неожиданно узнают в нем «чужестранца», спрятавшегося под чужим флагом, они пытаются его уничтожить. Но в пылу борьбы они разрушают не только вирус, но и похожие

на него структуры. Это значит, что иммунная система человека проявляет агрессию не к чужеродным факторам (бактериям, вирусам и др.), а к собственным тканям организма (миелиновым оболочкам нервов), вызывая их повреждение. Во время обострения заболевания в белом веществе мозга возникают очаги демиелинизации (т.е. лишённые миелина) и воспаления. Заметим, что разрушительный процесс распространяется и на другие ткани: серое вещество (тела нервных клеток) и нервные волокна (внутри миелина). Их поражение происходит по другому механизму, т.к. ткани постепенно сморщиваются и увядают, что происходит постоянно, а не только во время обострения.

Важным моментом является то, что на фоне мощного противовоспалительного лечения происходит самостоятельное восстановление миелина, а вместе с ним и исчезновение симптомов заболевания — наступает ремиссия. Такое затухание процесса держится до следующего обострения. Плохо лишь то, что пациенты с РС живут в незнании, кто является оккупантом и что вызовет очередное обострение.

15.7 Является ли РС аутоагрессивной болезнью?

Насколько верна аутоиммунная теория?

Ответить на этот вопрос с полной уверенностью не возьмется никто, хотя аутоиммунная теория возникновения РС получила широкое распространение, ибо в развернутой стадии болезни аутоиммунные реакции играют ведущую роль. Дело в том, что до сих пор нет ответа на вопрос: первичны или вторичны эти реакции. Если воспаление в ткани мозга и демиелинизация являются следствием иммунологической реакции на антигены мозга, можно говорить о первичном аутоиммунном заболевании, аналогичном ревматизму, ревматоидному артриту и другой патологии. В том случае, когда сенсибилизация иммунокомпетентных клеток к антигенам мозга происходит в результате воспаления и разрушения миелина, проникновения через поврежденный гематоэнцефалический барьер в кровь мозговых антигенов и последующего развития всего комплекса иммунопатологических реакций, говорят о вторичности аутоиммунного компонента в патогенезе РС. Пока нет доказательств, позволяющих считать РС полностью первичным аутоиммунным заболеванием. Но, учитывая ведущую роль иммунологических нарушений, лечение этого заболевания во многом основывается на коррекции иммунных нарушений.

15.8 Это наследственное заболевание?

У моей сестры РС. Какова вероятность того, что заболею и я?

Есть порядка 20 генов, определенное строение которых (полиморфизм) связано с повышением риска развития этого заболевания. По этому вопросу проводилось немало исследований. В процентном отношении цифры не так уж и велики. Так, если болеет один из родителей, то вероятность заболевания ребенка составляет около 2%. Если болеет кто-либо из братьев или сестер — около 3%. Изучают этот вопрос, проводя статистическую обработку заболеваемости близнецов. Естественно, что однояйцевые близнецы имеют одинаковую наследственность. Но если бы РС был чисто наследственным, то при заболевании одного из близнецов второй должен был бы заболеть обязательно. В одном исследовании отметили, что соответствие этому правилу выявлено только у 12 из 35 пар однояйцевых близнецов (34%) и у 2 из 49 пар двуяйцевых близнецов (4%).

Практически не отличаются официальные российские данные: риск заболевания у монозиготных (однойцевых) близнецов значительно выше — 25–40%,

чем у гетерозиготных (двуйцевых) — 3,3–4,7%. У последних он практически не отличается от других братьев и сестер.

Считается, что РС чаще встречается в семьях больных РС, чем в популяции в целом. Семейный РС составляет примерно от 2% до 5% от всех случаев в зависимости от популяции. Из нескольких источников известно, что от 1% до 20% больных имеют родственников, болеющих РС. Чаще всего заболевание поражает представителей одного поколения, и в основном семейным РС страдают женщины. Частота повторных случаев РС в семье не превышает 10%.

Это говорит о том, что наследственный фактор, конечно, имеет значение, но он один не обладает разрешающей способностью вызвать РС. В настоящее время можно сказать так: РС не заразен, и поэтому ваши родственники и друзья не могут заболеть им, заразившись от вас. РС — не наследственное заболевание и по наследству не передается, но, по-видимому, имеется некоторая генетическая предрасположенность к нему, которая и объясняет тот факт, что риск заболевания в семьях, где уже кто-то болен РС, несколько более высок. Несколько более высокий риск для детей, братьев и сестер заболевшего РС может быть следствием сходной восприимчивости к воздействию одинаковых факторов внешней среды.

Генетическая предрасположенность не связана с генными мутациями. Научные исследования показали, что генетические факторы могут обуславливать своеобразие клинических форм РС, возможно одновременное присутствие генов, влияющих на особенности развития, течения и прогноза процесса демиелинизации, в том числе на устойчивость организма к РС.

15.9 Почему заболевание встречается у женщин чаще, чем у мужчин?

За что такая несправедливость?

Честно говоря, убедительных данных пока нет, хотя проводятся широкие исследования. Некоторые ученые утверждают, что это связано с тем, что доля женщин при всех аутоиммунных заболеваниях выше, а у нас как раз идет разговор о таких процессах. Напомним, это касается таких заболеваний, как системная красная волчанка, ревматоидный артрит, болезнь Бехтерева и др.

Другие упоминают о роли женских половых гормонов. Действительно, РС редко возникает до начала менструаций и после их завершения. Кроме того, обострения учащаются в послеродовой период, когда идет гормональная перестройка.

Недавно американские ученые, подтвердив тезис о преимущественном заболевании женщин, нашли еще одно отличие в течении РС. Так, изучив томограммы 795 пациенток и пациентов с РС и 101 здорового человека из группы контроля, они выявили, что у женщин рассеянный склероз выражается преимущественно в атрофии белого вещества, из которого отправляются сообщения в различные участки мозга. У мужчин поражается больше серое вещество, куда эти сообщения приходят и где интерпретируются. Исследователи высказали предположение, что эти изменения связаны с изменением уровня половых гормонов. Ранее было доказано, что мужчины, получающие лечение тестостероном, имеют меньше повреждений мозговой ткани при рассеянном склерозе. Исходя из этого можно предположить, что повышение уровня эстрогена у женщин также поможет бороться с заболеванием.

Интересное исследование провели американские ученые, которые проанализировали данные о 238000 женщинах на протяжении 40 лет. Оказалось, что у женщин с индексом массы тела 30 и выше в промежутке между 18 и 20 годами жизни риск развития РС в дальнейшем возрастал в 2 раза. После поправки на возраст, курение и двигательную активность результаты остались прежними.

В то же время ожирение в детстве и во взрослом состоянии не влияло на риск развития заболевания. Ученые предполагают, что жировая ткань может продуцировать какие-то вещества, влияющие на иммунную систему и способствующие развитию РС.

В настоящее время представители иммуноэндокринологии активно изучают степень влияния беременности, приема противозачаточных гормональных препаратов и других подобных факторов на развитие болезни. Но, заметим, в этом вопросе еще много неизвестного.

15.10 РС — наследственность или вирус?

Интересно, как уживаются наследственность с вирусной теорией?

Это действительно очень интересный вопрос. Обычно приходит в голову, что одно исключает другое: болезнь или вызвана вирусом (либо бактерией), или является наследственной. Но вот при РС играют роль оба фактора. Люди отличаются друг от друга не только группой крови, каждая клеточка организма имеет в своей оболочке белковые молекулы, которые расцениваются иммунной системой как аутоиммунные, что обусловлено генетически. Если у кого-либо наследуются поверхностные признаки олигодендроцитов, которые особенно легко могут замениться вирусом, то увеличивается риск ошибочной атаки против собственного миелина.

15.11 Является ли РС болезнью цивилизации?

Мой друг работает с 17 лет в автомастерской и связан с красками и другими органическими веществами. Но еще до того, как он заболел 3 года назад, у него были головные боли. Если здесь какая-либо связь с РС?

То, что это заболевание связано с хронической интоксикацией организма, не подлежит сомнению. Надо ли напоминать, сколько вредных веществ попадает сегодня в мировой океан. По весьма скромным подсчетам, одной ртuti сбрасывается в воду около 5000 т в год. Естественно, они попадают в морские растения, съедаемые рыбами, а дальнейший путь этих вредных веществ известен — рыба является неотъемлемой частью рациона. Не станем приводить полные цифры, рассказывающие о количестве сбрасываемых в наши реки промышленных отходов, да и вряд ли мы найдем их в открытой печати. Но ртуть — это лишь один пример возможного воздействия вредных веществ на мозг.

Некоторые врачи рекомендуют удалять амальгамовые зубные пломбы, состоящие из ртuti и серебра, основываясь на ничем не подтвержденном предположении, что РС может возникать вследствие отравления ртутью, выделяющейся из амальгамовых пломб и повреждающей иммунную систему. Нет никаких данных, что удаление этих пломб каким-либо образом влияет на течение РС.

Другим примером токсического воздействия на мозг может служить исследование английскими учеными рабочих фабрики, где активно использовали цинк. Они выявили 11 случаев РС среди чуть более 5000 работающих.

Мы знаем немало случаев, когда широко рекламируемые медикаменты привели к врожденным уродствам. Исследователи считают, что определенным образом воздействуют на белое вещество мозга гексахлорофен, применяемый в больницах, в том числе детских, для дезинфекции. Используется он при производстве дезодорантов и мыла. Проникая через кожу в кровь, препарат попадает в мозг, способствуя разбуханию и повреждению миелиновых оболочек.

Не станем рассказывать о многочисленных исследованиях различных органических веществ. Заметим, что достоверно повышается риск заболевания у работающих в обувной, кожной и химической промышленности.

Ученые обращают внимание на низкое содержание в почве и воде некоторых микроэлементов (медь, кобальт, молибден, алюминий, магний, цинк, селен), которые имеют большое значение для нормальной деятельности иммунной системы.

Ряд исследователей считает, что развитию заболевания способствует курение за счет повышения свободных радикалов.

Нет возможности перечислить все вредные вещества, попадающие в наш организм с пищей. Естественно, существуют официальные предельные нормы их концентрации в продуктах, но никто не знает, насколько они точны. Нельзя говорить об исследовании крови на наличие вредных веществ, ибо здесь еще много неизученных вопросов. В любом случае, чтобы возник РС, должны «встретиться» несколько разных факторов: вирусная инфекция в детстве, врожденная предрасположенность, воздействие на миелин неблагоприятных факторов внешней среды.

15.12 Есть ли связь между рассеянным склерозом и хронической цереброспинальной венозной недостаточностью?

В интернете пишут о возможной связи РС и хронической цереброспинальной венозной недостаточностью. Это действительно так?

Ученые активно стремятся найти новые пути лечения РС, поэтому их привлекают различные изменения в организме, которые могут привести к развитию заболевания или к его обострению. Объектом исследований стала и хроническая цереброспинальная венозная недостаточность (CCSVI), которая, как считают некоторые исследователи, может привести к активизации иммунной системы, избыточному депонированию железа, потере миелина, а также другим повреждениям нервной системы. Есть мнение, что сужение поверхностных вен головного мозга может послужить пусковым механизмом воспалительных реакций, поэтому расширение просвета суженных или закупоренных вен у больных РС позволит улучшить состояние пациентов.

Считается, что сужение вен затрудняет отток крови из ЦНС, что вызывает отеки вокруг сосудов и такие симптомы РС, как усталость, чувствительные расстройства и нарушение балансировки.

Существуют две основные проблемы, с которыми сталкиваются специалисты в изучении теории хронической цереброспинальной венозной недостаточности. Во-первых, исследователи должны доказать, является ли **CCSVI патологией, которая чаще встречается у пациентов с РС** по сравнению с остальным населением, и если да, то какова взаимосвязь между хронической цереброспинальной венозной недостаточностью и самим заболеванием. Осложняет решение этого вопроса тот факт, что на сегодняшний день **не определены процедуры или протоколы диагностики CCSVI**. Следовательно, при использовании различного оборудования для визуализации этой патологии, различных методов диагностики может быть получен очень широкий диапазон результатов.

15.13 Что можно сказать о влиянии симбиотической микрофлоры кишечника на деятельность ЦНС и иммунной системы?

Влияет ли микрофлора кишечника на риск развития РС?

Этот вопрос в последнее время активно обсуждается в специализированной литературе. Получен ряд интересных результатов как на модели РС — экспериментальном аутоиммунном энцефаломиелите (ЭАЭ), так и у пациентов. Действительно, некоторые микроорганизмы, с которыми мы существуем в симби-

озе, вырабатывают ряд противовоспалительных веществ, цитокинов и других, которые необходимы для поддержания равновесия во всей системе. Так, активно обсуждается роль микроорганизмов из группы архей.

Анализ фенотипа иммуннокомпетентных клеток показал, что наличие ряда групп Архей связано с экспрессией Т-клетками цитокинов и меняется на фоне лечения, например, бета-интерферонами. Предполагается связь между составом микробиома (современное расширенное понятие микрофлоры и совокупности не только микробов, но и микробных генов) и иммунопатогенезом РС. Это, кстати, может объяснить, почему жители стран с преимущественно вегетарианской диетой реже страдают РС, хотя имеется генетическая предрасположенность, отличимая в разных популяциях.

15.14 О чем сообщает пресса?

Средства массовой информации постоянно пишут о новых открытиях, связанных с РС. Как их оценивать?

Все мы ждем новых сообщений, но окончательные выводы можно будет сделать только после проверки всех этих данных. Так, совсем недавно американские ученые сообщили об открытии фермента, играющего важную роль в механизме развития РС, что может привести к созданию эффективного лекарства от этого тяжелого неврологического заболевания. Исследователи полагают, что, заблокировав работу этого фермента, известного как миелинспецифическая протеаза (MSP), можно прекратить разрушение миелиновых тканей.

А вот канадские ученые обвиняют в развитии РС... попугаев. Они пришли к выводу, что у людей, которые держат дома птиц, риск заболеть рассеянным склерозом увеличивается в 2,5 раза. Это можно объяснить тем, что птицы являются переносчиками заболеваний, заражение которыми ослабляет иммунную систему хозяина и способствует, таким образом, развитию процессов, приводящих к поражению клеток нервной системы и развитию РС. Эта связь особенно четко прослеживалась у женщин, которые чаще чистят клетки и, следовательно, имеют больше шансов подхватить инфекцию. При этом авторы отмечают, что меньше других рискуют заболеть РС хозяева кошек, так как эти домашние животные оказывают положительное влияние на психосоматическое состояние человека.

Британские ученые выяснили, что на риск развития РС влияет месяц рождения. Они проанализировали данные 17 874 канадцев и 11 502 британцев, больных РС. В ходе исследования были собраны и детально изучены сведения о месяце рождения и генетической предрасположенности пациентов к данному заболеванию. Оказалось, что рождение в апреле-мае повышает риск заболевания РС, в то время как у родившихся в ноябре этот риск минимален. Естественно, что точное объяснение подобным результатам пока не найдено. Исследования, опубликованные в Европейском журнале неврологии, позволяют предположить, что матери, вынашивающие плод в осенние и зимние месяцы, скорее всего, родят ребенка с предрасположенностью к РС. Ученые из Глазго полагают, что это связано с пониженной интенсивностью действия солнечного света на мать во время беременности. Это приводит к недостатку витамина D в организме младенца, что вызывает генетическую предрасположенность к заболеванию. Впрочем, непонятно, как можно это использовать в жизни.

Сегодня в печати достаточно много сообщений о вреде различных паразитов. Реклама активно предлагает разнообразные методы избавления организма от них. А вот аргентинские ученые 4 года наблюдали пациентов с РС, отметив, что значительное снижение числа обострений в группе пациентов, зараженных различными видами глистов (червей-аскарид, власоглавы, ленточных червей

или остриц). Авторы исследования полагают, что благотворное действие паразитических червей может быть связано с их способностью снижать активность иммунной системы хозяина, замедляя развитие аутоиммунных воспалительных реакций. Признаться, у авторов книги нет желания рекомендовать этот метод снижения атак болезни. Впрочем, его обоснованность еще необходимо доказать.

15.15 Почему в последние годы больных рассеянным склерозом стало намного больше?

Сейчас действительно стало больше больных РС?

Подводя итоги обсуждения, отметим четыре фактора, влияющие на рост показателей заболеваемости. Во-первых, стала более ранней и точной выявляемость РС, чему в немалой степени способствуют рост технических способностей и внедренные в практику критерии Макдональда в версии 2010 года. Отрадно, что сейчас больше клинически мягких случаев. Во-вторых, от рассеянного склероза очень редко умирают. Это случается в злокачественных случаях, когда поражен ствол мозга, и когда, что чаще, у тяжелого больного появились опасные осложнения: легочная и урологическая инфекции. К счастью, сейчас есть намного больше возможностей симптоматической и антибактериальной терапии. В-третьих, появились новые методы патогенетического лечения, снижающие активность болезни. Благодаря своевременной диагностике и эффективному лечению количество пациентов с умеренным течением заболевания становится больше. И, наконец, в-четвертых, все-таки нельзя не признать рост истинной заболеваемости. К большому сожалению, рассеянный склероз, как и все аутоиммунные патологии, является болезнью цивилизации. Уже накопилось достаточно доказательств прямой связи между заболеваемостью РС и экологией.

15.16 Есть ли связь РС с ожирением?

Израильскими учеными недавно было показано, что провоцировать и ухудшать течение аутоиммунной патологии может ожирение. Исследователи считают, что причиной данного феномена могут быть адипокины — цитокины, выделяемые клетками жировой ткани. Несмотря на то, что результаты были получены на лабораторных животных и требуют дальнейшего подтверждения, эта работа подтверждает необходимость разработки и изучения воздействия различных лечебных диет у пациентов с аутоиммунной патологией.

16. В поисках возбудителя заболевания

16.1 Существует ли возбудитель заболевания?

Верите ли вы в то, что есть возбудитель РС?

Этот вопрос всегда волнует людей по многим причинам. Верим ли мы? Сегодня можно только верить, а большего не позволяет уровень современных научных знаний. К тому же нет сомнения, что для возникновения РС необходимо сочетание ряда факторов.

Сейчас роль вирусной инфекции в возникновении данного заболевания является общепризнанной. Инфекционный возбудитель может поражать ткань мозга либо самостоятельно, либо провоцируя развитие аутоиммунных реакций на антигены миелина. В настоящее время нет убедительных данных о каком-либо одном инфекционном агенте, вызывающем РС, хотя участие инфекций в запуске обострений РС не вызывает сомнения.

Предполагают, что вирус проникает в ЦНС после детских инфекций (корь, паротит и др.), долгие годы находится в организме в неактивном состоянии, косвенно стимулируя аутоиммунные процессы. (Впрочем, сейчас уже почти нет этих детских инфекций, а заболеваемость РС растет.) Затем, уже значительно позже, у людей с генетической предрасположенностью он начинает вследствие определенных причин выделять свои протеины на поверхность олигодендроцитов и миелиновых мембран, которые и становятся мишенью для иммунной системы при РС. Чтобы идентифицировать этот вирус, было проведено множество исследований, результатом которых стал вывод, что не существует какого-либо одного специфического вируса, приводящего к развитию РС, но, вместе с тем, запустить патологический процесс могут обычные вирусы, типа вирусов кори или герпеса. Проведенные на животных эксперименты позволили высказать предположение, что поскольку подобное РС заболевание (аллергический энцефаломиелит) является следствием вируса HHV6 — одной из разновидностей герпеса, который поражает иммунные клетки человека — Т-лимфоциты, то не исключена и его роль в развитии заболевания. Пока не исключается возможная связь РС с латентно протекающей инфекцией у собак, вызываемой вирусом Canine Distemper. В настоящее время исследователи пока не отказались от гипотезы об участии в этиологии РС ретровирусов, цитомегаловируса, вируса герпеса 6 типа. Особое внимание уделяется условно-патогенному вирусу Эпштейна — Барр, являющемуся причиной инфекционного мононуклеоза. В литературе имеются сообщения о повышении в ликворе при РС титра антител к *Mycoplasma pneumoniae*. Также имеются данные о том, что обострению РС может предшествовать активация кожных заболеваний, вызванных стафилококком.

Некоторые ученые считают, что следует искать неизвестный пока возбудитель или глубже изучать живущие в организме вирусы и микробы. Не исключено, что рост числа пациентов с РС является следствием прививок. При введении вакцины запускается медленный аутоиммунный процесс, который набирает обороты к возрасту манифестации. И этот вопрос требует глубокого изучения.

16.2 📖 Есть ли работы, изучающие заболеваемость у мигрантов?

В различных изданиях описывают случаи заболевания мигрантов и связывают их с возрастом. Что это значит?

Да, такие работы есть. Они показывают, что критической границей является 15 лет. Это следует пояснить. Предполагают, что, если существуют возбудитель, то он должен инфицировать ребенка между 12 и 15 годами жизни. Есть даже термин — «окно восприимчивости». Если ребенок переезжает в раннем детстве, по крайней мере, до полового созревания, в страну с низким уровнем РС, есть надежда, что он избежит участи заболеть. Правда, позже у ребенка могут быть некоторые вирусные инфекции, например ветряная оспа, корь, эпидемический паротит (свинка), ряд других инфекций, но это уже больше теоретический вопрос. Напротив, лица, эмигрировавшие в возрасте старше 15 лет, сохраняют такую же возможность заболеть РС, как и на своей родине. Не станем обсуждать мировые миграционные процессы. Заметим только, что среди русского населения, проживающего в странах Центральной Азии и на Кавказе, распространенность РС оказалась ниже, чем в Европейской части России, но выше, чем у коренного населения этих регионов.

16.3 Связан ли герпес на губе с РС?

Описана связь герпеса с РС. У меня бывает герпес на губах, это имеет значение?

Нет, не имеет. Но возбудитель РС вполне может оказаться в группе герпетических вирусов. Он имеет свои скрытые особенности, позволяющие провоцировать обострения, а также склонность к поражению нервных тканей. Пока известно не менее 6 видов вирусов, представляющих эту группу и вызывающих различную клиническую картину.

16.4 Существует ведь и хламидийная гипотеза?

Везде пишут, что у каждого человека в организме много хламидий. Могут они быть возбудителями?

Сейчас много пишут о том, что большое значение в развитии многих заболеваний имеют различные микробы и паразиты. Упоминают и хламидии как возбудитель РС. Дело в том, что у пациентов с РС периодически выявляют ряд бактерий, которые вполне безболезненно живут в организме, не причиняя ему вреда. Если учесть, что они проходят лечение по поводу РС, имеют сбои в иммунной системе, то вполне объясним рост на этом фоне ряда микробов. Скорее можно говорить, что на фоне лечения РС происходит активация хламидийной инфекции.

Новейшие исследования ученых Бостона позволили сделать вывод, что пациенты с хламидийной инфекцией не состоят в группе риска рассеянного склероза. В то же время нет данных, позволяющих утверждать, что те нарушения в организме, которые запускает хламидийная инфекция, не могут вызвать развитие РС.

Коль у нас идет речь о поиске возбудителей, то расскажем и о других сообщениях на эту тему. Несомненно, ведутся поиски истинной причины РС, и будут новые сообщения. Например, недавно американские врачи высказали предположение, что заболевание вызывается трематодами, достигающими головного и спинного мозга и размножающимися там. Они считают, что присутствие бактерий шигелл в головном и спинном мозге связано с их попаданием в организм из молочных продуктов. Если избавиться от шигелл, наступит быстрое улучшение. На вопрос, почему паразиты проникают в спинной и головной мозг, они отвечают так: растворители ксилен и толуол, которые добавляют в газированные напитки, взбитые сливки, накапливаясь в мозгу, притягивают к себе паразитов. Понятно, что эта версия требует дополнительного научного подтверждения.

16.5 📖 Возбудитель РС: необходим, но не достаточен?

Если найдут возбудитель РС, разве это будет не достаточная причина заболевания?

Конечно, многие думают: если найдут возбудителя РС, то тогда все будет замечательно — мы будем знать, где его поджидать, как уберечься от заражения, и обязательно найдут средство против него. Скорее всего, следует исходить из того, что возбудитель РС живет в организме многих из нас, но только при стечении многих несчастливых обстоятельств развивается заболевание. Надо полагать, что некоторые жизненные обстоятельства являются сильнее самого вируса, заставляя его стать агрессивным. Поэтому для возникновения РС наличие возбудителя важно, но не достаточно, ибо это не решающая причина.

Подводя итоги нашим рассуждениям, отметим, что причина возникновения рассеянного склероза точно не выяснена. На сегодняшний день наиболее общепринятым является мнение, что РС может возникнуть в результате случайного сочетания у данного человека ряда неблагоприятных внешних и внутренних факторов. К основным внешним факторам относятся частые вирусные и бактериальные инфекции, влияние токсических веществ и радиации, особенности современного питания, геоэкологическое место проживания (особенно для орга-

низма детей), различные травмы и стрессовые ситуации. Генетическая предрасположенность к рассеянному склерозу, вероятно, связана с сочетанием у данного индивидуума нескольких генов, которые расположены на разных хромосомах и обуславливают нарушения в системе регуляции иммунной системы.

Медикаментозное лечение рассеянного склероза

17. Основные принципы и задачи лечения РС

17.1 Почему сложно назначить адекватное лечение РС?

У меня и моего приятеля болезнь развивается практически одинаково. Почему нас лечат по-разному?

Трудно, вероятно, найти врача, который, назначая впервые лечение пациенту с РС, был бы совершенно уверен в правильности избранного пути. При этом имеются отработанные схемы лечения, огромное количество препаратов, воздействующих на различные звенья проявлений болезни. Но нет главного: четкого представления причин возникновения заболевания, возможности предусмотреть ход его развития у каждого конкретного пациента, что дало бы возможность проводить адекватную целенаправленную терапию. Что же делать? Некоторые пациенты считают, что нет смысла бороться с коварной болезнью, однако опыт многих из них убеждает, что очень часто удается подобрать рациональный путь лечения, на что требуется немало времени, сил и терпения, достаточной квалификации специалистов.

Пока нет возможности создать унифицированную схему лечения, приходится изучать свойства различных лекарственных средств, их побочные действия и методы борьбы с ними. Нередко ход лечения имеет своего рода экспериментальный характер, ибо отсутствие убедительных доказательств причин возникновения заболевания принуждает считать так называемое патогенетическое лечение, то есть направленное на механизмы развития болезни, относительно условным. Тем не менее, в лечении РС сейчас заметен существенный прогресс. В последние годы появилась группа новых препаратов, способных при длительном использовании уменьшать частоту обострений и замедлять прогрессирование заболевания, т.е. оказывать профилактическое действие. Известно также, что в случае своевременного обращения специалистам удается «затормозить» развитие заболевания, изменить течение болезни, максимально снизив частоту, длительность и степень тяжести обострения заболевания. В любом случае следует активно использовать опыт ведущих научных центров страны и тысяч пациентов, прошедших длительный путь поиска адекватного лечения. Это позволяет повысить качество жизни пациентов, длительно сохранить их трудоспособность.

Заметим, что организация лечения базируется на уже неоднократно упомянутом официальном документе — Протоколе ведения больных «Рассеянный склероз».

Волнообразное течение заболевания, многообразие клинических форм и вариантов течения усложняют объективную оценку результатов лечения. Перед назначением определенного, часто дорогостоящего лечения перед неврологом стоит сложная задача определить нужный препарат, подобрать дозу и длительность лечения, оптимальные для конкретного пациента. При этом следует учитывать

индивидуальные особенности течения заболевания, его осложнений и способность пациента переносить тот или иной метод лечения.

Мы не приводим статистические данные результатов лечения по различным методикам и препаратам. Они должны интересовать специалистов, ибо все мы знаем, что нет пока средств, дающих полное излечение или, по крайней мере, одинаковый положительный результат у всех пациентов.

Известно, сколько разочарования приносит порой неверное использование тех или иных методов терапии, а это может существенно повлиять на психологическое состояние больного, его веру в возможность лечения данного заболевания и неверно ориентировать его в сторону методов лечения, не имеющих научного обоснования. Для улучшения помощи пациентам с РС открываются специализированные отделения и кабинеты, врачи-неврологи проходят переподготовку в лучших клиниках страны. Следует признать, что предстоит еще сделать немало, чтобы создать нормальные условия для полноценного лечения всех в нем нуждающихся.

Одним из сложнейших вопросов организации терапии заболевания является доступность лечения, которая, по заявлению представителя общероссийской общественной организации инвалидов, в 2007 г. составляла лишь 7% случаев, следовательно, остальные пациенты в стране оставались без жизненно необходимой терапии. Известно, что государство в последние годы приняло ряд серьезных мер по решению этой проблемы. Будем надеяться, что все планы претворятся в жизнь.

В последние годы проводятся широкомасштабные исследования с целью оптимизации лечения РС. Начиная с последней трети прошлого века, в лечении РС произошли значительные перемены. Если еще в 70-х годах XX века лечение этого заболевания ограничивалось лишь проведением симптоматической терапии, то уже в 80-е годы появилась возможность патогенетической терапии, вначале АКТГ, а затем кортикостероидами (метилпреднизолоном). В 90-е годы в лечебную практику были внедрены иммуносупрессивные препараты (циклофосфан, азатиоприн), иммуномодуляторы (бета-интерфероны, глатирамера ацетат, иммуноглобулины для внутривенного введения). И, наконец, в начале нынешнего века получил признание митоксантрон для лечения прогрессирующих форм заболевания. Это позволило всего за 10 лет найти возможность в какой-то степени изменить течение РС и затормозить его развитие у достаточно большой части пациентов. Однако необходим дальнейший поиск более эффективных способов и методов воздействия на патологический процесс при РС, осуществление оптимизации и модификации уже имеющихся схем терапии РС.

17.2 Каковы основные принципы организации лечения?

Существуют ли какие-то обязательные правила лечения?

Безусловно, уже давно накоплен опыт назначения адекватной терапии пациентам с РС, основанный на соблюдении трех основных принципов:

1. Индивидуальный подход. Нет необходимости объяснять, что лечение будет рациональным тогда, когда в результате обследования и наблюдения уточняется, в какой стадии заболевания в данный момент находится пациент: в активной, неактивной, стабилизации или при переходе из одной стадии в другую.

2. Регулярное обследование пациента в динамике, при этом ведущим методом является МРТ. Обычно принято осуществлять исследование головного и при необходимости спинного мозга 1 раз в год, а при частых обострениях — 1 раз

в 6 месяцев. Мы уже упоминали, что для формирования очагов необходимо время (примерно 6 недель), поэтому поиск новых бляшек на высоте обострения нерационален. Сравнение старых томограмм с новыми снимками позволяет сделать вывод о степени активности процесса у пациента на момент обследования.

3. Иммунологический анализ крови. Это специальное исследование позволяет оценивать активность патологического процесса. Оно может служить основанием для прогнозирования ухудшения или улучшения состояния пациента. Добавим, что существующие методики пока находятся в стадии усовершенствования и доступны далеко не всем клиникам.

Только таким образом можно получить необходимую информацию о степени активности процесса в данное время и конструктивно решать вопрос о назначении, длительности применения, возможности отмены активных иммуносупрессоров, таких как кортикостероидные гормоны, цитостатики и др.

Определенные требования предъявляются к режиму труда, отдыха, лечения или реабилитации. Всем пациентам рекомендуется регулярная физическая нагрузка, включающая массаж и лечебную гимнастику. Дозированная индивидуально в зависимости от степени выраженности неврологических нарушений, она способствует активизации пациента, уменьшению выраженности неврологических симптомов. При этом необходимо воздержаться от тяжелой физической нагрузки, которая может вызвать нарастание симптоматики. Одним из обязательных условий является необходимость избегать любого перегрева тела (усиленные физические упражнения, горячие ванны, сауны, длительное пребывание на солнце) для предотвращения нарастания клинических симптомов.

17.3 Как осуществляется длительный контроль за проводимым лечением?

Мне приходится ходить по разным специалистам в процессе лечения. Это действительно необходимо?

Известно, сколь разнообразно течение заболевания, поэтому в ходе лечения нередко появляется необходимость использовать ряд других дополнительных методов диагностики и контроля над ходом терапии. С этой целью применяются уже описанные электрофизиологические методы: электромиография, а также исследование зрительных, слуховых и соматосенсорных вызванных потенциалов мозга. Это позволяет получить информацию в динамике об уровне и степени повреждения проводящих путей нервной системы. Кроме того, изменения, выявленные с помощью этих методов, служат дополнительным критерием объективизации достоверности диагноза РС. Обычно эти исследования назначают не чаще двух раз в год, а также при обострении процесса. При наличии симптомов поражения зрительного пути целесообразен регулярный (как минимум, 2–4 раза в год) осмотр окулиста. При необходимости и возможности показано обследование у нейропсихолога и при наличии показаний — соответствующее психотерапевтическое лечение как пациента, так и членов его семьи.

Учитывая токсичность ряда препаратов, часто назначают исследования крови и мочи, функций сердца и других органов для предупреждения отрицательного воздействия медикаментов на организм.

Чаще всего в процессе лечения возникает необходимость в наблюдении такими врачами, как невролог, иммунолог, электрофизиолог, нейропсихолог, нейроофтальмолог, уролог, ортопед, логопед. При необходимости пациент консультируется с другими специалистами. Полную поддержку он должен находить у своего домашнего врача.

17.4 Почему необходимо назначать лечение на ранних стадиях болезни и вне обострений?

Стоит ли начинать лечение, если у меня еще есть сомнения в диагнозе?

Имеется достаточно убедительных данных в пользу назначения лечения на ранних стадиях заболевания и необходимости его проведения в период ремиссий. Известно, что чем реже возникают обострения, тем больше вероятность того, что функциональные нарушения исчезнут полностью и дольше не возникнет инвалидность. Специалисты объясняют это тем, что при невыраженном воспалительном процессе создаются условия для беспрепятственного и полноценного осуществления ремиелинизации, т.е. восстановления миелина (см. 3.6 Как образуются склеротические бляшки?), в результате чего бляшки могут полностью исчезать сами по себе (или в сложных случаях в результате эффективного длительного курса лечения). Надо только помнить, что хотя острые жалобы, характерные для обострения болезни, исчезают сравнительно быстро, восстановительные процессы в миелиновых оболочках длятся многие недели и месяцы (до одного года). В то же время при тяжелом течении РС из-за следующих один за другим в течение короткого времени обострений эти восстановительные процессы преждевременно прерываются, оставаясь незавершенными. Именно поэтому важно, чтобы в периоды между обострениями миелиновые оболочки имели возможность «отдохнуть». Назначаемый на ранних этапах заболевания длительный курс терапии позволяет нередко уменьшить количество обострений и избежать ранней инвалидизации.

На недавнем европейском конгрессе специалистов по рассеянному склерозу ученые отметили, что болезнь зачастую прогрессирует без видимых проявлений, что было убедительно выявлено в результате множества исследований, доказавших, что даже в то время, когда пациент, казалось, пребывает в стабильном состоянии, болезнь сохраняет активность. И чем дольше мы оттягиваем начало терапии, тем меньше у нас шансов противостоять болезни. На сегодняшний день доказано, что повреждения клеток ЦНС сначала могут привести к ограниченному поражению ткани мозга, которое затем переходит на другие участки. Этот процесс может быть как молниеносным, так и отсроченным во времени. Следовательно, если мы не начнем лечение на ранних стадиях, мы не сможем противостоять дальнейшему поражению клеток.

17.5 Каковы задачи лечения?

Вероятно, перед каждым врачом стоят определенные задачи перед назначением лечения?

Специалисты уже давно определили следующие основные задачи терапии РС:

- лечение обострения заболевания;
- стимуляция развития или усиления компенсаторно-приспособительных механизмов путем воздействия на очаги аутоиммунного воспаления;
- предотвращение или отдаление во времени развития новых обострений либо уменьшение их выраженности и, следовательно, последующих неврологических нарушений у пациента;
 - воздействие на симптомы, затрудняющие возможность выполнять работу, вести привычный образ жизни (симптоматическое лечение);
 - предотвращение развития осложнений (контрактуры, пролежни);
 - проведение мероприятий, позволяющих больному приспособиться к имеющимся последствиям болезни, чтобы максимально облегчить его жизнь. Нет сомнения, что даже такие социальные проблемы входят в сферу интересов лече-

щего врача, который, исходя из возможностей пациента и прогноза заболевания, определяет время и интенсивность выполнения тех или иных рекомендаций.

Существует несколько общих вопросов, о которых следует всегда помнить. Среди рекомендованных мероприятий:

- постоянная психологическая поддержка или/и психотерапия со стороны врача;
- необходимость отказа от курения и избыточного употребления алкоголя;
- желательно избегать перегревания или переохлаждения, которые могут провоцировать обострение заболевания;
- свести к минимуму вакцинации, которые также могут провоцировать обострения процесса.

17.6 Что такое этиопатогенетическое лечение?

Во всех книгах описывается этиопатогенетическое лечение болезней. Примените ли этот термин к РС?

Было бы замечательно, если бы была возможность в полной мере проводить такую терапию. Этиотропное лечение направлено на устранение причины болезни (например, антибактериальное лечение при инфекционных заболеваниях). Поскольку до сегодняшнего дня не выявлен возбудитель РС, то подобного лечения, как и целенаправленной профилактики, просто нет. А вот патогенетическое лечение направлено на механизмы развития болезни. При РС это коррекция иммунного ответа у пациентов, вызывающего повреждение тканей мозга, и стимуляция восстановления разрушенного миелина. Особое значение имеет и симптоматическая терапия, цель которой — коррекция и компенсация уже имеющихся нарушений функций нервной системы.

На сегодняшний день лечение РС является одной из актуальнейших проблем практической неврологии. Учитывая большой интерес пациентов с РС к организации процесса лечения на разных стадиях заболевания, мы подробно остановимся на описании методов терапии и различных препаратов, но указывать их дозировку не будем из различных соображений. В конечном счете, это дело лечащего врача — подобрать оптимальный курс лечения. Заметим, что представленные в книге основные рекомендации по медикаментозной терапии базируются на работах отечественных авторов.

В настоящее время можно выделить **три направления в лечении** пациентов с рассеянным склерозом:

1. Лечение обострения заболевания.
2. Предупреждение и снижение частоты обострений и продление периода ремиссии.
3. Симптоматическая терапия в период ремиссий и обострений, включающая психофизическую реабилитацию.

17.7 Какие проблемы в лечении РС еще не решены?

Насколько успешно современное лечение РС?

Поскольку еще много неизвестного в происхождении заболевания, трудно пока рассчитывать на прорыв в результатах терапии. В настоящее время имеется достаточно нерешенных вопросов в лечении РС. Так, у большинства пациентов болезнь сохраняет активность, несмотря на лечение (у 62–75% возникает рецидив в течение 2 лет; у 20–27% отмечается ухудшение на 1 и более баллов по шкале EDSS в течение 2 лет). К сожалению, не все пациенты получают адекватную терапию, а некоторые из них сами прекращают лечение. Достаточно выражены нежелательные явления, особенно местные реакции.

18. Лечение обострений рассеянного склероза

18.1 Чем обусловлена необходимость активного лечения обострений?

Как известно, уже на ранних стадиях РС идут как хронический воспалительный и аутоиммунный процессы, так и постепенно прогрессирующий нейродегенеративный процесс. Последний связан с повреждением нервных волокон и нейронов и наблюдается как в очагах, так и в нормально выглядящем белом и сером веществе мозга. Такая атрофия нервных тканей не связана с клиническими обострениями, но она обуславливает постепенное накопление необратимых неврологических нарушений, что определяет тяжесть РС при долгосрочном прогнозе. Кроме того, эти изменения носят не только очаговый, но и диффузный характер, нанося ущерб всему мозгу. Именно поэтому многие исследователи пришли к выводу, что чем раньше начато адекватное лечение воспалительного и аутоиммунного процесса, тем мягче и реже проходят обострения РС и меньше в последующем выражены процессы распада нервной ткани, которые и определяют тяжесть заболевания.

18.2 Существует ли единый подход к лечению обострения РС?

Встречаясь с товарищами, убеждаемся, что обострения у нас лечат по-разному. Разве нет четких правил борьбы с обострениями?

Очень своеобразный, но вполне верный вопрос, на который сегодня нет универсального ответа. В отечественных руководствах мы находим заверение, что в мире существует единый официальный подход к лечению обострений при ремиттирующем течении РС (т.е. когда наблюдается чередование ухудшений и улучшений, то есть обострений и ремиссий). В то же время один из крупнейших американских ученых заметил, что сегодня нет решения данной проблемы: «Оптимальное лечение обострений рассеянного склероза неизвестно, но многие врачи и пациенты имеют выраженные личные предпочтения». На практике это иногда означает использование разных средств без контроля их эффективности.

Существует мнение, что на ранних стадиях ремиттирующего РС легкие обострения зачастую регрессируют самостоятельно, то есть без применения специфической терапии. Обычно в случаях легких обострений с изолированными чувствительными или эмоциональными расстройствами рекомендуют использовать только неспецифическую терапию — общеукрепляющие средства, препараты, улучшающие кровоснабжение тканей, витамины, антиоксиданты, успокоительные, при необходимости — антидепрессанты. Несколькими позже мы остановимся на описании этих медикаментов. Во многих случаях обострение может полностью пройти самостоятельно. Однако принятие решения о выборе метода лечения требует высокого профессионализма врачей.

В то же время многочисленные исследования убедительно доказали, что обострения с выраженными нарушениями движений (особенно при наличии гемипарезов) и координации, невритами зрительного нерва с резким снижением остроты и сужением полей зрения, остро возникающими нарушениями тазовых функций, проявлениями поражения ствола мозга нуждаются в активном вмешательстве. Также нужна активная терапия при развитии повторного обострения через небольшой промежуток времени. Если провести лечение своевременно и адекватно, то есть надежда быстро и с минимальными остаточными нарушениями выйти из обострения. Решающее значение для определения тактики лечения имеет выраженность и характер клинических нарушений при обострении.

До последнего времени единственным методом терапии обострений РС было применение кортикостероидных гормонов, препаратов адренокортикотропного

гормона (АКТГ) и цитостатиков с целью замедления (или устранения) аутоиммунных нарушений, подавления образования аутоантител и обрыва развития цепной аутоиммунной реакции. В настоящее время спектр лечебных мероприятий значительно расширился и во многом зависит от возможностей клиники.

18.3 Терапия кортикостероидами

18.3.1 Как действуют кортикостероиды?

Стандартным методом лечения при обострениях является применение кортикостероидов (кортикоидов, стероидов) — гормонов, которые обладают мощным противовоспалительным действием. Они уменьшают воспаление в зоне разрушения нервного волокна, позволяя относительно быстро нормализовать нарушенные функции и сократить продолжительность обострения.

Известно, что гормон гидрокортизон продуцируется надпочечниками, но на практике используют чаще всего синтетический препарат метилпреднизолон, который в четыре раза сильнее по действию. Учитывая то, что РС является аутоиммунным заболеванием, при котором неожиданно «одичавшими» лимфоцитами разрушается белое вещество мозга, эти препараты назначаются, чтобы:

- снять отек вокруг свежих очагов;
- восстановить функции гематоэнцефалического барьера;
- снизить агрессивность лимфоцитов.

Следует заметить, что со времени синтеза гормона надпочечников в 1944 г. ведутся споры о возможности и необходимости его широкого применения. Известно, что этот гормон совместно с адреналином и норадреналином является стресс-гормоном. Они также повышают готовность к борьбе, артериальное давление и сахар в крови, но одновременно подавляют защитные силы организма. Все эти годы ведутся исследования с целью отработки дозировки и рациональной формы введения препарата. Не станем описывать историю внедрения препарата в былые годы. Лучше остановимся на тех проблемах, с которыми встречаются врачи и пациенты при проведении этого лечения. Несколько позже остановимся на побочном действии препаратов этой группы, которые всегда давали повод для рассуждений о необходимости их применения. Если задать прямой вопрос, почему их назначают, ответ прост: «Потому что кортикостероиды уменьшают выраженность и длительность данного обострения, и, кроме того, благодаря их эйфорическому действию пациент чувствует себя лучше». В научном мире продолжают споры о целесообразности назначения кортикостероидов, но мы исходим из общепринятой ныне практики. Некоторые ученые считают, что наибольшего эффекта от применения кортикостероидов можно ожидать при длительности заболевания менее 5 лет. Более выражено влияние препаратов на нарушения зрения, парезы лицевой мускулатуры и конечностей, проявления спастичности, в то время как тремор и мозжечковые нарушения поддаются лечению хуже.

К сожалению, приходится признать, что в настоящее время считается доказанным, что кортикостероиды и АКТГ только уменьшают выраженность и длительность данного обострения, но не оказывают благоприятного влияния на течение заболевания в последующем.

18.3.2 Каковы побочные действия кортикостероидов?

Врачи не всегда предупреждают о возможных осложнениях при лечении этими препаратами. А ведь их достаточно много?

Действительно, наличие серьезных осложнений всегда следует учитывать при назначении этой терапии. Они связаны с глюкокортикоидной и минералкорти-

коидной активностью гормонов. При повторных и длительных курсах глюкокортикоидов может появиться риск зависимости от гормонов, срыв имеющихся в организме резервных возможностей, в результате чего может наступить обострение демиелинизирующего процесса.

Среди наиболее известных побочных эффектов отмечены следующие.

Ранние осложнения:

- сердцебиения, внутреннее беспокойство, раздражительность, легкое дрожание, покраснение лица, снижение аппетита, бессонница, головные боли, угреватая сыпь;

- выпадение волос;

- повышенная чувствительность к инфекционным заболеваниям в связи с угнетением защитных сил организма;

- повышение свертываемости крови со склонностью к тромбообразованию;

- острое повышение глазного давления (глаукома);

- некроз головки бедра;

- психозы;

- эпилептические припадки.

Отсроченные осложнения:

- синдром Кушинга с лунообразным лицом и ожирением туловища;

- пептидные язвы желудочно-кишечного тракта.

Поздние осложнения:

- остеопороз.

Сложные обменные процессы могут привести к повышению артериального давления, уровня сахара в крови, появлению отеков, нарушению сердечной деятельности и т.д. Многие авторы отмечают, что большинство указанных явлений прекращаются после окончания лечения, при этом принятие особых мер обычно малоэффективно. Тем не менее, считается целесообразным при лечении кортикоидами придерживаться диеты, бедной солью и углеводами, богатой калием (бананы, изюм, курага, печеные яблоки и картофель, абрикосы) и белком. Риск появления жаблос со стороны желудка, связанный с повышением кислотности, снижается приемом антацидов — препаратов, снижающих образование желудочной кислоты (ранитидин, циметидин, омез) или альмагелем, который нейтрализует свободную соляную кислоту в желудке. С целью профилактики гипокалиемии (снижения количества калия в организме) рекомендуется назначение препаратов калия (аспаркам, панангин), витаминно-минеральных комплексов, калийсберегающих мочегонных средств (верошпирон), для профилактики вторичных бактериальных осложнений — антибактериальных препаратов (цефтриаксон внутримышечно). Поскольку в синтезе глюкокортикоидов принимает участие аскорбиновая кислота, некоторые врачи назначают ее в широких пределах в зависимости от состояния больного. Иногда назначают этимизол, который активизирует гормональную функцию гипофиза (по 0,1 г 3–4 раза в день), а это приводит к повышению уровня глюкокортикоидов в крови. Препарат обладает также противовоспалительным и антиаллергическим действием. После окончания курса кортикостероидов нередко рекомендуется прием препаратов, стимулирующих выработку собственных стероидов надпочечниками. Это глицирам, который назначается по 0,05–0,1 от 2 до 6 раз в день за 30 мин. до еды или сироп (либо отвар) солодки, длительность приема которого составляет от 3 до 6 месяцев.

Для предупреждения осложнений необходимо контролировать уровень артериального давления, сахара и электролитов в крови.

Каждому пациенту, которому назначается терапия глюкокортикостероидами, рекомендуется избегать контакта с теми, кто страдает вирусными заболеваниями, особенно корью и ветряной оспой. Любая вакцинация пациентов с РС разрешается не ранее чем через 3 месяца после окончания курса глюкокортикоидной терапии.

Опыт ряда исследователей показал, что необоснованно частые курсы лечения гормонами могут способствовать активации некоторых хронических вирусных инфекций, а также последующей невосприимчивости к лечению. Наиболее рационально использование не более 2–3 курсов в год.

Такой широкий спектр возможных осложнений заставляет искать наиболее рациональные способы применения этой группы препаратов. Именно поэтому отдается предпочтение коротким курсам гормонотерапии, что значительно снижает вероятность серьезных побочных действий.

18.3.3 Когда следует начинать лечение гормонами?

Как уже отмечено, легкие обострения (см. 4.10 Это легкое обострение?) лучше не лечить кортикостероидами, но в тяжелых случаях это лечение обосновано, так же как и в тех случаях, когда легкая симптоматика постепенно нарастает на протяжении срока более недели.

Основным стандартным методом терапии тяжелых обострений РС признано внутривенное введение кортикостероидов в пульс-дозах. Своевременное проведение такого курса позволяет сократить длительность обострений и уменьшить выраженность неврологических нарушений. Зная действие гормонов, мы вправе ожидать в тех случаях, когда обострение проявляется тяжелыми симптомами, связанными с поражением спинного мозга, ствола мозга и мозжечка, быстрое купирование отека и воспаления, что способствует полному регрессу симптомов.

18.3.4 Что такое пульс-терапия?

Многие товарищи перешли на пульс-терапию. Как она проводится?

Существуют различные варианты гормональной терапии, отличающиеся дозировкой препарата, способом и продолжительностью введения его в организм. Длительное время применялся преднизолон или дексаметазон в таблетированной форме (перорально) по различным схемам преимущественно в утренние часы.

В последние годы в острых стадиях заболевания отдают предпочтение пульс-терапии глюкокортикоидами для уменьшения стероидной зависимости и побочных эффектов. Обычно лечение проводят метилпреднизолоном (метипредом, урбазоном, солу-медролом), который, имея в своем составе метильную группу, лучше проникает через клеточную мембрану и связывается с внутриклеточными глюкокортикоидными рецепторами, что обеспечивает его большую, чем у обычного преднизолона, активность. Препарат назначается в виде вливаний в высоких дозах, но на короткое время для предупреждения осложнений. Он вводится по 500–1000 мг в 200–400 мл физиологического раствора внутривенно 1 раз в день в первой половине суток в течение 3–10 дней в зависимости от тяжести обострения. Использование максимальных доз рекомендуется пациентам с выраженными поражениями ствола мозга, атаксией, потерей зрения. Такой курс способствует наиболее быстрому восстановлению неврологических функций. Некоторые специалисты назначают после этого лечения препарат в таблетках (метипред, целестон) в утренние часы через день по снижающейся схеме пятидневными циклами, считая, что ряду пациентов одной пульс-терапии недостаточно.

Есть работы, касающиеся тактики ведения больных при первом обострении РС, протекающем в виде ретробульбарного неврита. Доказана предпочтительность лечения коротким курсом пульс-терапии кортикостероидами (1000 мг метилпреднизолона внутривенно капельно в сутки в 2–4 приема в течение 3 дней) с последующим коротким курсом преднизолона в таблетированной форме.

Учитывая физиологический суточный ритм секреции глюкокортикоидов и механизм их воздействия на гормональную регуляцию организма, желательно, чтобы пациент всю суточную дозу препарата получал между 6 и 10 часами утра через день.

В ряде клиник проводится пульс-терапия преднизолоном или депо-медролом внутримышечно по специальной схеме в течение 6 дней с последующим назначением препарата в таблетках в течение 7–10 дней. Некоторые специалисты рекомендуют после внутривенного капельного введения метилпреднизолона продолжать лечение депо-медролом внутримышечно 1 раз в неделю в течение 8 недель.

При отсутствии метилпреднизолона при тяжелых обострениях возможно внутримышечное или внутривенное введение дексаметазона, сравнимого с ним, как считают некоторые эксперты, по эффективности. Однако его выраженное подавление функции надпочечников заставляет прибегнуть к последующему более длительному приему препаратов в таблетированной форме.

Проведенные с помощью МРТ исследования показали, что уже после 2–3 введения препарата уменьшается количество активных очагов. К сожалению, это лечение не оказывает влияние на последующее течение РС и не влияет на объем очагов атрофии — так называемых «черных дыр» (см. 3.19 Что означают «черные дыры?»).

Хотя такие короткие курсы обычно хорошо переносятся, все же иногда отмечаются побочные явления — желудочно-кишечные расстройства, бессонница, отеки, колебания АД и другие, поэтому проведение такого курса пульс-терапии необходимо осуществлять в стационаре (возможно в дневном стационаре), но в любом случае под наблюдением врача.

Мы не останавливаемся на вопросах выбора тактики и контроля лечения с помощью МТР, а также на описании других препаратов этой группы, поскольку они относятся к сфере профессиональной компетенции. Для нас важно рассмотреть вопросы, часто возникающие у пациентов с РС.

18.3.5 Свежее обострение — обязательно кортикостероиды?

У меня в течение последней недели проблемы с правой рукой, а сегодня с трудом справился с переключателем скоростей в машине. Но сейчас не могу уйти с работы, т.к. коллеги в отпуске. Нуждаюсь ли я в гормональном лечении?

Не каждая атака болезни требует терапии кортикоидами. Но в данном случае в связи с развитой симптоматикой лучше провести терапию метилпреднизолоном. Не следует забывать о необходимости избегать условий, провоцирующих обострения. Как бы то ни было, но при обострении все же лучше быть дома, чтобы иметь возможность проследить развитие симптоматики, что в ряде случаев позволяет избежать гормонального лечения.

Если кто-либо в начале обострения решил подождать с назначением препаратов, то нередко возможен страх из-за двух причин: «Если не лечиться гормонами, не случится ли так, что мои симптомы редуцируются лишь частично» или «Если не лечиться гормонами, не перейдет ли моя болезнь в прогрессирующую стадию». Оба опасения необоснованны, о чем поговорим несколько позже. Некоторые люди не хотят оставаться во время обострения бездеятельными. В таких случаях можно провести энзимотерапию (см. 23.14 Применяется ли при РС энзимотерапия?).

18.3.6 Совершенно запутанная ситуация — опять кортикостероиды?

Что-то у меня в последнее время все идет плохо. В третий раз за последние 3 месяца приходится принимать решение о назначении пульс-терапии гормонами. И всегда по одному и тому же поводу: проблемы с ногой, которая тащится по полу, и совсем нет в ней силы.

На прошлой неделе я была у своего невролога. Поскольку я не хотела пропустить семинар в университете, у меня не было времени для внутривенных вливаний, и доктор выписал мне таблетки. Но теперь надо все же идти к врачу, так как нет заметного улучшения. У меня нет желания принимать так много гормонов, но и не хочется в 25 лет сесть в инвалидное кресло. Совсем запутанная ситуация.

Ситуация не простая, но ее следует «разрулить»:

1. Повторение пульс-терапии кортикостероидами приносит мало пользы, если воспалительный процесс вспыхивает вновь в свежем очаге. Перед врачом стоит задача определить активность процесса и уточнить: это затянувшееся обострение или плохое восстановление после лечения таблетками? Или это повторные атаки? В таких случаях следует подумать также о так называемом «симптоме отдачи», когда гормоны подавляют воспаление в дни терапии, которое затем продолжается с новой силой. В таких случаях следует решать на укороченный вариант лечения с последующим назначением других препаратов.

2. Имеется достаточно исследований, доказывающих, что лечение гормонами в виде таблеток недостаточно эффективно.

3. Понятно также, что не стоит злоупотреблять кортикоидами, когда обострение связано со стрессом, что способствует лишь усилению стрессового состояния. Не следует забывать, что эти гормоны (стресс-гормоны) усиливают психическую нагрузку на организм, влияют на память, ощущения и способность к концентрации. К тому же вряд ли стоит ожидать в этих случаях успеха на экзаменах.

В последнем случае лучше отставить на время учебу, чтобы в спокойной обстановке подумать об адекватной терапии.

18.3.7 Излечиваются ли очаги под воздействием кортикостероидов?

В нашей группе больных РС было сказано, что гормоны тормозят развитие воспаления в очагах, поэтому они должны обязательно назначаться при каждом обострении.

Теоретически можно ожидать прекращения воспаления в очаге, потому что меньше «агрессивных» лейкоцитов проникает в мозг через гематоэнцефалический барьер и значительно снижается иммунитет. Но в исследованиях пока достоверно не доказано, что под воздействием кортикоидов процесс подавляется полностью. Есть также опасность того, что под влиянием кортикоидотерапии воспаление в очагах быстро уменьшается, но не излечивается полностью, к тому же такие очаги склонны к повторной активизации (см. 18.3.12 Могут ли кортикостероиды оказывать неблагоприятное влияние на течение РС?).

18.3.8 Если отказаться от лечения кортикоидами, перейдет ли моя болезнь в хроническую форму?

Длительное время меня беспокоят различные симптомы. В марте у меня было четвертое обострение с выраженным симптомом Лермитта, который возник при третьем обострении, затем исчез и теперь вновь появился. Поскольку состояние было вполне приличное, я отказался от гормонов. Я знаю, это была ошибка. Сейчас беспокоят нарушения чувствительности в разных местах, иногда неме-

ет рука, но потом эти признаки проходят. Я боюсь, что моя болезнь уже перешла в хроническую форму, в чем я сам виноват.

Здесь речь идет, скорее всего, о «зыбкости» симптомов (см. 4.5  Что такое «зыбкость» симптомов?), а не о переходе во вторично-прогрессирующую стадию заболевания. Представление о том, что кортикостероиды могут предотвратить переход в хронические формы заболевания, хотя и распространено, но не имеет никаких оснований. Скорее можно подумать о том, что гормоны не способствуют полному излечению свежего очага.

18.3.9 Могут ли я потерять зрение, если откажусь от лечения кортикостероидами?

Когда у меня последний раз был неврит зрительного нерва, я отказалась от гормонов. Мой невролог сказал, что я потеряла время и со зрением шутить нельзя.

Естественно, что возникает опасение потерять время из-за неправильного или несвоевременного лечения. В данном случае они напрасны. Проведенные исследования показали, что спустя год после перенесенного неврита зрительного нерва состояние зрения совершенно не зависело от того, чем проведено лечение — гормонами или нет.

18.3.10 Может ли длительное лечение кортикостероидами в малых дозах задержать развитие РС?

Коль РС является аутоиммунным заболеванием, нельзя ли принимать гормоны постоянно, чтобы воспрепятствовать воздействию лейкоцитов на собственное белое вещество мозга?

Подобный метод терапии никак не влияет на длительность РС, а вот вред от него немалый, ибо он приведет к одному из неприятнейших заболеваний — остеопорозу, при котором кости и позвоночник становятся хрупкими, склонными к переломам. К тому же нередко этому сопутствуют постоянные сильные боли.

18.3.11 Кортикостероиды или АКТГ?

Мой пожилой врач делает мне всегда уколы с синактеном. Он считает, что таким образом можно способствовать выработке собственного гормона, что лучше, чем вводить искусственные препараты.

Действительно, достаточно популярными для лечения обострений рассеянного склероза являются стимуляторы продукции эндогенных кортикостероидов на основе адренкортикотропного гормона (АКТГ). Однако при сходной с метилпреднизолоном эффективности АКТГ значительно чаще оказывает побочные эффекты, связанные с его минералкортикоидным действием. Некоторые специалисты назначают синтетический аналог АКТГ (тетракозактид) пациентам с обострением средней или легкой степени, другие рекомендуют вводить его при тяжелых обострениях после курса лечения кортикостероидами. Препарат вводится внутримышечно в течение 10–15–20 инъекций в зависимости от выраженности обострения и получаемого эффекта. Применяют также синтетический аналог АКТГ — синактен-депо.

18.3.12 Могут ли кортикостероиды оказывать неблагоприятное влияние на течение РС?

Если известно, что кортикостероиды подавляют процесс лечения ран и образования рубцов, то не оказывают ли они неблагоприятное действие на терапию очагов?

Здесь, вероятно, следует вернуться к вопросу об оценке отека вокруг очага (см. 3.8  Почему вокруг очагов бывает отек?). Что это: адекватная защитная реакция организма, являющаяся частью лечебного процесса, или чрезмерная реакция, требующая медикаментозной коррекции? В первом случае следует дать время очагу для добротного лечения, во втором — следует бороться с отеком.

Те специалисты, которые придерживаются выжидательной политики по отношению к гормональной терапии, делают это из-за боязни быстрого исчезновения отека и образования неполноценного рубца. И это возможно, потому что воспаление полностью не побеждено, а продолжает медленно тлеть. Поэтому лечение кортикостероидами может способствовать не только «зыбкости» симптомов или повторной активизации, но и переходу во вторично-прогрессирующую стадию заболевания.

18.3.13 Существует ли список вопросов, на которые следует обратить внимание до начала терапии кортикостероидами?

Что я должна предусмотреть до начала лечения гормонами?

Опыт показывает, что следует ответить на такие вопросы:

- Предшествует ли обострению острая инфекция (простуда, воспаление мочевых путей)?
- Есть ли склонность к тромбообразованию? Был ли раньше тромбоз глубоких вен голени?
- Принимаете ли вы противозачаточные таблетки и курите?
- Нет ли у вас повышенной чувствительности желудка? Не было ли раньше язвы желудка?
- Не было ли у вас душевных болезней (депрессии пр.)?
- Вы не беременны?
- Какие впечатления у вас от предыдущих курсов гормонотерапии?

Если есть простудное заболевание, депрессивное состояние и склонность к образованию тромбов, лучше избежать терапии кортикостероидами. Даже комбинация контрацептивов и курения повышает опасность возникновения тромбов. Во время беременности и в послеродовом периоде гормонов лучше избегать. Если в начале лечения имеются выраженные осложнения, то следует взвесить, что целесообразнее: продолжать лечение или нет.

18.3.14 Есть ли альтернатива терапии кортикостероидами при острой атаке болезни?

Когда у меня начинается обострение, я не хочу бездейственно ждать. Мне хочется что-то немедленно сделать, но и гормоны не хочется принимать. Есть ли какая-нибудь «мягкая» альтернатива?

Известно, что уже давно при лечении различных аутоиммунных заболеваний, таких как системная красная волчанка, ревматоидный артрит, синдром Рейтера и других, используют ферменты (энзимы), обладающие иммуномодулирующим действием. Они способны изменять иммунобиологический ответ путем прямого или косвенного воздействия на клетки иммунной системы или продукты их жизнедеятельности. Проведенные исследования позволили рекомендовать для лечения РС флогэнзим (Phlogenzym).

Известный немецкий специалист по РС Вольфганг Вайхе (Wolfgang Weihe) рекомендует своим пациентам энзимотерапию. Как только возникает обострение или некоторое ухудшение (реактивация), пациенты принимают фермент флогэнзим по простой схеме: по 3 дня — по 3 таблетки 3 раза в день, затем — по 2 таблетки 3 раза в день и, наконец, по 1 таблетке 3 раза в день. Доза и длитель-

ность варьируются в зависимости от скорости утихания симптомов (см. 23.14 Применяется ли при РС энзимотерапия?). В России также проведены исследования, позволяющие рекомендовать этот препарат для лечения РС. Ряд авторов предлагает включать в комплексное лечение обострений и другие ферментные препараты (вобэнзим).

В настоящее время отрабатываются критерии назначения оральных энзимов пациентам с РС при различных стадиях и формах заболевания, а также в зависимости от исходных иммунологических показателей (см. 23.14 Применяется ли при РС энзимотерапия?).

18.3.15 Является ли МРТ критерием в выборе тактики терапии?

Что важнее при решении о назначении гормонов: клинические проявления или МРТ?

Этот вопрос нередко возникает у пациентов при обсуждении проблемы выбора метода терапии. Известно, что МРТ считается одним из основных критериев в выборе тактики терапии и контроля за лечением. Однако в ряде случаев степень выраженности клинического обострения РС по данным МРТ не подтверждается появлением новых очагов или увеличением старых, что, видимо, связано с декомпенсацией старых очагов и нарушением проведения импульса. Но поскольку назначение кортикостероидов в пульс-дозах приводит к феномену быстрого клинического улучшения, в выборе тактики терапевтического воздействия при РС все же ведущей должна оставаться степень тяжести клинических проявлений, а данные МРТ — только дополнительными. Если клинические признаки обострения выражены не резко, но на МРТ выявляют «активные» очаги либо появление дополнительных очагов доказано при исследовании вызванных потенциалов, тогда проведение пульс-терапии вполне обоснованно.

18.3.16 Есть ли стандартные методы лечения ранних стадий заболевания?

Я слышала, что в начале заболевания применяют комплексный метод терапии РС.

Действительно, многие исследователи считают, что уже при первых неврологических нарушениях, когда еще даже диагноз не установлен достоверно, следует принимать активные меры. Такое проявление заболевания иногда называют клинически изолированным синдромом (КИС, или Clinically Isolated Syndrom — CIS). К нему можно относить оптические невриты, поперечные миелиты и единичные очаги в стволе мозга (см. 2.39  Что такое клинически изолированный синдром (КИС)?

Данные МРТ, проведенной во время первого эпизода, позволяют говорить о наличии активного многоочагового воспаления и раннего поражения аксонов. В таких случаях считается показанным раннее начало терапии иммуномодулирующими препаратами. При этом лучше всего начинать лечение небольшими дозами бета-интерферона-1a (ребиф 22 мкг подкожно раз в неделю или авонекс 30 мкг внутримышечно раз в неделю). Полученные при исследованиях данные показали, что эти препараты уменьшают вероятность наступления второго обострения и установки диагноза «достоверного» РС, т.к. на повторных МРТ отмечалось снижение количества активных очагов. После длительных испытаний и клинических наблюдений был сделан вывод о целесообразности начала длительного патогенетического лечения больных с клинически изолированными синдромами (КИС), т.е. еще не имеющими на данный момент диагноза достоверного РС, но с высоким риском прогрессирования заболевания, в том числе по данным МРТ.

18.4 Эфферентные методы лечения РС

18.4.1 Какие методы лечения относятся к эфферентным?

С эфферентными методами связано выведение из организма ядовитых, балластных или потенциально опасных веществ экзогенного или эндогенного происхождения. Еще Гиппократ писал: «Медицина есть прибавление и отнятие: отнятие всего того, что излишне, прибавление же недостающего. И кто это наилучше делает, тот наилучший врач». Для этой цели используют уже давно известные в медицине мочегонные, рвотные, слабительные, желчегонные препараты. В связи с разработкой новых технических возможностей в этот круг входят гемодиализ, плазмаферез, гемосорбция, плазмасорбция, лимфосорбция, энтеросорбция, которые применяются для удаления из плазмы молекул, «ответственных» за поддержание обострения. Однако вместе с «вредными» молекулами удаляются и «полезные». Если бы было точно известно, какие именно вещества следует удалять, возможно, эффективность этих методов удалось бы повысить. После однократной процедуры гемосорбции отчетливое уменьшение выраженности симптомов обострения может произойти уже через несколько часов. Однако при лечении разных пациентов эффективны одна, две, реже три процедуры. «Передозировка» в силу разных причин может привести к развитию осложнений. К данным методам лечения прибегают, как правило, в период нарастания симптомов (в начале обострения). Эти методы терапии играют важнейшую роль в охране внутренней среды человека. Воздействуя на кровь, плазму или лимфу, они способствуют оказанию эффективной помощи людям, находящимся в экстремальных состояниях. В некоторых случаях их назначение бесспорно.

В ряде случаев при отсутствии технических возможностей при невыраженном обострении проводится внутривенное капельное введение гемодеза или неогемодеза (реосорбилакта) с целью выведения патогенных веществ.

18.4.2 Когда проводится плазмаферез?

Учитывая, что в крови пациентов с РС появляются антигены, способные вызвать перекрестную реакцию с основным белком миелина и некоторыми токсическими веществами, иммунные комплексы и другие вредные вещества, предпринимаются попытки лечения методом обменного переливания плазмы (плазмаферез) и лимфоцитаферезом. При лечебном плазмаферезе из организма удаляется значительная часть плазмы с последующим замещением ее донорской плазмой или замещающими растворами. Этот метод начал широко внедряться с 70-х годов XX века при лечении различных заболеваний.

По мнению представителей некоторых клиник страны, проведение плазмафереза при обострении РС не оправдало надежд, т.к. дает минимальный эффект (сравнительно медленный регресс неврологических расстройств, и, к тому же, метод сопряжен с различными техническими трудностями). Тем не менее, некоторые специалисты считают оправданным его применение, особенно в случаях, не поддающихся воздействию кортикостероидной терапии. Возможна также и комбинация с гормональной и другой терапией. Так, рекомендуется плазмаферез сочетать с введением метипреда с последующим переходом на прием преднизолона по известной схеме.

Плазмаферез, рекомендуемый некоторыми авторами с целью «профилактики обострений», в лучшем случае не влияет на частоту обострений и скорость прогрессирования болезни. Ряд исследователей предупреждает, что плазмаферез в определенные периоды болезни может быть потенциально опасным, например,

при затихающем обострении или ремиссии, когда нарушение и без того неустойчивого баланса путем удаления плазмы может привести к неблагоприятным последствиям, вплоть до провокации обострения.

18.4.3 Когда применяются методы сорбционной детоксикации?

В последние годы широко внедряются в практику при различных интоксикациях и аутоиммунных заболеваниях методы сорбционной детоксикации, с помощью которых проводится очищение крови и других биологических жидкостей. С этой целью используют специальные вещества — сорбенты. Чаще всего для этого применяются различные формы активированного угля, изготовленные из растительного или минерального сырья (древесина, скорлупа орехов, фруктовые косточки, торф, каменный уголь и др.), иногда — синтетические полимеры. Для проведения терапии созданы специальные аппараты. В настоящее время разработаны и внедрены в практику методики очищения крови, плазмы и лимфы. Нет смысла анализировать и сравнивать их технические аспекты, что представляет интерес для специалистов. Важно то, насколько они эффективны на практике. Специалисты отмечают, что уже через 2–3 часа после первого сеанса у всех пациентов улучшается состояние: нормализуется настроение, нарастает мышечная сила в конечностях, снижается тонус, снижается количество патологических рефлексов, улучшается функция тазовых органов. Более детальный анализ показал, что наилучшие результаты лечения получены у пациентов с длительностью заболевания до двух лет. Это обычно пациенты с дебютом или вторым обострением заболевания. Также улучшаются иммунологические и электрофизиологические показатели.

18.4.4 Как проводится лечение методом энтеросорбции?

Это один из древнейших способов выведения из организма вредных веществ, основанный на связывании и выведении их из желудочно-кишечного тракта. Современные технологии позволяют создать различные препараты из природных полимеров и синтетических материалов, обладающих разнообразными свойствами. Этот метод привлекателен тем, что не имеет противопоказаний, прост и не требует технических условий, может проводиться в домашних условиях, не нуждается в специальном контроле. Заметим, что он существенно уступает вышеназванным методикам и в ряде случаев малоэффективен. Отмечено, что регресс неврологических симптомов у пациентов с длительностью заболевания более двух лет наступал значительно медленнее, при этом проходили в основном новые симптомы, возникшие при последнем обострении.

18.5 Какие существуют еще технические методики лечения обострений РС?

Мы понимаем, что постоянно идет поиск новых методов лечения РС, при этом каждый из них имеет свои особенности. Поскольку сфера их применения ограничена крупными центрами, мы лишь познакомим с ними наших читателей, к тому же в настоящее время еще нет убедительных данных о преимуществе тех или иных методик.

В ряде клиник используют метод криомодификации аутоплазмы и инкубации клеточной массы с иммуномодуляторами, который позволяет избирательно удалять из организма аутоагрессивные антитела и направленно изменять активность иммунной системы, не приводя к развитию осложнений, характерных для обычного медикаментозного лечения этого заболевания.

Некоторые авторы отмечают значительный эффект при лечении обострений РС при использовании криоплазмасорбции. Использование различных модификаций этих методик уже нашло широкое применение для удаления из крови холестерина, фибриногена, циркулирующих иммунных комплексов, иммуноглобулинов. При проведении такого лечения у ряда пациентов с РС уменьшается степень неврологического дефицита и инвалидизации.

В комплексное лечение обострений РС стали включать лазерное и светодиодное облучение крови, оказывающее воздействие на различные звенья развития заболевания. Это дает возможность быстрее справиться с неврологическими нарушениями и обеспечить более эффективное действие лекарственных средств, что позволяет сделать вывод о перспективности использования лазеротерапии при обострении РС.

Проводится исследование применения метода тотального облучения лимфоцитов (ТОЛ), широко используемого для лечения лимфогранулематоза. Пока есть данные, что он способен замедлять прогрессирование заболевания с одновременным замедлением прироста количества и объема очагов поражения на серийных МРТ.

Рассказывая о методах лечения, находящихся в стадии эксперимента, мы не можем привести данные, подтвержденные несколькими клиниками, что говорит о преждевременности делать серьезные выводы. Все эти технологии далеко не дешевые, поэтому требуют больших вложений. Не станем верить единичным сообщениям, пока не будет серьезных подтверждений успеха этих процедур. Поскольку эти работы носят экспериментальный характер, говорить о клиническом внедрении метода рано.

18.6 📖 Как применяются в терапии обострений другие препараты?

По этому вопросу существуют разноречивые суждения, но мы будем ориентироваться на мнение специалистов клиник страны, апробировавших различные лекарственные средства. Многим пациентам придется столкнуться с предложением того или иного метода терапии, поэтому желательно с ними познакомиться.

Почему стоит вопрос о назначении препаратов, например, укрепляющих сосудистую стенку и снижающих проницаемость гематоэнцефалического барьера? В последнее время выявлены разнообразные изменения в организме пациентов с РС, приводящие к формированию сложного иммунологического процесса с нарушением обмена веществ и вегетативно-сосудистой регуляции, результатом которого является демиелинизация. Исследования показали, что у пациентов с РС в период обострений имеются выраженные изменения свертывающей системы крови.

Очевидна биологическая целесообразность назначения на этой стадии ряда препаратов (ангиопротекторов, антиагрегантов, антиоксидантов). Используют также и ингибиторы протеолиза (расщепления), которые непосредственно подавляют активность ферментов макрофагов, разрушающих миелин. Чаще всего назначают гепарин (в инъекциях, методом электрофореза и т.д.), трентал, эпсилон-аминокапроновую кислоту, курантил, берлитион, ноотропы, кавинтон, контрикал, гордокс, трасилол, фитин, глутаминовую кислоту, димедрол или супрастин. Некоторые авторы считают, что при небольших обострениях эта схема дает хорошие результаты. Учитывая нарушения окислительных процессов в организме, включают в цикл лечения обострений препараты липоевой кислоты (тиоктадид, экспа-липон), эссенциале, мексидол, витамины Е и С, карнитина хлорид, а также электрофорез с супероксиддимуатазой. Все эти препараты применяются по общепринятым терапевтическим схемам.

18.7 📖 Какие еще используются препараты при обострениях РС?

Заслуживает интерес предложение некоторых неврологов использовать метод лечения обострений при помощи внутривенного капельного введения иммуноглобулина G (сандоглобулина, пентаглобулина). Они получили хорошие результаты в стадии дебюта РС у детей, подростков и лиц молодого возраста и считают уместным использование препарата при неэффективности, непереносимости кортикостероидов или при наличии противопоказаний к ним. Было также предложено применять для лечения обострений индукторы интерферона (циклоферон и амексин). Заметим, что эти два средства используются и с противорецидивной целью в холодное и влажное время года, а также при ухудшении состояния и появлении единичных симптомов.

18.8 Показано ли противовирусное лечение обострения?

Некоторые ученые, отмечая, что у ряда пациентов проведение пульс-терапии кортикостероидами оказывается неэффективным, а порой вызывает ухудшение состояния пациента с нарастанием неврологической симптоматики и тяжести обострения, считают, что это связано с активной герпес-вирусной инфекцией. Мы уже упоминали, что РС является не только аутоиммунным заболеванием и что его возникновение нередко связывают с вирусами герпеса, особенно 6-го типа, Эпштейна — Барр вирусом (ЭБВ), опоясывающим герпесом. Именно поэтому в период как первичной диагностики РС, так и обострения они рекомендуют проводить исследование крови и ликвора на выявление активности вирусов герпес-группы.

В случаях положительного результата авторы проводят своим пациентам специфическую противовирусную терапию с применением зовиракса внутривенно капельно либо вальтрекса перорально. После этого они считают необходимым введение специфического противоЭБВ иммуноглобулина (вирабина).

18.9 📖 Что делать после завершения лечения обострения?

В подавляющем большинстве источников представлены основополагающие данные по лечению обострений, но не всегда четко обозначены задачи по послеоперационной терапии после его завершения. Но ведь болезнь на этом не закончилась, и, более того, цикл лечебных мероприятий велик и многообразен.

Некоторые отечественные авторы считают целесообразным провести закрепляющее лечение спустя две недели. Они включают в схему лечения ряд препаратов, среди которых мексидол, витамины группы В и Е, карнитина хлорид, глиатилин, мильгамма и тиогамма. Все они вводятся в инъекциях.

После выхода из стадии обострения предлагается также продолжение терапии рядом известных лекарственных средств, обладающих широким спектром действия:

- эссенциале по 1 капсуле 3 раза в день в течение месяца;
- стимул (малат цитрулеум) — 1 пакетик 2 раза в день в течение месяца для снижения мышечного спазма и увеличения мышечной силы;
- ноотропы: семакс по 2 капли в нос 3 раза в день в течение 2 недель с двухнедельным перерывом или пирацетам внутримышечно (церебролизин внутривенно);
- нейротропные: актовегин, церебролизин внутривенно;
- никотинамид — по 1 таб. 3 раза в день после еды в течение месяца;
- антиоксиданты — аскорбиновая кислота, витамин Е, липоевая кислота;
- энтеросорбенты — энтеросгель, атоксил, полисорб;
- неуробекс или В-комплекс (мильгамма, нейрорубин, невроплекс) по 1 таб. 3 раза в день 3–4 недели;

- цераксон 1000–2000 мг в сутки или глиатилин — по 1 капсуле 4 раза в день в течение 1–3 месяцев;
- лецитин — по 1 капсуле 2 раза в день в течение 2–3 месяцев.

Вероятно, необходимы длительные исследования в различных лечебных заведениях, чтобы выработать общие схемы лечения пациентов, выходящих из острой стадии заболевания. Впрочем, всем известно, что степень эффективности любых лечебных мероприятий зависит от многих индивидуальных причин.

Подводя итоги обсуждения лечения обострений РС, мы прекрасно понимаем, что у некоторых наших читателей останутся невыясненные вопросы. И в этом нет ничего удивительного. Несмотря на то, что существует ряд современных общепринятых методик и новых препаратов, проблема остается нерешенной. Некоторые рекомендации исследователей имеют больше теоретический смысл, чем практическое обоснование. Ряд методик требует дальнейшей апробации, длительного наблюдения для получения статистически достоверных результатов. Кроме того, существенное значение имеет профессионализм врачей, технологическое оснащение больниц, особенно на периферии, достаточное количество пока дорогостоящих медикаментов. Своеобразие течения заболевания у каждого человека нередко затрудняет выбор адекватного лечения. И все же остается надежда, что в ближайшем будущем ученым удастся осуществить прорыв в изучении рассеянного склероза, что сделает возможным создание лекарственных средств, воздействующих на механизмы развития заболевания.

19. Терапия, направленная на профилактику обострений и предотвращение прогрессирования заболевания

19.1 📌 Какие задачи стоят на этом этапе лечения РС?

Поскольку РС — это хроническое демиелинизирующее заболевание с постоянной активностью процесса, его лечение не должно прекращаться после завершения обострения. Основная цель терапии на данном этапе — замедление прогрессирования необратимых неврологических нарушений, обуславливающих снижение трудоспособности и ведущих к инвалидизации пациентов.

Многочисленные исследования, проведенные в последние годы, показали, что для достижения данной цели наиболее целесообразно длительное использование иммуномодуляторов и иммуносупрессоров, снижающих активность воспалительного и аутоиммунного процессов. По мнению многих неврологов, «золотым стандартом» в лечении РС является иммунотерапия. Отметим, что это лечение должно проводиться длительно и подбираться индивидуально.

В настоящее время наибольшее применение получили «препараты, изменяющие течение РС (ПИТРС)». В эту группу входит как минимум четыре препарата иммуномодулирующего действия: бетаферон (бета-интерферон-1в), ребиф (бетаинтерферон-1а), авонекс (бета-интерферон-1а), копаксон (глатимера ацетат). К ним добавляют иммуносупрессор митоксантрон (новантрон), который назначается на длительное время, но не дольше чем на два года. Учитывая ограниченный срок применения и высокий риск развития побочных явлений, этот препарат относят ко второй линии препаратов, используемых только при неэффективности препаратов бета-интерферона. Также ко второй группе относят препараты, результаты лечения которыми противоречивы или эти препараты имеют выраженные побочные действия: линомид, азатиоприн, циклофосфамид, циклоспорин А и др. При тяжелом течении болезни, вторичном прогрессировании без обострений некоторые специалисты активно назначают митоксантрон

и иммуносупрессоры. Имеются данные об эффективности препарата моноклональных антител к молекулам интегринов: натализумаб (тисабри).

Напомним, что существуют определенные показания и противопоказания к назначению препаратов, а также ситуации, когда требуется замена лекарства. В большинстве подобных случаев существует отработанный алгоритм действия. Наиболее важные вопросы, возникающие у клиницистов при назначении терапии: кому назначать это лечение, когда его начинать и когда прекращать, что является показателем неэффективности этого лечения?

Оценить ответ на проводимую терапию можно при помощи определенных МРТ-критериев уже на 6 месяце от начала лечения. Для оценки эффективности препарата требуется прием его не менее 2 лет, при этом необходимым требованием остается соблюдение рекомендованной схемы использования и безопасность для пациента.

Естественно, для продления стадии ремиссии используют и другие методы лечения, о которых речь пойдет ниже.

«Не дадим болезни завоевывать новые территории!» — вот лозунг этого этапа.

19.2 Иммуномодулирующая терапия

19.2.1 📌 Каковы принципы иммуномодулирующей терапии?

Прежде всего, заметим, что под модулированием течения болезни подразумевается предупреждение прогрессирования заболевания. Как известно, при РС в мозге возникают мелкие очаги воспаления. Создание группы иммуномодуляторов позволило подавлять воспалительные реакции в мозге.

Основным принципом терапии, модулирующей течение РС, считается максимально раннее ее назначение для предотвращения (снижения частоты) обострений, стабилизации состояния, предупреждения трансформации в прогрессирующее течение (при ремиттирующем РС), а также замедления нарастания инвалидизации при вторично-прогрессирующем рассеянном склерозе. Это лечение не излечивает пациентов полностью, но выраженность симптомов уменьшается, а прогрессирование заболевания задерживается. В то же время не исключено развитие обострений, которые надо своевременно лечить кортикостероидами, и сохранение постепенного нарастания инвалидизации. Это очень важно понимать всем участникам лечебного процесса — врачам, пациентам и их родственникам, поэтому одной из основных проблем является оптимальный подбор больных РС для этого вида лечения.

19.2.2 📌 Что такое неселективные иммуносупрессоры?

Это класс лекарственных препаратов, применяемых для обеспечения искусственной иммуносупрессии (искусственного угнетения иммунитета). Эти средства, а также общее облучение лимфоцитов нашли применение при терапии РС в случаях неэффективности лечения кортикостероидными и другими иммуномодулирующими препаратами, особенно при тяжелых повторных обострениях, а также для предупреждения последующих обострений при первично- и вторично-прогрессирующем течении заболевания. Известно, что нередко у пациентов с РС возникает непереносимость кортикостероидов, что связано с наличием серьезных побочных эффектов данной группы препаратов. В таких случаях назначают так называемые цитостатики — лекарственные вещества, блокирующие деление и тормозящие размножение клеток.

С этой целью используют азатиоприн (имуран), циклофосфамид, метотрексат, митоксантрон. Говоря о применении цитостатиков, вспоминаешь наставления врачей, многократно сталкивающихся с агрессивным течением РС. Многие

из них, подходя к назначению этой группы препаратов с большой осторожностью, вынуждены считаться с необходимостью поиска оптимального варианта терапии этих форм РС.

19.2.3 Как применяются цитостатики?

Одним из известных препаратов этой группы является **азатиоприн**. Имеется достаточно исследований за последние годы о возможности его применения при РС. Они показали, что препарат не проникает через гематоэнцефалический барьер и его действие связано с периферическим подавлением образования незрелых клеток иммунной системы (в основном Т-клеток). Назначается препарат в таблетках. Терапевтический эффект в ряде случаев наступает спустя 2–3 года от начала лечения. Это проявляется в виде незначительного, но статистически достоверного снижения частоты обострений, а также некоторого замедления инвалидизации пациентов.

Наиболее частыми и тяжелыми побочными эффектами являются: нарушение функции желудочно-кишечного тракта, печени, анемия и лейкопения (снижение количества лейкоцитов) вследствие угнетения костного мозга у 10–12% пациентов. В связи с этим в начале лечения рекомендуется еженедельный контроль функций печени и состояния крови. Нельзя исключить повышенный риск возникновения внутриутробных изменений, поэтому пациентам обоих полов рекомендуется предохраняться от беременности. Оптимальная длительность курсов неизвестна, но может составлять от нескольких месяцев до пяти лет и дольше. Теоретически возможно повышение риска развития злокачественных заболеваний, поэтому многие специалисты считают длительный прием препарата, особенно у молодых пациентов, проблематичным.

В некоторых случаях применяется **метотрексат**. Это противовоспалительный, иммуномодулирующий препарат, используемый в основном при лечении больных ревматоидным артритом. Подавляя синтез ДНК и РНК, метотрексат оказывает выраженное иммуносупрессивное действие на В- и Т-клеточные системы иммунитета. Курс лечения достоверно замедляет прогрессирование заболевания, однако для рекомендации метотрексата в качестве препарата для лечения прогрессирующего РС необходимы дальнейшие, более широкие исследования. По своим побочным эффектам препарат близок к азатиоприну. Кроме того, возможно развитие фиброза и даже цирроза печени, реже — асептической пневмонии. Одновременное назначение фолиевой кислоты может уменьшать выраженность побочных эффектов, не снижая при этом его терапевтического действия. Лабораторный контроль позволяет предупредить возможное повреждающее действие на печень и костную ткань. Некоторые исследователи считают, что, несмотря на имеющиеся данные о положительном влиянии данного препарата на течение РС, следует признать, что его назначение оправдано лишь при неэффективности гормональной и другой иммуномодулирующей терапии непрерывно прогрессирующих и тяжелых форм.

Единственным препаратом, обладающим мощным цитостатическим и иммуносупрессивным действием, к тому же способным проникать через гематоэнцефалический барьер, является **циклофосфамид**. Он используется в лечении РС многие годы. Он является более сильным средством, чем азатиоприн, но и более токсичным. Препарат имеет немало побочных эффектов, таких как анемия, лейкопения, тошнота, рвота, выпадение волос, желудочно-кишечные нарушения, кровотечение из мочевого пузыря, снижение фертильности (способности создавать жизнеспособное потомство), повышение риска развития злокачественных

заболеваний. В связи с этим применение препарата оправдано, когда при агрессивном течении заболевания другие методы воздействия неэффективны. Впрочем, оценка результатов клинических испытаний препарата весьма разноречива. Наилучшие результаты были получены при комбинации циклофосфамида с АКТГ (препараты вводились короткими курсами 2 раза в год на протяжении двух лет), особенно в группе пациентов до 40 лет с вторично-прогрессирующим типом течения заболевания. В ряде случаев для купирования болей в мышцах и костях назначаются соответствующие препараты.

Препаратом выбора на сегодняшний день является **митоксантрон** (новатрон). Это также представитель группы препаратов, используемых при химиотерапии в онкологии. Его действие основано на способности подавлять рост В- и Т-лимфоцитов, то есть уменьшать количество клеток иммунной системы. Проведенные исследования показали положительные результаты при лечении РС с уменьшением как количества поражений при МРТ, так и частоты обострений и замедление прогрессирования болезни. Некоторые авторы считают митоксантрон вторым (после бетаферона) препаратом с доказанной эффективностью при вторично-прогрессирующем течении РС. Отмечено, что лечение должно тщательно контролироваться (ЭКГ и УЗИ сердца), поскольку возможен токсический эффект на сердце. Также осуществляют контроль над изменением картины крови. Часто приходится принимать препараты против возможной тошноты. В период лечения митоксантроном и в течение 3-х месяцев после его отмены следует обеспечить эффективные меры предохранения от беременности. Специалисты рекомендуют отменить препарат при наступлении беременности или ее планировании, острых инфекционных заболеваниях, при соответствующих изменениях картины крови и нарушении функции сердца. Однако следует помнить, что продолжительность его применения ограничивается 2–3 годами, после чего его использование невозможно вследствие развития серьезных токсических эффектов. По мнению ведущих неврологов страны, использование других цитостатиков (азатиоприна, циклофосфамида, метотрексата) также ограничено в связи с более выраженными побочными эффектами и меньшей эффективностью.

Синтетическим препаратом, способствующим стимуляции гибели лимфоцитов и моноцитов и, следовательно, развитию лимфопении, является **кладрибин**. К побочным эффектам его применения относятся подавление кроветворной функции костного мозга и различные инфекции, активизирующиеся на фоне вторичного иммунодефицита. Наблюдение за большой группой пациентов с прогрессирующим РС показало статистически достоверное замедление развития заболевания и роста инвалидизации. Одновременное наблюдение МРТ в динамике продемонстрировало уменьшение количества очагов поражения белого вещества головного мозга у пациентов, получавших данный препарат. Использование кладрибина в настоящее время приостановлено до получения отдаленных результатов исследований риска онкопатологии на фоне его приема.

19.2.4 Как проводится тотальное облучение лимфоцитов (ТОЛ)?

Этот метод широко используется для лечения лимфогранулематоза — наиболее частого заболевания из группы злокачественных лимфом. Его проведение пациентам с прогрессирующим РС показало возможность замедлять прогрессирование заболевания с одновременным замедлением прироста количества и объема очагов поражения на серийных МРТ. Приходится учитывать определенные особенности состояния крови (количества лимфоцитов в крови). Побочные эффекты (чаще не-

значительно выраженные и быстро преходящие): тошнота, диарея (понос), алопеция (облысение), тромбоцитопения, лейкопения и аменорея (отсутствие менструаций в течение нескольких менструальных циклов).

Теоретически повышается риск заболевания раком кожи. В настоящее время проводится длительное исследование эффективности комбинированного лечения больных прогрессирующим РС низкими дозами кортикостероидов и ТОЛ, однако результаты его пока не опубликованы.

19.2.5 Какова роль селективных иммуносупрессоров в лечении РС?

Препараты данной группы отличаются от описанных выше цитостатиков тем, что обладают низкой активностью и, подавляя отдельные клетки иммунной системы, не снижают их количество.

Наиболее изученный препарат из данной группы — **циклоспорин А**, который избирательно подавляет активность некоторых элементов иммунной системы. Он получил широкое распространение в трансплантологии. Проведенные исследования показали достоверное замедление развития заболевания у больных с прогрессирующим рассеянным склерозом, но выраженные побочные эффекты (токсическое воздействие на почки, повышение артериального давления, желудочно-кишечные расстройства, нарушения менструального цикла, избыточный рост волос, активизация стафилококковой инфекции) делают массовое применение препарата при РС мало-перспективным.

Делаются попытки использовать для лечения **линомид**. Препарат представляет собой синтетический иммуномодулятор, который повышает активность естественных факторов, угнетающих элементы иммунной системы. Положительный клинический эффект у пациентов с вторично-прогрессирующей и ремиттирующей формами РС сопровождался снижением количества активных очагов на повторных МРТ. Побочные эффекты препарата включают головные боли, тошноту, боли в мышцах и суставах.

Деоксипергуалин — иммуномодулятор, способный подавлять созревание антигено-продуцирующих В- и цитотоксических Т-клеток. Два клинических испытания препарата продемонстрировали замедление прогрессирования заболевания у пациентов с вторично-прогрессирующим РС без статистически достоверного уменьшения активности и количества очагов при повторных МРТ.

19.2.6 Что такое интерфероны?

В течение последнего десятилетия многие исследователи указывали на важную роль цитокинов в развитии РС, что послужило предпосылкой для разработки и клинических испытаний целого ряда цитокиновых препаратов для лечения больных РС. Цитокины — это небольшие белковые информационные молекулы. Они регулируют межклеточные и межсистемные взаимодействия, определяют выживаемость клеток, стимуляцию или подавление их роста, дифференциацию, функциональную активность и гибель клеток, а также обеспечивают согласованность действия иммунной, эндокринной и нервной систем в нормальных условиях и в ответ на патологические воздействия. К ним относят и интерфероны, которые являются естественными факторами неспецифической защиты организма. Интерфероны относятся к белкам, которые вырабатываются иммунными клетками для борьбы с инфекциями и регулирования иммунной системы. Они обладают весьма широким спектром действия, принимая участие в реализации клеточного иммунитета при контакте с антигеном, оказывая противовоспалительное и противовирусное воздействие.

Интерфероны — это естественные белки человека, которые делятся на три типа: альфа-, бета- и гамма-интерфероны. В настоящее время все они получены в качестве лекарственных препаратов.

Наиболее эффективным в лечении РС оказался бета-интерферон, который в серии исследований показал уменьшение количества обострений и замедление прогрессирования заболевания, чему способствует его воздействие на ряд иммунных процессов. Это приводит к уменьшению курсов кортикостероидной терапии и необходимости госпитализации пациентов в связи с обострением. Такой эффект отмечен как при ремиттирующем течении, так и при вторично-прогрессирующей форме. Специалисты отмечают, что длительное лечение вполне безопасно и достаточно хорошо переносится больными. Кроме того, улучшается качество жизни, сохраняется двигательная активность, уменьшается усталость, пациент продолжает трудиться.

Препараты бета-интерферона подавляют синтез способствующих обострению РС ряда веществ, непосредственно повреждающих миелин, активируя в то же время функцию специфических клеток, которые, ослабляя действие антител к основным компонентам миелина, снижают активность воспалительного процесса в ЦНС. Их применение уменьшает повреждения гематоэнцефалического барьера, проникновение активных иммунных клеток из крови в ткани мозга и, соответственно, значительно уменьшается очаг воспаления в головном мозге. Подавляя активность макрофагов, бета-интерферон защищает слои миелина и аксоны от дальнейшего разрушения. Таким образом, бета-интерфероны сдерживают ненормальные иммунные реакции, характерные для РС.

Существует 2 типа бета-интерферонов: бета-интерферон-1в (бетаферон или бетасерон) и бета-интерферон-1а (ребиф и авонекс).

Интерферон-альфа обладает иммуномодулирующими свойствами, сходными с ИФН-бета. Однако в экспериментальных моделях и в клинических испытаниях он обладал меньшим положительным действием на течение демиелинизирующего процесса. В то же время в клинических испытаниях на небольшом количестве пациентов продемонстрировано достоверное снижение частоты обострений РС и уменьшение количества новых очагов на повторных МРТ. Большие контролируемые исследования, проводимые в настоящее время в нескольких клинических центрах в мире, позволят сделать окончательное заключение об эффективности ИФН-альфа для лечения ремиттирующего РС.

Говоря о продолжающихся широких исследованиях возможностей препаратов этой группы, отметим, что приоритетными направлениями в этой области неврологии станут изучение влияния интерферонов на познавательные функции мозга и качество жизни пациентов с РС.

19.2.7 Как применяется бетаферон?

Мне хотелось бы подробнее узнать о бетафероне, т.к. информация о нем разная. В чем его преимущество?

Бета-интерферон-1в (бетаферон) является продуктом бактериальной культуры, содержит 165 аминокислот. Это первый препарат, оказавшийся эффективным при РС.

Когда в 1996 г. бетаферон был допущен к лечению ремиттирующих и вторично-прогрессирующих форм РС в России, это оказалось мощным толчком в возможностях терапии заболевания. На сегодняшний день бетаферон является единственным препаратом, эффективность которого доказана при этих двух

формах РС. Высокая эффективность препарата продемонстрирована на тысячах пациентов.

Многочисленные клинические испытания его эффективности у пациентов с ремиттирующей формой показали снижение частоты и тяжести обострений заболевания на 30%, увеличение времени до наступления следующего обострения, а также уменьшение общей площади поражения мозга и количества новых активных очагов по данным МРТ. Показательно, что применение бетаферона позволяет уменьшить число госпитализаций и курсов кортикостероидной терапии при условии раннего и длительного лечения. Имеются убедительные данные, что ранняя терапия бетафероном может обеспечивать лучшее сохранение высших мозговых функций: памяти, внимания, психомоторной координации, речи, счета, мышления, ориентации, планирования и контроля высшей психической деятельности. Проведенные исследования показали, что назначение бетаферона при первой атаке замедляет и снижает риск перехода в достоверный РС, а также снижает риск возобновления активности заболевания. Раннее начало лечения препаратом более значительно снижает частоту обострений, ведет к улучшению долгосрочного прогноза выживаемости и трудоспособности.

Исследования продемонстрировали несомненную эффективность препарата также и у пациентов с вторично-прогрессирующим типом течения РС. Было показано замедление развития инвалидизации (доля пациентов с симптомами ухудшения сократилась более чем на 20% за период 9–12 месяцев). Существенно увеличился период времени до наступления стадии болезни, когда пациент вынужден пользоваться инвалидным креслом, частота обострений уменьшилась более чем на 30% по сравнению с исходными данными на момент начала исследования. Также наблюдалось снижение степени тяжести обострений, уменьшалось количество госпитализаций больных вследствие ухудшения течения РС. Повторные МРТ-исследования продемонстрировали уменьшение количества и объема очагов поражения на 12,5%.

Поскольку существуют стандартные схемы назначения препаратов, здесь и далее мы будем придерживаться Протокола ведения «Рассеянный склероз». Так, бетаферон вводится по 8 млн. МЕ через день подкожно длительно, годами. Начинать лечение рекомендуется под наблюдением врача или патронажной медсестры, которые обучат правильной постановке инъекций с соблюдением правил стерильности. В процессе терапии определяется переносимость препарата, дальнейшие условия лечения.

По современным представлениям, механизмы действия бетаферона изучены недостаточно. В настоящее время ведутся активные работы, направленные на изучение тонких механизмов реализации клинического эффекта бетаферона.

Специалисты рекомендуют после каждого года лечения делать МРТ. Если лечение неэффективно, т.е. имеется прогрессирование инвалидизации в течение 6 месяцев, препарат следует отменить.

В настоящее время в России нет поставок бетаферона, а используются его биоаналоги отечественного производства — инфибета и интерферон-бета-1в.

19.2.8 Какие показания и противопоказания к назначению бетаферона?

Показания к применению:

- диагноз РС должен быть подтвержден наличием клинических симптомов, лабораторными методами и данными МРТ;
- ремиттирующее течение заболевания: не менее двух обострений заболевания за последние 2 года болезни;

- лечение назначается пациентам, способным передвигаться без посторонней помощи;
- возраст пациентов должен быть от 18 до 50 лет.

Противопоказания:

- беременность и лактация;
- повышенная чувствительность к препарату;
- лечение противоэпилептическими препаратами, что может повысить токсичность каждого из препаратов.

Применение с осторожностью

Бетаферон следует применять с осторожностью пациентам со следующими заболеваниями:

- заболевания сердца, кардиомиопатия;
- депрессии и суицидальные мысли (в т.ч. в прошлом);
- анемия, тромбоцитопения, лейкопения;
- нарушение функции печени;
- при наличии аутоиммунной патологии щитовидной железы.

19.2.9 Каков способ применения препарата?

Лечение бетафероном следует начинать под наблюдением врача, имеющего опыт лечения данного заболевания. Для снижения риска развития местных реакций следует рекомендовать пациентам проводить инъекции в стерильных условиях, каждый раз менять места инъекций и вводить препарат строго подкожно. Введение препарата должно проводиться в определенные области, при этом не допускается делать уколы в один и тот же участок кожи чаще, чем 1 раз в неделю. Правилам хранения и приготовления раствора препарата пациентов обучают опытные медицинские работники.

19.2.10 Какие возможны побочные действия при терапии препаратом?

Длительное наблюдение за пациентами, принимающими данное лечение, позволило установить ряд побочных эффектов.

- Общие реакции. Чаще всего они проявляются гриппоподобными симптомами (лихорадка, озноб, суставные, мышечные боли и головные боли, потливость). Со временем частота этих симптомов снижается. Реже встречаются общее недомогание, боли в груди, снижение массы тела.
- Местные реакции. Очень часто в месте инъекции возникает боль, покраснение и отек, местное повышение температуры. Редко возможны более глубокие повреждения кожи. Со временем при продолжении лечения частота реакций в месте введения препарата обычно снижается
- Кровь и лимфатическая система. Нечасто можно выявить изменения в крови: анемию, тромбоцитопению, лейкопению, лимфопению, реже — лимфаденопатию.
- Эндокринные нарушения. Возможны нарушения функции щитовидной железы.
- Нервная система. Иногда встречаются повышенный мышечный тонус, депрессия. Довольно редко могут быть судороги, спутанность сознания, возбуждение, эмоциональная лабильность, суицидальные попытки, анорексия (расстройство пищевого поведения).
- Сердечно-сосудистая система. Возможно повышение артериального давления, реже — кардиомиопатия, тахикардия, сердцебиение.

- Органы дыхания. Редко встречается одышка, бронхоспазм.
- Желудочно-кишечный тракт. В ряде случаев возможны тошнота и рвота. В редких случаях на фоне применения препарата наблюдалось развитие панкреатита.
- Печень и желчевыводящие пути. Возможны нарушения функций печени, определяемые лабораторным путем.
- Кожа и подкожная клетчатка. Возможны крапивница, зуд кожи, кожные высыпания. Некоторые авторы описывают случаи облысения. Редко можно столкнуться с изменением цвета кожи и повышенной потливостью. Наблюдались также случаи некроза в месте инъекции.
- Женская репродуктивная система. Описаны случаи нарушения менструального цикла.
- Аллергические реакции. Иногда проявляются в виде анафилактических реакций.

Учитывая перечисленные побочные эффекты, следует не отказываться от предложений лечащего врача проходить периодический контроль с исследованием функций различных систем и органов (сердца, печени, щитовидной железы и т.д.). Рекомендуется во время проведения лечения, кроме стандартных лабораторных анализов, регулярно проводить развернутый анализ крови и необходимые биохимические исследования крови.

Как известно, препарат не рекомендуется вводить во время беременности и лактации. В первом случае из-за возможности самопроизвольного аборта. Женщинам репродуктивного возраста при лечении этим препаратом следует пользоваться надежными средствами контрацепции. В случае наступления беременности во время лечения или планировании беременности, рекомендуется отменить препарат.

Учитывая теоретическую возможность развития нежелательных реакций на бетаферон у младенцев, находящихся на грудном вскармливании, необходимо прекратить кормление грудью или отменить препарат.

19.2.11 Как уменьшить кожные реакции в местах инъекций?

Поскольку бетаферон является мощным иммуномодулирующим препаратом, он может, как уже было отмечено, вызывать реакции в местах инъекций. Чтобы свести их к минимуму, следует строго соблюдать инструкции по выполнению инъекций.

Опыт многих пациентов дает возможность выработать ряд рекомендаций:

- инъекции следует делать в стерильных условиях;
- необходимо постоянно менять места инъекций, следуя определенной схеме: для каждой инъекции выбирается новое место, желательно в другой части тела (можно записывать эту последовательность);
- целесообразно избегать для уколов некоторые участки тела: где не удается захватить складку в 2,5–5 см кожи; где трение и давление одежды или ремня может вызвать раздражение кожи; стрии (видимые на коже растяжки) и места, где в коже видны проходящие мелкие сосуды;
- мышцы в области инъекции должны быть полностью расслабленными, нежелательно вводить иглу в спазмированные области;
- желательно прикладывать холод на место планируемой инъекции до и после укола;
- иногда достаточно для снятия кожной реакции приложить успокаивающее средство, например пакетик с чаем (действие танина); целесообразнее делать инъекции на ночь, тогда, возможно, реакция уменьшается;

- уменьшить эти проявления можно, принимая до укола парацетамол или ибупрофен;
- правила рекомендуют делать инъекцию сухой иглой, при этом следует использовать две иглы — одну для приготовления раствора, другую — для введения;
- инъекцию лучше производить под прямым углом к коже, не смещая ее;
- не следует повторять ошибки многих: массировать и растирать место инъекции после укола;
- воздействие прямых солнечных лучей на область инъекции нежелательно;
- не следует делать инъекции после занятий спортом, горячей ванны или душа;
- необходим контроль медицинских работников за правильностью выполнения инъекций в домашних условиях.

19.2.12 Как применяется ребиф?

Чем отличается интерферон-бета 1а от интерферона-бета-1b?

Позднее был синтезирован и исследован у пациентов с РС другой бета-интерферон — интерферон-бета-1а. Данный белок был получен путем пересаживания гена, кодирующего бета-интерферон — в культуру клеток млекопитающих, и по химической структуре он не отличается от натурального интерферона-бета. В настоящее время для лечения ремиттирующей формы рассеянного склероза зарегистрированы два препарата интерферона-бета-1а: **авонекс** производства фирмы «Биоген» (США) и **ребиф** фирмы «Сероно» (Швейцария).

Исследователи отмечают, что лечение интерфероном бета-1а сопровождалось снижением частоты и тяжести обострений, замедлением нарастания инвалидизации, снижением количества и объема усиливающихся гадолинием очагов на МРТ. Препарат ребиф прошел апробацию во многих странах. Он назначается по 22 мкг (6 млн. МЕ) или 44 мкг (12 млн. МЕ). Благодаря своим свойствам он позволяет добиться ограничения повреждений тканей мозга, стабилизирует состояние гематоэнцефалического барьера, что во многом обуславливает противовоспалительный эффект.

19.2.13 Какие показания и противопоказания к назначению ребифа?

Показания к применению:

- амбулаторное лечение для снижения частоты и тяжести обострений и замедления прогрессирования инвалидизации;
- назначается при ремиттирующем течении заболевания и при вторичном прогрессировании при сохранении обострений;
- некоторые специалисты используют это средство при клинически изолированном синдроме для предупреждения развития достоверного РС.

Противопоказания:

- тяжелая депрессия и/или суицидальные идеи;
- эпилепсия в случае отсутствия эффекта от применения соответствующей терапии;
- беременность;
- лактация;
- детский и подростковый возраст до 16 лет.

19.2.14 Каков способ применения препарата?

Как и бетаферон, препарат должен назначаться врачом, имеющим опыт лечения данного заболевания. Обычно ребиф вводят подкожно по 44 мкг (12 млн. МЕ)

3 раза в неделю. Если он плохо переносится пациентом, дозу уменьшают в два раза — до 22 мкг (6 млн. МЕ). По возможности препарат следует вводить в одно и то же время (желательно вечером), в определенные дни недели, с интервалом не менее 48 ч. Существуют разработанные схемы лечения препаратом, известные всем специалистам. Хранят препарат в оригинальной упаковке в защищенном от света месте при температуре от 2° до 8 °С, но не замораживают. Срок годности — 2 года.

19.2.15 Какие возможны побочные действия при терапии препаратом?

- Общие реакции. Чаще всего они проявляются гриппоподобными симптомами (лихорадка, озноб, суставные, мышечные и головные боли, потливость, тошнота). Эти симптомы обычно умеренно выражены, наблюдаются чаще в начале лечения и уменьшаются при продолжении терапии.
- Местные реакции. Очень часто в месте инъекции возникает болезненность (обычно незначительно выражена и имеет обратимый характер), покраснение и отек. В единичных случаях в месте инъекции может наблюдаться некроз, который обычно проходит самостоятельно.
- Желудочно-кишечный тракт. Редко бывает понос, потеря аппетита, рвота, поражение печени.
- Нервная система. Периодически возможны нарушение сна, головокружение, нервозность, а в единичных случаях — депрессия, суицидальные идеи, судорожные припадки.
- Изменения в крови. Со стороны лабораторных показателей: возможны лейкопения, лимфоцитопения, тромбоцитопения, повышение уровня показателей функций печени. Эти изменения обычно незначительно выражены, имеют обратимый характер.
- Аллергические реакции. Иногда проявляются в виде анафилактических реакций.

19.2.16 Какие особенности назначения препарата при беременности и лактации?

Ребиф также не назначают при беременности и в период лактации. Естественно, врач должен предупредить женщин детородного возраста о потенциальной опасности бета-интерферонов для плода и в случае планируемой или наступившей беременности прекратить лечение этим препаратом. Данные о выделении препарата ребиф с грудным молоком отсутствуют. Учитывая возможность развития серьезных побочных реакций у новорожденных, при необходимости применения препарата в период лактации грудное вскармливание следует прекратить.

19.2.17 Какие особенности терапии ребифом?

Напомним, что в период лечения необходимо проводить регулярные исследования, от которых не следует отказываться. При назначении каждого препарата есть свои особенности. Так, ребиф обычно с осторожностью назначают пациентам с депрессией. И здесь многое зависит от пациентов, которые обязательно должны немедленно сообщить врачу о любых симптомах депрессии или появлении суицидальных идей. В ряде случаев может потребоваться соответствующая терапия или даже прекращение лечения бета-интерфероном-1а. Точно так же пациент должен сказать врачу, что у него были раньше судороги. Мы не останавливаемся на ряде возможных осложнений в ходе лечения, но напомним, что каждый пациент должен информировать врача о любых побочных эффектах препарата, ибо в случае выраженных побочных реакций или сохранения их в течение

длительного времени по усмотрению врача допускается временное снижение дозы препарата или прерывание лечения. Однако это не стоит делать самостоятельно, без ведома врача. Специалисты утверждают, что побочные реакции со стороны ЦНС на проводимую терапию интерферонами могут влиять на способность к управлению автотранспортом и техникой.

19.2.18 Как применяется авонекс?

Когда применяется авонекс?

Еще одним представителем интерферон-бета-1а является авонекс, который применяется для амбулаторного лечения рецидивирующего рассеянного склероза (при наличии в течение предшествующих 3 лет не менее двух повторных приступов неврологических нарушений и при отсутствии признаков прогрессирования заболевания между рецидивами).

Десятилетнее наблюдение подтвердило высокую эффективность лечения авонексом у пациентов с самых ранних этапов развития РС.

Проведенные исследования у больных с ремиттирующим течением РС продемонстрировали снижение частоты обострений на 32% и появление положительной динамики данных МРТ. У больных, получавших авонекс, было меньше активных и гипointенсивных очагов «черных дыр» на Т1-взвешанных изображениях по сравнению с плацебо. При этом уменьшился и общий объем очагового повреждения мозга. Анализ подгрупп показал замедление нарастания атрофии мозга на втором году терапии авонексом. По сравнению с плацебо, терапия авонексом на 37% снижала риск необратимого прогрессирования рассеянного склероза на 1 балл по шкале EDSS. За счет этого отмечен достоверно меньший прирост инвалидности за период наблюдения: у больных, получавших бета-интерферон-1а, показатели инвалидности возрастали медленнее, чем у больных, получавших плацебо. Также замедлялось прогрессирование когнитивных нарушений.

В другом исследовании пациентов с первой клинической атакой рассеянного склероза убедительно показано, что применение внутримышечного интерферона-бета-1а в дозе 30 мкг один раз в неделю у пациентов с высоким риском развития РС на 66% снижает риск развития повторного клинического обострения по сравнению с плацебо. Более того, динамическое исследование МРТ у этих пациентов подтвердило способность авонекса достоверно уменьшать объем очагового поражения ЦНС и предотвращать появление новых очагов демиелинизации.

В связи с этим авонекс разрешен к применению у пациентов, у которых имел место случай демиелинизации в результате активного воспалительного процесса, потребовавшего внутривенного введения кортикостероидов, при исключении иного, нежели рассеянный склероз, диагноза, т.е. у больных с так называемым клинически изолированным синдромом.

Противопоказания к применению препарата такие же, как и у ребифа.

В настоящее время данный препарат не закупается по государственной программе и применяется его аналог — синнавекс (Иран).

19.2.19 Каков способ применения препарата?

Препарат применяется по назначению врача. Применение препарата следует начинать под руководством и наблюдением врача, имеющего опыт в лечении данного заболевания. Рекомендуемая доза составляет 30 мкг (6 млн. МЕ) внутримышечно 1 раз в неделю (1 флакон). Инъекции препарата следует, по возможности, производить в одно и то же время в один и тот же день недели. Место инъекции

следует менять каждую неделю. При необходимости врач может разрешить пациенту выполнять инъекции самостоятельно после соответствующего обучения.

19.2.20 Какие возможны побочные действия при терапии препаратом?

Как и при лечении другими препаратами, не исключены побочные эффекты авонекса.

- Общие реакции. Чаще всего они проявляются гриппоподобными симптомами в начале лечения (лихорадка, озноб, суставные, мышечные и головные боли). Со временем частота этих симптомов снижается. Реже встречаются спастические явления и преходящая мышечная слабость вплоть до обратимого паралича конечностей (эти симптомы могут прекращаться и появляться вновь и обычно непродолжительны).

- Сердечно-сосудистая система. Возможна тахикардия, реже — повышение артериального давления.

- Желудочно-кишечный тракт. В ряде случаев возможны тошнота и рвота, понос, потеря аппетита.

- Нервная система. Возможны нарушения сна, нервозность, обмороки.

- Кожа и подкожная клетчатка. Возможны кожные высыпания, выпадение волос.

- Местные реакции. Не исключены покраснение или боль в месте инъекции.

- Прочие эффекты. Встречаются боль в спине, приливы, боль в суставах, нарушение менструального цикла.

При лечении авонексом принимаются те же меры предосторожности, как и при терапии ребифом. Точно так же и пациенты должны предупреждать врача обо всех отклонениях от обычного состояния в ходе лечения. Естественно, необходимо проводить соответствующие исследования для предупреждения изменений в органах и крови.

19.2.21 Всем ли помогают бета-интерфероны?

Я знаю несколько человек, кому эти препараты не помогли. Почему?

Среди пациентов, получавших лечение интерферонами, есть определенная категория пациентов, невосприимчивых к данному виду терапии, в связи с чем у них на фоне введения препарата заболевание продолжает активно прогрессировать. Дело в том, что постоянное введение в организм экзогенного интерферона, являющегося чужеродным белком, запускает сложные процессы в клетке. Прежде всего, у большинства пациентов, получающих лечение интерферонами, к этим чужеродным белкам вырабатываются антитела, уровень которых периодически меняется и достигает пика к 7–12 месяцу терапии. Среди этих антител выделяют так называемые «нейтрализующие антитела» (НАТ), которым ученые и приписывают способность существенно снижать активность интерферонов в организме, что и обуславливает некоторый процент неудач при лечении этими препаратами. Практически проблему решают так. Если при лечении интерферонами процесс продолжает прогрессировать, т.е. курс терапии неэффективен, необходимо провести исследование на наличие НАТ. При положительном результате рекомендуется переход на другой вид терапии (копаксон, митоксантрон). Существуют и другие точки зрения на этот процесс. Пока причина этих явлений остается не выясненной, приходится учитывать клиническую динамику и только при доказанной низкой или недостаточной эффективности курса лечения препаратами интерферонов можно ставить вопрос о смене вида лечения. Многие исследователи приходят к выводу, что эффективность терапии бетаферонами пока надо признать умеренной.

На данный момент в фазе клинических исследований находится несколько препаратов, которые показывают достаточную эффективность при рецидивирующих формах РС. К таким препаратам относится лаквинимод, который принимается по 0,6 мг 1 раз в сутки в виде таблеток. Ожидаемый эффект: снижение количества, выраженности и длительности рецидивов РС, а также снижение прогрессирования нетрудоспособности и инвалидизации. Уже сейчас ясно, что эффективность препарата в отношении снижения частоты обострений меньше ныне существующих средств первой линии (интерферонов и копаксона). Исследования данного препарата продолжаются.

Появление пероральных препаратов для иммуномодулирующей терапии может существенно повысить качество жизни больных рассеянным склерозом.

Известно, что одним из недостатков этих препаратов является необходимость частых инъекций, что заставляет некоторых пациентов отказаться от длительной терапии. Сообщают о работах по созданию специального (пегилированного) бета-интерферона-1а. Молекула такого интерферона защищена от быстрого распада в организме человека, что позволяет вводить препарат намного реже.

В конце 2009 г. были завершены процедуры государственной экспертизы качества, эффективности и безопасности препарата рекомбинантного человеческого интерферона-бета-1b Ронбетал®, производимого российской биотехнологической компанией ЗАО «БИОКАД». В печати указывается, что данный препарат является высокотехнологичным лекарственным средством, полученным с использованием биотехнологий и методов геномной инженерии. Полный цикл разработки и производства препарата осуществлен на территории России, при этом клиническое исследование доказало его полную эквивалентность импортному оригинальному препарату. Появление ронбетала позволит значительно повысить доступность современных методов терапии рассеянного склероза, а также снизить расходование средств государственного бюджета до 1,6 млрд. рублей.

В настоящее время Россия ориентирована на создание собственных препаратов, в том числе и биоаналогов, эффективность которых показана в клинических исследованиях (обычно на небольшом количестве пациентов) и по многим из них требует подтверждения в постмаркетинговых наблюдательных исследованиях. Наиболее привлекательны биоаналоги с точки зрения их цены, что повышает доступность их применения не только для населения, но и для государства. Несмотря на экономические преимущества, биоаналоги редко идентичны оригиналу по своей эффективности и безопасности вследствие невозможности создания двух абсолютно идентичных банков клеток, служащих для получения активной молекулы, и точного повторения длительного многоступенчатого процесса производства. Ученые акцентируют внимание на том, что на сегодняшний день необходимо провести всестороннюю оценку эффективности и безопасности биоаналогов.

19.2.22 Как применяются индукторы интерферонов?

Для лечения РС теоретически возможным является применение препаратов, стимулирующих выработку эндогенных интерферонов в организме человека. К ним относятся: пропер-мил, циклоферон, амиксин, продигозан и другие. Обычно они используются для лечения вирусных инфекций. Достоинствами данной группы препаратов являются их сравнительно невысокая стоимость, незначительный риск развития серьезных побочных эффектов, отсутствие снижения эффективности лечения при повторных курсах (за счет отсутствия нейтрализующих антител к эндогенным интерферонам). Однако перечисленные

препараты не обладают избирательностью действия, что может способствовать выработке гамма-интерферона и провокации обострения заболевания. Эта же проблема актуальна для комбинированных интерфероновых препаратов (реоферон, виферон, неовир и др.). Таким образом, необходимо проведение тщательных клинических исследований, которые позволят судить о целесообразности применения этих препаратов при РС.

19.2.23 Как проводится антиген-специфическая терапия РС?

Я слышала, что копаксон действует как бетаферон, но имеет меньше побочных действий. Кому он назначается?

Благодаря своему избирательному действию одним из перспективных методов лечения РС является антиген-специфическая терапия. Препаратом, снижающим частоту обострений у больных ремиттирующей формой рассеянного склероза, является **кополимер-1** (коп-1, копаксон). Созданный израильскими учеными полипептидный коктейль состоит из остатков четырех аминокислот, смешанных в определенной пропорции, входящих в состав основного белка миелина. Механизм действия копаксона связан с воздействием на ряд звеньев иммунного механизма организма, что позволяет специфически подавлять иммунный ответ, направленный к белкам миелина. Доказано, что он способен не только предотвращать гибель нервных тканей, но и обладает противовоспалительным действием. В некоторых клиниках получили хорошие результаты от терапии копаксоном в случаях, когда эффект от лечения интерферонами был недостаточен или были выраженные побочные действия этой группы препаратов. Это связано с тем, что механизм действия копаксона принципиально отличен от препаратов интерферона.

Исследователи отмечают, что применение препарата у пациентов с ремиттирующим течением РС показало достоверное снижение частоты обострений заболевания, а при длительном применении препарата (более двух лет) — и замедление прогрессирования РС. Наиболее эффективно применение копаксона в начальных стадиях заболевания у пациентов с индексом по EDSS не более трех. При изучении изменений на повторных МРТ было выявлено статистически достоверное уменьшение количества и объема очагов демиелинизации. Все это позволяет относить копаксон к препаратам первого ряда выбора в лечении ремиттирующего РС.

В настоящее время ведутся работы по изучению эффективности копаксона при прогрессирующих формах РС, а также по возможности перорального приема препарата.

19.2.24 Каковы показания и противопоказания к применению копаксона?

Копаксон применяется для лечения ремиттирующего течения РС с целью уменьшения частоты обострений и замедления развития инвалидизации. По данным ряда ученых, он может быть использован и при лечении клинически изолированного синдрома. Противопоказанием к применению препарата является повышенная чувствительность к глатирамера ацетату и маннитулу. Препарат не рекомендуется применять детям и молодежи до 18 лет, а также пожилым людям в связи с отсутствием достоверных данных по результатам исследования этих групп пациентов.

19.2.25 Каковы особенности влияния препарата на беременность и лактацию?

Поскольку специальных исследований безопасности препарата при беременности не проводилось, его применение во время беременности возможно только по абсолютным показаниям. Нет достаточно четких данных о риске для ребенка

при кормлении грудным молоком. В литературе описано 215 случаев, когда женщины продолжали получать копаксон в первые три месяца беременности, при этом риск развития врожденных аномалий и спонтанных аборт был не выше, чем в популяции.

19.2.26 Каков способ применения копаксона?

Препарат вводится подкожно один раз в сутки ежедневно, желателен в одно и то же время дня, длительно. Рекомендованная доза для взрослых составляет 20 мг (один предварительно заполненный раствором препарата шприц для инъекций). Не следует смешивать раствор, содержащийся в шприце, с другим препаратом или вводить его параллельно с каким-либо другим препаратом. Каждый шприц с препаратом предназначен только для однократного применения. Препарат нельзя вводить внутривенно. Напомним о необходимости обучения самостоятельному введению препарата с соблюдением всех необходимых правил. Препарат можно сочетать с общепринятой симптоматической терапией.

19.2.27 Каково побочное действие медикамента?

Копаксон безопасен, хорошо переносится пациентами, имеет незначительное количество побочных эффектов. Иногда непосредственно после инъекции могут возникать местные или общие реакции. Местные реакции связаны с появлением боли, покраснения, отека, в редких случаях возможны гематомы с последующим развитием абсцесса. Из общих реакций известны в редких случаях ощущение прилива крови, боль в груди, сердцебиение, тревога, одышка, затрудненное глотание, крапивница, ощущения страха (клиника, близкая к «панической атаке»). Эти симптомы обычно носят кратковременный и ограниченный характер (от 30 сек. до 15 мин.) и не требуют медикаментозной коррекции. Симптомы могут появляться спустя несколько месяцев от начала терапии. Пациент может испытывать тот или иной симптом эпизодически, но это обычно не является поводом для прекращения лечения препаратом. Замечено, что у части пациентов через 12–15 месяцев от начала лечения отмечается увеличение местных лимфатических узлов, что свидетельствует о выраженной активации иммунной системы. В то же время у них препарат особенно эффективно уменьшает частоту обострений и степень прогрессирования инвалидизации. Для уменьшения побочных эффектов можно использовать ранее описанные рекомендации.

Появилось сообщение о возможности сочетанного применения копаксона с миноциклином (по 100 мг дважды в день). Его авторы утверждают, что такая комбинированная терапия пациентов с РС оказывает более выраженный защитный эффект. Однако этот метод требует дальнейших исследований для уточнения отдаленных результатов.

19.2.28 Чем отличается новая форма копаксона?

В России (в США и Европе также) зарегистрирована новая форма копаксона (тева) в дозировке 40 мг для подкожного введения 3 раза в неделю. Препарат будет доступен для пациентов в рамках программы «7 нозологий». В многолетних клинических исследованиях показано, что эффективность препарата в новой дозировке эквивалентна введению копаксона по 20 мг ежедневно. В то же время за счет значительного уменьшения количества необходимых инъекций (156 вместо 365 в год) частота местных побочных эффектов (уплотнения, боли, липоатрофии и др.) значительно ниже.

19.2.29 Какие проблемы возникают при длительной иммуномодулирующей терапии?

Встречаясь с врачами, всегда чувствую, что у них есть проблемы с назначением лечения. Это так сложно?

Расширение возможностей современной терапии РС и внедрение в лечебную практику препаратов нового поколения позволили снизить частоту и тяжесть обострений, приостановить во многих случаях дальнейшее прогрессирование болезни и замедлить разрушительный патологический процесс в мозге. Многочисленные исследования показали, что для повышения эффективности терапии иммуномодулирующими препаратами она должна начинаться как можно раньше и проводиться как можно дольше. Главной проблемой для пациентов является соблюдение режима длительного лечения. Наблюдения ряда специалистов показали, что примерно половина пациентов, страдающих хроническими заболеваниями, уже через год прекращают лечение. Опрос пациентов выявил, что основанием к отказу от продолжения лечения или его прерывания являются ошибочные представления пациентов о времени начала данной терапии, об эффективности принимаемого препарата, психологическая неготовность пациента длительно следовать предлагаемому режиму лечения, побочное действие препаратов, которое для некоторых пациентов может иметь большее значение, чем ожидаемая эффективность.

Известно, что более чем у половины пациентов с РС встречаются признаки депрессии (снижение настроения, утрата интереса к жизни, пассивность, потеря аппетита, расстройство сна). Психологическое тестирование пациентов показало, что они в 3 раза чаще не соблюдают предписанное им лечение, чем пациенты без депрессии. Поэтому в ходе лечения этим вопросам следует уделять должное внимание.

Стало привычным, что во многих случаях пациентов обучают выполнять инъекции самостоятельно, а при необходимости проводят обучение родственников. Как выяснилось, многие пациенты испытывают страх перед уколами, боятся делать себе инъекции, но не отказываются, когда это осуществляет кто-нибудь другой. В некоторых случаях самостоятельное проведение инъекций затрудняется наличием двигательных и координационных расстройств верхних конечностей. Определенное значение в отказе от продолжения лечения имеют побочные эффекты. Мы уже их обсудили и постарались обобщить меры борьбы с ними. При назначении бета-интерферонов ни в коем случае нельзя прекращать лечение из-за побочного действия препарата. Желательно пройти обучение у медработников во избежание нежелательного действия медикаментов.

Напомним, что следует контролировать переносимость интерферонов и других препаратов, посему в первый год лечения надо посещать врача каждые три месяца, даже если и нет других причин для встречи. При этом следует делать контрольные анализы крови с тщательным изучением показателей, функциональных проб печени и гормонов щитовидной железы. При иммуномодулирующей терапии по согласованию со своим гинекологом желательно принимать противозачаточные средства.

19.3 Какие вопросы возникают при назначении и лечении препаратами, изменяющими течение РС (ПИТРС)?

Прежде всего, отметим, что, несмотря на высокую стоимость практически всех препаратов ПИТРС, в большинстве стран мира их назначение для определенной группы пациентов является обязательным. Накапливается опыт в специ-

ализированных центрах и неврологических кабинетах в нашей стране. При этом существуют заключения экспертных групп о том, что препараты ПИТРС «не прекращают развитие РС полностью, т.е. они являются частично эффективными, но существенно снижают активность процесса, иногда практически приостанавливая этот процесс». В связи с этим возникает ряд вопросов: каким пациентам и когда рекомендуется начинать этот вид терапии, когда ее прекращать, какой препарат и в какой дозе следует назначать в каждом конкретном случае, как оценивать частичную эффективность препаратов этой группы.

19.3.1 Каким больным и когда рекомендуется начинать этот вид терапии?

В последнее время выработался алгоритм применения этих лекарственных средств. Препараты ПИТРС назначаются при установлении достоверного диагноза ремиттирующего РС, и лечение следует начинать как можно раньше. Это обусловлено тем, что частота обострений и скорость прогрессирования стойких неврологических нарушений в первые 2–5 лет от начала заболевания определяют прогноз течения РС. Сомнения в их назначении возникают, если у пациента имеются редкие обострения и умеренные остаточные явления, при этом он вполне трудоспособен и не хочет регулярно проводить болезненные инъекции.

Клинические обострения лишь частично отражают активность воспалительного и дегенеративного процесса в ЦНС, поэтому ученые определили, что «активность» рассеянного склероза наиболее точно можно оценить при помощи магниторезонансной томографии. Результаты исследований свидетельствуют о том, что на одно клинически определяемое обострение приходится в среднем семь обострений, которые клинически не заметны и могут быть выявлены только при динамическом контроле на МРТ. Поэтому даже при клинически «мягком» течении заболевания невозможно предсказать ход активности процесса. Никто не может предусмотреть вариант, когда происходит резкая смена активности и РС из «мягкого» внезапно переходит в «злокачественный».

Ученые определили, что считать РС «активным» следует тогда, когда частота обострений — не менее двух за два года. Если вследствие «мягкого» течения заболевания не назначаются указанные препараты, то совершенно невозможно предсказать ход активности процесса. Специалисты считают, что лучше не пускать процесс на самотек и начинать лечение как можно раньше.

19.3.2 Когда прекращать данную терапию?

Если имеется отчетливый эффект в виде уменьшения частоты обострений и отсутствия усиления тяжести состояния, прерывать лечение не рекомендуется. Исключением являются беременность и роды, а также период кормления ребенка. В ряде случаев причиной отмены препаратов могут быть побочные явления, хотя они не представляют большой сложности и достаточно хорошо купируются назначением соответствующего лечения. Если клинический эффект от терапии препаратами интерферона и копаксона недостаточен и заболевание продолжает прогрессировать, можно перейти к терапии митоксантроном.

Критериями прекращения лечения бета-интерферонами являются:

- тяжелые побочные явления (местные и общие);
- депрессия (суицидальные попытки);
- планируемая беременность;
- отсутствует эффективность терапии;
- 2 тяжелых обострения за 1 год лечения;

- вторичное прогрессирование с нарастанием инвалидизации за последние 6 месяцев;
- проведение более 3 курсов кортикостероидов или АКТГ за год лечения бета-интерферонами;
- утрата способности к передвижению с поддержкой сроком более 6 месяцев).

Существует группа пациентов, самостоятельно прекративших лечение. Один опытный невролог-исследователь поделился своими наблюдениями. Он отметил, что существует простое правило: 1/6 часть тех, кто принимает лечение бетаферонами, удовлетворена ходом терапии, столько же прекращает лечение из-за ухудшения состояния или непереносимости побочного действия препаратов, а 2/3 не могут четко сказать, помогает им препарат или нет. Впрочем, это субъективные данные, которые, вероятно, зависят от многих факторов.

19.3.3 Какой препарат и в какой дозе нужно назначать в каждом конкретном случае?

Учитывая многообразие клинических форм и вариантов течения, этот вопрос во многих случаях остается открытым, ибо пока трудно определить четко, какой препарат наиболее показан определенной категории пациентов. Многочисленные сравнительные исследования показали достаточно противоречивые данные о преимуществах того или иного препарата. Только два относительно коротких исследования (48–52 недели) продемонстрировали, что препараты бета-интерферона-1a (ребиф 44 или бетаферон) в большой дозировке, вводимые через день, имеют кратковременное преимущество по снижению частоты обострений и количеству очагов на МРТ по сравнению с авонексом, вводимым 1 раз в неделю. В случаях, когда эффективность малых доз оказывается недостаточной, специалисты предлагают перейти к препаратам с более высокой дозировкой — ребифу 44 или бетаферону. Есть мнение, что начинать лечение следует сразу с высоких доз при «злокачественном» течении РС.

19.3.4. Как оценивать частичную эффективность препаратов группы ПИТРС?

Несмотря на то, что эти препараты являются ведущими в лечении ремиттирующего РС, приходится признать, что на фоне их применения все равно бывают обострения и процесс развития заболевания неуклонно прогрессирует. Анализ результатов обследования большой группы пациентов показал, что после 2–3 лет лечения препаратами бета-интерферона-1a отмечено замедление прогрессирования атрофии мозга на 55%, хотя процесс разрушения нервных тканей полностью не остановился. Положительным является достоверное улучшение состояния пациентов уже через несколько месяцев от начала лечения. До сегодняшнего дня, пока не доказаны преимущества других лекарственных средств, препараты ПИТРС являются «препаратами первого выбора» в лечении ремиттирующего РС.

Недавно появилось сообщение американских исследователей о том, что препараты, используемые для лечения ремиттирующей формы РС, в долгосрочной перспективе показывают одинаковую эффективность. Авторы, изучив течение болезни у 573 пациентов, получавших соответственно один из препаратов бета-интерферонов и копаксон, пришли к выводу, что частота рецидивов заболевания практически не отличалась во всех группах. Они также обнаружили, что смена препарата в ходе терапии не приводит к существенному улучшению клинических результатов.

20. Симптоматическая терапия рассеянного склероза

20.1 Какковы цели симптоматической терапии при РС?

Проведение целенаправленного лечения при всех типах течения РС не исключает необходимость терапии остаточной неврологической симптоматики. Задачей медико-социальной реабилитации является не только восстановление двигательных и чувствительных функций, трудоспособности, нормализации психического состояния, но и проведение мероприятий по наиболее полному возвращению пациента к нормальной социальной активности, сохранению его независимости, реальному улучшению качества жизни.

Квалифицированная симптоматическая терапия позволяет не только улучшить состояние и качество жизни пациентов, но и предупредить развитие осложнений, особенно при вторично-прогрессирующем течении болезни (инфекционные заболевания, нарушения периферического кровообращения и вегетативных функций, образование контрактур и пролежней и т.д.), которые значительно осложняют жизнь.

Особого внимания требует коррекция двигательных нарушений, которые имеются практически у всех пациентов с РС. Это может быть спастичность, скованность движений, мышечная слабость (парезы), атаксия, нарушения функций двигательных черепных нервов. Терапия двигательных расстройств при РС должна быть комплексной. Она включает в себя лекарственные средства, лечебную физкультуру (кинезотерапию), массаж, использование специальных аппаратов и приспособлений, физиотерапевтические процедуры, точечное воздействие (рефлексотерапию), методы биологической обратной связи (БОС), тренировочный комплекс биомеханики движений и мануальную терапию.

У больных с легким течением заболевания или на ранних его этапах неврологическая симптоматика может быть ограниченной. В таких случаях требуется минимальная терапия, которая включает информирование и обучение пациента. В более тяжелых случаях или на более поздних стадиях пациенты, как правило, имеют определенные симптомы, требующие лечения.

В данной главе речь идет лишь о медикаментозном лечении, остальные методы реабилитации пациентов будут обсуждаться позже. Длительное наблюдение пациентов с РС позволило выработать схемы лечения ведущих клинических симптомов, в которые включено множество препаратов. Отметим, что практически каждый год появляются новые возможности. Нет никакой необходимости описывать их подробно, указывать конкретные дозировки, требующие индивидуального выбора, ибо специалисты на местах знакомы с порядком их назначения. Мы только обозначим наиболее часто применяемые медикаменты, поскольку очень часто сталкиваемся с вопросами пациентов о возможности применения тех или иных лекарственных средств. Подобрать препараты правильно, с учетом не только самого симптома, но и всех сопутствующих факторов, может только врач. Известно, что в одних случаях они эффективны при лечении большинства пациентов, в других — их результативность ограничена.

Отдельно поговорим о физических методах реабилитации пациентов, ибо уменьшение выраженности различных симптомов возможно не только с помощью лекарств. Могут быть полезны специальные упражнения, приемы или приспособления.

Напомним, что различные неблагоприятные факторы, такие как стресс, тревога, депрессия, нарушения сна, дефицит витаминов и микроэлементов, несбалансированная диета и другие, могут значительно ухудшать состояние больного

и способствовать нарастанию симптоматики. В связи с этим перед назначением специфической медикаментозной терапии необходимо провести коррекцию образа жизни, диеты и психологического состояния больного.

Основные принципы симптоматической терапии:

- она начинается с момента появления первых симптомов заболевания и проводится параллельно патогенетическому лечению;
- исходит из принципа минимальной достаточности в назначении медикаментов;
- максимально использует возможности немедикаментозной терапии.

20.2 Какие существуют методы лечения слабости мышц, пораженных спастическим параличом?

После очередного обострения прошло несколько месяцев, и мне трудно ходить. Врач назначил таблетки, но они мало помогают. Нет ли какого-либо серьезного лечения?

Одной из наиболее важных проблем реабилитации неврологических пациентов является увеличение мышечной силы в пораженных конечностях. Как известно, основной причиной слабости мышц при РС являются парезы, когда уменьшается способность мышцы к сокращению. Чаще всего плохо слушаются одноименные рука и нога или обе ноги. Если рукой или ногой не пользоваться, то она ослабнет из-за отсутствия нагрузки, поэтому при парезах очень важно правильно тренировать мышцы.

Для совершения полноценного движения необходимо расслабить спастичную мускулатуру, поэтому рекомендуется ходить или стоять, перенося вес тела с одной ноги на другую, что позволяет другой ноге расслабиться. К тому же это позволяет поочередно напрягать и расслаблять мышцы ног, укрепляя их. Специалисты считают, что ходьба без чрезмерного утомления очень полезна. Они рекомендуют прямо с утра переминаясь с ноги на ногу, почувствовать возможность переноса веса тела с одной ноги на другую и только после этого делать первый шаг. Можно попробовать переносить вес тела с одной стороны на другую и в положении сидя. Такой перенос помогает выровнять туловище, правильно расположить позвоночник и поддержать мышцы туловища, «контролирующие» сидячую позу. При этом поверхность должна быть не слишком мягкой (лучше делать это упражнение, сидя на стуле). Существуют и другие способы укрепления мышц, с которыми может познакомиться специалист по лечебной физкультуре.

Проведенный в США интернет-опрос, в котором участвовало 1011 взрослых пациентов с РС, показал, что почти две трети пациентов испытывают затруднения при ходьбе или нарушения равновесия. Несмотря на то, что 70% пациентов считают затруднения при ходьбе наиболее тягостным фактором их заболевания, 39% из них ответили, что эта тема редко или вообще не затрагивается при обращениях к врачу. У нас нет отечественных данных по этому вопросу, но можно полагать, что многие из пациентов не используют все имеющиеся возможности для улучшения качества их жизни и не обсуждают эти проблемы с лечащим врачом.

Если уделять достаточное внимание физической реабилитации, то это позволяет существенно увеличить мышечную силу без нежелательного повышения тонуса. Проведение адекватной лечебной физкультуры увеличивает силу пораженных мышц. Регулярные физические упражнения (занятия на велоэргометре для ног и рук не менее 30 мин. в день) способствуют более быстрому восстановлению

силы мышц. Кинезотерапия и массаж направлены на тренировку этих мышц, восстановление координации движений.

Рационально подобранные средства односторонней или двусторонней поддержки могут не только позволить сохранять самостоятельность, но и способствовать развитию компенсаторных двигательных стереотипов. Мягкие ботинки с поддержанием стопы в небольшом тыльном сгибании могут существенно улучшить походку.

Наиболее часто в таких случаях используют препараты, воздействующие на обменные процессы, в сочетании с реабилитационными мероприятиями. Активно используются ноотропы, влияющие на обменные и биоэнергетические процессы в нервной клетке и взаимодействие с нейромедиаторными системами мозга; аминокислотные препараты, содержащие смеси отдельных аминокислот, необходимых для синтеза белков; карнитин, способствующий энергообразованию, повышению сократительной способности поперечнополосатой мускулатуры, выносливости и силы мышц, улучшению обмена в тканях ЦНС. Для неспецифической стимуляции восстановительных процессов используют курсы церебролизина, ноотропила, пирацетама или энцефабола, церебрила, луцетама, глутаминовой кислоты, метионина, аплегина, актовегина, глицина и других препаратов. Ряд авторов рекомендует назначение витаминов группы В (особенно В12) и Е, способствующих восстановлению проведения нервного импульса по стволу мозга, однако специальных исследований не проводилось. Некоторые авторы отмечают эффект от применения препаратов комплексного сосудистого и метаболического действия — фезама, сермиона, кавинтона.

Для коррекции двигательных нарушений рекомендуют ряд препаратов, которые подбирают индивидуально. В арсенале врача такие препараты, как тиоктовая кислота (берлитион, липоевая кислота, октолипен, тиогамма, тиоктацид БВ, тиолепта, эспа-липон), кортексин, холина альфосцерат (глиатилин, церепро, церетон).

Значительную помощь таким пациентам может оказать препарат фампира (фампридин). Механизм действия препарата заключается в том, что его молекулы блокируют калиевые каналы, расположенные на поверхности нервных клеток, благодаря которым мышцы приводятся в действие. Тем самым искусственно увеличивается потенциал действия пораженного нерва и улучшается нервно-мышечная проводимость, а значит, и двигательные функции человека. Эффективность фампиры доказана в ходе клинических исследований с участием большого количества пациентов с РС (как рецидивирующего, так и прогрессирующего). У 35–43% пациентов, получавших фампиру, значительно возросла скорость ходьбы, а также укрепились мышцы ног. Важно отметить, что эти пациенты также сообщали о значительном улучшении субъективных показателей, в частности о повышении качества их жизни в целом. Это первый и единственный пока препарат для улучшения двигательной функции у пациентов с рассеянным склерозом. Он имеет довольно высокий профиль безопасности, большинство наблюдаемых побочных эффектов имеют легкую степень выраженности. Следует учесть, что лекарство предназначено для длительного приема, поэтому необходимо предварительно посоветоваться со своим врачом.

Во многих случаях эффективны естественные препараты (см. 28. Гомеопатия при рассеянном склерозе). Отметим, что стандартной является дозировка здесь и дальше — по 5 крупинок 3 раза в день. При необходимости дозы уточняются.

Гомеопатические средства: арника 3 и белладонна 3 по 5 крупинок 3 раза в день, а если не поможет, перейти на рус 3 и цинкум 6 — также по 5 крупинок

2 раза в день длительно. Неплохо могут подойти каустикум 6, кониум 6 в той же дозировке.

Антропософские средства: аурум-прунус комп., прунус спиноза, аурум/апис/региа комп., масло арники 5% можно использовать для массажа мышц.

20.3 Как бороться со спастичностью?

Я слышала, что есть много препаратов, помогающих справиться со спастичностью.

Ограничение подвижности больных РС часто связано со значительным повышением мышечного тонуса по спастическому типу, преимущественно в нижних конечностях. Спастичность — распространенный симптом, связанный с повышенным тонусом мышц конечностей, что приводит к скованности и тугоподвижности при движениях, а иногда к болезненным спазмам. Скованность в ногах может нарастать во время ходьбы, и тогда требуется частый отдых. Выраженность тазовых нарушений также во многом зависит от состояния мышечного тонуса. Резкое снижение мышечного тонуса может приводить к усилению слабости, в то же время активные занятия лечебной физкультурой могут способствовать нарастанию спастичности. Усиление спастики может возникать при ходьбе, на фоне задержки стула, мочи, инфекции мочевыводящих путей, неправильной посадки в инвалидном кресле, вследствие боли различного происхождения, артрозов.

Организация борьбы со спастичностью ставит перед собой ряд задач:

- уменьшение болезненных спазмов;
- улучшение подвижности в суставах, что улучшает передвижение;
- улучшение положения тела при сидении;
- помощь в лечении вторичных изменений в суставах, в том числе артрозов;
- предупреждение развития контрактур;
- увеличение возможностей физиотерапии и ЛФК;
- облегчение ухода за пациентами-инвалидами.

Так или иначе, теперь уже всю жизнь приходится проводить различные мероприятия, чтобы создать себе приемлемые условия. Прежде всего, необходимо устранить причины, которые могут привести к усилению спастики. Это воспаление мочевого пузыря, состояния, ведущие к повышению температуры тела, нарушения функции кишечника, например запор, боли, неудобные одежда и обувь, отсутствие необходимых технических средств. Следует прислушиваться к своему организму, понимать, какие движения или положения тела усиливают спастичность.

Лечение спастичности включает медикаментозную терапию, физиолечение и физическую реабилитацию. Основой лечения нарушений мышечного тонуса должны быть специальные упражнения под руководством и контролем специалиста по лечебной физкультуре.

Лекарственная терапия играет дополнительную роль, подбирается индивидуально каждому пациенту и проводится под контролем врача. Это связано с тем, что большинство препаратов, снижающих тонус, увеличивают слабость парализованных конечностей и могут приводить к ухудшению состояния пациента. Недопустима резкая отмена препаратов. Не следует забывать, что эти препараты действуют на все мышечные группы, что может вызвать новые проблемы. У больных РС часто мышцы слабее, чем были раньше, особенно на нижних конечностях. Тем не менее, часто возможность ходить обычно сохраняется, когда спастика двусторонняя. При назначении медикаментов одностороннее уменьшение спастики может ограничить легкость передвижения, поэтому лекарственная терапия иногда требует длительного времени и индивидуального подбора сред-

ства. Здесь не срабатывает простой стандарт — «три раза в день». Важным является рациональный подбор дозы препарата.

Существует немало препаратов, обладающих спазмолитическим эффектом. Они принадлежат разным группам, имеют различный механизм действия, свои особенности и побочные эффекты. Тем не менее, можно отработать рациональный курс, позволяющий в значительной мере снять напряженность мышц. Для лечения спастичности чаще всего используются препараты: баклофен, тизанидин (сирдалуд), мидокалм, диазепам. Некоторым пациентам помогают капли в нос «Адиуретин-СД», которые, кстати, неплохо регулируют и тазовые расстройства (недержание мочи), правда, не у всех.

Наиболее эффективным средством для уменьшения спастичности, особенно обусловленной поражением спинного мозга, считается баклофен. Прием препарата начинают с небольших доз (либо 10 мг на ночь, либо по 10 мг 2 раза в сутки) с постепенным увеличением дозы не чаще 2–3 раз в неделю на 10 мг/сут. до достижения требуемого эффекта или появления побочных эффектов. Показателем того, что доза слишком велика, служит уменьшение силы. В таком случае следует постепенно снижать дозу на 10 мг/сут. до достижения оптимального функционирования пораженных конечностей с уменьшенной спастикой, но без уменьшения мышечной силы. Желательно изначально назначать препарат на ночь, чтобы уменьшить количество побочных эффектов, например психических (эйфория, депрессия, галлюцинации, спутанность сознания); неврологических (атаксия, тремор, нистагм); желудочно-кишечных (диарея, тошнота) расстройств. Необходимо помнить, что отмена баклофена может спровоцировать судорожные припадки.

Для некоторых больных эффективным альтернативным методом лечения является *интратекальное введение баклофена*. Этот метод целесообразно попробовать больным с выраженной спинальной спастичностью, когда повышенные дозы баклофена нельзя принимать в таблетках из-за нежелательных лекарственных реакций или опасности осложнений перед оперативным вмешательством. В этих случаях целесообразно подведение препарата непосредственно к спинному мозгу. Для этой цели разработано специальное устройство, представляющее собой помпу, которая вшивается подкожно в область брюшной стенки, и катетер устанавливается хирургическим путем в субарахноидальное пространство. Такой путь введения позволяет уменьшить побочные эффекты препарата, связанные с влиянием его на головной мозг. В зависимости от конструкции помпы (механическая, компьютеризированная) подача препарата к спинному мозгу может осуществляться постоянно либо в запрограммированном режиме. К возможным осложнениям относятся: передозировка баклофена, инфекции, поломка помпы, закупорка или смещение катетера. Поэтому показания и противопоказания к интратекальному введению определяются особенно тщательно. Некоторые специалисты признают данный метод введения баклофена «золотым стандартом» для лечения тяжелых форм спастики.

Частое применение находит сирдалуд (tizанидин), при назначении которого возможны сухость во рту, сонливость, головокружение, нарушение функции печени при бесконтрольном назначении. С этой же целью применяют мидокалм (снижение мышечного тонуса при его назначении иногда сопровождается сосудорасширяющим действием, что необходимо учитывать у пациентов с тенденцией к снижению артериального давления). Кроме названных препаратов для снижения мышечного тонуса используется клоназепам, диазепам (реланиум, реллиум, сибазон), побочными эффектами которых являются сонливость и познавательные расстройства, что зачастую не позволяет достичь желаемого результа-

та, к тому же к ним развивается привыкание, а резкая отмена может спровоцировать эпилептические припадки. Возможно назначение толперизона (мидокалма), дантролена, габапентина (нейронтин), конфульсофина (орфирила), глицина, лоразепама. Все они имеют побочные действия разной степени выраженности.

Особенности течения заболевания и различная степень переносимости лекарственных средств вынуждает пройти длительный путь постепенного и индивидуального подбора препаратов, при этом иногда возможна комбинация из нескольких перечисленных медикаментов. Дантролен-натрий действует непосредственно на скелетные мышцы. В отличие от баклофена он проникает через гематоэнцефалический барьер при приеме через рот. Его побочные эффекты выражены меньше, чем у диазепама, но он токсичен для печени, потому его применение ограничено. Напомним, что резкая отмена препарата может вызвать значительное увеличение спастичности. Во всех случаях начинают с маленьких доз, постепенно их увеличивая, чтобы получить желаемый результат. Антиспастические препараты требуют длительного применения. При резкой спастичности в мышцах, приводящих бедра, крайне трудно становится одеваться и выполнять гигиенические процедуры из-за того, что невозможно развести ноги. В этих случаях в спастичные мышцы вводят препараты ботулинического токсина А (ботокс и диспорт), которые вводятся непосредственно в спазмированные мышцы. Парез мышц развивается через 24–72 часа после введения препарата и длится 12–16 недель. Частота введения 1 раз в 3–6 месяцев.

Не просто ориентироваться в постоянно расширяющемся ассортименте медикаментов, поэтому особенно важно взаимодействие пациента с врачом.

При РС эти препараты обычно применяются колясочным пациентам, и, хотя это лечение достаточно дорогое и требует специальных навыков, оно эффективно даже при наличии спастических контрактур. В борьбе со спастичностью полезны повторные курсы массажа, направленные на расслабление мышц, лечебная физкультура, водные процедуры. Так, снижение мышечного тонуса может быть достигнуто немедикаментозными методами (аппликации льда или охлажденных пластинок, специальные упражнения по «вытягиванию» или «растягиванию» пораженной конечности по 2–4 минуты, биологическая обратная связь, гипербарическая оксигенация, рефлексотерапия). В случаях тяжелой спастичности у длительно болеющих обездвиженных пациентов возможно применение необратимых методов, таких как введение фенола или алкоголя по ходу нервных стволов, проведение ряда вынужденных операций. Следует уделять внимание устранению болевого синдрома, задержек мочи, запоров, патологических поз (правильная посадка в кресле, удобные ортопедические приспособления).

Немедикаментозные методы лечения спастичности:

- криотерапия: аппликации льда или охлажденных пластинок;
- ЛФК: специальные упражнения по «вытягиванию» или «растягиванию» пораженных конечностей, гидрокинезотерапия, пассивная гимнастика;
- гипербарическая оксигенация;
- физиотерапия (магнитотерапия);
- массаж;
- рефлексотерапия;
- устранение болевого синдрома, задержек мочи, запоров, патологических поз (правильная посадка в кресле, удобные ортопедические приспособления).

Хирургическое лечение возможно лишь тогда, когда использованы все остальные способы терапии. К таким операциям относятся: чрескожное радиочастотное пересечение корешков (ризотомия), седалищная неврэктомия, тенотомия, неврэктомия, миелотомия, интрамуркулярный невролиз.

Некоторые пациенты уже оценили эффект от применения *гомеопатических средств* в стандартных дозировках:

- каустикум 6 — полезен при склонности к контрактурам, спазмам;
 - кониум 3 — назначают при спастике в ногах, слабости и дрожании конечностей;
 - фосфор 6 — рекомендован при параличах спинномозгового происхождения;
 - секале корнутум 3 — следует давать при угрозе контрактур;
 - цинк цианат 6 — эффективен при контрактурах и подергивании.
- Во многих случаях заметно положительное действие *антропософских средств*:
- магнезия фосфориком комп. — назначается при болезненных затвердениях с напряжением мускулатуры, мышечной спастике;
 - церебрум, регио моторика GL D8 — дает улучшение моторики, увеличение подвижности конечностей;
 - апис/региона ком. — способствует оживлению процессов регенерации в нервной ткани;
 - цера/эскулюс комп., мазь стимулирует обменные процессы в мышечной ткани с тенденцией к уплотнению и повышению тонуса.

20. 4 Как справиться с нарушением координации, равновесия и тремором?

Меня вполне удовлетворяет мое состояние, но вот тремор выводит из себя. Как бороться с ним?

Двигательная активность пациентов с РС нередко сопровождается нарушением координации (смешанной атаксией) и тремором (непроизвольными движениями и дрожанием мышц). Это проявляется шаткостью при ходьбе, головокружением, неловкостью движений. Особенно это заметно при нарушении координации в кистях и пальцах рук — меняется почерк, появляются затруднения при приеме пищи, питье, застегивании пуговиц и т.д. Такие симптомы могут существенно ограничивать многие виды деятельности.

Базисом лечения является физио- и эрготерапия, а также их комбинация. Нельзя забывать о технических средствах (палочки, ходунки, ролятор и т.д.). Иногда тремору сопутствует нарушение чувствительности в конечностях. Отмечен положительный результат от занятий с различными тканями, способствующих тренировке управления ощущениями. К тому же это требует концентрации внимания. Целесообразно применение утяжеляющих браслетов (весом до 400–600 г), упражнений по восстановлению координации и разработка нового двигательного стереотипа. В случае речевых нарушений (например, скандированной речи) проводятся логопедические мероприятия. (20.16 Как можно помочь при нарушениях речи?)

Можно поместить руку в ванну со льдом на 1 минуту. Что это дает? Часто это настолько снижает дрожь в пальцах (иногда до 45 минут), что позволяет самостоятельно сделать необходимые процедуры (спокойно пообедать, написать письмо, пришить пуговицу, поработать с компьютером или самостоятельно произвести катетеризацию мочевого пузыря). Некоторые пациенты утверждают, что тремор можно уменьшить охлаждением рук до локтя в воде ниже 18 градусов.

Если не удастся добиться эффективности, прибегают к медикаментозному лечению. Коррекция нарушений координации — самая трудная проблема симптоматического лечения. К сожалению, симптоматическая терапия интенционно-го тремора, отличающегося грубыми крупноразмашистыми движениями, дает

мало эффекта, однако в ряде случаев она может облегчить состояние пациента при постуральном треморе, выражающемся в мелком, быстром дрожании. Здесь могут помочь пропранолол (анаприлин, обзидан). Возможно сочетание их с антидепрессантами и повторными курсами витамина В6. Бета-адреноблокаторы (анаприлин до 120–160 мг в сутки) обычно рекомендуют в сочетании с антидепрессантами (небольшими индивидуальными дозами amitриптилина, начиная с 40 мг в сутки).

Для купирования выраженного тремора применяют противосудорожный препарат карбамазепин (финлепсин, тегретол). Обычно его назначают с постепенным увеличением дозы с 0,1 до 1,2 г в сутки, в среднем 0,6 г. При длительном использовании препарата рекомендуется постепенное снижение дозы или перемены в приеме на 2–4 недели. Целесообразно применять клоназепам. Легкий тремор может уменьшиться от применения антигистаминных препаратов, а также бупирона.

Иногда проявления тремора уменьшаются при назначении изониазида в сочетании с пиридоксимом — витамином В6 (1% раствор по 1 мл в/м через день № 15). Побочными эффектами изониазида являются обратимые нарушения печени, сонливость, лихорадка, сыпь, тошнота, повышение бронхиальной секреции. Могут быть также использованы примидон, вальпроевая кислота (депакин), габапентин (нейронтин, тебантин) и баклофен. В ряде случаев положительный эффект получен при назначении таких средств, как некоторые антигистаминные препараты (атаракс, вистанил), бета-блокатор индерал, противосудорожный препарат мизолин, диуретик диамокс, а также успокоительные препараты буспар и клонопин. Обнадеживающие результаты получены при введении зофрана (ондансетрона, латрана), но следует учитывать побочные эффекты — головную боль, головокружения. При треморе покоя показаны норакин, леводопа (накома), которые следует применять очень осторожно. В некоторых случаях помогает простейший представитель аминокислот — глицин в таблетках. Целесообразно назначение витаминов группы В. Напомним, что, учитывая широкий диапазон побочных эффектов, назначать и контролировать действие препаратов может только врач. В некоторых случаях показан винпоцетин (кавинтон).

Для устранения головокружения полезен бетатагистин (бетасерк, вестибо, тагиста).

Медикаментозная терапия обязательно сопровождается методами физической реабилитации (упражнениями на координацию), используется и стабилметрия с применением специальных платформ. Следует контролировать лечебную физкультуру, так как иногда она может усилить слабость и утомляемость, а иногда и тремор. В тяжелых случаях эффективна хирургическая операция (внутричерепная стимуляция глубоких структур головного мозга), однако все эти методы находятся на стадии клинических испытаний.

Во многих случаях незаменимы *гомеопатические средства*:

- при нарушениях координации, равновесия — фосфор 12–30, коккуллюс 3–6, агарикус 6, алюминия 3–6, каустикум 6, аргентум нитрикум 3–6, кониум 3–6, геллеборус 3–6;

- при треморе (дрожании) — агарикус 6, гельземиум 3 (самое употребительное средство), фосфор 6, цинкум металликум 6, гиосциамус 6, аргентум нитрикум 3.

Антропософские препараты также эффективны. Обычно используют Церебеллум GLD10 (мозжечок), аргентум/розцукер, гиристамм (ствол) GL D8, ретикулоэндотелиалис систем (ретикулоэндотелиальная система) GL D30.

Известно, что коррекция мозжечковых нарушений (атаксии и тремора) является одной из наиболее трудных задач симптоматической терапии РС. Кроме лекарственной терапии можно использовать немедикаментозное лечение. С этой целью применяют утяжеляющие браслеты (весом до 400–600 г), упражнения по восстановлению координации и разработке нового двигательного стереотипа. При речевых нарушениях (например, при скандированной речи) полезны логопедические мероприятия.

Говоря о немедикаментозной терапии, не следует забывать о простых средствах помощи. Так, увеличение площади опоры позволит сохранять равновесие и снимет напряжение с ног. Для этого можно пользоваться обыкновенной тростью. При более выраженных затруднениях во время ходьбы полезно использовать «ходунки-рамку» с передними колесиками, которые могут быть снабжены двусторонним ручным тормозом и корзиной-сеткой. Это создает дополнительные удобства, так как позволяет складывать покупки или детские вещи. Если трудно ходить без опоры, следует воспользоваться рекомендациями специалиста по лечебной физкультуре.

Заметим, что чаще всего нарушения координации проявляются при попытке сделать движение, в которое вовлечены несколько суставов («многосуставное» движение). Если есть возможность при совершении какого-либо действия двигать не всей конечностью, а только ее частью, надо постараться укоротить плечо рычага. Например, при откусывании яблока можно держать руку на весу и, поднося яблоко ко рту, сгибать ее в плечевом, локтевом, запястном суставах, но ведь можно и, сидя в кресле или за столом, поставить локоть на подлокотник или поверхность стола и поднести яблоко ко рту, сделав движение только в локтевом суставе.

В ряде случаев рекомендуется оперативное вмешательство, однако среди специалистов нет единства при решении вопроса о его целесообразности. При быстро прогрессирующих нарушениях функции мозжечка проводится активное специальное лечение.

20.5 Чем можно помочь при нарушениях зрения и движения глаз?

Нарушения зрения разнообразны, поэтому помощь зависит от вида изменений. Задача заключается в улучшении зрения как при развивающемся неврите зрительного нерва, так и при разнообразных нарушениях движения глаз. И это один из путей улучшения качества жизни пациентов.

Прежде всего, надо уточнить, что вызывает эти изменения. Это может быть сауна, пребывание на солнце, горячая ванна и т.д. В таких случаях можно предупредить неприятные последствия. Если симптомы возникают при высокой температуре, то ее следует снизить. Если ухудшения возникают при физических нагрузках, надо немного отдохнуть. При ярком солнце целесообразно носить темные очки, однако в помещении их следует снимать, т.к. они ограничивают контрастное и цветное видение.

Напомним активным пациентам, что даже при незначительных нарушениях зрения следует оставить в покое автомобиль или велосипед.

Специфического лечения парезов мышц глаза нет, оно осуществляется по общим принципам. При двоении можно прикрыть один глаз, при этом видение окружающего пространства суживается.

В ряде случаев прибегают к оперативным вмешательствам из косметических соображений.

20.6 Как лечат неврит зрительного нерва?

У меня, как и у моего приятеля, неврит зрительного нерва, а лечат нас по-разному. Почему?

Лечение любого заболевания осуществляется индивидуально. Ведущую роль при терапии ретробульбарного неврита при РС играют глюкокортикоиды. Предпочтение отдается метилпреднизолону (метипред, урбазон, медрол). Они особенно показаны в острой стадии и в период обострения болезни. При остром развитии процесса ретробульбарно (в область за глазным яблоком) вводят такие препараты, как дексазон, дипроспан, дицинон.

Назначаются антиоксидантные препараты: эмоксипин, эссенциале, витамин Е. Показано дегидратационное лечение, с этой целью применяются этакриновая кислота, лазикс, диакарб. Часто дают внутрь нестероидные противовоспалительные препараты: индометацин, метиндол. Для улучшения микроциркуляции в зоне воспаления рекомендуется даларгин. После стихания острых воспалительных явлений в зрительном нерве показано применение церебролизина, нотропила, энцефабола, кавинтона, компламина, стугерона. Лечение проводится офтальмологом совместно с невропатологом.

20.7 Чем можно помочь при нистагме?

Меня иногда раздражает нистагм. Есть ли методы лечения?

Нистагм (подергивания глазных яблок) может иметь разное происхождение, но часто это своего рода нарушение координации (согласованной работы) глазных мышц. При выраженном нистагме становится невозможным чтение, так как изображение «прыгает», бывает трудно перевести глаза с одной строчки на другую. Иногда пациент ошибочно расценивает это как двоение.

Улучшить ситуацию в этом случае может специальный комплекс упражнений.

- Снимаем нагрузку с мышц, участвующих в движении глазного яблока, не поворачивая головы: взгляд влево — прямо, вправо — прямо, вверх — прямо, вниз — прямо, фиксировать взгляд в отведенном положении. Круговые движения глаз — от 1 до 10 кругов влево и вправо. Сначала быстрее, потом — как можно медленнее.

- Плотно закрывать и широко открывать глаза 5–6 раз подряд с интервалом 30 секунд.

- Крепко зажмурить глаза на 3–5 секунд, а затем открыть их на 3–5 секунд. Повторить 6–8 раз. Упражнение укрепляет мышцы век, способствует улучшению кровообращения и расслаблению мышц глаз.

- Закрывать веки и массировать их круговыми движениями пальцев в течение 1 минуты. Расслабляет мышцы и улучшает кровообращение.

- Быстрое моргание в течение 1–2 минут. Способствует улучшению кровообращения.

- Изменение фокусного расстояния: смотреть на кончик носа, затем вдаль. Смотреть на кончик пальца или карандаша, удерживаемого на расстоянии 30 см от глаз, затем вдаль. Повторить несколько раз. Сжать веки, затем моргнуть несколько раз.

- Перевести взгляд быстро по диагонали направо вверх — налево вниз, потом посмотреть вдаль на счет 1–6, затем повторить то же самое в направлении налево вверх — направо вниз.

- Закончить гимнастику необходимо массажем век: мягко поглаживать их указательным и средним пальцами в направлении от носа к вискам, а затем, потерев ладони, легко, без усилий, прикрыть ими предварительно закрытые глаза,

чтобы полностью загородить их от света (на 1 мин.). Представить погружение в полную темноту.

В ряде случаев помогают противосудорожные и антиспастические препараты (баклофен, габапентин), рекомендуется мемантин, возможна акупунктура.

Английские исследователи сообщили, что при назначении 13 пациентам с рассеянным склерозом габапентина и мемантина первый из них уменьшил нистагм у 10 человек, а второй улучшил остроту зрения у 3 оставшихся пациентов.

- При нистагме полезно принимать гомеопатические средства: агарикус 3–6, белладонна 3–6, игнация 3–6, физостигма 6, цикута 3–6.

20.8 Как увеличить поля зрения и развить зрение?

При РС периодически может наблюдаться «выпадение» части поля зрения, помутнение в глазах. Нет смысла при длительной работе за компьютером фокусировать внимание на одной точке или малой площади. Следует учесть, что наибольшее количество информации фиксируется при первом взгляде на объект, поэтому дальнейшее напряжение зрения не имеет смысла.

Опытные пациенты советуют использовать ряд упражнений, которые они с успехом применяли.

- Сядьте в удобное кресло напротив пустой стены, имеющей точку фиксации на уровне глаз. Вам нужно сфокусировать взгляд на этой точке, а для снятия усталости глаз поморгайте, и это наряду с перемещением фокуса снимет с глаз усталость, так же, как и перемещение фокуса.

- Остановите взгляд на точке фиксации, расположенной на стене на уровне ваших глаз, и постарайтесь сконцентрировать внимание на том, что находится сбоку от вас. Сначала вы, скорее всего, ничего не увидите, но если будете выполнять это упражнение в течение нескольких дней, то, без сомнения, заметите, что ваше боковое зрение стало острее.

- Приготовьте листки бумаги размером двадцать на двадцать пять сантиметров и напишите на них буквы алфавита и (или) цифры от одного до десяти. Раскрасьте буквы в яркие цвета, а потом перетасуйте листки, как колоду карт. Сядьте в кресло и положите пачку карточек на стол так, чтобы вы могли легко их достать. После этого берите по одной карточке, держите ее вне поля прямого зрения и старайтесь увидеть с помощью бокового зрения написанную на ней букву или цифру. Как только вы добьетесь определенного прогресса при выполнении этих упражнений, можете увеличить угол, под которым вы смотрите на карточки, до семидесяти или восьмидесяти градусов, что является внешним пределом зрения. После того как вы сможете выполнять данное упражнение под углом в семьдесят градусов, рекомендуется начать делать третье упражнение, при выполнении которого вам придется иметь дело с более мелкими предметами.

- Приготовьте новые карточки с буквами алфавита и цифрами, которые должны быть на одну треть меньше предыдущих. Затем продолжайте выполнять уже описанное выше упражнение. После того как вы научитесь различать буквы и цифры на новых карточках, можно еще уменьшить их размер и поступать так до тех пор, пока вы не дойдете до достаточно маленьких карточек. Если вы будете усердно выполнять это упражнение, то даже сможете научиться читать с помощью бокового зрения книги, напечатанные крупным шрифтом.

Понятно, что более привычно читать с помощью прямого зрения и приведенное выше упражнение не ставит своей целью научиться читать с помощью бокового зрения, а просто помогает развивать его, способствуя увеличению объ-

ема получаемой информации и пробуждая к жизни дремавшие до этого момента участки мозга, которые от бездействия теряют все свои качества. Развитие бокового зрения важно для сохранения физического здоровья мозга и увеличения объема получаемой информации.

Поскольку выполнять представленные упражнения достаточно утомительно, советуем делать их не более 15 минут подряд и отдыхать всякий раз, когда почувствуете усталость.

Полезно в любых ситуациях поочередно останавливать взгляд на окружающих предметах и людях, постоянно смотреть перед собой или себе под ноги, рассматривать витрины магазинов, автомобили, остановившиеся у обочины, деревья и небо, проглядывающее между домов.

Полезно перемещать фокус два раза в секунду, не останавливать взгляд на лицах людей, а рассматривать также их грудь, руки, ноги и т.д. Это упражнение не только улучшит способность воспринимать информацию, но и увеличит поле зрения, даст глазам отдых.

20.9 Какие существуют методы борьбы с нарушениями чувствительности и болью?

У всех моих знакомых с РС периодически возникают боли в разных частях тела или нарушения чувствительности. Как избавиться от них?

Известно, что при РС могут развиваться болевые синдромы, которые препятствуют двигательной активности, способствуют нарастанию инвалидизации. Прежде всего, необходимо разобраться, связана ли причина боли с основным заболеванием. Следует придерживаться следующего принципа лечения: «Как можно раньше и интенсивнее». Это особенно касается острых случаев, при которых практически всегда возникает потребность в медикаментозной терапии.

При хронической боли необходимо объединить усилия врача, физиотерапевта, обслуживающих лиц. Важно участие в этой работе пациента и его родственников.

В зависимости от вида и выраженности болей применяют различные виды терапии.

- Массаж, позволяющий улучшить кровообращение, способствовать оттоку веществ, провоцирующих развитие боли, и тем самым освобождению нейромедиаторов и ослаблению болей.

- Углекислые минеральные ванны. Каждый действующий на организм фактор (механический, термический и химический) имеет специфические особенности. На кожу погруженного в такую воду больного действует двухфазная среда — газ. Отрывающиеся от поверхности кожи пузырьки газа раздражают низкочастотные механорецепторы кожи, в результате чего формируется поток импульсации в вышележащие структуры головного мозга, определяющий формирование ощущений «тактильного массажа». Противопоказания связаны с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

- Электротерапия. Здесь возможно воздействие как на периферические нервные окончания, так и на центры в центральной нервной системе и спинном мозге.

- Широкий диапазон применения тепла и холода. Холод обладает противовоспалительным действием, воздействует на микроциркуляцию крови в тканях. Тепловые процедуры давно применяются при нарушениях двигательного аппарата, болях в пояснице. Но пациентам с РС они должны проводиться с осторожностью, чтобы не вызвать ухудшение состояния.

- Активно воздействуют на боли физиотерапия и эрготерапия. Здесь диапазон процедур достаточно широк, подбирается индивидуально.

- Способствуют уменьшению боли различные приспособления, помогающие снизить нагрузку на конечности.

- Психологическая стратегия борьбы с болью.

Поскольку боли могут иметь разное происхождение, то и лечатся они по-разному. Боли в спине, обусловленные длительными затруднениями при ходьбе и собственно дегенеративными процессами в позвоночнике и окружающих его тканях (остеохондрозом), иногда требуют медикаментозного лечения, например нестероидными противовоспалительными препаратами, такими как диклофенак (ортофен, диклофен) или найз, нимесулид. Возможно назначение таких препаратов, как фенитоин (дифенин), баклофен (баклосан). Однако гораздо эффективнее при таких болях физические методы лечения: занятия со специалистом по лечебной физкультуре, массаж и т.д. Боли, связанные с воспалением, также лечат препаратами из группы нестероидных противовоспалительных средств, такими как диклофенак, аспирин, парацетамол, мизопропрост. Болевой синдром, связанный с повреждением нервов, чаще всего проявляется дизестезией — нарушением адекватности ощущения вызвавшего его раздражителю (его отмечают до 45% пациентов). Выражается она по-разному: восприятием неболевого воздействия как болевого, чрезмерной, точно не локализуемой болью, возникающей при действии любых раздражителей, нарушении чувствительности, жжением и т.д. Многие специалисты рекомендуют назначать ряд препаратов, среди которых карбамазепин (тегретол, финлепсин), габапентин (нейронтин, тебантин), ламотриджин, топирамат. При назначении амитриптилина интенсивность болевого синдрома может уменьшаться, однако часто развиваются побочные эффекты: сонливость, утомляемость, дезориентация, тремор, задержка мочи, понижение потенции, которые значительно ухудшают состояние пациента.

Закономерно в необходимых случаях используется вальпроевая кислота (депакин, конвулекс, конвульсофин, энкорат). При необходимости назначаются имипрамин (мелипрамин), амитриптилин, флуоксетин (прозак, профлузак, флувал), сетралин (асентра, солофт, стимулотон), пароксетин (паксил, рексетин), пипофезин (азофен).

Достаточно частым симптомом РС являются нарушения чувствительности — различные парестезии и дизестезии. Медикаментозное лечение обычно назначается только при выраженных дизестезиях. Положительным эффектом обладают комбинированные препараты витаминов группы В (нейромультивит, мильгамма). Пароксизмальные болевые симптомы, такие как «электрические» прострелы, синдром Лермитта, хорошо купируются антиэпилептическими препаратами (карбамазепин, фенитоин). При хронических болях в конечностях по типу дизестезий положительный эффект может достигаться назначением антидепрессантов (амитриптилин, имипрамин и др.).

Медикаментозное лечение этого вида болей должно быть дополнено коррекцией патологической позы и укреплением паравертебральных мышц, расположенных вдоль позвоночника. При болезненных спазмах мочевого пузыря эффективен карбамазепин. Головные боли при рассеянном склерозе чаще всего имеют характер головных болей напряжения. Редкие эпизодические боли хорошо снимаются ненаркотическими анальгетиками — ацетилсалициловой кислотой и парацетамолом. При частых головных болях напряжения показан прием антидепрессантов и транквилизаторов. Хотелось бы посоветовать не пробовать на себе все средства, которые рекламируют по телевидению, этим можно принести себе только вред. При длительно беспокоящих мучительных болях иногда прибегают к электростимуляции нервов или определенных структур спинного мозга.

При нарушении чувствительности приходится вырабатывать свое новое ощущение, что требует порой длительной тренировки. Можно использовать при принятии ванн специальную махровую варежку, чтобы вызвать «раздражение» нервов. Некоторые врачи рекомендуют использовать массаж ладоней. Как известно, на них можно найти участки, соответствующие различным отделам тела. Естественно, лучше прибегнуть к помощи специалистов.

Уже давно применяются *гомеопатические препараты* при хронической боли, при этом можно подобрать средство, соответствующее каждому случаю:

- арника 3 — боли в мышцах, чувство разбитости;
- актея 3 и азарум 3 — боли в мышцах шеи и туловища;
- бриония 3 — острые боли, особенно в грудной клетке, усиливающиеся от холода и движений;
- валериана 3 — острые непродолжительные боли;
- колоцинт 6–30 — острые боли в левой половине тела, усиливающиеся от движения;
- феррум 6 — боли, усиливающиеся ночью, облегчающиеся от перемены положения;
- магнезиум фосфорикум 3–6 — острые, стреляющие боли, уменьшающиеся от тепла, движения и давления;
- натрий сульфур 3–6 и натриум муриатикум 3 — хронические невралгические боли, усиливающиеся в сырую погоду;
- пульсатилла 3 — блуждающие боли у анемичных женщин, чувство зябкости;
- платина 6 — спазматические боли, особенно у истеричных женщин, с онемением в пораженных частях;
- теллуриум 3–6 — боли по ходу нерва, ухудшение от малейшего движения;
- вискум альбум 3 — тяжелые случаи, слабость в ногах, ухудшение от прикосновения и малейшего движения.

Эффективны и *антропософские средства, рекомендуемые при указанных нарушениях*:

- аконитум комп. — различные невралгические боли в разных частях тела;
- апис/левистикум — боли, обусловленные воспалительным процессом в нервной ткани, невралгические боли, боли в мышцах;
- гельземиум комп. — различные невралгические боли в разных частях тела;
- плексус брахиалис (плечевое сплетение);
- Gl D6, медулла спиналис цервикалис Gl D8 и растирания с ниже указанными маслами — при болях в руках, с иррадиацией в кисти, пальцы, синдроме шейного отдела, синдроме плечевого сплетения;
- нервус ишиадикус Gl D6, левистикум радикс D6, медулла спиналис люмбалис Gl D8 — при болях в поясничном отделе позвоночника, ишиалгическом синдроме, парестезиях в ногах.

Кроме того, существует ряд мазей и масел, которые могут помочь в борьбе с болью, парестезиями, скованностью, зябкостью — аконит комп. (масло), Солюм улигинозум комп. (масло и мазь), камфора/гиперикум (мазь), рус токк комп. (мазь), лавандовое масло. Старые гомеопаты советуют следующий состав для растирания, который хорошо снимает боли: растереть 25,0 мл бодряги и 1 ст. л. горчицы, добавить 50,0 мл нашатырного спирта.

Учитывая частоту и выраженность болей при РС, приведем несколько общих правил.

1. Обсуждайте свои проблемы с врачом.

2. Ведите запись, в которой отражается частота болей, их выраженность, длительность проявления, какая возможна причина и какие принимаются препараты.

3. Старайтесь так описать свои боли, чтобы это было понятно постороннему.

4. Старайтесь правильно описать новые боли, которые не всегда могут быть связаны с РС.

5. Боли при РС можно лечить, но обязательно необходимо понять, с чем они связаны.

6. Медикаментозное лечение при болях является важной частью терапии, но не следует забывать о других методах.

7. Нередко при лечении длительных хронических болей требуется время и терпение. Не следует доверять предлагаемым методам, которые обещают снять боли быстро и навсегда.

20.10 🗨 Как лечить пароксизмальные симптомы?

Надо ли лечить кратковременные приступы?

Это группа очень разных по проявлениям симптомов, но их объединяет один общий признак: короткая продолжительность (от нескольких секунд до нескольких минут), что не исключает возможность оказания помощи. Среди сильных и внезапных приступов у пациентов с РС чаще всего бывает симптом Лермитта, проявляющийся неприятными, иногда болезненными ощущениями «прохождение тока» по позвоночнику, рукам и ногам, которые возникают при движениях головой. При приступах невралгии тройничного нерва могут быть очень сильные, буквально непереносимые боли в лице. Дизартрия связана с кратковременными нарушениями речи, при которых «заплетается язык» или появляется ощущение «каши во рту».

Невралгия тройничного нерва (тригеминальная невралгия) встречается у 1–2% больных РС и протекает приступами в виде болей в лице, в зоне иннервации ветвей тройничного нерва. Эти эпизоды могут иметь провоцирующие факторы, а также возникать самопроизвольно.

Большинство пароксизмальных расстройств при РС поддаются лечению противосудорожными средствами. Препаратом выбора является карбамазепин (финлепсин, тегретол). Эффективны габапентин (нейронтин, тебантин), сирдалуд, орфирил, нейралгин, фенитоин (дифенин), клоназепам, баклофен.

Применяют препараты вальпроевой кислоты, обладающие противоэпилептическим действием. Это конфульсофин, депакин, конвулекс, энкорат.

Существует еще несколько специальных методик, известных врачам.

Обилие лекарств с широким спектром побочных эффектов вынуждает искать препараты мягкого действия, к которым относятся *гомеопатические средства*, назначаемые в зависимости от характера нарушений:

- аконит 3 и белладонна 3 — колющие, рвущие, стреляющие боли с покраснением лица (их следует принимать попеременно каждый час);
- нередко в острых случаях быстро помогает попеременное употребление каждые полчаса — аконит 3 и арника 3;
- феррум фосфорикум 6 и попеременно магнезиум фосфорикум 6 назначают через час — при бьющих как бы молотом болях, усилении боли от движения и трясения головой;
- платина 6 и хаомилла 3 одновременно каждые 30–60 мин. — при рвущих, сверлящих болях в правой половине лица, преимущественно ночью, слезотечении;
- спигелия 6 и колоцинтис 6 одновременно — при болях в левой половине лица с сердцебиением, при усилении болей от шума и движения.

В упорных случаях, кроме того, рекомендуется:

- арсеникум 6 и хина 3 попеременно с белладонна 3 и игнация 3–5 крупинок до 5–6 раз в сутки;

- в застарелых случаях предпочтительнее силицея 6.

Следует учитывать локализацию болей:

- белладонна 3–6, страмониум 6, сангвинария 3, вербаскум 3, платина 6, камомилла 3 — хорошо действуют при правосторонней локализации болей;

- аконитум 3, цедрон 3, спигелия 3–6, страмониум 6, наоборот, хорошо действуют при левосторонней локализации болей.

Антропософское лечение:

аконит комп. — рекомендуют в острых случаях. Хорошим эффектом обладают: нервус тригеминус (тройничный нерв) Gl D30, искуцин пини А, цихориум/панкреас.

В упорных случаях такую терапию можно провести инъекциями в течение десяти дней.

20.11 📖 Какие существуют методы лечения нарушений функций мочевого пузыря?

У меня проблемы с мочевым пузырем (плохо удерживаю мочу), можно избавиться от них?

Это серьезная проблема как для пациентов с РС, имеющих те или иные расстройства тазовых функций, так и для врачей, наблюдающих их. Нарушения мочеиспускания в той или иной степени встречаются у 70–90% пациентов с РС и являются инвалидизирующим фактором. Для многих они являются наиболее тяжелым симптомом заболевания, ограничивающим их социальную активность и снижающим качество жизни. Кроме того, нарушения мочеиспускания могут стать причиной такого серьезного осложнения, как урологическая инфекция. Нарушения функции нижних мочевых путей развиваются в зависимости от уровня поражения ЦНС, что и определяет выбор необходимых препаратов.

Обычно это трудности удержания мочи (частые сильные позывы, учащенное мочеиспускание в ночное время, эпизоды недержания) или трудности опорожнения мочевого пузыря (слабый позыв, «вялая» прерывистая струя мочи, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря), часто последующее выделение мочи по каплям, невозможность самостоятельно завершить процесс мочеиспускания, вероятны комбинированные нарушения.

Прежде чем назначать лечение, проводят обследование для исключения урологической патологии. Для этого необходимо:

- исключить инфекцию мочевыводящих путей (анализ мочи);
- исключить урологическую патологию (аденома простаты, простатит и др.);
- провести уродинамическое исследование (включая исследование объема остаточной мочи, УЗИ мочевого пузыря, реже контрастной урографии);
- определить тип нарушений — недержание мочи, затруднение опорожнения мочевого пузыря, комбинированные нарушения.

Важной задачей является уменьшение давления в мочевом пузыре и снижение количества остаточной мочи.

Немедикаментозное лечение нарушений мочеиспускания:

- не удерживать мочеиспускание;
- отрегулировать собственный график посещения туалета;
- уменьшить потребление жидкости в вечерние часы (при этом общий объем жидкости должен составлять 6–8 стаканов в день);

- Исключение из рациона кофеина и алкоголя, газированных напитков;
- отказ от курения, интенсивных физических нагрузок;
- психотерапия;
- тренировки мышц тазового дна;
- использование рефлекторных механизмов;
- коррекция спастического повышения тонуса мышц;
- физиотерапевтические методы терапии: применение методов магнито- и электростимуляции мочевого пузыря;
- использование прокладок, памперсов;
- самостоятельная катетеризация.

Чаще всего появляется гиперрефлексия детрузора мочевого пузыря, связанная с нарушением функции сфинктера мочевого пузыря, которая проявляется обычно императивными (внезапными, сильными и трудно преодолемыми) позывами на мочеиспускание и недержанием мочи. Наличие остаточной мочи связано также со слабым расслаблением мышц тазового дна, например, из-за спастики.

В любом случае необходимо урологическое обследование для уточнения объема остаточной мочи, что определяет тактику лечения. Прежде всего, следует отрегулировать питьевой режим, сон и диету (исключить кофе и алкоголь), провести психотерапевтические мероприятия. Рекомендуется провести магнито- и электростимуляцию мочевого пузыря, тренировки мышц тазового дна, коррекцию спастического повышения тонуса.

Несколько практических советов, подсказанных пациентами. Нельзя медлить при появлении позыва, лучше сразу направиться в туалет. Некоторые больные, чтобы предотвратить позыв, скрещивают ноги. Эта тактика неверная, она может лишь усилить спастичность и усложнить процесс освобождения мочевого пузыря. Есть смысл использовать позицию сидя на унитазе, расслабляющую мышцы тазового дна. Одновременно можно легко постучать по лобковой кости или внутренней поверхности бедер.

Не рекомендуется (хотя есть и такие предложения) освобождать мочевой пузырь с помощью давления руками, напряжения брюшного пресса или усиления вдоха. Это может привести к повреждению стенок мочевого пузыря, испытывающих и без этого серьезные нагрузки. Не помогает и длительное сидение на унитазе, лучше встать, сделать несколько расслабляющих шагов и затем повторить мочеиспускание. Иногда полезен прием, известный пожилым мужчинам: можно открыть кран в туалете или помыть руки.

При невыраженном недержании мочи некоторым удастся составить собственный график мочеиспускания, когда поход в туалет осуществляется раньше, чем появляется позыв (например, через 1,5–2 часа). Иногда удастся постепенно растягивать время между освобождением мочевого пузыря, приучая его удерживать большее количество мочи. Но не стоит этим заниматься, когда остаточная моча достигает больших размеров, чтобы не возникла задержка мочи.

Существует немало методик тренировки мышц тазового дна, что особенно важно для женщин, в т.ч. и для предупреждения опущения (выпадения) органов.

Из наиболее известных препаратов, которые могут помочь справиться с этой проблемой, обозначим дриптан (оксибутинин), который имеет ряд побочных эффектов: сухость во рту, боли в животе, запоры, метеоризм, аллергические реакции. Препарат используется для лечения учащенного мочеиспускания и периодического недержания мочи у больных с гиперрефлексией сфинктера мочевого пузыря. Отмечен эффект при назначении толтеролина (детрузитола) уже через 2 недели от

начала лечения, при этом он реже вызывает побочные эффекты. Получены хорошие результаты при применении препаратов спазмекс и солифенацин (везикар).

Из спазмолитиков чаще всего рекомендуют флавоксат и нифедипин, из антидепрессантов — мелипрамин (имипрамин). Если мочевого пузыря опорожняется полностью, но не удерживает мочу, назначают гиосциамин (бускопан) под язык (побочные эффекты — сухость во рту, нечеткость зрения, запор, диарея), про-бантин перорально (может вызвать тошноту, задержку мочи).

При никтурии или ноктурии, когда преобладает ночная часть диуреза над дневной, рекомендуют десмопрессин (минирин), уменьшающий выработку мочи. Это синтетический препарат, который уменьшает образование мочи за счет повышения процесса всасывания в почках. Чаще всего его назначают интраназально в виде спрея пациентам с двигательными проблемами и частыми императивными позывами и эпизодами недержания мочи. Побочные эффекты (периферические отеки, повышение артериального давления) встречаются достаточно редко.

При невозможности мочеиспускания — нейромидин, глиатилин. Считают, что можно выделить следующие показания для назначения данных препаратов: частые, более 8 раз в сутки, позывы, непреодолимые позывы, особенно в ночное время, неспособность вовремя добраться до туалета после позыва.

При проблемах, связанных с опорожнением мочевого пузыря, назначают холиномиметики, сокращающие стенку мочевого пузыря: бетанехол, дистигмин-бромид, неостигмин; альфа-блокаторы, расслабляющие шейку мочевого пузыря: омник (тамсулозин), теразозин (корнам, сетегис), доксазозин (кардура, камирен); миорелаксанты (баклофен, сирдалуд).

При неэффективности медикаментозной терапии в этих случаях рекомендуют периодическую катетеризацию мочевого пузыря, которую после обучения пациент проводит самостоятельно, или постоянный катетер. В ряде случаев при неэффективности консервативной терапии показано хирургическое лечение. Поскольку существует опасность развития восходящей инфекции, необходимо регулярное исследование мочи.

Как и в предыдущих случаях, порой *гомеопатические средства* вполне заменяют химические препараты. Выделим основные показания.

Недержание мочи:

- дулькамара 3–6 — при позывах к мочеиспусканию, связанных с переохлаждением;
- арсеникум альбум 6 — показаниями могут быть недержание мочи, паралич мочевого пузыря, слабость, почечная недостаточность;
- каустикум 6 — недержание мочи при кашле, чихании; задержка мочи при длительном удержании; частый позыв к мочеиспусканию, когда пациент не чувствует, что теряет мочу;
- белладонна 3 чередуется попеременно с пульсатилла 3 — при недержании мочи у слабых, болезненных людей;
- феррум фосфорикум 3–6 — невозможность удержать мочу вследствие слабости сфинктера мочевого пузыря, постоянное капание в течение дня;
- эквизетум 3 — во всех случаях недержания, особенно при обильном осадке в моче;
- гельземиум 3 — непроизвольное мочеиспускание вследствие пареза мочевого пузыря;
- гепар сульфур 6 — при атонии мочевого пузыря, когда моча вытекает медленно и больной тратит много времени на опорожнение;

• кальк фосфор 6 и кальк карбон 6 — показан нервным слабым истощенным лицам с недержанием.

Возможна терапия *антропософскими средствами*:

- тригонум везика и мускулюс сфинктер G1 D6, ренес/аргентум нитрикум, нервус пудендус G1 D8 — при недержании мочи, слабости мочевого пузыря;
- берберис/гиперикум комп. — при слабости мочевого пузыря;
- сенецио комп. — эффективен при слабости соединительной ткани, гиперестезии мочевого пузыря.

Задержка мочи:

- аконит 3 вместе с кантарис 6 — при воспалительных симптомах;
- алюмин 6 — показан в случаях, когда пациент тужится, как при стуле;
- нукс вомика 6 — спазматическое сужение, болезненные безрезультативные позывы;
- теребентина 3–6 — лучшее средство при задержке мочи, а если это не помогает, назначают:
- меркур коррозивус, страмониум 3, кали бихром — все вместе в обычной дозировке.

Антропософское лечение:

• плексус пельвинус G1 D6, везика уринария G1 D8, тригонум везика и мускулюс сфинктер G1 D8 и гиперикум D3 — при задержке мочеиспускания вследствие паралича мочевого пузыря.

Хотелось бы отметить, что часто приходится принимать меры при наличии инфекции мочевых путей. Наличие остаточной мочи является неблагоприятным фактором, требующим постоянного контроля состояния мочи. В ряде случаев приходится проводить профилактическое лечение антибактериальными препаратами, например сульфаметоксазолом или триметопримом.

20.12 Чем можно помочь при нарушениях работы кишечника?

Несколько месяцев меня беспокоят запоры. Что я могу делать, чтобы избавиться от них?

Как известно, у пациентов с РС возможны нарушения стула, при этом механизмы развития дисфункции кишечника не вполне ясны. Основными симптомами, эпизодически отмечаемыми более чем половиной пациентов, являются запоры и недержание кала. Специфического лечения данных больных не разработано, поэтому обычно применяются традиционные способы, такие как средства, размягчающие стул и увеличивающие его объем, в сочетании со стимулирующими слабительными. Большое значение придается диетам с большим содержанием балластных веществ, растительных масел, употреблению достаточного количества жидкости, но разговор о диете пойдет позже.

Можно представить возможные мероприятия при данных нарушениях:

- организационные вопросы;
- физиотерапия;
- тренировка мышц тазового дна;
- электростимуляция;
- медикаментозная терапия;
- оперативное лечение.

Прежде чем обратиться за советом к специалисту, желательно хотя бы в течение 5–7 дней вести дневник работы кишечника, где следует указывать точное время дефекации с отметкой о неудержании (недержании) стула. Целесообразно одновременно заполнять дневник работы кишечника и дневник мочевого пузы-

ря. Вне зависимости от назначений специалиста следует придерживаться ряда правил, отработанных опытом многих пациентов.

- Употребляйте в пищу продукты с высоким содержанием клетчатки (овощи, фрукты, зерновой хлеб, семена льна и др.). Ешьте 5 порций овощей и фруктов ежедневно.

- Не рекомендуется жирное мясо, пирожные и пироги, жирные и соленые соусы, крутые яйца, водка, пиво, вино.

- Ограничьте чай, кофе, какао, шоколад, рис, мясо, мучное.

- Увеличьте (при запоре) и уменьшите (при жидком стуле и неудержании) количество употребляемого чернослива.

- Пейте 1,5–2 л жидкости каждый день.

- Увеличьте количество выпиваемого кофе, если запор вызван ослаблением перистальтики кишечника (если у вас есть проблемы с мочеиспусканием, помните, что кофе может отразиться на работе мочевого пузыря).

- Уменьшите количество выпиваемого кофе при недержании кала или жидком стуле.

- Утром (сразу после пробуждения), а также за 20–30 мин. до обеда и ужина пейте настой заваренных накануне чернослива, кураги или урюка из расчета 10 штук на 350 мл кипятка. Фрукты можно съесть, запивая настоем, или использовать в салатах.

- Перед сном пейте кефир, обогащенный бифидобактериями.

- Исключите газированные напитки из своего рациона, так как они вызывают метеоризм (вздутие живота из-за газов).

- Принимайте пищу регулярно в одно и то же время.

- Следите за тем, чтобы ваши зубы были в хорошем состоянии, так как хорошо пережевывается только тщательно пережеванная пища.

- Сохраняйте максимально возможную для вас физическую активность.

- Ежедневно выполняйте упражнения, стимулирующие работу кишечника.

- Важно формировать рефлекс на опорожнение кишечника (посещения туалета в одно и то же время в утренние часы).

- Утром, прежде чем встать с постели, следует проводить легкий массаж живота по ходу кишечника (медленно, непрерывно по часовой стрелке) в течение 5–7 минут.

- Ежедневно выполняйте упражнения для укрепления мышц тазового дна и ануса (заднего прохода).

- Избегайте сильного напряжения брюшного пресса во избежание повреждения мышц тазового дна.

- Постарайтесь посещать туалет каждый день в одно и то же время.

- Поддерживайте правильную позу во время акта дефекации.

- Используйте прокладки или памперсы при недержании стула.

- Применяйте слабительные свечи при запоре. Обсудите с врачом возможность использования клизм, а также приема лекарств.

- Очень полезны холодные обмывания по утрам, особенно нижней части живота.

Большинство предлагаемых рекомендаций не требует комментариев. Остановимся на некоторых тонкостях, способных облегчить жизнь при данных нарушениях. Прежде всего, речь идет о соблюдении правильного режима дефекации. Специалисты считают, что наиболее благоприятное для опорожнения кишечника время — вскоре после еды (приблизительно через 30 мин.), при этом желателен туалет в одно и то же время, даже

если у вас нет позывов. Можно в таком случае выпить предварительно чашку теплого питья.

Существенную пользу для опорожнения кишечника принесет правильная поза: спина должна быть прогнута, живот — расслаблен, а не втянут, таз надо не отклонять назад, а наклонять вперед, колени должны быть приподняты чуть выше бедер, а локти, если это не трудно, упираться в колени.

Опыт показывает, что можно использовать и такой прием. Обеими руками снаружи обхватить бедра и потянуть их к туловищу, при этом выдохнуть как бы в живот, напрягая мышцы живота.

Для **предупреждения запоров** можно выполнить несколько простых упражнений.

- Исходное положение (и.п.) — лежа на спине. Поочередно сгибайте ноги, подтягивая колено к животу на выдохе (можно помогать себе руками). Повторить 5–6 раз каждой ногой.

- И. п. — лежа на спине, ноги согнуты. Медленно наклоняйте оба колена вправо, а затем влево, дыхание произвольное, но не задерживать. Повторить 10 раз.

- И. п. — то же. Мягко массируйте живот рукой круговыми движениями по часовой стрелке в течение 1–1,5 мин.

- И. п. — то же. Положите ладони на живот справа и слева от средней линии. Мягко «потряхивайте» ладонями живот поочередно каждой рукой по 5 раз.

При необходимости рекомендуется принимать слабительные. Осмотические лактулоза (дюфалак, порталак, нормазе), фортранс, форлак назначаются курсами, а слабительные стимулирующего (раздражающего) действия (бисакодил (дульколак), пикосульфат натрия, препараты сенны, касторовое масло и др.) используют по необходимости. Эти препараты следует менять через 1–2 месяца после начала приема.

В ряде случаев помогают желчегонные средства (гепабене, галстена, хофитол и др.). При необходимости назначают прокинетики (стимуляторы двигательной активности желудочно-кишечного тракта) — мотилиум, ганатон и др.

Для пациентов с РС очень важно нормализовать состав микрофлоры кишечника. С этой целью назначают бифиформ, бифидумбактерин, бактисубтил, дюфалак, актусан, хилак-форте и др. Если есть боли спастического характера, целесообразен прием миотропных спазмолитиков (но-шпа, бускопан, дюспаталин и др.).

При длительных запорах и недостаточной эффективности медикаментозной терапии назначаются клизмы с последующим переходом на прием слабительных.

С успехом применяют *гомеопатические средства*:

- нукс вомика 3 — при отсутствии аппетита, тяжести в животе, бессоннице;

- алюминия 6 и бриония 3 — показаны, когда выражены атония нижнего отдела кишечника, сухость слизистой; отсутствие позывов, даже мягкие испражнения выделяются с трудом;

- плюмбум 6 и опиум 6 — рекомендованы при упорных и продолжительных запорах, принимают 2 раза в день одну неделю, потом неделю ничего не принимают; если желудок не урегулировался, повторить в том же порядке 2–3 раза;

- анакардиум 3–6 — при запорах у нервных людей; показан при безрезультативных позывах на стул, а также когда имеется чувство, как будто в прямой кишке постороннее тело, и когда испражнения выходят с трудом;

- барита карбоника 3–6 — при запорах у пожилых людей;

- натриум муриатикум 6 — при частом потении днем и запорах в упорных случаях;

- калий карбоникум 6 — при ночном потении, вздутии живота и сильном образовании газов.

Антропософское лечение:

- генциана комп. + цихориум /панкреас + колон GL D8 — при снижении аппетита и упорных запорах длительно;
- ректум GL D4 + плексус ректалис GL D6 и D30 — при атонии кишечника, это весьма действенное средство.

Недержание стула:

- алое 3 — непроизвольный стул или незаметное выделение твердого стула, особенно при физическом напряжении (энкопрез);
- гиосциамус 3–6 — непроизвольный стул от возбуждения;
- стафизагрия 3 — недержание кала, особенно у детей.

Антропософское лечение:

- плексус сакралис GL D6 — очень неплохо убирает недержание стула.

В ряде случаев у пациентов с РС развивается дисбактериоз. Отечественные специалисты провели лечение, назначая «бифидумбактерин форте» по 15 лечебных доз в сутки, всего 5 дней. В результате терапии улучшилась флора в кишечнике и некоторые иммунологические показатели. Уменьшились проявления дисбактериоза: тошнота, боли в животе, метеоризм, снижение аппетита, неустойчивый стул. При этом не выявлено побочных эффектов терапии. Авторы пришли к выводу, что пробиотикотерапия, вероятно, может рассматриваться как средство симптоматической и «физиологической» иммуномодулирующей терапии у пациентов с РС и дисбактериозом кишечника.

20.13 📖 Какие можно принять меры при сексуальной дисфункции?

С некоторых пор у меня проблемы с эрекцией. Как справиться с ними?

Цель лечения — достигнуть улучшения сексуальной функции вне зависимости от имеющихся нарушений, связанных с основным лечением. Для этого необходимо использовать все средства: консультацию специалиста, психотерапию, партнерскую терапию, медикаментозную терапию и другие методы лечения. Больной проходит тщательное неврологическое обследование, затем осмотр сексолога или андролога (мужчины). Учитываются сопутствующие заболевания (например, сахарный диабет, гипертоническая болезнь), прием ряда препаратов (снижающие артериальное давление, антидепрессанты).

Начнем с того, что при нарушениях половой функции у женщин редко требуется использование каких-либо лекарств. При недостаточной лубрикации (увлажнении) влагилица используют специальные гели — лубриканты.

У мужчин же с РС в ряде случаев могут возникать сексуальные расстройства. Прежде всего, эти пациенты нуждаются в обследовании, так как во многих случаях проблемы носят психологический характер, нередко в связи с физическими ограничениями. Часто определенные трудности в сексуальной сфере связаны с быстрой утомляемостью, что требует коррекции соответствующего симптома. Половые расстройства у мужчин нередко проявляются ослаблением эрекции, значительно реже — нарушением эякуляции. Как правило, серьезные проблемы возникают только при выраженных нарушениях движений в ногах (при невозможности ходить). Но даже при наличии проблем с передвижением сексуальные проблемы не обязательно являются следствием РС.

Симптоматическая терапия должна начинаться с момента появления первых симптомов заболевания и проводиться параллельно патогенетическому лече-

нию. Учитывая насыщенность последней, следует максимально использовать возможности немедикаментозной терапии

В настоящее время для коррекции эректильной дисфункции применяют ряд методов, которые можно объединить в четыре основные группы: психосексуальную, медикаментозную, вакуумно-эректорную терапию и хирургическое лечение. Можно расширить комплекс мероприятий, включая в него определенный гигиенический режим, сексуальные и разгрузочно-диетические рекомендации, физиотерапевтическое лечение, фитотерапию, лечебную физкультуру и массаж.

Некоторые специалисты считают необходимым назначать витамины (особенно E, например аевит, и B12) и аминокислоты (глицин), биогенные стимуляторы (алоэ, стекловидное тело), фитопрепараты (тентекс-форте), интрауретральные свечи с простагландином E1. В ряде случаев добиваются эффекта при смазывании ствола (реже — головки и крайней плоти) полового члена мазью — химколином, что повышает чувствительность рецепторов кожи полового члена. Используют и гели, увеличивающие приток крови либо снижающие гиперчувствительность пениса. Они могут улучшить эрекцию, эякуляцию, а также способствует нормализации ощущений во время близости. РС не влияет на способность мужчины к зачатию ребенка.

Эффективным показал себя и препарат йохимбе, применяемый в виде натуральной пищевой добавки. В последние годы начато применение препарата силденафил (виагра), который действует преимущественно на сосуды полового члена. Данный препарат назначают в дозе 50 мг за 1 час перед сексуальной активностью. Применение его у пациентов с РС в 83% случаев улучшило функцию эрекции. Среди побочных эффектов отмечалась головная боль. Следует подчеркнуть, что препарат противопоказан лицам с гипертонической болезнью, с заболеваниями сердца, гипотонией, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Отметим весьма высокую стоимость медикамента. Вот уже более 5 лет в практику введен новый препарат для лечения эректильной дисфункции — импаза. Преимуществами данного препарата является достаточно высокая эффективность, возможность сочетания лечения с терапией сопутствующих заболеваний, в том числе ишемической болезнью сердца, гипертонической болезнью и др., практически полное отсутствие побочных эффектов.

Возможно введение в кавернозные тела ряда веществ (препаратов группы папаверина, фентоламина и простогландина E1) для увеличения притока крови к пенису, но этот вопрос решается специалистами (урологом или андрологом). Это сопряжено с меньшим риском осложнений и намного дешевле протезов. Обеспечивается обратимая и более естественная эрекция, которая вызывается по мере потребности. Препараты вводятся в кавернозные тела пениса. Пациенты обучаются самостоятельным инъекциям. Обычно требуются небольшие дозы, в противном случае может развиваться очень длительная эрекция, которая может быть в равной степени болезненной и опасной. Такие процедуры требуют тщательной подготовки и стерильности.

Существуют также вакуумные приборы, представляющие собой пластиковый цилиндр, в который помещают пенис, и затем с помощью насоса создают вакуум, приводящий к кровенаполнению кавернозных тел. После снятия цилиндра кровенаполнение поддерживается специальным эластическим жгутом, накладываемым на основание пениса. Длительность использования эластического жгута ограничена получасом во избежание возможных осложнений.

Не всегда терапия сексуальных дисфункций достигает необходимого результата (впрочем, как и у мужчин, не имеющих РС). В ряде случаев одной из

возможностей решения проблемы для мужчины является имплантация протеза, которая осуществляется урологом (андрологом), однако специалисты считают, что у данной группы пациентов они могут усилить нарушения мочеиспускания.

Тяжелые нарушения эрекции препятствуют половому акту и, следовательно, достижению оргазма. В таких случаях оргазм возможен при мануальной или оральной стимуляции, используют также и вибраторы.

Решение о специализированном лечении при сексуальных нарушениях обычно приходится принимать врачу. Но когда врач уточнит причину дисфункции, можно применять самостоятельно *гомеопатические средства* при указанных состояниях:

- ацидум фосфорикум 3 — половая слабость вследствие угнетенного состояния;
- аурум муриатикум 6 — депрессия;
- барита карбоника 3 — преждевременная половая слабость;
- натриум муриатикум 3–12 — половая слабость вследствие общего истощения, слабости в ногах;
- хина 3, кальциум фосфорикум 6, феррум 6 — бессилие после изнурительной болезни;
- селениум 6 — повышенное влечение, но слабая эрекция, истечение спермы.

20.14 Что помогает при головокружениях?

У меня часто кружится голова, но не хочется пить много лекарств. Чем мне можно помочь?

Жалобы на головокружение у пациентов с РС встречаются довольно часто, что всегда требует уточнения причины. В первую очередь необходимо исключить серьезную органическую патологию, связанную с заболеванием внутреннего уха или другими органическими поражениями мозга. Желательно каждому пациенту уточнить, при каких обстоятельствах боли усиливаются: изменение положения головы, туловища и т.д. Причинами головокружения могут быть поражения сосудов, мозжечка, опухоли мозга, остеохондроз, процесс, связанный с демиелинизацией, плохое зрение, побочные действия лекарств и прочие. Другими словами, до назначения терапии следует уточнить, нет ли других причин, кроме РС, которые могут вызвать эту жалобу.

Для лечения постоянных головокружений при РС наиболее часто назначаются антигистаминные препараты, используемые для предупреждения «укачивания» (морской болезни). Это дименгидринат (драмина), дифенгидрамин (бонин), гидрохлорид бетагистина и другие. Также могут применяться препараты скопаламина и бензодиазепиновые транквилизаторы (диазепам, клоназепам). В последние годы широкое применение получают препараты бетагистина (микрозер, бетасерк). Есть еще несколько препаратов, которые часто назначают врачи. Это фезам, тиоцетам, стугерон-форте, никотинамид и некоторые другие. Иногда помогает иглорефлексотерапия.

Незаменимы *гомеопатические средства*. Прекрасным эффектом обладает гомеопатический препарат вертигохеель. В описанных ниже случаях рекомендуются следующие препараты:

- ацидум пикрикум 3 — головокружение, ослабление памяти, утомляемость;
- секале корнутум 3–6 и амбра гриза 6 — головокружение, забывчивость, шаткая походка, онемение конечностей, препарат способен усиливать действие других лекарств;

- аргентум нитрикум 3–6 — головокружение от малейшего умственного или физического напряжения, общая слабость, дрожание конечностей;
 - боракс 3–6 — головокружение и чувство страха при движении вниз;
 - олеандер 6 — головокружение с расстройством зрения;
 - коккулус 3 — головокружение с тошнотой, как при морской болезни, при езде, при вставании с постели;
 - кониум 6 — головокружение при нарушении кровоснабжения мозга, усиливается при быстрой перемене положения;
 - гельземиум 3–6 — одно из самых употребительных средств при головокружении, иногда с расстройством зрения;
 - рус 3 — головокружение, связанное с хроническим заболеванием, онемение конечностей, ухудшение в горизонтальном положении, улучшение от движения.
- Антропософское лечение:*
- арника/плюмбум комп. В — головокружения при нарушении мозгового кровообращения, шуме в ушах;
 - аурум/валериана комп. — при вегетативной дистонии с тошнотами и головокружением;
 - церебеллум комп. — головокружения, атактические и гиперкинетические двигательные нарушения;
 - мелисса/сепия комп. — при головокружении, истощении, раздражительности и подавленном настроении.

20.15 Как можно помочь при нарушениях глотания?

Существуют ли какие-либо приемы для борьбы с этими нарушениями?

Нарушение глотания требует адекватного лечения. Прежде всего, необходимо выяснить причины его возникновения, от чего зависит назначаемая медикаментозная терапия. Необходимо не только принимать рекомендованные врачом лекарства, но и соблюдать определенные правила во время еды, а в ряде случаев — выполнять специальные упражнения или пользоваться особыми приемами. Во многих случаях физиотерапевт или логопед, занимающийся проблемами глотания, могут посоветовать комплекс упражнений, тренирующих соответствующие мышцы, выбрать правильное положение во время еды, научить безопасно глотать с помощью определенных приемов, а диетолог поможет подобрать наиболее подходящие продукты питания и блюда.

Не всегда есть возможность прибегнуть к помощи опытного специалиста, поэтому предлагаются хорошо зарекомендовавшие себя **упражнения**.

1. Громко зевать с открытым ртом.
2. Надуть обе щеки и держать их в таком положении несколько секунд.
3. Надувать щеки поочередно влево и вправо.
4. Втягивать одновременно обе щеки.
5. Громко говорить «а», втягивая язык (лучше перед зеркалом).
6. Поочередно переходить от звучного «а» до произнесенного в нос звука «а», наблюдая в зеркало за положением небной занавески.
7. Говорить с напряжением «ха».
8. Подготовительное упражнение: сжать губы, стоя, опустить плечи и говорить:
Ра — ро — ру — ре — ри — рау — реи — реу.
9. Подготовительное упражнение: язык поднять и опустить, затем говорить:
Та — то — ту — те — ти — тау — теи — теу.

10. Говорить с напряжением:

Ка — ко — ку — ке — ки — кау — кеи — кеу.

11. Упражнение: с помощью соломки сдувать с поверхности кусочек ваты или бумажный комочек, дуть на пламя свечи.

12. Упражнение: с помощью соломки всасывать жидкость.

Очень важно!

1. Во время упражнений сохранять правильное положение тела — держаться прямо стоя или сидя.

2. Тренироваться регулярно (ежедневно).

3. Можно делать по 3–4 упражнения 5–10 раз. Лучше сделать меньше, но точно, контролируя выполнение упражнений перед зеркалом.

Опыт многих пациентов позволил выработать ряд простых правил, которые могут предупредить осложнения при этих нарушениях.

- Прием пищи должен происходить в спокойной обстановке.

- Никогда не принимайте пищу (не пейте) лежа в постели; лучше всего сидеть в кресле, несколько опаснее сидеть в постели.

- Очень важно правильное положение: туловище выпрямлено, не отклонено в сторону, можно облокотиться спиной в положении сидя, голова также не отклонена в сторону и слегка согнута вперед, подбородок подтянут к груди. Иногда требуется специальное положение головы с определенным ее наклоном и поворотом, но полезную рекомендацию может дать только опытный врач после осмотра.

- При глотании язык крепко прижимается к твердому небу (надо несколько раз попробовать это сделать).

- Очередную порцию пищи нужно отправлять в рот только после проглатывания предыдущей. Объем каждой порции должен быть маленьким (1 ч.л.). В отдельных случаях, наоборот, легче бывает проглатывать большой (тяжелый) пищевой комок. Специалист поможет подобрать наиболее подходящие приемы.

- Ни в коем случае нельзя торопиться, важно научиться есть без спешки.

- Появление поперхивания к концу приема пищи может означать, что нарушение глотания связано с повышенной утомляемостью (истощаемостью мышц). В таких случаях лучше есть понемногу, но часто, избегая переутомления.

- Переход на пищу пюреобразной консистенции может полностью устранить трудности глотания. Сухая, крошащаяся пища, а также горячая и жидкая усиливают нарушения глотания.

- Выраженность нарушений глотания обычно уменьшается при употреблении охлажденных напитков. Иногда требуются «загустители», так как некоторым пациентам легче проглатывать напитки типа йогурта или киселя.

- Стараться не пить кофе, ибо он обезвоживает организм. Не следует забывать о необходимости пить воду.

- В ряде случаев оказывается полезным перед едой подержать во рту кубик льда. Это особенно эффективно тогда, когда повышена возбудимость мышц, нарушена их координация или плохо переносится повышенная температура.

- Можно периодически выпивать глоток холодной воды для стимуляции акта глотания.

- Рекомендуется использование маленьких ложек (например, чайных), что помогает контролировать объем проглатываемой порции пищи. Посуда должна быть по возможности небьющейся и достаточно тяжелой. Может помочь использование соломинки для питья.

- Надо обязательно следить за гигиеной полости рта, чтобы после еды полость рта оставалась свободной от мелких пищевых частиц. Желательно чистить зубы после еды.

- Чтобы очистить полость рта, надо сильно откашляться и сглотнуть слюну.

- Следует убедиться в отсутствии сопутствующих болезней, увеличивающих трудности глотания. Отрицательно влияют на акт глотания болезни желудочно-кишечного тракта, сопровождающиеся изжогой, отрыжкой, тошнотой; дискомфортом или болями в животе; икота; проблемы с жеванием, связанные с плохим состоянием зубов; быстрая утомляемость.

- Усиливают нарушения глотания повышение температуры тела или окружающей среды, усталость и недосыпание, инфекции, обострение других заболеваний, стрессовые ситуации.

- Желательно регулярно проветривать помещение в любое время года.

- Мужчинам рекомендуется расстегнуть последнюю пуговицу рубашки (даже под галстуком), чтобы было легче говорить и глотать.

- Если же случилось поперхнуться, надо выплюнуть содержимое в стакан, выпрямиться, покашлять (это лучше, чем захлебнуться).

20.16 Как можно помочь при нарушениях речи?

Порой мне трудно говорить, а опытного логопеда у нас нет, что делать?

Лечение подобных нарушений важно, так как они могут мешать взаимоотношениям больного с окружающими, снижая качество жизни. Выбор метода лечения зависит от вида и степени изменений. Это могут быть различные мероприятия, включающие медикаментозное лечение, протезирование, хирургическую коррекцию, специальные упражнения.

Можно назвать несколько общих правил.

- Следить за осанкой и положением головы.

- Не спешить при разговоре.

- Избегать громкого окружения.

- Говорить с партнером медленно, делая необходимые паузы, поддерживая визуальный контакт.

- Сделать хороший зубной протез, излишняя слюна мешает четко говорить.

- При необходимости медленно повторить предложение.

- Иметь достаточно времени как для понимания, так и для высказывания.

Выраженность длительно существующих (более полугодя) нарушений речи, если они доставляют неудобства, можно уменьшить с помощью специальных упражнений для тренировки речевых мышц, которые назначает логопед. Специалист также поможет научиться говорить короткими фразами (чтобы хватало дыхания на всю фразу), не торопясь.

В данном случае можно порекомендовать ряд полезных упражнений.

1. С открытым ртом язык вытянуть и втянуть.

2. Кончик языка поднимать и опускать за зубами.

3. Кончиком языка попеременно доставать углы рта.

4. Повторять:

уи уи уи уи... (менять громкость звука)

да да да да...

та та та та

га га га га

ка ка ка ка

ба ба ба ба

ка после окончания приступа. Для этого надо разжать челюсти пострадавшего, вложить между зубами сложенную в несколько раз ткань (часть одежды, носовой платок и пр.), чтобы предотвратить повреждение зубов и языка при сокращении жевательных мышц. Необходимо следить, чтобы не прекращался доступ воздуха.

Следует позаботиться о вызове врача. При длительном припадке может потребоваться экстренная медицинская помощь. В последующем назначаются антиэпилептические препараты, не мешающие проводимому лечению РС.

20.19 Как лечат невралгию тройничного нерва?

У меня невралгия тройничного нерва, что мне делать?

Невралгия тройничного нерва (тригеминальная невралгия — ТН) протекает приступообразно в форме эпизодов боли в лице, в зоне иннервации ветвей тройничного нерва. Эти эпизоды могут иметь провоцирующие факторы, а также возникать самопроизвольно. Они наблюдаются у 1–2% больных РС, при этом иногда имеют атипичную форму.

Среди методов лечения невралгии тройничного нерва применяются как консервативные мероприятия, так и радикальные методы, в частности хирургическое вмешательство, а также малоинвазивные процедуры.

Консервативное лечение заключается в назначении различных медикаментов и в использовании физиотерапевтических методов. Обычно медикаментозное лечение бывает весьма эффективным. Но по мере прогрессирования заболевания лекарственная терапия становится малоэффективной или вообще перестает помогать при приступах боли. Кроме того, для любой медикаментозной терапии характерен риск побочных эффектов. В таком случае прибегают к хирургическому лечению.

Основным препаратом, назначаемым при ТН, является противосудорожное средство — карбамазепин, который применяется как самостоятельно, так и в комбинации с баклофеном или фенитоином. Возможно назначение препарата этой группы ламотрижина. Обычно это позволяет снять болевые ощущения и уменьшить боль. Терапия противосудорожными средствами может привести и к побочным эффектам, среди которых головокружение, сонливость, нарушения зрения (двоение в глазах) и тошнота.

Если карбамазепин оказывается неэффективным, то рекомендовано вводить активное антипсихотическое средство — пимозид. Но его следует использовать с большой осторожностью, т.к. у большинства больных он вызывает появление нежелательных побочных эффектов. К последним относятся чрезмерная сонливость, нарушение концентрации внимания, тремор рук, непроизвольные движения во сне и легкие паркинсоноподобные нарушения. Если боль не поддается контролю перечисленными терапевтическими средствами или при их приеме возникают серьезные осложнения, то рекомендовано решение вопроса о хирургическом вмешательстве.

При упорных и непереносимых болях помогают спиртовые блокады тройничного нерва. Поскольку эффект от таких инъекций непродолжителен, иногда приходится делать повторную инъекцию. В ряде случаев прибегают к различным процедурам или незначительным хирургическим вмешательствам.

20.20 Как лечатся нарушения дыхательных функций?

Врач сказал мне, что при любых проблемах с дыханием я должна прийти к нему. Это верно?

Нарушения дыхания у больных РС редко становятся настолько серьезными, что требуют применения специальных аппаратов, обеспечивающих допол-

нительную подачу кислорода. Но они могут усугубить усталость, которая сама по себе явление обычное при данном заболевании. При появлении жалоб, связанных с отклонениями в работе дыхательной системы, визит к врачу позволит своевременно назначить лечение, что может предотвратить серьезные осложнения. Самому пациенту трудно понять, связаны ли новые симптомы с банальными заболеваниями (ОРВИ или гриппом) или это признаки РС.

Врач может назначить определенные медикаменты, но пользу принесут и некоторые меры, принятые самостоятельно. Полезны дыхательные упражнения, которые способствуют глубокому дыханию. Например, можно представить, что предстоит медленно задуть свечи на именинном торте: следует глубоко вдохнуть через нос и медленно задуть через губы воображаемые свечи. Пациенты, занимающиеся йогой, умеют контролировать дыхание и дышать глубоко. Важно следить за правильной осанкой: старайтесь сидеть и стоять прямо, не наклоняя голову вниз и вперед. Чтобы не поперхнуться за обеденным столом, надо быть аккуратным во время еды. И, наконец, лучший способ избежать проблем с дыханием для тех, кто курит, — бросить курить.

20.21 Как осуществляется профилактика и лечение пролежней и опрелостей?

Можно рассказать подробно и конкретно о профилактике пролежней?

Нередко можно услышать: «лучше болезнь предупредить, чем лечить». Этот принцип в отношении пролежней весьма актуален. Чтобы избежать образования пролежней, следует придерживаться ряда правил. Если пациент может самостоятельно менять позу, то это необходимо делать как можно чаще (не реже одного раза в 15 минут). Желательно не сидеть в одном положении, а приподниматься на руках или локтях в коляске, наклоняться вперед и в стороны. Если приходится пользоваться инвалидной коляской, а для смены положения необходима помощь, то менять позу в сидячем положении необходимо не реже одного раза в час. При постельном режиме положение тела должно меняться каждые два часа (в том числе и ночью). Рекомендуются поднимать головной конец кровати не больше, чем на 45 градусов, чтобы уменьшить давление на область крестца и избежать соскальзывания.

Важно следить за тем, чтобы на постельном белье (простынях) не было складок, швов, заплаток и т.п. Оно должно быть мягким, ни в коем случае не накрахмаленным (в таком случае даже предпочтительнее пользоваться стареньким, застиранным бельем). Смену лучше проводить каждые два дня, соблюдая аккуратность. Не следует выдергивать или тащить белье из-под больного, особенно если оно мокрое.

Эффективны противопролежневые круги и матрацы, которые увеличивают площадь соприкосновения поверхности, на которой сидит или лежит человек, с поверхностью тела, и, следовательно, уменьшается давление. Те, кто ухаживают за пациентом, не должны оставлять его в неудобном положении. Лучше усадить или придать ему полусидячее положение, чтобы его мышечной силы хватило на удержание в этом положении, иначе он начнет сползать.

Важной задачей является уход за кожей. У тяжело больных желательно ежедневно проверять состояние кожных покровов с целью выявления ранних признаков образования пролежней. Часто используют спиртосодержащие средства и камфорный спирт для обработки кожи, но это целесообразно лишь при жирной коже. Следует знать, что сухую кожу нужно увлажнять, а влажную — подсушивать. При уходе используются мягкие губки, чтобы не травмировать кожу.

Опыт показывает, что необходимо как можно чаще проводить туалет промежности: частички кала и моча являются сильными раздражителями. При ограничении в приеме жидкости моча становится более концентрированной и сильнее раздражает кожу. При недержании мочи и/или кала кожа подвергается дополнительному воздействию влаги и бактерий. Обычно используются специальные средства (памперсы, прокладки), иногда приходится менять их чаще.

Поскольку пролежни являются достаточно серьезным осложнением, мы не рекомендуем лечить их самостоятельно. Лучше обратиться к врачу, который назначит квалифицированное лечение.

Меры профилактики **опрелостей** направлены на устранение причин, их вызывающих. Чаще всего они появляются в жаркое время года, при повышенном потоотделении. Необходимо ежедневно промывать естественные складки кожи и тщательно их высушивать. Желательно устраивать воздушные ванны для складок кожи. Надо принять меры по устранению причин повышенного потоотделения. Например, одежда и постельное белье должны быть из натуральных тканей, не вызывающих потения. Следует разумно одеваться. В помещении должна быть комфортная температура. При недержании мочи/кала следует чаще менять памперсы или специальные прокладки.

При появлении опрелостей следует исключить грибковую природу заболевания. Помогают отвары антибактериального, заживляющего и противовоспалительного действия. С этой целью подойдут ромашка, лепестки календулы, шалфей, чабрец, зверобой и кора дуба, которая снижает активность потоотделения. Настой готовят одинаково: на стакан кипятка потребуется столовая ложка сухого сырья, выдерживают состав на огне 20–30 мин. В теплый раствор помещают хлопчатобумажную ткань, отжимают и прикладывают к пораженному участку, после обработки зона с опрелостью должна полностью высохнуть. Хороший лечебный эффект оказывают растительные масла, которые перед применением кипятят на пару. Остуженным маслом натирают проблемные места два раза за сутки.

Лечение опрелости, осложненной болезнетворными микроорганизмами, производится по согласованию с врачом, который может назначить курс антибиотиков и использование специальных мазей.

20.22 Какое лечение предлагают при хронической цереброспинальной венозной недостаточности?

Моей сестре предлагают провести операцию на сосудах. Каков риск при этой операции?

Обычно применяют давно известные в сосудистой хирургии вмешательства: ангиопластику и стентирование. При проведении процедуры ангиопластики в сосуд вводится катетер, на котором закреплен миниатюрный баллон. Под контролем рентгеноскопии катетер направляется к месту сужения вены, достигнув его, баллон надувается в несколько раз, расширяя тем самым суженный просвет сосуда, а затем удаляется. Возможные побочные эффекты: кровотечение, аритмия и (редко) аллергические реакции на применяемые во время процедуры контрастные вещества. Кроме того, в течение нескольких месяцев после процедуры просвет расширенной вены может снова сузиться (рестеноз). Возможна установка стента (специальной проволочной конструкции, своеобразного каркаса) в месте сужения вены. И при этом варианте возможны риски: смещение стента и его перемещение в другую часть тела, что приводит к немедленному хирургическому вмешательству. Со временем стент обрастает рубцовой тканью, что вновь может привести к сужению просвета вены.

Нельзя сказать, что уже имеются четкие результаты. Некоторые ученые отмечали после проведения процедуры у больных ремиттирующим рассеянным склерозом снижение количества обострений и регресс некоторых симптомов. Пациенты по-разному комментируют свое состояние. Одни отмечают улучшение (уменьшение усталости, улучшение концентрации, равновесия, переносимости тепла, положительные сдвиги в двигательной сфере, вопросах контроля над функцией мочевого пузыря), другие не почувствовали никаких улучшений.

Можно сделать такой вывод: если ангиопластика или стентирование может рассматриваться как метод лечения РС, то оптимально выполнение этой процедуры возможно лишь в рамках какого-либо клинического исследования. На сайте clinicaltrials.gov поисковому запросу «CCSVI и рассеянный склероз» соответствует **8 текущих клинических исследований**. Одно исследование прекращено, остальные проводятся в США, Польше и Италии.

Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (Food and Drug Administration, FDA, USFDA), являющееся агентством Министерства здравоохранения и социальных служб США, предупреждает больных рассеянным склерозом о риске получения серьезных травм и смерти, связанных с процедурами для лечения хронической цереброспинальной венозной недостаточности. Утверждается также, что эффективность проведения этих экспериментальных процедур не была доказана. Их широкая реклама как метода лечения РС может привести людей, больных этим заболеванием, к принятию решения о подобном лечении, однако при этом они не осведомлены о серьезных рисках, связанных с процедурой ангиопластики или стентирования.

Известно, что спинальные формы РС нередко проявляются нижним центральным парализом и синдромом полинейропатии с периферическими вялыми параличами, нарушениями чувствительности, трофическими и вегетосудистыми расстройствами преимущественно в дистальных отделах конечностей.

Как сообщил проф. В. И. Головкин, в Медицинском центре Северо-западной ассоциации рассеянного склероза внедрена программа «КИТ» (комплексная индивидуализированная терапия). С целью улучшения микроциркуляции, прежде всего в спинном мозге и в ногах, используется сочетанное немедикаментозное лечебно-диагностическое воздействие: гирудотерапия и гравитационная терапия на центрифуге короткого радиуса действия по методу Г. Н. Котельникова под тепловизионным контролем. Использован тепловизор ТВ-04 КСТ + ПК.

20.23 Существует ли профилактическое лечение?

При большинстве заболеваний врачи назначают профилактическое лечение, а как это выглядит при РС?

Можно, вероятно, догадаться, что коль нет четко выясненного механизма развития заболевания, то мы не можем назначать лечение, воздействующее на причину болезни. Но это не значит, что ничего не надо делать. Специалисты с уверенностью заявляют, что пациенты с РС должны 2 раза в год получать препараты, способствующие восстановлению регенерации пораженных нейронов и иммунорегуляции. По ходу описания лечения мы уже касались этого вопроса, но теперь воспользуемся указаниями ученых, которые рекомендуют назначать ноотропил, энцефабол, актовегин, витамины группы В и Е, аскорбиновую кислоту. Активно назначаются БАД (биологически активные пищевые добавки), обладающие широким спектром действия, о которых пойдет речь позже.

Несколько позже рассмотрим вопрос о возможности профилактики РС.

21. Медикаментозное лечение депрессивных состояний и когнитивных (познавательных) расстройств

21.1 Что предлагают специалисты при депрессии?

Я уже пробовала много лекарств, но периодически состояние ухудшается, вновь наступает депрессия. Как ее лечить?

Это очень непростой вопрос, тем более он связан с нарушениями в психической сфере и требует не только терпения и мужества пациента, но и должной квалификации врача, а точнее ряда специалистов. В специальной главе мы подробно говорили о связи РС с психикой. Опыт показывает, что психические и когнитивные (познавательные) расстройства, которые встречаются у более половины пациентов на ранних стадиях и практически у всех — на поздних, являются одной из причин инвалидизации. Проведение комплекса реабилитационных мероприятий, направленных на коррекцию этих нарушений, можно проводить как в стационаре, так и в амбулаторных условиях с привлечением необходимых специалистов и участием родственников. Эффективность этой работы зависит от того, насколько адекватно проведено лечение тревожно-депрессивных синдромов, скомпенсированы познавательные нарушения, которые мешают восстановлению других функций. Очень важно провести точную диагностику психических нарушений. Прежде чем приступить к назначению мощных лекарственных препаратов, необходимо провести немедикаментозную терапию, чтобы снизить уровень тревоги, рассеять страх, связанный с неизвестностью. Мы полагаем, что примером могут служить случаи успешной адаптации других пациентов. Говоря об эффективности психотерапии, проводимой как индивидуально, так и в группе, заметим, что еще существует некоторое предубеждение против этого часто очень продуктивного, имеющего в резерве много прогрессивных методик лечения.

Известно, что развитие депрессии на фоне хронической болезни не только ухудшает прогноз основного заболевания, но и повышает риск летального исхода. По данным разных авторов, назначение антидепрессантов не только нормализует эмоциональное состояние, но и способствует уменьшению утомляемости больных и улучшению познавательных функций. В то же время терапия депрессивных состояний при РС достаточно сложна, так как большинство антидепрессантов имеют побочные эффекты, усиливающие клинические проявления демиелинизирующего заболевания. Например, некоторые антидепрессанты могут вызвать тремор, атаксию, чувство усталости, слабость, нечеткость зрения, задержку мочеиспускания, сексуальные дисфункции, то есть те симптомы, которые нередко доминируют в клинической картине РС. В этой связи представляется оправданным поиск препаратов, обладающих как широким спектром, так и избирательным действием. Порой механизм действия ряда препаратов чрезвычайно сложен и требует осторожного подхода к их назначению.

Следует учитывать, что течение депрессии у больных РС отличается своими особенностями, поэтому длительное лечение и наблюдение должен осуществлять специалист-психиатр.

Основным препаратом выбора для лечения депрессии у больных РС является имипрамин (мелипрамин), т.к. он обладает меньшим по сравнению с другими антидепрессантами антихолинергическим побочным действием. Положительный эффект можно получить, принимая amitриптилин, тианептил, коаксил, леривон, амиксид, доксепин, тразодон, ремерон. Имипрамин наряду с воздействием на де-

прессию одновременно оказывает помощь при расстройствах мочеиспускания у больных со спастическим мочевым пузырем.

Если через 4–5 недель проведения терапии нет эффекта или отмечается незначительное действие препарата, а также в случае возникновения непереносимых побочных эффектов, надо его менять. Специалисты отмечают ряд побочных действий при применении этих препаратов, что требует внимания пациентов и определения своих ощущений. Если отмечается хороший эффект, то терапию рекомендуют продолжать до 6 месяцев, а затем решить вопрос об отмене антидепрессанта.

В последнее время рекомендуют применять такие средства, как тразодон (азон), сертралин (золофт, стимулотон), циталопрам (ципрамил), флуоксетин (прозак, профлузак, флувал), пароксетин (паксил, рексетин), нефазодон. Это селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС). Они являются современной и сравнительно легко переносимой группой антидепрессантов. Не следует забывать, что и при назначении этой группы препаратов возможны побочные эффекты: нарушения функции желудочно-кишечного тракта (тошнота и рвота), беспокойство, тревога, бессонница, реже повышенная сонливость, а также сексуальные нарушения. Не станем указывать применяемые дозы, ибо они подбираются индивидуально, но заметим, что до достижения эффекта обычно проходит несколько недель. Лечение проводится в течение 3–6 мес. с последующей оценкой эффективности терапии.

При тревожных состояниях для недлительного применения можно назначить бензодиазепины. Если необходимо длительное лечение, то назначают буспирон, который лишен подавляющего сознание эффекта, к нему не возникает привыкания, а при прекращении лечения не возникает синдрома отмены. Правда, он начинает действовать через 2–4 недели.

После сообщения диагноза в подавляющем большинстве случаев следует назначать на короткий период такие препараты, как диазепам (реланиум, релиум, сибазон) по 2–10 мг/день, алпрозалам (ксанакс, неурол, фронтин) по 3–4 мг/день, клоназепам по 4–6 мг/день, лоразепам (лорам, мерлит) по 3–4 мг/день. Возможно назначение и другой группы средств: оксазепам (нозепам), гидроксизин (атаракс). Надо помнить, что некоторые из них могут ухудшать нарушения мочеиспускания, память и координацию. При неглубоких тревожно-депрессивных нарушениях можно использовать невысокие дозы эглонила или прозака или сочетать их вместе. При лечении познавательных расстройств и синдрома хронической усталости используют метаболические препараты — ноотропил, витамины, аминокислоты. Среди новых препаратов можно отметить 4-аминопиридин, а также амантадин и семакс. Эти препараты достоверно снижают выраженность синдрома хронической усталости, но, к сожалению, при отмене препаратов через короткое время вновь появляются прежние признаки, что делает необходимым применение повторных курсов.

Для коррекции патологического смеха и плача применяют amitриптилин, описано также положительное влияние леводопы, дезипрамина, флуоксетина (прозака), циталопрама (ципрамила).

Во всех неясных и трудных случаях необходима консультация психиатра. Включение в комплексную терапию РС кавинтона (винпоцетина) в таблетках в течение 4 недель оказывает антидепрессивное действие. Как уже раньше отмечалось, пациентам с РС показаны и препараты, обладающие антиоксидантно-нейропротекторным действием: эспа-липон, никотиномид, пентоксифиллин, токоферол.

Российские ученые провели исследования по применению фенотропила и пришли к выводу, что это средство значительно уменьшает выраженность психоэмоциональных нарушений и улучшает качество жизни. При этом уменьшается выраженность астенического, тревожного и депрессивного синдромов, отмечается уменьшение общей слабости, утомляемости, улучшение настроения, улучшение памяти. Положительно то, что побочные эффекты достаточно редки и не приводили к необходимости отмены препарата.

Лечение депрессии нередко является трудно разрешимой проблемой, при этом пациентам приходится принимать большое количество синтетических препаратов с побочными эффектами. В связи с этим вполне оправдана терапия естественными *антропософскими средствами*:

- прежде всего, это комплекс препаратов, которые помогут найти гармонию с душой: ликоподиум комп., игнация комп., пассифлора комп.;
- когда человеку тяжело (ощущение, как будто он несет постоянно какую-то тяжесть), рекомендуют принимать аурум Д 15 или стибийум Д 8 длительно;
- кроме того, немецкие врачи разработали комплекс, который очень неплохо помогает при депрессии, истощении, параличах: магнезиум фосфорикум комп., стибийум Д 6, арника 30 /аурум 30. Можно весь этот комплекс провести курсом внутривенно № 10 или принимать эти препараты через рот;
- известно, что при лечении депрессии надо всегда разгружать желчный пузырь и печень, вследствие чего наблюдается активация душевной деятельности, поэтому с этой целью рекомендуют такие препараты, как цихориум/панкреас, гепар/станнум, анагалис комп., хелидониум/берберис комп.

Еще раз отметим, что лечение депрессии должен проводить специалист.

21.2 Как бороться с нарушением памяти?

Это далеко не праздный вопрос, и он возникает довольно часто при других заболеваниях. Обычно степень когнитивных нарушений определяют с помощью специальных тестов. Перед специалистами стоит задача помочь пациенту улучшить внимание, память, способность ориентироваться в окружающем мире. Немаловажно поддерживать способность вести текущие дела.

Начнем с простых организационных мероприятий:

- сразу же выполнять действие, как только о нем подумал, или записать, что нужно сделать;
- составлять списки дел на день;
- завести ежедневник;
- расставлять приоритеты, выполнять только наиболее важные дела, не акцентировать внимание на мелочах.

Нет необходимости описывать возможные нейропсихологические методы лечения, ибо они подбираются индивидуально и имеют широкий спектр действия.

Поиски возможных путей фармакологической коррекции нарушений памяти ведутся давно. Однако, к сожалению, несмотря на широкий спектр различных так называемых ноотропных препаратов, которые предлагаются фармацевтическим рынком, данная проблема еще не может считаться решенной. Причины этого — в недостаточности знаний о нейрохимических и нейрофизиологических процессах, которые лежат в основе этих изменений. Большинство этих препаратов, такие как, например, пирацетам (луцетам), церебролизин, винпоцетин (кавинтон), кортексин действуют на память не прямым путем, поэтому их положительный эффект наступает не при всех заболеваниях, при которых ухудшилась память. Тем не менее, назначение таких средств, как церебролизин, амантадин

(симметрел), семакс, вполне оправдано. Возможно назначение такого препарата, как холин альфосцерат (глиатилин, церепро, церетон), актовегин. Хотя для мозга более специфичным является не холин, а серин, входящий в отечественный препарат фосфатидилсерин.

Ученые продолжают поиски соответствующих лекарственных средств. Возможно, применение здесь найдут некоторые из препаратов, используемых в лечении болезни Альцгеймера, однако для определенных выводов необходимы дополнительные исследования.

Целесообразно назначение так называемых ингибиторов холинэстеразы для улучшения когнитивных функций: галантамин (нивалин, реминил), донепезил, ривастигмин, ноотропы — препараты, содержащие аминокислоты (церебролизин), амантадин (симметрел), семакс.

Специальный анализ показал положительное влияние на мозговые функции препаратов иммуномодулирующей терапии. Например, курс бета-интерферона-1б в течение двух лет в стандартной дозе при ремиттирующем РС заметно улучшал память, при этом у многих пациентов улучшались результаты тестов на внимание, концентрацию и зрительную память. Эффективно сочетание этого препарата с азатиоприном при вторично-прогрессирующем течении РС. Наибольший эффект отмечен в улучшении памяти, скорости информативных процессов и обучаемости.

В последнее время популярен препарат мемантин. Он способствует нормализации психической активности (улучшает память и способность к концентрации внимания, уменьшает утомляемость, симптомы депрессии и пр.) и коррекции двигательных нарушений. Проведенные отечественными учеными исследования по применению препарата мемантин (акатинол мемантин) свидетельствуют о том, что он эффективно улучшает показатели рабочей памяти, способствует повышению объема слухоречевой и зрительной памяти, улучшению регуляции и контроля психической деятельности. У ряда пациентов объективное улучшение также сопровождалось ощущением повышения уровня жизненной активности. Однако по результатам большинства проб положительная динамика наблюдалась в первые 3 месяца терапии, а в дальнейшем рост показателей либо прекращался, либо происходило их постепенное снижение, что объясняется прогрессированием заболевания, увеличением степени инвалидизации пациентов. Заметим, что в ряде случаев специалисты отметили ухудшение неврологической симптоматики (среди них: сильная головная боль, нарастание мышечной слабости, шаткость походки).

Большой популярностью как для лечения, так и для профилактики нарушений памяти пользуются препараты экстракта Гинкго билоба, который содержит ряд компонентов, активно действующих на различные процессы поддержания обменных процессов в организме и, особенно, в тканях нервной системы. В настоящее время есть ряд работ о целесообразности приема фолиевой кислоты, витаминов группы В, ряда других микроэлементов.

Считается целесообразной активная тренировка памяти и внимания, для чего используют, главным образом, упражнения для повышения концентрации внимания, быстроты реакции, умственной работоспособности и психомоторной координации. К числу наиболее известных упражнений можно отнести пробы Шульте, Бурдона, ряд других методик. Тренировка собственно самой памяти путем заучивания и воспроизведения слов, рисунков и предметов или смысловых фрагментов, как правило, не приносит желаемого эффекта. Более целесообразно обучить пациента специальным приемам запоминания. Известно, что лучше

запоминается эмоционально окрашенная информация. Поэтому для более эффективного усвоения информации целесообразно рекомендовать пациенту попытаться найти в ней какие-либо яркие и запоминающиеся факты. В любом случае консультация специалиста поможет найти индивидуальные пути улучшения памяти.

Многие люди сейчас увлекаются одной из самых модных современных логических игр, которая называется судоку. Это очень занимательная и интересная японская головоломка, развивающая внимательность, сообразительность и смысловые или ситуативные ассоциации. Другим больше нравится заучивать стихи или изучать иностранный язык.

Но чтобы не изобретать велосипед, лучше обратиться к нейропсихологу и пройти курс брейн-фитнеса, открывающего резервные когнитивные возможности мозга любого человека.

22. Лечение прогрессирующей формы рассеянного склероза

22.1 Какова тактика лечения прогрессирующей формы РС?

Терапия пациентов с прогрессирующим течением РС всегда ставит серьезные задачи перед врачами. До недавнего времени предпринимались попытки стабилизировать состояние таких пациентов длительными приемами кортикостероидных препаратов. Однако, как показали исследования, такие курсы лечения оказались неэффективными. К тому же у пациентов развивалась стероидная зависимость, а после прекращения терапии состояние ухудшалось, что связано с выраженными изменениями в иммунной системе.

Это дало основание применять пациентам с прогрессирующим течением РС иммунокорректоры и иммуностимуляторы. К таким препаратам относятся: фенамин, элеутерококк, витамины группы В и Е, аскорбиновая кислота, дибазол, пентоксил, метилурацил, нуклеинат натрия. Эти препараты рекомендуется применять данным пациентам курсами 2–3 раза год для замедления процесса инвалидизации.

Препараты интерферона-бета помогают в основном тогда, когда на фоне прогрессирования заболевания сохраняются обострения. При вторично-прогрессирующем течении в основном используется митоксантрон, о нем уже говорилось ранее. Недавно в одном из клинических исследований препарат окрелизумаб продемонстрировал эффективность при прогрессирующем течении РС.

Имеются убедительные данные о целесообразности назначения бетаферона для лечения вторично-прогрессирующей формы РС. Пациентам вводится препарат в дозе 8 млн. МЕ подкожно через день в течение 2 лет. Бетаферон увеличивал период до наступления стойкой инвалидизации на 9–12 месяцев. Отмечены положительные результаты у таких пациентов после трансплантации эмбриональных стволовых клеток.

В имеющихся в печати сообщениях пока нет указаний на исследования, которые приведут в ближайшее время к прорыву в лечении этой группы пациентов.

23. Дополнительные методы лечения рассеянного склероза

23.1 Как использовать энтеросорбцию в домашних условиях?

Мне предлагают пить уголь, чтобы не было обострений. Это действительно имеет смысл?

Да, это хороший и дешевый метод профилактики обострений РС. Обычно используют волокнистый угольный энтеросорбент (или другой сорбент), обладающий высокой всасывающей способностью. Как показало наблюдение за группой

пациентов в течение 15 лет, которые принимали сорбент курсом по 10–15 дней 1 раз в 6–12 месяцев, у них достоверно снижалась частота обострений. Механизм такого эффекта прост: из организма выводятся аутоантитела, антигенные комплексы, другие токсические вещества на той стадии, когда еще нет обострения. Такая профилактика продлевает период трудоспособности пациента, приостанавливает прогрессирование неврологических симптомов, обладает свойством иммунокоррекции, может применяться в домашних условиях, не дает никаких осложнений и не имеет противопоказаний.

23.2 Как применяют вазопрессин?

После экспериментальных исследований отечественными учеными установлена возможность использования для лечения пациентов в стадии затухающего обострения и ремиссии давно известного препарата вазопрессина. В медицинской практике он применяется давно для лечения других заболеваний. Как выяснили авторы, это средство положительно влияет на восстановление двигательных функций: увеличивался объем произвольных движений, мышечная сила, снижался мышечный тонус, восстанавливалась чувствительность, что позволяло частично восстанавливать социально-трудовые навыки. Препарат можно использовать, вводя его в нос, курсами по 2 дня с последующим 2-дневным перерывом в течение 1,5–2 месяца.

23.3 Что такое нейропротекция?

Врач назначает некоторые давно известные препараты, говоря, что они тоже помогают. Это действительно так?

По мнению ряда ученых, это новое направление в лечении РС. В настоящее время активно изучаются механизмы развития дегенеративных (повреждающих) изменений в нервных клетках, волокнах, в сосудах и других тканях организма при РС, т.к. имеется отчетливая связь между активностью процесса и изменениями в клетках нервной ткани. Помимо демиелинизации и гибели олигодендроцитов при РС повреждаются клетки эндотелия (внутреннего слоя мелких сосудов), которые теряют способность поддерживать целостность гематоэнцефалического барьера. Несмотря на некоторые успехи в терапии заболевания, пока не удается существенно затормозить прогрессирование разрушительного процесса в нервной ткани. Поэтому важно добиться остановки или хотя бы замедления прогрессирования демиелинизации и дегенерации нервных клеток и аксонов, предупреждая тем самым атрофию мозга. К сожалению, пока нет четкой картины механизмов развития РС, трудно добиться мощного успеха. Пока ясно, что ни пульс-терапия кортикостероидами, ни иммуномодулирующая терапия не останавливают разрушительный процесс в нервных тканях. В поисках возможных вариантов специалисты пробуют использовать антиоксиданты (вещества, способные тормозить окисление), блокирующие процесс неспецифического повреждения нервной ткани. Существует много веществ с антиоксидантной активностью — это ферментные, белковые, витаминные соединения. Это витамины А, Е (токоферола ацетат), С, бета-каротин, это препараты Гинкго билобы, селенсодержащие вещества, коэнзим Q (убихинон), ацетилцистеин, никотинамид, мексидол, карнитина хлорид, природные комплексы типа препарата чаванпраш, танакан и др.

Некоторые исследователи считают, что эта терапия должна проводиться как на фоне модулирующей терапии для потенцирования ее действия, так и в случаях, когда назначение иммуномодуляторов невозможно. Одним из предлагаемых препаратов является трентал. Мощными защитными свойствами обладают цере-

бролизин, цереброкурин, кортексин. Противодействует гибели нейронов и олигодендроцитов семакс, способствует ремиелинизации альфа-липовая кислота (тиогамма).

Ведутся исследования по применению многих других веществ, обладающих защитным для нервных тканей действием. В большинстве своем эти препараты не проникают через гематоэнцефалический барьер, что снижает их терапевтические возможности.

К нейтропротекторам, специфичным для РС, в настоящее время относят современные препараты бинарного прометаболического и нейротрофического действия, а именно лаквинимод (разрешен к применению в РФ с 2013 г.) и пано-клар (разрешен к применению в РФ с 2015 г.).

23.4 Можно ли вылечить РС с помощью трансплантации гемопоэтических стволовых клеток?

В прессе захлебываются от перспективы излечения РС с помощью трансплантации стволовых клеток. Это действительно так?

Сегодня большие надежды возлагаются на аутологичную трансплантацию гемопоэтических стволовых клеток (АТСК) при РС. Экспериментальные исследования показали, что если провести соответствующую терапию с последующей трансплантацией костного мозга или периферических стволовых кровяных клеток (ГСК), то, возможно, можно добиться радикального оздоровления лимфатической системы от патологического клона Т-лимфоцитов, а затем реконструировать нормальную иммунную систему. Оптимальным клеточным материалом для терапии РС на сегодняшний день являются аутологичные ГСК периферической крови. Напомним, что стволовыми называют неспециализированные клетки, способные многократно делиться и образовывать различные типы клеток. Из них и идет построение всех клеток организма. Та часть стволовых клеток, из которых могут образовываться различные клетки крови, называется кровяными стволовыми клетками. В норме они в небольшом количестве содержатся в красном костном мозге — кровяной ткани, присутствующей в тазовых костях, грудины, позвонках и т.д. Заметим, что для этой программы берут только аутологичные стволовые клетки, т.е. получаемые от самого пациента.

Результаты первых трансплантаций аутологичных ГСК, выделенных из периферической крови, при РС были впервые опубликованы в 1997 г. С тех пор было произведено немало трансплантаций в различных центрах Европы и США. В подготовительный период проводят терапию с целью подавления клеточного иммунитета.

Представители центров, где внедрен в практику этот метод лечения, отмечают, что трансплантация, выполненная у молодых пациентов с быстро прогрессирующим течением на ранних стадиях болезни, позволяет остановить процесс на многие годы и предотвратить формирование инвалидизации пациентов. В то же время она не показана пациентам с далеко зашедшими стадиями РС, у которых функции движения, мочеиспускания, опорожнения кишечника необратимо утрачены. Проведенные иммунологические исследования свидетельствуют о наличии высокого воспалительного потенциала в сыворотке крови и накоплении аутореактивных лимфоцитов, что может в перспективе привести к обострению РС.

Наиболее оптимистичными выглядят материалы, представленные специалистами центров, где проводятся эти операции. В то же время имеются данные о высокой (до 10%) летальности при осуществлении этой методики. К тому же

ряд ученых считают, что подобная манипуляция не дает возможности компенсации тех серьезных изменений, которые уже имеют место в организме, хотя в ряде случаев и может остановить дальнейшее разрушение миелиновых оболочек и развитие комплекса патологических симптомов. Следовательно, пока нельзя рассчитывать на полное излечение с помощью этого метода. Ведущие специалисты страны считают, что в связи с высокой вероятностью развития серьезных побочных эффектов трансплантации стволовых кровяных клеток следует проводить, как правило, при злокачественных, быстро прогрессирующих вариантах течения РС при отсутствии эффекта от комбинированной иммуносупрессивной терапии. Таким образом, хотя и показана перспективность данной технологии в лечении РС, необходимы дальнейшие многолетние исследования, которые позволят определить место этого метода лечения в клинической практике. Истинную эффективность метода можно будет оценить только спустя десятилетия. А пока и сами пациенты, и их родственники дают согласие на такую дорогостоящую терапию от безвыходности положения и от отчаяния. Вероятно, за этим методом большое будущее, но сегодня следует временно воздержаться от недостаточно обоснованной рекомендации широкого проведения пересадки стволовых клеток.

23.5 Лучше ли стволовые клетки из собственной жировой ткани?

В интернете сообщают об использовании жировых клеток для лечения РС. Есть ли положительные результаты?

В прессе действительно появилось сообщение, посвященное предварительным результатам лечения РС стволовыми клетками из собственной жировой ткани пациентов. В отличие от трансплантации стволовых кровяных клеток, получаемых из крови, пересадка которых требует массивного подавления иммунитета, описанный метод не требует такой предварительной подготовки, а жировая ткань может быть получена с помощью обычной липосакции (вакуумного удаления подкожного жира после его механического или ультразвукового разрушения). Впрочем, этот метод, как и многие другие, требует длительных исследований прежде, чем будет принято решение о его широком применении.

23.6 Каковы перспективы трансплантации эмбриональной нервной ткани?

В последние годы активно разрабатывается принципиально новый подход к лечению большой группы заболеваний ЦНС, связанных с повреждением нервных тканей, получивший в литературе название «нейротрансплантация эмбриональной нервной ткани» (НЭНТ). На сегодняшний день считается, что у человека существует несколько иммунологически «привилегированных» мест, введение трансплантатов в которые не вызывает отторжения. К ним относятся: ЦНС, нервные стволы, костный мозг, семенники, передняя камера глаза. Считается также установленным, что НЭНТ не вызывает ни воспалительных, ни опухолевых процессов и представляет опасность для реципиента не более, чем обычная хирургическая операция. Впрочем, по этому поводу имеются и возражения ряда ученых.

Обычно пересадку делают в строго определенное место мозга реципиента, руководствуясь атласом мозга. Трансплантацию производят внутрь паренхимы мозга, на поверхность мозга или в полости желудочков мозга либо искусственно сделанные полости в мозге. При правильно проведенной операции трансплантаты приживаются в 80–95% случаев. Обычно эти операции проводят при тяжелых формах болезней, не поддающихся традиционным формам терапии. Анализ операций НЭНТ, проведенных в одной из отечественных клиник, показал отчетливый кли-

нико-физиологический эффект в 84% наблюдений. Выявлено, что НЭНТ в ранние сроки после операции способствует нормализации иммунологических показателей в 69% наблюдений, что может служить одним из прогностических критериев оценки эффективности лечения.

Полученные результаты свидетельствуют об эффективности использования трансплантации эмбриональной нервной ткани головного и спинного мозга человека в лечении различных нозологических форм неврологических заболеваний, в том числе РС, и открывают, наряду с традиционным медикаментозным лечением, возможности клинического применения этого метода.

В последние годы обсуждается возможность пересадки миелообразующих клеток в очаги демиелинизации. Возможно использование предшественников глиальных клеток, получаемых из эмбриональных стволовых клеток. Пока говорить о клиническом внедрении метода рано.

23.7 Перспективен ли метод лечения РС с помощью стволовых клеток, полученных из собственного костного мозга?

В Израиле в течение нескольких лет проводится клиническое испытание нового метода лечения РС с помощью стволовых клеток, полученных из собственного костного мозга. Из бедренной кости больного берут вытяжку костного мозга, содержащую некоторое количество стволовых клеток. Затем эти клетки отделяют и помещают в специальную среду, где они начинают делиться. Когда количество стволовых клеток достигает примерно 50 миллионов, полученную культуру вводят в спинномозговой канал пациента.

До того, как приступить к клиническим испытаниям, исследователи применяли метод для лечения лабораторных мышей с искусственно смоделированным рассеянным склерозом. У мышей лечение дало прекрасные результаты: дегенерацию нервных окончаний удалось практически полностью остановить.

Для первых клинических испытаний были отобраны пациенты, которым не помогали другие методы лечения. Одна из главных целей этого этапа, помимо попытки помочь безнадежно больным людям, заключалась в выяснении возможных побочных эффектов и осложнений нового метода. Существенных побочных эффектов врачи пока не обнаружили, кроме незначительного повышения температуры и головных болей.

По этическим причинам исследование проводилось без контрольной группы. Теперь врачи ждут разрешения Хельсинкского комитета минздрава на расширение масштаба исследования. Следовательно, до окончательного решения предстоит провести длительное изучение результатов и отдаленных последствий данного лечения.

23.8 Прививки против РС?

Если, возможно, РС связан с вирусами, значит можно придумать вакцины против него?

Обсуждая лечение обострений, мы заметили, что различные эфферентные методы позволяли эффективно справиться с атаками болезни, но не оказывали выраженного действия на предупреждение последующих обострений болезни. Вместе с тем в настоящее время разработаны принципиально новые методы лечения аутоиммунных заболеваний, одним из которых, по мнению ряда ученых, является метод Т-клеточной вакцинации. Суть его заключается в индукции иммунных реакций, направленных против аутоиммунных Т-лимфоцитов, ответственных за развитие заболевания (разрушение миелина), что позволяет акти-

визировать естественные механизмы контроля над аутоиммунными процессами и избирательно подавить патологические иммунные реакции. Опыт применения в ряде российских центров Т-клеточной вакцины, не имеющей противопоказаний и побочных эффектов, позволяет надеяться, что данный метод получит большее распространение при внедрении соответствующих технологий. Однако многие ученые относятся к этим попыткам сдержанно. Эксперименты по поиску вакцин, позволяющих снизить риск заболевания или повлиять на течение РС, продолжаются.

23.9 Какие есть перспективные методы иммунотерапии РС?

В интернете чуть ли не каждый день описывают новые препараты, воздействующие на иммунитет. Есть ли уже препараты, альтернативные тем, что используют официально?

Безусловно, можно встретить массу сообщений в средствах массовой информации. Так, например, в настоящее время ведутся исследования в области разработки и возможности применения при РС агентов, блокирующих передачу информации с антиген-презентирующих клеток на лимфоциты, нейтрализующих антител к поверхностным рецепторам Т-клеток, препаратов, имитирующих фрагменты тримолекулярного комплекса. Большое внимание привлекают возможности генноterapiи и использование ростовых нейротрофических факторов, способствующих регенерации нервной ткани. Но говорить о практическом внедрении этих средств пока рано.

23.10 Как применяют иммуноглобулины при РС?

Можно ли ждать от этого метода прорыва в лечении РС?

Внутривенное введение высоких доз иммуноглобулинов (ВВИГ) широко используется для лечения ряда аутоиммунных и инфекционных заболеваний, в том числе в неврологической практике. В последние годы несколькими группами исследователей, в том числе российскими, изучается возможность применения данного метода лечения у больных РС. Механизм действия человеческого иммуноглобулина связан с его способностью подавлять аутоиммунный процесс при РС и ускорять ремиелинизацию благодаря стимуляции роста дендроцитов, синтезирующих новый миелин. Несмотря на неоднозначность, а часто и противоположность результатов исследований, обращают на себя внимания данные отечественных ученых, которые сделали вывод о том, что внутривенное введение высоких доз иммуноглобулинов обладает высокой клинической эффективностью (снижает число обострений и скорость прогрессирования РС), уменьшает величину отека при МРТ и содержание свободных липидов вокруг очагов демиелинизации.

Согласно Протоколу ведения больных «Рассеянный склероз», иммуноглобулин человека может быть рекомендован для снижения частоты и выраженности обострений, замедления прогрессирования инвалидизации больного (уровень убедительности доказательств В). Препарат может быть назначен следующим группам больных: пациентам детского возраста, женщинам, планирующим беременность, и в период лактации; при плохой переносимости интерферонов бета и глутарамера ацетата.

Сейчас в лечебную практику внедряются внутримышечные иммуноглобулины (ВМИГ). Имеются обнадеживающие результаты, достигнутые некоторыми отечественными специалистами. Накапливается опыт, исследования продолжаются. Заметим, что далеко не все ученые согласны с полученными заключениями.

23.11 Препарат натализумаб (тизабри) — новый принцип действия?

Я слышала, что для профилактики рецидивов РС начали применять натализумаб. Это новое слово в лечении заболевания?

Поиски новых методов иммуномодулирующей терапии РС привели к исследованию ряда препаратов, применяемых ранее в лечебной практике, и созданию новых аналогичных средств. Первые испытания проводили с препаратом натализумаб, созданным на основе человеческого моноклональных антител, которые уменьшают проникновение иммунокомпетентных клеток через гематоэнцефалический барьер. Выяснилось, что он способствует уменьшению числа мозговых поражений и снижает вероятность обострения таких заболеваний, как ревматоидный артрит, болезнь Крона и, как оказалось, рассеянный склероз. Все эти заболевания относятся к классу аутоиммунных болезней, при которых из-за нарушения работы иммунной системы иммунные клетки Т-лимфоциты атакуют не чужеродные, как это положено, а собственные клетки организма, приводя к их гибели. Препарат выборочно блокировал лимфоциты, прилепляющиеся к клеткам различных органов, которые они пытаются атаковать. В 2004 году препарат под новым названием тизабри (натализумаб) был одобрен в США как средство для предотвращения рецидивов РС. Он включен в перечень препаратов Программы 7 ВЗН.

Если лучше познакомиться с препаратом, то его можно представить как «рекомбинантное гуманизованное моноклональное антитело». Более подробное, чем представлено выше, описание механизма действия этого препарата может смутить любого непосвященного читателя. Нам, однако, важно, что он подавляет развитие и воспалительную активность активированных клеток иммунной системы. Проведенные исследования показали высокую эффективность лечения натализумабом пациентов с ремиттирующим рассеянным склерозом как в качестве монотерапии (только одним этим препаратом), так и в комбинации с интерфероном бета 1а (авонексом), вводившимся 1 раз в неделю внутримышечно. Исследователи отметили значительное снижение частоты обострений, в частности у пациентов с высокой активностью РС, риска прогрессирования заболевания и количества новых очагов на МРТ, при этом комбинация натализумаб+интерферон бета 1а оказалась намного более эффективна, чем лечение одним интерфероном бета 1а. Преимуществом натализумаба перед другими средствами для профилактики рецидивов РС является однократное введение в месяц, недостатком — внутривенный способ введения.

Как отмечает ряд исследователей, лечение натализумабом может способствовать регенерации и стабилизации миелина в ЦНС, улучшает состояние пациентов, уменьшая неврологические проявления, повышая качество жизни и снижая выраженность когнитивных нарушений и патологической утомляемости. Нельзя, однако, обойти тот факт, что почти у 25% пациентов, получавших лечение препаратом, встречаются побочные эффекты. С разной степенью частоты могут быть головные боли, головокружение, кожный зуд, крапивница, астения, озноб, тошнота, рвота, тремор, ощущение холода, повышение температуры тела, кожный зуд, одышка, тревога, тахикардия, мышечные боли, повышение давления. Возможны отдаленные побочные эффекты: инфекции мочевыводящих путей, вагинальные инфекции, пневмонии, тонзиллиты, герпетические инфекции. Наиболее тяжелым побочным эффектом применения тизабри может быть прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия — очень тяжелое заболевание, о котором осведомлены все специалисты, занимающиеся этим препаратом. Это тяжелое вирусное поражение мозга, появляющееся у людей с ослабленной им-

мунной системой. С начала использования препарата существуют строгие показания к его назначению, при этом обязательным является клинический контроль над ходом лечения и своевременным назначением МРТ. Имеются данные, что измерение уровня интерлейкина-21 в крови пациентов с РС до начала лечения может помочь в выявлении группы пациентов с высоким риском развития аутоиммунной патологии. Наличие осложнений требует дальнейших исследований с целью создания более «чистого» препарата. Специалисты считают, что, несмотря на возможный прорыв в создании более эффективного средства для лечения РС, тизабри является препаратом второй линии и предназначен в качестве монотерапии для тех пациентов, у которых не был отмечен адекватный ответ на лечение другими средствами, что связано с серьезными опасениями по поводу безопасности данного препарата. Результаты новейших исследований американских ученых говорят о том, что риск развития прогрессирующей мультифокальной лейкоэнцефалопатии у пациентов с РС, получавших терапию натализумабом (тизабри), оказался значительно ниже, чем предполагалось ранее. Существует ряд других препаратов этой группы — мабтера (ритуксимаб), алемтузумаб (лемтрада), отличающиеся тем, с чем они взаимодействуют.

23.12 Лечим РС противовирусными препаратами?

Есть ли смысл лечить РС противовирусными препаратами?

Мы уже обсуждали вопрос происхождения РС и были вынуждены согласиться, что пока нельзя назвать какой-либо конкретный вирус виновником болезни (см. 16.1 Существует ли возбудитель заболевания?). Вместе с тем результаты наблюдений ряда ученых показали, что у некоторых пациентов проведение пульстерапии кортикостероидами оказывается неэффективным, а порой вызывает ухудшение состояния больного с нарастанием неврологической симптоматики и тяжести обострения, что может быть связано с активной герпес-вирусной инфекцией. Именно поэтому в период как первичной диагностики РС, так и обострения рекомендуется проводить специальное исследование крови и ликвора для подтверждения реактивации вирусов герпес-группы. Ученые считали возможным назначение в таких случаях специфической противовирусной терапии с применением зовиракса внутривенно капельно либо вальтрекса перорально. В случае признаков реактивации Эпштейна–Барр вирусной инфекции после курса противогерпетической терапии рекомендуется введение специфического иммуноглобулина (вирабина).

Ученые пытаются также экспериментировать с уже известными препаратами, применяемыми для лечения вирусных заболеваний. Пришла очередь рибавирина и тиазофурина. В проведенном тестировании на животных сочетание этих препаратов усиливало или ослабляло пролиферацию аутоиммунных Т-лимфоцитов, которые способны разрушать миелин нервных волокон и приводить к развитию РС. В испытаниях удалось уменьшить клинические проявления и продолжительность заболевания, индуцированного у животного. Эти результаты являются перспективными для дальнейших изысканий лечебных средств и их комбинаций в терапии РС. Планируется также исследование противовирусного препарата валомацикловир для дополнительного лечения РС, поскольку он активен в отношении вируса Эпштейна–Барр и других герпес-вирусов, которые могут играть важную роль в развитии РС. Некоторые специалисты назначают фамвир — противовирусный препарат, который активен против вирусов герпеса человека. Надо полагать, что вопрос применения противовирусных препаратов требует дальнейшего изучения.

23.13 Надо ли лечиться большими дозами антибиотиков?

Если РС — воспалительное заболевание, значит, могут помочь антибиотики?

Существует давняя мечта пациентов с РС: найти бактерию или вирус, чтобы можно было вылечить заболевание окончательно антибиотиками. Нельзя сказать, что такие попытки не проводились, но пока особого эффекта не приносили. Уже пытались лечить возможный боррелиоз или хламидии, но и это не дало результата. В последние годы появились сообщения ученых, что замедлить развитие РС может прием антибиотиков, в частности доксициклина. В исследовании принимали участие пациенты, у которых, несмотря на лечение, наблюдалось увеличение частоты и продолжительности периодов обострения болезни. В течение четырех месяцев участники исследования в дополнение к бета-интерфероновой терапии принимали по 100 мг антибиотика доксициклина. В конце каждого месяца они проходили обследования на МРТ. Как отмечают авторы исследования, эффективность доксициклина и других антибиотиков тетрациклинового ряда может объясняться их способностью блокировать активность некоторых ферментов, участвующих в разрушении миелиновой оболочки нервных клеток. Еще одним немаловажным достоинством доксициклина является относительная дешевизна этого лекарства. Однако немало и противников этой идеи, ибо и без этого достаточно причин для развития устойчивости микробов и возникновения новых «злых» штаммов микробов.

23.14 Применяется ли при РС энзимотерапия?

Мне врач рекомендует принимать таблетки флогензима. Зачем он мне нужен?

Мы уже упоминали, что применение ряда препаратов позволяет ограничить повреждение структур головного и спинного мозга (см. 18.6  Как применяются в терапии обострений другие препараты?). В литературе описано иммуномодулирующее действие препаратов оральных энзимов (в состав которых входят гидролитические ферменты животного и растительного происхождения) при различных аутоиммунных заболеваниях, таких как системная красная волчанка, ревматоидный артрит, синдром Рейтера и другие. Многие специалисты считают оправданным назначение энзимов (ферментов) в общем комплексе лечения РС.

С этой целью проводились исследования для оценки эффективности флогэнзима в зависимости от типа течения заболевания. Препарат назначался по 3 таб. 3 раза в день в течение 20 дней в комплексе с традиционной терапией (десенсибилизирующие, ноотропные, антихолинэстеразные средства, витаминотерапия). Затем лечение флогэнзимом продолжалось в амбулаторных условиях. Исследователи пришли к выводу, что наилучшего эффекта достигли при ремиттирующем типе течения РС с умеренно выраженным неврологическим дефицитом. Препарат уменьшает выраженность неврологических симптомов, увеличивает продолжительность ремиссий, положительно влияет на зрение, двигательную функцию, координацию, нормализует функциональные нарушения органов таза. Как отмечают авторы, при прогрессирующем течении заболевания и при высокой степени тяжести эффект был менее выражен, а порой терапия была малоэффективной.

Отечественные ученые провели лечение флогэнзимом в течение 12 месяцев 30 пациентов (20 женщин и 10 мужчин), получавших ежедневно стандартную дозу препарата (по 2 таб. 3 раза в день). Во всех наблюдениях диагноз РС был установлен как достоверный согласно критериям Позера. Длительность заболевания составляла от 7 до 14 лет. У 19 пациентов тип течения был определен как ремиттирующий, а у 11 — вторично-прогрессирующий (в начальной стадии перехода в прогрессирующую форму). Все пациенты были ходячими, в возрасте от 29 до 53 лет. Сте-

пень инвалидизации по шкале EDSS (расширенная шкала инвалидизации) до начала лечения составляла от 3 до 6 баллов. Обязательным условием для включения в опытную группу было наличие не менее двух обострений за последние 2 года, а также не менее 3 месяцев после последнего обострения. При оценке клинической эффективности применения флогэнзима было показано достоверное замедление прогрессирования инвалидизации по шкале EDSS, в то же время снижение частоты обострений хотя и наблюдалось в опытной группе, но было недостоверным. Исследователи считают, что полученные ими данные свидетельствуют о перспективности применения препаратов оральных энзимов в терапии рассеянного склероза. В настоящий момент ими проводится исследование, целью которого является разработка и оптимизация практических критериев назначения препаратов оральных энзимов пациентам с РС при различных стадиях и формах заболевания, а также в зависимости от фоновых иммунологических показателей.

23.15 Каковы перспективы применения метаболической терапии?

Мне врач рекомендовал прием препарата «Стресском». Какова польза от его применения?

В последние годы в комплексном лечении пациентов с РС достаточно широко применяется метаболическая терапия, способствующая регенерации пораженной ткани и поддержанию баланса в иммунорегуляции. Применение стандартных схем метаболических препаратов разных групп (ноотропов, антиоксидантов, адаптогенов, витаминов и др.) широко распространено, хотя их эффективность при РС и не доказана в контролируемых исследованиях.

В связи с этим большой интерес представляет поиск новых средств метаболической терапии РС (в том числе препаратов традиционной восточной медицины, еще не получивших в России и странах Запада широкого распространения).

В одной из отечественных клиник проведено исследование аюрведического фитопрепарата «Стресском», который назначался 15 пациентам с достоверным РС. Препарат представляет собой капсулы, содержащие по 300 мг сухого экстракта корней ашвагандхи (*Withania somnifera*), высокую биологическую активность которых связывают со значительным содержанием фитостероидов, лигнанов, флавоногликозидов, а также особых азотистых соединений, называемых витанлоидами (сомниферин и витаноном). По представлениям аюрведической медицины, ашвагандха обладает широким спектром действия на человеческий организм и может использоваться как «расаяна», то есть растение с выраженным омолаживающим эффектом (адаптоген, ноотроп, антиоксидант, анаболик, иммуномодулятор). Препараты на основе ашвагандхи в последние годы прошли клинические испытания и разрешены к применению в России, США и ряде стран Западной Европы. Отмечено, что переносимость препарата была хорошей. За время наблюдения не было отмечено ни одного случая побочных эффектов. Все пациенты, получавшие «Стресском», отмечали улучшение самочувствия, в том числе уменьшение утомляемости и повышение работоспособности, улучшение сна и нормализацию настроения, уменьшение головокружения и шаткости походки, уменьшение парестезий в руках, одна пациентка отметила значительное уменьшение частоты императивных позывов и снижение тонуса в нижних конечностях. Таким образом, применение препарата «Стресском» у пациентов с РС сопровождалось уменьшением выраженности субъективных симптомов без наличия каких-либо нежелательных эффектов.

Перспективным направлением метаболической терапии РС является применение высокодозных комбинированных препаратов витаминов группы В. В Рос-

сии наибольшее распространение получил «Нейромультивит» (производство фирмы «Ланнахер», Австрия), в состав одной таблетки которого входят: 100 мг тиамин, 200 мг пиридоксина и 200 мг цианкобаламина. Высокая активность препарата связана с комплексным воздействием витаминов, входящих в его состав, на различные звенья развития заболеваний нервной системы. Как считают отечественные специалисты, препарат может применяться при РС как профилактическими курсами — по 4–6 недель весной и осенью (назначается по 1 таблетке 3 раза в день после еды), так и при обострениях заболевания в комплексе с другими препаратами. Он способствует быстрому улучшению субъективного состояния пациентов, регрессу неврологической симптоматики и уменьшению длительности обострения. К достоинствам препарата относятся также отличная переносимость, пероральный способ применения, сравнительно невысокая курсовая стоимость лечения.

23.16 Какова роль БАД при РС?

В печати широко рекламируются БАД. Можно ли применять их при РС?

В последние годы в нашу жизнь широко вошли БАД — биологически активные пищевые добавки. Нет ничего удивительного в том, что они нашли свое место в комплексе мер борьбы с РС. Но, прежде всего, немного об этих добавках. БАД — биологически активные добавки к пище, или, как иногда их несправильно называют, пищевые добавки. Они представляют собой биологически активные вещества растительного, животного или минерального происхождения. Реже их синтезируют химическим путем или получают в результате микробиологического синтеза. Чаще всего в состав БАД входят витамины, минералы, ферменты, незаменимые аминокислоты, углеводы, а также различные биологически активные вещества, которыми богаты растения. Таким образом, биологически активная добавка к пище есть натуральный комплекс, который удовлетворяет потребности человека в необходимых его организму веществах.

Для чего нужны БАД? Все очень просто: в наше время проблема несбалансированного питания стала очевидной. Не останавливаясь на анализе причин данного явления, заметим, что мы не получаем с пищей необходимого количества ценных энергетических и пластических материалов, а также биологически активных веществ. Это и приводит зачастую к нарушениям в работе организма и, как следствие, к развитию болезни.

Говоря о БАД, мы хотели бы охладить тех, кто безрассудно бросается приобретать и принимать препараты, которым активная реклама приписывает чудодейственные качества. Не следует забывать, что РС — специфическое заболевание, при котором прием многих неплохих средств может привести к ухудшению. Напомним, что любой лекарственный препарат проходит многолетнее исследование, прежде чем поступает в аптеки. Да и в этом случае у многих средств немало отрицательных эффектов.

В подавляющем большинстве главным качеством БАД является «укрепление иммунной системы» или «повышение устойчивости организма к инфекциям». Это как раз то, что может стать весьма опасными для больных РС, при котором стимулирование иммунной системы противопоказано.

Как правило, БАД рекламируется как некая «универсальная панацея», при этом сведения об их безопасности и эффективности весьма ограничены. Обычно нет никаких конкретных доказательств их эффективности, зато достаточно много заверений о чудесном выздоровлении больных тяжелыми хроническими заболеваниями.

Немало вопросов по безопасной дозировке и режиму приема рекомендованных средств. Когда речь идет о лекарственных препаратах, то часто уходит немало времени для того, чтобы оценить пользу и риски от приема того или иного количества действующего вещества. Поскольку от производителей БАД не приходится требовать четких данных о свойствах действующего вещества (это ведь не медикамент), то часто люди, следуя за рекламой, стремятся покупать большое количество этих многообещающих средств в надежде на скорое улучшение состояния.

Сложно обсуждать качество БАД. Чаще всего указывается, что в них используются исключительно «натуральные» вещества, причем не обсуждаются секреты их обработки и хранения (без консервантов?).

Разве не удивительно, что многие врачи не рекомендуют пациентам принимать те или иные БАД. За многие годы работы они не раз встречались с горькими последствиями слепого следования недобросовестным обещаниям, спасая больных, выводя их из состояний тяжелейших обострений, развившихся после очередного «эксперимента».

Мы не станем давать характеристику различным группам БАД. Нас интересуют лишь те из них, которые получили распространение в комплексной терапии РС.

В российских клиниках прошли апробацию ряд натуральных пищевых добавок.

1. Антиоксидант ОРС 95+ (пигноленол) состоит из зерен нескольких сортов красного винограда и коры карликовой сосны. Отмечено, что эта добавка способствует связыванию свободных радикалов, разрушающих генетический аппарат клеток, и уменьшению окислительных процессов в организме.

2. Гинкго билоба стала давно популярной добавкой благодаря своим терапевтическим действиям. Она нормализует мозговое кровообращение, восстанавливает память, слух, зрение, речевые и двигательные функции, эластичность сосудов, улучшает проводимость нервных клеток, обеспечивает нормальную продукцию и выделение нейромедиаторов.

3. Глутамин — это натуральный препарат, содержащий аминокислоту глутамин в комплексе с бета-каротином, витаминами В, Е и селеном. Он улучшает обменные процессы в нейронах, обладает сильным антиоксидантным действием, регулирует многие обменные процессы в организме.

4. Лецитин-холин — натуральный экстракт на соевой основе. Он является основным питанием для элементов нервной системы, в том числе входит в состав оболочек нервного волокна. Еще лучше использовать нейролецитин, содержащий суточную потребность фосфатидил-серина, основного вещества, входящего в состав мембран нейронов.

5. Масло примулы вечерней состоит из ряда полезных кислот, способствует синтезу собственных стероидных гормонов, ряда других активных веществ, участвующих в регуляции иммунной защиты.

6. Цинк-глюконат содержит цинк и кальций в оптимальной для усвоения организмом форме. Участвует в важных обменных процессах, в том числе регенерации нервных клеток.

7. Экстракт черники имеет сложный состав, куда входят черника, ряд природных провитаминов. Эта БАД обладает мощным антиоксидантным действием и защитными для сосудов свойствами.

8. Гриб шиитаке используется многими пациентами с РС. Утверждают, что он обладает иммуномодулирующими свойствами, уничтожает вредоносные микроорганизмы, вызывающие воспаления, способствует наращиванию разрушенного миелина. Продолжительность терапии при помощи гриба почти полгода: из-

готовленное средство принимают дважды по 2 месяца с месячным перерывом между ними. В начале курса возможно ухудшение самочувствия, а также диспепсия и головокружения, которые обычно проходят за несколько дней. Способ приготовления средства: мелко молотый гриб шиитаке настаивают на водке или растительном жире (одна упаковка молотого гриба смешивается со 150 мл растительного масла), предварительно разогрев масло на водяной бане до 37 градусов. Приготовленную смесь выдерживают 2 ч при комнатной температуре, а затем держат в холодильнике 5 суток. Для придания приятного вкуса можно добавить траву чабреца. Перемешав смесь до однородности, принимают по 1 ст. л. утром и перед отходом ко сну на пустой желудок. После употребления следует 30 мин. воздерживаться от приема пищи.

9. Мейши. Имеются указания по применению при РС натурального препарата, в состав которого входят специально обработанные грибы шиитаке и мейтаке. Считают, что они повышают противовирусный иммунитет. Средство принимается по 1 капсуле 2 раза в день в течение 1 мес., затем по 1 неделе с недельными перерывами в течение полугода.

10. В дополнение к водорастворимым формам существует жирорастворимая форма витамина С — аскорбилпальмитат. Этот препарат имеет свойство накапливаться в жировых тканях и использоваться по мере необходимости. Также аскорбилпальмитат дает синергетический эффект в сочетании с другими жирорастворимыми антиоксидантами, например с витамином Е. Препарат обладает мощным антиоксидантным действием и, попадая в мембраны клеток нашего организма, защищает их от окисления, разрушения и образования токсических радикалов. Он проникает через гематоэнцефалический барьер, чем привлекателен для больных РС.

Нет возможности привести здесь все БАД, о которых пишут в прессе. Отметим, что нет результатов клинических исследований, доказывающих влияние витаминно-минеральных комплексов на течение РС.

Мы советуем во всех случаях, не доверяясь рекламе, посоветоваться со своим лечащим врачом при выборе тех или иных БАД. Каждый человек — хозяин своего здоровья, но лучше, когда он подходит к выбору средств благоразумно.

23.17 Что представляют собой биологически активные препараты линейки «Диэнай»?

В последнее время много пишут о различных препаратах группы «Диэнай». Насколько можно рассчитывать на их эффективность при РС?

Действительно, внимание многих привлекают весьма перспективные разработки отечественных ученых из Новосибирска, представивших биологически активные препараты линейки «Диэнай». Как отмечают создатели препарата, его действующими веществами являются ДНК, выделенная из наиболее древних океанических рыб, и набор иммобилизованных ферментов-протеаз. Комплекс ферментов «Диэнай» разрушает все известные белковые токсины в организме человека. Генетическая память, заложенная в ДНК морских существ, переживших множество геоклиматических катастроф за сотни миллионов лет, поставлена на службу здоровья человека в виде новейшего биорегулятора «Диэнай». Известно, что фрагменты нуклеиновых кислот, входящие в его состав, обладают общестимулирующим, заживляющим, иммуномодулирующим эффектами. Характерно, что эти эффекты развиваются на уровне костного мозга, причем восстанавливаются именно те ростки костного мозга, которые были подавлены. Чрезвычайно важный, недавно установленный новосибирскими биологами и медиками эф-

фект — нормализация углеводного и липидного обмена. Добавление в питание фрагментов очищенных нуклеиновых кислот сопровождается снижением сахара и холестерина в крови, значительным ростом умственной и физической работоспособности, улучшением памяти. По существу, уже через 5 дней после начала приема препарата обмен веществ соответствовал нормам людей юношеского возраста. Обычные биостимуляторы лишь на время улучшают самочувствие, «подхлестывая» центральную нервную систему. «Диэнай» же действует на первопричину болезни, что объясняет многообразие лечебных эффектов. Устранение дефицита естественных регуляторных факторов — комплекса ферментов и нуклеиновых кислот — восстанавливает баланс нервной и иммунной систем, возвращает здоровье кровеносным сосудам, нормализует углеводный и жировой обмена.

Создатели линейки БАД рекомендуют при РС следующую схему:

1. «Диэнай». 1-я неделя: 1 капсула в день, 2-я неделя и далее — 2 капсулы в день. Полную дозу в некоторых случаях можно набирать, начиная с 1/2 капсулы в день, то есть медленнее, чем в представленной схеме. Перерыв 10–14 дней.

2. «Нейростим» принимают по 1–2 капсуле в первой половине дня.

3. «Мидивириин» по той же схеме, как «Диэнай». Перерыв 10–14 дней.

После приема трех биодобавок подряд можно сделать перерыв 1 месяц. Эту схему желательно повторить. Если пациент обездвижен, рекомендуется принимать курсы Хондромарина для профилактики остеопороза. Затем можно постепенно переходить на поддерживающие дозы препаратов.

Попытка одного из авторов уточнить у фирмы-производителя конкретные результаты применения этих БАД при РС не увенчалась успехом. Следовательно, нецелесообразно доверять рекламе, пока не будет конкретных положительных результатов.

23.18 Можно ли ожидать эффекта при приеме нейростима при РС?

Говорят, что при РС особенно эффективен новый препарат нейростим?

Авторы обратились за разъяснениями к П. Г. Мадонову — заведующему клиническим отделом Сибирского центра фармакологии и биотехнологий (руководитель: зам. директора по науке проф. Е. И. Верещагин), Новосибирск.

Одним из интереснейших препаратов линейки «Диэнай» является нейростим. Это БАД, содержащая иммобилизованные на полиэтиленоксиде олигонуклеотиды, полученные из молок лососевых рыб, и экстракт нервных ганглиев кальмара. К настоящему времени нет убедительных статистических данных, свидетельствующих об эффективности нейростима при рассеянном склерозе. Имеется лишь несколько отдельных положительных наблюдений. Однако изученные потенциальные механизмы действия нейростима, проведенные клинические исследования и имеющиеся наблюдения позволяют надеяться, что со временем он займет свое место в комплексе мероприятий по поддержанию здоровья у пациентов с РС.

Какова роль указанных олигонуклеотидов? Прежде всего напомним, что ДНК построена из двух спиралей. Можно создать систему, в которой одна из этих цепей очень сильно укорочена. Вот этот укороченный фрагмент и называется олигонуклеотидом. Ученые всего мира пытаются создавать лекарства строго направленного воздействия на основе этих продуктов, которые позволяют довести медикаменты в предназначенное им место. Перспективно и их использование для разработки тонких диагностических тестов.

Несколько десятилетий назад было сделано потрясающее открытие — собственный мозг является чужеродной тканью, и при прорыве барьера, отде-

ляющего мозг от крови (гематэнцефалический барьер, ГЭБ), к белкам мозга начинают образовываться антитела. Ряд заболеваний мозга (например, рассеянный склероз, хронические аутоиммунные энцефалиты) имеют установленную аутоиммунную природу. Но мало кто знает, что антитела образуются не только к белкам, но и к ДНК. По мере роста организма титр (концентрация) этих антител только увеличивается. Уже возникли предположения: а не является ли старость аутоиммунным заболеванием, вызываемым именно антителами к ДНК? Дальнейшие исследования в этой области смогут дать ответ на вопрос: излечима ли старость? Что касается головного мозга, то антитела к поврежденным структурам мозга образуются быстро и надолго. И наличие аутоиммунной атаки надолго задерживает восстановление мозга после травмы или ишемии, а при значительном повреждении аутоиммунная атака является главной причиной дальнейшей дегенерации мозга. Из этой ситуации, однако, есть выход. В последние годы интенсивно изучается механизм, названный «oral tolerance» или «энтеральная толерантность». Смысл этого феномена в том, что если ввести аллерген в таблетированном виде, то к нему возникает устойчивость и аллергия стихает. Таким образом, появляется возможность целенаправленно воздействовать на этот механизм и, соответственно, подавлять аутоиммунные повреждения ЦНС.

Исследования показали, что ганглиин (набор полипептидов из ганглиев кальмара) обладает защитным эффектом при экспериментальных бактериальных инфекциях, оказывает влияние на гуморальный и клеточный иммунитет. Одним из основных механизмов действия ганглиина является усиление функциональной активности клеток системы мононуклеарных фагоцитов, представляющих физиологическую защитную систему клеток, обладающих способностью поглощать и переваривать чужеродный материал. Поскольку достоверно установлено противовоспалительное, антибактериальное, антигистаминное и анальгезирующее его действие, можно сделать важный для нас вывод — потрясающие возможности нервной ткани кальмаров связаны не со структурными особенностями, а с теми веществами внутри нервных клеток кальмаров, которые обеспечивают устойчивость к неблагоприятным факторам и болезням, а также высокую скорость регенерации. А именно с комплексом регуляторных пептидов (45 полипептидных фракций), хилоидных соединений и малоизученных провитаминов, обладающих защитным, регуляторным, противоионфекционным и противоопухолевым действием. Некоторые из этих соединений уже изучены, большая часть ждет своей очереди, но уже ясно, что наиболее эффективным будет использование этих соединений именно в комплексе.

Эффективность нейростима обусловлена многокомпонентным воздействием. Проведенные исследования позволяют выделить ряд направлений:

- улучшение мозгового кровообращения и устранение препятствия кровотоку благодаря воздействию на надсегментарные структуры мозга;
- снижение аутоиммунных реакций, связанных с образованием антител к ДНК и ряду нейроспецифических белков;
- нормализация обмена веществ и оптимизация тканевого дыхания;
- прямое стимулирующее и восстановительное действие на головной мозг, связанное с нейроспецифическим комплексом из нервной ткани кальмаров;
- устранение хронических депрессий, наличие антистрессорного эффекта;
- восстановление систем детоксикации (очистки) организма благодаря положительному влиянию на печень, лимфатические узлы, сохранению целостности кишечной стенки.

Чем обусловлена эффективность нейростима?

- Экстракт нервных ганглиев кальмара содержит полный набор пластического материала, необходимого для восстановления клеток ЦНС.
- Экзогенные олигонуклеотиды устраняют дефицит олигонуклеотидов в организме, а также стимулируют рост и дифференцировку стволовых клеток.
- За счет иммобилизации на полиэтиленоксиде обеспечивается высокая биодоступность биологически активных веществ.

Столь убедительная теоретическая база, к сожалению, не подтверждена конкретными результатами применения препарата при РС.

23.19 Что представляет собой система цветотерапии «Странник»?

В Северо-Западной ассоциации рассеянного склероза внедрена в практику телемедицинская универсальная компьютерная система «СТРАННИК», предназначенная для оперативной диагностики, лечения и профилактики заболеваний человека.

Этот метод базируется на принципиально новой технологии диагностики и лечения болезней человека на основе исследования функций мозга и особенностей его восприятия цвета и образа. Головной мозг человека накапливает и хранит информацию о клетках, тканях, внутренних органах, представляя ее в виде сигналов. Эта информация всегда отражает не только проблемы отдельного органа, но и его связи с внутренней и внешней средой. Данная система позволяет получать информацию на любом уровне программы управления, изменять эту информацию и позитивно влиять на состояние органов, систем, тканей и целого организма. В процессе лечения «молчащие» нейроны начинают выполнять свои задачи, поэтому человек приобретает больше возможностей для повышения своих ресурсов и восстановления здоровья.

Как же это происходит?

Коррекция проводится с помощью набора электромагнитных волн, подающихся с экрана компьютера в виде изменяющихся цветовых оттенков. Таким образом, формируется адекватная реакция организма на объективную реальность. Количество применяемых цветовых оттенков — более 16 000 000! По результатам диагностики, кроме цвета, индивидуально вычисляется частота пульсации (пульсирующий цветовой набор), геометрическая форма сигнала и длительность воздействия (доза).

Лечение рассеянного склероза должно быть начато как можно раньше, по возможности еще на стадии появления начальных признаков заболевания.

Поскольку РС — заболевание нервной системы, то закономерно применение метода, который работает на улучшение функционирования нервной системы.

Процесс воздействия происходит в домашних условиях на персональном компьютере ежедневно от 15 до 40 минут (для каждого пациента индивидуально). Весь курс состоит из 170–200 сеансов. Сеансы желательно проходить в одно и то же время, в обстановке, исключающей яркий свет, присутствие посторонних людей, шум, другие отвлекающие моменты. Сеанс можно сопровождать приятной музыкой с внешнего носителя, ароматическим дополнением курящихся свечей. Результаты контрольного обследования показали, что все больные РС после проведенного полугодового курса имеют улучшение нейропсихологических функций той или иной степени выраженности.

Показатели, характеризующие скорость принятия решения, особенности восприятия, воображения, памяти и ассоциативного мышления приближаются к границам нормы. Улучшение качества восприятия является условием повы-

шения уровня социальной адаптации и качества жизни. Усиливается внимание к взаимоотношениям и к своему внешнему виду и поведению.

Компьютерная терапия безопасна, не имеет негативных побочных эффектов, с успехом может применяться при рассеянном склерозе на самых ранних стадиях болезни.

23.20 О чем не следует забывать в стадии ремиссии?

Мне доктор назначает различные препараты, которые, как говорит моя родственница, за рубежом не применяют. Для чего это лечение?

Все очень просто. Существует отработанное мировой практикой базовое лечение, которое, вероятно, во многих странах более доступно каждому пациенту. С каждым годом мы приближаемся к разрешению этой проблемы. Вопрос в другом. Как известно, при РС происходят глубокие процессы в нервной ткани, на которые, как считают отечественные специалисты, надо обязательно воздействовать. Поэтому в практику лечения РС включают препараты разнообразного действия, в том числе снижающие побочные эффекты. Нельзя не учитывать, что еще не во всех регионах имеется достаточно возможностей для полноценного лечения, а вероятность попасть в крупные даже региональные центры невелика. Именно поэтому при необходимости применяются апробированные на местах методы лечения. Так, например, для выведения из организма вредных веществ используют переливание плазмы по обычным схемам. Возможно введение реополиглюкина для улучшения показателей крови и восстановления кровотока в капиллярах.

Для активизации гормональной функции организма назначают аскорбиновую кислоту, которая принимает участие в синтезе глюкокортикоидов (ее дозировка варьируется в широких пределах и зависит от состояния больного), этимизол, активизирующий гормональную функцию гипофиза, что приводит к повышению уровня глюкокортикостероидов в крови (он обладает также противовоспалительным и антиаллергическим действием). Некоторые авторы рекомендуют применять даларгин, который нормализует регуляторные белки, является иммуномодулятором, действует на функциональное состояние клеточных мембран и нервную проводимость.

Нет ничего удивительного в том, что в комплекс лечения широко включают препараты, направленные на улучшение обменных процессов в головном мозге и улучшающие мозговое кровообращение. Среди них ноотропил (пирацетам), глютаминовая кислота, солкосерил, церебролизин, никотиновая кислота, ксантинол никотинат (теоникол, компламин), циннаризин, кавинтон. Близким к кавинтону действием обладают трентал, курантил, агапурин.

Продолжаются исследования, чтобы идентифицировать другие подходящие агенты лечебного воздействия (например, антигенспецифические методы лечения, перорального азатиоприна, статинов). Комбинированная терапия с препаратами других механизмов действия может быть эффективной в будущем для обеспечения оптимального лечения, что приведет к замедлению возникновения нетрудоспособности и приблизит к ремиссии и ремиелинизации. Новые данные объясняют и тот факт, что статины, считающиеся лекарствами для снижения уровня холестерина, эффективны при РС, т.к. обладают противовоспалительным действием. Для профилактики появления новых очагов демиелинизации у женщин назначают эстрогены (эстриол). В основу такой терапии положено известное клиническое наблюдение: в третьем триместре беременности прогрессирования РС не наблюдается. Мужчинам для ускорения купирования обострения назначают тестостерон.

Нередко от пациентов можно услышать, что многие «старые» медикаменты назначают бесцельно, лишь бы уйти от применения специализированных препаратов. Это не так, ибо эта терапия имеет смысл, создавая условия в организме для улучшения обменных процессов и ликвидации полумок в иммунном «хозяйстве».

23.21 Что такое цитамини?

Это пептидные регуляторы натурального происхождения, которые нормализуют и поддерживают деятельность органов и систем человека, повышают сопротивляемость организма к воздействию неблагоприятных факторов, что помогает поддержанию здоровья, красоты и активности на долгие годы. Они выделены по уникальной производственной технологии из органов и тканей здоровых животных и представляют собой комплексы белков (пептидов) и нуклеиновых кислот, включающих физиологические концентрации минеральных веществ, микроэлементов и витаминов в легкоусвояемой форме.

Эта группа препаратов (17 производных) разработана коллективом ведущих ученых ряда медицинских учреждений Санкт-Петербурга. Создатели этой серии цитамини наделяют их уникальными свойствами. Заметим, что они не относятся к лекарствам, являясь группой различных БАД и принимаются в виде таблеток.

Имеется ряд работ, показывающих, что применение цитамини у группы больных с рассеянным склерозом привело к явному клиническому результату, подтвержденному современными иммунобиохимическими методиками.

При рассеянном склерозе авторы рекомендуют принимать основные препараты (церебрамин, вазаламин, эпифамин) и дополнительные (тирамин, супренамин, гепатамин, панкрамин). Мы не станем останавливаться на дозировке и сроках применения препаратов, т.к. не нашли результатов долгосрочных исследований с положительным исходом.

Известно, что Северо-Западная ассоциация РС закончила разработку программы перманентной иммуно-эндокринно-метаболической биорегуляции ремиттирующего рассеянного склероза у детей и молодежи и приступила к ее реализации для обеспечения длительного ремиссий заболевания под контролем нормализации содержания сывороточного ФНО-альфа и удержания продукции ИФН-гамма на низком уровне.

Комбинация «амиксин+цитамини» является высокоэффективным контрагентом сочетания генно-инженерного препарата бетаинтерфероновой ряда и синтетического полиаминового коктейля типа копаксона.

23.22 Есть ли возможности восстановления миелина при рассеянном склерозе?

Одним из перспективных направлений в лечении рассеянного склероза является разработка методов восстановления миелина (ремиелинизация). В норме клетки — предшественники олигодендроцитов дифференцируются в зрелые шванновские клетки и восстанавливают миелин, поврежденный в процессе жизнедеятельности организма. Процессы ремиелинизации при РС замедляются, что не позволяет ЦНС полностью восстановиться между атаками заболевания.

Недавно опубликована работа коллектива авторов из США, в которой показано, что основным веществом, замедляющим ремиелинизацию в очагах демиелинизации при РС, является молекула эндотелин-1, которая экспрессируется активированными астроцитами в очагах воспаления. Эндотелин-1 стимулирует белок Notch, который ингибирует превращение незрелых олигодендроцитов

в шванновские клетки. Ученые продемонстрировали, что фармацевтическое блокирование эндотелина-1 может значительно улучшать ремиелинизацию и способствовать полному восстановлению миелина при РС.

23.23 Как помочь улучшить ходьбу больным с рассеянным склерозом?

Американская Ассоциация по надзору над продуктами питания и лекарствами (FDA) одобрила препарат, позволяющий пациентам, страдающим РС, быстрее и лучше передвигаться. Речь идет о препарате Амруга (дальфампридин). В ходе клинических испытаний больные с РС продемонстрировали улучшение в скорости ходьбы по сравнению с группой, получавшей плацебо. Специалисты продолжают наблюдение.

Лечение синдрома хронической усталости (СХУ) при рассеянном склерозе

24.1 Как бороться с синдромом хронической усталости (СХУ)?

СХУ страдают и практически здоровые люди. Чем он отличается у больных с РС?

Рассказывая ранее о СХУ, мы отметили значительную распространенность синдрома среди пациентов с РС и сложность его лечения. И здесь хотелось бы еще раз поговорить о его причинах. Признавая, что СХУ — это практически постоянный симптом РС (около 85–90% пациентов), отметим его принципиальное своеобразие. Чаще всего СХУ — это синдром, который появляется у практически здорового человека, у которого не находят патогенетической основы этого явления. Он загадочен и непонятен до сих пор. Как выразился один ученый, «человек попал под машину жизни» и у него нет сил продолжать жить дальше, хотя объективно в организме у него все в порядке. И хотя субъективные ощущения синдрома (физическая и умственная слабость, ухудшающие работоспособность и качество жизни пациента) в обоих случаях схожи, подход к лечению должен быть разным. Ведь при РС ясна причина развития синдрома — снижение скорости проведения нервного импульса из-за демиелинизации. Следовательно, для того чтобы оценить уровень усталости, нужно оценить тяжесть неврологических нарушений данного пациента, т.е. его неврологический статус на сегодняшний день, выраженность изменений на МРТ, уровень когнитивных нарушений, уровень его психологических показателей. Если уровень усталости превышает те объективные показатели, которые должны соответствовать результатам исследований, то можно говорить о СХУ. Это важно для объективной оценки результатов проведенных лечебно-реабилитационных мероприятий.

Выраженность утомляемости может нарастать при усилении спастичности, депрессии, присоединении инфекции, истинных нарушениях сна или при частых пробуждениях вследствие дисфункции мочевого пузыря. Это нарушает сон, не позволяя полноценно отдохнуть, мешает обычной жизнедеятельности. После устранения (или снижения действия) вышеперечисленных нарушений пациента обучают управлению утомляемостью: экономному расходованию своих сил посредством разумного распределения времени и упрощения работы.

Так или иначе, нет ничего удивительного, что появляются все новые разнообразные методы терапии. Это привело нас к выделению этой темы в отдельную главу.

Прежде чем перейти к лечению, следует самому оценить ситуацию, исходя из предложенной анкеты.

1. Есть ли у вас острые или хронические нагрузки?
2. Что вас беспокоит: производственные перегрузки или домашний труд?
3. Как складываются партнерские и сексуальные отношения?
4. Какова ваша жизненная позиция: есть ли склонность к перегрузкам, стремитесь ли вы все делать на 150%? Не звучит ли ваш жизненный девиз: «Я тогда чего-то стою, когда делаю все на высшем уровне»?
5. Как вы решали жизненные проблемы до болезни? Что изменилось сейчас?
6. Есть ли предпосылки к эндогенной депрессии? Как вы спите днем, ночью, нет ли странных идей?
7. Есть ли нарушения концентрации и памяти?
8. Что обнаружено при МРТ? Есть ли наряду с «белыми пятнами» «черные дыры»? Поражен ли ствол мозга, мозолистое тело?
9. Исключены ли другие заболевания, не имеющие отношение к РС (анемия, хронические инфекции, опухоль)?
10. Особенно важно: не принимались ли медикаменты, среди побочных эффектов которых бывает повышенная утомляемость (бетаблокаторы, антиспастические препараты, бетаинтерферон, антидепрессанты)?

После тщательного анализа этого вопросника можно продолжать исследование. Если кто-то имеет выраженные нарушения при ходьбе и значительное количество бляшек в мозге, тогда его утомляемость можно объяснить снижением функциональных способностей мозга, которая усиливается благодаря необходимости преодолевать спастическую мышечную напряженность. Следует признать в таких случаях, что утомляемость является следствием РС и справиться полностью с ней невозможно.

Естественно, следует выделить случаи, связанные со стрессом, например, семейный кризис или депрессия, когда необходимо провести соответствующее лечение. Если повышенная утомляемость связана с каким-то препаратом, например антиспастическим, следует пересмотреть показания к его применению. Во многих случаях можно перейти к мягким методам лечения.

Прежде чем перейдем к медикаментозным методам лечения, поговорим о том, что зависит целиком от самого пациента, который может привлечь на борьбу с СХУ режим дня, диету, фитотерапию, многие восточные традиционные и альтернативные методы. Авторы с удовольствием читали рассказы пациентов о том, как они использовали все возможности для сохранения жизненной силы. Многие пациенты отмечают хороший эффект при применении препаратов кофермента Q10 и аминокислот (L-карнитин, валин, лейцин, изолейцин). И все-таки, учитывая сложность течения заболевания, следует согласовывать с лечащим врачом все свои попытки использовать различные методы борьбы с усталостью.

24.2 Помогает ли разгрузочная диетическая терапия и натуропатия при лечении СХУ?

Какие особенности питания при хронической усталости?

Некоторые ученые рекомендуют пациентам с СХУ обратить внимание на режим питания, использовать разгрузочные дни и даже голодание. На первый взгляд такой подход к питанию может привести к истощению, ибо ограничение

в пище может привести к неприятным ощущениям: нарастает слабость, ноги становятся ватными, хочется лежать, спать, ничего не делать. Но обычно это временное явление, т.к. через несколько дней развивается стадия возбуждения, когда тонус и настроение резко повышаются, и пациенты могут часами гулять на голодный желудок. В период восстановления вначале тонус тоже снижается, затем постепенно становится выше исходного уровня. Однако разгрузочная диетическая терапия подходит не всем. Если реактивность пациента повышена, голодание плохо переносится и не дает эффекта. Вот почему не следует предпринимать этого шаг без консультации с врачом.

Если разгрузочная терапия прошла успешно, после нее переходят на малоуглеводистую диету, которая препятствует росту грибков кандиды. Необходимо принимать бифидумбактерин, ацилакт и другие средства, восстанавливающие полезные кишечные бактерии, также полезны витамины А, В, С, Е и т.д. Натуропатия, и особенно раздельное питание, также вызывает прилив сил, повышает настроение, жизненный тонус. Вопрос о диете при РС обсудим несколько позже. В дальнейшем рекомендуется использовать все методы укрепления организма: бег трусцой, плавание, осторожное закаливание, занятия физкультурой.

24.3 Как использовать травы при СХУ?

Применимо ли лечение травами?

Издавна при повышенной усталости люди применяют тонизирующие, возбуждающие отвары и настои. В данном случае назначение тонизирующих растений является грубой ошибкой, ибо они, наоборот, истощают резервы организма, подхлестывая его функции. Лучше всего на первом этапе лечения использовать общеукрепляющие растения, горечи и успокаивающие травы. Исследовав многочисленные рецепты, ученые пришли к выводу, что рациональнее всего при СХУ назначать иммуностимулирующие, кровоостанавливающие, витаминные, общеукрепляющие, тонизирующие растения. В частности, рекомендуются горечи и эфирно-масличные растения: аир, золототысячник, горечавка, розмарин, дягиль, лопух, базилик, девясил, тимьян, мелисса, лаванда.

Можно применять следующие настой: взять по 1 ч.л. тысячелистника, базилика, лаванды, розмарина, мелиссы и золототысячника, залить 1 л кипятка, настаивать в течение ночи, процедить. Пить по ½ стакана 3 раза в день до еды. Некоторые фитотерапевты указывают на возможность применения таких растений, как алоэ, клевер, лопух, одуванчик, чайное дерево, эхинацея, сарсапелль, фиалка пахучая, кайенский перец, солодка, элеутерококк, гриб рейши, лимонник и т.д.

И опять заметим: прежде чем активно принимать препараты из трав, следует посоветоваться с врачом, ибо РС — заболевание необычное и имеет свои секреты.

24.4 Есть ли гомеопатические средства?

Можно ли избежать приема химических лекарств?

Действительно, пациентам с РС приходится чуть ли не постоянно принимать медикаменты. Естественно желание максимально использовать природные средства. К ним относятся гомеопатические и антропософские препараты, которые хорошо зарекомендовали себя в лечении СХУ. Безусловно, нужен индивидуальный подбор препаратов в зависимости от жалоб и характеристики пациента. Хорошо, если это сделает специалист-гомеопат. Но поскольку такой подход на практике затруднен, то поначалу можно применить дренажные средства — такие как берберис, нукс вомика, окоубака, генциана, гепель, лимфомизот и др.

Не останавливаясь на вопросах дозировок и правил приема, освещенных в специальной главе, выделим гомеопатические препараты, которые наиболее часто применяются при усталости, истощении жизненных сил и других описанных ниже состояниях.

- Аграфис нутанс (гиацинт) — человек ничего не хочет делать, сниженное настроение, все делает через силу, даже упоминание о какой-нибудь нагрузке или усилии способно испортить настроение, появляется раздражение, душевная опустошенность, депрессия; возможны боли в мышцах, суставах, отсутствие аппетита; внутреннее напряжение завершается сравнением себя с «тряпичной куклой».

- Хининум арсеникозум — переутомление, ощущение тяжести в голове, головокружение, головная боль, тревога, беспокойство, бессонница, ощущение нехватки воздуха; слабость в ногах, похолодание конечностей; возможна светобоязнь.

- Ацидум фосфорикум — лекарство для подростков, которых интенсивный рост, физиологическая и психологическая перестройка делает уязвимыми для различных интеллектуальных и психологических перегрузок. Возможны трудности с концентрацией внимания, запоминанием, повышенная утомляемость, головная боль после нагрузок, а также боли в мышцах, суставах.

- Гельземиум — общая слабость, головокружение, дрожание рук, желание покоя и одиночества.

Также рекомендуется применять антропософские препараты:

- Прунус спиноза сумитатум (дикая слива) — истощение всех жизненных сил (физических и психических), нет сил жить дальше.

- Аргентум металликум Д20 — высокая степень перегрузки, воздействие на нервную ткань.

- Каустикум — прогрессирующее истощение нервной системы.

- Станнум Д30 — принимают, чтобы преодолеть общую слабость, усилить эфирное тело.

- Феррум металликум препаратум (Веледа) или Апис/Регина комп (Вала) — при нарушении концентрации внимания, связанной с усталостью.

- Комплексный состав — Магнезиум фосфорикум комп, Стибиум Дб, Арника/ Аурум 2. Эта комбинация препаратов хороша как при депрессии, так физическом и психическом истощении.

24.5 Можно ли воспользоваться методами традиционной восточной медицины?

Сейчас модно увлекаться восточными учениями и единоборствами. Есть ли смысл заниматься этим при РС?

В мире имеется достаточный опыт применения различных восточных учений. В Китае, например, используют для лечения СХУ несколько оригинальных формул, в состав которых входит много лекарственных растительных форм. Описывать их нет смысла, ибо эффект ожидает тех, кому рекомендуют эти средства специалисты, которых у нас в стране немало. Эффективна также укрепляющая иглотерапия, цигун-терапия. Вряд ли вызовет удивление сообщение об использовании йоги при лечении синдрома хронической усталости. Есть ряд поз, способных воздействовать на нейрогуморальную регуляцию организма, оказывая благотворное действие. Некоторые специалисты видоизменили динамические йоговские упражнения (растяжки) и соединили их с медитацией. Уже давно при СХУ используются биоэнерготерапия и терапия Рейки. Однако следует предупредить, что довериться можно только чрезвычайно опытному биотерапевту.

Мы знаем несколько пациентов, не прекращающих заниматься единоборствами по специальной программе, что наполняет их жизнь интересом.

24.6 Минералотерапия при лечении СХУ?

При лечении многих заболеваний применяют минералы. При РС тоже?

Да, давно известны удивительные свойства некоторых минералов. Специалисты могут долго рассказывать о них, а мы лишь упомянем о том, что в качестве иммуностимуляторов можно использовать ношение камней и употребление воды, настоянной на следующих минералах: голубой кварц, изумруд, цитрин, жадеит, яшма, топаз, родохрозит. При истощении эндокринной системы помогают другие минералы: халькавит, кремень, голубой турмалин, сера. Особенно рекомендуют при РС турмалин и малахит.

24.7 Чего можно ожидать от ароматерапии?

При СХУ отмечается умственное истощение, при котором могут помочь масло базилика, лимонной травы, розмариновое и тимьяновое масло. Например, рекомендуется накапать по 9 капель каждого из них в ванну и принимать ее в течение 10–15 минут. Такая ароматная ванна дает мощную зарядку для мозга. Физическое истощение при СХУ характеризуется мышечной усталостью. Здесь лучше помогает массаж со следующими маслами: грейпфрутовым, имбирным, ладановым, коричневым, розмариновым. Для массажа можно взять по 2 мл каждого из этих масел на 50 мл оливкового масла как основы. Наконец, при СХУ наблюдаются общее переутомление и замедленная реакция. В этом случае более эффективна ванна с грейпфрутовым (5 капель), ладановым (3 капли) и розмариновым (3 капли) маслами.

24.8 Что рекомендуют магнитотерапевты при хронической усталости?

Как считают специалисты этого профиля, магниторезонансная терапия вполне уместна. Они рекомендуют ставить магниты на биологически активные точки (БАТ) общего воздействия. Например, магнитные аппликаторы приклеиваются пластырем на тонизирующие БАТ северным полюсом к коже, а на седативные БАТ — южным полюсом. Тем самым они оказывают корректирующее воздействие на нервную, эндокринную систему и иммунитет, способствуют снижению утомляемости, улучшению памяти, повышению способности к концентрации внимания. Кроме того, полезно пить общетонизирующую воду, обработанную обоими полюсами магнита.

24.9 Как влияет цветорезонансная терапия при лечении синдрома хронической усталости?

Обычно при СХУ нужно начинать цветотерапию с голубого или синего цвета. На первый взгляд метод кажется парадоксальным, ведь эти цвета успокаивающие, тормозящие энергетику. Тем не менее, они дают необходимый покой для восстановления перевозбужденной нервной системы, чакр и меридианов. Как только вы убедитесь, что эти системы успокоились, можно гармонизировать их зеленым цветом, а затем и стимулировать оранжевым и красным цветом. По аналогичной схеме делается и иридофототерапия проекционных зон головного мозга на радужной оболочке глаз.

24.10 Как уснуть за 1 минуту?

Я слышала о какой-то технике быстрого засыпания. Она работает?

В китайской медицине выделяют 5 основных причин бессонницы.

1. Чрезмерное психическое напряжение, которое вызывает убывание жизненной энергии и крови, их недостаток в сердце и селезенке, ухудшение питания сердца и блуждание мыслей.

2. Дефицит крови в сердце и чувство беспокойства. Когда вы обеспокоены, вам сложно уснуть.

3. Депрессия, дисбаланс энергии в печени и расстройство сознания вызывают раздражительность и бессонницу. Нервозность и страх приводят к дефициту энергии в желчном пузыре и бессоннице.

4. Неправильное питание плохо сказывается на состоянии селезенки и костей. Несварение нарушает сон, особенно если ужин был непосредственно перед сном.

5. Избыток сырости и накопление слизи и мокроты внушают тревожные мысли, вызывая бессонницу.

Короче говоря, психическое и физическое перенапряжение, физическая слабость, неправильное питание, переизбыток на ночь, несварение снижают жизненные силы и являются причинами бессонницы.

Представленная практика была веками опробована йогами для вхождения в медиативное состояние. Можно использовать этот метод также в стрессовых ситуациях, для того чтобы momentarily успокоиться.

Дыхательная практика 4–7–8

1. Языком коснуться неба за передними верхними зубами.
2. Положить руку на грудь, чтобы контролировать дыхание.
3. Сделать вдох носом на 4 счета.
4. Задержать дыхание и сосчитать до 7.
5. Выдохнуть через полукруглый рот (язык по-прежнему касается неба) на 8 счетов, то есть должен получиться очень длинный выдох со слегка свистящим звуком.

6. Сделать 4–8 повторов.

7. Нередко сразу не получается, поэтому следует неоднократно повторить.

Увеличивать количество повторов следует постепенно, начиная с 2–3, добавляя каждый день по 1 повтору. После выдоха делать произвольный перерыв. Перед сном лучше делать упражнение лежа, а в течение дня сидя или лежа.

Как лучше считать? Быстро или медленно?

Можно считать и быстро, и медленно. Важно считать в одном темпе во время всего выполнения упражнения. Здесь наиболее важно соотношение продолжительности вдоха-задержки дыхания и выдоха: 4–7–8.

Однако при медленном счете эффект от упражнения будет больше!

Эту технику советуют применять не только для засыпания, но при желании покурить, при беспокойстве, при любой стрессовой ситуации. Если при выполнении упражнения вы чувствуете головокружение, то уменьшите количество повторов и попробуйте делать практику в положении сидя, а не лежа.

Что при этом происходит?

Во время тревожного или стрессового состояния идет выброс в кровь адреналина, за счет чего дыхание становится поверхностным и быстрым. При медленном выдохе (а он получается в 2 раза длиннее вдоха), замедляется сердечный ритм и наступает успокоение. К тому же, йогами давно замечено, что при наблюдении за дыханием и за счетом успокаивается и наш разум. Чувство тревоги будет уходить, а тело начнет расслабляться. Эту технику можно использовать как перед самым засыпанием, так и ночью при неожиданном просыпании. Не рекомендуется делать много повторов, лучше не больше восьми. Освоив эту методику для засыпания, можно отказаться от снотворных препаратов навсегда.

24.11 Как лечить синдром хронической усталости?

Многие мои знакомые с РС жалуются на постоянную усталость, но редко кто из них получают лекарственную терапию. Есть ли надежные препараты?

Говорить о «надежных» лекарственных средствах при РС вряд ли уместно, но и нельзя отказываться от борьбы с этим состоянием, которое встречается у 80% пациентов с РС. Патологическая хроническая утомляемость (усталость) определяется как субъективное снижение физической или умственной активности, ухудшающее работоспособность и качество жизни больных и сохраняющееся на протяжении половины дней длительностью более 6 недель. Если еще на начальных стадиях заболевания повторные прохладные ванны и душ могут уменьшить ощущение усталости, то в дальнейшем приходится принимать определенные меры. Поскольку точно не установлен механизм развития указанных изменений, то лечебные средства действуют избирательно. Некоторые авторы говорят об астенизации пациентов с РС, проявляющейся в снижении функциональных возможностей центральной нервной системы (ухудшении работоспособности, психической утомляемости, ухудшении внимания, памяти и т.д.). Опыт ведущих клиник страны позволяет рекомендовать ряд препаратов, хорошо себя проявивших при терапии хронической усталости. Чаще всего применяются амантадин (симметрел), который обладает рядом побочных эффектов (нарушения сна, беспокойство) и пемолин (Tradon). Используют с различным эффектом также модафидил (Vigil), пароксетин, мемонтин, юмекс, флуоксетин (прозак), семакс, сертралин (золофт), нефазодон (серзон), дезипрамин (норпрамин), антагонисты кальция. Хорошим эффектом обладает глицин. Если утомляемость заключается в усилении слабости отдельных мышечных групп при повторяющихся движениях, например ходьбе или письме, то может помочь применение нейромидина. При безмерном чувстве общей усталости, возникающей к середине дня, рекомендуется краткий дневной сон, прием чая или кофе, дозированная физическая активность, амантадин (мидантан, ПК-Мерц, симметрел). Эти препараты более известны как средства для лечения болезни Паркинсона, хорошо переносятся и, кроме того, уменьшают риск заражения вирусными инфекционными заболеваниями; это важно, если учесть, что вирусные инфекции провоцируют обострения РС. Некоторые специалисты считают целесообразным назначить препараты группы ноотропов: фенотропил, церебролизин, элькар, а также психостимулятор модафинил. Предлагается также некоторая стимуляция энергетики, прием витаминов, особенно витамина С, донаторов кислорода (наподобие озона), биодобавок (НАД-Н, коэнзим Q) и т.д. В ряде российских клиник получили хороший эффект при лечении синдрома методом экстракорпоральной гемокоррекции.

Естественно, что помимо медикаментозной терапии для пациентов с РС важно сохранение активного образа жизни и проведение дозированных физических упражнений (чрезмерная физическая нагрузка может усугублять этот симптом). Напомним о необходимости избегать перегревания, которое способствует появлению и усилению симптома утомляемости. Планирование режима дня с обязательными периодами расслабления может существенно уменьшить выраженность синдрома. Оптимизация физического и психического окружения на работе и дома позволяет существенно корректировать имеющиеся нарушения без медикаментов. Целесообразно проведение индивидуальной и групповой психотерапии. Активно используются альтернативные методы лечения.

24.12 Возможна ли профилактика синдрома хронической усталости?

Этот вопрос задают тысячи пациентов с РС.

И все же: что можно предпринять при синдроме хронической усталости? Как уже было замечено, лучше всего провести адекватное лечение вызвавших ее причин, что при РС всегда очень непросто.

Опыт выработал ряд способов, позволяющих контролировать это состояние.

1. Правильное понимание ситуации

- Следует объективно оценивать свой запас энергии, помнить, что он не бесконечен.

Здесь нет ничего хитрого: просто необходимо первоначально провести тщательное наблюдение за своим состоянием. Можно даже вести дневник, в который вносятся все изменения в течение дня и недели, отмечая время и обстоятельства прилива сил и повышенной утомляемости.

- Необходимо узнавать приближающуюся усталость по своим индивидуальным признакам.

Сложно перечислить возможные предощущения утомляемости. Это может быть слабость в ногах, чувство усталости во всем теле, скованности в плечах, нехватки или полного отсутствия энергии, невозможность сосредоточиться, чувство слабости или недомогания, потеря интереса или мотивации, сонливость, повышенная раздражительность, нервозность, чувство тревоги или нетерпения. Иногда просто возникает ощущение, что устали глаза.

2. Принцип сохранения энергии

- Необходимо уделять больше внимания рациональному планированию и организации работы. Лучше всего планировать большую нагрузку на утренние часы!

Обязательно надо научиться делать свою работу так, чтобы не было лишних затрат энергии. Следует отбросить пустые бесцельные дела, научиться использовать помощь близких и посторонних людей. Надо распределить свои дела по степени важности.

- Свой отдых необходимо планировать заранее.

Эти рекомендации обычно каждый пациент с РС получает от врача, который говорит о необходимости рационально чередовать интервалы труда и отдыха, отдыхать несколько раньше, чем почувствуется усталость, делать короткие производственные перерывы.

- Не следует чрезмерно спешить с завершением своих дел.

Даже здоровому человеку лучше работать в умеренном темпе, чем пытаться сделать быстро весь объем работы. Желательно так планировать свою работу, чтобы не было неожиданных и продолжительных нагрузок, а наиболее сложные вопросы решались в оптимальные сроки для организма.

- Чередуйте работу в положении сидя и стоя.

Надо хорошо изучить свои возможности, чтобы выполнять работу в наиболее удобном положении. Желательно учитывать и различные мелочи, которые могут способствовать повышению производительности труда: удобный стул со спинкой, подставка под ноги, рациональная расстановка всех необходимых вещей на столе и т.д. Надо использовать и известные приемы поднятия грузов: из положения приседания, сгибая ноги в коленях, с прямой спиной, напрягая мышцы ног. Не стоит поднимать и переносить чрезмерно тяжелый груз и браться за явно непосильную работу: такой «подвиг» может завершиться печально. Надо приспособливать инструменты к своим особенностям.

- Исходя из известных для этого заболевания вредных факторов, необходимо избегать тех условий внешней среды, которые усиливают ощущение усталости.

Напомним, это повышенная температура, дым или вредные пары, чрезмерно длительное пребывание под горячим душем или в горячей ванне. Желательно принимать прохладный душ 2–3 раза в день, купаться в реке, плавать в бассейне.

- В самые жаркие часы лучше находиться в помещении с кондиционером. Лучше носить одежду из хлопка, можно использовать специальные «охлаждающие жилеты».

3. Рациональное питание

- Чувство усталости зачастую усиливается при недостаточном или неправильном питании. Пить достаточное количество жидкости. Всегда брать с собой бутылку с водой!

- О рациональном питании продолжим разговор позже. И вряд ли надо убеждать, что правильное питание улучшает общее самочувствие и дает ощущение прилива энергии.

4. Регуляция физической нагрузки

О том, что снижение физической активности может приводить к появлению чувства усталости и физического истощения, известно давно. Ведь даже у здоровых людей, вынужденных проводить длительное время в постели или в кресле, возникает чувство беспокойства, депрессия, слабость и усталость. Особенно это показательно на примере космонавтов, вынужденных проводить длительную послеполетную реабилитацию. Точно так же у пациентов с РС во время обострения или при прохождении курса лечения наступает повышенная утомляемость. Специалисты рекомендуют давать регулярные физические нагрузки умеренной интенсивности, которые позволяют сохранять активность и повышают энергетический тонус. Лучше планировать большую нагрузку на утренние часы!

5. Снижение влияния стресса

У нас уже шел разговор о взаимосвязи стресса с РС. Для предупреждения стрессовых ситуаций не всегда можно принять адекватные меры, но некоторые простые приемы вполне приемлемы.

- Необходимо реально подходить к своим планам.

Не стоит «строить хрустальные замки» в мечтах, если уже известны ограничения физических возможностей. Зачем планировать на день массу дел, если заранее известно, что с таким объемом не справиться. Но, сократив свои аппетиты и выбрав важнейшие дела, с каким удовольствием вечером можно признать, что все намеченное сделано хорошо. Это и есть стимул к разумному совершенствованию своих возможностей.

- Не отказывайтесь от помощи окружающих.

Мы еще поговорим о взаимоотношениях между пациентами с РС и окружающими. Это не простой вопрос, связанный, прежде всего, с нежеланием признать необходимость посторонней помощи, что создает проблемы близким людям, желающим помочь. Доброжелательные отношения во многом решают некоторые проблемы. Как психологическую поддержку, так и ряд необходимых советов можно получить в «группах самопомощи» для пациентов с РС, где практически каждый знаком с этой проблемой.

- Некоторые пациенты с успехом используют различные методы релаксации и аутотренинга. Сейчас имеются специальные аудиозаписи, позволяющие заниматься этим в спокойной домашней обстановке.

- Рационально использовать занятия, которые отвлекают внимание от ощущения постоянной усталости. Можно заниматься любимым делом (рукоделием, чтением, слушанием музыки и т.д.).

- Не исключается обращение к врачу-специалисту, если принимаемые самостоятельно меры не приносят существенного результата.

Проанализировав множество рекомендаций по профилактике СХУ и умственного переутомления, американские врачи предлагают предпринять следующие шаги, каждый из которых занимает 10 минут.

1. **Ходить пешком.** Можно идти пешком на работу либо устроить 10-минутную прогулку. Это отличный способ получить заряд энергии в начале дня. Только прогулкой считается ходьба на свежем воздухе, а не поход в уборную из собственного кабинета.

2. **Делать растяжку.** Сидите ли вы за столом весь день или всегда находитесь в движении, работа все равно держит вас в напряженных позах. Найдите десять минут для того, чтобы потянуться, уделяя особое внимание шее и спине.

3. **Планировать время для себя.** Потратьте десять минут, чтобы записаться на массаж, пригласить родственников посидеть с ребенком в субботу, для того чтобы спокойно пройтись по магазинам, или запланируйте с друзьями совместный вечер. Предвкушение приятного времяпрепровождения обязательно поднимет вам настроение.

4. **Расслабиться.** И подремать. Десятиминутная дремота — быстрый способ избавиться от напряжения днем и восстановить энергию. Оставьте свой рабочий стол, если есть такая возможность, и вздремните на газончике.

5. **Смеяться.** Оторвитесь от дел и посмотрите короткий видеоролик своего любимого комика. Позвоните другу-весельчаку, у которого для вас всегда найдется какой-нибудь анекдот. Или сходите попить кофе с коллегой, который расскажет вам смешные истории о своих детях.

6. **Писать текст от руки.** Создание рукописного текста поможет вам проанализировать то, что происходит в данный момент у вас голове. Дайте себе волю и запишите все подряд, что приходит вам в голову за десять минут. Вы можете жаловаться, брюзжать, хвастаться или «зацикливаться» на чем-нибудь столько, сколько хотите.

7. **Чаще говорить «спасибо».** Окружающие делают вашу жизнь лучше и насыщеннее? Близкий ли это человек, коллега или улыбчивый официант — найдите десять минут, чтобы лично поблагодарить человека или отправить ему SMS со словами благодарности. Они вернутся к вам, и это создаст почву для вашего морального здоровья.

8. **Дышать.** Уделите десять минут тому, чтобы сосредоточиться на своем дыхании. Дышите животом, надувая его и втягивая, так активнее работает диафрагма. Задерживайте дыхание перед вдохом, так он будет глубже. Сознательное дыхание поможет быстро снять напряжение. До 90% от всех посещений врача связано со стрессом.

9. **Навести порядок.** В том числе на рабочем столе. Убрать бумажки, счета и остатки обеда. Вид аккуратно прибранного рабочего места уменьшит напряжение и поможет сосредоточиться.

10. **Найти хорошего врача.** Чтобы держать свое здоровье под контролем и тратить на это всего десять минут в день.

Понятно, что жизнь пациентов с РС имеет свои особенности, следовательно, подходить к этим рекомендациям нужно согласно своим индивидуальным возможностям.

Физическая реабилитация при рассеянном склерозе

25.1 Какие методы физической реабилитации применяются при РС?

В последние годы отмечен существенный прогресс в симптоматическом лечении РС. Но не менее важными, чем медикаментозное лечение, являются реабилитационные мероприятия, среди которых особенно актуальны физическая реабилитация и лечебная гимнастика. Разработанные по специальной методике, они существенно способствуют профилактике развития осложнений и замедляют их развитие. Несомненное наличие факторов, способствующих обострению и прогрессированию РС, делают оправданным поиск новых методов терапии РС, направленных на нормализацию энергетического обмена в организме и на восстановление иммунорегуляции.

Важнейшей задачей является коррекция двигательных и координаторных расстройств. С этой целью активно используется лечебная гимнастика, биомеханотерапия, мануальная терапия, физиотерапия, многоканальная программируемая и накожная миостимуляция, магнитная стимуляция, рефлексотерапия, поддерживающие и облегчающие перемещения устройства (протезы, ортезы, трости, инвалидные коляски, «ходунки»), компьютерная стабилометрия с методом биологической обратной связи (БОС), психотерапия, иппотерапия (езда верхом на лошади с лечебной целью), массаж (аппаратный и классический), тракционное вытяжение позвоночника и суставов. Понятно, что РС, являясь заболеванием специфическим, не потерпит, если мы начнем экспериментировать над собой, пробуя все методы терапии, поэтому необходимо согласовывать свои шаги с лечащим врачом. Много зависит от технической оснащенности и наличия специалистов в больницах на местах. Так или иначе, широкие возможности использования многих лечебных методов позволяют надеяться на создание приемлемых условий жизни.

25.2 Лечебная гимнастика

25.2.1 Какие задачи у лечебной гимнастики при РС?

Есть ли эффективные программы упражнений?

Лечебная гимнастика для пациентов с РС имеет свои особенности, поэтому в основу упражнений заложены данные последних достижений физиологии. Она направлена на поддержание уровня жизнедеятельности и на восстановление функций, нарушенных вследствие слабости, спастичности, нарушения координации движений, поражения зрительного нерва.

Комплексная программа физических упражнений, выполняемая регулярно и под наблюдением специалиста, позволяет добиться определенных успехов: укрепляются мышцы, повышается выносливость организма, расширяется диапазон движений, уменьшаются мышечные спазмы, предотвращается развитие пролежней и таких вторичных симптомов, как мышечная слабость (атрофия) и контрактура (ограничение подвижности) суставов, уменьшается склонность к запорам и нарушениям мочеиспускания.

Цель занятий состоит в постепенном расширении диапазона сложности выполняемых упражнений, чередовании состояний расслабления, напряжения и растяжения, индивидуальном дозировании занятий и приспособлении их для повседневной жизни. Это позволяет добиться формирования привычного дви-

гательного стереотипа, повышения физической выносливости, силы и работоспособности, а также увеличения амплитуды движений в суставах конечностей. Оптимальными являются занятия по 10–15 мин несколько раз в день, нередко активная лечебная физкультура проводится в течение 70% времени дневного бодрствования.

Поскольку у пациентов преобладает в основном спастичность, то ее нужно снимать соответствующими упражнениями, направленными на растяжение и расслабление. Упражнения на расслабление необходимо выполнять несколько раз в течение дня. Для снижения спастичности эффективны упражнения, направленные на расслабление и растяжение тонически напряженных мышц. Больным РС рекомендовано выполнять упражнения на растяжение спастических мышц ежедневно. Для достижения клинического эффекта необходимо фиксировать напряженную мышцу в растянутом состоянии не менее 2–4 мин. Растягивание мышц может производиться с помощью механических или пневматических приспособлений. Дозированное растягивание мышц (несколько часов в день) позволяет снизить мышечный тонус и увеличить амплитуду движений в соответствующих суставах.

Если ведущим симптомом является нарушение координации, делается упор на упражнениях, направленных на поддержание ловкости и равновесия. Обязательно надо делать паузы, чтобы снять скованность мышц плеч и затылка. Ритмические упражнения выполняются сначала в медленном, затем умеренном темпе. Разработаны упражнения практически для каждого сустава, при этом в арсенале лечебной гимнастики имеются упражнения как для пассивного, так и для активного выполнения, что требует хорошего взаимодействия со специалистами. Отметим необходимость последующего активного применения лечебной физкультуры, которая должна занимать значительную часть времени дневного бодрствования. Известны исследования, показавшие, что тренировки с прогрессирующей нагрузкой повышают мышечную силу и функциональную способность при РС.

В настоящее время существует множество школ и концепций лечебной гимнастики, например ортопедическая методика Phelps, развивающая методики Bobath, Vojta, Temple Feu, Rood и др., методики растяжения спастических мышц Peto, Portage. Подобрать индивидуальный комплекс упражнений может врач или инструктор ЛФК.

Объем книги не позволяет привести все разработанные специалистами и энтузиастами упражнения. В списке литературы можно найти указания на соответствующие источники. В интернете предлагаются циклы специальных занятий. Еще раз заметим, что желательна объем нагрузок обсуждать со своим физиотерапевтом.

Давайте попробуем только одно упражнение с хорошо надутым массажным мячом (фитболом). Лежа на спине (можно в кровати), положите на него вытянутую «больную» ногу. Сгибайте медленно ногу (мяч скатывается под пятку), поддерживайте равновесие и вновь медленно выпрямляйте ногу. Повторите медленно (!) три раза и можно сделать перерыв. Можно еще повторить это упражнение, только не следует доводить себя до усталости.

25.2.2 Что нужно знать, прежде чем приступить к выполнению упражнений?

Могу я сама делать упражнения, не согласовывая их со специалистами?

Нет, специфика заболевания требует обязательной консультации лечащего врача и специалиста, который поможет подобрать наиболее подходящий ком-

плекс упражнений. Более того, следует придерживаться определенных правил. Не следует начинать программу упражнений в период обострения заболевания, если, конечно, этого не рекомендовал лечащий врач. Не следует забывать, что физические упражнения могут привести к повышению температуры тела, что, в свою очередь, может усилить спазмы и/или способствовать переутомлению. С помощью специалиста подбирается темп упражнений, время отдыха, то есть подбирается программа, соответствующая состоянию каждого пациента, которая изменяется в соответствии с колебаниями в его состоянии.

Есть определенные достаточно простые правила.

- Нельзя переутомляться. Если чувствуется усталость, следует отдохнуть или прекратить занятие.
- Лечебная гимнастика длится около 10–15 минут 2–3 раза в день.
- Упражнения выполняются в медленном темпе с паузами для отдыха, активные упражнения чередуются с упражнениями на расслабление.
- Упражнения подбираются индивидуально в зависимости от клинических проявлений заболевания.
- Тщательно выбирается исходное положение. Если пациент может упасть из-за выраженной неустойчивости, то лучше начинать выполнение упражнений в исходном положении лежа на полу, стоя или сидя у шведской стенки, чтобы была возможность держаться за перекладину.
- Упражнения подбираются на все мышечные группы в медленном темпе с небольшим количеством повторов.
- Подбираются упражнения на координацию движений, простые упражнения на равновесие и точность движений.
- Уделяется внимание качеству выполнения движений.

Лечебная гимнастика проводится спустя 0,5–1 час после процедуры массажа. Лишь еще спустя 3–4 часа можно приступить к занятиям на тренажере, обязательно учитывая подготовленность к физической нагрузке. Самостоятельное (или с помощью родственников) занятие лечебной гимнастикой желательно провести во второй половине дня. Прогулка или дозированная ходьба (до чувства легкого утомления или появления слабости в ногах) осуществляется за 1,5–2 часа до сна.

25.2.3 Какие упражнения применяются при РС?

Обычно в лечебную программу входят четыре группы упражнений:

1. Пассивные упражнения, которые выполняются с помощью другого человека.
2. Активные упражнения и активные упражнения с сопротивлением выполняются как без посторонней помощи, так и с помощью другого человека. Для достижения эффекта сопротивления можно воспользоваться гантелями.
3. Упражнения по улучшению координации и равновесия.
4. Для уменьшения мышечных спазмов разрабатывается техника правильных положений тела.

25.2.4 Как осуществляются пассивные упражнения?

Прежде всего, уточняется диапазон пассивного движения, то есть максимальный диапазон движения, возможный для данного сустава, осуществляемый с посторонней помощью (физиотерапевта, помощника или тренажера). Эти упражнения помогают при ограничении движения в суставе или наличии мышечной слабости. Все пассивные движения следует выполнять плавно и медленно, чтобы дать мышцам возможность среагировать на легкое растяжение и расслабиться, ибо резкие движения могут усилить спазм или усугубить затверделость мышц.

Каждое упражнение рекомендуется повторять несколько раз (обычно двух или трех повторений бывает достаточно). Желательно оставаться в «растянутом» положении около 60 сек каждый раз, стремясь достичь максимальной границы «диапазона комфорта». Затем можно медленно вернуться в исходное положение.

25.2.5 Каков диапазон активных упражнений?

Данные упражнения направлены на тренировку подвижности шеи, туловища, ног и рук. Они предназначены для тех, кто способен самостоятельно двигать конечностями. Обычно подбирают такие упражнения, которые соответствуют уровню возможностей. Они улучшают кровоснабжение различных органов, предотвращают деформацию суставов, укрепляют мышцы, не пораженные заболеванием. Следует стремиться выполнять упражнения медленно и плавно, так как слишком резкие движения могут усугубить затверделость или деформацию мышц. Во время упражнений желательно использовать весь возможный диапазон движений, то есть следует растягивать мышцы до такой точки, когда появляется минимальное чувство дискомфорта, но не ощущается боль. Чтобы проследить за степенью продвижения, можно тренироваться перед большим зеркалом.

Упражнения можно выполнять лежа на кровати, но легче выполнять их на более жесткой поверхности, например, на расстеленном на полу ковре. Некоторые предпочитают делать их сидя. В любом случае начинать программу следует в умеренном темпе с пятикратным повторением каждого упражнения, постепенно увеличивая число повторений. Несколько слов о мерах предосторожности. Не следует торопиться и переутомляться. Упражнения можно выполнять в два приема: часть утром, часть вечером.

Специалисты предупреждают, что не следует пытаться выполнять самые трудные упражнения до тех пор, пока не удастся повторить каждое из более легких упражнений по десять раз без отрицательных побочных эффектов. В дальнейшем можно упражнения усложнять, например, двигая обеими конечностями одновременно или ускоряя или замедляя темп движения.

Несколько примеров активных упражнений.

Упражнения для шеи и головы

1. Наклонить голову назад (направить свой взгляд вверх). Движение должно быть плавным. Опустить и расслабить плечи.
2. Нагнуть голову вперед (направить взгляд вниз).
3. Наклонить голову в сторону, стараясь приблизить ухо к плечу. Повторить упражнение в другую сторону.
4. Повернуть голову, стараясь заглянуть себе через плечо. Повторить в другую сторону.

Внимание: если появляется чувство, как будто при сгибании шеи вдоль позвоночника и конечностей пробегают «мурашки» или электрический ток (синдром Лермитта), следует прекратить упражнения и обратиться к лечащему врачу.

Упражнения для плеч

1. Исходное положение — лежа на спине с вытянутыми вдоль тела руками. Поднять одну руку вверх и протянуть ее назад (за голову), пока рука не ляжет рядом с головой (рука в локте при этом выпрямлена). Вернуть руку на место (движением вперед) в исходное положение.

2. Исходное положение — лежа на спине, одна рука лежит на уровне плеча, выпрямлена в локте. Протянуть руку вверх в сторону потолка, одновременно приподнимая плечо с матраца. Опустить руку и плечо на матрац и вернуться в исходное положение.

3. Исходное положение то же. Отвести руку назад, за голову. Вернуть руку в исходное положение (рука в локте выпрямлена).

4. Исходное положение то же. Вытянуть руку в сторону на уровне плеча и отвести ее насколько возможно вниз. Вернуть в исходное положение.

5. Исходное положение то же. Вытянуть руку и отстранить от тела, держа ее на уровне плеча. Перенести руку на другую сторону тела, одновременно приподнимая плечо над кроватью.

Повторите все упражнения с другой рукой.

Упражнения для пальцев рук

1. Сжать пальцы в кулак, затем выпрямить.

2. Растопырить пальцы (насколько возможно) в стороны, а затем тесно прижать друг к другу.

3. Согнуть большой палец (все фаланги), затем выпрямить.

4. Ладонь обращена вверх. Поднять большой палец вверх и опустить его.

5. Отвести большой палец в сторону и дуговым движением дотронуться им до мизинца.

Для улучшения координации пальцев рекомендуется играть в настольные игры, строить различные макеты, заниматься ручной работой и т.д.

Упражнения для пальцев ног

1. Согнуть пальцы ног вперед, в сторону подошвы.

2. Выпрямить пальцы и загнуть их назад (на себя) насколько это возможно.

3. Растопырить пальцы. Сжать пальцы.

Для улучшения координации пальцев ног рекомендуется поднимать с их помощью небольшие шарики и класть их в сосуд.

Упражнения для лучезапястного сустава

1. Согнуть кисть в суставе так, чтобы ладонь была направлена в сторону предплечья. Выпрямить кисть в одну линию с предплечьем.

2. Загнуть кисть назад так, чтобы тыльная сторона ладони приблизилась к предплечью. Вернуть кисть в нормальное положение.

3. Руку расслабить, кисть распрямить, подвигать ею в стороны.

Упражнения для предплечья

1. Согнуть руку в локте на 90 градусов, локоть прижать к туловищу. Повернуть кисть руки так, чтобы ее внутренняя сторона была обращена вниз.

2. То же упражнение, только повернуть кисть руки так, чтобы ее внутренняя сторона была обращена вверх.

Упражнения для локтя

1. Согнуть руку в локте и приблизить руку к плечу. Вернуть руку в исходное положение (рука в локте выпрямлена).

Упражнения для бедер

1. Исходное положение — сидя. Согнуть бедро в суставе, подняв колено к груди. Опустить ногу.

2. Исходное положение — лежа на спине, ноги выпрямлены. Повернуть ногу кнаружи (от себя). Вернуть в исходное положение.

3. Исходное положение — то же. Повернуть ногу вовнутрь. Вернуть в исходное положение.

4. Исходное положение — лежа на спине, ноги выпрямлены. Раздвинуть ноги в стороны, затем вернуть в исходное положение.

5. Исходное положение — лежа на спине, ноги выпрямлены. Согнуть одну ногу в колене, ступня при этом находится на матрасе. Другую ногу, выпрямленную в колене, поднять над матрасом на высоту 15–25 см. Опустить ногу и повторить упражнение.

Упражнения для лодыжек

1. Поднять ступни и потянуть их на себя.

2. Оттянуть ступню вниз, от себя.

3. Повернуть ступни внутрь, чтобы пятки были обращены кнаружи.

4. Повернуть ступни кнаружи, чтобы пятки были обращены внутрь.

После каждого упражнения занять исходное положение, затем повторить в обратном направлении.

Упражнения для колена

1. Исходное положение — сидя на стуле. Выпрямить ногу в колене, одновременно приподнимая стопу. Медленно вернуть в исходное положение (колено согнуто).

2. Исходное положение — лежа на животе, ноги выпрямлены. Согнуть ногу в колене и вернуться в исходное положение.

Упражнения для спины

1. Исходное положение — лежа на спине, ноги выпрямлены. Положить ладонь на живот, напрячь мышцы живота и надавить вниз, в направлении пола. Следует оставаться в этом положении несколько секунд, затем расслабить мышцы.

2. Исходное положение — то же. Необходимо напрячь мышцы живота, одновременно приподнимая лопатки над полом.

3. Исходное положение — то же. Теперь следует напрячь бедра и спину, приподняв ягодицы, отталкиваясь ногами от пола (при необходимости можно попросить кого-либо подержать за ступни).

В последние годы появилось немало комплексов упражнений, каждое из которых имеет свою задачу, что связано со степенью нарушений функций конечностей. Желательно сначала делать их под руководством опытного инструктора ЛФК. Со временем вырабатывается умение чувствовать свое состояние, что позволяет самостоятельно расширять объем нагрузки и вносить новые элементы в упражнения. Далее мы представим несколько вариантов лечебной гимнастики.

25.2.6 Что можно предпринять для снятия спастичности?

Важнейшей задачей лечебной гимнастики при РС является снижение повышенного мышечного тонуса и спастичности. Для этого эффективны упражнения, направленные на расслабление и растяжение тонически напряженных мышц, которые необходимо выполнять ежедневно.

Существует несколько общих правил, которые обязательно следует учитывать для достижения желаемого эффекта. Производить всевозможные движения в отдельных и смежных суставах начинают с пальцев рук и ног, переходя затем на ступни и ладони, предплечья и голени, плечи и бедра. Если пациент в состоянии самостоятельно или с опорой сидеть или стоять, можно производить движения туловищем. Опыт показывает, что нет необходимости всегда следовать единым правилам выбора упражнений. Опытные пациенты, обученные инструкторами ЛФК, могут сами подбирать себе варианты, исходя из собственных ощущений и получаемого удовольствия. При этом во время занятий можно принимать положение, которое облегчает выполнение упражнений и одновременно позволяет достичь хороших результатов.

Специалисты напоминают, что следует придерживаться основного правила: необходимо оптимально подбирать скорость движений (достаточно быструю, но не повышающую спастичность) и следить за одновременностью направлений движений (не только в одном направлении, но и строго в одной плоскости). Инструкторы ЛФК помогут подобрать оптимальный вариант.

Несколько предупреждений:

- недопустимы резкие движения в первый момент растяжения спастических мышц;
- при сильной спастичности следует с осторожностью выпрямлять ноги, не допуская насильственных действий;
- перед тем как полностью выпрямлять ноги, нужно их еще раз согнуть, иначе спастичность только увеличится.

Отметим, что упражнения на растягивание очень полезны и не имеют побочных эффектов. При выполнении движений с окоченевшими мышцами вначале желательна помощь постороннего человека. Если при работе с мышцами руки пациент может самостоятельно помогать здоровой рукой, то при работе с ногами это сделать сложнее, причем только в самом начале. Рекомендуется при сгибании и поворотах плеча, разгибании предплечья, сгибании голени (при разогнутом бедре), производить потряхивание мышц, удерживая конечность (руку или ногу) одной рукой за запястье или щиколотку, одновременно производя движение голенью или предплечьем в нужном направлении до упора. Если при потряхивании конечности спастичность не уменьшается и движение выполнить не удается, можно свободной рукой помассировать напряженные сухожилия в локтевом или коленном суставе с внутренней и задней стороны соответственно. Все эти упражнения выполняются в исходном положении на спине, животе (особенно сгибание голени при фиксации таза), на боку (разгибание бедра, повороты плеча, и т.д.).

Чтобы добиться эффекта, необходимо фиксировать напряженную мышцу в растянутом состоянии не менее 2–4 мин. Растягивание мышц может производиться с помощью механических или пневматических приспособлений. Дозированное растягивание мышц (несколько часов в день) позволяет снизить мышечный тонус и увеличить амплитуду движений в соответствующих суставах. Недостатком этого вида гимнастики является возможное нарастание слабости в мышцах. Как правило, снижение мышечного тонуса носит временный характер, поэтому необходимо максимально эффективно использовать период терапевтического «окна» для тренировки тех движений, которые были затруднены на фоне спастичности. Этот метод позволяет предупредить развитие мышечных контрактур и может использоваться при лечении артрозов.

Прежде всего, несколько советов.

- Избегайте положений, которые увеличивают спастичность.
- Занимайтесь гимнастикой, позволяющей максимально, но медленно растягивать мышцы.
- Имейте в виду, что переход мышцы в новое положение может приводить к увеличению спастичности. Если это случается, позвольте на несколько минут мышцам расслабиться.
- Во время занятий гимнастикой пытайтесь сохранять вертикальное положение головы, не склоняя ее в одну или другую сторону.
- Если вы принимаете средства, уменьшающие спастичность, занимайтесь гимнастикой не ранее чем через час после приема лекарства.
- Дозы антиспастических средств должны регулярно корректироваться в зависимости от состояния ваших мышц.

- Внезапное появление спастичности может быть спровоцировано различными болезнями, воспалениями на коже и даже неудобной обувью или одеждой.

Выбор упражнений зависит от того, насколько выражена спастика разгибающих или сгибающих мышц. Специалисты подскажут целесообразность отдельных упражнений. Несколько замечаний:

- Если эти упражнения выполняются без особого труда, то делать их каждый день не нужно. Достаточно повторять их несколько раз в месяц, чтобы убедиться в том, что амплитуда движений удовлетворительная.
- Если некоторые из этих упражнений вызывают затруднение, следует делать их ежедневно.
- Темп упражнений медленный, каждое упражнение надо повторять как минимум 2–3 раза.

Можно предложить несколько упражнений для растяжения мышц.

1. Исходное положение — лежа на спине, одна нога согнута, другая прямая. Подтянуть согнутую ногу руками к животу, затем поменять положение ног.
2. Исходное положение — лежа на спине, ноги согнуты в коленях. Наклонить оба колена вправо, затем — влево.
3. Исходное положение то же. Развести колени в стороны, стопы вместе.
4. Исходное положение то же, стопы упираются в края кровати. Наклонить одно колено вовнутрь, затем выпрямить. Повторить другой ногой.
5. Исходное положение — лежа на спине. Опустить одну ногу с края кровати на 15 см, затем повторить упражнение другой ногой.
6. Исходное положение — лежа на животе. Ногу согнуть в колене и подтянуть ее рукой к тазу, затем повторить упражнение другой ногой.
7. Исходное положение — лежа на животе, ноги согнуты в коленях. Развести стопы в стороны (колени при этом должны быть сведены вместе).

Можно выполнять упражнения с помощью родственников.

Опыт подсказывает те положения тела, которые уменьшают спастичность.

- Лежа на животе расслабившись — помогает тем пациентам, у кого выражена спастика мышц, сгибающих бедра и колени.
- Лежа на боку расслабившись — подходит тем, чьи колени имеют тенденцию «скатываться» внутрь.
- Лежа на боку — положение помогает пациентам, у которых одновременно наблюдается спастика разгибающих мышц бедер и голени. Лежа на боку, согните в колене ногу, которая находится сверху, а колено другой ноги выпрямите (можно поместить подушку или полотенце между ног).
- Лежа на спине. Если в положении лежа на спине из-за спастичности трудно развести бедра и колени наружу («поза лягушки»), то, разместив подушку или большое полотенце под бедром (на всю его длину до колена), можно бедра и колени выровнять (пальцы ног должны быть направлены вверх).

Напомним, что во всех случаях необходимо подождать несколько минут, чтобы мышцы расслабились в новом для них положении. При спастических нарушениях используют лечение положением: укладывают конечности с использованием лангет на 2 часа, 1–2 раза в день. Целесообразен массаж — лишь легкое поглаживание спазмированной мышцы, а в мышцах антагонистах, где тонус не повышен, используется растирание и разминание.

Доктор медицины Георг Георгиев (Georg Georgieff), более 20 лет страдающий РС, выработал для себя ряд мероприятий для борьбы со спастичностью:

- Поставить подошву стопы (в области плюсны) на ступеньку или перекладину, что позволяет растягивать икроножные мышцы.
 - Физические нагрузки средней силы.
 - Теплый душ.
 - Упражнения на растягивание.
 - Упражнения на сохранение равновесия.
- При спазмах в ногах:
- Массаж кончика крестца.
 - Давить на край мышцы (Musculus iliopsoas) — 5 см справа и слева от пупка в направлении позвоночника.
 - Давить на гребень подвздошной кости в месте прикрепления выше названной мышцы.
 - Потереть копчик (можно приложить бутылку с теплой водой).
 - Выпрямить одну ногу, вторую согнуть и повернуть в сторону. Это ослабляет крестцово-подвздошное сочленение. Поменять ногу.
 - Первой помощью при появлении спазма мышц ног может быть: держась за дверную ручку (или гимнастическую стенку), медленно опуститься на колено (угол в коленном суставе должен быть не менее 90 градусов), затем подняться. Это упражнение помогает устранить спазм.

25.2.7 Как применяется лечебная гимнастика для коррекции координаторных нарушений?

Упражнения на координацию движений у пациентов с РС условно можно подразделить по направленности на следующие виды:

- повышение согласованности действий между различными мышечными группами посредством тренировки скорости и плавности движений с заданным ускорением и замедлением, перемещение стакана с водой различной степени наполненности;
- коррекция тремора методом искусственного утяжеления конечности с помощью браслетов;
- утяжеление самого предмета, формирование нового координаторно-двигательного стереотипа и его закрепление, изменение способа захвата предмета;
- повышение меткости и точности движений;
- метание мяча в неподвижную и подвижную мишень;
- движения с внезапной сменой скорости и направления движений;
- глагодвигательная гимнастика, ходьба на носках и пятках с закрытыми глазами, ходьба по прямой линии, тренировка равновесия в положении стоя.

Приводим ряд упражнений, позволяющих значительно сократить восстановительный период, повысить устойчивость вестибулярной системы к различным раздражителям внешней среды, уменьшить вегетативные расстройства, восстановить устойчивость при движениях и уверенность походки. Для усиления эффекта упражнения выполняются поочередно с открытыми и закрытыми глазами. Мы не указываем частоту повторяемости упражнений, ибо это величина индивидуальная.

1. На широкой площади опоры

1. Исходное положение — стоя на коленях с упором на прямые руки. Поднять вперед правую руку ладонью вверх, распределив свой вес так, чтобы обеспечить правильный подъем руки; держаться до счета 5, после чего вернуться в исходное положение. Повторить упражнение левой рукой.

2. Исходное положение то же. Поднять правую ногу и отвести назад, удерживая равновесие до счета 5, после чего вернуться в исходное положение. Повторить упражнение левой ногой.

3. Исходное положение то же. Если выполнение предыдущих упражнений не вызывает затруднений, то задание можно усложнить, поднимая правую руку и левую ногу и удерживая равновесие до счета 5, после чего вернуться в исходное положение. Повторить упражнение левой рукой и правой ногой.

4. Исходное положение — сидя на стуле, не касаясь спинки. Сомкнув пальцы рук на животе и сохраняя равновесие, поднять правое колено, затем опустить его. Повторить упражнение другим коленом.

5. Упражнение осуществляется с партнером. Встать лицом к лицу, согнуть руки под прямым углом. Сложить руки ладонями, чтобы ладонь помощника оказалась сверху. При отсутствии партнера можно использовать стул. Поднять правую ногу, согнув в колене, удерживать равновесие, считая до 10. Повторить упражнение, сменив ноги.

6. Исходное положение то же. Встаньте на носки, удерживая равновесие. Сосчитайте до 10 и вернитесь в исходное положение.

7. Это и следующие упражнения рекомендованы пациентам, не имеющим выраженных проблем с координацией движений. Исходное положение — стоя, ноги вместе, руки на поясе. Согнуть бедро до прямого угла, отвести его в сторону одновременно с поворотом корпуса, стараясь сохранять устойчивое положение, вернуться в исходное положение.

8. Исходное положение то же. Согнуть ногу в коленном суставе, затем разогнуть вперед, вернуть в исходное положение. Повторить другой ногой.

9. Исходное положение то же. Вытянуть прямую ногу вперед и стараться сохранять устойчивое положение, затем вернуться в исходное положение. Повторить другой ногой.

10. Исходное положение — стоя, руки на поясе. Сделать выпад ногой вперед, вернуться в исходное положение. Повторить другой ногой.

11. Исходное положение то же. Сделать выпад ногой в сторону, вернуться в исходное положение. Повторить другой ногой.

12. Исходное положение — стоя, ноги на ширине плеч, руки в стороны. С отклонением корпуса влево перенести центр тяжести тела на левую ногу, отведя правую ногу в противоположную сторону, сохранить равновесие.

13. Исходное положение то же. Сгибание прямой ноги с приподниманием на носок другой ноги.

II. На узкой площади опоры

1. Исходное положение — стоя, руки вытянуты в стороны. Ходьба на месте. Повторить упражнение, держа руки за головой.

2. Исходное положение — стоя, руки опущены. Ходьба с подниманием рук в стороны на каждый шаг; желательна добиваться четкости движений.

3. Исходное положение — стоя, руки на поясе. Ходьба с высоким подниманием бедер, смотреть перед собой.

4. Исходное положение — стоя, руки перед грудью. Ходьба по прямой линии, нанесенной на полу мелом, с отведением рук в стороны на каждый шаг.

5. Исходное положение — стоя, руки опущены. Ходьба по прямой линии, с отведением в сторону на каждый шаг одной ноги и обеих рук.

6. Исходное положение — стоя, руки вытянуты вперед. Ходьба боком, приставным шагом.

7. Исходное положение — стоя, с резиновым мячом в вытянутой в сторону руке. Ходьба по прямой линии, перекладывая на каждый шаг мяч из одной руки в другую прямыми руками.

Упражнения, направленные на точность движения

С этой целью используют метание мелких резиновых мячей или дротики в цель, перебрасывание мяча с партнером или с одной руки на другую. При этом подбрасывают и ловят мяч одной или двумя руками. Полезны упражнения, цель которых — достать указательным пальцем кончик носа; желательно делать их с открытыми и с закрытыми глазами. Все это способствует развитию точности движений, глазомера, координаторно-зрительных восприятий.

Упражнения, направленные на совершенствование межмышечной координации

1. Исходное положение — сидя, руки на коленях. Пальцы правой руки разведены в стороны, пальцы левой руки соединены вместе. Задача — одновременно менять положение пальцев обеих рук.

2. Исходное положение — лежа на спине, руки вдоль туловища. Поднять правую руку и одновременно левую ногу. Повторить то же левой рукой и правой ногой. Если выполнять физически тяжело, ноги согнуть в коленных суставах и поднимать согнутую ногу.

3. Исходное положение — лежа на спине. Напрягать мышцы бедра, чередуя с их полным расслаблением и одновременным расслаблением мышц живота.

Возможна еще серия упражнений, часть из которых будет приведена ниже, с другой можно ознакомиться в дополнительной литературе. Остановимся лишь на некоторых упражнениях, разработанных для себя доктором медицины Георгом Георгиевым. Прежде всего, он советует не держать руки в карманах при ходьбе (впрочем, при стоянии тоже), что помогает лучше балансировать и защитить себя при падении. Попробуйте так называемое «динамическое стояние». Медленно переносите тело с одной ноги на другую, слегка сгибая колени. Быть может, это вначале и утомительно, но имеет смысл. У нас ведь одна жизнь. И не забудьте вечером посмотреть в зеркало и улыбнуться себе. Пока вам это удастся, все будет в порядке.

С большим успехом опытный врач использовал для тренировок гимнастическую (шведскую) стенку.

- Стоя, расправив широко плечи, следует поднимать и опускать поочередно обе ноги на вторую перекладину. Сначала можно держаться двумя руками, затем одной, а впоследствии упражнение выполняется без помощи рук.

- Стать обеими ногами на нижнюю перекладину, крепко держась за стенку руками. Затем поочередно отпускать одну руку и вновь хватать ею перекладину. Здесь могут быть различные комбинации по ширине и высоте постановки рук и ног.

- Поочередно снимать с перекладины стопы и ставить их вновь.
- Можно попробовать принимать разнообразные положения рук, что увеличивает нагрузку.

- Попробуйте ногами достичь разных перекладин шведской стенки.
- Попробуйте закрыть дверь поочередно, держась за стенку, одной ногой рукой или ногой.

- Для сгибания колен можно использовать различные вариации на стенке. Сделайте это в порядке игры, так будет не скучно.

- Держась за стенку, тренируйте сгибание и разгибание стоп.

В принципе, используя стенку, можно придумать массу упражнений, в том числе с эластической лентой.

25.2.8 Что такое диагональная гимнастика?

Насколько полезна диагональная гимнастика при РС?

Как известно, для реабилитации пациентов с поражением ЦНС в настоящее время используют различные методики лечебной физкультуры. Специалисты считают полезным применение диагональной гимнастики, оказывающей пассивное и активное воздействие на рецепторы опорно-двигательного аппарата (мышцы рук и ног) с целью нормализации множества структур головного и спинного мозга. Основные принципы этого метода ЛФК: регулярность, систематичность и непрерывность занятий, строгая индивидуализация, учет формы, стадии заболевания и клинических симптомов, а также постоянное дозированное увеличение физической нагрузки.

Продолжительность занятий: 10–15 мин для пациентов, находящихся в постельном режиме (2–3 раза в неделю, на курс 10–15 занятий), 45–50 мин для пациентов средней и легкой степени инвалидизации (ежедневно, на курс 15–20 занятий). По затрате времени: на подготовительные упражнения уходит 15–20% общего времени, на основные — 65–75% и на заключительные — 10–15%.

Что дает диагональная гимнастика? Она способствует снижению тонуса мышц, улучшению координации и точности движений, повышению общей подвижности, выработке новых навыков адекватного движения и снижению гиперкинезов.

Кому противопоказан данный комплекс? Его не рекомендуют пациентам с выраженным болевым синдромом, при неадекватных психических реакциях на процедуру, при наличии контрактур крупных суставов, при наличии ярко выраженной гиперактивности и при злокачественных новообразованиях.

Подготовительная часть

Общие упражнения — растяжки.

Исходное положение — лежа на спине. Верхние и нижние конечности вытянуты в противоположные стороны и слегка разведены.

1. Общая растяжка с фиксацией ноги, т.е. растяжка мышц ноги.
2. Общая растяжка с фиксацией противоположной руки.
3. Диагональная растяжка одновременно ноги и противоположной руки.
4. Поочередное растяжение другой ноги, другой руки и диагональная растяжка ноги и руки.
5. Общая растяжка на руки и ноги.
6. Ноги по возможности максимально подняты вверх, руки приподняты на 45 градусов от опоры. Продольная одновременная растяжка рук и ног.

Основная часть

Локальные упражнения — растяжки.

1. Растяжка голеностопного сустава. Исходное положение (и.п.) — лежа на спине, руки вдоль туловища. Втянутую ногу приподнять, поворачивать стопу на себя. То же выполнить другой ногой.

2. Растяжка голеностопного сустава. И. п. — то же. Ногу приподнять и согнуть в колене.

3. Растяжка голеностопного сустава. И. п. — лежа на животе. Согнуть ногу в колене под углом 90 градусов. Помощник оказывает давление на стопу вниз.

4. Растяжка коленного сустава. И. п. — то же. Пациент сгибает ногу в колене. Помощник препятствует сгибанию колена.

5. Растяжка коленного сустава. И. п. — лежа на спине. Пациент поднимает ногу. Помощник препятствует подниманию ноги.

6. Растяжка коленного сустава. И. п. — то же. Согнуть ногу в колене, пятку максимально приблизить к ягодице.

7. Растяжка коленного сустава. И. п. — лежа на животе. Согнуть ногу в колене, максимально приблизив стопу к ягодице.

8. Растяжка тазобедренного сустава. И. п. — лежа на спине. Поднять ногу и зафиксировать перпендикулярно туловищу.

9. Растяжка тазобедренного сустава. И. п. — то же. Приподнять согнутую в колене ногу. Помощник оказывает давление на голень, прижимая ее к бедру.

10. Растяжка тазобедренного сустава. И. п. — то же. Согнуть ногу в колене, приводя стопу к бедру другой ноги. Пятку максимально подтянуть к промежности.

11. Растяжка тазобедренного сустава. И. п. — то же. Разведение ног в стороны.

12. Растяжка тазобедренного сустава. И. п. — лежа на животе. Помощник поднимает ногу от бедра вверх.

13. Растяжка тазобедренного сустава. И. п. — то же. Помощник поднимает ногу вверх от бедра, двигая ее в сторону другой ноги.

14. Растяжка тазобедренного сустава. И. п. — то же. Согнутую в колене ногу поднимать вверх, направляя ее в сторону туловища.

15. Растяжка нижних конечностей. И. п. — лежа на спине. Руки выпрямить вверх за голову, обе ступни сомкнуть и подвести максимально к промежности.

16. Растяжка нижних конечностей. И. п. — то же. Закинуть одну ногу за другую. Согнуть обе в колене, и притянуть обе ноги к туловищу.

17. Растяжка нижних конечностей. И. п. — то же. Закинуть одну ногу за другую, согнув обе в колене и продолжать закинутой ногой движение в сторону.

18. Растяжка нижних конечностей. И. п. — лежа на животе. Руки выпрямить за головой, ноги согнуть в коленях, стопы параллельно друг другу, не приводя их в соприкосновение.

19. Растяжка нижних конечностей. И. п. — то же. Руки выпрямить за головой, разведя немного в стороны, бедра раздвинуть на ширине рук. Немного согнуть ноги в колене, развести голени в стороны.

20. Растяжка нижних конечностей. И. п. — то же. Руки выпрямить за головой, согнуть ногу в колене и притянуть пятку к промежности.

21. Растяжка нижних конечностей. И. п. — лежа на боку. Вытянуть ногу и руку, опираясь на них, другую выпрямленную ногу поднять вверх.

22. Растяжка нижних конечностей. И. п. — то же. Опорные нога и рука выпрямлены. Поднять другую ногу и согнуть в колене.

Заключительная часть

Расслабления

1. И. п. — лежа на спине. Выпрямить и развести нижние и верхние конечности на одинаковую ширину.

2. И. п. — то же. Под голову подложить небольшую подушку. Руки вдоль туловища, ноги согнуты в коленях.

3. И. п. — то же. Ноги и руки вытянуты вдоль туловища. Под голову подложить небольшую подушку.

4. И. п. — лежа на животе. Руки и ноги вытянуты в противоположные стороны и лежат свободно.

Комплекс диагональной гимнастики

Исходное положение — лежа на спине.

1. Попеременное сгибание-разгибание в суставах левой и правой ноги (голеностопный, коленный, тазобедренный).

2. Одновременное сгибание-разгибание в суставах ног (голеностопный, коленный, тазобедренный).

3. Попеременное сгибание-разгибание в суставах левой и правой рук (лучезапястный, локтевой, плечевой).

4. Одновременное сгибание-разгибание в суставах рук (лучезапястный, локтевой, плечевой).

5. Совместное (синхронное, асинхронное) сгибание-разгибание в голеностопном суставе одной ноги и лучезапястном суставе другой руки.

6. Совместное (синхронное, асинхронное) сгибание-разгибание в коленном суставе одной ноги и локтевом суставе другой руки.

7. Совместное (синхронное, асинхронное) сгибание-разгибание в тазобедренном суставе одной ноги и плечевом суставе другой руки.

8. Совместное (синхронное, асинхронное) сгибание-разгибание в голеностопных суставах ног и лучезапястном суставе рук.

9. Совместное (синхронное, асинхронное) сгибание-разгибание в коленных суставах ног и локтевых суставах рук.

10. Совместное (синхронное, асинхронное) сгибание-разгибание в тазобедренных суставах ног и плечевых суставах рук.

11. Совместное (синхронное, асинхронное) сгибание-разгибание в голеностопных суставах ног и то в левом, то в правом лучезапястных суставах рук.

12. Совместное (синхронное, асинхронное) сгибание-разгибание в коленных суставах ног и то в левом, то в правом лучезапястном суставе рук.

13. Совместное (синхронное, асинхронное) сгибание-разгибание в тазобедренных суставах ног и то в левом, то в правом плечевых суставах рук.

14. Совместное (синхронное, асинхронное) сгибание-разгибание в лучезапястных суставах ног и то в левом, то в правом голеностопных суставах ног.

15. Совместное (синхронное, асинхронное) сгибание-разгибание в локтевых суставах рук и то в левом, то в правом коленных суставах ног.

16. Совместное (синхронное, асинхронное) сгибание-разгибание в плечевых суставах рук и то в левом, то в правом тазобедренных суставах ног.

Данный комплекс применяется также в исходном положении лежа на животе, левом и правом боку, сидя с опущенными с кушетки ногами, стоя. Комплекс упражнений диагональной гимнастики выполняется в двух режимах: активном и (или) пассивном.

25.2.9 Что можно предпринять для укрепления мышц тазового дна?

Нарушение функций органов малого таза представляет нередко большие трудности для терапии. Лечебная гимнастика призвана активизировать рефлекторные связи отводящих и приводящих мышц, внутритазовую мускулатуру, что чаще всего позволяет контролировать дефекацию и мочеиспускание. Не рекомендуются упражнения, связанные с натуживанием, напряжением мышц брюшного пресса и, следовательно, с повышением внутрибрюшного давления.

Исходное положение — лежа на спине, целесообразно подложить под таз подушку или зафиксировать конец кушетки на 10–15 см выше.

1. Согнув ноги в коленях, руками поочередно подтягивают их к груди. Повторив это упражнение 10–20 раз, следует попытаться подтянуть 10 раз одновременно оба колена к грудной клетке.

2. Согнуть одну ногу в колене, не отрывая ее от поверхности. Лежащую вторую ногу поднять вверх на 15–20 см, сохраняя ее прямой, затем опустить. Повторить упражнение несколько раз.

3. Согнув ноги в коленях, разводите и сводите их, стараясь действовать ногами одновременно.

4. Поочередно совершать круговые движения выпрямленной ногой 10 раз по часовой стрелке, 10 раз — против.

5. Согнуть ноги, не отрывая стоп от поверхности. Подтянуть бедра к животу с разведенными коленями и возвратить в исходное положение.

6. Положа руку на живот, на вдох выпятить его, стараясь вытолкнуть ладонь вверх, на выдох — втянуть живот, затем расслабиться.

7. Поочередно приподнимать выпрямленные ноги под углом 45° с одновременным отведением в сторону, сочетая с поворотом стопы внутрь и наружу.

8. Не отрывая пятки от поверхности, подтянуть их к тазу, разводя при этом колени.

9. В положении лежа на спине с вытянутыми вдоль туловища руками приподнимать ягодицы, напрягая мышцы тазового дна и бедра.

10. Согнуть ноги в коленях и, опираясь на стопы, поднимать таз.

11. Согнуть ноги, не отрывая стоп от поверхности, руки лежат свободно на животе или вдоль туловища. Сжать мышцы заднего прохода и расслабить.

12. В том же положении так же быстро сжать и расслабить мышцы мочеиспускательного канала.

Исходное положение — лежа на животе.

1. Сжать и разжать мышцы заднего прохода.

2. Быстро сжать и расслабить мышцы мочеиспускательного канала.

Исходное положение — сидя.

1. Необходимо научиться напрягать мышцы таза на выдохе. Лучше делать это так: вдох через нос, а при выдохе через рот напрягаются мышцы дна таза.

К вышеперечисленным комплексам можно добавить серию новых упражнений, исполняемых в различных положениях. Это дает возможность широкого выбора, позволяет получить нужный эффект и удовольствие.

25.2.10 Какие упражнения можно делать в положении сидя?

1. Держать руки на поясе. На вдохе одновременно отвести в стороны правую руку и левую ногу. На выдохе вернуться в исходное положение. Повторить упражнение, отводя левую руку и правую ногу (вдох). Вернуться в исходное положение (выдох). Повторить комплекс 4 раза.

2. Руки согнуть в локтевых суставах, а кисти слегка сомкнуть в кулаки. Вращать кистями в одну и в другую стороны медленно и плавно по 4 круга 2–3 раза.

3. Упереться руками сзади на сиденье стула, ноги выпрямить и раздвинуть на ширину плеч. Вращать стопами в одну и в другую стороны по 4 круга. Повторить 3 раза. Некоторые пациенты предлагают для контроля амплитуды круговых движений стопами мысленно представить круги размером с тарелку и как бы обрисовывать эти круги большими пальцами стоп.

4. Кисти расположены на уровне плеч. Делать круговые движения руками в одну и в другую стороны по 4 круга медленно и плавно с максимальной амплитудой. Когда локти поднимаются вверх — вдох, вниз — выдох.

5. Ноги соединены вместе, руки на коленях. Ритмично сжимать и разжимать кулаки, одновременно делать перекаты стоп с пятки на носок.

6. Ноги соединены вместе, руки на коленях. Поднять выпрямленные руки вперед, вдох. Продолжая вдох, поднять руки вверх. На выдохе — руки в стороны, затем медленно опустить их на колени. Повторить 4 раза.

7. Ноги соединены вместе, руки на коленях. На вдохе поднять кисти к плечам, затем выше, выпрямляя руки, затем выше, выпрямляя руки. На выдохе медленно

опустить руки до уровня плеч, затем вернуться в исходное положение. Повторить 4–6 раз.

8. Передавать мяч из руки в руку сначала спереди, затем сзади по очереди в одну и в другую сторону. Повторить 4–6 раз.

9. Сидеть прямо, расслабить и опустить плечи, голову держать прямо, немного отодвинуться от спинки стула. Отклониться назад, коснуться спиной спинки стула в районе грудного отдела позвоночника, затем вернуться в исходное положение. При выполнении упражнения чувствуется нагрузка на бедра. Повторить 3–5 раз.

10. Сидя за столом. Положить руки на полотенце. Имитируя «вытирание пыли» потянуться вперед, растягивая мышцы рук и спины. Вернуться в исходное положение. Повторить 3–5 раз.

11. Сидя за столом, использовать гимнастическую палку (скалку, зонтик). Руки на столе, держать выбранный предмет за концы. Поднять палку вверх, вдох. Опустить палку за лопатки, выдох. Снова поднять палку вверх, вдох. Опустить палку на бедра, наклониться вперед, выдох. Повторить 4 раза.

12. Исходное положение прежнее. За счет движений запястьями поднимать и опускать предмет, при этом следить, чтобы локти не отрывались от стола. Повторить упражнение 3–5 раз.

13. Держать предмет перпендикулярно столу. Медленно повернуть запястье в сторону поверхности стола с тем, чтобы предмет коснулся его поверхности. Вернуть руку в исходное положение и затем выполнить упражнение в другую сторону. Повторить 3–5 раз.

14. Держать предмет перед собой на вытянутых руках. Перебирая руками, передвигаться по предмету, не сгибая рук в локтях. Повторить 3–5 раз.

25.2.11 Какие упражнения можно делать в положении лежа на спине?

1. Ноги согнуты в коленных суставах, одна рука лежит на грудной клетке, другая — на животе (для контроля). Отработка диафрагмального дыхания. Вдох через нос, живот выпячивается (грудная клетка в дыхании не участвует). Выдох через рот тонкой струйкой, сложив губы трубочкой, живот втягивается. Повторить несколько раз.

2. Руки под головой, ноги согнуть в коленных суставах. На вдохе поднять таз, на выдохе — вернуться в исходное положение. Повторить 4 раза.

3. Руки в стороны, ноги на ширине плеч, стопы повернуты носками в стороны. Обхватив грудную клетку руками, стопы повернуть носками внутрь и сделать выдох. На вдохе вернуться в исходное положение. Повторить 6 раз.

4. Руки вдоль тела. На вдохе отвести одновременно в стороны правую руку и левую ногу, передвигая их по полу. Вернуться в исходное положение на выдохе. Повторить 4 раза.

5. «Велосипед». Лежа на спине, руки под головой, ноги согнуты в коленных суставах. Выполнить имитацию езды на велосипеде поочередно каждой ногой по 4 круга. Повторить 2–3 раза.

6. Ноги выпрямлены, руки вдоль тела, правую кисть сжать в кулак, а правую стопу разогнуть на себя. Одновременно сжать в кулак левую кисть, распрямить пальцы правой кисти, левую стопу подтянуть на себя, правую, наоборот, согнуть от себя. Вернуться в исходное положение. Повторить 6–8 раз.

7. Изменить исходное положение кистей наоборот: левую кисть сжать в кулак, пальцы правой кисти распрямлены. Стопы остаются в прежнем исходном положении: правая стопа разогнута на себя, левая согнута от себя. Одновременно менять положение кистей и стоп. Повторить 6–8 раз.

8. Ноги согнуты в коленях, стопы касаются пола и разведены на расстояние около 30 см. Попеременно подтягивать колено одной ноги к груди, помогая себе обеими руками, держа вторую ногу вытянутой. Повторить 3–5 раз для каждой ноги.

9. Исходное положение то же. Наклонить колени вправо в пределах доступного объема движений, вернуться в исходное положение. Сделать упражнение влево. Желательно стопы, таз и плечи не отрывать от пола. Повторить 3–5 раз.

10. Исходное положение то же. Напрягая ягодичцы, приподнять их от пола и зафиксировать данное положение на несколько секунд, затем медленно опустить таз на пол. Следует избегать появления дрожи в ногах. Повторить 3–5 раз.

11. Лежа на правом боку. Левая рука — вперед, левая нога — назад. Имитировать ходьбу, меняя положение левых конечностей. Затем повернуться на левый бок и имитировать ходьбу, меняя положение правых конечностей. Повторить 3–5 раз.

25.2.12 Какие упражнения можно делать в положении лежа на животе?

1. Руки перед собой, голова лежит на кистях. Поднять правую ногу, перенести через левую, стопой коснуться пола. Вернуться в исходное положение. Поднять левую ногу, перенести через правую, стопой коснуться пола. Вернуться в исходное положение. Повторить 3–4 раза.

2. «Брасс». Кисти в упоре около плечевых суставов, ноги выпрямлены и плотно сомкнуты. Перенести выпрямленные руки вдоль тела, затем вернуться в исходное положение. Повторить 3–4 раза.

3. Кисти в упоре около плечевых суставов, ноги выпрямлены. На вдохе выпрямить руки, переходя в коленно-кистевое положение. На выдохе сесть на пятки, вытягивая руки вперед, голову опустить вниз, растянуть позвоночник. На повторном вдохе вернуться в коленно-кистевое положение, а на выдохе — в исходное положение. Повторить 3–4 раза.

25.2.13 Какие упражнения можно делать в положении стоя в коленно-кистевом положении?

1. Одновременно поднять правую руку вперед, левую ногу назад, удерживая равновесие, затем вернуться в исходное положение. Те же движения с левой рукой и правой ногой. Повторить 3–4 раза.

2. На выдохе потянуться правой рукой вперед, скользя ладонью по полу. На вдохе вернуться в исходное положение. То же упражнение с левой рукой. Повторить 3–4 раза.

3. «Домик». Выпрямить ноги и встать, опираясь на выпрямленные руки и ноги, а затем сделать пружинистые движения, доставая пятками до пола. Вернуться в исходное положение. Повторить 3–4 раза.

25.2.14 Какие упражнения можно делать в положении стоя?

1. Перед шведской стенкой поставить степ-скамейку. Стоя на полу, руками держаться за перекладину чуть выше плечевых суставов. Встать на степ-скамейку правой ногой, затем сойти со скамейки на пол, начиная с правой ноги. Встать на степ-скамейку левой ногой, затем сойти на пол, начиная с левой ноги. Каждое движение повторить по 8 раз.

2. Встать лицом к шведской стенке, руками держаться за перекладину на уровне плечевых суставов, сзади поставить стул. На выдохе присесть на стул, не отрывая рук от перекладины. На вдохе вернуться в исходное положение. Повторить 6–8 раз.

3. Подбросить мяч вверх, хлопнуть в ладони, поймать мяч. Упражнение можно усложнить, если хлопнуть в ладони не один, а 2–3 раза.

4. Ходьба по прямой линии (можно с поддержкой). Ходьба на пятках, на носках, с высоким подниманием колен, боковым приставным шагом в одну и в другую стороны. Если имеются значительные нарушения в нижних конечностях и пациент не справляется с этими заданиями, то можно ограничиться перекатами с пятки на носок и ходьбой на месте у шведской стенки.

25.2.15 Какие приспособления необходимы для лечебной гимнастики?

Симптоматика РС столь разнообразна, что сложно заранее предсказать, что понадобится для выполнения упражнений. Все зависит от условий, в которых занимается пациент (дома, в поликлинике, специализированном физкультурном диспансере или реабилитационном центре) и выраженности нарушений. ЛФК при рассеянном склерозе включает рисование и письмо, собирание мозаики, картины из пазлов, конструктора, шнурование ботинок, любое ручное творчество, игры — головоломки, нарды, шашки, шахматы, sudoku, игру в мяч с напарником.

Так или иначе, может понадобиться не только целый набор спортивных тренажеров, механизмов или приспособлений (шведская стенка, степ-скамейка, обычный стул, гимнастическая палка, мяч среднего размера, коврик, гантели, резиновая лента и т.д.).

Не стоит удивляться, если назовем и такие предметы как детские книжки-раскраски, пластилин, мозаика, детский конструктор, вышивка, бусы, шнурки, пуговицы, шашки или шахматы и другие развивающие игры.

Все эти предметы активно используются в ходе эрготерапии.

25.3 Можно ли применять массаж при РС?

Классический массаж предназначен для воздействия на кожу и соединительные ткани, для расслабления мышц и улучшения кровообращения в них. Он является важным методом физической реабилитации пациентов с РС, влияющим как на тонус мышц, так и на степень выраженности депрессивного синдрома. Наибольший положительный эффект наблюдается при сегментарно-рефлекторном паравертебральном массаже. Хотелось бы отметить, что специальные исследования показали, что классический массаж конечностей не всегда дает желаемый терапевтический эффект, а порой вызывает ухудшение функционального состояния, которое проявляется повышением мышечного тонуса. Проводить массаж в тех мышцах, в которых тонус повышен, следует очень осторожно и грамотно.

Хорошо зарекомендовал себя точечный массаж по тормозной методике. Применяется ряд отечественных аппаратов для сегментарно-рефлекторного массажа. Хотелось бы напомнить, что особенности течения РС требуют внимательного подхода, а проведение массажа желательно предоставить опытному специалисту.

Далеко не всем пациентам представляется возможным получать необходимые курсы массажа. Часто родственники проходят специальное обучение или изучают методы лечебного массажа по книгам, интернету или другим источникам. В таких случаях они получают задание специалиста на длительный период и вполне справляются со своей задачей.

Обычный курс лечебного массажа 15–20 процедур по 15–20 минут, его можно повторять 3–4 курса в год.

Как и при лечебной физкультуре, необходим индивидуальный подход из-за разнообразия клинических неврологических проявлений. При осуществле-

нии массажа следует быть осторожным, чутким, деликатным, знать правила сегментарного массажа. Со временем у родственников набирается опыт и они добиваются немалых успехов. Но прежде желательно поучиться у опытного специалиста.

Разрешается массаж спины, паравертебральных и ягодичной областей, конечностей, приемлем общий массаж. Не рекомендуется прерывистая вибрация, например, поколачивание ребром ладоней.

Опыт показывает, что научиться делать массаж можно, но чтобы не навредить пациенту, следует придерживаться нескольких правил.

Лечебный массаж при рассеянном склерозе не должен быть длительным. При работе с ослабленными мышцами на конечностях проводят легкие тонизирующие движения: поглаживание, обычное растирание (если тонуса совсем нет, то растирание мягкое, легкое), разминание неглубокое и кратковременное.

Очень осторожно следует работать со спазмированными мышцами. Руки, осуществляющие расслабляющее действие, должны быть теплыми, движения должны быть плавными и без рывков. Проводится поглаживание, при этом кожа не смещается, рука скользит мягко, воздействуя на рецепторы и на лимфоток. При растирании кожа сдвигается ладонями, разминание осуществляют в медленном темпе, затем нежная непрерывистая вибрация (руки не отрываются от конечности) и осторожное растягивание мышц, после которого проводится легкое поглаживание. Напомним, что при неправильном применении вибрация может дать негативный эффект.

При тугоподвижности суставов, при контрактурах, делается энергичный массаж выше и ниже сустава со всех сторон, чтобы обеспечить приток крови к суставу, воздействуя на связки и мышцы.

Желательно массаж комбинировать с тепловыми процедурами и пассивными упражнениями. Специалисты напоминают, что для расслабления спастичной мускулатуры важно предшествующее растяжение и теплый душ.

25.3.1 Как выполняется массаж соединительной ткани?

Прежде всего, коротко о соединительной ткани. Это связующее звено между всеми остальными тканями организма, она составляет более 50% нашего организма, входя в состав всех органов, обеспечивая их форму, местоположение в организме и безопасность, то есть выполняя опорную, защитную и трофическую (питательную) функции.

При изменениях в опорно-двигательном аппарате массаж соединительной ткани позволяет нормализовать тонус кровеносных сосудов, что ведет к улучшению кровоснабжения патологически измененных тканей и органов. Нормализуется так же тонус мышечно-связочного аппарата, активизируются обменные процессы в суставах и органах, улучшается функционирование вегетативной нервной системы.

Массаж отличается необычной техникой. Осуществляется воздействие на подкожную соединительную ткань, в местах наибольшего ее скопления (крестцово-тазовая область, края костей, мышц, суставных капсул) в виде ее растяжений в определенных направлениях и на различной глубине. Соединительно-тканый массаж воздействует на организм через вегетативную нервную систему, оказывая нормализующее действие на вегетативно-управляемые функции.

Массаж соединительной ткани может быть использован как самостоятельный вид лечения, так и в комплексе с другими методами (диетотерапия, психотерапия, лечебная гимнастика, медикаментозная и физиотерапия).

Этот вид массажа осуществляется специально подготовленным специалистом.

25.3.2 Массаж при симптоме «длинной» ноги?

Нередко пациенты жалуются, что не сгибается голеностопный сустав, а ступня «отказывается» слушаться. В таком случае отмечается приволакивание одной ноги, которая выпрямлена, как бы «удлинена» и повернута вовнутрь. Эта довольно частая ситуация сопровождается снижением сухожильных рефлексов и уменьшением силы мышц, в которых нарушается крово- и лимфообращение. Поскольку особенно сильно начинают страдать мышцы нижних конечностей, то стопа постепенно как бы «провисает». В таких случаях одного медикаментозного лечения недостаточно и следует обязательно применять лечебную физкультуру и массаж, для того чтобы укреплять ослабленные мышцы и расслаблять мышцы с повышенным тонусом. Поскольку такой массаж можно проводить в домашних условиях, коротко расскажем о нем. Прежде всего, следует придать ноге такое положение, чтобы разогнуть голеностопный сустав, для чего можно вытянуть ногу, чтобы стопа упиралась в упор (стенку). При массаже в исходном положении «лежа на спине» подкладывают небольшой валик для растягивания мышц бедра под коленный сустав, а в положении «лежа на животе» — под голеностопный сустав. Предварительно следует ногу согреть. При массаже ноги захватывают область поясницы. Обращают внимание на отсутствие болезненности в пораженной конечности. Естественно, что особое внимание уделяем пораженным мышцам, их сухожилиям и суставам. Массаж начинаем с мышц, у которых нормальный и повышенный тонус, то есть с той стороны стопы или кисти, которые повернуты вовнутрь. Массаж начинаем с легких вибрирующих движений, затем следуют поглаживания и легкие растирания. Все движения производятся от периферии к центру. Наружная сторона конечности, в области большой дуги поворота, массируется в более быстром темпе, чуть сильнее и активнее, но бережно. Курс — не менее 10 раз. Вот несколько практических замечаний.

- Мышцы с *повышенным* тонусом следует массировать очень медленно, без усилия и долго, чтобы они «уснули» и расслабились.
- Мышцы с *пониженным* тонусом массировать энергично, интенсивно, в быстром темпе, с некоторым усилием.
- Если ступня провисает без «загиба» вовнутрь, тогда усиленно массируется передняя часть ступни, а заднюю (с пяткой) поглаживают для расслабления.
- Важно делать массаж всей ноги с усилием по внешнему краю, тогда они выпрямляются и не двигаются «X-образно», когда колени цепляются друг за друга.

25.3.3 Как проводится сухой массаж щеткой?

Несколько пациентов с РС апробировали сухой массаж щеткой для усиления кровообращения. Щетка не должна быть очень мягкой или слишком густой, щетина может быть длиной, по крайней мере, 2 см. Этот массаж может самостоятельно выполнять каждый пациент, а лежащим его делают те, кто оказывает им помощь. Начинать массаж от ладони, ведя щеткой в направлении плеча. Повторять по несколько раз для обеих рук. Дальше, начиная от пальцев ноги, вести щеткой вверх, вплоть до паха и перейти через бедро к ягодице. То же сделать и со второй ногой. Живот поглаживать щеткой круговыми движениями по направлению часовой стрелки. Массаж позвоночника начинать на высоте крестцовой кости, массируя наружу, то есть от позвонков налево и направо, продвигаясь вверх (с помощью щетки на длинной ручке это можно делать самостоятельно). Весь

массаж должен длиться не дольше 5–10 мин. После правильного его выполнения все тело становится розовым и теплым, ощущение усталости исчезает, чувствуются бодрость и желание работать. Массаж дает облегчение, но прежде, чем его проводить, обязательно проконсультируйтесь с лечащим врачом.

25.3.4 Есть ли смысл в использовании шиацу?

Так называется японская терапия, суть которой заключается в надавливании пальцами на определенные точки для нормализации регуляторных механизмов в организме. При РС это помогает мягко регулировать растяжение конечностей, движения в суставах, способствует психическому и физическому расслаблению. Особое удовольствие получает пациент, когда этим занимается специалист. Один знакомый пациент, врач по специальности, рассказывает, что в результате такой процедуры ему просто хочется смеяться. А это уже кое-что значит.

В литературе имеются указания на эффективность ряда «мягких» методик точечного массажа, направленных на купирование боли и миотонического синдрома (при замедленном расслаблении мышц после активного их сокращения).

25.4 В чем смысл биомеханотерапии?

Поскольку снижение мышечного тонуса носит временный характер, то нужно специально выделять время для тренировки тех движений, которые были затруднены на фоне спастичности. Дополняет лечебную гимнастику биомеханотерапия, целью которой является уменьшение степени параличей и парезов, увеличение опороспособности нижних конечностей посредством увеличения мышечной силы, выносливости, с одной стороны, ловкости и точности — с другой.

Сила — это способность человека преодолевать внешнее сопротивление или противодействовать ему за счет мышечных усилий. Выносливость — это способность совершать работу заданной интенсивности в течение возможно более длительного времени. Как правило, выносливость развивают циклическими видами физических упражнений, сначала до появления утомления, а затем продолжают еще немного, преодолевая утомление.

Одно из последних исследований показало высокую эффективность тренировок на тредмилле «WOODWAY PPS55 ortho». Занятия проводились с постепенным увеличением скорости передвижения полотна и длительности тренировок. По результатам исследований дозированная физическая нагрузка повышает силу и выносливость, а также улучшает статику и баланс у пациентов с РС. По данным диагностической стабилотрии, уменьшается скорость перемещения центра давления, площадь и длина статокинезиграмм. Полученные данные свидетельствуют об улучшении опороспособности нижних конечностей у больных РС после реабилитационного курса и, следовательно, такой курс может быть рекомендован для включения в программы комплексной реабилитации больных РС.

Тем не менее низкая способность к физической нагрузке у больных РС требует осторожного и четкого подбора величины нагрузок при занятиях на тренажерах. Перед назначением тренировок проводится тест толерантности к динамической нагрузке на велоэргометре. Расчет тренировочной нагрузки для конкретного больного с РС находится в пределах 50–75% от переносимой. Продолжительность занятий на тренажерах сначала составляет 5 мин, постепенно ее увеличивают до 10–15 мин. Рекомендован длительный курс.

Большинство исследований не дает убедительных доказательств эффективности применения различных тренажеров (тредмиллов, тренажеров типа: «вело», «степ»), поэтому их использование требует осторожного и четкого подбора ве-

личины нагрузок. В России разработан метод волновой механотерапии с использованием отечественной техники.

25.5 Каковы принципы эрготерапии?

Эрготерапия — это область медицины, имеющая своей целью оказание помощи человеку в повседневной жизни, развитие, восстановление и поддержание навыков, необходимых при выполнении действий, важных и значимых для здоровья и благополучия данного индивидуума. Если сказать проще, то это обучение действиям, обеспечивающим уход за своим телом (персональная гигиена, одевание, еда, сексуальная активность), активность дома и в обществе, восстановительный отдых и сон и т.д.

Если говорить о более простых задачах, то это восстановление двигательной активности людей с ограниченными возможностями. При РС чаще всего приходится иметь дело с развитием практических двигательных функций верхних конечностей.

Специалисты могут предоставить широкий спектр занятий. Именно здесь могут понадобиться предметы, описанные выше (25.2.17 Какие приспособления необходимы для лечебной гимнастики?).

Вот несколько самых простых упражнений:

- С помощью спичек построить башню и аккуратно ее разобрать.
- Сделать то же самое с помощью пинцета.
- Повторить эти движения несколько раз разными руками.
- Катать шарик (2–4 см в диаметре) по ладонной поверхности до кончиков пальцев и обратно.
- Те же движения производить одновременно обеими руками.
- Одной рукой катить шарик вперед, второй — назад.
- Катать шарик между пальцами рук в различных вариациях.
- Потереть руки и легко стряхнуть их.

Все просто, понятно и полезно. Достигнув разнообразия в этой игре, можно получить удовольствие.

25.6 В чем особенности физических методов терапии при РС?

Физические факторы при РС используют для воздействия на нарушенный иммунный статус, для коррекции двигательных нарушений (спастичности, патологической утомляемости, координаторных нарушений, нарушений функций тазовых органов), для улучшения трофических процессов в нервной ткани, с целью снижения аллергического компонента. Наиболее активно физиотерапию используют при цереброспинальной и спинальной формах заболевания.

25.6.1 Какие используются физиотерапевтические процедуры при РС?

Известные методы лечения, обычно широко используемые в реабилитационном процессе при различных заболеваниях, имеют свои особенности в условиях РС. Несмотря на некоторые ограничения, ряд методов используется весьма эффективно. Так, в ряде центров проводят внутрисосудистое лазерное облучение крови (ВЛОК) с целью активизации клеточного дыхания, восстановления нервных тканей, укрепления клеточного и гуморального иммунитета. На фоне ВЛОК у пациентов с РС быстрее улучшается общее состояние, увеличиваются сроки ремиссии. ВЛОК оказывает противовоспалительное действие, положительно влияет на нормализацию обменных процессов, стимулирование компенсаторно-

приспособительных процессов. После курса ВЛОК улучшается ряд важных показателей крови.

Электролечебные процедуры желательнее применять локально, в дозировках малого воздействия: при параличах — дарсонвализация кистей или стоп; при спастичности — ультратонотерапия конечностей, ультразвук на ниже-грудные и верхне-поясничные сегменты позвоночника; при нарушениях функции тазовых органов — электрофорез атропина или пилокарпина по поперечной методике, электростимуляция мочевого пузыря. Чем тяжелее степень поражения нервной системы, чем быстрее нарастают признаки клинической картины РС, тем более щадящие методики электролечения необходимо использовать.

Для уменьшения спастичности в нижних конечностях, тазовых расстройств и снижения сенсорных нарушений рекомендуется применение магнитно-лазерного облучения (лазерное излучение инфракрасного диапазона) области бедренно-паховых лимфатических узлов. Обычно двухнедельный курс достаточно результативен. С целью увеличения двигательной активности и снижения синдрома хронической усталости проводится дециметровое волновое облучение на область печени в течение 10–12 дней непрерывно. Получены обнадеживающие результаты лечения нарушений двигательных функций при воздействии импульсных токов с обеих сторон позвоночника в трех зонах — нижнейшейной, среднегрудной, нижегрудной и на нижнюю часть живота. В результате применения курса лечения улучшается двигательная функция, регрессируют чувствительные нарушения, нормализуется функция мочевого пузыря и прямой кишки.

При неврозоподобном синдроме положительное влияние оказывает электросон, при этом используют токи низкой частоты.

Другим эффективным методом восстановительного лечения при РС является программируемая электростимуляция. Многоканальная программируемая электростимуляция — это активация мышцы низкочастотным электрическим импульсом, осуществляемая именно в тот момент цикла шага, когда мышца естественным порядком, не раньше и не позже, должна включаться в выполнение циклического двигательного акта. Основной целью проведения терапии является коррекция нарушенного стереотипа ходьбы. Результаты ряда исследований показали эффективность метода при реабилитации больных РС с легкой и умеренной степенью неврологических нарушений. Этот метод кратковременно позволяет сформировать новый статический стереотип поддержания вертикальной стойки, восстанавливать стратегию равновесия. Вместе с тем следует отметить, что при обострении РС и тяжелой инвалидизации проведение миостимуляции углубляет нарушения статики и баланса в основной стойке. Можно проводить миостимуляцию с целью стимуляции мышц-антагонистов с помощью аппарата «Амплипульс», курс 15–20 процедур. Используется и магнитотерапия с помощью постоянного магнитного поля. Полученные результаты позволяют сделать вывод о целесообразности использования искусственной коррекции движений в программы реабилитации пациентов с легкой и умеренной степенью неврологического дефицита.

Используют также четырехканальный портативный электростимулятор «МИОРИТМ 040», с помощью которого можно «тренировать» мышцы, посылая импульс не со стороны ЦНС, а извне. При РС такая методика может применяться для профилактики мышечной атрофии в конечностях, которые плохо двигаются (парез). Применение прибора не улучшит проводимость от мозга к мышце, но мышца не будет атрофироваться и слабеть. Противопоказанием может быть нарастание мышечного тонуса, спазмы, судороги.

Ученые Института мозга человека РАН уже давно исследуют возможности применения импульсной электромагнитной стимуляции при неврологической патологии. В проведенных исследованиях показано, что применение импульсных транскраниальных магнитных стимуляций может быть использовано в комплексной реабилитации неврологических больных. Положительный эффект связан с нормализацией нейрофизиологических и иммунологических показателей и психоэмоционального статуса пациентов. Основной целью исследований была разработка оптимальных режимов импульсной магнитной стимуляции головного и спинного мозга, позволяющих проводить медицинскую реабилитацию инвалидов с демиелинизирующими заболеваниями ЦНС.

Заметим, что все применяемые методы должны быть согласованы с лечащим врачом.

25.6.2 Что такое ДЭНС-терапия?

У меня уже давно есть аппарат ДиаДЭНС. Мне сказали, что его с успехом можно применять при РС. Это действительно так?

Эффективность ДЭНС-терапии при многих заболеваниях известна давно. О результатах применения метода при РС расскажет врач-невролог Ю.М. Ворончихин (Екатеринбург).

Динамическая электростимуляция (ДЭНС) основана на воздействии нейроподобного импульса, вырабатываемого специальным аппаратом, на биологически активные точки и зоны кожи человека. Метод позволяет корректировать работу органов и систем, функция которых страдает при данном заболевании. Напомним, что возникающие при РС поражения нарушают проведение «команд» мозга, управляющего органами и системами организма, вследствие чего возникают функциональные расстройства, нарушение трофики и иннервации органов. Воздействуя электроимпульсами аппаратов ДЭНС, мы способствуем восстановлению функций, иннервации и питания страдающих органов и систем. Проведенные исследования доказали возможность применения при РС динамической электростимулирующей терапии (ДЭНС-терапии), преимуществами которой является абсолютно безвредное воздействие на организм, возможность эффективного влияния на любой патологический очаг, практически отсутствие противопоказаний.

При систематической курсовой терапии удается добиться снижения спастичности в мышцах конечностей, восстановить половую потенцию, функции мочевого пузыря и кишечника, успешно бороться с пролежнями, улучшить сон и эмоциональный фон, предупредить явления депрессии и синдрома хронической усталости и, в конечном итоге, улучшить качество жизни пациентов.

Положительный эффект ДЭНС-терапии отмечен вне зависимости от степени и характера прогрессирования, а также длительности заболевания. Отметим, что большинство пациентов и их родственники, самостоятельно освоив методики, в дальнейшем продолжили лечение. Созданные в последнее время модификации аппаратов ДЭНАС и ДиаДЭНС позволяют восстанавливать зрение при его расстройствах и снимают болевой синдром. Введенные в последних моделях аппаратов диапазоны инфранизких частот позволяют подобрать режимы работы по конкретным повреждениям. Разработанные и внедренные в последние годы варианты выносных электродов к аппаратам позволяют пациентам самостоятельно проводить сеансы лечения, не прибегая к помощи родственников и близких людей, которые не всегда могут быть рядом. Использование динамической электростимуляции

тронеистой стимуляции существенно облегчает состояние пациентов, улучшает, по ряду данных, качество их жизни на 25%.

Это позволяет рекомендовать данный метод лечения как вспомогательную симптоматическую терапию.

25.6.3 В чем проявляется благотворное воздействие воды?

Лечебное действие воды известно с древних времен. Возможный эффект от воздействия теплой и холодной воды нельзя игнорировать и при РС. Если беспокоят такие симптомы, как парезы, усталость, онемение, то применение теплых процедур ухудшают состояние, а при беспокойстве, нервном возбуждении, нистагме теплая вода может принести успокоение. Замечено, что чаще всего обострения возникают весной и осенью. С помощью водной терапии можно помочь организму справиться с этими тепловыми изменениями окружающей среды, значительно улучшить самочувствие.

Имеется определенный опыт использования воды для реабилитации пациентов с РС, например, с помощью гидрокинезотерапии и подводного массажа душем, которые позволяют повысить тренированность мышц и уменьшить спастические нарушения. Тренировки в плавательном бассейне проводят при температуре воды 22–27 °С (вода в бассейне не должна быть очень теплой, чтобы не повысилась утомляемость) 3 раза в неделю, с постепенным увеличением длительности сеансов до часа, курс желателен проводить длительно. Существуют специальные методики лечебной гимнастики в воде, в которых используется ее поддерживающий эффект. В воде слабее ощущается сила тяжести, тело кажется легким и подвижным, поэтому те движения (например, ходьба), которые трудно делать на суше, в воде совершить значительно легче. Полезно плавать брассом или другим доступным стилем, например, держась за резиновый круг, но не на спине.

Целесообразно просто ходить в воде, придерживаясь за бортик бассейна или за ограничитель дорожки (вода доходит до середины груди). Начинаям напомним, что выход из бассейна обычно затруднен, так как вода способствует снижению мышечного тонуса и вызывает временную слабость на суше, поэтому удобно пользоваться бассейном, который оборудован специальным подъемником.

Некоторые пациенты длительное время используют обливание (обтирание) водой, кратковременные холодные полуванны, а также утреннее холодное обливание всего тела, причем в такой последовательности: лицо, затылок, шея, грудь, живот, плечи, ноги, стопы (полотенце время от времени окунать в холодную воду и выкручивать). Длительность процедуры 1–2 мин (потом постепенно увеличить время). После этого обязательно тело вытереть досуха и одеться. Другие рекомендуют обливаться тонкой струйкой холодной воды, причем снизу вверх: сначала одну ногу, потом другую; та же процедура проводится с руками. Такие обливания они проводят 5 дней в неделю в течение месяца. Несколько человек сообщили, что им при гипертонусе мышц ног и спины, судорогах, сверхраздражительности кожных покровов также помогает холод. Например, обертывание ног мокрым и слегка отжатым холодным полотенцем на 15–20 мин. Это заметно успокаивает мышцы, после процедуры появляется уверенность и сила в ногах. Не следует забывать об ослабленной иммунной системе, поэтому нельзя допускать переохлаждения. Поскольку достоверных исследований специально не проводилось, следует с осторожностью самостоятельно подбирать режим водных процедур.

Некоторые специалисты считают, что пациенты с РС могут без каких-либо опасений принимать водные физиотерапевтические процедуры, которые обычно назначаются при других болезнях: кислородные ванны и ингаляции, углекислые

ванны и водные процедуры по Кнейппу при сердечно-сосудистых заболеваниях и нарушениях кровообращения; соленые ванны для восстановления сил и поднятия тонуса и другие. В любом случае лучше проконсультироваться по этому вопросу со своим лечащим неврологом.

Имеется опыт применения прохладных ванн, в том числе хвойных, пресных, хлоридных, сульфидных, способствующих уменьшению спастического состояния мышц. Независимо от стадии заболевания, выраженности болевого или спастического синдрома при РС противопоказано любое перегревание, применение грязевых и сероводородных ванн. Некоторые специалисты назначают с осторожностью аппликации парафина и озокерита, которые способствуют расслаблению мышц. Вслед за этим рекомендуется сделать массаж.

Вот несколько советов от «опытных» пациентов.

- Облегчает использование водных процедур хорошо обустроенный душ (удобная ручка, хорошая головка, обклеенные стены, сидение поперек ванны).

- Каждое утро следует принимать душ, меняя попеременно теплую и холодную воду. Вначале вода не должна вызывать необычных ощущений, затем воду делают теплее, когда появляется ощущение холода, и, наоборот, охлаждают ее, если становится жарко или ухудшается самочувствие. Заканчивать всегда нужно прохладной водой.

- При таких симптомах, как слабость, усталость, парезы, следует применить холодную воду, став на несколько минут под душ, чтобы вода текла на голову и поясницу. На работе можно держать некоторое время руки под струей холодной воды. Помогают и холодные обертывания ног. И никаких теплых грелок на ноги!

- Если отмечаются мышечные судороги, беспокойство, нервное возбуждение, можно сделать теплый душ, подобрав подходящую температуру, но не более чем в течение 2–3 мин. Некоторые пациенты с РС быстро осознают, что полная ванна, сауна, солярий приносят ухудшение. И неудивительно — при воспалительных заболеваниях холод действует лучше.

- Во многих бассейнах, где занимаются пациенты с РС, нередко температура воды и воздуха несколько выше, чем это необходимо для хорошего самочувствия. Это следует учитывать организаторам групп.

- Один знакомый пациент рассказывал: «В жаркие летние дни я принимаю утром и вечером холодную (!) ванну, и тогда я могу активно заниматься своими делами».

25.6.4 Как принимаются скипидарные ванны?

Некоторым пациентам при обострении болезни помогают скипидарные ванны по методу А. С. Залманова. Как их принимать?

На этот вопрос нам ответил С. В. Арсенин, член-корреспондент РАЕН, директор московского «НИИ натуротерапии».

В своей практике специалисты НИИ натуротерапии очень часто сталкиваются с пациентами, страдающими от поражений нервной системы. Среди них около 15% являются пациентами с рассеянным склерозом в различных стадиях заболевания. Поскольку рассеянный склероз имеет непредсказуемое течение, это значительно затрудняет лечение и оценку результативности терапии. Почти у 40% пациентов с рассеянным склерозом, которые обращаются в Институт натуротерапии, отмечаются двигательные нарушения (мышечная слабость, спастичность, нарушение координации). Почти так же часто возникают нарушения чувствительности, проявляются зрительные нарушения. Типичны следующие жалобы: нарушение ходьбы, затруднения речи, утрата контроля над мочеиспусканием,

быстрая утомляемость, нарушение половой функции. У некоторых больных в результате многолетнего заболевания снижается интеллект.

Так как до сих пор нет подтвержденного эффективного средства для терапии рассеянного склероза, врачи НИИ натуротерапии решили использовать опыт отечественных врачей XX века — скипидарные ванны по методике доктора А. С. Залманова. В 1904 году профессор Залманов создал прописи эмульгированного скипидара, который мог растворяться в воде, что дало возможность применять его в водолечебной практике. В 2006 году специалистами НИИ натуротерапии среди многообразия эмульсий и растворов были выбраны растворы «Скипофит», основанные на очищенной хвойной живице, как наиболее безопасные и эффективные. Основным действующим веществом терпентинового масла (скипидара) является альфа- и бета-пинен (содержание в растворах «Скипофит» 85–90%), который стимулирует обменные процессы в организме и нормализует регенеративные процессы. Но самые важные свойства скипидара, для пациентов с рассеянным склерозом, это иммуномодулирующее (нормализация проницаемости гематоэнцефалического барьера), противовоспалительное (уменьшает очаги воспалительных процессов в миелиновой оболочке) и улучшение нервной проводимости и деятельности вегетативной нервной системы (улучшение зрения, речи, чувствительности). Кроме того, в рецептуре «Скипофита» присутствуют экстракты лечебных трав, которые усиливают действие альфа- и бета-пинена и уменьшают «агрессивность» скипидарных ванн, позволяя применять их в домашних условиях, что особенно важно для пациентов с ограниченной подвижностью. А использование в рецептуре раствора очищенного живичного скипидар, препятствует появлению аллергических реакций и ощущения дискомфорта, даже у тяжелобольных пациентов.

Специалистами НИИ натуротерапии были разработаны специальные курсы для терапии рассеянного склероза, включающие в себя постоянное применение локальных растираний экстрактами и принятие общих ванн. Основные результаты от применения такой терапии — уменьшение участков соединительной (рубцовой) ткани на нервных отростках и укрепление миелиновой оболочки. Уменьшение участков рубцовой ткани на нервных окончаниях нормализует проведение нервных импульсов, и при терапии растворами «Скипофит» большие рассеянным склерозом отмечали улучшение зрения и координации движений уже после двух месяцев лечения. Укрепление миелиновой оболочки предупреждает дальнейшее прогрессирование заболевания, происходит профилактика расширения воспалительных участков, значительно улучшается нервная проводимость. Приведем пример успешного лечения.

Пациент М. (53 года, рассеянный склероз диагностирован 12 лет назад, нормальное давление, ранняя стадия артрита) прошел курс 6-месячной терапии под наблюдением врача НИИ натуротерапии с использованием раствора Желтый; эмульсии Белая; мультиактивных экстрактов Живица, Кровоочистительный, Общеукрепляющий, Движение; сборов трав Фитодел № 1 (Иммуномодулирующий), № 23 (Кровоочистительный), № 27 (Профилактика атеросклероза), № 7 (Профилактика заболеваний суставов) и крема «Скорород». В результате было отмечено: улучшение речевой функции (на 3-й месяц), повышение координации движений (середина 2-го месяца), уменьшение болей в коленном суставе (1-й месяц).

По рекомендации врача пациент М. использовал следующую методику.

1. Длительность курса минимум 6 месяцев. Пропускать ванну не рекомендуется, максимальный интервал между процедурами — 4 дня.

2. Прием ванн вечером, один раз в два дня, с поочередным применением Желтого раствора и Белой эмульсии. Для приготовления ванны используется 10 мл раствора или эмульсии + 30 капель м/а экстракта (очередное применение), которые разводят в 1,5–2 литрах горячей воды (температура 60–70 градусов) и перемешивают в течение 2–3 мин, после чего переливают в ванну 140–150 литров воды при температуре 36–37 градусов. Длительность приема ванны 15–17 мин. После ванны пациент вытирал излишки влаги полотенцем и ложился спать, утром принимал гигиенический душ. Любому пациенту следует начинать курс с 10 мл раствора, но с пятого применения концентрацию можно увеличивать на 5 мл каждый раз, до ощущения легкого покалывания во время ванны или до максимума 100 мл.

3. Ежедневно, утром и вечером, пациент наносил на кожу м/а экстракта «Скипофит». Наносил несколько капель экстракта на ладонь, энергичными круговыми движениями втирал в кожу.

4. Ежедневно заваривал фитосборы — утром и вечером по одному брикету залить 150 мл горячей воды (96 градусов) и настоять 10 минут и выпить.

5. Каждый вечер втирал в пораженные суставы вечерний прогревающий крем «Скорород» (через 30 минут после ванны).

Из-за ограниченной подвижности в начале курса, пациенту помогал сын, но уже к 3-му месяцу пациент стал принимать ванны без посторонней помощи. На 6-й месяц он отметил улучшение мелкой моторики (уменьшение тремора рук, повысилась точность движений).

Действие скипидарных ванн направлено не только на нервную ткань, но и на общее улучшение обмена веществ и нормализацию иммунитета. Восстановление обмена веществ приводит в норму все функции организма, частично восстанавливает непроницаемость гематоэнцефалического барьера для клеток крови, что приводит к уменьшению поражений миелиновой оболочки нервных отростков. Курсовая терапия «Скипофитом» способствует восстановлению нарушенных функций организма, проводит профилактику обострений и значительно увеличивает работоспособность организма.

25.6.5 Может ли криотерапия помочь пациентам с РС?

Я слышал, что в Санкт-Петербурге успешно применяют криотерапию при РС.

В последнее время для купирования различных патологических синдромов у пациентов с РС стала использоваться криотерапия. Мы попросили рассказать об этом профессора кафедры криогенной техники Санкт-Петербургского государственного университета низкотемпературных и пищевых технологий А.Ю. Баранова.

В общем случае криотерапия — это совокупность физических методов лечения, основанных на применении низких температур для охлаждения тканей, органов или всего тела человека. При этом используются различные источники холода и широкий диапазон температур. Все методы криотерапии разделены на 2 большие группы. К первой относят процедуры с использованием умеренно низких температур до –20 °С. Вторая группа включает применение газов с экстремально низкими температурами от –130 до –180 °С. Газом обдувают отдельные части тела (локальная криотерапия) или погружают в газ почти все тело (общая криотерапия). При внешнем сходстве локальная и общая терапия принципиально отличаются по механизму воздействия на организм. Локальная криотерапия вызывает местные реакции, поэтому отличается от традиционных холодовых процедур только интенсивностью стимулирующего воздействия. Она способствует снижению мышечного тонуса и замедлению проводимости по нервам. Обычно холод накладывают на 10–15 мин. Курс 15–20 процедур.

Общая криотерапия — процедура, стимулирующая центральную нервную систему, которая в свою очередь запускает сложный комплекс компенсаторных процессов. В результате организм самостоятельно выявляет патологические органы, нарушения обмена, кровотока и т.д. Все выявленные нарушения подвергаются коррекции, поэтому повторение процедур общей криотерапии сопровождается подавлением нарушений. Метод универсален, так как воздействует не на патологические объекты, а на системы, ответственные за устранение этих объектов. Схема проведения процедур общей криотерапии одинакова для всех видов болезней. Криотерапия является одним из эффективных методов немедикаментозного лечения гипертонуса и болевого синдрома при РС. Ценным свойством криотерапии при РС является возможность регулирования мышечного тонуса. Использование общей криотерапии позволяет активизировать нервные и сосудистые коллатерали, нормализует работу иммунной системы и обменные процессы. Комплекс эффектов, сопровождающих процедуры общей криотерапии, делает ее достаточно эффективным методом реабилитации, в том числе и пациентов с РС.

Известно, что умеренно низкие температуры способствуют возрастанию мышечной силы и выносливости, однако при этом может иметь место нарастание мышечного тонуса. Расслабляющий эффект наблюдается при действии экстремально низких температур за счет выраженного торможения функции некоторых процессов в ЦНС, что способствует снижению активности веретеновидных структур мышц. Ряд авторов указывают на антиспастический эффект при воздействии умеренно низких температур: прикладывание холодных металлических пластинок и льда, кратковременное погружение конечностей в воду, холодный душ. Обезболивающий эффект криотерапии основан на выделении специальных веществ (опиоидов), которые обеспечивают длительное (на 5–6 часов), подавление болей любой природы. Опыт отечественных авторов, полученный при лечении 100 пациентов с РС, показал, что охлаждение благоприятно влияет на такие симптомы заболевания, как слабость, утомляемость, спастичность, тазовые расстройства, нарушения зрения, координации, сексуальные трудности, затруднения в усвоении изучаемого материала.

25.6.6 Какова эффективность гипербарической оксигенации (ГБО)?

На ранних стадиях РС при выраженных мозжечковых мышечно-тонических и тазовых расстройствах применяется гипербарическая оксигенация. Это старый метод лечения «чистым» (100%) кислородом под давлением выше атмосферного. Он давно и с успехом применяется при многих заболеваниях. Один из ключевых механизмов развития РС связан с нарушением процессов использования кислорода, поэтому ГБО является мощным лечебным фактором. Как и всякое сильнодействующее средство, этот метод имеет свой терапевтический диапазон, в пределах которого обеспечиваются лечебные эффекты. Некоторые исследователи отмечают, что у пациентов с РС нередко достигается благоприятная клиническая динамика в виде регресса спастических нарушений, что происходит благодаря улучшению тканевого обмена. В то же время ряд зарубежных ученых считают, что ГБО не оказывает никакого положительного влияния на течение и выраженность проявлений заболевания. Проведенные российскими учеными исследования позволили уточнить ряд обстоятельств, доказывающих возможность применения ГБО при РС. Ими впервые показано различие в переносимости больших доз кислорода в зависимости от клинических характеристик заболевания и эффективности проводимого лечения. Эти факты объясняют различную эффективность ГБО при свободном подходе к дозированию уровня кислорода

без учета способности организма отвечать на внешние факторы. Если это учитывать и использовать высокотехнологичные и точные методы оценки состояния организма, то можно надеяться на достаточную эффективность метода, включаемого в комплексное лечение РС.

Е.М., наш друг и пациент, писала: «Лучше процедуру делать до 12 часов, обязательно предварительно немного поесть, на фоне приема аскорбиновой кислоты 3х3 драже, утром и вечером по капсуле витамина Е. После процедуры спокойно полежать 1–1,5 часа».

25.6.7 Применяется ли при РС баротерапия?

Как считают некоторые ученые, лечение РС с помощью нормоксической баротерапии позволяет на ранних стадиях заболевания практически полностью устранить патологические изменения в организме, которые способствуют неуклонному прогрессированию симптомов болезни:

- восстановить иммунорегуляцию и тем самым приостановить развитие аутоиммунного воспаления, лежащего в основе повреждения миелина (защитной оболочки нервов);
- восстановить нормальное кровообращение в мелких сосудах, что позволяет естественным путем завершить аутоиммунное воспаление;
- восстановить энергетический обмен в организме, что обеспечивает полноценное восстановление оболочек пораженных нервов и белого вещества мозга.

Значительно сложнее обстоит дело с теми, у кого заболевание, несмотря на лечение, прогрессирует. Можно ли у них хотя бы приостановить нарастание неврологических симптомов? Исследования показали, что и в этих тяжелых случаях возможно применение нормоксической баротерапии с учетом имеющихся нарушений и хронических заболеваний. Важно при этом проводить терапию, контролируя иммунный статус, показатели крови и мочи, проводя исследования ЭЭГ и сосудов мозга под наблюдением опытного невролога. Особенно хороший эффект отмечен при вторично-прогрессирующем РС при комбинации баротерапии с иммуносупрессором циклоспорином А, что выражалось в стабилизации состояния пациентов с достоверным уменьшением количества обострений и их тяжести. Некоторые специалисты включают также в комплекс лечения терапию противовоспалительными, противовирусными препаратами и витаминами.

Российские специалисты считают, что выраженный и стойкий лечебный эффект баротерапии при РС и несомненное повышение лечебной эффективности комплексной терапии, направленной на нормализацию патологических изменений при РС, позволяет предположить, что баротерапия воздействует на основное звено патогенеза заболевания. Восстановление микроциркуляции и энергетического обмена позволяет завершить аутоиммунное воспаление или хотя бы отграничить еще не подвергнутые воспалительному процессу области. Однако следует расширить изучение результатов, а отработка четких рекомендаций позволит шире внедрить метод в практику терапии РС.

25.7 Какие вспомогательные принадлежности применяются при РС?

Многим пациентам приходится прибегать к различным приспособлениям, которые существенно улучшают возможность самостоятельного передвижения. Это протезы, ортезы, трости, инвалидные коляски (для положения сидя и стоя), ходунки. Использование ходунков в тяжелых случаях РС, «треноги» позволяет в какой-то степени уменьшить нагрузку спастически напряженных мышц, активно участвующих в акте ходьбы. В менее тяжелых случаях используются орте-

зы: голеностопных суставов — для предотвращения подворачивания стопы и коленных суставов — для предотвращения избыточного разгибания и нарушения функции.

25.8 Что такое компьютерная стабилометрия по методу биологической обратной связи (БОС)?

Стабилометрия — это метод исследования функций организма, связанных с поддержанием равновесия, который является глобальной характеристикой баланса тела. Современным, относительно недавно введенным методом реабилитации пациентов с двигательными и координаторными нарушениями является компьютерная стабилометрия по методу биологической обратной связи (БОС). Стабилометрические тренинги по методу зрительной БОС — это компьютерные игры, в процессе которых пациенты должны отклонением тела на стабилометрической платформе управлять курсором, который является проекцией положения центра давления на мониторе компьютера. При акустической БОС с закрытыми глазами управление осуществляется посредством громкости сигнала. Основной целью стабилометрических тренингов по методу БОС является развитие различных навыков координации балансировочных движений в вертикальной стойке, улучшение стабильности в основной стойке, повышение управляемости балансом. Следует отметить, что метод БОС может быть эффективен для лечения спастичности.

Исследования отечественных авторов показали, что положительное влияние реабилитационного тренинга на показатели динамической устойчивости у больных с РС имеется в большей степени при неглубоком неврологическом дефекте, при тяжести инвалидизации по шкале EDSS до 3,5 балла. Имеется также возможность корректировать двигательный стереотип и компенсировать нарушения статики и баланса, что согласуется с данными других исследований.

25.9 Что такое иппотерапия и применяется ли она при РС?

За этим мудрым словом скрывается лечение с помощью лошадей. Проведено несколько исследований с целью изучения возможности использования иппотерапии у пациентов с РС. Они показали, что для лиц с легкими формами РС в фазе ремиссии вполне показана иппотерапия. Тренинг проводится в ритме шага в закрытом манеже с инструктором. Основными целями иппотерапии являются перераспределение тонуса мышц для уменьшения спастичности, укрепление мышц тазового дна и поясницы, улучшение координации движений, достижение вегетативного баланса, мобилизация внимания, снятие депрессивного фона настроения, эмоциональная мотивация активного образа жизни, повышение значимости немедикаментозного лечения (лечение движением), стимулирование позитивного мышления и положительных эмоций, психофизическая реабилитация, социальная адаптация, повышение качества жизни.

Уже небольшой опыт применения метода говорит о том, что пациенты с РС в стадии обострения не должны прибегать к иппотерапии. Езда на лошади противопоказана пациентам со значительной спастичностью. Людям, ощущающим сильную усталость или симптомы, усиливающиеся от тепла, не рекомендуется ездить на лошади без седла и в жаркую погоду. Имеются и другие признаки, с которыми следует считаться при выборе этого метода лечения (выраженный остеопороз, заболевания позвоночника, выраженные артриты, применение средств против свертываемости крови, раны и царапины поверхностей тела, испытывающих нагрузку при езде, припадки).

Специалисты считают, что пользоваться этим лечением следует с осторожностью лицам, страдающим диабетом, нарушениями в тазобедренном суставе, аллергией на пыль и конский волос, тучностью, сердечными заболеваниями, недержанием мочи или эксcrementов, имеющим последствия недавней хирургической операции.

Иппотерапия и лечебная езда верхом на лошади связана с малым риском, умеренными расходами и предполагает возможную помощь при выраженных симптомах РС, таких как затруднения при ходьбе, спастичность, слабость, проблемы, связанные с мочевым пузырем и желудком, депрессия.

Хотя в ряде случаев иппотерапия снимала спастичность, улучшала мочеиспускание и сон, для правильной оценки результатов этого вида лечения необходимо работать с большим количеством пациентов и более четко спланировать исследования.

25.10 Что представляет собой технология энергоинформационной терапии с использованием торсионных полей?

Я читала, что в Санкт-Петербурге разрабатывают методики, связанные с «торсионными полями». Что это такое?

Технология энергоинформационной терапии базируется на фундаментальных свойствах торсионных полей — по своей физической природе торсионные поля, возбуждаемые энергоинформационным генератором, совпадают с биополем, генерируемым головным мозгом, поэтому мозговые структуры могут непосредственно воспринимать и обрабатывать информацию, содержащуюся в торсионных полях. Целенаправленно подобранная лечебная информация, модулирующая торсионное поле энергоинформационного генератора, интуитивно воспринимается головным мозгом как собственная управляющая командная программа. Выполняя полученную управляющую программу, мозг реализует подсознательно заложенные алгоритмы исцеления, подключает безграничные ресурсы организма.

Как считают специалисты, важно не опоздать с началом лечения и подобрать нужную эффективную лечебную информацию, тогда можно излечить от самого тяжелого заболевания. К тому же, торсионные поля способны воздействовать на клетки, ткани, органы и системы организма. Таким образом, свойства торсионных полей, модулированных целенаправленно подобранной лечебной информацией, являются физической базой, позволившей создать технологию энергоинформационной терапии.

Энергоинформационное лечение является комфортным и щадящим, оно не вызывает отрицательных эмоций, не травмирует системы, органы и психику пациента. При этом не вводятся лекарственные препараты химической природы, оказывающие выраженное повреждающее действие.

При энергоинформационном лечении быстро нормализуются физиологические и психические параметры организма, работа всех систем и отдельных органов, снимаются воспалительные явления. В процессе воздействия происходит нормализация эндокринной, кровяной, иммунной, сердечно-сосудистой систем, обменных процессов и деятельности желудочно-кишечного тракта.

Контроль воздействия на специфические показатели рассеянного склероза осуществляется с помощью спектромиелометрии и других спектральных анализов при производстве суперпозиционного электромагнитного сканирования мозга.

Конструкция энергоинформационной терапии рассеянного склероза (разумеется, при индивидуальном ее обосновании) может включать соответствующие

имовины, адаптогены и гомеопатические препараты (овариум, тестис-компози-тум), содержащие высокие потенции, нейропептиды, лецитин и препараты для наведения толерантности к основному белку и другим антигенным детерминантам миелина (пролипис).

Энергоинформационная терапия рассеянного склероза не является простым способом редукции устойчивого патологического состояния, она требует и от врача и от больного нового мышления.

Проведенные отечественными учеными исследования показали эффективность индивидуально подобранных программ при лечении РС, однако, пока статистически достоверный материал небольшой.

25.11 Помогает ли больным с РС терапия Войта (рефлексо-локомоция)?

Я слышала, что этот метод применяют для лечения детей. При чем тут РС?

Все верно, этот метод широко применяется в педиатрии для лечения моторной патологии. Терапевтически контролируемые рефлекторные движения дают возможность привести к норме и зафиксировать это состояние у грудных детей с синдромом мышечной дистонии и с угрозой формирования спастики (стойкого повышенного гипертонуса). Таким образом, успешно проводится профилактика развития детского церебрального паралича.

Пусть вас не смущает термин «локомоция», это просто вид двигательной деятельности, связанный с активным перемещением в пространстве.

Как это действует у взрослых людей? С помощью рефлекторной локомоции у пациентов с повреждениями центральной нервной системы можно восстановить (по крайней мере в отдельных областях) элементарные двигательные модели, то есть они становятся снова доступными. Рефлекторная локомоция активируется «рефлексогенным» путем, используя необходимые для повседневных спонтанных движений функции мышц, в первую очередь на позвоночнике, но также на руках и ногах, кистях и ступнях и на лице. Активная тренировка позволяет наряду с «большими» двигательными процессами активировать определенные реакции, например, отведение взгляда (глазная моторика), движения языка, челюсти (роталицевая моторика), а также вегетативные функции (регуляция работы кишечника и мочевого пузыря).

В качестве желаемых сопутствующих эффектов при каждой процедуре возникают импульсы, которые оказывают активирующее действие на высшие кортикальные функции (мотивация, концентрация, выносливость, становление речи, разнообразие деятельности, сенсорика и психика). Целенаправленная Войта-терапия способствует восстановлению ранее здоровых двигательных моделей с целью предотвращения последствий, таких как боли, ограничение функциональности и силы, позволяет вернуть пациенту способность как можно лучше участвовать во всех видах деятельности, которые от него требуют семья, школа, профессия, досуг и т.п.

25.12 Что дает метод Фельденкрайза?

Есть ли смысл пойти в группу, где занимаются по необычной методике?

Прежде всего следует исходить из того, что это не панацея, а способ помочь людям лучше понять себя в создавшейся ситуации и научиться воздействовать на движения собственного тела. В России и в некоторых других странах этот метод иногда относят к методам телесно-ориентированной психотерапии, а также к методам альтернативной медицины. Это двигательная практика, ставящая целью развитие человека через осознание себя в процессе работы над движением собственного тела. Иногда ее называют методом соматического обучения.

Метод Фельденкрайза — это осознанный подход к движению, цель которого — улучшение различных функций человека и раскрытие его способностей. Применяемые в методе упражнения («уроки») содержат комбинации движений, созданные для продвижения понимания на опыте того, как мы действуем и используем себя и свое тело. Их выполнение дает возможность найти альтернативный способ действий, более легкий и эффективный. Это позволяет добиться устранения излишних напряжений и связанных с ними симптомов, более эффективного расхода сил, ощущения легкости, повышения двигательных результатов и улучшения качества жизни.

Занятия по методу Фельденкрайза чрезвычайно разнообразны в отношении форм движения, динамики, основного исходного положения, акцента на движении различных частей тела и взаимосвязях в теле.

Подробно описывать методики не имеет смысла, так как начинать занятия следует под руководством инструктора.

25.13 Чем отличается метод Бобат?

Применяется ли в России метод Бобат?

Прежде чем рассказать о данном методе, напомним несколько терминов. Дело в том, что звучит название метода весьма необычно. Это регуляция постурального мышечного тонуса на принципе реципрокной иннервации.

А теперь разберемся. Нормальный постуральный мышечный тонус — это та основа, на которой формируются движения. Он вполне позволяет противостоять силе тяжести, но для движения, даже простого, его недостаточно. В принципе, поза и движение — динамические и неотделимые друг от друга явления. Поза изменяется при каждом движении, а движение — это собственно процесс изменения позы. Снижение устойчивости при поддержании вертикальной позы является одним из наиболее частых, а порой и ведущим симптомом у больных рассеянным склерозом. Нарушения постурального контроля достаточно часто определяют выраженность неврологических нарушений и являются ведущей причиной социальной и трудовой потери пациента. В двигательных процессах важная роль принадлежит реципрокной иннервации. Это сопряженная иннервация, рефлекторный механизм координации двигательных актов, обеспечивающий согласованную деятельность мышц антагонистов (сгибатели — разгибатели, пронаторы — супинаторы, отводящие — приводящие мышцы). Суть реципрокной иннервации заключается в том, что рефлекторное возбуждение в группе нервных клеток, иннервирующих определенные мышцы, сопровождается реципрокным (сопряженным) торможением активности в других клетках, функционально связанных с антагонистами.

Естественно, это очень сложный процесс, но каждый больной РС на практике понимает, как это работает.

Автор и последующие разработчики метода использовали команды на сокращение отдельной мышцы или группы мышц (концентрическое сокращение агониста), сопровождающиеся командой на растягивание (эксцентрическое сокращение антагониста). Такая взаимная иннервация является основным фактором взаимодействия между мышечными группами и отдельными мышцами, например, вокруг одного или двух суставов. В соответствии с концепцией Бобат, нарушения мышечного тонуса можно уменьшить при помощи воздействия на ключевые точки постурального контроля: центральные ключевые точки туловища, плечевого и тазового пояса, периферические ключевые точки кистей рук и стопы. Используя эти точки, физиотерапевт может усилить контроль мы-

шечной активности. Моделирование рефлекторного торможения двигательной функции способствует восстановлению нормальной последовательности движений. В результате регулярного повторения этих действий начинается процесс восстановления двигательных навыков. Здесь используется способность ЦНС к перераспределению функций.

Лечение должно постоянно корректироваться в зависимости от состояния больного и имеющихся на данный момент времени двигательных нарушений. Успех этой терапии основан на постоянном использовании данного метода. После выписки из специализированного центра терапия обязательно должна быть продолжена дома самим больным или ухаживающим лицом. Некоторые отечественные специалисты считают, что регулярные упражнения по этому методу в сочетании с комплексом лечебной физкультуры, а при легкой и средней степени тяжести заболевания — в сочетании с взвешенными занятиями спортом, является эффективным средством реабилитации.

25.14 Что представляет собой проприоцептивная нейромускулярная фасилитация?

Я слышала, что этот метод применяется в ортопедии. Применим ли он при РС?

Концепция проприоцептивной нейромускулярной фасилитации (PNF) с успехом применяется в неврологии, ортопедии, педиатрии, при лечении нервно-мышечных болезней, нарушений осанки и сколиоза. Некоторые специалисты не без успеха включают данный метод в комплекс терапии РС. Он использует проприоцептивное и нейромускулярное прокладывание пути для движений. Основные положения базируются на правильной физиологии развития двигательной активности человека с учетом отдельных фаз контроля моторики, которые связаны с достижением новых позиций. Процесс обучения движению основывается на разнообразной стимуляции пациента, которая заключается во временном и пространственном суммировании разного рода возбудителей (тактильные, зрительные, слуховые, равнозначные). Важным звеном является проприоцептивная, глубокая чувствительность — ощущение положения частей собственного тела относительно друг друга.

В терапии PNF используется трехмерное движение, приближенное к ежедневной активности, позволяющее активировать наибольшее количество единиц моторики, принадлежащих к одной и той же мышечной цепи, а самым важным компонентом движения является обусловленная ротация и координация выполняемого движения, а также использование направленного мануального сопротивления, соответствующего возможностям пациента и целям терапии.

Данный метод предполагает целостный и позитивный подход к проблеме пациента, обеспечивает совместное с ним участие в планировании терапии, а также использует потенциал больного. Отсутствие боли, тщательный анализ функциональной проблемы и точное направление действий обеспечивают высокую эффективность проводимой терапии.

Как всегда, напоминаем, что применение новых техник реабилитации требует контроля со стороны лечащего врача, ибо в каждом методе есть ограничения и противопоказания.

25.15 Применяется ли электростимуляция мозга при РС?

Методу электрических стимуляций мозга уже более шестидесяти лет. В нашей стране его впервые, еще в 60-х годах, начала применять в Институте мозга челове-

ка РАН академик Н. П. Бехтерева. Под ее руководством, а также под руководством ныне покойного профессора В. М. Смирнова доктор А. Н. Шандурина разработала метод электростимуляции зрительного нерва при его частичной атрофии, который дал хорошие результаты и довольно быстро стал применяться в лечебной практике. В дальнейшем работы по расширению показаний для применения метода расшились. Как рассказывает проф. А. Н. Шандурина, воздействие на РС идет с двух направлений. Во-первых, активизируя электроимпульсами определенные участки мозга, мы приостанавливаем образование бляшек и тем улучшаем проводимость сигналов. Во-вторых, посылаются электроимпульсы в структуры, ответственные за повышение иммунитета. А при этом разрушение оболочки замедляется или полностью прекращается, и частично идет их восстановление. И если процесс не зашел совсем уж далеко, возможно полное исцеление.

Такого мнения придерживаются далеко не все специалисты. Ряд ведущих ученых (в т.ч. С.В. Медведев, член-корреспондент РАН, директор Института мозга человека) считают, что, хотя метод электростимуляции мозга и нервов человека является мощным и перспективным лечебным средством, его применение имеет свои границы и возможности и их не следует переоценивать. В России разработана серия приборов для транскраниальной электростимуляции (не через имплантированные электроды, а непосредственно через кожу), но, по мнению некоторых специалистов, пациентам с РС они могут дать временное облегчение, которое очень часто наблюдается и без всякого лечения.

Как обычно, для окончательного решения о широком внедрении этого метода в практику необходимо длительное наблюдение с положительными результатами.

Нет сомнения, что для получения положительного клинического эффекта при лечении пациентов с РС необходимо следовать принципам рационального назначения физических факторов, дифференцированному выбору видов используемой энергии и конкретным методикам проведения процедур. Активное ведение пациентов с использованием всех современных возможностей симптоматического лечения, физиотерапии, психологической поддержки, максимальное возвращение к привычной повседневной жизни способствует не только предупреждению осложнений, но и более благоприятному течению заболевания.

Альтернативные методы лечения рассеянного склероза

26.1 Что входит в понятие «альтернативные методы лечения»?

Лечение болезни и уменьшение выраженности ее симптомов не ограничиваются использованием лекарственных средств и признанных технологий в рамках научной медицины. Немало пациентов с недоверием относятся к «химии» и при этом безоговорочно верят в средства народной медицины, а иногда безрассудно доверяются пропагандистам самых невероятных способов лечения.

Термин «альтернативное лечение» в широком смысле используется для обозначения любого лечебного вмешательства, которое не вписывается в круг методов терапии, применяемых официальной медициной. Некоторые видят недостаток в отсутствии научно документированных доказательств безопасности или эффектив-

ности лечения. Между тем, многие из этих естественных методов имеют тысячелетние традиции, доказывающие результативность терапии, порой в тех случаях, когда классическая медицина не может предложить помощь. Они вполне правомерно носят название традиционных методов лечения. Альтернативное лечение охватывает множество подходов — от диет и физических упражнений до психологических тренингов, а порой и изменений в образе жизни. Примерами таких методов (например, древних медий — китайской, тибетской и др.) могут служить гомеопатия, йога, арома- и цветотерапия, акупунктура (иглоукалывание), гирудотерапия (лечение пиявками), релаксация, фитотерапия (лечение растениями), апитерапия (лечение укусами пчел и пчелиными продуктами), специальные виды массажа и другие. Заметим, что многие из них давно прошли апробацию и получили обоснование для применения в общей практике. Официальная медицина издавна относится несколько настороженно к «альтернативным» или «комплементарным» (дополнительным) методам лечения, к тому же большинство аллопатов (представителей классической медицины) вполне удовлетворены стандартными схемами терапии.

В то же время в последние годы предлагается немало новых альтернативных подходов и методик лечения РС без каких-либо научно обоснованных доказательств на основе предшествующих общепринятых научных или практических исследований. К тому же обычно они разрабатываются людьми, не имеющими специальной подготовки. Трудно найти заболевание, обладающее столь широким спектром симптомов, протекающих непредсказуемо, как РС. Именно поэтому, возможно, имеет право на существование любой метод терапии, который может принести облегчение, значительно восстановить утраченные функции, поддерживать приемлемый образ жизни. Некоторые из альтернативных методов лечения относительно безвредны и даже в какой-то мере полезны, так как делают пациентов более осторожными и здравомыслящими по поводу возможности полного излечения РС такими способами. Некоторые из наиболее экзотических методик дороги и даже опасны, поэтому надежда на чудо не должна затмевать здравый смысл. Множество новых методик и препаратов безответственно рекламируется в печати и средствах массовой информации.

Прежде чем решиться на использование таких методов, следует посоветоваться с близкими людьми, представителями местного общества, центра или фонда рассеянного склероза, где опытные специалисты помогут разобраться с этим вопросом.

26.2 Чем могут помочь естественные методы лечения при РС?

Насколько реальна эффективность естественных методов при РС?

Следует признать, что эти методы не могут, к сожалению, пока лечить РС, но они могут:

- снизить частоту обострений;
- уменьшить число тяжелых обострений;
- ослабить выраженность симптомов;
- способствовать продлению стадии ремиссии;
- замедлить развитие инвалидизации;
- уменьшить побочные эффекты медикаментов;
- снизить выраженность симптомов;
- активизировать собственные внутренние резервы организма;
- способствовать восстановлению нервных тканей;
- улучшить качество жизни.

Если сказать просто, то речь идет о возможности самостоятельно или с помощью специалистов добиться, несмотря на болезнь, улучшения своего самочув-

ствия. Здесь не стоит вопрос о борьбе с конкретными симптомами, ибо это задача классической (аллопатической) медицины. А вот помочь в создании условий для поддержания здоровья и длительной ремиссии они могут. Напомним, что это дополнительные методы терапии, и они нередко связаны с изменением образа жизни.

Существуют более 2000 альтернативных методов лечения, и подавляющее большинство из них совершенно не нужны при РС.

26.3 Что можно предпринять до принятия решения об использовании новых методов или препаратов?

В прессе много предложений, порой путаных. Как разобраться во всех этих препаратах и методах?

Несомненно, во многих случаях методы альтернативной медицины приносят определенную пользу, однако некоторые из них могут быть неэффективными, дорогостоящими, а порой и опасными. Ведь так заманчиво поверить в новое чудодейственное средство, сделать глоток эликсира и стать здоровым, в то время как врачи предлагают путь, требующий труда и терпения, часто обещают облегчение состояния, но не гарантируют выздоровления. Что можно сказать вполне уверенно тем, кто недавно заболел?

- Вам противопоказано перегревание, следовательно, забудьте о сауне, бане, жарком солнце.
- Не следует использовать акупунктуру и апитерапию.
- Массаж должен быть профессиональным, избегайте рефлексотерапии подошвенной области.
- Не прибегайте к остеопатии, в том числе краниосакральной терапии.
- Не используйте стимуляторы иммунной системы, например, эхинацею.

Лучший способ оценить потенциальную пользу от предлагаемых новинок — это научиться разбираться в них. Многолетний опыт многих пациентов выработал некоторые правила. Прежде чем прибегнуть к помощи новых методик или препаратов, следует получить ответ на ряд вопросов. В чем заключается данное лечение? Каким образом оно проводится? Как именно оно действует и на чем основано это действие? Связано ли оно с каким-либо риском? Каковы его побочные эффекты? Дает ли оно реальный эффект? (Требуйте подтверждений или доказательств!) Сколько оно стоит? Теперь можно ответить на последний вопрос: стоит ли ожидаемый эффект сопутствующего риска?

Естественно, по ходу общения могут возникнуть и другие вопросы, связанные, например, с нежеланием представителя фирмы связаться с врачом или дать данные о побочных эффектах. В любом случае лечащий врач должен быть поставлен в известность о том, какие дополнительные методы лечения предполагается использовать, чтобы он мог обратить внимание на возможные перекрестные или побочные действия на фоне основного лечения. И, конечно, следует опасаться чрезвычайно навязчивой рекламы.

Фитотерапия рассеянного склероза

27.1 Что такое фитотерапия?

С древних времен широко используется лечение лекарственными растениями (фитотерапия). В народе этот метод всегда пользовался уважением, поскольку привлекал своей простотой и доступностью. И в наше время он не потерял своей актуальности. Растения и растительные продукты — альфа и омега российского отечественного целительства, без них невозможно себе представить народную

медицину. Сегодня уже многие врачи довольно успешно используют их в своей практике. Несмотря на то, что научная медицина предлагает новые, весьма эффективные и сильнодействующие препараты, интерес к лекарственным растениям постоянно растет. Лекарственные препараты растительного происхождения являются более мягкими по сравнению с синтетическими средствами. В нашем организме трудно найти такие системы, органы или функции, на которые не оказывали бы активного влияния биологически активные вещества природного происхождения. Человек с каждым годом все больше убеждается в том, что в самой природе находится решение многих проблем, связанных не только с возникновением многих заболеваний, но и с их лечением и профилактикой. Убедительным доказательством этого являются сотни растительных лекарственных препаратов, разработанных и широко применяемых медициной всего мира. Это же подтверждают как гомеопатическая, так и антропософская медицина, которые используют только средства природного происхождения.

Лекарственные растения способны вылечивать болезни, они помогают бороться с болью и другими проявлениями заболеваний, они могут действовать профилактически. В древние времена лекарственные растения были единственным средством борьбы с болезнями. Особенно активно занимались созданием препаратов в монастырях. Сегодня большинство растений изучено в научных лабораториях и клиниках, многие популярные и действенные медикаменты созданы на основе растительного сырья. Лекарственные растения можно использовать повседневно: в виде чаев, экстрактов, отваров, настоев и, естественно, медикаментов. Активно применяются растительные средства для общих и ножных ванн, ингаляций, примочек и компрессов. Заметим, поскольку эффект фитотерапии проявляется через определенный промежуток времени, она мало пригодна для лечения острых и неотложных состояний, предполагает проведение повторных длительных курсов лечения и нередко служит «фоном» для медикаментозного лечения.

Фитотерапевты считают, что положительный эффект фитотерапии обусловлен также «информационными» механизмами действия. У человека, вышедшего из лона природы, понятие о прекрасном и связанная с ним гамма положительных эмоций формировались под непосредственным влиянием окружающего мира, включающего царство растений. Поэтому одним из механизмов действия фитотерапии (а также ароматерапии) является воздействие через нашу эмоциональную память.

27.2 Можно ли применять фитотерапию при РС?

В различных журналах очень много пишут о травах, применяемых также при РС. Так ли это?

Личный опыт авторов, советы многих пациентов, рекомендации врачей-фитотерапевтов позволяют сделать вывод, что использование лекарственных растений в сочетании с продуктами пчеловодства и естественными средствами позволяет добиться эффекта и при РС. Следует помнить, что особенности этого заболевания таковы, что любые методы лечения, будь то классические или альтернативные, действуют избирательно. Поэтому не все средства, рекомендованные «коллегам» по болезни, дают положительный эффект при их применении. К тому же эти методы нередко требуют много времени и упорства, но разве кто-то знает легкие пути в лечении РС?

При РС используются разнообразные лечебные свойства сотен лекарственных растений. Традиционно использование растений с адаптогенными свойства-

ми, способных повышать неспецифическую сопротивляемость организма к широкому спектру вредных воздействий физической, химической и биологической природы. Такие растения помогают организму переносить хронический стресс, каким является болезнь, оказывают защитное действие на клетки и ткани организма, а также стимулирующее действие. К растениям, имеющим такие свойства, относят женьшень, заманиху высокую, аралию маньчжурскую, элеутерококк колючий, левзею сафлоровидную, родиолу розовую, лимонник китайский. Несмотря на то, что многие специалисты по фитотерапии настоятельно рекомендуют принимать их регулярно, есть и некоторые нюансы (см. 27.11 Можно ли применять эхинацею против гриппа?).

Вместе с ними защищают ЦНС препараты из валерианы, подмаренника, сабельника, имбиря, аира, водяники, тмина, кипрея, мумие, пыльцы, перги, меда и ряда других известных средств. Десенсибилизирующим, противоаллергическим, усиливающим действие стероидов свойствами обладают солодка, ромашка, тысячелистник, пижма, полынь, аир, девясил, череда, шлемник.

Рекомендуется широко использовать при лечении РС растения с противовоспалительным действием: череду трехраздельную, зверобой продырявленный, шалфей лекарственный, ромашку аптечную, тысячелистник обыкновенный, солодку гладкую, малину. Многие из них оказывают выраженное антимикробное (зверобой, тимьян обыкновенный, ромашка, липа сердцевидная), противоаллергическое (череда трехраздельная, солодка, календула (ноготки лекарственные)), детоксикационное, антиоксидантное (череда, таволга вязолистная) действие. Для коррекции эндокринных нарушений, в том числе нарушений работы надпочечников, хорошо применять солодку и череду, при нарушении функции яичников — ромашку, тысячелистник.

Один из ведущих механизмов повреждения нервной ткани при рассеянном склерозе — воспаление на фоне повышенной проницаемости гематоэнцефалического барьера. Проницаемость сосудов нормализуют вещества — флавоноиды, содержащиеся в чернике, таволге, вереске, боярышнике, череде, зверобое, шиповнике, рябине, шалфее, тысячелистнике. Солодке, имбирю, аиру, ромашке приписывают интерфероногенные свойства, за счет которых эти травы повышают сопротивляемость инфекциям. Улучшается сопротивляемость организма и при применении тысячелистника, череды, шалфея, вахты, малины, лабазника, ромашки, зверобоя, ивы.

Профилактика инфекций крайне важна при рассеянном склерозе, так как инфекции часто провоцируют обострение болезни. При дисфункции мочевого пузыря и риске развития инфекции в мочевыводящих путях полезно использовать растения с мочегонными свойствами. Травы, оказывающие мочегонное действие, «дезинфицируют» мочевыводящие пути и препятствуют задержке лишней жидкости в тканях. Общее количество мочи при этом если и увеличится, то временно, до тех пор, пока ткани не «освободятся» от скрытых отеков. К растениям, оказывающим мочегонное действие, относятся клюква, лист брусники, березы, таволга, водяника. Препятствуют образованию камней в почках листья черной смородины и березы. Заметим, что при нарушенной функции сфинктера мочевого пузыря необходимо подходить к мочегонным средствам с осторожностью, чтобы не вызвать задержку мочи. Женщинам при нерегулярных или обильных месячных можно применять отвары и настои следующих растений: дягиль лекарственный, вероника лекарственная, ромашка аптечная, лапчатка прямостоячая (калган) и растения с кровоостанавливающими свойствами: пастушья сумка, крапива двудомная, водяной перец, тысячелистник обыкновенный.

Способствуют защите функций печени и очищению организма бессмертник, рыльца кукурузы, володушка, одуванчик, цикорий, береза, календула, шиповник, крапива, рябина, боярышник, чистотел, солодка, хвощ, льнянка, пустырник, душица, куркума.

Широким спектром действия обладают известные растения: Melissa, душица, лаванда, мята, тимьян, гвоздика, солодка, пастушья сумка, крапива, омела, полынь, эстрагон, хмель, ятрышник, укроп, анис, кориандр, диоскорея, хвощ, бузина, сенна, крушина.

Следует отметить, что существует множество рецептов использования лекарственных растений при РС, авторы которых отмечают их положительное действие. Поскольку многие из растений обладают разносторонним действием, а при лечении РС нередко используют весьма ядовитые средства, необходимо строго придерживаться указанной в рецептах дозировки. Кроме того, далеко не всегда пациенты добиваются ожидаемого результата. В любом случае следует предварительно обговорить с лечащим врачом возможность использования растительных препаратов.

27.3 Что предлагает врач-фитотерапевт Костеров?

Врач-фитотерапевт В.М. Костеров считает, что поскольку в ряде случаев заболевание спровоцировано вирусной инфекцией, необходимо использовать датиску коноплевую, обладающую противовирусным действием. Прежде всего, это может быть готовый препарат датискан. (Заметим, препарат обладает спазмолитической активностью, и в официальных инструкциях не упоминается его противовирусная способность.)

Можно применить и следующий лекарственный сбор: датиска коноплевая, листья березы белой, лист подорожника — по 4 части, корень бадана толстолистного, цветки календулы (ноготков лекарственных) — по 2 части. Компоненты предварительно хорошо измельчить и тщательно перемешать. Заваривают 1 ст. л. смеси в 1 стакане кипятка и настаивают 20 мин, затем выпивают до еды в 3 приема в течение дня. Такое лечение продолжают не менее полугода курсами по 1 месяцу с перерывами в 10 дней. Предлагается также использовать мордовник шароголовый.

27.4 Как применяется мордовник шароголовый (обыкновенный)?

При обсуждении вопроса лечения растениями при РС неминуемо заходит разговор о мордовнике (осоте черном, осоке). Это весьма распространенное многолетнее травянистое растение, плоды которого содержат ряд алкалоидов. Важнейшим из них является эхинопсин, который повышает рефлекторную возбудимость спинного мозга, тонизирует скелетную мускулатуру, оказывает общее тонизирующее действие. Он обладает широтой терапевтического действия, но достаточно токсичен. Неудивительно, что официальный препарат (раствор нитрата эхинопсина для инъекций) нашел в свое время широкое применение в неврологии. В настоящее время он заменен другими лекарственными средствами. В народной медицине используют водяную настойку мордовника. Берут 2 ч. л. плодов, заливают 1 стаканом кипятка, настаивают 10 мин. Принимают по 50 мл 3 раза в день за 30 мин до еды и четвертый раз перед сном.

При РС полезно использовать сбор плодов мордовника с плодами шиповника коричневого, боярышника колючего, травой душицы обыкновенной, Melissa лекарственной, вереска обыкновенного в соотношении 1:2:4:4:2:2. Берут 2 ст. л. смеси, заливают 1 стаканом воды, кипятят на небольшом огне 10 мин, настаивают

ют 1 час. Пьют по 50 мл 3 раза в день за 30 мин до еды. Лечение длится 2–3 месяца. После перерыва на 5–7 суток курс продолжают еще месяц.

При наличии болевого симптома, например, неврите лицевого нерва, полезно приготовить такую композицию: плоды мордовника соединяют с травой душицы, мятой перечной, Melissa лекарственной в соотношении 1:3:3:4. Заливают 3 ст. л. смеси стаканом кипятка, настаивают 4 часа. Потом берут 1 стакан этого настоя, фильтруют и добавляют 1 стакан спиртовой настойки почек тополя черного. Складывают марлю в 4 слоя, смачивают настойкой и прикладывают к больным местам. Уместно прикладывать к больным местам, предварительно размешав, состав, в который входит полстакана настойки почек черного тополя, отвара плодов мордовника и 4 ст. л. тертого хрена, но не дольше, чем на 3–5–10 мин. Процедуру повторяют 2–3 раза в неделю.

Напомним, что это токсичное растение и применять его следует осторожно. Нельзя увеличивать дозировку из-за ядовитости растения. Препарат вызывает привыкание: порой опоздание его приема на полчаса может привести к головным болям. Это вынуждает в ряде случаев принимать средство постоянно. Фитотерапевт Костеров рекомендует такой рецепт приготовления настойки: 100 г семян хорошо измельчают, заливают 1 л водки, настаивают 3 недели, принимают по 10–15 капель, разбавив водой. Очень медленно повышают дозу принимаемого препарата, доведя до 40–50 капель на прием (не забывать смешивать с водой). Курс лечения — 2 недели, затем 10 дней перерыв, вновь повторить лечение.

Существуют и другие схемы применения растительного препарата, рекомендованные пациентами с РС. Так, берут 2–3 ч. л. сырья и заливают 1 стаканом кипятка. Затем настаивают ночь в термосе и выпивают в течение дня за 3–4 приема. После двухмесячного лечения делают перерыв 10 дней и повторяют курс. Напомним, что необходимо следить за артериальным давлением. Некоторые принимают препарат по другой схеме: по 25 капель утром и днем за полчаса до еды. Курс — 20 дней, затем перерыв 10 дней. Некоторые пациенты по понятным причинам отдадут предпочтение следующему рецепту: 10% водочную настойку мордовника принимают по 30 капель 3 раза в день за 30 мин до еды.

Известно, что отвар этого растения позволяет не только вернуть свободу движений, но и нередко значительно улучшить зрение. С этой целью готовят отвар: 2 ч. л. сырья кипятят в 0,5 л воды 15 мин, охлаждают полчаса и пьют по 50 мл 4–6 раз в день, но последний прием — обязательно на ночь. После трехнедельного лечения делают перерыв 10 дней и повторяют терапию. Можно воспользоваться и таким вариантом: 1 ч. л. измельченных семян варят в 300 мл воды 15 мин, затем принимают по 2 ст. л. 4 раза в день.

Приводим пример из опыта пациента Ф., который разбавлял настойку мордовника кипяченой водой до 1% раствора и закапывал в глаза: 1-й день — по 1 капле в оба глаза 5 раз в день; 2-й день — по 1 капле 4 раза в день; 3-й день — по 1 капле 3 раза в день; в течение последующих 7 дней — по 1 капле 1 раз в день (утром). В дальнейшем пациент закапывал в глаза по 1 капле 1 раз в день (по утрам). Обследование у врача-окулиста показало значительное улучшение зрения. О том, что отвар семян этого растения помогает при ослаблении зрения, известно давно, но опыт данного пациента позволяет расширить показания к применению полезного препарата.

Отмечен положительный результат при одновременном применении компрессов на веки с настоем травы очанки: 1 ст. л. травы настаивают в 1 стакане кипятка полчаса, затем смачивают настоем марлю, слегка отжимают и прикла-

дывают на веки ежедневно на ночь в течение месяца. Эти простые процедуры нередко позволяют значительно улучшить зрение.

27.5 Как применяется живокость сетчатоплодная?

Как из литературы, так и из личного опыта многих пациентов известно растение живокость сетчатоплодная. Поскольку оно достаточно ядовито, использовать его надо осторожно, не отступая от рекомендованных дозировок. Содержащиеся в растении алкалоиды тормозят передачу возбуждения с двигательных центров на мышцы, блокируя нервные центры. При этом значительно снижается артериальное давление. Этот момент следует обязательно учитывать тем, чье артериальное давление в норме находится на низких показателях. В народе издавна используют настой этого растения для лечения РС. Простой рецепт: заваривают 1 ч.л. измельченной травы в 0,5 л кипятка, настаивают полчаса и пьют по 1–2 ст. л. 5–6 раз до еды. Курс лечения — 2 недели, перерыв 10 дней, затем лечение повторить. В течение года проводят 3–4 курса. Нельзя проводить лечение пациентам с тяжелыми нарушениями функций печени и почек.

Уже многим пациентам с РС известен рецепт с настойкой из живокости сетчатоплодной. Поскольку препарат, как и многие другие, лишь способствует поддержанию защитных сил организма, принимать его необходимо постоянно. Приготовить его просто: 10 г травы заливают 100 мл 70% спирта и настаивают 4 недели. Принимают настойку по 3–5 капли 3 раза в день за 20–30 мин до еды. Некоторые пациенты отметили, что значительно повышается эффективность препарата, если его принимать вместе с настойками известных адаптогенов — растений, способствующих восстановлению сил организма: женьшенем, элеутерококком, родиолой розовой и др. Обычно берут 30–35 капель настойки любого из названных лекарственных растений и добавляют 3 капли живокости сетчатоплодной. Хотелось бы еще раз напомнить, что нельзя увеличивать дозу, т.к. растение ядовито.

Кстати, есть данные, что таким же эффектом обладает подснежник Воронова.

Некоторые пациенты считают, что максимального эффекта можно достигнуть, если это лечение сопровождать физиопроцедурами, особенно медовым массажем в области позвоночника и лечебной гимнастикой. При нарушениях двигательной активности конечностей делали орошение этих мест холодной водой или холодные компрессы.

27.6 Какие травы обладают противовоспалительным действием?

Несколько раньше были названы лекарственные растения, применяемые как противовоспалительные средства (см. 27.2 Можно ли применять фитотерапию при РС?). Поскольку остается открытым вопрос о роли ряда возбудителей болезней в развитии РС, некоторые фитотерапевты отмечают, что были случаи, когда у пациентов с РС обнаруживали трихомонады, трихинеллы, солитер, хламидии, грибки вида скоротикс и другие. Считают также, что эти паразиты пожирают в организме кремний, из-за чего человек слабеет и погибает. Поэтому, в первую очередь, для успешного лечения болезни надо провести полную очистку организма от всякого рода паразитов. Хорошие результаты дает ежедневное употребление утром натощак и вечером перед сном по 2 ст. л. сырых очищенных и измельченных тыквенных семечек. Курс лечения — 6 недель. После каждых 14 дней делать пятидневный перерыв. Обязательно каждый вечер ставить очистительную клизму или пить слабительное. Для клизм использовать отвар ромашки. Для уничтожения грибов, разрушающих нервную систему, рекомендуется употребление специального средства. Поместить в трехлитровую банку 100 штук

зеленых грецких орехов, порезав каждый на 4 части, и залить орехи медом, не доходя 3 пальца до горлышка банки. Хорошо перемешать все деревянной палочкой и закатать банку жестяной крышкой. Зарыть ее в землю на глубину 70 см и оставить на полгода. После 6 месяцев выкопать, открыть крышку банки и ее содержимое процедить через капроновое сито. Полученный сироп хранить в плотно закрытой стеклянной посуде в холодильнике. Употреблять его по 1 ст. л. 3 раза в день после еды, разводя в 30–50 мл воды. Курс лечения — до окончания сиропа. При необходимости через 3–5 лет можно повторить. Хорошо справляется с грибами биологическая добавка «По Д'Арко». Этот фитопрепарат употреблять по 1 капсуле 3 раза в день во время еды.

27.7 Есть ли еще комбинированные методы лечения травами?

Отечественными учеными (В.Ф. Корсун, Е.В. Никулина, А.А. Корсун, Е.И. Бореко) представлен запатентованный метод лечения РС с использованием препаратов растительного происхождения. У большинства наблюдаемых ими пациентов (срок более 7 лет) процесс стабилизировался или наступило значительное улучшение. Всем пациентам назначался настой из следующего сбора трав:

Трава датиски коноплевой	4 части
Листья бархата Лавалья	2
Трава зверобоя	4
Плоды можжевельника	2
Цветки календулы	4
Плоды шиповника	5

Доза сбора лекарственных трав составляла 2 г на 200 мл кипятка для приема в течение дня.

Одновременно с приемом указанного настоя проводился фонофорез мази алором на межлопаточную область и поясничный отдел позвоночника по 10–15 минут в день, ежедневно чередуя область воздействия. В состав мази входит сок листьев алоэ, экстракт цветков календулы и ромашки, масло листьев эвкалипта. Пациенты принимали также ежедневно по 2 мл экстракта элеутерококка и настойки прополиса. Курс — 2–6 месяцев непрерывного лечения на фоне диеты и нормализации режима труда и отдыха. Из питания исключают острую пищу, копчености, консервы. Необходима пища, богатая микроэлементами, цинком, медью и марганцем. Рекомендуется включать в рацион овес, черную смородину, горох, шпинат, сельдерей, сою, аронию (плоды рябины черноплодной), красную свеклу, грибы, чернику, бруснику, ягоды ирги обыкновенной. Предложенный метод повышает эффективность специализированного лечения РС, уменьшает частоту рецидивов и улучшает прогноз.

Предлагается еще один проверенный опытом комбинированный способ:

1. Приготовить мумие: растворить 5 г сырья в 100 мл кипяченой воды комнатной температуры. Принимать по 1 ч.л. 3 раза в день до еды. Раствор хранить в холодильнике.

2. Приготовить настойку прополиса: 5 г измельченного сырья залить 0,5 л медицинского спирта, настоять неделю, периодически взбалтывать. Слить и принимать по 30 кап (с 50 мл кипяченой воды) 3 раза в день через 30 мин после приема мумие.

3. Настой живокости. Залить 100 г сухой, измельченной травы 1,5 л водки, настаивать 21 день в темном месте, встряхивая каждый день. Процедить и пить в каплях с 50 мл воды через 30 мин после настойки прополиса по схеме: 10 дней — по 15 капель 3 раза в день, следующие 10 дней — по 20 капель 3 раза в день. Затем

по 30 капель 3 раза в день. Все препараты принимать до еды с интервалом 30 мин курсами 21 день, затем 9 дней перерыв. Дополнительно в летнее время проводится лечение пчелиным ядом. Общий курс не ограничивается.

27.8 Как применяется вороника (шикша черная)?

В последнее время вызывает общий интерес применение при РС ягод (плодов) и наземной части вороники (шикши черной, водяники). Анализ лекарственного применения растения показал устойчивую эффективность при различных заболеваниях ЦНС. Для нас важно, что ее давно используют при параличах, снижении памяти, нарушениях сна, головных болях, усталости, быстрой утомляемости и многих других состояниях. Исследователи отмечают, что она имеет широкий спектр действия. Известно также, что применение растения имеет давние традиции в тибетской медицине. По данным отечественных исследователей, при использовании шикши увеличивался объем движений у пациентов с гемипарезами и гемиплегиями, уменьшалось количество и тяжесть эпилептических приступов. К сожалению, пока еще недостаточно научных данных, позволяющих перейти к широкому назначению препаратов из шикши. Рекомендуется включать в сборы наряду с наземной частью шикши те растения, которые имеют положительное воздействие на пациентов с РС (см. 27.2 Можно ли применять фитотерапию при РС?). Исследователи считают, что целесообразнее всего применять травянистую часть растения, обладающую лучшими целебными качествами. Способ применения: 1 ст. л. измельченной травы шикши залить 0,5 л воды, кипятить 7 мин, остудить. Принимать глотками (по 2–3 глотка) 5–6 раз в день в течение 2 дней. Потом остаток травы снова залить кипятком и вскипятить. Принимать неделю до завершения выделения из травы зеленого отвара. При эпилепсии принимать отвар рекомендуется до прекращения приступов, а потом для профилактики по одному месяцу четыре раза в год.

Приготовление сборов осуществляется по общепринятой схеме.

27.9 Какие еще растения применяются для лечения РС?

В различных источниках приводится множество рецептов, авторы которых использовали в практике лечения пациентов с РС. Трудно давать им характеристику, но, возможно, есть смысл попробовать наиболее часто называемые рецепты. Мы знаем и случаи, когда самые популярные средства оказывали лишь кратковременный эффект.

Многие пациенты в течение долгих лет болезни собирают рецепты применения растительных продуктов, позволяющих поддерживать хорошее самочувствие. Мы с удовольствием включали в эту главу их рекомендации. Вот одна из них:

- Плоды сафоры японской (1 упаковка) растолочь (размолоть), залить 0,5 л водки и настоять 30 дней. Принимать по 1 ч.л. 3 раза в день за 15–20 мин перед едой.
- Бутоны сафоры японской (зеленый чай) — 1 пакетик запарить в 1 стакане и принимать 2 раза в день после еды.
- Этот состав давно используется в различных вариациях для поддержания сил: перемалывают 10 головок чеснока, 10 лимонов (с цедрой), 100 г кураги, 100 г желтого изюма, 100 г грецких орехов, 100 г чернослива. В эту смесь добавляют 500 г меда и заливают 0,5 л коньяка (можно предварительно настоять его на перегородках грецкого ореха). Эту смесь настаивают 19 дней, тщательно перемешивая ежедневно деревянной ложкой. Принимать по 1 десерт. л. 3 раза в день, рассасывая во рту.

- Все препараты желательно запивать настоем укропа: залить 1 ст. л. семян укропа 2 л кипятка, настаивать сутки, процедить и пить по 1/3 стакана после приема вышеуказанных средств.

- В данный комплекс хорошо включить размолотый пчелиный подмор: 1 ст. л. сырья кипятят на слабом огне в 1 л воды 40 мин, затем принимают по 1/3 стакана несколько раз в день. Курс — 9 дней, можно повторять до 5 раз с перерывами.

Имеется опыт лечения РС отваром игл ели обыкновенной по Тищенко. Для этого берут 5 ст. л. измельченных молодых игл ели, 3 ст. л. также измельченных плодов шиповника, 2 ст. л. луковой шелухи и заливают 0,7 л воды. Кипятят состав на слабом огне 10 мин, затем, утеплив, настаивают ночь. Выпивают в течение дня от 0,5 до 1,5 л в сутки. Такое лечение проводят в течение 4 месяцев. В Приморском крае с той же целью успешно используют иглы ели аянской.

В европейской части России, на Украине произрастает лекарственное растение сердечник луговой (горлянка, белоцветка, болотная жеруха), которое использовали для лечения некоторые пациенты с РС. В ряде случаев получали эффект от приема настоя растения: 1 ч.л. сухого сырья заливают 1 стаканом кипятка, настаивают 15 мин и пьют как чай по 100 мл 3 раза в день после еды в течение месяца.

Некоторые пациенты использовали в качестве иммуностимулирующего средства для борьбы с вирусами и другими чужеродными соединениями сбор «Фитогор», в состав которого входят: трава зверобоя продырявленного, трава шалфея лекарственного, кукурузные рыльца, трава котовника, трава иван-чая — по 3 части, трава Melissa лекарственной (лимонной мяты) — 2 части. Заваривают 2 ст.л. сбора в 0,5 л кипятка, настаивают 20 мин и пьют по полстакана 3 раза в день до еды в течение месяца. Многие отмечают высокую эффективность сбора при профилактике вирусных инфекций, особенно в период эпидемий гриппа. С этой же целью применяют аптечные средства женьшень, аралию, заманиху, золотой корень. Обычная дозировка — по 20–40 капель утром и днем, которые можно растворить в воде. Вечерний прием не желателен, чтобы не создавать проблем со сном. Для повышения иммунитета принимают гомеопатический препарат «ЭДАС-150» по 5–6 капель на 1 ч.л. воды 3 раза в день до еды с сентября по апрель. Можно в этот же период использовать как источник витаминов и микроэлементов пивные дрожжи, обогатенные йодом, селен.

Поскольку достоверно известно, что восстановлению миелиновой оболочки способствует лецитин, рекомендуется включать в рацион следующие растительные продукты: орехи, бобовые, овсянку, листья крапивы двудомной, свеклу с ботвой, а также желтки куриных яиц. В последнее время активно используется пищевая добавка с лецитином (23.16 Какова роль БАД при РС?).

Существует много разнообразных рецептов растительных препаратов, но мы даем лишь те, которые принесли определенную пользу пациентам с РС. Некоторые получили эффект от отвара (настоя) травы душицы обыкновенной, который пили вместо чая, при спазмах и судорогах и настойки валерианы лекарственной (по 20 капель 3 раза в день) при спазмах.

Проф. В.Я. Ефимов предлагает лечение хвойной водой, отказ от сахара и соблюдение диеты раздельного питания. Рецепт хвойной воды: взять хвою из молодых веточек ели, сосны или лиственницы, посушить и измельчить в кофемолке. Затем залить 5 ст. л. хвои 0,5 л воды и варить 15 мин на слабом огне. Настоять 10–12 часов в теплом месте, процедить, не взбалтывая. Принимать настой в теплом виде в течение дня вместо воды.

Отмечено улучшение зрения при приеме настоя из корней айры, лопуха и одуванчика, взятых в одинаковых пропорциях.

При подавленном состоянии часто используют цветки зверобоя продырявленного, обладающие антидепрессантным действием: заваривают 2 ст.л. высушенного сырья 0,5 л кипятка, настаивают 10 мин, охлаждают, процеживают и выпивают в несколько приемов в течение дня.

При частых позывах к мочеиспусканию помогает следующий сбор: трава шалфея лекарственного — 4 части, трава зверобоя продырявленного — 3 части. Заваривают 1 ст. л. сбора 0,5 л кипятка, настаивают 30 мин и пьют по полстакана 4–5 раз в день до появления желаемого эффекта.

При выраженном ухудшении зрения принимать сироп из ягод черной бузины (приготовленный 1:1 с сахаром, настоянный 2 месяца) по 1 десертной ложке 3 раза в день после еды.

Издавна для улучшения состояния организма применяют семена проросшей пшеницы: 1 ст. л. пшеницы промывают теплой водой, укладывают между слоями холщовой или другой ткани, ставят в теплое место. Через 1–2 суток появляются ростки величиной 1–2 мм. Проросшую пшеницу пропускают через мясорубку, заливают горячим молоком, готовят кашу. Съесть следует утром, натощак. Принимать ежедневно в течение месяца, затем 2 раза в неделю. Курс — 3 месяца. Семена проросшей пшеницы содержат витамины группы В, гормональные вещества, микроэлементы.

Применяют при лечении РС и траву манжетки. Залить стаканом кипятка 1 ст.л. с верхом свежей измельченной травы, накрыть крышкой и настоять 10–15 минут. Выпить за день 4 стакана такого настоя, добавляя в каждый стакан 10 капель спиртовой настойки травы пастушьей сумки. Траву помыть, измельчить, засыпать в бутылку по самое горлышко, залить водкой и поставить на 10 дней в теплое место настаиваться, часто встряхивая содержимое. Этой настойкой 2–3 раза в день натирают больные мышцы при их атрофии и параличе. Кроме настоя манжетки, выпивать в день по 2 стакана настоя травы шалфея.

Один пациент отметил, что улучшилось самочувствие после того, как он употреблял ежедневно в течение 6 часов (по 3–5 капель ежечасно) свежий сок заячьей капусты. Он рекомендует нарвать траву, помыть и выжать из нее с помощью соковыжималки сок, который принимаю, разводя в стакане настоя шалфея.

При частичном параличе конечностей, вызванном РС, нужно смешать по 300 г сухих листьев грецкого ореха, плюща, мыльнянки, залить смесь 10 л воды и проварить 1 час, не доводя до кипения. После этого настоять в теплом месте 2 часа, процедить, опять подогреть и растворить в настое 50 г морской соли. Опустить в этот раствор парализованную конечность и держать ее там 30 мин. Температура раствора должна быть 36 °С. Процедуру выполнять 3 раза в день. Курс лечения — 25 дней.

При прогрессировании болезни нужно смешать 100 г листьев грецкого ореха и по 500 г всего растения бузины травянистой и верхушек сосны. Залить смесь 5 л воды и проварить 30 минут (в конце всыпать в отвар 30 г морской соли). Процедить. Один раз в день принимать ванну с отваром. Длительность ее 10 минут. Температура воды не должна превышать 36 °С.

Хорошо помогают, укрепляя мышцы ног, ванны и настои из клевера. Для ванн берут около 300 г сухого зелья (все растение), запаривают кипятком и оставляют примерно на 5 часов настаиваться. После этого настоем процеживают и выливают в ванну с температурой воды 36–37 °С. Свежего растения брать около 900 г. Настой цветков клевера (1 ст.л. сухих или 2 ст.л. свежих цветков заваривают стаканом кипятка) принимают по полстакана 3 раза в день. Клевер богат витаминами С, А, В, F и Е, содержит около 20% белка, 4% жира, кальций, фосфор,

медь, каротин и эфирные масла. Хорошими лечебными свойствами обладают обертывания из молодых листьев белой березы. Пациента обкладывают толстым слоем листьев, прикрывают несколькими одеялами и оставляют на 2 часа. Очень часто после этой процедуры состояние его значительно улучшается. Курс лечения — 10 обертываний. Выполнять процедуру через день.

Используют при лечении и препараты из листьев гинкго билоба. Это дерево родом из Китая, но его можно найти и у нас — им часто украшают городские парки и скверы. Помогает оно при гормональных и нервных нарушениях в организме, повреждениях кровеносных сосудов, предопределенных диабетом или курением, а также при нарушении обмена веществ. В принципе имеются готовые лекарственные препараты, но, если есть возможность, можно приготовить и самим: растереть деревянным пестиком в ступке 100 г свежих листьев дерева, залить их 0,5 л 70% спирта и оставить на 10–14 дней в темном месте настаиваться, время от времени встряхивая. После этого процедить и употреблять по 20–30 капель настойки 2–3 раза в день, разводя ее в стакане воды. Клинические исследования подтвердили, что принятие вытяжки гинкго значительно улучшает у пациентов с РС зрение, слух и память.

Для улучшения обмена веществ при РС рекомендуется принимать такую травяную смесь. Измельчить и смешать в равных по весу частях листья крапивы и мяты перечной, корень солодки и лопуха, траву зверобоя, фиалки трехцветной и донника, цветки одуванчика лекарственного и плоды крушины. 2 ст. л. смеси залить 2 стаканами воды и варить под крышкой в течение 3 минут. Снять с огня и настоять 5 минут. Процедить отвар в термос. Принимать по 0,5 стакана 2–3 раза в день.

Один из фитотерапевтов считает, что применение растительных препаратов должно идти на фоне лекарственной терапии. Он рекомендует пить настойку вега ядовитого (!) два раза в день — утром и вечером, начиная с 1 капли и доводя прием до 120 капель и обратно, также снижая по 1 капле ежедневно. Можно чередовать этот препарат с 10–15% настойкой на водке молодых шляпок мухомора красного, который пьют аналогично настойке вега. Не следует забывать о токсичности указанных средств.

Одновременно принимают настойки трав, воздействующих на центральную нервную систему. Одновременно пьют 5% настойку мордовника (на 70-град. спирту) по 20–40 капель на 40 г воды 3 раза в день до еды. Курс приема — месяц, перерыв — 10 дней. И так повторять длительное время. Дополнительно необходимо втирать на ночь в позвоночный столб примерно 1 ч.л. этой настойки.

Для снижения возбудимости коры головного мозга, заменяя транквилизаторы и психотропные лекарственные средства, можно принимать настойку пиона уклоняющегося (марьяна корня) по 30–60 капель на 40 г воды 3 раза в день до еды длительное время с короткими перерывами. Вместо настойки пиона можно принимать 10% настойку корней синюхи голубой в той же дозировке, также обладающую сильным седативным эффектом, периодически их чередуя.

А вот еще предложение фитотерапевта, считающего, что данная методика проверена жизнью. Он рекомендует при первых признаках РС для предупреждения дальнейшего развития заболевания немедленно оградить пациента от тяжелого труда, шумных концертов, пребывания на солнце, употребления алкоголя и курения. Одновременно начинать принимать препараты из следующих лекарственных растений.

Прежде всего, следует пить ежедневно всю оставшуюся жизнь без перерыва три следующих средства:

- Настой ягод бузины черной (1 ст. л. на 200 мл кипятка) — по полстакана утром и вечером;
- Настой травы земляники лесной (1 ст. л. на 200 мл кипятка) — по стакану утром и вечером;
- Настойку цветочных корзинок эхинацеи на 75% спирте (1:5) или нерафинированном подсолнечном масле (1:5) по 30 капель 3 раза в день.

Далее рекомендуется использовать уже нам известный мордовник обыкновенный: настой зрелых головок (2 ч.л.: 200 мл кипятка) по 50 мл 4 раза в день за 30 мин до еды. Курс — 60 дней. После 10-дневного перерыва курс можно повторить.

Существует целый ряд рецептов с ядовитыми растениями (волчье лыко, дурман обыкновенный и пр.), но достаточно и тех препаратов, которые нашли более частое употребление.

Некоторые целители считают необходимым употреблять ежедневно козье молоко, особенно молоко коз, которых кормят исключительно ветвями: вяза, ивы, ясеня, калины, терновника, березы, дуба или каштана. Это молоко горькое и очень целебное, пить его следует парным после каждого удоя 3 раза в день.

27.10 Можно ли применять эхинацею против гриппа?

Мне врач посоветовал принимать во время эпидемии гриппа эхинацею, но в прилагаемой к препарату инструкции написано, что она противопоказана при РС. Почему, ведь она повышает естественные защитные силы организма?

Вопрос очень интересен. Известно, что препараты эхинацеи (рудбеккии пурпурной) действительно, как и другие выше описанные адаптогены (женьшень, левзея, лимонник, элеутерококк и др.), оказывают стимулирующее действие на иммунную систему. В работах некоторых ведущих ученых-фитотерапевтов страны указано, что при РС их надо принимать всю жизнь утром и вечером, используя их иммуностимулирующие свойства. Тогда действительно возникает вопрос: почему в инструкции четко обозначено, что при РС препарат противопоказан? Во-первых, возможна атака болезни на фоне гриппа или переохлаждения. Если в это время пациент принимает эхинацею, то трудно сказать, что послужило причиной обострения: грипп или прием медикамента, который нарушил иммунное равновесие. Именно поэтому в инструкции по применению препарата стоит такое точное указание. С другой стороны, есть определенные теоретические предположения против так называемых адаптогенов. Если вспомнить механизм развития заболевания, каким сейчас его представляют, то любой препарат, усиливающий иммунную систему, может привести к «бунту лимфоцитов», т.е. развитию аутоиммунной реакции. Следовательно, можно прийти к вполне абсурдной идее, что все, что ведет к укреплению организма (покой, радость), может привести к неожиданной реакции. И все же — какой выход? Надо полагать, что при угрозе гриппа или переохлаждения лучше всего бороться с помощью натуральных средств, в том числе и принимая эхинацею.

27.11 Какие масла применяют при РС?

В поисках средств лечения внимание специалистов и любителей привлекли различные масла. Мы не будем останавливаться на эффекте ароматерапии, о чем речь пойдет в другом месте. В последнее время для лечения РС стали применять масло энотеры (линолевую кислоту). Эта кислота содержится также в семечках подсолнечника и сафлоровом масле. Есть некоторые данные о том, что прием линолевой кислоты в виде пищевой добавки приводит к некоторому уменьшению симптомов РС. Поскольку к факторам, приводящим к данному заболеванию,

кроме стрессов относят ослабление механизмов иммунной системы, гормональные сдвиги, внутренние и внешние биологические изменения в осевых отростках нервных клеток, нарушения сосудов и сосудисто-двигательные изменения, не лишним будет использование в лечении семян энотеры, а также масла из них. Многочисленные клинические исследования показали, что масло из семян энотеры уменьшает ощущение застывания и повышает двигательные функции ослабевших мышц ног у больных с начальной стадией РС, а кроме того, усиливает общую сопротивляемость организма человека в результате активизации его защитных сил. Существует немало готовых препаратов для приема внутрь.

А вот другое предложение. Нужно слегка подогреть небольшое количество масла из черного тмина и смешать с таким же количеством подогретого оливкового масла и тщательно натирать смесью больные места. Кроме этого, 2–3 раза в день нужно принимать по 1 ст. л. порошка семян энотеры. Перед сном пить напиток, сделанный из масла черного тмина и меда. Эффект такого лечения становится заметным после 4–6 месяцев, поэтому следует набраться терпения. Как считают некоторые пациенты, хороший эффект в лечении РС дают натирания маслами цветков ромашки, одуванчика и травы чабреца. Растения собирают в солнечный день и наполняют ими (каждым отдельно) по горлышко бутылку из темного стекла. Заливают оливковым или соевым маслом и оставляют на 10 дней в теплом месте настаиваться. После этого масляные вытяжки можно использовать для натираний.

Заканчивая далеко не полное обсуждение фитотерапевтических средств, заметим, что в прессе появилась заметка о том, что содержащееся в растениях и способное снижать уровень холестерина вещество стерин может быть эффективным при лечении РС. Что ж, будем надеяться, что количество рецептов из растительного сырья, применяемого для лечения РС, будет приумножено.

Перед теми, у кого есть интернет, стоит сложнейшая задача: в сети представлено значительно больше рецептов, чем мы смогли дать. Трудно комментировать те рекомендации, которые не проверены значительным числом пациентов. В любом случае, прежде чем приступить к их претворению в жизнь, сообщите об этом своему врачу. Некоторые препараты сделаны из токсичных растений, поэтому могут быть неожиданные осложнения. Врач должен знать, какие меры принимать в случае неудачного исхода эксперимента. Лучше всего начинать с известных рецептов, уже апробированных многими.

28. Гомеопатия при рассеянном склерозе

28.1 Когда применяется гомеопатический метод лечения РС?

Мы уже отмечали, что диагноз «рассеянный склероз» врывается в жизнь человека, внося великую смуту, неопределенность в жизненные планы, взаимоотношения между супругами (партнерами), карьеру, решение многих важных вопросов, в т.ч. организацию обычных бытовых процессов. Перед пациентами стоит задача поиска выхода из сложившейся ситуации, решения о необходимом базисном лечении или выборе альтернативного пути терапии. Среди последних можно назвать гомеопатию.

Чаще всего пациенты решают обратиться к специалисту-гомеопату, когда диагноз поставлен недавно, еще велик страх перед базисной терапией, ее осложнениями или просто уколами; когда базисная терапия не дает быстрого улучшения, выражены побочные эффекты или состояние на фоне активного лечения ухудшается; когда выбор современных средств исчерпан, не принесся больному улучшения.

Обычно проводится длительная беседа, чтобы подобрать мероприятия, стабилизирующие состояние больного. Это здоровое питание, разумный образ жизни, движения в возможном объеме, достаточный сон. Даются рекомендации по личностным и интимным проблемам. Решение о выборе данного метода должно принадлежать самому больному, которому следует понимать, что гомеопатия применяется как вспомогательная терапия. Он играет активную роль в процессе лечения, ибо анализ жалоб, физических и эмоциональных ощущений позволяет точнее подобрать необходимое средство.

Не рекомендуется во время лечения употреблять кофе, продукты, содержащие ментол, перец, мяту и камфару, снижающие эффективность терапии.

Обычно гомеопатический метод лечения РС применяется как вспомогательная терапия с целью уменьшить дозы сильнодействующих лекарств и облегчить состояние больного. Учитывая многоплановость самого заболевания, терапевтические мероприятия должны быть разносторонними. Подбор лекарств проводится с учетом всех факторов (эндогенных и экзогенных), послуживших возникновению заболевания. Каждое лекарственное средство подбирается индивидуально для конкретного пациента в зависимости от течения заболевания или, как говорят гомеопаты, от «картины препарата».

Естественно, что прогноз и эффективность любого метода индивидуальны. Они зависят от многих факторов, в т.ч. реакции организма, течения основного заболевания.

28.2 Каков принцип лечения гомеопатическими препаратами?

Есть ли смысл использовать гомеопатию при РС?

Название этого метода лечения происходит от греческого слова «*homō*», то есть «подобное», в то время как аллопатия (классическая медицина) обозначает «другой (иной)» от греческого *allos* и предусматривает лечение противоположным лечебным средством. Гомеопатия как метод лечения существует уже более 200 лет. Основателем ее является немецкий врач, аптекарь и химик Самуэль Ганеман (1755–1843). Он сформулировал главные постулаты гомеопатии: «*Similia similibus curantur*» (Подобное излечивается подобным) и принцип использования малых доз. Это значит, что вещество, вызывающее в больших дозах определенные симптомы у здорового человека, в очень малых или чрезвычайно малых дозах излечивает эти же симптомы у больного человека. Другими словами, если вещество, ставшее причиной болезни, применять в разведенном виде, то оно стимулирует иммунную систему организма, побуждая его отторгнуть болезнь и исцелиться. Лечение в гомеопатии основано на использовании растений, минералов, металлов и препаратов из тканей животных (змеи, пауки), приготовленных особым образом — методом потенцирования.

Гомеопатические средства используются чаще всего в жидком виде или пропитывают действующим веществом крупинки молочного сахара, которые потом кладут под язык. В процессе испытания каждого лекарства и проверки действия разных веществ на здоровых людях была получена совокупность совершенно конкретных симптомов для каждого средства, которая называется картиной действия препарата (патогенез лекарства). Кропотливо выясняя симптомы болезни пациента и сравнивая их с симптомами лекарства, врач-гомеопат подбирает лекарство для каждого пациента индивидуально.

В гомеопатии всегда лечится не болезнь, а больной человек, поэтому каждый пациент рассматривается как неповторимая индивидуальность. Гомеопатия имеет возможность осуществлять воздействие на весь организм в целом — как на

психику, так и на функциональные и обменные процессы в организме. Сила гомеопатического лечения заключается в возможности влияния на иммунную систему, которая, в свою очередь управляет всеми функциями жизнедеятельности организма, включая функцию адаптации к различным внешним условиям.

28.3 Какие средства принимаются в период обострения?

Во время обострения нужны препараты, обладающие противовоспалительными и болеутоляющими свойствами, снимающие сенсibilизацию организма, т.е. средства, способные уменьшить остроту процесса.

- *Апис мелифика*. Средство для острых состояний, с внезапным началом, сопровождающимся воспалением и отеком в различных частях тела, общей болезненностью с повышенной чувствительностью к прикосновению. Возможно ухудшение симптомов в тепле, в жару и улучшение в прохладе.

- *Арника монтана*. Мозговая и мышечная слабость, разбитость (чувство ломоты, боли) такая, что пациент не может найти себе место, кровать кажется твердой. Сердечная слабость, сердцебиение после движения. Ухудшение от малейшего прикосновения, от сырого холода.

- *Арсеникум альбум*. Жгучие боли, невралгии, парестезии. Беспокойство, стремление менять положение, слабость, сильная потребность в тепле. Ухудшение от положения на боковой стороне. Улучшение от тепла и ухудшение от холода.

- *Аурум металикум*. Интенсивные, глубокие, сверлящие, разрывающие и разламывающие боли в костях. Чрезвычайная чувствительность к боли. Ухудшение от прикосновения, а также ночью и от холода. Улучшение в тепле, от музыки.

- *Белладонна*. Неожиданные спастические приступы боли, покраснение лица, при боли пациент прогибается назад и вдавливаются в подушку. Боли проходят также внезапно, как и появились. Ухудшение в тепле и на холоде.

- *Каустикум*. Мучительные приступообразные боли со жжением или ощущением свежей раны. Слабость, доходящая до парезов и параличей. Появление скованности движений, ригидность мышц. Ухудшение от холода. Лучше в тепле.

- *Гиперикум*. Препарат содержит зверобой, хорошо действует на нервную систему. Его назначение связано со следующими симптомами: общий упадок сил, острые, нестерпимые, дергающие, колющие боли, восходящие или нисходящие по ходу периферических нервов или по позвоночнику. Позвоночник очень чувствителен к прикосновениям. Головокружение с ощущением удлинения головы. Ухудшение от сотрясения, прикосновения, от холода, сырости.

- *Фосфор*. Заболевание со слишком стремительной тенденцией к прогрессированию, быстрым наступлением декомпенсации. Повышенная раздражимость и возбуждение, сменяющиеся выраженной слабостью и апатией. Затруднение мышления, полное ослабление памяти, отвращение к любой физической и умственной работе. Безразличие, угрюмость. Ухудшение под влиянием физического или умственного напряжения. Улучшение после сна.

- *Фитолякка*. Это средство применяется главным образом как противовоспалительное, но нередко отмечается влияние на нервную систему. Слабость и упадок сил. Чувство разбитости тела с желанием шевелиться, что усиливает боли. Блуждающие боли по типу электрических разрядов, внезапно возникающие и прекращающиеся. Ухудшение в холодную и сырую погоду. Улучшение от умеренного тепла, в покое.

Кроме того, рекомендуются препараты, которые являются протоплазматическими ядами и, следовательно, могут противостоять процессам демиелинизации и гибели аксонов проводящих путей. Перечислим их.

- *Алюмина*. Препарат назначается при неустойчивой температуре тела, потере жизненного тепла. Зрительные нарушения — пелена перед глазами, парез верхних век с птозом (опущение века). Боли в спине и пояснице как от прикладывания раскаленного железа. Слабость в ногах с ощущением тяжести и опухания, дрожание коленей с судорогами икроножных мышц. Парезы и параличи. Слабость мочевого пузыря, мочеиспускание с сильным натуживанием, задержка мочи. Головные боли, головокружения.

- *Аргентум нитрикум*. Раздражительность и слабость, хроническое и прогрессирующее снижение умственных способностей и памяти, слабость и дрожь в коленях, головокружение при закрывании глаз. Парезы, параличи, расстройства координации. Ухудшение в тепле, улучшение от холода. Тяга к сладкому.

- *Агарикус*. Депрессия, постоянная умственная заторможенность по утрам, но возбуждение к вечеру и бессонница, непроизвольные движения, спастические подергивания, парестезии, головокружение по утрам, боли в спине и пояснице. Зябкость и ухудшение от холода.

- *Конциум*. Чувство мышечного расслабления, шатающаяся походка; колени подгибаются, неясным становится зрение, появляется двоение в глазах, чувствительность сохранена. Нарушения мочеиспускания. Сознание спокойное и ясное. Со временем теряется мышечная сила и исчезает всякая возможность произвольных движений.

- *Нукс вомика*. Депрессия в результате умственной усталости, нетерпеливость, нетерпимость малейших помех до грубого гнева и агрессивных действий. Боли невралгические, резкие, со вздрагиванием. Парестезии. Ухудшение по утрам после просыпания и приема пищи. Улучшение в покое, от влажной погоды.

28.4 Какие средства принимаются в период ремиссии?

Учитывая прогрессирующий характер заболевания, необходимо продолжать лечение и в период стойкой ремиссии. Для этого подбираются препараты, которые чаще всего применяются при хронических заболеваниях, в основе которых лежит тенденция к обострениям, рецидивированию болезни. Такими лекарствами могут быть Арсеникум альбум, Каустикум, Фосфор, о которых мы уже говорили выше.

Представим еще несколько препаратов.

- *Хина*. Общее выраженное ослабление организма, головные боли с сильной пульсацией сонной артерии. Гиперчувствительность к шуму, к запахам. Периодические лихорадки с обильным выделением пота. Непереносимость пищевых продуктов — фруктов, сырого молока, рыбы и мяса. Расстройство пищеварения. Гепатит. Белок в моче на фоне поражения мочевыводящих путей.

- *Каустикум*. Прогрессирующее истощение нервной системы.

- *Ликоподиум*. Средство, обладающее сильным действием, показано при хронических поражениях с прогрессирующим течением, с печеночной недостаточностью. Чередование симптомов раздражительности и депрессии. Сонливость днем. Ночной сон с вздрагиваниями, вскрикиваниями, ночными кошмарами. Боли жгучие, судорожные, стреляющие с онемением и тугоподвижностью в суставах. Ухудшение в теплой комнате, несмотря на зябкость. Улучшение на свежем воздухе.

Эти препараты назначаются редкими приемами в средних или высоких разведениях. Кроме них необходимо еще проводить индивидуальный подбор конституционального средства, присущий только данному, конкретному больному. Такой терапевтический подход при рассеянном склерозе может способствовать

меньшему повреждению нервной ткани и укорочению продолжительности обострений или даже предотвращению рецидивов болезни.

В книге старого московского врача-гомеопата И. В. Мединской дается пропись лечения РС без индивидуального подбора: агарикус 3, аргентум нитрикум 12, ботропс 12, бовиста 6, каустикум 6, цикута 6, коккулус 6, гельземин 6, глоноин 6, манганум металликум, фосфор 12, рута 6, серфур 30, тарентула 3, цинкум металликум 12. Как считает автор, применение такого гомеопатического средства позволяет облегчить состояние больного.

Есть работы, показывающие положительный эффект при использовании так называемого гомотоксикологического лечения с помощью препаратов фирмы Хеель, Германия. Данный вид вспомогательной терапии применяется с целью облегчить состояния пациента.

Хорошее действие оказывает иммунокорректирующий гомеопатический препарат из Италии серии «Формула» Д9 «Рассеянный склероз». За 3–4 месяца его применения обычно уменьшаются проявления параличей, парезов, восстанавливается координация движений, прекращаются рецидивы.

Подробно дав характеристики гомеопатических средств, мы подчеркиваем, что не указываем дозировок, нет и других рекомендаций, что мы всегда делаем при описании других заболеваний. Известно, что гомеопатия предполагает в случае нетяжелых заболеваний возможность самолечения, но мы считаем, что при РС самостоятельное решение вопроса не правомочно. Вы можете спросить: зачем надо было рассказывать о препаратах? Ответ очень прост: чтобы выбрать препарат, соответствующий проявлениям заболевания, надо хорошо понимать суть своих ощущений, порой меняющихся неоднократно в течение суток, что совсем неудивительно при РС. Это позволит гомеопату совместно с пациентом подобрать такое средство, которое сможет оказать максимально эффективное действие. И это будет прекрасное подспорье к основному лечению.

28.5 Есть ли конкретные схемы лечения РС?

Я слышала, что есть специальные немецкие препараты. А в России они разрешены?

На этот вопрос отвечает д.м.н., профессор В.И. Головкин, президент «Северо-Западной ассоциации рассеянного склероза»:

Поскольку при РС формируется многофакторная устойчивая патологическая система (УПС), то ее редукция возможна только на основе предложения организму пути с минимальными энергозатратами через режим тренировки к режиму активации. Согласно закону Арндта-Шульца, слабые раздражения усиливают биологические явления, сильные — тормозят и сверхсильные — подавляют. При ремиссии РС патологическая система, хотя и минимизирована в своих проявлениях, но не уменьшена в наборе своих звеньев, которые, более того, находятся в уравновешенном состоянии. Дестабилизировать уравновешенную патологическую систему можно, только введя в нее специальную информацию, а не вещество, т.е. необходимо заменить «память болезни» на «память здоровья», не меняя структуру, а вскрывая ее внутренние функциональные резервы. В свое время И. И. Брехманом были сформулированы требования, которым должны отвечать лечебные средства, способные вызвать перестройку больного организма в сторону повышения неспецифической сопротивляемости болезни.

Наиболее близко к этим требованиям стоят гомеопатические средства, которые, кроме того, удовлетворяют еще и условиям минимальных энергозатрат

при максимальном информационном воздействии. Нужно добавить, что нервная система функционирует в «масштабах гомеопатии», оперируя микродозами нейротрансмиттеров, отдельными молекулами возбуждающих или тормозных аминокислот, олигопептидными органотропными субстанциями, которые, по существу, являются нозодами и действуют по принципу подобия.

Приводим давно апробированные схемы назначения гомеопатических препаратов немецкой фирмы HEEL, разрешенных к применению в России.

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА В ФАЗЕ РЕМИССИИ

1. Убихинон композитум (Ubichinonum) N5
по 1 ампуле (2,2 мл) внутримышечно по понедельникам
2. Коэнзим композитум (Coenzyme) N5
по 1 ампуле (2,2 мл) внутримышечно по средам
3. Гепар композитум (Hepar) N5
по 1 ампуле (2,2 мл) внутримышечно по пятницам
4. Энгистол (Engystol) N50
по 1 табл. 1–3 раза в день
5. Лимфомиозот (Lymphomyosot) — 30,0
по 10 капель в рот 3 раза в день
6. Галиум (Galium) — 30,0
по 10 капель в рот 2 раза в день
7. Ренель (Reneel) — 50 таб.
по 1 таблетке под язык 3 раза в день
8. и далее: Церебрум композитум (Cerebrum) № 10
по 1 ампуле (2,2 мл) подкожно 1 раз в неделю

ЛЕЧЕНИЕ АТРОФИИ ЗРИТЕЛЬНЫХ НЕРВОВ

1. Церебрум композитум по 2,2 мл в/м 1 раз в неделю № 10
2. Плацента композитум по 2,2 мл в/м 1 раз в неделю № 10
3. Коэнзим композитум по 2,2 мл в/м 1 раз в неделю № 10
4. Лимфомиозот по 10 капель за 30 мин до еды 3 раза в сутки 14 дней
5. Вертигохель по 1 табл. 3 раза в сутки в течение 21 дня

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ КАК ТРИГЕРА ЭКЗАЦЕРБАЦИИ РС

1. Лимфомиозот: 30,0 (Lymphomyosot)
по 10 капель внутрь 3 раза в день в течение 2 недель
2. Галиум: 30,0 (Galium)
по 10 капель внутрь за 30 мин до еды 3 раза в день в течение 2 недель
3. Герпес симплекс (нозд для инъекций) в ампулах по 1,1 № 10
(herpes simplex-nosode-injeel) по 1 ампуле 2 раза в неделю внутримышечно
4. Псоринохель по 2,2 в ампуле (Psorinoheel N) № 10 (применяется в форме «питьевых ампул»). Начинать с одной капли в ложку воды в день, прибавляя каждый день по одной капле. Дойдя до полной ампулы, вылить ампулу в стакан с водой и выпить в течение дня небольшими порциями. Принимать так далее по три ампулы в неделю.

29. Антропософская медицина при рассеянном склерозе

29.1 Что такое антропософия?

Что дают антропософские средства?

Антропософия — это целое мировоззрение (представление о мире), частью которого и является антропософская медицина. Название происходит от греч. antropos (человек) и sophia (мудрость). Этот термин говорит о том, что антропософская медицина занимается развитием духовной мудрости человека через самопознание.

Антропософия считает, что человек имеет минеральное начало в виде своего физического тела, растительное начало в виде своего эфирного тела и животное начало в виде астрального тела, но лишь он обладает «Я», или человеческим духом. Взаимодействие этих составляющих определяет, здоров человек или болен. Если все четыре силы находятся в гармонии, человек здоров. Если усиливается воздействие одной из них, нарушается баланс в организме и возможно развитие заболеваний. С точки зрения антропософии, болезнь — это душевно-духовная проблема, поэтому антропософская медицина обращает внимание на все уровни заболевания: физический, эмоциональный, душевный и духовный. Таким образом, пациент воспринимается в полном взаимодействии со временем и местом.

Это позволяет антропософской медицине быть индивидуальной и очень эффективной, ибо она не раскладывает пациента на органы и части, а воспринимает его в постоянном развитии и открытиях. Антропософская медицина направляет свои усилия, с одной стороны, на терапию естественными лечебными средствами, с другой — на лечение «природы» (натуры, характера) человека. Создавая благоприятные условия для лечения, она способствует активизации собственных защитных сил человека.

День и ночь, отлив и прилив, вдох и выдох — всю нашу жизнь пронизывает определенный ритм. Наш организм также имеет определенный ритм функционирования. Он следит за тем, чтобы биологические процессы в организме (например, окислительно-восстановительные, гибель и деление клеток, активизация и ослабление работы органов) проходили в определенное время, чтобы не было сбоя и повреждений.

У здорового человека ритмические процессы сбалансированы. Если они нарушены, возникает болезнь. Одна из задач антропософской медицины — восстановить нормальный ритм работы органов и систем организма.

Девиз антропософской медицины: «Из Природы — для Человека».

29.2 Каков арсенал антропософских методов лечения?

Представляем основные терапевтические направления антропософии:

- фармакотерапия с использованием гомеопатизированных минералов и металлов, растительных вытяжек;
- психотерапия, основанная на антропософском понимании человека и болезни;
- лечебная эвритмия — терапия движением, а также другие виды художественной терапии, речевая терапия;
- богатая гамма наружных применений — терапия мазями, в том числе мазями металлов, ритмические втирания и массаж, масляные дисперсионные ванны;
- терапия потенцированными, гомеопатизированными органопрепаратами.

Следует отметить, что эти методы не исключают классическую медицину, во многих случаях являясь прекрасным дополнением к ней. Антропософское лечение при РС предполагает назначение потенцированных органопрепаратов совместно с растительными и минеральными средствами. И интересующийся человек вправе знать и понимать, что и почему он принимает.

Одним из принципов применения органопрепаратов является то, что они направляют действие растительных или минеральных средств на определенную область органа и тем самым усиливают его, т.е. они как бы восстанавливают «эфирное тело» ослабленного органа.

Несмотря на специфичность действия антропософских препаратов мозга (головного и спинного), мы вновь утверждаем, что, учитывая многоплановость и разнообразие клинической картины РС, речь может идти только о вспомогательной терапии. Применение органопрепаратов при данном заболевании не позволяет во время обострений обходиться без традиционной терапии типа кортикостероидов, но позволяет снизить дозу этих препаратов, что само по себе очень существенно для пациента, вынужденного длительно, порой годами принимать сильнодействующие лекарства.

Принцип назначения органопрепаратов — точное соответствие симптома болезни определенному участку мозга и определенному органу.

- *Arteria cerebri media* Gl D6 (препарат средней мозговой артерии) — для предотвращения повышенной проницаемости гематоэнцефалического барьера.
- *Cerebrum regio motorica* Gl D6 (моторная зона мозга) — при нарушении координации, неловкости и скованности движений.
- *Cerebellum* Gl D10 (препарат мозжечка) — при головокружении, атаксии (шатающаяся походка), дрожании рук, головы.
- *Nervus statoacusticus* Gl D6 (слуховой нерв) — при нарушении равновесия, возникновении чувства «морской болезни».
- *Hippocampus* Gl D6 — при нарушении концентрации внимания и запоминания текущих событий.
- *Nervus opticus* или *Chiasma opticum* Gl D6 — при нарушениях зрения, двоении изображения, появлении нистагма.
- *Cerebrum comp. A* — при процессах дегенерации в сетчатке глаза и зрительном пути, для оживления эфирных процессов в этих структурах.
- *Nervus trigeminus* Gl D6 — при невралгии тройничного нерва, когда беспокоят боли в области глаза, верхней челюсти, подергивании мышц лица.
- *Pons* Gl D6 — при головокружении и нарушении мочеиспускания, связанных с повреждением центров, расположенных в мозгу.
- *Nervus pudendus* Gl D6 — при нарушениях опорожнения мочевого пузыря и прямой кишки.
- *Medulla spinalis lumbalis* Gl D6 — при нарушении опорожнения мочевого пузыря и прямой кишки в результате повреждений в этой области.
- *Medulla comp.* — при появлении признаков поражения спинного мозга, например, парестезии (ползание мурашек), гипостезии (снижение кожной чувствительности), парализованных (слабость в руках, в ногах, вплоть до невозможности ходить).
- *Thymus* Gl D6 — если у больного отмечается задержка обратного развития или увеличение вилочковой железы, что часто наблюдается у пациентов с РС, а это подтверждает принадлежность этой болезни к аутоиммунным заболеваниям.

Помимо назначения органопрепаратов так называемого «точечного» действия (т.е. воздействие на определенный участок мозга), назначаются органопрепараты общего действия, такие как *Apis regina comp.* или *Triticum comp.* Эти композиционные препараты фирмы Вала-Р содержат как органопрепараты нервной системы, так и потенцированные по законам гомеопатии растительные и минеральные вещества, которые составлены согласно антропософским воззрениям. Эти препараты действуют оживляюще на мозговые структуры, стимулируют

эфирную организацию мозга, прежде всего его стволовой части, что очень важно при рассеянном склерозе.

Все органопрепараты назначаются в инъекциях 2 раза в неделю или, если пациент отказывается от уколов, назначаются препараты через рот.

Как правило, органопрепараты назначаются в комплексе с другими препаратами растительного и минерального происхождения — *Arsenicum album*, *Arnica e radice*, *Lavandula*, *Formica Apis*|*Belladonna cum Mercurio*, *Echinacea*| *Argentum*, *Magnezium phosphoricum* и другие — по принципу гомеопатического подобия.

Помимо приема препаратов в инъекциях или через рот в антропософии с успехом пользуются и наружными средствами. И при РС эта терапия очень оправдана. Мы знаем, что при этом заболевании идут дегенеративные процессы распада в нервной системе, процессы демиелинизации нервной ткани, следовательно, по антропософским воззрениям, ослабляется «Я» организма, человек теряет много тепловой энергии, ослабевают его защитные силы. В такой ситуации оправдано проведение тепловых процедур. При РС с этой целью применяются тепловые ванны с лавандой, любистоком, хреном, полевым хвощом. Другим видом ванн, используемых антропософской медициной, является дисперсионная масляная ванна. Она помогает телу продуцировать тепло, что очень важно при РС. Процесс столь щадящий, что процедуру хорошо переносят пациенты с нарушением кровообращения, которым не показаны горячие ванны.

В чем смысл дисперсионных масляных ванн? Растительные масла воздействуют активно непосредственно на температурный режим тела. Масло с водой связывается эмульгатором. Если добавить масло в воду без него, то образуется жирная пленка на поверхности, которая не делится и еще делает ванну опасно скользкой. Благодаря пузырькообразному делению достигается необходимый эффект, когда идет интенсивное восприятие масла всей поверхностью кожи. Эту проблему решили Вернер и Франциска Юнге, посему и ванна называется по их фамилии. Специальным устройством создается необходимая дисперсионная среда. При рассеянном склерозе очень благотворно действует ванна с лавандовым маслом, которое обладает выраженным успокаивающим эффектом. Эта ванна полезна при заболеваниях с нарушением обмена веществ, при нарушениях сна, выраженной утомляемости, кожной патологии.

Целесообразно также применять втирания в кожу различных масел. При этом методе лечения достигают эффекта другим образом. Наилучшего результата можно добиться, получив консультацию специалиста. Но существует немало простых вариантов, вполне доступных каждому в домашних условиях. Уже комбинация прикосновений, тепла и паров известных масел приносит удовольствие и улучшение самочувствия. Есть специальные препараты, в которых заключен ритм природы. При РС рекомендуется делать втирания в кожу масла лаванды или масла *Solum uliginosum comp.* что создает тепловую защитную оболочку для тела и соответственно уменьшается потеря тепла организмом. Такие курсы длятся чаще всего примерно 2,5–3 месяца.

Во время перерыва в лечении уколами предпринимается попытка активизировать силы организма с помощью мазей, приготовленных по рецепту доктора Иты Вегман (Германия) по следующей методике:

- мазь цинка 0,1% на лоб и голову;
- мазь медная 0,4% на стопы;
- одновременно прием препарата *Acidum sulfuricum D3/*.

Вся эта терапия проводится в течение 2–3 недель. Длительное лечение проводится годами с учетом клинической картины болезни и самочувствия пациента.

Доктор И. Юнге (Германия) сообщает о случае лечения РС в следующем сочетании: Medulla comp., Arnica|Plumbum comp A, Secale| Bleiglianz, Stibium D6, N. opticus + Retina comp/, Нepar | Stannum.

На фоне такого лечения к пациентке вернулось зрение, она встала с инвалидной коляски.

Таким образом, терапия РС органолекарствами фирмы Вала-Р может дать выраженный эффект. Но, как и раньше, отмечаем необходимость проводить любое лечение альтернативными методами в полном взаимодействии с лечащим врачом.

Как известно, антропософская медицина уделяет немало внимания лечению камнями. Есть указания, что больным с РС показано ношение изделий их малахита и турмалина. Однако научных исследований не проводилось, поэтому решение о выборе остается за пациентом.

29.3 Возможно ли применение эвритмии при рассеянном склерозе?

Что такое лечебная эвритмия?

На это вопрос отвечает В. И. Симонов, эвритмист-терапевт (Москва):

Лечебная эвритмия является разновидностью двигательной терапии, стоящей по своему характеру между лечебной гимнастикой и художественной терапией. Она входит как составная часть в метод антропософской медицины и практикуется в антропософских клиниках. Возможны также амбулаторные занятия, однако во всех случаях применение лечебной эвритмии при рассеянном склерозе требует назначения квалифицированного специалиста по антропософской медицине и осуществляется под его контролем.

Важнейшей особенностью лечебной эвритмии, особенно ценной в случае рассеянного склероза, является целостность воздействия. Пациент, практикуя лечебную эвритмию, старается слить воедино движения или действия, которые осуществляются на разных уровнях человеческой организации. Непосредственно физическое движение неизменно сопровождается душевно, становясь, таким образом, внутренне глубоко переживаемым, и несет смысловую, ментальную нагрузку, делающую его одухотворенным. Автоматически выполняемым механическим движениям места в эвритмии нет. Это позволяет, в том числе и при таких тяжелых заболеваниях как рассеянный склероз, пробудить и активизировать те глубокие резервы организма, которые обычно остаются неиспользуемыми. Это является основанием эффективности лечебной эвритмии именно в случае хронических или медленно прогрессирующих заболеваний. Однако следует помнить, что наилучший результат достигается в комбинации с гомеопатической терапией и физиотерапией в рамках целостного метода антропософской медицины.

Одной из важных основ эвритмической терапии, позволяющих добиться описанной выше целостности движения, является последовательное использование принципа самоподобия, лежащего в основе строения человеческого организма. Сам создатель эвритмии и антропософской медицины Рудольф Штейнер формулирует его так: «В каждом отдельном человеческом органе мы находим закономерное выражение общей формы человека. Каждая отдельная часть человека является, в известном смысле, человеком в миниатюре, точно так же, как, если подумать по-гётевски, лист растения является растением в миниатюре».

В современной терминологии этот принцип именуют принципом фрактальности. Он позволяет переходить с одного уровня телесной организации на другой, усиливая и укрепляя какие-либо телесные функции или, наоборот, противо-

действуя нежелательным тенденциям и ослабляя их. Таким образом, становится понятно, что мы можем, используя особым образом построенные упражнения, выполняемые на телесно-организменном уровне, воздействовать на функции тела на органном или даже клеточном уровне.

Рассеянный склероз в рамках антропософской медицины является безусловной индикацией для назначения лечебной эвритмии с момента ее возникновения, уже более ста лет назад. За прошедший период накоплен большой опыт и разработано много специализированных упражнений, доказавших свою эффективность. Поскольку базовыми движениями в эвритмии являются движения, соответствующие звукам речи, как правило это будут так называемые «ряды», как, к примеру, ставшее «классическим» упражнение из движений, соответствующих звукам Т Л Р С. Это могут быть также отдельные движения, направленные на какую-либо специальную проблему, как, например, расширение поля зрения, снижение спастичности, улучшение координации движений, двигательной способности и т.д. Одновременно занятия позволяют учиться владеть своим телом, развивать свои чувства, волю, мышление.

Таким образом, суммируя все выше сказанное, лечебная эвритмия при рассеянном склерозе является методом, которым не следует пренебрегать.

Заметим, что необходимую рекомендацию по применению антропософских методов лечения могут дать специалисты, работающие практически во всех регионах страны.

30. Ортомолекулярная терапия

30.1 Что дает ортомолекулярная терапия при РС?

Мне назначают вполне известные лекарства и говорят, что это соответствует принципам ортомолекулярной медицины. Что это такое?

В переводе с греческого языка «орто» означает «правильный, норма». Концепцию «правильной жизни» впервые высказал И.И. Мечников, наш великий ученый, лауреат Нобелевской премии. Он говорил, что исправлять различные нарушения человеческой природы можно средствами самой природы, с помощью правильно разработанных продуктов питания.

Термин «ортомолекулярная медицина» был предложен другим нобелевским лауреатом Л. Полингом, который полагал, что вещества, которые в норме присутствуют в организме человека и необходимы для поддержания здоровья, могут быть использованы в более высоких дозировках для лечения заболеваний. К таким «правильным» для организма веществам относятся витамины, минералы, аминокислоты, биофлавоноиды, ненасыщенные жирные кислоты и другие вещества, необходимые для нормальной жизнедеятельности клеток. Они важны как для обеспечения хорошего здоровья, так и для предупреждения и коррекции различных хронических заболеваний. Все эти вещества полностью идентичны тем, что находятся в организме. Одной из главных причин, которая привела к резкому росту потребности в данных веществах, является обозначившееся в последние десятилетия изменение структуры и качества питания населения всего земного шара в связи ухудшающимися экологическими условиями на Земле и как следствие — ухудшения здоровья населения. Ортомолекулярные продукты содержат активные вещества в количествах достаточных для полноценного клеточного питания, тогда как такие количества активных веществ невозможно получить из современных натуральных продуктов. Появление на свет ортомолекулярных продуктов стало возможным благодаря развитию биотехнологий.

Ортомoleкулярная медицина предполагает терапию заболеваний различными витаминами, аминокислотами, питательными веществами в форме пищевых добавок и продуктов питания. Эта медицина не ставит себе задачи излечить все заболевания и не является заменой классической медицины. Несмотря на критику со стороны академической медицины ортомoleкулярная медицина бурно развивается и некоторые идеи и разработки сторонников этой медицины положены в основу развития таких направлений современной медицины, как метабономика и метаболомика.

В ортомoleкулярной терапии разработаны цели и показания для ортопрепаратов при рассеянном склерозе: уменьшение или блокирование процессов воспаления, усиление антиоксидантной защиты, расщепление иммунных комплексов, нормализация иммунного ответа, восстановление миелиновой оболочки.

Людам, страдающим РС, необходимы:

- витамины, особенно группы В, фолиевая кислота, витамин Е, инозит, кофермент Q 10;
- минералы — селен, кальций, магний, таурин;
- полиненасыщенные кислоты — омега-3, ПНЖК;
- аминокислоты — таурин, L-карнитин, вален, лецин, изолейцин, глицин;
- фосфолипиды — лецитин, холин;
- ферменты — панкреатин, бромелайн;
- пробиотики, пребиотики — вещества улучшающие деятельность желудочно-кишечного тракта, а следовательно, улучшающие работу иммунной системы организма;
- лекарственные растения — гинкго билоба.

Все эти вещества представлены как в чистом виде, так и в составе комплексных препаратов в виде биологических пищевых добавок (БАД). Уже имеются определенные исследования, которые, как и опыт пациентов с РС, позволяют сказать, что при приеме БАД, предназначенных для улучшения работы нервной системы, отмечается улучшение метаболизма мозга, нормализация баланса возбуждения и торможения, повышение интеллектуальных способностей (внимание, память, мышление), улучшение сна, уменьшение невротических проявлений, депрессии, тревожности и других функциональных расстройств нервной системы.

Среди пациентов с РС популярен препарат «Лецитин» в различных модификациях, часто в него входят различные витамины и микроэлементы.

Все ортомoleкулярные препараты зарегистрированы в виде биологически активных добавок к пище, и на российском рынке имеется широкий выбор БАД как отечественного, так и иностранного производства. Любой человек вправе сам принять решение о необходимости их употребления. Но лучше всего посоветоваться с врачом, чтобы оптимально подобрать вид и схему лечения этими препаратами.

31. Лечение РС продуктами пчеловодства

31.1 Есть ли место апитерапии в лечении рассеянного склероза?

Помогает ли пчелиный яд при РС?

Это не праздный вопрос. Об использовании этого метода пишут давно, некоторые специалисты считают его уместным при данном заболевании. В одной из работ голландских ученых доказывается, что лечение пчелиным ядом не влияет на течение РС. Их мнение категорично: «Эффективность этой нетрадиционной методики при РС крайне сомнительна, а возможная аллергическая реакция боль-

ных на пчелиный укус может закончиться летальным исходом». Но попробуем представить другие мнения. Например, существует неоспоримый факт, против которого трудно что-либо возразить: «Пчеловоды практически не болеют». Известный немецкий специалист по апитерапии Михаил Тиль (Michael Thiele) считает оправданным применение данного метода при РС, т.к. в ряде случаев удается избежать назначения химических и биотехнологических средств, имеющих немало побочных эффектов.

Пчелиный яд содержит смесь разных веществ. Боль и опухоль при укусе вызываются такими веществами, как гистамин, дофамин, норадреналин, серотонин. Пчелиный яд содержит также несколько токсинов, таких как апамин, мелиттин, фактор дегрануляции тучных клеток, минимин. Кроме того, пчелиный яд содержит протеины, которые участвуют в аллергической реакции. Эти протеины (включая фосфолипазу А2 и гиалуронидазу) активизируют некоторые иммунные клетки и стимулируют производство специфических антител-иммуноглобулинов Е. Пчелиный яд содержит много различных веществ. В настоящее время с точностью нельзя сказать, какое из этих веществ взаимодействует с организмом и чем вызван лечебный эффект в случае РС.

Имеются работы отечественных специалистов, показывающие, что пчелиный яд снижает активность аутоиммунного воспаления за счет известного факта активации системы «гипоталамус — гипофиз — кора надпочечников» и выброса в кровь эндогенных кортикостероидов. В то же время пчелиный яд оказывает и непосредственное влияние на миелиновую оболочку нервного волокна в зависимости от вводимой дозы. Наиболее вероятный эффект — препятствие процессу демиелинизации. Эти и другие факты вызывают оправданный интерес к использованию пчелиного яда в лечении демиелинизирующих заболеваний, в группу которых входит и РС. К сожалению, отсутствие научно обоснованных и статистически подтвержденных данных эффективности этого метода лечения при РС не позволяет рекомендовать всем пациентам активно использовать его. Не рекомендуется использовать это лечение в начальных стадиях заболевания. Но всегда у каждого человека остается право на эксперимент.

При лечении пчелиным ядом пчелу берут пинцетом и прикладывают к некоторой части тела. Через 10–15 минут после укуса жало удаляется. Иногда прикладывают лед до и после ужаления для уменьшения боли от укуса. Пчеложаление обычно проводится в три приема в течение недели, при этом пациент получает 20–40 ужалений во время каждого сеанса.

Нельзя не отметить, что при лечении могут быть осложнения, поэтому, прежде чем решиться на проведение этого метода, следует посоветоваться с лечащим врачом.

31.2 Применяются ли при РС продукты пчеловодства?

В литературе можно найти противоречивые мнения о возможности применения при РС продуктов пчеловодства. Где истина?

В литературе достаточно много указаний на возможность использования при РС продуктов пчеловодства. Большинство рекомендаций представлены фирмами, изготавливающими эти препараты. Серьезных научных исследований по данному вопросу не велось. Известно, что мед, маточное молочко, прополис, пчелиный яд, перга, цветочная пыльца — натуральные продукты и препараты с богатым содержанием биологически активных веществ, эффективность применения которых в медицине не вызывает сомнений. Не являясь специфическими лечебными средствами, они повышают общую сопротивляемость организма

к неблагоприятным воздействиям внешней среды, оказывают лечебное действие в комплексной терапии многих заболеваний, и как считают некоторые специалисты, РС в том числе. Все продукты пчеловодства, особенно пчелиный яд и маточное молочко, являются активными веществами. При неправильной дозировке или повышенной чувствительности они могут оказаться весьма токсичными для человека. Назначение этих препаратов требует от врача тщательного предварительного обследования больного и наблюдения за ним в течение всего периода лечения. В то же время в подавляющем большинстве случаев используют этот метод для лечения пчеловоды-любители.

И все же некоторые пациенты отметили пользу от применения продуктов пчеловодства. Так, считают они, можно использовать прополис, добавляя его в чай. Эффективна смесь прополиса с медом, которую рекомендуют применять внутрь по 1 ч.л. 3 раза в день до еды, втирая одновременно в болезненные места. Доказано, что втирание различных форм прополиса в позвоночник всегда приносит пользу. Есть сообщения, что определенную пользу могут принести совместный прием пищевых добавок Апимина А и Апимина В. Как считают представители фирмы-изготовителя, препараты, содержащие пчелиную пергу, маточное молочко, вытяжки из личинок трутневого расплода, а также большое количество витаминов, микроэлементов и гормонов, участвуют в строительстве и функционировании нервных клеток. По их мнению, в результате такого лечения улучшается нервная проводимость, вплоть до восстановления. Естественно, не стоит предъявлять к этим пищевым добавкам завышенные требования. Впрочем, нет и достоверных работ, подтверждающие эти данные. Всегда следует не забывать о возможных аллергических реакциях.

31.3 Что такое огнёвка?

Мой знакомый лечится больше полугода огневкой и считает, что она помогает ему. Есть ли смысл попробовать?

Действительно, в последние годы появились сообщения о положительном воздействии экстракта личинок пчелиной огневки (восковой моли) при РС. Ткани личинок содержат много полезных веществ, в том числе ферменты, один из которых, цераса, способен растворять воск и воскоподобные вещества, оказывает антисклеротическое действие. Аминокислоты, пептиды, серотониноподобные и минеральные вещества, витамины делают огневку незаменимым средством восстановления сил и работоспособности.

Исследования лаборатории проф. М. Н. Кондрашовой (Институт биологической физики АН СССР) подтвердили способность препарата восстанавливать ткани после глубоких морфологических повреждений, вызванных состоянием гиперреактивности. Экстракт обладает способностью рассасывать свежие рубцы после перенесенного инфаркта миокарда, а также заживлять туберкулезные каверны в легких, замещая их здоровой тканью. Он восстанавливает иммунитет, лечит хронические заболевания, в том числе аутоиммунной природы, предупреждает сердечные заболевания.

Как считают специалисты по апитерапии, препарат восковой моли улучшает самочувствие пациента, снижает периодичность лечения больного в стационаре (больнице), улучшает координацию движения, снижает быструю утомляемость, придает силу и энергию, улучшает и восстанавливает иммунитет.

Небольшой опыт авторов позволяет сделать вывод, что пока рано делать многообещающие прогнозы. Скорее всего, определенный эффект следует ожидать на ранних стадиях заболевания.

Разработана программа системного лечения РС на основе экстракта пчелиной огневки (гликотерапия), но для широкого назначения желательны исследования с участием специалистов-неврологов.

32. Мумие

32.1 Возможно ли использование мумие при РС?

Мумие принимают чуть ли не при всех болезнях, как оно действует при РС?

На протяжении столетий известен древний «чудотворный бальзам» мумие, или как называют его в народе — «кровь горы». С незапамятных времен оно применяется для лечения различных заболеваний, что нашло научное обоснование в работах многих ученых. Мумие в своем составе содержит около 28 химических элементов, 30 макро- и микроэлементов, а также 10 различных окисей металлов, 6 аминокислот, ряд витаминов, эфирные масла, пчелиный яд, смолоподобные вещества. Такой богатый состав способен влиять на соответствующие обменные процессы организма, усиливать регенеративные процессы в различных тканях, оказывать противовоспалительное, антиоксидантное, общеукрепляющее действие, а также восстанавливать пониженную функцию периферических нервных стволов или анализаторных центров головного мозга, положительно участвовать в биосинтезе ДНК, что приводит к усиленному делению и увеличению количества клеток. Считают, что препарат не имеет противопоказаний, в то же время снимает чувство усталости и действует на организм человека общеукрепляюще, способствует прибавлению и восстановлению утраченной силы, энергии.

При РС рекомендуют втирать (с последующим легким массажем) в течение 5–6 мин 8–10% спиртовой раствор препарата в болезненные участки в течение 20 дней, повторяя курс лечения через 10 дней. Одновременно принимают вовнутрь 0,2 г мумие с молоком и медом в соотношении 1:20. Это позволяет снизить тонус мышц и избавиться от чувства боли.

Есть и такой рецепт: растворить 5 г мумие 100 мл кипяченой воды, принимать по 1 ч.л. 3 раза в день до еды. Раствор хранить в холодильнике.

33. Аюрведа

33.1 Аюрведа против рассеянного склероза?

Какое отношение к РС имеет этот метод?

На первый взгляд кажется, какая связь древней индийской медицины с современным рассеянным склерозом? Непосвященный человек посчитает, что стремление постигнуть законы азиатской медицины — это лишь желание найти альтернативу известным методам лечения. Скорее всего, многие пациенты с РС принимают, что следует искать помощь в естественных терапевтических средствах, и здесь наряду с фитотерапией, гомеопатическими и антропософскими подходами к лечению появляется интерес к древним понятиям о здоровье и болезни. У нас нет возможности останавливаться подробно на этих учениях, да и литературы сегодня достаточно, но представить их необходимо. Отметим, что каждая из них имеет свои особенности и прежде чем приступить к изучению этих методов, надо хорошо знать состояние своего здоровья, достоверный диагноз и ряд других вопросов, которые следует уточнить у специалистов.

Вот уже более 3000 лет существует Аюрведа — наука о естественной жизни, дающая знание о поддержании здоровья и способах достижения физической и духовной гармонии. Она представляет собой систему лечения и оздоровления, повышения своих энергетических возможностей в связи личности со

всем мирозданием и включает в себя комплекс исцеляющих воздействий питания, движения, медитации и других факторов. Через Аюрведу любой человек может достичь гармонии, равновесия внутри себя и себя в пространстве и во времени. Здоровым — это путь к просветлению и продвижению, больным — это путь к сохранению и улучшению здоровья. Аюрведа — это предупреждение заболеваний (несвободы жизни) с приближением к идеальному здоровью сознания (невозмутимости) при сохранении естественной для человека среды обитания. Мы не останавливаемся на теоретических основах учения, ибо это работа совершенно индивидуальная. С точки зрения Аюрведы, каждый случай РС требует внимательного отношения к себе со стороны его обладателя, ибо многие внешние и внутренние факторы способны ослабить или усилить проявления РС.

Заметим, что представители учения считают, что следует обращать внимание на пищу, которая должна быть свежей. Ее также следует подвергать только самой необходимой обработке, ибо только свежая натуральная пища имеет «прану» — жизненную силу, необходимую для оздоровления организма.

Мы представляем следующий материал в том виде, как его дают специалисты.

33.2 Могут ли помочь аюрведические методы при РС?

Аюрведа предлагает несколько программ помощи пациентам с РС. Многое зависит от того, как далеко зашла болезнь. Большую помощь может оказать психотерапевт, владеющий знаниями Аюрведы. Мы знакомим с теми возможностями, которые можно использовать в комплексной терапии РС.

- *Диета* вегетарианская, гипоаллергенная.
- *Ашвагандха* — растение, которое является средством выбора при лечении рассеянного склероза. Использовать его нужно обязательно. Принимать по 1 ч. л. 3 раза в день через 30 мин после еды. Запивать лучше небольшим количеством молока. Продолжительность базового курса — не менее 7–8 месяцев. Затем дозировка препарата — по 1 ч. л. 2 раза в день. Длительность курса — до 1 года. После годичного курса ашвагандху принимать по 1 ч. л. 3 раза в день через 30 мин после еды во 2-ю и 3-ю лунные фазы. Прием пожизненный!
- *Гинкго билоба* назначается сезонными курсами с августа по декабрь (5 месяцев), затем перерыв до следующего курса. Препарат принимать по 160 мг во 2-ю и 3-ю лунные фазы, 2 раза в день (утром и днем). Возможно повышение артериального давления. В этом случае дозировку можно снизить. Но если препарат переносится хорошо, то можно постепенно довести дозировку до 250 мг в сутки.
- *Эсфолит* — препарат, являющийся источником фосфолипидов, из которых на 30% состоит миелиновая оболочка. Принимать по 3 капсулы 3 раза в день во время еды.
- *Чаванпраш* назначается обязательно в качестве иммуномодулятора. При рассеянном склерозе возникает аутоиммунная реакция против собственных нервных волокон, поэтому иммуномодуляция необходима. Чаванпраш принимать в первые 1,5 месяца (базовый курс) по 1/2 ч. л. 3 раза в день, через 30 мин после еды (одновременно с ашвагандхой). Затем принимать только в 1-ю и 2-ю лунные фазы: по 1 ч. л. на прием, 3 раза в день, через 30 мин после еды. Прием пожизненный!
- *Брахми*: по 1 ч. л. 2 раза в день натощак, утром — за 30 мин до еды, вечером — за 1,5–2 ч до сна; запивать лучше молоком.
- *Психотерапия*, направленная на преодоление инфантилизма, страхов и т. д.
- Если сохранена координация движений, пациент передвигается и обслуживает себя, то *занятия гимнастикой* обязательны (!).

- *Дополнительные методы лечения*: гирудотерапия, иглоукалывание, марматерапия, абхьянга с кунжутным маслом, хатха-йога.

- Процедуры *панчакармы*.

Понятно, что без помощи специалиста и специальной подготовки овладеть этими методиками невозможно.

33.3 Что говорят специалисты по Аюрведе про РС?

На этот вопрос отвечает д.м.н., профессор В.И. Головкин, президент Северо-Западной ассоциации рассеянного склероза:

Многие люди из неоднородной группы заболевших рассеянным склерозом, обычно не особенно ослаблены болезнью и проживают относительно нормально. Некоторые жалобы могут быть результатом пассивности, неразумного приема лекарств, вредных привычек, несоблюдения здорового образа жизни, внешних воздействий и внутренних пертурбаций, но не проявлениями самой болезни. В целом РС — это неустойчивый и непредсказуемый случай, который требует внимательного отношения к себе со стороны его обладателя.

Не вдаваясь в теоретические аспекты Аюрведы, приведем некоторые наработанные рекомендации. В свете этого учения представим пирамиду болезни.

1. Наша наследственность предрасполагает нас к определенным заболеваниям и, наоборот, защищает нас от многих недугов.

2. Внешние факторы, особенно смешанная бактериально-вирусная инфекция, могут вызвать РС у человека с плохой иммунной системой.

3. Неумение противостоять стрессу может вызвать сосудистые спазмы и спровоцировать начало РС или его ухудшение.

4. Невнимательное (неграмотное) отношение к своим железам внутренней секреции, особенно в переходные периоды жизни может создать условия для нейроэндокринной дистонии и различных заболеваний.

5. Образ жизни вашего тела, состояние вашей души и духа, неприспособленность к климату, в котором вы живете, к мыслям, которые вы думаете, к пище и воде, которые вы потребляете, может ослабить или усилить проявления РС.

Аюрведа — это наука жизни, и в частности система лечения и оздоровления, повышения своих энергетических возможностей в связи личности со всем мирозданием.

Аюрведа предлагает десять ступеней от РС к здоровью:

- 1-я ступень. ЛИЧНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ НАСТРОЙ

Возложите на себя обязательства победить РС.

- 2-я ступень. ОТДЫХ И МЕДИТАЦИЯ

Отдых при РС особенно необходим. Ложитесь спать рано каждый вечер, часов в 9 или 10: один час сна до полуночи равен двум часам сна после полуночи. Вставайте естественно, без будильника. Днем ходите, двигайтесь, если устали, делайте перерывы, не бойтесь вздремнуть в течение дня, тогда, когда вам этого хочется, особенно с раннего до позднего полудня.

Медитация часто является единственным способом излечения от РС. Начните использовать медитацию как средство для восстановления энергии, расслабления и борьбы со стрессами. Медитация — это простая, легкая технология, занимающая 15–20 мин 2 раза в день. Она дает вам тот уровень отдыха, который вдвое превышает самый глубокий ночной сон. Это основной вид отдыха для освежения сознания и восстановления физических сил.

Медитировать несложно. Дети с 10 лет способны обучаться медитации. Медитация — это не религия, это духовная практика. Медитация, если вы в нее верите и по-

нимаете, это способ питания ваших запасов энергии и интеллекта, которые стоят у истоков вашей жизни. Медитации нельзя научиться по книгам, но только от учителя!

Для больных РС медитация:

- помогает бороться со стрессом;
 - восстанавливает жизненную энергию;
 - восстанавливает гибкость и подвижность ума и тела.
- 3-я ступень. СБАЛАНСИРОВАННОЕ ДЫХАНИЕ (ПРАНАЙАМА)

Ритмичное дыхание поддерживает нервную систему. Сидя спокойно с закрытыми глазами, дышите ровно несколько минут до ощущения расслабления, приятной легкости в голове и тепла внутри тела. Если вы начали испытывать головокружение, остановитесь, откройте глаза, измените позу и подождите пока снова не почувствуете себя нормально. Занимайтесь пранайамой в тихой комнате без радио, музыки и телевизора. Если при закрытых глазах вы почувствуете беспокойство, прервите занятие на некоторое время, но не бросайте его. Никогда не задерживайте дыхание и не считайте секунды вдоха и выдоха. Техника пранайамы: Сядьте удобно на стул с прямой спинкой. Закройте глаза. Дайте отдых мыслям. Остановите их движение. Поставьте правую руку так, чтобы большой палец был у правой ноздри, а два средних — у левой. Вдох двумя ноздрями — выдох через левую. Вдох через левую — выдох через правую. Вдох через правую — выдох через левую. И т.д. 7–10 циклов.

Чередуйте руки через 5 мин. Опустите руки и откиньтесь удобно с закрытыми глазами на 1–2 мин. Если вы в какое-то время захотели подышать ртом, то подышите, а затем вернитесь к упражнению дыхания носом. Не нужно глубоко дышать. Дышите естественно, но чуть медленнее и глубже, чем обычно.

- 4-я ступень. ВОДНАЯ ТЕРАПИЯ (УША ПААНА ЧИКИТСА)

Правильное употребление жидкости при РС очищает организм. Техника уша паана чикитсы: Рано утром сразу после пробуждения выпейте 4 стакана воды. Через месяц начинайте выпивать только по два стакана. Завтракать можно только через час после этого. В течение дня выпивайте еще 6 стаканов чистой воды: за полчаса до и через полчаса после каждого приема пищи по стакану. Сначала это будет трудно и придется чаще бегать в туалет, но постепенно все нормализуется. В стакане воды больше целительной силы, чем в любых таблетках. После того как вы несколько дней выпиваете по 6–8–10 стаканов воды, начинайте добавлять немного соли: на каждые 10 стаканов — 6 г соли (полчайной ложки). Боль, слабость и мышечные судороги, особенно по ночам — признак нехватки солей в организме. В этих случаях принимайте минералы и витамины, содержащиеся в чаванпраше — пище древнего философа Чавана.

- 5-я ступень. ФИЗИЧЕСКИЕ УПРАЖНЕНИЯ

Начните с легкой ходьбы, езды на велосипеде (в том числе трехколесном велосипеде для взрослых), плавания в прохладной воде. Движение — 50% победы над РС. Никогда не напрягайтесь. Не доводите себя до пота. Будьте удобно активны мысленно и физически, не перетруждайтесь.

- 6-я ступень. ПИТАНИЕ

Питание при РС должно быть сбалансировано. Употребляйте только свежую пищу. Избегайте жирной пищи, особенно красного животного мяса. Пользуйтесь продуктами всех групп. Ежедневно употребляйте 2–3 ст. ложки гранулированного рассыпчатого приятно пахнущего лецитина. Увеличьте растительные масла в своем рационе: вечернее первоцветное масло подсолнечника, льняное масло. Не используйте рафинированные масла. Ешьте жирную речную рыбу, со-

держащую необходимые полиненасыщенные жирные кислоты (омега-3 и омега-6), идущие на построение липопротеидов миелиновых мембран.

Употребляйте только кипяченое молоко (оно легче усваивается), но не сыр и не яйца. Не ешьте рафинированный сахар (связывает витамины группы В, необходимые для правильного функционирования нервных проводников), но только мед или необработанный сахар. Используйте белковые экстра-коктейли, содержащие аминокислоты таурин, глицин, фолиевую кислоту, цинк и селен. Пейте много чистой воды. Не объедайтесь.

Придерживайтесь в еде хороших манер. Ешьте не спеша, всегда в одно и то же время. Ешьте сидя, в привычной обстановке. Перенесите основной прием пищи на время второго завтрака. Не готовьте с медом (теплый мед становится токсичным). Как вы едите — так же важно, как и то, что вы едите.

- 7-я ступень. ПИЩЕВЫЕ ДОБАВКИ

При РС надо обязательно и ежедневно употреблять пищевые добавки и отвары трав, содержащие биологически активные вещества, способствующие анаболизму (образованию) и препятствующие катаболизму (распаду) миелина:

- Витамины группы В с фолиевой кислотой и биотипом.
- Мицелированные минеральные растворы.
- Антиоксиданты, в т.ч. эстерифицированный витамин С (галлиевая соль аскорбиновой кислоты), бета-каротин и др.
- Соевый лецитин, обогащенный фосфатидил-серином.
- ПНЖК омега-3 и омега-6.
- Коллоидный (органически связанный) селен.
- Расторопшу, дымянку, лабазник, ашвагандху, ним.
- 8-я ступень. ЗВУКОТЕРАПИЯ (МУЗЫКОТЕРАПИЯ, СМЕХОТЕРАПИЯ)

Звук «ха-ха» (смех) оказывает исцеляющий эффект на тело и душу. Звук «ом-м-м» оказывает гармонизирующий эффект на мозг. Вокал а капелла (молитва в храме) улучшает дыхание и кровообращение. Чаше слушайте и ощущайте естественные вибрации:

- Пение птиц.
- Стук дятла на высоком дереве.
- Треск сучьев на костре.
- Кукованье далекой кукушки.
- Шум ветра.
- Плеск воды.
- Крик улетающих журавлей.
- Движение лошади при занятиях иппотерапией без седла.
- 9-я ступень. МАССАЖ

Легкий массаж тела — прекрасный способ начать день. Кожа состоит из тысяч клеток, связанных со всеми частями тела, в первую очередь с органами нервной и эндокринной систем. С помощью массажа мы достигаем нейроэндокринного равновесия.

Сухой массаж (гаршана)

Утром за несколько минут до душа и одевания начните энергичное растирание головы круговыми движениями, а затем продолжите растирание рук и ног продольными движениями, грудь массируйте горизонтально по бокам, не растирая область сердца и грудины, живот круговыми движениями по часовой стрелке, суставы — круговыми движениями, особенно тщательно массируйте стопы (лучше с кремом для ног) и кисти (с кремом для рук). По окончании посидите спокойно несколько секунд.

Масляный массаж (абуанга)

На полный массаж тела уйдет всего четверть чайной чашки теплого (температуры тела) ароматического масла. Вылейте на ладонь столовую ложку масла и начните втирать его в свою макушку как будто это шампунь. Тело также массируйте ладонями и только пальцы ног пальцами рук. После окончания посидите полминуты спокойно для впитывания масла, затем примите теплый (не горячий) душ, сидя в ванной на стульчике.

■ 10-я ступень. СБАЛАНСИРОВАННАЯ ЖИЗНЬ

Согласно Аюрведе, болезнь тела — это дисбаланс физиологических процессов в организме.

- Живите, внимательно относясь к своим мыслям, телу и душе.
- Не фиксируйтесь на плохом, надейтесь на лучшее.
- Полноценно отдыхайте, учитесь медитировать.
- Занимайтесь тем, что приносит вам радость.
- Избегайте стрессов.
- Одевайтесь по погоде, а не по сезону.
- Слушайте ритмы суток, года и жизни.
- Питайтесь свежей и чистой пищей.
- Реализуйте себя в обществе.

34. Акупунктура (иглоукалывание)

34.1 Что дает акупунктура при РС?

Я разговаривала с товарищами, у всех разные результаты применения этого метода. Почему?

Иглоукалывание — один из популярнейших методов китайской медицины, при котором восстановление баланса организма достигается за счет установления игл в различные точки тела. Оно, как правило, используется в сочетании с классическими методами лечения. Нет никаких свидетельств, что иглоукалывание благоприятно влияет на течение заболевания или его проявления. Однако оно позволяет уменьшить спастическое напряжение мышц при воздействии на биологически активные точки, помогает при мышечных и суставных болях и нарушении контроля над функцией мочевого пузыря. Учитывая механизм воздействия на соответствующие точки, этот метод лечения в расширенном варианте называют также рефлексотерапией. В практику внедрены различные ее способы: вакуумная, цуботерапия, прогревание, прижигание, аурикулярная и др. Ряд специалистов утверждает, что совмещение медикаментозной терапии и рефлексотерапии оказывает не только обезболивающее действие, но помогает пациентам поддерживать хорошую физическую форму.

До сих пор не проводилось научных исследований с целью доказать это или подтвердить безопасность акупунктуры для пациентов с РС. Кроме того, следует учитывать, что любое лечение, связанное с проколами кожи, как это делается при иглоукалывании, имеет свои риски. В первую очередь это риск занесения инфекции. При недостаточной стерильности через иглы, применяемые для акупунктуры, могут передаваться гепатит или СПИД. Некоторые авторы рекомендуют рефлексотерапевтический массаж стопы, ценность которого при РС сомнительна.

Как и все другие альтернативные методы, рефлексотерапия — не панацея, и ее эффективность проявляется в разной степени. Имеются указания о неприемлемости применения этого метода на ранних стадиях заболевания.

35. Ароматерапия

35.1 Каковы принципы ароматерапии при РС?

Может ли помочь ароматерапия при РС?

Ароматерапия — метод лечения с использованием ароматических веществ, полученных из растений. Она применялась в различных формах еще в Древнем Египте и Древнем Китае. Изначально метод основан на применении эфирных масел, которые получают из растений методом специальной дистилляции или холодным прессованием и применяют каждое в отдельности или в смесях, а при лечении — либо непосредственным приложением к коже, либо разбавлением в ванне, или при ингаляции. Масло могут вводить в полости, но, как правило, масло не используют для приема внутрь. Поскольку специфические запахи могут возбуждать чувствительность или пробуждать воспоминания, сделаны попытки применить их при РС. Ощущения запаха играют важную роль, несмотря на то, что сигналы обоняния посылаются в часть мозга, управляющую определенными психологическими процессами. Механизм воздействия запаха, с точки зрения использования его при лечении, недостаточно изучен. Применительно к лечению РС ароматерапия систематически не изучалась. Однако удалось выяснить, что у 10–20% пациентов с РС ослаблено ощущение запаха. Многие терапевтические методы основаны на традиционных подходах, а не на практическом клиническом исследовании. Обычно лечению подвергались такие симптомы, как беспокойство, депрессия и боль. При рассеянном склерозе облегчат состояние эфирные масла с расслабляющим, спазмолитическим и противовоспалительным действием — сандал, лаванда, левзея, лиметт, ромашка римская, сосна, герань, шалфей мускатный. Но прежде чем их применять, необходимо обязательно проконсультироваться с лечащим врачом (ароматерапевтом) и проверить на индивидуальную переносимость. Что касается беспокойства, исследования показали, что благоприятный лечебный эффект возможен при применении лавандового масла, масла римской ромашки, оранжевого масла. Хотя и небольшие, но хорошо поставленные клинические исследования отметили положительный эффект при лечении этими видами масел. Предварительные данные дают основание считать, что небольшая доза антидепрессантов может быть полезна в сочетании с ароматерапией (с применением запаха цитрусовых). Когда ароматерапия сопровождается массажем, что часто случается на практике, то бывает затруднительно выделить долю эффекта, приходящуюся собственно на ароматерапию. Массаж тоже дает полезные эффекты, такие как уменьшение тревоги, депрессии, спазмов мускулатуры, болей в пояснице и других частях тела. Не следует забывать и об аллергических реакциях. Беременным женщинам, подверженным аллергии, не рекомендуется лечиться методом ароматерапии из-за риска выкидыша.

36. Цветочная терапия доктора Баха

36.1 Есть ли смысл в цветочной терапии доктора Баха?

Когда следует обратиться к методу Баха?

Эликсиры из цветов сродни гомеопатическим средствам, но отличаются способом приготовления и назначением. Они влияют непосредственно, а не по закону подобия, как это действует в гомеопатии.

Цветочная терапия Баха была разработана более семидесяти лет назад Эдвардом Бахом, английским врачом-гомеопатом, и на сегодняшний день приобрела широкую известность и популярность. В 1930 году Бах обнаружил, что некоторые дикорастущие цветы, если их срывать и готовить только в полном цвету, в ясные

солнечные дни, можно потенцировать так, что они будут исцелять эмоциональные расстройства — страхи, неуверенность, нетерпеливость, уныние, отчаяние и всякие другие. Эдвард Бах писал: «Эта система лечения показывает, что наши страхи, беспокойства и волнения открывают путь болезням. И так как эти средства лечат наши страхи, наши беспокойства и наши волнения, наши ошибки и наши неудачи... болезнь, не важно какая, оставляет нас». Доктор Бах основал свою работу на мудрой философии, по которой жизнь воспринимается как учебный процесс, а болезнь и здоровье даны нам в помощь для лучшего понимания самих себя и цели нашей жизни. Мы здоровы тогда, когда достигаем гармонии между физическим и душевным состоянием. Покуда оба находятся в равновесии — мы здоровы, но как только возникает разногласие, за этим следует то, что мы называем болезнью. Он рассматривал болезнь как просто необходимую, полезную для человека коррективу — как послание нашей души, призыв к тому, что надо пересмотреть и изменить свою жизнь, если мы стремимся обрести здоровье и счастье. Он верил, что если возникла какая-то болезнь, то в природе всегда есть средства для ее лечения. Всего им было обнаружено и отобрано 38 средств, которые затем были подвергнуты тщательному исследованию. Они излечивают эмоциональные и душевные расстройства, которые Бах определяет как основополагающую причину всех болезней.

Сегодня ни для кого не секрет, что эмоциональные факторы способны радикальным образом влиять на течение биологических процессов организма. Исследования показали, что неблагоприятные импульсы в мозге вредно воздействуют на иммунную систему, нашу первую защиту от болезней. Всем известно, что высокое давление, сильные головные боли, болезни сердца, аллергия, астма, даже простая простуда — все это имеет неразрывную связь со стрессом. Современная медицина все больше приходит к пониманию того, что с эмоциями связана почти любая наша болезнь. Сейчас все чаще врачи говорят о том, что фактически на любую болезнь, способную поразить человеческий организм, от обыкновенной простуды до самых серьезных недугов, можно воздействовать как позитивно, так и негативно личным психоэмоциональным состоянием. Таким образом, доктор Бах опередил свое время и современную ему медицину своим учением, тем, что сегодняшняя медицина только теперь начинает улавливать.

Мы знаем, что при РС пациентам приходится почти постоянно принимать лекарственные средства, большинство из которых имеют побочные эффекты. В то же время депрессивное состояние или другие психические нарушения требуют постоянного внимания и принятия мер. Естественно желание использовать такие средства, которые бы оказывали лечебный эффект без дополнительного побочного действия. Этим и привлекательна цветочная терапия. В отличие от гомеопатии и антропософии, где поиск верного средства часто весьма затруднителен и требует опыта и определенных знаний, картина настоев выглядит простой и ясной. Вот почему этот вид терапии предполагает самолечение. Не следует забывать, что действие метода воспринимается индивидуально, поэтому не всегда можно получить ожидаемый эффект.

Цветочные настои продаются в бутылочках темного цвета, в которых находится спиртовой раствор концентрированной эссенции. Несмотря на то, что пузырек очень мал, его хватает надолго, поскольку настои принимают каплями — 2 капли под язык, в экстренных случаях — 4 капли до 3–4 раз в день. Здесь нет противопоказаний на сопутствующие вещества, которые могут нейтрализовать действие настоев. Принимать настои надо утром натощак, вечером после последнего приема пищи и днем дважды между приемами пищи. Но обязательно или за 20–30 мин до еды, или через 20–30 мин после еды, так же, как гомеопатические средства.

Если надо принимать несколько настоев одновременно, то существует способ приготовления маточного раствора. Нужно взять пузырек емкостью 30 мл из темного стекла с капельницей, наполнить его на три четверти родниковой водой (не дистиллированной!) и добавить по 2 капли каждого из выбранных настоев. Потом пузырек доливают доверху, добавляя бренди или яблочный уксус, которые используются в качестве консервантов. Поскольку раствор пьется каплями, содержание алкоголя здесь очень невелико. Из такого пузырька (маточный раствор) ежедневная доза составляет 4 капли под язык 4 раза в день. Сколько же настоев можно сочетать в одной «маточной» бутылочке? Единого мнения на этот счет нет. В одних источниках называют число пять, в других — девять. Но можно один настой приготовить методом маточного раствора. Он будет работать так же хорошо, к тому же, это экономит первоначальный раствор. Некоторые предпочитают полные дозы, а кому-то больше нравится маточный раствор. Принимать раствор надо в течение месяца, а потом оценивать результаты.

Картина каждого целебного настоя описывает эмоциональное состояние или образ мышления. Человек выбирает один или несколько настоев, которые ближе всего соответствуют его личной ситуации. Людям, которые находят описание своего эмоционального или душевного расстройства или заболевания в картине действия цветочного настоя, его прием приносит облегчение. Если же средство выбрано неверно, оно просто не подействует, и ничего не произойдет. Оно совершенно безвредно, не следует бояться осложнений, ибо максимум плохого в конечном итоге — это отсутствие эффекта. Опыт показывает, что если употреблять маточный раствор от месяца до 6 недель или еще дольше, состояние пациента обязательно улучшится. Изменения происходят плавно и почти неуловимо, а острые критические ситуации удается облегчить в считанные минуты.

Настоев всего 38, а описание настоя полностью сосредоточено на эмоциональных проблемах. Чтобы найти нужный настой, надо прочесть все описания и выбрать то (или те), которое соответствует вашим чувствам, эмоциям или образу мышления, которые хотелось бы изменить. Решение изменить отрицательный образ — это уже половина исцеления. Полезно также сопровождать прием настоев жизнеутверждающими фразами — аффирмациями (Луиза Хей). В конце срока приема настоев следует вернуться к описанию настоя и сравнить его со своей теперешней эмоциональной картиной. Если есть еще над чем поработать — надо продолжать прием или поискать другое подходящее средство.

Тридцать восемь цветочных настоев подразделяются на семь категорий, в каждую из которых входит от четырех до восьми средств:

• **Страх**

Ладанник — от ужаса

Губастик — от боязни известных вещей

Осина — от страха перед неизвестным

Мирабель — от боязни совершить ошибку

Конский каштан — от страха за других

• **Неуверенность**

Церато — при принятии решений

Дивала — при выборе между двумя возможностями

Горечавка — когда легко падают духом и приходят в уныние от известной причины

Утесник — для человека, который сдался

Греб — для придания силы

Овсяг — при слишком большом выборе и неспособности сосредоточиться

- **Недостаточный интерес к настоящему**

Клематис — для тех, кто живет в будущем

Жимолость — для тех, кто живет в прошлом

Шиповник — от безразличия

Олива — когда истощение лишает интереса к жизни

Белый каштан — от непрошенных мыслей

Горчица — для периодов глубокой депрессии

Каштановый бутон — чтобы разорвать порочный круг

- **Одиночество**

Турча — от отчуждения, заброшенности, ненужности

Недотрога — от отсутствия терпения к другим, от своей лихорадочной деятельности

Вереск — от эгоизма, от желания постоянно жаловаться другим

- **Повышенная восприимчивость к чужим влияниям**

Репейник — при внутренних страданиях под маской жизнерадостности

Василек — при излишней склонности служить другим

Грецкий орех — при главных переменах

Остролист — от зависти

- **Уныние и отчаяние**

Лиственница — от чувства неполноценности

Сосна — от чувства вины

Вяз — от измученности

Съедобный каштан — когда жизнь кажется невыносимой

Птицемлечник — при потрясениях

Ива — при обидах и разочарованиях

Дикая яблоня — для очищения

- **Излишняя озабоченность благополучием других**

Цикорий — от собственных наклонностей

Вербена — от фанатизма

Виноградная лоза — от деспотизма

Береза — от излишней требовательности к другим

Ключевая вода — от излишней требовательности к себе

- **Средство-спасатель**

Сочетание пяти настоев для первой помощи и от стресса

Ладанник — от ужаса и паники

Птицемлечник — от шока, травмы, оцепенения

Недотрога — от напряженности и раздражительности

Мирабель — от страха утратить самообладание

Клематис — чтобы не допустить расставание с телом

Последнее и самое популярное из настоев средство (тридцать девятый комплексный препарат) — средство от стрессов (Рэскью Ремеди) показан практически всем в любых сложных, стрессовых ситуациях, шоке. Недаром он называется препарат-спасатель. Оно продается в пузырьках в концентрированном виде, как и другие настои. Его можно так и использовать — в концентрированном виде или приготовить маточный раствор и держать его всегда при себе. Его рекомендуется иметь в машине. Оно показано не только в чрезвычайных ситуациях и в качестве первой помощи, но при любых эмоциональных и физических травмах, при стрессах и тоске. Можно использовать его, чтобы успокоиться после тяжелого рабочего дня, после споров, плохих новостей, в травматологическом пункте (для

самого пациента и его близких), при автомобильной аварии и в качестве помощи людям, работающим в обстановке высокого стресса.

Частота приема — в зависимости от потребности. В чрезвычайных ситуациях можно принимать с интервалом в несколько минут в неразбавленном виде по 2–3 капли прямо на язык. Это средство безопасно для детей, домашних животных. Младенцам и людям в бессознательном состоянии можно капать на губы, десны, виски, запястья, даже на макушку.

Подробно останавливаясь на лечебных свойствах цветочных настоев, прежде всего думаешь об их безопасности для пациентов с РС и о том, что они могут быть незаменимы при столь часто встречающемся состоянии нарушения эмоционального равновесия.

37. Гирудотерапия (лечение пиявками)

37.1 Как могут помочь пиявки при РС?

Этот метод лечения уходит своими корнями в глубокую древность, когда он интенсивно применялся многими врачами. Лишь развитие фарминдустрии вытеснило пиявки из привычного ранее круга лечебных факторов. Преимущество метода заключается в том, что он оказывает естественное воздействие на организм пациента.

К применению в медицине пригодна лишь медицинская пиявка, выращенная в искусственных условиях. Современными исследованиями доказано, что пиявку следует рассматривать как единый, живой, весьма сложный и своеобразно неспецифический раздражитель по отношению к организму человека в целом. Пиявка вносит в кровь человека около 20 биологически активных веществ, которые изменяют обмен веществ и регулируют взаимодействие между системами, улучшают свойства крови, рассасывают тромбы, снижают артериальное давление, обладают обезболивающим эффектом, обладают способностью снимать спазмы сосудов, повышать снабжение тканей кислородом. Учеными доказано, что пиявки обладают антисклеротическим действием, способствуют очищению организма от шлаков, ядовитых веществ. Такое разнообразие эффектов лечения пиявками дает возможность применять их для терапии многих органов и систем. Определенный опыт применения пиявок при лечении пациентов с РС позволяет признать, что пиявки обладают способностью нормализовать передачу нервно-мышечных импульсов, а также стимулировать иммунную систему, снимать острые боли. Традиционно ставят пиявки на безволосую часть головы в заушную область, вдоль позвоночника и на места с выраженным болевым синдромом. Количество пиявок — 2–4 за сеанс. Как правило, терапия проводится два раза в неделю в течение месяца.

38. Медитация

38.1 В чем смысл медитации?

Я слышала, что занятие медитацией может принести пользу и при РС. Это так?

Мы уже отмечали, что при РС может принести пользу любой метод лечения, если он дает стабилизацию самочувствия. Какой из них выбрать, дело каждого. Мы понимаем, что это великая проблема, поэтому стараемся дать краткую характеристику наиболее популярным альтернативным методам. Одним из них является медитация. Это вид «терапии ума и тела», относящийся к классу терапевтических мероприятий, включающих биологическую обратную связь, гипноз

и аутотренинг. В различных формах медитация практиковалась на протяжении тысячелетий, особенно в контексте религиозной практики. Суть ее — получение «релаксационной реакции», что подразумевает состояние расслабления, связанное с уменьшением озабоченности (тревоги), мышечным расслаблением и понижением кровяного давления. Считается, что релаксация противоположна физиологической реакции, характеризуемой усилением или стимулированием жизненных процессов — сокращений сердца, артериального давления, интенсивности дыхания. Существует много различных методов медитации. Все они сводятся к сфокусированному сосредоточению, расслаблению тела и отвлечению внимания от напряженных мыслей и чувств.

Приводим следующие простейшие рекомендации:

- Сядьте в удобной позе в тихой комнате, закройте глаза.
- Расслабьте вашу мускулатуру, начиная с ног, постепенно расслабляя тело, переходите к мышцам лица.
- При каждом выдохе тихо произносите одно слово.
- Прогоняйте расстраивающие вас мысли.
- Проводите этот процесс расслабления в течение 10–20 мин.

Существуют и другие методы: трансцендентальная медитация, медитация сосредоточения (или випассана), медитационная техника дзэн (китайское слово для обозначения медитации) и йога. Расслабление может быть также достигнуто при помощи гипноза, аутотренинга, молитвы, что детально обсуждается в соответствующей литературе.

Терапевтический эффект медитации известен при многих заболеваниях. Отмечено снижение напряжения, тревоги, страхов и различного типа болей, возникающих в нижней части спины, а также снижение послеоперационных болей, увеличение чувства самоконтроля и собственного достоинства. Происходит постепенная мускульная релаксация и улучшение сна. Отмечено, что медитация и другие релаксационные методы могут вызвать изменения в иммунной системе. При этом были описаны изменения применительно и к другим заболеваниям. Влияние медитации на РС пока не изучено в достаточной степени. Медитацию обычно считают безвредной, но она не рекомендуется больным с психиатрическими заболеваниями, депрессией и шизофренией. Состояние релаксации, достигнутое ими во время медитации, может сопровождаться последующими опасениями потери контроля, тревожными мыслями и тревогой. Больным с РС при использовании медитации не следует исключать обычные терапевтические методы лечения.

39. Йога

39.1 Применима ли йога при РС?

Слышала, что есть больные РС, которые занимаются йогой. Разве это не трудно?

Йога появилась тысячи лет назад в Индии. Она связана с индийской религией и развивалась как духовная практика. На языке санскрита йога означает «союз», а учение подразумевает союз разума, тела и духа. В определенном смысле йога — контроль над всеми фазами жизни. На Западе чаще ограничиваются лишь первыми ступенями философии и искусства йоги: физическими упражнениями, контролем дыхания и расслаблением.

Йогу можно считать одной из форм физической терапии. Она и тренирует, и дисциплинирует, и помогает расслабиться. Один из главных ее принципов —

делать только то, что вы действительно способны сделать, и не пытаться превзойти свои реальные возможности. Этого принципа особенно важно придерживаться людям с РС. Вот слова женщины, занимающейся йогой: «Я знаю, что занятия йогой не восстановят нервы и мышцы, пораженные рассеянным склерозом, но эти занятия помогают мне поддерживать физическую форму. Дыхательные упражнения и упражнения на расслабление позволяют мне оставаться спокойной и хорошо выглядеть. Йога пробудила у меня интерес к жизни». Заниматься йогой можно самостоятельно, купив одну из множества книг о ней с описанием поз (асан), упражнений на расслабление и дыхательной гимнастики. Лучшее начинать занятия под руководством опытного мастера. Йога относительно не дорога и обычно безопасна, помогает при тревоге, болях, спастичности. Многие пациенты с РС отмечают важность этого метода для поддержания стабильного состояния. Отметим отсутствие серьезных исследований по применению этого метода при РС.

Йогу обычно не связывают со значительными отрицательными последствиями. Однако йогой, включающей трудные позы или интенсивные упражнения, следует пользоваться с осторожностью: беременным женщинам, людям усталым, чувствительным к теплу, с неустойчивым равновесием, людям со значительными формами заболевания легких, сердца, позвоночника и костей.

40. Краниосакральная терапия

40.1 Помогает ли краниосакральная терапия при РС?

Я читала, что в некоторых случаях при РС эффективна краниосакральная терапия?

Этот феномен открыл более 50 лет назад английский остеопат Вильям Сатерленд и назвал это явление краниосакральным ритмом. От латинского «краниум» — череп, «сакрум» — крестец. В. Сатерленд заметил, что при наложении ладоней на голову через некоторое время под руками появляется ощущение, будто голова изменяет свой размер — как бы расширяется и сужается. Использование этой идеи на практике сформировало новое направление остеопатии — краниосакральную терапию (КСТ).

Наше физическое тело — это очень сложная и динамичная структура. Все органы в нашем теле совершают незаметные для нас движения. Причем происходит это с определенной частотой, т.е. особым ритмом. «Дышит» все, даже такая, казалось бы, застывшая структура, как череп. Долгое время врачи считали, что швы между костями черепа окостеневают в раннем возрасте. Но, оказалось, что это не так. Благодаря имеющимся в швах коллагеновым и эластиновым волокнам, кости черепа в швах могут двигаться, оставаясь при этом обособленными. Форма швов также приспособлена к возможным движениям костей черепа. Таких движений происходит от 8 до 14 в минуту. Частота сокращений может меняться. Движения между костями черепа, благодаря эластичным свойствам швов, напоминают работу шестеренок часового механизма. Ограничение движений в любой части этой сложной структуры влечет за собой напряжение твердой мозговой оболочки. Она выстилает полость черепа изнутри, образуя синусы и мембраны мозга, проходит через затылочное отверстие и тянется через спинномозговой канал до крестца, образуя единую динамическую систему через позвоночный канал, в котором циркулирует спинномозговая жидкость — ликвор, омывающая оболочки головного и спинного мозга. Помимо спинномозговой жидкости краниосакральная система включает мембраны,

окружающие головной и спинной мозг, кости черепа, крестец и оболочки, покрывающие каждый нерв тела.

Симметричная пульсация этих структур в краниальном ритме отражается на всем организме. Любое препятствие свободному току жидкости может вызвать дисфункцию или болезнь. Как же привести нарушенный краниальный ритм в норму? Надо знать некоторые анатомические и физиологические особенности строения этих структур.

КСТ выполняется путем очень легкого прикосновения рук врача к телу пациента и выслушивания движений тканей и костных структур. С помощью таких прикосновений врач способен определить нарушение тонких движений в пределах тела — ритмы, напряжения, пульсации и восстановить синхронность их движения и циркуляцию спинномозговой жидкости. Часто прямо по ходу лечения уменьшается боль, пациент ощущает тепло, разливающееся по телу, легкость, невесомость. У кого-то приятные ощущения возникают по прошествии сеанса. Иногда улучшение наступает после некоторого обострения симптомов.

Как считают остеопаты, КСТ подвластно не все, но многое. Она дает неплохие результаты при лечении сложных состояний. При этом она не причиняет пациенту ни малейшего дискомфорта и не вызывает осложнений. Этот метод показан даже маленьким детям. Мы не станем углубляться в особенности применения метода при различных заболеваниях. Отметим, что при РС эта терапия может применяться лишь в качестве симптоматической терапии — для облегчения головных болей, уменьшения внутричерепного давления, улучшения циркуляции спинномозговой жидкости. Поскольку РС не связан с нарушением ритма спинномозговой жидкости, то нет теоретических обоснований применения этого метода при РС. Более того, не следует его применять у пациентов в начальных стадиях заболевания. Излишне говорить, что желательно попасть к опытному специалисту.

Рассеянный склероз у детей и подростков

41. Какие сложности в диагностике и лечении РС у детей и подростков?

Говоря о достижениях последних лет в понимании механизмов развития РС и об активной разработке нового иммунологического направления в лечении заболевания, приходится признать, что пока еще остается немало проблемных вопросов. Одним из них является РС у детей и подростков. Более того, в современной научной литературе ему уделяется совершенно недостаточно внимания, что говорит о том, что течение заболевания и методы лечения РС в этом возрасте изучены явно недостаточно. Между тем, за последнее десятилетие отмечено увеличение распространенности у детей и подростков демиелинизирующих заболеваний нервной системы, в частности РС. Это связано не только с улучшением диагностики, но и с пока не выясненными причинами этого процесса. Отметим сразу, что в отличие от взрослых пациентов возможности терапии этого тяжелого инвалидирующего заболевания у детей невелики, и, прежде всего, в связи с наличием возрастных ограничений в медицинском применении целого ряда высокоэффективных лекарственных препаратов. Так на сегодняшний день

в России к применению до 18 лет официально аннотирован только один иммуномодулирующий препарат первой линии.

Имеющиеся сегодня результаты исследований по применению лекарственных средств, используемых в педиатрической практике, немногочисленны и не систематизированы. В связи с этим пока нет единого мнения по вопросам диагностики и лечения РС у детей и подростков. Между тем уже сейчас есть позитивные международные и отечественные данные об эффективности и переносимости препаратов для иммуномодулирующей терапии в этом возрасте, что диктует необходимость проведения дальнейших исследований.

42. Как часто начинается болезнь в детстве?

Весьма противоречивы сведения о частоте, возрасте начала, особенностях дебюта, течения и прогнозе РС у детей. Еще несколько десятков лет назад существовало мнение, что РС — хроническое рецидивирующее заболевание взрослого возраста с началом в 20–40 лет. Хотя и были описания РС у детей, но они были единичными и подвергались сомнению. В 1980 г. в мировой литературе было описано всего 129 случаев достоверного РС у детей, а в 1987 г. был описан случай подтвержденного РС у ребенка с дебютом в 10-месячном возрасте. Со временем в связи с возросшими возможностями диагностики в печати появилось все больше описаний случаев заболевания РС у детей. Заметим, что наш ведущий советский невропатолог М.Б. Цукер считала развитие РС в детском возрасте редким, а типичным явлением, утверждая, что инициальные, обычно нестойкие и полиморфные симптомы заболевания у детей просто редко квалифицируются. По результатам различных современных исследований, примерно у 2%–10% пациентов РС заболевание начинается в детском возрасте.

Согласно данным О.В. Быковой, средний возраст начала РС составил несколько больше 11 лет, самый ранний дебют РС наблюдался у мальчика в возрасте 3 лет.

Некоторые авторы, проведя статистические исследования, пришли к выводу, что сегодня ориентировочно 4–5% детей от числа взрослых с РС страдают этим заболеванием, следовательно, экстраполируя эти данные на 2 млн. взрослых пациентов с РС в мире, можно заключить, что на земном шаре около 120 000 детей болеют РС. Учитывая эти данные, можно с уверенностью сказать, что РС в детском возрасте встречается чаще, чем считалось ранее. Так, дети могут иметь только одну атаку, часто протекающую в виде моносимптома, у них РС может проходить под маской другого заболевания (ретробульбарного неврита зрительного нерва, диффузного энцефалита или рассеянного энцефаломиелита и др.) и давать типичную клиническую картину заболевания РС уже во взрослом возрасте.

Следует прислушаться к мнению некоторых ученых, утверждающих, что это заболевание зарождается в детстве, а проявляется в виде развернутой клинической картины уже во взрослом возрасте.

43. Есть ли особенности возникновения заболевания у детей?

В 1994 г. на основании проведенных клинических наблюдений F. Hanefeld предложил разделить РС у пациентов в возрасте до 16 лет на две категории: детский (с дебютом заболевания в возрасте до 10 лет) и ювенильный (с дебютом заболевания в возрасте от 10 до 15 лет). Такой подход дает возможность сделать более точный прогноз. Дело в том, что основные клинические проявления начала заболевания были общими для обеих возрастных групп и характеризовались

преимущественно оптическими невритами, глазодвигательными расстройствами и нарушением походки. Однако отдаленный прогноз заболевания оказался более благоприятным в группе больных с детским РС, в то время как у пациентов с ювенильным РС отмечали более тяжелое течение с частыми обострениями и более быстрым формированием неврологического дефицита. По данным О. В. Быковой, самыми частыми симптомами дебюта заболевания у детей были симптомы поражения ствола головного мозга (28,6% случаев) и оптические невриты (32,1% случаев).

Имеются различия в характеристике дебюта (начала) заболевания в зависимости от пола. У девочек преобладают симптомы нарушения чувствительности и оптического неврита, а течение РС отличается медленным прогрессированием и хорошей компенсацией имеющихся нарушений. У мальчиков преобладают симптомы поражения ствола мозга и часто уже в самом начале отмечается «бурное» прогрессирование с формированием стойких неврологических симптомов, с более высокой частотой двигательных нарушений.

В одном из исследований отмечено, что до 12 лет среди заболевших РС несколько больше мальчиков, а после 15 лет доля девочек резко возрастает. Ряд ученых отмечают отсутствие зависимости прогноза прогрессирования заболевания от возраста, а также от выраженности и особенностей клинических проявлений дебюта.

44. Как возникает РС у детей?

Напомним, что до сих пор этиология РС окончательно не установлена, и наиболее распространенной является мультифакториальная теория возникновения рассеянного склероза, объясняющая его сочетанием воздействующих на организм экзогенных (внешних) факторов и генетической предрасположенности. Имеет также значение переохлаждение, стрессовые ситуации.

Если говорить о причинах и механизме развития РС у детей, то многие авторы отмечают наличие предшествующей неспецифической вирусной инфекции у более чем 50% детей, заболевших РС. Эта вирусная инфекция запускает аутоиммунный процесс в организме. В запуске аутоиммунной реакции предположительно могут быть повинны вирус Эпштейна-Барр, цитомегаловирус, простой герпес. Не исключено участие в этом и стафилококков, стрептококков, грибов. Активно обсуждается возможное влияние на риск РС наличия хронического тонзиллита. Впрочем, среди ученых немало и тех, кто оспаривает эти данные. Вместе с тем показано отсутствие дальнейшего влияния на заболеваемость РС таких детских инфекций, как краснуха, корь, эпидемический паротит, ветряная оспа, скарлатина. Отмечается, что при раннем начале заболевания может иметь особое значение предрасположенность к РС, которая обусловлена в основном наследственными факторами. В семьях, где была подобная патология, частота заболеваемости несколько выше, чем в целом среди болеющих РС. Наследственные факторы предрасположенности к РС подтвердили и российские исследования, проведенные у пациентов с дебютом до 15 лет. Большинство исследователей говорят о преобладании девочек среди больных с ранним дебютом — чаще повторные случаи РС встречаются по женской линии по вертикали мать-дочь.

45. Каковы особенности клинических проявлений раннего РС?

Как и у взрослых, симптоматика РС очень разнообразна и зависит от локализации очагов демиелинизации. Иногда начало заболевания может походить на острую инфекцию: появляется высокая температура, головная боль, тошно-

та, рвота, боли в мышцах, спазмы или слабость в ногах, ухудшение зрения, могут быть судороги, угнетение сознания, гемипарезы. Такая острая форма чаще встречается у детей до 6 лет. Однако, как уже было отмечено, такое острое и тяжелое начало не всегда означает плохой прогноз. Но чаще всего ранний дебют проявляется в виде оптического неврита (внезапного ухудшения зрения) — у ребенка появляются «мурашки» перед глазами, снижается острота зрения, продолжающаяся порой более суток. Отмечается также болезненность при движении глазных яблок и головные боли. У детей с РС оптический неврит в отличие от взрослых протекает часто с двусторонним поражением, болевым синдромом, что говорит о более выраженных воспалительных изменениях. Возможно, развитие птоза (опущения верхнего века) и диплопии (двоения видимых предметов) в начале болезни, что заставляет врачей заподозрить миастению и только дальнейшее обследование с использованием МРТ головного мозга позволяет поставить правильный диагноз.

Вторым по частоте симптомом является нарушение двигательной активности и координации: ребенок вдруг начинает говорить, что устают ножки, падает мышечная сила. Появляются неприятные ощущения (нарушения чувствительности): мурашки, онемение, боль в конечностях, появляются координационные нарушения — шаткая походка (атаксия). Иногда становится невнятной речь — «каша во рту».

В ряде случаев начало заболевания проявляется картиной пареза мимической мускулатуры, обычно с одной стороны, который обычно быстро проходит с полным восстановлением функции этих мышц. В ряде случаев возможно поражение мимической мускулатуры с обеих сторон. Специалисты наблюдали случаи, когда первым симптомом РС у детей была картина невралгии тройничного нерва. В связи с развитием выраженного болевого синдрома проводилась неоднократная экстракция зубов, которая больным детям не приносила облегчения. Данные МРТ головного мозга свидетельствуют, что причиной развития невралгии при РС может быть формирование бляшки в головном мозге. Первыми симптомами РС у детей могут быть и головокружение, и нистагм, и диплопия со сходящимся косоглазием.

У значительного числа заболевших могут появляться нарушения функции тазовых органов: императивные позывы к мочеиспусканию, задержка или недержание мочи. Возможны также и такие симптомы, как хроническая усталость и нарушение познавательных функций мозга, что имеет огромное значение для учащихся.

Раньше при появлении нарушений зрения окулист ставил диагноз ретробульбарный неврит и назначал лечение. Казалось, что заболевание полностью отсутствовало, но через несколько месяцев или лет у ребенка повторялись нарушения зрения, при этом он вдруг начинал жаловаться на слабость в ногах, у него буквально подкашивались ножки. А это уже означало второе проявление РС. Сейчас в свете новых данных уже существует настоятельность врачей в отношении диагноза детского РС, и нередко ребенка посылают к невропатологу, который и назначает МРТ. Некоторые ученые отмечают, что развитие двустороннего неврита зрительного нерва является очень характерной особенностью РС в детском возрасте (50% случаев дебюта заболевания). К сожалению, симптомы РС не всегда специфичны, они многообразны и часто совпадают с проявлениями других неврологических заболеваний. Поэтому их приходится дифференцировать. Введение в широкую практику известных диагностических методов позволяет во многих случаях уточнить диагноз.

46. Каковы особенности течения РС у детей?

На ранних этапах заболевание протекает волнообразно. Обострение может длиться от суток до нескольких недель. С наступлением ремиссии неблагоприятные симптомы исчезают, но неврологический дефицит, хотя бы малейший, все же остается. Часто отмечают минимальные последствия после первого обострения РС, т.е. наступает полная первая ремиссия, поэтому диагноз в большинстве случаев ставится ретроспективно, когда возникает обострение с развернутой картиной многоочагового поражения нервной системы.

В литературе немало сообщений о том, что иногда ремиссия длится после дебюта годами, и проявления болезни появляются уже во взрослом возрасте. Существовало мнение, что раннее начало болезни говорит о более тяжелом течении и более раннем наступлении инвалидности. Исследования, проведенные рядом ученых, показали, что вероятность достижения стойкой инвалидизации и вторичного прогрессирования РС через определенный промежуток времени у пациентов с ранним дебютом была достоверно ниже, чем у взрослых пациентов. Авторы связывают это с высокой пластичностью ЦНС в детском возрасте. По их мнению, несмотря на высокую частоту обнаружения «гигантских» очагов, у детей идет более медленное формирование необратимых изменений («черных дыр», атрофии мозга и стойкого неврологического дефицита). В последнее время появляется все больше работ, описывающих особенности течения РС в детском и подростковом возрасте, что позволяет специалистам лучше ориентироваться в вопросах определения форм РС (церебральная, цереброспинальная, мозжечковая, глазная, спинномозговая, смешанная) и вариантов течения заболевания. В процессе установления достоверного диагноза ранний РС надо дифференцировать со многими неврологическими заболеваниями. Для этого пользуются общепризнанными диагностическими обследованиями — МРТ головного и спинного мозга, исследованием вызванных потенциалов, а также ликвора на предмет повышенного содержания IgG.

Ярд исследователей на основании анализа МРТ считает, что РС, начавшийся в детстве, более агрессивен и приводит к появлению большего количества очагов демиелинизации в головном мозге. По некоторым данным, частота обострений у пациентов с началом заболевания в детстве в 3 раза выше. В то же время при дебюте заболевания в детском возрасте, РС медленнее приводит к инвалидизации, которая, как считают эти ученые, наступает на 10 лет позже по сравнению с пациентами, заболевшими во взрослом состоянии.

Согласно данным О.В. Быковой, на начальных этапах заболевания все дети имели ремиттирующее течение заболевания, из них 8,9% достигли стадии вторичного прогрессирования уже через 3,5 лет от начала РС. Длительное наблюдение (14 лет) за большой группой детей (219 чел.) позволило сделать следующие выводы при последнем наблюдении: средний балл по шкале инвалидности составил около 2,35, стойкой инвалидности (3 баллов по шкале EDSS) достигли 15 пациентов (26,31%), среднее время достижения EDSS=3 от начала заболевания составило около 3,06 года. Среднегодовая частота обострений за время наблюдения составила примерно 1,55, среднее количество обострений при ремиттирующем течении заболевания — около 2,91. Средняя продолжительность первой ремиссии — примерно 0,9, а второй ремиссии — 0,8 лет.

Развитие стойкой инвалидности (достижение 3 баллов по шкале EDSS) было связано со степенью выраженности двигательных и координаторных нарушений в неврологическом статусе обследованных детей, то есть инвалидизация пациен-

тов формировалась, в основном, за счет нарушения двигательной и координаторной функции. Также развитие стойкой инвалидности было прямо связано с продолжительностью заболевания и количеством предшествующих обострений.

47. Как лечат РС у детей?

Как и в лечении взрослых, цель современной терапии РС у детей — снизить активность заболевания, замедляя тем самым темпы прогрессирования патологического процесса и сохраняя качество жизни пациента. Как известно, в настоящее время не существует радикальных методов излечения РС, но благодаря современным лекарственным средствам существует возможность модифицировать течение этого тяжелого заболевания. Разница в том, что имеющиеся мировые стандарты лечения РС у взрослых пока не распространяются на детей. На сегодняшний день большинство авторов, как и официальные российские документы (Протокол ведения больных «Рассеянный склероз») считают введение высоких доз метилпреднизолона оптимальным решением в купировании обострений РС у детей, а в случае возникновения побочных эффектов, связанных с высокими дозами кортикостероидов, в качестве альтернативы рассматривается плазмаферез.

К сожалению, вопрос адекватного лечения РС у детей до сегодняшнего дня не решен. Сообщения о применении бета интерферонов и копаксона у детей очень скудны, количество наблюдений небольшое, и они недостаточно систематизированы. В то же время доказана их высокая эффективность для иммуномодулирующего лечения РС у взрослых. Крайне важной и сложной проблемой являются правовые аспекты применения препаратов бета интерферона в педиатрической практике. Если раньше эти препараты можно было назначать только взрослым пациентам, то в настоящее время утвержденные инструкции по их медицинскому применению, хотя и указывают на недостаточность опыта применения у данной возрастной группы, все же допускают принципиальную возможность их применения. Так, бетаферон можно с осторожностью применять у пациентов в возрасте до 18 лет, препарат бета интерферона 1a (ребиф, авонекс) разрешен к применению с 16 лет. Следует отметить, что в странах Европы препараты бета интерферона в настоящее время официально одобрены к применению с возраста 12 лет. В России также одобрен препарат интерферон бета 1a 22 мкг подкожно 3 раза в неделю. Следует отметить, что при принятии специалистами решения о необходимости назначения ребенку с РС препаратов бета интерферона необходимо получить письменное информированное согласие родителей пациента.

Проведенные в ряде отечественных клиник исследования показали эффективность и безопасность применения этих препаратов для иммуномодулирующей терапии у детей и подростков с РС. Специалисты отмечают необходимость назначения бетаферона сразу же после первого эпизода демиелинизации с очагами на МРТ, поскольку именно такой подход обеспечивает наибольшую эффективность лечения. Длительная терапия обеспечивает выраженное снижение частоты обострений и отсутствие резкого роста инвалидизации, поэтому она должна проводиться настолько долго, насколько ее может переносить пациент.

Помимо препаратов интерферона, в лечении детей с РС также применяется человеческий иммуноглобулин для внутривенного применения. Этот препарат используют для превентивной терапии ремиттирующего РС, а также с целью снижения темпов прогрессирования РС в качестве альтернативы препаратам бета интерферона, а также в составе комплексной терапии затяжных обостре-

ний. Вместе с тем эффективность человеческих внутривенных иммуноглобулинов уступает таковой у препаратов бета интерферона, поэтому они могут рассматриваться только как средства второго ряда.

Сегодня большинство исследователей, делая акцент на методы иммуномодулирующего лечения у детей как изменяющие прогноз заболевания, признают, что тактика купирования обострений и симптоматического лечения остается не стандартизированной в отношении как препаратов выбора, так и их дозирования и продолжительности лечения. Мало внимания уделяется исследованию познавательных функций, школьной успеваемости, социальной адаптации детей с РС.

Клинический подход к лечению обострений РС у детей и подростков, как и у взрослых пациентов, должен быть избирательным. При нетяжелых обострениях, не связанных с образованием больших активных очагов на МРТ и не приводящих к выраженным проблемам в передвижении или утрате работоспособности, можно ограничиться метаболической и сосудистой терапией на фоне применения препаратов бета интерферона. Это ангиопротекторы, антиагреганты, ноотропы, антиоксиданты, о которых подробно рассказано в предшествующих главах.

При тяжелых обострениях проводится пульс-терапия глюкокортикоидами с последующим пероральным приемом преднизолона в небольших дозах или же без такового. Возможно назначение солу-медрола в необходимой дозировке.

При тяжелых и частых обострениях с невысокой эффективностью предшествующих курсов метилпреднизолона (ремиттирующе-прогрессирующее течение РС) показано назначение пульс-терапии дексаметазоном. Применение глюкокортикоидов целесообразно, когда обострение проявляется тяжелыми симптомами, что способствует быстрому купированию отека и воспаления, а также более полному регрессу симптомов. В комплексной терапии тяжелых обострений РС также используется плазмаферез (3–5 процедур, после каждой из которых назначается по 0,5–1 мг метилпреднизолона). Считается целесообразным подключать препарат мильгамма (жирорастворимый ремиелинизирующий витаминный комплекс).

При хроническом прогрессировании РС выбор средств терапии ограничивается препаратами бета интерферона и глатирамера ацетатом (последний в настоящее время официально применяют только у взрослых). Следует подчеркнуть, что при неуклонном прогрессировании РС у детей нецелесообразно применение иммуносупрессантов (цитостатиков и циклоспорина А), поскольку их эффективность при данном заболевании весьма умеренна, а токсичность — очень высока. После выхода из стадии обострения (то есть через 1–3 месяца) часто назначают препараты нейрометаболического действия и антиоксиданты (например, эссенциале в капсулах, семакс, актовегин в таблетках, липоевую кислоту, селен, янтарную кислоту, карнитин хлорид).

В настоящее время в связи с улучшением диагностики РС, принятием мер по упорядочению симптоматической терапии и применением иммуномодулирующей терапии тяжелых пациентов становится меньше. В большинстве своем дети с РС в состоянии ремиссии ничем не отличаются от сверстников, а ремиссия может длиться годами. Своевременно начатое лечение позволяет нередко избежать стойкой инвалидизации, что позволяет детям получить образование и хорошую профессию.

Так, О. В. Быкова считает, что применение иммуномодулирующих препаратов, изменяющих течение рассеянного склероза первой линии (интерферонов бета) у больных рассеянным склерозом педиатрического возраста, приводило к достоверному снижению их инвалидизации (количество баллов по шкале EDSS на момент последнего наблюдения). Более значимая терапевтическая эффективность

отмечена у пациентов с более выраженным исходным уровнем EDSS, но не выше 3 баллов для низкодозных интерферонов бета. Спектр нежелательных явлений на фоне курса иммуномодулирующих препаратов, изменяющих течение рассеянного склероза (как интерферонов бета, так и внутривенных иммуноглобулинов G) при назначении педиатрическим пациентам с рассеянным склерозом не отличается от такового у взрослых пациентов. Имеются различия по частоте возникновения местных реакций, которые в старшей возрастной подгруппе встречались в 2 раза чаще, чем у больных с началом терапии до 16 лет, что может быть связано с родительским контролем за введением препарата в младшей группе. Системные нежелательные явления препаратов, изменяющих течение рассеянного склероза, при динамическом наблюдении педиатрических пациентов значительно регрессируют во времени (для внутримышечного интерферона бета 1а на 70% за 3 месяца).

В заключение хотелось бы подчеркнуть, что РС у детей и подростков до сих пор остается особой и очень сложной проблемой для системы здравоохранения, и ведение таких пациентов требует от врача самых современных знаний об аспектах течения этого заболевания в данном возрастном периоде и особенностях его терапии. Так, детские неврологи зачастую знают недостаточно о специфике данного заболевания и все еще не имеют правовых оснований для проведения пациентам в возрасте до 18 лет высокоэффективной иммуномодулирующей терапии, позволяющей изменить течение рассеянного склероза.

В свою очередь, неврологи, занимающиеся ведением взрослых больных, хуже ориентируются в спектре характерных для детского возраста патологических состояний, которые требуют проведения дифференциальной диагностики с РС, и в особенностях терапии этого заболевания у детей. Большое значение имеет создание специализированных центров, занимающихся детьми и подростками, страдающими этим заболеванием. Есть надежда, что в ближайшем будущем многие организационные вопросы будут решены, а обнадеживающие предварительные данные о высокой эффективности своевременно начатой терапии РС с дебютом в детском и подростковом возрасте позволят помочь детям и подросткам улучшить качество жизни и вернуть им социальную активность.

Информация о новых методах лечения и научных исследованиях

Нет числа сенсационным заявлениям ученых. В прессе сообщается о многочисленных исследованиях в поисках препаратов против РС. Большинство из них находятся на экспериментальной стадии. Часто ключевым словом стоит «препарат» и имеются многообещающие заключения. Вероятно, есть надежда, что ученые наконец выйдут на завершающую стадию клинических испытаний и вскоре появятся средства новых поколений, которые дадут надежду на прорыв в лечении заболевания.

48. Можно ли по анализу крови предсказать течение РС?

Английские исследователи оценивали уровень различных антител к вирусу Эпштейна-Барр в сыворотке крови пациентов с РС, который, в принципе, широко распространен в человеческой популяции. Оказалось, что уровень одного из типов антител к вирусу напрямую связан с активностью заболевания, что можно

использовать для определения вероятности развития заболевания после появления первых симптомов (так называемый «клинически изолированный синдром», вызывающий подозрение о развитии рассеянного склероза), а также для прогноза прогрессирования инвалидизации.

Данное сообщение появилось в 2009 году, впоследствии эта информация повторилась, но пока нет данных о новых результатах исследований.

49. Белок галанин лечит РС?

Английские исследователи обещают в течение ближайших 10 лет разработать лекарство, которое сможет принести огромную пользу пациентам с РС. Свои разработки они связывают с белком (точнее, пептидом) галанин, который, по их данным, способен препятствовать развитию болезни. Нам пока остается ждать, когда будет завершен весь длинный цикл исследований.

50. Что ждет нас нового в лечении рассеянного склероза?

Какие исследования проводятся в мире по созданию новых препаратов, в том числе в виде таблеток?

Препаратами первого ряда для лечения ремиттирующего рассеянного склероза (РС) по-прежнему остаются интерфероны бета и глатирамера ацетат. В настоящее время продолжается изучение и уточнение механизмов их действия, отработка дозировки, причины отмена или перехода на другой препарат. Учитывая различные механизмы действия препаратов первого ряда, предпринимаются попытки их совместного использования. Основными причинами перехода на другой препарат являются необходимость постоянных инъекций и плохая переносимость.

Предпринимаются попытки прогнозирования будущей эффективности назначаемого препарата первого ряда. Показано, что если у пациента, получающего интерферон бета, в течение первого года терапии нет обострений и на МРТ обнаруживается менее 5 новых очагов, болезнь имеет низкий риск прогрессирования в ближайшие 3 года. Если же за это время пациент переносит хотя бы одно обострение и у него определяются 5 или более новых очагов или развиваются два и более обострений, риск прогрессирования РС в ближайшее время высок.

Проведено исследование возможности совместного применения препарата моноклональных антител — ритуксимаба и цитостатика митоксантрона. Было высказано предположение, что их совместное применение может производить положительный эффект. Последующее годовое наблюдение показало, что у пациентов не было обострений и улучшились показатели крови.

Ритуксимаб. Препарат является моноклональным антителом. Применяется для лечения ревматоидного артрита, некоторых видов лейкоза, с целью иммуносупрессии после трансплантации почек. Во II фазе исследования 104 пациента с ремиттирующим РС получали две различные дозы препарата или плацебо в виде внутривенных инфузий. Отмечалось снижение частоты обострений на 51% и активности очагов на МРТ на 91% по сравнению с плацебо. Однако в связи с высоким риском развития побочных эффектов (в том числе прогрессирующей мультифокальной лейкоэнцефалопатии) и разработкой новых, более эффективных и безопасных препаратов моноклональных антител к CD20+ рецепторам, исследования ритуксимаба при ремиттирующем рассеянном склерозе не получили продолжения. Обсуждается вопрос о проведении исследования эффективности препарата при первично-прогрессирующем РС у пациентов молодого возраста с высокой МРТ активностью заболевания.

В последнее время появилось много сообщений о создании таблетированных форм медикаментов против РС. Это соответствует действительности?

Действительно, введение медикаментов подкожно, внутримышечно или в вену имеет целый ряд недостатков, что сопряжено со значительными неудобствами для пациентов, а также приводит к еще большему ограничению подвижности и развитию депрессии. Значительно удобнее принимать лекарства в таблетках. Ведущие фармакологические фирмы заинтересованы найти такие средства, которые сделали бы скачок в лечении неврологических заболеваний.

Проведено исследование терапевтических свойств **азатиоприна**. Выявлено, что при РС он эффективен так же, как и интерфероны бета. При его применении более выражена лимфопения, и многие пациенты прекращают его прием вследствие нежелательных явлений. Однако, учитывая пероральное применение и небольшую стоимость препарата, его также можно использовать.

На сегодняшний день разработано несколько новых пероральных (таблеток или капсул) лекарственных препаратов. Они различны по механизмам действия, клинической эффективности и побочным эффектам. Ряд из ниже приведенных препаратов уже утверждены и зарегистрированы для лечения пациентов с РС.

Финголимод (гиления), разрабатываемый фирмой Новартис, — пероральный синтетический модулятор рецепторов сфингозин-1-фосфата. Его терапевтический эффект обусловлен предотвращением миграции эффекторных аутоагрессивных лимфоцитов из лимфатической ткани в чувствительные органы-мишени, в том числе ЦНС.

В настоящее время показаниями для его применения являются неэффективность или непереносимость препаратов первого ряда или «агрессивное» течение РС с частыми и тяжелыми обострениями.

В основном исследовании II фазы показано снижение частоты обострений РС более чем на 50% по сравнению с плацебо за полугодовой период лечения, снижение количества активных очагов демиелинизации, по данным МРТ, на 80%. Анализ, проведенный еще через 6 месяцев, показал, что низкая активность РС сохранялась в течение года. Результаты открытой фазы исследования свидетельствуют, что через 3 года применения финголимода около 70% пациентов не имели обострений заболевания, почти у 90% пациентов на МРТ не отмечались очаги, накапливающие контраст.

Результаты двух крупных исследований (1292 и 1272 человек) III фазы продемонстрировали эффективность препарата для лечения пациентов с РС. В одном из них (годовое наблюдение) выявлено снижение частоты обострений (доза 0,5 мг) на 52%, а в дозе 1,25 — на 38% по сравнению с авонексом. В другом (двухлетнее наблюдение) доказано 52% снижение частоты обострений на дозе 0,5 мг и 60% на дозе 1,25 мг финголимода по сравнению с плацебо. Кроме того, обе дозы препарата продемонстрировали значимое снижение риска нарастания инвалидизации по сравнению с плацебо.

По данным повторных МРТ, финголимод уменьшал вероятность образования активных очагов, а также замедлял уменьшение объема мозга (атрофию) у больных рассеянным склерозом.

Основным побочным эффектом является повышение частоты инфекционных заболеваний, связанное с угнетением иммунной системы.

Исследование, проведенное в Германии, показало, что пациенты более удовлетворены применением перорального финголимода, чем инъекционных препаратов первого ряда. Длительное применение финголимода эффективно. В ходе лечения требуется контроль общего анализа крови, показателей печени. Требу-

ется периодический осмотр окулистом из-за возможного развития отека макулы, а также осмотр дерматолога

Учитывая высокую эффективность и безопасность гилени, многими фармацевтическими компаниями разрабатываются лекарственные средства из этой же группы, обладающие более высокой селективностью, чем финголимод. В настоящее время проводятся несколько клинических исследований III фазы, в которых эффективность данных препаратов сравнивается как с плацебо, так и с инъекционными и таблетированными средствами, разрешенными к применению при РС

Лаквинимод — второй препарат, допущенный к применению в России. Он разрабатывается фирмами Тева и Актив Байотек и является пероральным иммуномодулятором. Препарат воздействует на ключевые процессы в иммунной системе, а кроме того, оказывает активное воздействие непосредственно в ЦНС. В широких исследованиях он показал эффективность близкую к зарегистрированным препаратам (бета интерфероны, копаксон), добиваясь снижения частоты обострений и уменьшения количества активных очагов на МРТ. В настоящее время проходят 2 клинических исследования III фазы. Эффективность и безопасность лаквинимода сравнивается с плацебо и с интерфероном бета 1а, вводимым 1 раз в неделю внутримышечно (авонекс). Надо отметить, что эффективность в отношении частоты обострений несколько ниже, чем существующих инъекционных препаратов.

Терифлуноид (аубаджио). Известно, что при РС активированные клетки иммунной системы быстро делятся и проникают через гематоэнцефалический барьер в ткань мозга, где атакуют нервные клетки. Аубаджио предотвращает деление активированных клеток путем блокирования ключевого фермента, отвечающего за пролиферацию, уменьшая тем самым количество активированных лимфоцитов, способных атаковать клетки ЦНС. Было показано значимое замедление мозговой атрофии у больных, принимающих препарат.

Аубаджио не оказывает влияния на нормально функционирующие клетки иммунной системы, поэтому не нарушает работу защитной иммунной системы, он имеет удобную схему приема — 1 таблетка 1 раз в день независимо от приема пищи.

В одном из исследований использовался препарат в двух различных дозировках: 7 мг или 14 мг. Выяснилось, что в группе, получавшей препарат в низкой дозировке, произошло снижение среднегодового числа рецидивов на 31%, у пациентов, принимавших более высокую дозу, на 32%.

В другом исследовании показатели эффективности такие: снижение на 30% риска нарастания инвалидизации, 67% снижение объема T2 поражений и 80% снижение количества очагов, накапливающих контраст.

Еще в одном исследовании доказано, что препарат снижает частоту и тяжесть обострений на 57%, через 2 года лечения 80% пациентов не имели прогрессирования заболевания.

Указывается необходимость контроля активности печеночных ферментов до начала лечения, затем каждые 2 недели в течение первых 6 месяцев лечения и каждые 8 недель в последующем. Женщинам детородного возраста в период лечения необходимо использовать эффективные средства контрацепции. В случае наступления беременности и желания пациентки ее сохранить, необходимо провести процедуру ускоренного выведения препарата из организма.

Текфидера (диметилфумарат). В качестве пероральной терапии первой линии для лечения пациентов, страдающих рецидивным РС, предложен еще один препарат, одобренный Европейской комиссией. Он прошел все фазы клинических испытаний, после которых наблюдение за пациентами велось на протяже-

нии шести с половиной лет. Согласно характеристике лекарственного препарата, пациенты получали начальную дозу 120 мг 2 раза в день перорально. После семи дней рекомендованная доза увеличивается до 240 мг дважды в день. Препарат не следует принимать беременным или женщинам детородного возраста, которые не используют контрацепцию.

Отмечается, что препарат текфидера смог уменьшить активность заболевания, включая рецидивы и развитие поражений головного мозга, а также уменьшить прогрессирование нетрудоспособности, сохранив при этом положительный профиль безопасности и эффективности. Исследование МРТ пациентов, получающих текфидеру, показало впечатляющие результаты: сокращение на 60%–80% количества очагов поражения и их площади по сравнению с пациентами, получавшими плацебо.

Основные побочные эффекты препарата включают в себя ощущение жара и гиперемия кожи, а также боли в животе. Частота и выраженность симптомов снижается до минимума при продолжении терапии препаратом в течение 1–2 месяцев с начала лечения.

Еще один новый, зарегистрированный препарат для лечения ремиттирующего РС с частыми обострениями с очень удобной схемой применения и высокой эффективностью — **алемтузумаб (лемтрада)**. Препарат относится к группе моноклональных антител. Он вводился внутривенно в дозе 12 мг/день в течение 5 дней и еще в течение 3 дней через 1 год. Показано снижение частоты обострений на 49% и снижение подтвержденного прогрессирования на 42% по сравнению с периодом лечения ребифом. После такого двукратного 1 раз в год введения препарата в течение 5 последующих лет на 60% снижается риск развития обострений. Он не лишен серьезных побочных эффектов, например, увеличивает риск развития аутоиммунных заболеваний щитовидной железы и идиопатической тромбоцитопенической пурпуры.

Исследователи во всем мире проводят широкомасштабные исследования ряда препаратов. Пока они не допущены к активной практике, но результаты работы ученых позволяют надеяться, что скоро появятся активные средства борьбы с РС. В ряде исследований активно участвуют и российские центры.

Представлены данные по некоторым исследуемым препаратам в сравнении с показателями, полученные у членом контрольной группы, принимавших плацебо или другое известное средство.

RHB-104. Израильская фирма РедХилл Биофарма проводит исследование нового препарата для лечения пациентов с рецидивирующе-ремиттирующим рассеянным склерозом. Это средство обладает потенциалом стать передовым комбинированным антибиотиком, выпускаемым в виде капсул для перорального применения, с мощными антимикобактериальными и противовоспалительными свойствами, а также действием против внутриклеточных микроорганизмов. Целью испытания является оценка эффективности и безопасности применения препарата RHB-104 в качестве средства дополнительной терапии при использовании интерферона бета 1а. Первые результаты позволяют надеяться, что препарат сможет уравновесить разбалансированную иммунную систему, состояние которой играет ключевую роль в патогенезе рассеянного склероза.

Понесимод. Это селективный модулятор сфингозин-1-фосфатных рецепторов, способный оказывать воздействие на различные этапы патогенеза РС. Он применялся в дозах 10, 20 и 40 мг и продемонстрировал значительное влияние на активность РС, определяемую с помощью МРТ-параметров. Препарат обычно хорошо переносился в дозах 10 мг и 20 мг. Нежелательные явления чаще воз-

никали при приеме дозы 40 мг и были представлены эпизодами одышки, кашля, периферическими отеками, головокружением. Дальнейшее наблюдение за пациентами даст более подробную характеристику его свойств.

Сипонимод (BAF312). Он относится к следующему поколению селективных модуляторов сфингозин-1-фосфатных рецепторов. Пока осуществлена II фаза исследований. Изучение препарата, назначаемого в различных дозах, показало, что максимально быстрый эффект отмечен через 2 месяца на больших дозах препарата в виде значительного снижения числа контрастируемых очагов. Имеющиеся данные позволяют полагать, что сипонимод усиливает ремиелинизацию и снижает потерю нейронов в ЦНС

Олесоксим. Проверяется возможность применения препарата, который, как полагают, может оказывать нейропротективное действие при РС.

Симвастатин. Известно, что статины оказывают противовоспалительный и нейропротективный эффекты, способствуют ремиелинизации. Группе больных с активным ВПРС с обострениями (140 человек) назначали по 40 мг симвастатина в день в течение одного месяца, а затем они продолжали его прием в дозе 80 мг. Было отмечено снижение балла инвалидизации по шкале EDSS. Влияния препарата на частоту обострений и на активность процесса по данным МРТ отмечено не было. На этом основании сделан вывод о том, что данный препарат оказывает лишь нейропротективный эффект.

Даклизумаб. Это гуманизованное моноклональное антитело, к CD25 антигенам (альфа-цепь рецептора интерлейкина 2 — ИЛ2). ИЛ2 секретируется активированными лимфоцитами и стимулирует секрецию других провоспалительных цитокинов, а также пролиферацию лимфоцитов. Даклизумаб применяется для предотвращения реакции отторжения трансплантата после пересадки почки.

Изучение механизмов действия препарата показало, что даклизумаб не вызывает разрушение клеток иммунной системы и не приводит к выраженному снижению иммунитета. Основной эффект даклизумаба при рассеянном склерозе связан с повышением продукции так называемых естественных киллеров (CD56 клетки), которые обладают мощным иммунорегулярным действием и подавляют пролиферацию аутоагрессивных CD4+ лимфоцитов. Кроме того, даклизумаб не препятствует миграции клеток иммунной системы в цереброспинальную жидкость, где они могут оказывать защитное действие и участвовать в восстановлении миелина. Своим иммунорегуляторным действием препарат выгодно отличается от других моноклональных антител, значимо подавляющих функции иммунной системы (натализумаб, ритуксимаб, алемтузумаб).

В исследовании 11 пациентов с РС, не отвечающих на терапию интерфероном бета, было показано уменьшение на 80% количества очагов на МРТ накапливающих контраст на основе гадолиния, частота обострений также снижалась. Пациенты получали 7 инфузий даклизумаба 1 мг/на кг массы тела в дополнение к бета интерферону.

В последующем исследовании участвовало 230 пациентов с активным РС. После 24 недель терапии у больных, которым вводили даклизумаб в дозе 2 мг/кг массы тела каждые 2 недели, отмечено уменьшение новых активных очагов на МРТ на 72% по сравнению с плацебо, в то же время частота обострений снижалась на 35%.

Затем для дальнейшего изучения препарата было приглашено 600 пациентов, которые в течение года получали терапию даклизумабом в дозе 150 или 300 мг подкожно 1 раз в 4 недели или плацебо. Оценивались частота обострений и МРТ активность заболевания. После года лечения частота обострений снизилась

в группе пациентов, получавших 150 мг препарата, на 54%, 300 мг — на 50% по сравнению с плацебо. Количество новых очагов, накапливающих контраст, снижалось в обеих группах даклизумаба (69% и 78%) так же, как и количество новых очагов на T2 взвешенных изображениях (на 70% и на 79%). В обеих группах, получавших активный препарат, отмечено значимое количество пациентов без обострений (55% и 51%), а также улучшение качества жизни, оцениваемое с помощью специальных опросников. Помимо этого замедлялось нарастание инвалидизации по шкале EDSS: на 57% по сравнению с плацебо в группе, получавшей 150 мг, и на 43% — 300 мг препарата.

Частота серьезных инфекций в группе даклизумаба составляла 4,6% по сравнению с 1,3% при приеме плацебо. Частота инфекций мочевыводящих путей была значимо выше в группе высокой дозы препарата (17% по сравнению с 13% в плацебо группе).

В настоящее время проводится III фаза исследования, в которой 1500 больных ремиттирующим рассеянным склерозом в исследовательских центрах 28 стран мира получают даклизумаб 150 мг подкожно 1 раз в 4 недели или авонекс (интерферон бета 1a 30 мкг 1 раз в неделю внутримышечно).

Окрелизумаб. Компания Рош объявила о том, что Управление контроля качества продуктов и лекарственных средств США (Food and Drug Administration, FDA) присвоило статус «прорыв в терапии» экспериментальному препарату окрелизумаб, предназначенному для лечения пациентов с первично-прогрессирующим рассеянным склерозом (ППРС). Окрелизумаб — экспериментальное гуманизованное моноклональное антитело, предназначенное для селективного воздействия на CD20-позитивные В-клетки. Данные клетки являются специфическим типом иммунных клеток, которые, предположительно, играют ключевую роль в поражении миелиновой оболочки.

Вателизумаб. Одним из перспективных средств для лечения РС может стать препарат, представляющий собой блокирующее моноклональное тело к молекуле адгезии- интегрину VAL2. Интегрины концентрируются на поверхности активированных лимфоцитов и помогают клеткам проникнуть в очаг воспаления, в том числе, в ЦНС. Блокирование данных молекул может способствовать подавлению воспаления и прекращению разрушения тканей при аутоиммунных заболеваниях, таких как РС.

Пока рано говорить о конечных результатах, но предполагается, что новый препарат покажет эффективность выше тизабри при отсутствии побочных эффектов, таких как ПМЛ (прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия).

ВНТ-3009. Делаются попытки использовать антиген-специфические плазмиды, кодирующие основной белок миелина. Они представляют собой молекулы кольцевой двунитевой ДНК, которая переносит гены, не являющиеся доминирующими для роста и жизнедеятельности клеток. Основной механизм действия препарата — репрограммирование иммунной системы, выработка иммунологической толерантности иммуноцитов к антигенам ЦНС.

В 48-недельном исследовании II фазы 289 пациентам с ремиттирующим рассеянным склерозом внутримышечно 1 раз/4 недели вводилось 0,5 мг, 1,5 мг препарата или плацебо. Выявлено снижение количества новых очагов на МРТ на 50–60%, а также 50% снижение объема очагов демиелинизации по сравнению с группой плацебо. Продолжается изучение свойств препарата.

Pleneva (BGC20-0134). Еще один пероральный препарат, представляющий собой структурированную липидную молекулу. Основным механизмом действия Pleneva у пациентов с РС является восстановление баланса между провоспалительными и противовоспалительными цитокинами в периферической крови.

В одном исследовании экспериментального прототипа Pleneva у пациентов с ремиттирующим РС был показан значимый положительный эффект, включающий снижение частоты обострений и балла по расширенной шкале инвалидизации (EDSS). Кроме того, отмечалось уменьшение хронических болевых синдромов и когнитивных нарушений. На животных моделях рассеянного склероза Pleneva продемонстрировала более чем в 3 раза выраженный эффект по сравнению с молекулой-прототипом. В I фазе клинического исследования применения больших доз Pleneva у здоровых волонтеров была показана безопасность приема больших доз препарата. Предстоит еще длительный процесс до получения окончательных результатов.

ACT-128800/ RG3477. Это селективный агонист сфингозин-1-фосфат (S1P1) рецептора, фосфолипид, выделяемый тромбоцитами, мастоцитами и другими клетками. При РС действие препарата обусловлено угнетением выхода эффекторных аутоагрессивных лимфоцитов из лимфатической ткани в периферическую кровь, что предотвращает повреждение ЦНС иммунной системой.

Препарат первого поколения агонистов сфингозин-1-фосфат рецепторов (финголимод) продемонстрировал очень высокую эффективность при лечении пациентов с ремиттирующим рассеянным склерозом и в настоящее время проходит процедуру регистрации в США. Основной проблемой применения финголимода является повышенный риск инфекционных заболеваний, связанных с угнетением иммунитета.

По мнению разработчиков ACT-128800/ RG3477, препарат за счет своей селективности будет обладать значительно меньшим количеством нежелательных явлений при сохранении высокой эффективности. В настоящее время проводятся исследования, которые должны определить наиболее эффективную и безопасную дозу препарата для лечения больных рассеянным склерозом.

RPC1063. Это один из представителей селективных блокаторов сфингозиновых рецепторов. Началась III фаза клинического исследования нового препарата. Известно, что данный класс медикаментов является одним из наиболее перспективных и быстроразвивающихся направлений в лечении рассеянного склероза и других аутоиммунных заболеваний. Первым препаратом из группы блокаторов сфингозиновых рецепторов является гилениа (финголимод), который был разрешен к применению в сентябре 2010 года. С этого момента препарат получали более 100 тысяч пациентов во всем мире.

Высокая эффективность, удобство применения и достаточная безопасность заставили многие фармфирмы разрабатывать препараты с подобным механизмом действия. В настоящее время в рамках клинических исследований находятся около 10 новых селективных блокаторов сфингозиновых рецепторов, обладающих еще более высокой эффективностью и безопасностью.

Антиген-специфическая иммуномодуляция препаратом ATX-MS-1467

Основной целью патогенетической терапии РС являются аутореактивные клетки иммунной системы, агрессивные по отношению к основному белку миелина. Современные высокоэффективные препараты (гилениа, текфидера, лемтрада и др.) подавляют активность иммунного воспаления за счет системной иммуносупрессии, что может приводить к развитию тяжелых побочных эффектов, связанных с угнетением иммунитета. Единственным зарегистрированным на сегодняшний момент антиген-специфическим препаратом является глатирамера ацетат (копаксон). Применение копаксона приводит к выработке толерантности иммунной системы по отношению к ЦНС, однако данная терапия лимитирована неудобным для пациентов режимом введения (ежедневные инъекции), разви-

тием местных косметических дефектов (подкожные уплотнения, липоатрофии) и недостаточной эффективностью (снижение частоты обострений на 30–40%).

Разработка новых антиген-специфических иммуномодуляторов с комфортным путем введения и высокой эффективностью позволит достигнуть нового уровня в лечении рассеянного склероза.

Новый препарат состоит из четырех синтетических пептидов, сходных по строению с основным белком миелина (ОБМ) — ключевым аутоантигеном при рассеянном склерозе. Механизм действия препарата сходен с копаксоном, однако кумулятивная доза выше по сравнению с последним в 70 раз. В клиническом исследовании I фазы он вводился пациентам 1 раз в 2 недели и не приводил к развитию местных и генерализованных побочных эффектов. За 16 недель применения препарат приводил к 78% снижению активности процесса по данным МРТ. Улучшение МРТ-показателей сохранялось до одного года (длительность исследования). Основываясь на полученных положительных результатах, начата II фаза клинического исследования.

GNbAC1. Препарат представляет собой моноклональное антитело к вирусному протеину MSRV (белок, экспрессирующийся так называемым «ретровирусом, ассоциированным с рассеянным склерозом»), который играет важную роль в развитии воспаления и повреждения миелина в ЦНС. Ранее на животных моделях было показано, что GNbAC1 стимулирует ремиелинизацию и может приводить к значительному улучшению состояния подопытных животных.

Успешно завершена II фаза клинического исследования у 10 пациентов с РС, у 9 из которых был диагностирован прогрессирующий тип течения (первично или вторично-прогрессирующий РС). Они получали препарат на протяжении года. Наряду с хорошей переносимостью, была отмечена стабилизация состояния, не нарастала тяжесть инвалидизации, не было ухудшений по данным МРТ.

Статины. Сообщение о том, что эта группа медикаментов замедляет развитие атрофии головного мозга при РС, дает определенные надежды. Статины — ингибиторы 3-гидрокси-3-метилглутарил коэнзим А редуктазы, широко используются для лечения гиперхолестеринемии. В последние годы доказано, что они могут оказывать иммуномодулирующее и противовоспалительное действие, которое не связано со снижением уровня холестерина крови. В исследованиях на клеточных культурах и на животных моделях РС было продемонстрировано нейропротективное действие статинов, механизм которого до конца не ясен, но в основном связан с регулированием экспрессии генов апоптоза (запрограммированной клеточной гибели) в олигодендроцитах (клетках, продуцирующих миелин).

Первые исследования показали, что добавление статинов к терапии интерферонами бета усиливают действие последних и уменьшают частоту обострений у больных рассеянным склерозом. Кроме того, назначение статинов пациентам с первым эпизодом демиелинизации (так называемый клинически изолированный синдром) может отсрочить развитие достоверного РС (второго эпизода заболевания).

В одном исследовании 140 пациентам с вторично-прогрессирующим РС назначались высокие дозы симвастатина или плацебо и сравнивалась скорость уменьшения объема вещества мозга в обеих группах. Оказалось, что в группе пациентов, получавших симвастатин, годовая атрофия замедлялась на 43%. Это очень положительные данные, так как замедление потери объема мозгового вещества может оказать значительное положительное воздействие на состояние пациентов и замедлить нарастание нетрудоспособности. Терапия статинами хорошо переносится, не было выявлено различий в частоте развития нежелательных явлений в обеих группах пациентов.

Понятно, что для разработки конкретных лечебных рекомендаций необходимы более обширные исследования, но уже сейчас можно говорить о целесообразности назначения препаратов данной группы пациентам с РС, у которых выявляется высокий уровень холестерина крови.

В настоящее время все зарегистрированные для лечения РС препараты в той или иной степени воздействуют на иммунную систему, не устраняя первопричину заболевания. Разработка методик, направленных непосредственно на защиту и восстановление центральной нервной системы, может значительно улучшить качество лечения и прогноз заболевания, особенно у пациентов с прогрессирующими формами течения РС.

Мир еще не знал такого широкомасштабного наступления на РС. Во многих странах одновременно идет исследование свойств разноплановых препаратов. Не все они в конечном итоге будут рекомендованы к широкому применению, но основная часть будет обладать качествами, способными сделать прорыв в терапии РС. И это обнадеживает!

51. Новый тип лекарств для лечения аутоиммунных заболеваний?

Вероятно, можно надеяться на такое в ближайшем будущем, о чем рассказал один из ведущих авторов описываемой работы Сергей Недоспасов. Ученые из России, Германии и Великобритании разработали прототип принципиально нового лекарства для лечения аутоиммунных заболеваний. Ключевую роль в работе сыграли исследователи из МГУ им. М. В. Ломоносова.

В основе аутоиммунных заболеваний лежат нарушения работы иммунной системы организма, которая начинает атаковать не вторгшиеся извне вредоносные микроорганизмы, а собственные клетки и ткани тела. Такие болезни могут иметь крайне тяжелые последствия и с огромным трудом поддаются лечению.

Одним из ключевых факторов при этом является TNF (tumor necrosis factor, т.е. «фактор некроза опухолей», по-русски ФНО) — белок из группы цитокинов, производимый клетками иммунной системы — макрофагами, лимфоцитами, нейтрофилами и другими. Как видно из его названия, в норме он помогает организму разрушать раковые опухоли, а также выполняет ряд других полезных функций (например, защищает организм от туберкулеза). Однако TNF может становиться и «плохим», и тогда он как раз запускает процесс развития аутоиммунных заболеваний. Современные методы их лечения основаны как раз на подавлении синтеза «плохого» варианта этого белка, однако это требует сложных и дорогих препаратов.

Иммунологи из МГУ совместно с коллегами нашли новый эффективный способ подавлять развитие «плохого» TNF, не влияя при этом на выработку «хорошего». В основе разработанного ими метода лежит использование синтетических антител.

Новый тип биспецифических антител был назван MYSTI (Myeloid-Specific TNF Inhibitor, миелоидно-специфический ингибитор TNF), при их создании использовались «модули» антител из верблюда и ламы. Эксперименты на лабораторных мышах дали хорошие результаты: в них MYSTI защищал мышей от летальной токсичности TNF, а контрольное антитело — нет.

Есть надежда, что будет создана новая группа препаратов для лечения РС и других аутоиммунных заболеваний: системная красная волчанка, ревматоидный артрит, болезнь Крона (хроническое воспаление желудочно-кишечного тракта) и псориаз.

52. Клетки иммунной системы могут повреждать серое вещество головного мозга при РС?

В настоящее время доказано, что повреждение серого вещества головного мозга при рассеянном склерозе может играть важную роль в развитии симптомов поражения нервной системы при этом заболевании. В то же время неясно, повреждается ли оно вторично вслед за демиелинизацией или существуют непосредственные механизмы поражения нейронов. Учеными Института клинической нейробиологии, г. Мюнхен, обнаружен белок Контактин-2, продуцирующийся как в миелиновой оболочке (белое вещество), так и в нейронах (серое вещество головного мозга). На животной модели показано, что данный белок может служить мишенью для аутоагрессивных лимфоцитов при рассеянном склерозе, что может приводить к непосредственному повреждению серого вещества головного и спинного мозга уже на самых ранних этапах заболевания.

Дальнейшие исследования покажут возможности практического применения данного открытия.

53. Когда можно будет определить вероятность развития РС у пациентов с «клинически изолированным синдромом»?

Американские ученые сообщили, что им удалось идентифицировать группы генов, которые определяют вероятность развития рассеянного склероза у пациентов с «клинически изолированным синдромом» (КИС). На сегодняшний день пока нет такой возможности. Известно, что всего 10% пациентов избавляются от КИС без последствий. В ближайшем будущем ученым предстоит разработать конкретную практическую методику изучения генетической предрасположенности к развитию РС при данном синдроме.

Как считает проф. В. И. Головкин, для прогнозирования РС после КИС в настоящее время обязательно используются иммуногенетические анализы крови. Это так называемое фенотипирование по двум классам гистосовместимости. При выявлении гаплотипа HLA A3-B7 и HLA Dr2-Dr3 диагноз РС весьма вероятен. Современные техники этого исследования позволяют говорить о РС при выявлении аллеля DRb1, а без этого диагноз РС вообще не выставляется.

54. Спасает ли солнце от рассеянного склероза?

Известно, что РС больше распространен в высоких широтах, где уровень ультрафиолетовой радиации ниже. Жители этих стран меньше находятся на солнце, что влияет на химические процессы в организме, ответственные за выработку витамина D. Американские ученые доказали, что люди, которые в детстве часто бывают на солнце, меньше рискуют заболеть РС, т.к. ультрафиолетовые лучи защищают организм, повышая уровень витамина D, что приводит к изменениям в иммунной реакции клеток. Предыдущие исследования показали, что принимающие витамин D женщины на 40% реже страдают РС. Исследователи изучили 79 пар близнецов с генетической предрасположенностью к РС, при этом в каждой паре один из близнецов страдал этим заболеванием. Как оказалось, те участники эксперимента, которые болеют РС, в детстве проводили на солнце значительно меньше времени. Выяснилось также, что у близнецов, которые провели больше часов на открытом воздухе, риск заболевания уменьшался до 57%. Исследования продолжаются. Напомним, что пациентам с РС, напротив, длительное пребывание на солнце противопоказано.

55. Можно ли лечить РС марихуаной?

В последнее время в прессе активно дискутируется вопрос о возможности использования известного наркотика для снятия спастичности мышц и облегчения некоторых других симптомов РС. Однако клинических исследований, доказывающих преимущество этого метода перед другими, пока нет. В то же время мы достаточно хорошо знаем проблемы, связанные с употреблением наркотиков. Это могут быть и нарушения мозгового кровообращения и риск сердечных приступов или потери памяти.

Следует отметить, что обычно используют не наркотик в чистом виде, а некоторые из его компонентов (каннабис). В западной литературе есть сообщения о его пользе в комплексе терапии РС (дронабинол в каплях). Его применяли с целью воздействия на специфические рецепторы в мозге и иммунной системе. Считается, что он эффективен при спастических нарушениях, хронических болях, двигательных нарушениях. Широкие исследования последних лет показали, что выраженного воздействия на спастичность не выявлено. Было отмечено некоторое снижение уровня боли.

В Германии в качестве антиспастического средства для лечения выраженной спастичности разрешен каннабиноидный спрей. С 2011 г. в 22 центрах проводится исследование с участием 335 пациентов. По предварительным результатам, применение этого спрея улучшает ходьбу и нормализует сон. Решение этого вопроса, вероятно, зависит от многих факторов.

56. Что можно еще добавить к проблеме РС?

56.1 Какие производятся механизмы в помощь больным?

Многие пациенты с диагнозом рассеянный склероз сталкиваются с проблемой нарушения двигательной функции. Поэтому любое сообщение об изобретении новых аппаратов для пациентов с патологией нервной системы вызывает интерес. Израильскими учеными предложен ряд приборов, помогающих вернуться к нормальной жизни пациентам с РС, церебральным параличом, последствиями мозгового инсульта и травм головы. Эти аппараты выпускаются в двух разновидностях: одна надевается на ногу и помогает в ходьбе, а вторая — надевается на руку и помогает двигать рукой. Обе системы компактны и располагаются под одеждой. Пациенты могут надевать прибор без посторонней помощи. Исследование показало значительное улучшение качества жизни больных, использующих приборы фирмы «Несс». Это изобретение призвано помогать пациентам с параличами, однако этот аппарат не предназначен для людей, передвигающихся в инвалидной коляске.

Ученые постоянно создают новые аппараты, позволяющие пациентам лучше передвигаться. Они имеют различные названия: вертикализатор, немецкий стимулятор EM41, эллиптический тренажер, велотренажеры и т.д. Одним из таких аппаратов является «имитатор ходьбы». Он позволяет улучшить реабилитацию людей с нарушениями и травмами спинного и головного мозга. За счет так называемой «обратной связи» сигналы (импульсы) поступают от нижних конечностей к мозгу, что в свою очередь оказывает положительный эффект. Человек, использующий тренажер, полностью задействует все группы мышц, отвечающие за передвижение. Остается надеяться, что такие приспособления станут массовыми, а их цена позволит многим их приобрести.

56.2 Связано ли возникновение РС с почвенной бактерией?

В одном из исследований американских ученых сделана попытка увязать развитие рассеянного склероза с почвенной бактерией *Clostridium perfringens*, серо-

тип В которой выделяет токсин, способный преодолевать гематоэнцефалический барьер и вызывать поражения тканей головного и спинного мозга, характерные для этого заболевания. Данное предположение предстоит еще проверить в ходе масштабных исследований.

56.3 Можно ли выявить РС задолго до появления первых симптомов?

Мюнхенские ученые предполагают, что при определенном исследовании можно уже за несколько лет до появления симптомов предсказать развитие заболевания. Известно, что РС достаточно сложно диагностировать на ранних стадиях, так как при поражении небольшого количества нервных волокон их функции компенсируются здоровыми нервными волокнами, и лишь когда процент пораженных волокон приближается к 40–50%, появляются очаговые неврологические симптомы.

Исследование связано с выявлением в крови здоровых людей, заболевших впоследствии РС, антител к белку KIR4.1. Эти предварительные данные, полученные при обследовании небольшой группы людей, требуют глубокой разработки. Если удастся добиться стойких результатов, можно будет говорить о прогнозировании, а значит, и о возможной подготовке к заболеванию или его предотвращении.

56.3.1 Можно ли поставить диагноз на основании определения биомаркеров?

Сейчас пытаются ставить диагноз по анализу крови. Как обстоит дело с РС?

Учеными активно предпринимаются попытки ранней диагностики заболеваний с помощью биомаркеров. Одной из них является исследование группы израильских врачей.

Они взяли образцы крови у здоровых молодых военнослужащих израильской армии, средний возраст которых равнялся 19 годам, и вели за ними наблюдение в течение 9 лет. Некоторые из наблюдаемых заболели рассеянным склерозом в течение этого срока, их кровь сравнили с кровью 31 человека, переживающих первые клинические симптомы этого заболевания. Исследователи идентифицировали генетические маркеры, общие для тех, у кого наблюдались клинические симптомы начала заболевания. Профессор Ахирон считает, что «хотя количество людей с ранними маркерами может считаться малой группой, это не совсем так, поскольку в этом возрасте рассеянным склерозом заболевают лишь 30 человек из ста тысяч». Исследователи пришли к выводу, что «развитие заболевания, которое на данный момент является неизлечимым, можно предсказать незадолго до появления его симптомов. Это открытие позволяет принять превентивные меры против возникновения этого заболевания». Ученые продолжают свои исследования.

56.4 Поможет ли витамин D лечить РС?

Американские ученые пришли к выводу, что витамин D может подавлять перемещение иммунных клеток, разрушающих миелиновые оболочки нервных волокон, в спинной и головной мозг. Этим, судя по всему, и объясняется терапевтическая роль «солнечного витамина» при нейродегенеративных заболеваниях. Исследователи вызвали у мышей развитие рассеянного склероза и ввели им высокую дозу витамина D. Как оказалось, это помогло защитить организм мышей от проявления симптомов заболевания: анализы показали, что в кровотоке животных по-прежнему сохранялся высокий уровень Т-клеток, однако лишь немногие из них проникли в головной и спинной мозг. Высказывается предположение, что витамин D может играть положительную роль в лечении РС. Известно,

однако, что передозировка данного витамина грозит различными осложнениями, поэтому говорить об активной терапии пока рано.

Для дальнейшего изучения возможных противовоспалительных эффектов витамина D исследователи из Норвегии рассмотрели эффект от орального приема высоких доз витамина D (20 000 МЕ в неделю) на одиннадцати маркерах воспаления в крови у 63 человек с рецидивирующим РС. В то время как с помощью орального приема добавки с витамином D его уровень в крови был увеличен вдвое, это незначительно повлияло на воспаление по сравнению с лекарством. Эти результаты не подтверждают связи между увеличением в крови уровня витамина D и уменьшением воспаления при рецидивирующем РС, как предполагалось ранее другими исследованиями. Тем не менее, исследователи не могут исключить то, что прием витамина D3 может влиять на другие маркеры, не участвовавшие в этом изучении.

В мае 2016 г. один из авторов присутствовал на конференции при обсуждении роли витамина D в организме. Была подтверждена его важная роль в иммунологических процессах, в которых он выступает как иммуномодулятор. Изучен механизм действия витамина D, что позволяет считать его своеобразным гормоном. Немецкие ученые считают, что у многих людей отмечается его недостаток в организме. Поддерживать его уровень особенно важно пожилым людям, лицам, имеющим лишний вес, женщинам в менопаузе. Рекомендовано принимать ежедневно от 800 до 1000 IE. Заметим, что передозировка витамина имеет свои отрицательные стороны.

56.5 Действительно ли можно остановить развитие РС с помощью наночастиц?

Ученым из Северо-Западного университета США удалось прекратить развитие рецидивирующе-ремиттирующего РС у мышей, не подавляя активность всей иммунной системы, а «обманув» ее Т-клетки, атакующие миелиновые оболочки нервных волокон как чужеродный агент, путем введения в организм «замаскированных» под погибшие клетки наночастиц из биоразлагаемого материала с присоединенными к ним молекулами миелина. Получаемый в результате эффект авторы назвали «перезагрузкой иммунной системы» и полагают, что этот метод пригоден для терапии и других аутоиммунных и аллергических заболеваний. До проведения результативных клинических испытаний говорить о создании нового метода преждевременно.

56.6 Насколько эффективен мелатонин при лечении РС?

Мелатонин является основным гормоном эпифиза, регулятором суточных ритмов. Его используют для облегчения засыпания, с целью корректировки «внутренних часов» при длительных путешествиях или работе с ненормированными сменами. Кроме того, он обладает выраженным антиоксидантным и иммуномодулирующим действием.

В одном исследовании пациентам с РС назначали 5 мг мелатонина в течение 90 дней, что улучшало сон и снижало общий оксидантный статус в сыворотке крови больных. В другой работе отмечено положительное воздействие длительного приема препарата на течение первично-прогрессирующего РС. Пока рано делать серьезные выводы из-за отсутствия достаточно глубоких исследований.

56.7 Что даст применение Anti-LINGO-1?

Поскольку у пациентов с рассеянным склерозом миелиновые оболочки нервных волокон подвергаются атаке иммунной системы, происходит повреждение

нейронов. Существующие препараты могут несколько притормозить процесс, но не в состоянии исправить то, что уже повреждено. В связи с этим интересны исследования, проводимые в ряде клиник, по изучению свойств препарата с предварительным названием Anti-LINGO-1 (BIIB033). Это вещество является моноклональным антителом, специфичным к белку LINGO-1. В настоящее время проводится вторая фаза исследования, в которой изучается эффективность и безопасность препарата для терапии рецидивирующих форм рассеянного склероза.

56.8 Насколько полезен биотин?

Французская биотехнологическая компания MedDay объявила об обнадеживающих результатах в испытании лекарственного препарата при прогрессирующих формах РС, заявив, что он уменьшил прогрессирование заболевания и в некоторых случаях привел к «существенному улучшению» у больных. Экспериментальный препарат MD1003 уже прошел III фазу клинических испытаний, которая является последним этапом до подачи заявки на получение разрешения для выхода препарата для лечения первичного и вторичного прогрессирующего рассеянного склероза на рынок.

Препарат представляет собой высококонцентрированную форму биотина (витамина H) — ключевого кофактора ферментов, участвующих в энергетическом обмене и синтезе миелина.

56.9.1 Как проводятся испытания препаратов, рекомендуемых для лечения РС?

Правда ли, что новые лекарства изучаются несколько лет?

В последние годы ученые активно ищут возможность влияния на течение заболевания. Во многих странах проводятся клинические исследования новых препаратов. Но чтобы они получили доступ в клиники, необходимо немало времени, ибо они должны пройти длительные испытания. Обычно говорят о четырех «фазах клинического исследования».

I фаза клинических исследований, или ранняя стадия клинических исследований

В этой фазе исследуются те препараты или методы лечения, которые еще не тестировались на людях, однако в стадии доклинических исследований они показали обнадеживающие результаты. На доклиническом этапе проводились активные лабораторные исследования и опыты на животных. Теперь стоит задача выяснить их эффективность при назначении пациентам. Главная задача — установление безопасности применения нового лекарственного препарата человеком. Понятно, что в этой фазе высок риск побочных эффектов и/или негативных последствий, поэтому проводится тщательный предварительный отбор пациентов, допущенных к исследованиям. Обычно это люди, у которых отсутствуют какие-либо медицинские риски. Поскольку целью исследования является доказательства безопасности лечения, количество участников крайне невелико (в большинстве случаев до 10 человек) и сроки проведения, как правило, минимальны (до появления эффектов от применения препарата).

II фаза клинического исследования

На этой стадии необходимо установить эффективность применения исследуемого препарата, а также подтвердить данные, полученные в ходе I фазы, о его безопасности и переносимости. Кроме того, в этой фазе ученые пытаются определить оптимальную дозировку препарата. Если в I фазе обычно проводятся исследования на здоровых испытуемых, то во II фазе клинических исследований принима-

ют участие те люди, на лечение которых направлено действие испытуемого препарата. Здесь уже риск для здоровья от применения препарата снижается, поэтому количество участников увеличивается (обычно от 50 до 100 человек и более).

III фаза клинического исследования

Это наиболее распространенная фаза исследования. В последние годы в ней активно представлены пациенты из России, Украины, Беларуси, Казахстана и других стран СНГ. На этой стадии в клиническом исследовании принимают участие сотни, а иногда тысячи пациентов. Это и понятно, ибо от результатов III фазы зависит судьба препарата. При благополучном исходе дается разрешение на его применение. Как правило, учитываются результаты нескольких параллельных исследований. Основными целями III фазы клинического исследования являются:

- установление долгосрочной безопасности применения препарата, в связи с чем эта фаза испытания длится, как правило, несколько лет;
- установление эффективности и безопасности лечения и дозировки препарата в зависимости от возраста, пола и т.п. По этой причине, эта фаза включает большое количество участников из различных стран;
- определение сравнительных преимуществ и рисков исследуемого препарата в сравнении с доступными вариантами лечения.

Принято считать, что III фаза клинических исследований предусматривает минимальный риск для здоровья, поэтому участие в них предоставляет возможность многим пациентам бесплатно получать дорогостоящие препараты и медицинскую помощь.

IV фаза клинического исследования

После того как препарат будет зарегистрирован, продолжается работа по его изучению. Необходимо убедиться в долгосрочной безопасности его применения. Изучается его эффективность, взаимодействие с другими лекарственными средствами (например, назначаемыми при других заболеваниях). Иногда возникают новые направления изучения свойств медикамента. Изучается возможность продвижения препарата на рынке. На этой стадии компании-производители получают максимальный объем разнообразной информации о препарате и его действии. Известны случаи, когда результаты именно этой фазы клинического исследования привели к отзыву препарата с рынка.

56.9.2 Каковы преимущества и риски участия в клиническом исследовании (КИ)?

У меня есть возможность участия в изучении свойств нового препарата. Это опасно?

Сложно заранее просчитать исход участия в любом клиническом исследовании, ибо всегда есть как свои преимущества, так и риски. Это зависит от направления научного поиска, исследуемых препаратов и методов. Можно понять пациентов, стоящих на пороге принятия решения.

Каковы преимущества участия в клиническом исследовании?

Прежде всего, предоставляется доступ к новым методам лечения и лекарствам, которые еще не доступны для применения в широкой клинической практике. Учитывая течение РС, участие в клиническом исследовании может стать единственным способом лечения или облегчения состояния. Иногда это уникальная возможность получить эффективное и безопасное лечение в числе первых пациентов.

Такие исследования проводятся командой высококвалифицированных врачей, ученых и медицинских специалистов из разных стран мира. Для того чтобы

медицинское учреждение получило статус центра клинического исследования, оно должно располагать не только современной материально-технической базой, но и подтвердить высочайшую квалификацию своих специалистов. Нужно понимать, что пациентам предоставляются регулярная и тщательная медицинская помощь квалифицированных специалистов и медицинских экспертов, а также совершенно бесплатно не только препарат, но и проводимые дополнительные обследования, предусмотренные протоколом КИ. В ряде случаев предоставляется компенсация транспортных расходов и получение общей медицинской помощи.

Всегда ли ждет пациента удача? Нет, есть и риски участия в клиническом исследовании. Прежде всего, это отсутствие гарантии результата. Следует не забывать, что это эксперимент, хотя и хорошо просчитанный. Никто не дает гарантии, что участие в исследовании может стабилизировать или обратить вспять патологические процессы. Не всегда новые препараты оказываются лучше уже имеющихся. Возможны и побочные действия.

Когда набирают пациентов для исследования, никто не знает, в какую группу попадет. В клинических протоколах подобных клинических исследований предусмотрено наличие группы пациентов, которые будут получать под видом исследуемого препарата плацебо (пустышку). Чтобы получить достоверные данные об эффективности препарата, надо сравнивать полученные результаты у пациентов, принимавших препарат, с показателями больных, принимавших плацебо. Естественно, что фактическое отсутствие лечения вряд ли пойдет на пользу представителям второй группы.

Строгие условия исследований создают ситуацию, когда не только участники КИ, но и порой специалисты центра, где проводится исследование, не знают, к какой группе принадлежит тот или иной участник. Таким образом, шансы получить лечение новым препаратом составляют, как правило, 50/50.

Определенную сложность для занятого человека представляет сам процесс этой работы. Он предусматривает частые посещения врача, медицинские осмотры, проведение обследований. Работающим людям приходится вносить коррективы в свои планы.

56.9.3 Как осуществляется доступ пациентов к новым исследованиям?

Авторитет российских неврологических клиник сейчас таков, что ни один новый метод лечения рассеянного склероза в мире не изучается без участия российских клиник. Это очень важно, потому что российские неврологи имеют свое мнение, свой опыт о самых современных и новых препаратах. Количество препаратов, внедряемых в клинику, постоянно растет и в ближайшее время может быть 10, 15. Активные клинические исследования проводятся более чем с 50 молекулами, которые могут потенциально быть полезны в лечении рассеянного склероза.

Активно работает в этом направлении Российский комитет исследователей рассеянного склероза (РОКИРС/RUCTRIMS).

56.10 Что дает аутологическая вакцина Т-регуляторных клеток проекта Регенекс от Сколково?

Все новые методы лечения рассеянного склероза обязательно должны проходить определенные стадии исследования, доказывающие их эффективность. Это экспериментальная часть, первая, вторая и большая третья фаза, которая должна доказать, что этот препарат работает при волнообразном типе течения заболевания.

При рассеянном склерозе возможны спонтанные улучшения, так называемые ремиссии. При изучении любого препарата анализируется частота обострений и ремиссий, скорость прогрессирования неврологических нарушений, при этом все это подтверждается данными специальных исследований, таких как магнито-резонансная томография головного мозга. Так вот в отношении Т-регуляторных клеток исследования пока на уровне экспериментов, результаты клинических исследований пока не представлены, предварительные данные требуют подтверждения в специально организованных исследованиях по правилам доказательной медицины.

56.11 Какое значение имеет открытие о транспорте между клетками для неврологии?

Нобелевская премия по физиологии и медицине за 2013 год присуждена работающим в США Джеймсу Ротману, Ренди Шекману и Томасу Зюдофу за открытия, касающиеся механизмов везикулярного транспорта внутри клеток и между ними. Эти исследования имеют огромное значение для всей науки взаимодействия клеток. В неврологии есть очень интересное направление, которое называется нейроиммунология. Оно изучает взаимодействие между клетками нервной и иммунной системы. Это одно из наиболее интересных направлений в исследовании при рассеянном склерозе. Можно надеяться, что результаты работы этих ученых позволят глубже изучить процесс развития РС.

56.12 Какова роль микрофлоры кишечника для пациентов с РС?

Сейчас немало пишут о влиянии симбиотической микрофлоры кишечника на деятельность ЦНС и иммунной системы. Почему изменение микрофлоры может оказывать влияние на риск развития аутоиммунных заболеваний, в т.ч. РС?

Сейчас этот вопрос очень активно обсуждается в литературе, получено ряд интересных результатов и на модели РС — экспериментальном аутоиммунном энцефаломиелите (ЭАЭ), и у пациентов. Действительно ряд микроорганизмов, с которыми мы существуем в симбиозе, вырабатывают ряд противовоспалительных веществ, цитокинов и других, которые необходимы для поддержания равновесия во всей системе. На последней конференции по РС в Бостоне активно обсуждался этот вопрос в применении к РС, в частности роли микроорганизмов из группы Архей. Анализ фенотипа иммунокомпетентных клеток показал, что наличие ряда групп Архей связано с экспрессией Т-клетками цитокинов и меняется на фоне лечения, например, бета интерферонами (ученые центра РС при Гарвардском университете). Предполагается связь между составом микробиома (совкупности бактерий, вирусов, грибов и археобактерий внутри человека и на поверхности его кожи) и иммунопатогенезом РС. Это, кстати, может объяснить, почему жители стран с преимущественно вегетарианской диетой реже страдают РС, хотя имеется генетическая предрасположенность, разная в разных популяциях.

56.13 Что такое пролипис?

Несколько моих знакомых принимали пролипис, но оценить его эффективность не смогли. Насколько он полезен?

Чтобы ответить на вопрос, следует знать результаты тщательных многоцентровых клинических исследований на большом количестве пациентов. Обычно оценивается эффективность, переносимость и безопасность препарата. К сожалению, ни сравнительных, ни плацебо-контролируемых исследований препарата пролипис в доступной нам литературе, в т.ч. на немецком и английском язы-

ках, не опубликовано. В нашем понятии это обычный БАД. Поэтому мы можем лишь сообщить информацию, опубликованную на достаточно серьезном отечественном сайте.

Пролипис — это препарат очищенных белков бычьего миелина. Он изготовлен по оригинальной методике препаративного выделения индивидуальных белков и содержит основной белок миелина (МВР21,5-kD) и протеолипидный протеин (delta PLP4). Механизм его действия основан на связывании противомозговых (миелинотоксических) антител и предупреждении аутоиммунной агрессии. Липосомная оболочка обеспечивает присутствие препарата в организме в течение суток, что и обуславливает индукцию иммунной толерантности к антигенным детерминантам. Способ употребления: прием пролиписа в дозе 150 мг через день в течение года предотвращает обострения рассеянного склероза и демиелинизирующих энцефаломиелитов, создает условия для ремиелинизации.

Рекомендуемые сочетания: с омега 3 и омега 6 фракциями полиненасыщенных жирных кислот, выделенных из хладноводного лосося, с фосфатидил-серинном соевого лецитина, тренталом, никотинамидом и с витаминным комплексом (В12, В1, фолиевая кислота, биотин). При приеме препарата желательна соблюдать антиатерогенную диету (с уменьшенным количеством животных жиров и рафинированных углеводов), 2 раза в неделю употреблять в пищу мясо озерных карпов, морских рыб и крабов.

Авторы отмечают, что в результате применения препарата происходит снижение титров антител к ОБМ и уменьшение сенсibilизации иммунокомпетентных клеток к мозгоспецифическим белкам: S100, Gal-c-1, МВР, нормализация показателей протонной магниторезонансной спектроскопии мозга.

Форма выпуска: желатиновые капсулы с мелкогранулированным порошком, содержащие по 150 мг биологически активного вещества. Способ хранения: в стеклянной банке-иксикаторе при t +4С.

56.14 Как применяется квантовая терапия при РС?

Я слышала, что успешно применяют лечение лазером, в том числе облучают кровь. Насколько это эффективно?

Это большой блок информации, который мы представим в сжатом виде по материалам д.м.н. Л.И. Гусева из международной Ассоциации «Квантовая медицина».

Квантовая (лазерная) терапия получила широкое распространение в различных областях медицины, благодаря тому что первичные фотобиологические процессы вызывают положительные биохимические и физиологические ответные реакции в организме. Вторичные эффекты представляют собой комплекс адаптационных и компенсаторных реакций, возникающих в результате реализации первичных эффектов в тканях, органах и целостном организме и направленных на его восстановление.

Наибольший интерес представляют:

- противовоспалительное действие путем активации микроциркуляции, изменение уровня простагландинов, выравнивание осмотического давления, снижение отечности тканей, снижение перекисного окисления;
- анальгезирующее действие путем активации метаболизма нейронов, повышения уровня эндорфинов, повышения порога болевой чувствительности;
- стимуляция репаративных процессов путем накопления АТФ, активации метаболизма клеток, усиления пролиферации фибробластов и других клеток;
- стимуляция иммунного ответа путем усиления пролиферации, созревания иммунных клеток и увеличения продукции иммуноглобулинов;

- рефлексогенное действие путем раздражения нервных окончаний, возбуждения нервных центров, стимуляции физиологических функций.

Лечебный эффект достигается фотоактивацией тканей как в сторону усиления, так и в сторону угнетения клеточного метаболизма в зависимости от исходного состояния, что приводит к затуханию процессов патологического характера, нормализации функций организма, восстановлению регулирующих функций мозга. Квантовая терапия позволяет организму восстановить системное равновесие безболезненно и без применения инвазивных методов.

Квантовое излучение воспринимают фотоакцепторы, участвующие в поддержании равновесия внутри каждой клетки человека. После взаимодействия низкоинтенсивного лазерного излучения и чувствительной молекулы, в клетке активизируется обмен веществ и энергии, что дает ей возможность полноценно выполнять свои функции. Важность этих процессов переоценить невозможно, так как клетки являются строительным материалом организма и его основными, функциональными единицами.

Проникающее в ткань лазерное излучение (ЛИ) подвергается многократному рассеиванию и частично преобразованию во вторичное излучение, действующее на очень ограниченное пространство. Биоткани в большинстве случаев являются интенсивно рассеивающими средами, толщина и структура их влияет на поглощение ЛИ.

Не станем посвящать читателей в тонкие технические детали, важные для специалистов. Как применяется квантовая терапия (КТ) при РС?

Обычно применяется терапевтический квантовый аппарат РИКТА, оснащенный четырьмя источниками излучения. Это пульсирующий красный свет, импульсное инфракрасное лазерное излучение, импульсное инфракрасное излучение, постоянное магнитное поле (ПМП).

Лечение больных РС будет проводиться как методом локального воздействия на пораженные зоны, так и методом квантовой гемотерапии. Методики лечения квантовым излучением зависят от клинической формы заболевания. Первый курс (вводный) состоит из 7–10 сеансов, проводимых 1 раз в день. Второй курс (лечебный) проводится через 3–4 недели после окончания вводного курса. Число сеансов 10–15. Третий курс (закрепляющий) проводится через 3–4 недели после окончания лечебного курса. Число сеансов 5–10.

При высокой форме заболевания КТ проводится на область ствола головного мозга и на область выше затылочного бугра. Применяемая частота 5 гц, время воздействия по 2 минуты на каждую из 4 зон области ствола головного мозга и 2 зон в области надзатылочного бугра. К данной форме заболевания добавляется квантовая гемотерапия (методика приводится ниже). При наличии симптомов поражения рогов спинного мозга квантовая терапия проводится на данную область. Частота 50 Гц, время воздействия на каждую зону 2 мин. В данной ситуации квантовая гемотерапия отдельно не проводится, т.к. достаточно воздействия на паравертебральные сосуды.

При бульбарной форме заболевания КТ проводится на 4 зоны области мозгового ствола. При данной форме локальное воздействие дополняется квантовой гемотерапией.

При шейно-грудной форме КТ проводится на область шейного и грудного отделов позвоночника. Квантовая терапия проводится на шейный отдел позвоночника, от затылка до 1–2-го грудного позвонка (Th1-Th2). Лечение проводится один раз в день. На 1 курс 7–10 сеансов. Второй и третий курсы проводятся через 3–4 недели.

Квантовая терапия грудного отдела позвоночника проводится на остистые отростки всех грудных позвонков. Также воздействие осуществляется на зоны вдоль грудного отдела позвоночника справа и слева. При пояснично-крестцовой форме КТ проводится вдоль всего пояснично-крестцового отдела позвоночника. Лечение проводится один раз в день. На 1 курс 7–10 сеансов. Второй и третий курсы проводятся через 3–4 недели после окончания предыдущего.

Не станем описывать технические параметры работы приборов. Уделяя большое внимание теоретическим аспектам, автор, к сожалению, не приводит конкретных результатов применения метода при РС.

Аналогичным способом автор приводит доводы о возможности применения при РС методики квантовой гемотерапии, что, по сути дела, означает лазерное облучение крови. Механизм лечебного действия квантового облучения крови является общим при различной патологии. Автор отмечает, что механизм лечебного действия квантового облучения крови является общим при различной патологии.

Поскольку имеется вероятность «вторичного обострения», с первого дня КТ необходимо применять «Аевит» в ежедневной дозе 600 мг и малых доз аскорбиновой кислоты (0,3–0,5 грамма в день) для профилактики или купирования данного явления.

Вероятно, прежде чем решиться на данное лечение, хотелось бы получить серьезное обоснование специалистов-неврологов.

56.15 Что такое LDN терапия?

Помогают ли таблетки налтрексона при РС?

Прежде всего, что означает LDN? Это «Low Dose Naltrexone», то есть «малые дозы налтрексона». А теперь не спеша подойдем к описанию препарата. Фармакологически он является «чистым» антагонистом опиатных рецепторов. Его первоначальное назначение — лечение наркомании и ряда других заболеваний, при этом применяют большие дозы от 50 до 150 мг ежедневно.

Первым стал применять препарат при РС нью-йоркский врач Бернард Бихари (Bernard Bihari), назначая до 4,5 мг в день однократно внутрь (1985 г). Начальная доза (в течение первого месяца) только 3 мг. У пациентов, принимающих данное лечение, отмечено ослабление некоторых симптомов заболевания, таких как спастичность, тремор, боли, усталость. В то же время улучшились функция мочевого пузыря, переносимость высокой температуры, сон, подвижность. Если нет побочных действий, которые нельзя исключить и при небольших дозах, увеличивают дозировку препарата до 4,5 мг, чтобы достичь оптимального терапевтического эффекта. Рекомендуются принимать лечение между 21 и 3 часами. Препарат выводится из организма через 4 часа. В тех случаях, когда уже начальная доза (3 мг) плохо переносится, можно ее снизить до 1–2 мг.

Каков механизм действия препарата? Известно, что у больных РС снижен в крови уровень эндорфинов — натуральных опиатов, вырабатываемых собственным организмом, которые действуют в центральной нервной системе на рецепторы. Обычно, чтобы преодолеть подобный блок, организм начнет вырабатывать эндорфины в большем количестве. Именно таким механизмом действия обосновывается применение малых доз налтрексона (LDN) при РС. Это способствует снижению боли и улучшению самочувствия.

Автор метода убеждает, что происходит стабилизация процесса, уменьшается число обострений и снижается степень инвалидности, часто тормозится дальнейшее развитие заболевания. Он отмечает, что симптомы могут усилиться при стрессе или инфекционном заболевании.

Препарат не лишен побочных эффектов и при небольших дозах. В начальной стадии лечения возможно некоторое обострение известных симптомов: слабость, ухудшение общего состояния, утомляемость, мышечные судороги, боли, нарушение сна. Считают, что со временем эти симптомы ослабевают. Автор дает объяснение некоторым процессам в организме, происходящим во время лечения, которые расходятся с общепринятыми понятиями механизма развития РС. Осторожно сообщается, что возможны нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта. Нарушения функций почек и печени, встречающиеся при назначении больших доз, здесь обычно не бывает.

Заметим, что данный препарат стимулирует иммунную систему, в то время как традиционное лечение ее угнетает. В связи с этим налтрексон не применяют при назначении стероидов, бета интерферонов, метотрексата, азатиоприна, митаксантрона или других подобных препаратов. Предполагается, что можно совмещать данное средство с копаксоном.

Авторы изучили форумы немецких и английских больных, принимавших препарат. Сделать убедительные выводы о целесообразности его применения сложно, ибо результаты очень разные. Кроме того, чтобы убедиться в эффективности любого препарата, необходимы широкие клинические испытания, которых нет.

В любом случае, решение о возможном дополнительном лечении следует принимать по согласованию с лечащим врачом.

56.16 Поможет ли при РС препарат для лечения гипертензии?

В последние годы отмечается повышение активности ученых в поисках средств для терапии РС. Одним из таких направлений является восстановление утраченного миелина (стимуляция роста и созревания олигодендроцитов, трансплантация олигодендроцитов или нейронов). Известно, что воспаление не только непосредственно разрушает клетки ЦНС, но может запускать механизмы отсроченной гибели олигодендроцитов, что приводит к выраженной демиелинизации.

В лечении РС давно используются препараты, первоначально предназначенные для терапии другой патологии. Ряд из них способен препятствовать разрушению олигодендроцитов, вызванному воспалением, и, соответственно, оказывать нейропротективное действие. Это статины, клемастин, каннабиоиды, антигипертензивный препарат лизиноприл, антипаркинсонические препараты и блокаторы холиновых рецепторов.

Недавно ученые описали нейропротективное действие антигипертензивного препарата гуанабенз. В эксперименте доказана его способность защищать олигодендроциты в клеточной культуре при добавлении интерферона гамма (основной провоспалительный цитокин). Кроме того, введение препарата мышам с экспериментальным аллергическим энцефаломиелитом предотвращало развития тяжелых повреждений мозга и способствовало быстрому регрессу клинических симптомов.

Так способен ли препарат для лечения гипертензии повышать выживаемость олигодендроцитов при аутоиммунном воспалении? На этот вопрос должны ответить широкие исследования.

56.17 Что может дать антиген-специфическая иммуномодуляция препаратом АТХ-MS-1467?

Основной целью патогенетической терапии РС являются аутореактивные клетки иммунной системы, агрессивные по отношению к основному белку миелина. Современные высокоэффективные препараты (гилениа, текфидера, лемтрада и др.) подавляют активность иммунного воспаления за счет системной им-

муносупрессии, что может приводить к развитию тяжелых побочных эффектов, связанных с угнетением иммунитета. Единственным зарегистрированным на сегодняшний момент антиген-специфическим препаратом является глатирамера ацетат (копаксон). Применение копаксона приводит к выработке толерантности иммунной системы по отношению к ЦНС, однако данная терапия лимитирована неудобным для пациентов режимом введения (ежедневные инъекции), развитием местных косметических дефектов (подкожные уплотнения, липоатрофии) и недостаточной эффективностью (снижение частоты обострений на 30–40%).

Разработка новых антиген-специфических иммуномодуляторов с комфортным путем введения и высокой эффективностью позволит достигнуть нового уровня в лечении рассеянного склероза.

Новый препарат состоит из четырех синтетических пептидов, сходных по строению с основным белком миелина (ОБМ) — ключевым аутоантигеном при рассеянном склерозе. Механизм действия препарата сходен с копаксоном, однако кумулятивная доза выше по сравнению с последним в 70 раз. В клиническом исследовании I фазы он вводился пациентам 1 раз в 2 недели и не приводил к развитию местных и генерализованных побочных эффектов. За 16 недель применения препарат приводил к 78% снижению активности процесса по данным МРТ. Улучшение МРТ-показателей сохранялось до одного года (длительность исследования). Основываясь на полученных положительных результатах, начата II фаза клинического исследования.

56.18 Применяется ли метод биорезонансной терапии при РС?

Как работает аппарат БИОМЕДИС?

На этот вопрос отвечает консультант, врач-диагност ВРТ, врач БРТ, преподаватель международного класса компании «Биомедис» Оксана Леоновна Калына.

Метод биорезонансной терапии (БРТ) заключается в коррекции функций организма воздействием резонансными электромагнитными колебаниями, собственными излучениями живого организма. В норме поддерживается относительная синхронизация различных колебательных (волновых) процессов, в то время как при нарушении колебательной гармонии в организме начинают развиваться патологические состояния.

Биорезонансная терапия — это терапия электромагнитными колебаниями, с которыми структуры организма входят в резонанс. Воздействие возможно как на клеточном уровне, так и на уровне органа, системы органов и целостного организма, так как различные уровни характеризуются и управляются различными частотно-волновыми параметрами.

Биофизические (информационные) процессы в организме, использующиеся при проведении биорезонансной терапии, стоят выше биохимических в иерархии управления организмом человека, что позволяет эффективно применять адаптивную биорезонансную терапию, воздействующую на управляющие звенья системы адаптации человека.

Основная идея применения биорезонанса в медицине заключается в том, что при правильном подборе частоты и формы лечебного (электромагнитного) воздействия можно усиливать нормальные (физиологические) и ослаблять патологические колебания в организме человека. Таким образом, биорезонансное воздействие может быть направлено как на нейтрализацию патологических, так и на восстановление физиологических колебаний, нарушенных при патологических состояниях, т.е. на подавление помех (шумов) в информационном поле организма.

БИОМЕДИС — медицинский аппарат для проведения низкочастотной электромагнитной терапии, который способствует увеличению ресурса здоровья, корреляции иммунитета, своевременной профилактике заболеваний. Это происходит благодаря активизации физиологических колебаний, соответствующих здоровым клеткам и органам, и нейтрализации патологических колебаний, исходящих от больных клеток и тканей организма, вирусов, бактерий, грибов. Благодаря этому организм восстанавливает обменные процессы в организме и нормальное функционирование больных органов.

Эффективность данной методики заключается в ее многоплановой активности, влиянии на важные механизмы взаимодействия органов и систем. Именно поэтому создаются предпосылки для применения аппарата БИОМЕДИС для лечения нарушений, возникающих при РС.

В сложной программе развития РС есть место и вирусам, воздействию внешней среды (в т.ч. тяжелых металлов), разрушению миелиновых оболочек и другим факторам. Заболевание характеризуется различными нарушениями органов и систем. Биорезонансная терапия позволяет целенаправленно воздействовать на многие вирусы, паразитов, грибковую инфекцию, бактерии. Специально составленные программы способствуют восстановлению нервных волокон.

Не менее важной задачей метода является помощь в симптоматической терапии. Аппарат способствует не только стабилизации процесса, но и регрессии многих симптомов. Особенно он эффективен в борьбе с нарушениями двигательных функций и координации движений, отклонений в работе тазовых органов, нарушении чувствительности. Благодаря корреляции взаимодействия органов и систем отмечены существенные улучшения в деятельности сердечно-сосудистой, опорно-двигательной, мочевыделительной, желудочно-кишечной, эндокринной систем.

За 10-летний период использования приборов при РС наблюдалась выраженная положительная динамика в процессе оздоровления пациентов, проживающих на Украине, в России, Болгарии, Греции, Великобритании.

Заметим, что для каждого пациента разрабатывается индивидуальная программа, ход лечения периодически контролируется и корректируется.

Обращаться следует в региональные центры фирмы «Биомедис» (www.biomedis.ru)

От авторов. Представляя различные диагностические и альтернативные методы лечения, хотели бы отметить, что некоторые из них не имеют достаточной научной доказательной базы. Вопрос об их применении находится в сфере личного принятия или отторжения предлагаемой методики. Естественно, что мнения врача и больного в таком случае могут расходиться. Как обычно, последнее слово остается за пациентом.

Как жить дальше?

57. А жизнь продолжается!

57.1 Чем больше я знаю о болезни, тем лучше я могу справиться с ней

В процессе работы над книгой авторы познакомились с судьбой многих людей, вот уже долгие годы живущих с рассеянным склерозом, знающих о нем не понаслышке, постоянно ищущих разумные пути сосуществования. В отличие от тех,

кто не сумел переломить себя или просто «поплыл по течению», они не опустили руки, не ушли в себя. Принцип «помоги себе сам» стал для них путеводной звездой. Лишь ограниченный объем книги не позволяет рассказать о них подробно. Но вот беседа с одним известным в России человеком, рассказавшим о своей первой встрече с рассеянным склерозом, побудила нас привести его воспоминание.

«Врач сказал коротко: «У вас РС». Это был шок. Меня как будто ударили камнем по голове. Я долго плакал как ребенок. Представьте человека, который рассказывал всем людям, что нужно всегда быть оптимистом, и вдруг на него наплывает такая волна горя, что он чувствует себя самым несчастным человеком в мире. В то же время я должен был притворяться, когда приходилось выходить в общество. В то время как мне приходило в голову, что лучше уж расчитаться с жизнью, я вынужден был делать вид, что у меня все в порядке. Это был самый худший период моей жизни, который теперь не хочется вспоминать.

И вот мне пришла мысль, что придется смириться с диагнозом, но надо лучше понять, что со мной случилось. Хорошо, у меня есть серьезное хроническое заболевание, которое будет прогрессировать. Надо решать, что с ним делать. У меня всегда был девиз: «Гора, уйди с дороги». Нет таких преград на Земле, которые нельзя преодолеть, если ты веришь в это и заешь все, что для этого нужно. Что ж, я верил в себя, осталось только приобрести знания, чтобы справиться с болезнью. И я решил, что это как раз то, что нужно теперь сделать. Я с нетерпением читал все, что можно было раздобыть об этом заболевании, расспрашивал, тех, кто уже имел опыт борьбы с ним и мог многое рассказать о том, как организовать свою жизнь. Чем больше я был вооружен знаниями, тем лучше понимал свои внутренние ощущения.

И первое, что я могу посоветовать тем, кто только что узнал свой диагноз, это то, что надо хорошо изучить свою болезнь и использовать опыт тех, кто прошел этот путь».

Специалисты считают, что чем больше пациенты узнают о РС, тем меньше будет его беспокойство о будущем. Это заболевание порой переносится особенно тяжело еще и потому, что неизвестна причина его возникновения и то, какие факторы оказывают влияние и являются причиной плохого самочувствия. Многие пациенты стараются активно наблюдать за собой, чтобы выявить, какие именно факторы вызывают обострение. Это объясняет и тот интерес, который они проявляют к работам исследователей, изучающих РС. Реалистичные перспективы избавят от дополнительного груза страхов, а медицинские, а при необходимости, социальные работники окажут персональную помощь на любой стадии заболевания.

57.2 Как теперь планировать жизнь?

Очень трудно признать факт наличия у себя РС. Но ведь жизнь продолжается и ее надо как-то планировать?

Совершенно правильная постановка вопроса. Невозможно дать единый рецепт, ибо все мы разные люди, но остановиться на определенных процессах, играющих роль на данном этапе жизни, очень важно. Мы достаточно подробно рассказали о том, как может произойти встреча с РС и какова возможная первая реакция на него. Но нас больше волнует другое: как найти свой индивидуальный путь «мирного сосуществования» с коварной болезнью. Поскольку отступить некуда, надо принять к сведению свой диагноз и не вытеснять из своего сознания этот факт. Это позволит принять меры к тому, чтобы максимально улучшить свое состояние, подготовиться к неожиданным ситуациям. И это понятно: ведь

страх, напряженное душевное состояние отрицательно влияют на течение рассеянного склероза, ибо в результате тесной связи состояния психики с функциями нервной и иммунной систем уже проявившиеся симптомы могут усугубиться или произойдет новое обострение болезни.

Сложно, конечно, спокойно воспринимать факт своей болезни, когда возникает масса прежде неведомых вопросов, ведь РС влияет не только на физическое состояние, но и оказывает воздействие на социальную и профессиональную жизнь людей. Как бы то ни было, надо стремиться к тому, чтобы в жизни по-прежнему было место семье, друзьям и работе (см. 12.19 📖 Должен ли я бороться с моей болезнью?).

Прежде всего, приходится принимать важные решения о продолжении профессиональной деятельности. Это важно не только из финансовых соображений, но и по причинам как психологического, так и социального характера. Женщинам, испытывающим двойную нагрузку при выполнении своих профессиональных обязанностей и ведении домашнего хозяйства, придется тщательно взвесить, что для них важнее: карьера, деньги, независимость, возможность по своему усмотрению распоряжаться свободным временем и т.д. В любом случае следует заранее предусмотреть необходимость снижения своей нагрузки.

Многие пациенты рассказывали, что нелегко привыкать к тому, что теперь придется многое планировать и предусматривать. Например, если беспокоит постоянная усталость, чтобы сделать свою обычную работу приходится предусмотреть несколько коротких перерывов, да и темп работы более ровный. Порой эти коррективы создают проблемы в коллективе. Впрочем, работа и РС — это отдельный и непростой разговор. Очень важно найти понимание в своей семье, и эти вопросы мы обсудим позже. Чрезвычайно важно установить жизненные приоритеты, ибо теперь придется планировать свое будущее дальше и точнее, чем это было в прошлом, при этом надо изменить некоторые из своих устоявшихся привычек.

Существенные коррективы вносит болезнь в планирование жизни детей, больных РС. Родителям приходится следить за нагрузкой, понимая, что еще до наступления возможной инвалидности, у детей часто наблюдается быстрая утомляемость. Если следствием болезни стала инвалидность, быстрая утомляемость и колебания самочувствия в течение дня практически всегда являются сопутствующими явлениями.

Очень трудно на самых ранних стадиях заболевания в одиночку искать свой путь борьбы с болезнью. Недопустимо не использовать опыт людей, ведущих многие годы активную и полезную жизнь. И в этом отношении огромную роль играет Общероссийская общественная организация инвалидов — больных рассеянным склерозом, филиалы которой появляются во многих городах страны.

57.3 📖 Почему некоторые люди сохраняют надежду, несмотря на постигшее их тяжелое заболевание, в то время как другим это не удается?

Может ли надежда изменить течение болезни и помочь человеку побороть ее?

Наш профессиональный и жизненный опыт позволяет поговорить на эту тему. Мы встречались с разными больными, и каждый имел свое представление о надежде. Мы встречали людей, которые боролись за право на надежду, и, несмотря на скептиков, цеплялись за нее, когда все вокруг ее теряли. Один больной сказал нам: «Даже когда нет надежды для тела, всегда существует надежда для души».

А как вообще можно ее объяснить? Это чувство оптимизма, когда, не особенно вникая в ситуацию, говоришь: «Все будет хорошо»? Нет, надежда отличается

от оптимизма тем, что она вытекает не из позитивного мышления или из того, что мы услышали положительный прогноз, а она крепко привязана к реальности.

Один опытный психолог высказался так: «Надежда — это чувство возвышения, которое мы видим, когда перед нами простирается путь в лучшее будущее. Надежда не игнорирует существенные препятствия и падения в дороге, которую вам предстоит пройти. Настоящая надежда не вытекает из иллюзии».

Понятно, что такой подход придает людям смелости противостоять сложным ситуациям, с которыми они сталкиваются, дарит способность преодолеть их. Для многих людей настоящая надежда являлась не менее важной, чем прописанные лекарства или медицинская процедура.

Существует ли материальная основа надежды? Каковы ее возможности или ограничения? Исследования показали, что изменения в настроении могут изменить химические процессы в головном мозге. Ключевые составляющие надежды (вера и чаяние) могут облегчить боль посредством выработки эндорфинов, которые в определенной степени имитируют действие морфия. В ряде случаев надежда оказывает воздействие на основные физиологические функции, такие как дыхание, кровообращение и моторные функции. Она меняет нас как морально, так и физически. В трудные времена она принимает различные формы. Это может быть молитва, пожелание или просьба о неожиданном изменении в течении болезни. Многим знакомы случаи, когда, казалось бы, в безнадежной ситуации вдруг приходит облегчение и помощь. Не последнюю роль играет ваша любовь к близким, а также желание окружающих видеть вашу радость. Именно в такие минуты многие находят платформу для построения новой жизни. Становится понятно старое изречение: «Пока есть жизнь — есть и надежда».

57.4 📖 Как строить отношения со здоровыми людьми?

Могут ли нас понять здоровые люди?

Общаясь с пациентами, часто слышишь слова обиды по отношению к их здоровым родственникам, друзьям, знакомым. Некоторые из них звучат примерно так:

«Я, например, тысячу раз слышала: чего это ты носишься со своей болезнью. Это так больно слышать, что и передать нельзя».

«С тех пор как мои друзья узнали, что у меня РС, они стали меня сторониться, перестали приглашать на праздники, и, вообще, я никому не нужна».

«Люди постоянно говорят со мной только о РС, показывают мне вырезки из газет о РС, заваливают полезными советами».

«Многие не знают, как общаться со мной, пробуют говорить о погоде или других банальных вещах или, что еще хуже, рассказывают о каком-то знакомом с РС, который ведет в доме инвалидов «растительное существование».

Безусловно, в нашем обществе достаточно часто можно столкнуться с оскорблениями и унижениями, исходящими от черствых и бездушных людей, которые, к сожалению, встречаются среди окружающих. Это и нетерпение, выказываемое окружающими, когда кто-то передвигается медленнее, например, в очереди в каску в супермаркете или при переходе улицы; злоба, когда больной, пользуясь своей инвалидностью, пытается куда-нибудь пройти первым; равнодушие, когда больному нужно помочь, если он, скажем, поднимается по лестнице или выходит из автобуса; ядовитые реплики и косые взгляды, когда больного рассеянным склерозом принимают за пьяного, если он идет неуверенной походкой или падает. Эти ситуации способны выбивать из колеи и подтачивать силы, бьют по самолюбию больного человека. И если в городах пациенты страдают от холодного равнодушия, то в сельской местности — от пристального наблюдения и злых пересудов.

Если человек страдает таким заболеванием, о котором в обществе имеется масса предрассудков, каким, собственно, и является РС, то следует выработать стратегию, которая позволит проще общаться со «здоровыми» людьми. Существует опасность того, что чувствительный человек будет чрезвычайно обстоятельно взвешивать все свои действия. Пациент с РС — далеко не ангел, и это мы все понимаем. Иногда он может быть даже невыносимым. Он может быть недержанным, когда кто-то помогает ему надеть пальто или хочет открыть дверь. «Я не нуждаюсь в вашей помощи» — можно услышать в ответ, если, будучи уверенным в своей невиновности, спросить, что же сделано неправильно. Некоторые пациенты рассказывают, что имеют нюх на «неискреннее сочувствие», и им доставляет удовольствие сорвать маску с лицемера.

Надо полагать, что в ряде случаев все же они преувеличивают неискренность окружающих, хотя можно понять реакцию здоровых людей, когда им приходится помогать человеку в коляске преодолевать тротуарный бордюр. Но не будем забывать, что ненависть порождает ненависть. И все же не стоит позволять черствым и бессердечным людям умалять чувство вашей собственной значимости, ибо это может стать большой психологической проблемой. Возможно, поможет осознание того, что хотя больному человеку во многом действительно приходится тяжелее, чем здоровому, но, преодолевая трудности, он не только становится сильнее, но и совершенствует свои личные качества. В крайнем случае, можно прибегнуть к помощи психотерапевта.

Может быть, это будет некоторой жертвой, но иногда и инвалидам надо проявить должное понимание здоровых людей, которые порой просто не знают, как вести себя в той или иной ситуации, связанной с инвалидами. Ведь здесь любые крайности (умиление или рациональное невнимание) неуместны, поэтому нередко нарушаются прежде крепкие связи из-за непонимания и повышенной чувствительности или ошибочной интерпретации слов или поступков.

57.5 📖 Мне надо рассказывать о своем заболевании?

Я живу в небольшой деревне, где в начале моей болезни немало было сказано плохого обо мне: безответственная мать, алкоголичка и прочее. Сначала это очень огорчало меня, а затем я решила встретиться с женщинами и рассказать о себе. Теперь все изменилось: многие приходят ко мне в дом, помогают с детьми и по хозяйству. Получается, что все же и мы должны объяснять людям наше состояние?

Это прекрасный пример разрешения ситуации. В принципе, имеется два крайних варианта поведения человека, заболевшего РС. Можно свой диагноз умалчивать, как будто болеешь проказой, а можно каждому «совать под нос» информацию о своей болезни.

Примером второго варианта послужил рассказ одному из авторов весьма интересного собеседника, пациента с РС. «Я говорил с каждым, кто хотел меня слушать, о моем диагнозе. Мне казалось, что каждый, кто разговаривает со мной, должен знать, что у меня РС. И так длилось, правда, недолго, до тех пор, пока я не прожужжал всем уши подробностями своего заболевания. Но мне казалось, что я держу ситуацию крепко в руках. «Удивительно, — говорят мне, — как можно так откровенно говорить о своей болезни и как вам удается хорошо с ней справиться». Это была как раз та реакция, которую я и хотел услышать, используя ситуацию для поддержания своих сил. И я отвечал: «О, что вы. Все в порядке. Это все дело времени». Или: «Я думаю только позитивно. Не каждый пациент с РС должен завершить жизнь в инвалидном кресле».

Другим примером может послужить жизнь 32-летней Валентины К., из Новосибирска, которая работала библиотекарем, будучи уже 10 лет больной РС. Никто из ее коллег не знал о ее болезни. У нее не было нарушения зрения и чувствительности, отсутствовали параличи. Единственное, что ее мучило — сильная утомляемость. Она научилась скрывать свою болезнь, была исполнительницей, работоспособной и ответственной. В рабочий перерыв она не шла обедать, а пряталась в дальнее подсобное помещение, чтобы уснуть на полчаса. К концу рабочего дня у нее уже не было сил. Добравшись домой, наскоро перекусив, падала без сил на кровать. Годами она не посещала прежде любимые концерты, в выходные дни набиралась сил, чтобы выдержать рабочую неделю.

Вряд ли нужно оспаривать тот факт, что отношение в обществе к инвалидам, мягко говоря, сдержанное. Их реже продвигают по службе, и вероятность сокращения по производственной необходимости выше. При этом причину сокращения могут сказать открыто или завуалировать. Но бывают случаи, когда они находят полное понимание у руководства и коллег, с удовольствием и высокой отдачей выполняя свои профессиональные обязанности. В то же время многие находят удивительным образом свой гармоничный путь в жизни. Они не скрывают свою болезнь, но и не бравируют ею. Они получают необходимую помощь, наслаждаясь возможностью радоваться жизни.

57.6 📖 Инвалиды живут в своем собственном мире?

Моя подруга, заболев РС, сильно изменилась, не хочет общаться со старыми друзьями. Разве это правильно?

К сожалению, есть и такие пациенты с РС, которые медленно «эмигрировали» из обычного мира. Вот что недавно пришлось услышать: «Я живу на той же улице, в том же доме, но все теперь далеко не так, как прежде. Бордюры тротуаров, несколько ступенек могут оказаться непреодолимым препятствием. Столы слишком высокие, кресла глубокие и мягкие, туалеты узкие, поездки на поезде и автобусах, магазины, рестораны и прочее стали неудобными и сложными. Заботы окружающих становятся чужими, так же, как и их возможности: танцы, теннис, катание на велосипеде и пр. Иногда кажется, что живу в каком-то гетто».

Действительно, перед многими инвалидами стоит опасность уйти в «свой узкий» мир, постоянно взвешивать все необдуманные высказывания и поступки окружающих, видеть в спешке врача нетерпимость, чувствовать себя чужим в прежде любимой жизни. Конечно, это большое искусство, найти свое место в новой жизни, принимать помощь от одних и оказывать поддержку другим. Но ведь это и замечательно, когда, переборов все сомнения и невзгоды, стараешься приложить все силы, чтобы радоваться окружающему миру!

Опыт многих пациентов показал, что в любом случае важно использовать любую возможность для того, чтобы выйти из своих четырех стен. Новые встречи, впечатления позволяют отвлечься и как можно меньше оставаться наедине с собой и своей болезнью. Никто не станет отрицать, что однообразие и монотонность не позволяют отвлечься от болезни, способствуют возникновению ощущения пустоты и бессмысленности жизни, что неизбежно приводит к депрессивным состояниям, которые отрицательно сказываются на течении болезни. В который раз мы призываем найти контакт с людьми, которые сумели организовать свою жизнь так, что болезнь не стала им помехой, а помогает стойко переносить все превратности судьбы, находя возможности радоваться жизни.

57.7 Как жить с РС?

Невозможно дать универсальный рецепт, ведь каждый человек строит свою жизнь по-своему, исходя из своих физических сил и возможностей (см. 12.17 Болезнь как путь?). Большинство пациентов создали для себя собственные правила, которых стараются придерживаться. Для тех, кто заболел недавно, предоставим рекомендации, выработанных опытом многих пациентов.

- Заботьтесь о себе. Хорошо питайтесь, делайте посильные физические упражнения. Достаточно отдыхайте. Прислушивайтесь к своему телу. Не рискуйте!
- Контролируйте свои эмоции. Боритесь с депрессией, в случае ее возникновения своевременно обращайтесь за помощью.
- Найдите людей, с которыми вы могли бы общаться, делиться своими мыслями и чувствами и которые могли бы оказать вам поддержку.
- Ищите помощь, общаясь с другими людьми, больными РС, благотворительными и религиозными организациями.
- Ваше заболевание — уникально и поэтому, может быть, имеет смысл вести дневник, записывая в нем, что и когда произошло.
- РС создает неопределенность в будущем, поэтому сконцентрируйте свою энергию на потребностях сегодняшнего дня и старайтесь не тревожиться по поводу потенциальных проблем дня завтрашнего.
- Пересмотрите свои жизненные приоритеты. Постарайтесь найти смысл в новых условиях жизни. Сосредоточьтесь на своих возможностях, а не утратах.
- Свяжитесь с местным обществом больных РС, принимайте посильное участие в его работе.

Если ограничиться только вопросами выживания, жизнь потеряет свой смысл. Опыт показывает, что многие пациенты видят свои задачи значительно шире. «Надо не только научиться жить с болезнью, — сказал мне недавно один из них. — И не стоит мучиться в раздумьях, а надо действовать, лечиться и радоваться каждому прожитому дню».

Пациенты, длительные годы страдающие РС, поражают спектром широты интересов и открывшихся талантов уже после начала заболевания. Понимая, что от РС никуда не уйдешь, они, преодолев душевные страдания, стали искать новые источники эмоциональной разрядки, наполняя свою жизнь новым содержанием. Некоторые из них увлекаются живописью, сочиняют изумительные стихи. Одна пациентка разработала комплекс упражнений, «испытал» его на себе с помощью специалистов, и, кстати, предоставила читателям этой книги для ознакомления его основные фрагменты. Это лишний раз подтверждает тезис, что иногда недуг или ограничение физических возможностей становятся тем импульсом, который позволяет раскрыться дремлющим способностям, которые в повседневных заботах так и остаются под спудом. И тогда у человека появляются основания гордиться собой. Несмотря на болезнь, он начинает верить в себя, и это в значительной степени помогает ему испытывать радость и удовлетворение от жизни.

Недавно одному из авторов пришло электронное письмо, в котором одна пациентка, имеющая восьмилетний опыт борьбы с болезнью, рассказала, что повторяет несколько раз в день как заклинание: «Я твердо убеждена, что никакая попытка не может быть бесполезной. Каждый сможет добиться успеха, если не перестанет к нему стремиться. Стремление само по себе приносит силу и энергию, усиливая способность организма к самоисцелению. И разве могут быть неоправданными надежды?! Для того чтобы победить болезнь, надо жить и думать о жизни». Вряд ли эти слова требуют дополнения.

Вспоминаются слова одного из наиболее почитаемых православных святых Серафима Саровского: «...болезнь имеет силу очищать нас от душевной скверны, заглаживать грехи, смирать и смягчать душу, заставляя одуматься, сознавать свою немощь и вспоминать о Боге».

57.8 Что вы будете делать, если сами заболеете РС?

Как-то известного немецкого невролога Вольфганга Вайхе (Wolfgang Weihe) спросили: «А что бы делали вы, заболев РС?».

Подумав, опытный врач сказал:

1. Для меня было бы важно найти врача, которому я мог бы доверять, который мог бы выслушать меня и дать грамотный совет.
2. Высшим принципом для меня был бы следующий: не делать ничего, что могло нанести дополнительный вред. Не стоило бы доверять всем модным методам лечения, ибо известно, что далеко не все они оправдывают себя.
3. Прежде всего, я перешел бы на благоразумный образ жизни и естественные методы лечения, в том числе на растительные лекарственные средства. При каждой атаке болезни я был бы очень осторожным. Лучшее лекарство — покой, а не кортикостероиды. Чтобы снять воспалительный отек, я бы принимал флогензим по 3 таб. 3 раза в день. Даже снижение симптоматики должно проходить под собственным контролем. Если симптомы прогрессируют с самого начала или легкие симптомы спустя неделю усиливаются, надо будет решаться на кортикостероидную терапию.
4. Между обострениями я бы принимал антиоксидантный коктейль: витамин Е 300 мг в день, витамин С 1 полную чайную ложку в день, селен 100 мкг в день, цинк 10 мг в день.
5. Дополнительно весной и осенью можно было провести курс терапии женьшенем.
6. При приближении гриппа я увеличил бы дозу витамина С и дополнительно принимал бы эхинацею, а еще лучше гомеопатические средства.
7. Для снятия спастики, болей и тошноты, как и многих других симптомов, отдавал бы предпочтение гомеопатическим средствам, а при нарушении памяти и концентрации — гинкго билоба.
8. При синдроме хронической усталости прислушивался бы к своему организму, который должен предупредить меня от повышенных нагрузок, чтобы предупредить развитие обострения. Надо помнить и о том, что обычно пациент находится в постоянной стадии ремиссии.
9. Особое значение я бы придавал разумному питанию. Но вряд ли стоит прийти к диете, которая делает человека рабом питания и снижает радость жизни.
10. Воспользовался бы я советом психотерапевта? Да, если бы стало ясно, что мой РС находится под давлением психологических нагрузок. Ибо если болезнь зависит от жизненных обстоятельств, то их надо изменить, чтобы взять ситуацию под контроль.

58. РС и профессиональная деятельность

58.1 Как РС может отразиться на производственной деятельности?

Я перенесла первую атаку, неужели мне придется расстаться с любимой работой?

Специфика течения РС такова, что невозможно выработать всеобщие рекомендации. Ведь заболевание отличается как по выраженности нарушений, так

и по частоте обострений. Все пациенты имеют различную степень инвалидизации, которая существенно влияет на способность к учебе или работе. И, тем не менее, это не должно превалировать над возможностью продолжать жить как прежде на протяжении максимально возможного периода времени.

Работа играет в нашей жизни важную роль: она дает нам независимость и социальные контакты, является источником успеха и признания. Успешная профессиональная жизнь для пациента с РС так же важна, как и для любого человека. Многие пациенты с доброкачественным течением заболевания или незначительными неврологическими нарушениями способны поддерживать свой привычный образ жизни или учебы. Естественно, приходится реалистично оценить свои возможности в разных областях (физические возможности, социальные ограничения, познавательные способности), чтобы добиваться намеченных целей не только в ближайшее время, но и в более отдаленном будущем. И нет никакой необходимости преждевременно ставить вопрос об увольнении. Если работа доставляет удовольствие, не стоит сразу же с ней расставаться. Известно, что примерно треть пациентов с РС продолжает работать до достижения установленного пенсионного возраста, а другие расстаются с работой потому, что имеют недостаточно информации о своих финансовых и социальных правах, а также о том, где получить организационную поддержку. Надо искать возможность при необходимости поменять вид деятельности на более легкий, работать неполную рабочую неделю, неполный рабочий день. Сегодня существует немало вариантов работы на дому. Необходимо сохранять социальную активность, быть среди людей, общаться с коллегами, ощущать себя полезным и интересным для общества.

58.2 Как пациенту с РС вести себя с руководителем?

Пролечившись после первой атаки РС в стационаре, вышла на работу и чувствую себя нормально. Я знаю немного о своей болезни, поэтому не могу решить: говорить руководству о РС или нет. Ваше мнение?

На этот вопрос никто не ответит однозначно. В современных условиях даже здоровому человеку невозможно прогнозировать свое профессиональное будущее. Можно предположить, что от решения говорить или не говорить о своей болезни руководству зависит будущее работы. Но предсказать его реакцию трудно. Во многом это зависит от предшествующих достижений и необходимости в данном человеке на этом рабочем месте. В таком случае можно получить дополнительную поддержку. Но можно представить и такой вариант, когда сам факт болезни может несправедливо осложнить продвижение по службе. Не стоит забывать о том, что руководители структурных подразделений обычно не знают, как вести себя с сотрудниками, страдающими РС, и как реорганизовать их рабочую среду. Да и большинству коллег часто непонятны их проблемы. Как бы то ни было, решение о том, сообщать ли окружающим о своей болезни приходится принимать самостоятельно, исходя из своего собственного мировоззрения. Возможно, что на ранних стадиях заболевания, когда нет каких-либо видимых признаков заболевания, нет и особых причин рассказывать о своей болезни. С другой стороны, образовательные учреждения обычно создают специальные условия для таких пациентов, например, индивидуальные планы учебы, сдачи экзаменов и др. Естественно, с появлением признаков инвалидизации приходится решать вопросы трудоустройства. Не следует забывать, что существуют определенные юридические требования по социальной защите и поддержке лиц с ограниченными возможностями, с которыми можно ознакомиться в заинтересованных организациях.

58.3 Как влияет РС на способность выполнять свою работу?

Я пока чувствую себя прекрасно, но, очевидно, надо как-то перестраиваться?

Нет ничего удивительного в том, что пациенты с РС неодинаково реагируют на физические нагрузки, что зависит от конституционально-генетических особенностей организма. Несмотря на способность на ранних стадиях заболевания выполнять значительный объем работы, следует учиться распределять свою работу, чтобы вовремя предотвратить наступление переутомления. Специалисты утверждают, что правильное планирование и хорошая организация решают половину дела (см. 24.1 Как бороться с синдромом хронической усталости (СХУ)?)

Очень важно составить план рабочего дня, в котором необходимо учесть все свои дела, связанные с определенной физической нагрузкой. Затем следует распределить все задуманные дела по степени их срочности и важности. Это позволит избежать стресса и успешно справиться с запланированной работой, ибо, как известно, при длительном, длящемся несколько дней или недель стрессе повышается вероятность обострения болезни. Специалисты считают, что каждые 2–3 ч полезно устраивать небольшие перерывы по 10–15 мин. Нужно как можно рациональнее выполнять свою работу. Следует избегать бесполезного хождения взад-вперед, а также дополнительных или излишних операций, которые возникают в результате непродуманности и неправильного планирования рабочего процесса.

Болезнь вносит свои коррективы, порой вынуждая преждевременно или уходить с данного производства, или менять работу. Пациентам с РС не рекомендуются некоторые виды деятельности. Так, работа в условиях повышенной температуры окружающей среды может вызвать ухудшение самочувствия и повысить риск обострения болезни, а работа в условиях холода и сырости провоцирует развитие простудных заболеваний, что также может сказаться отрицательно на течении болезни. Не продуктивен труд, связанный со стрессом, дефицитом сна и нарушением биоритмов. Следует подумать и о смене работы, связанной с трудом на станках, ибо при снижении концентрации внимания и увеличении усталости возникает повышенная опасность травм. Точно так же следует планировать свою работу дома: делать частые перерывы, избегать большой физической нагрузки.

Пациенты, у которых имеются нарушения равновесия, координации, зрения, имеется выраженная слабость в руках или ногах, должны подумать, следует ли им продолжать водить автомобиль, т.к. возрастает опасность аварии. По тем же причинам, возможно, придется отказаться от работы, связанной с движущимися предметами и пребыванием на высоте. И, как уже неоднократно отмечалось, не следует допускать чрезмерного переутомления. Необходим адекватный отдых, полноценный сон (8–9 ч), прогулки на свежем воздухе (желательно 2 ч в день), занятия физическими упражнениями (2–3 раза в день по 15–20 мин), плавание.

58.4 Как выбрать профессию?

Моему сыну 15 лет. На что ему рассчитывать?

При РС трудно делать прогнозы. Однако ясно, что подросткам, которые еще учатся в школе или получают профессиональное образование, очень важно подумать о выборе профессии с учетом своей болезни. Следует заранее подумать о вероятности физических ограничений, которые не позволят выполнять работу со значительной нагрузкой, даже при наличии легкой степени инвалидности.

Естественно, желательно получить среднее образование, чтобы получить приемлемую работу. Иногда молодые люди соглашаются на тяжелую физическую работу, рискуя при этом получить травму и раннюю инвалидность. Этого не следует делать, ибо влечет за собой как ухудшение финансового положения, так и проблемы психологического характера. Необходимо учитывать, что в результате болезни может снизиться успеваемость в школе, поэтому не нужно предъявлять чрезмерные требования к результатам учебы, чтобы не вызвать стрессовые ситуации.

59. Семья, партнерство, сексуальные отношения, дети и рассеянный склероз

59.1 Что изменяется в семье, когда один из ее членов заболел РС?

У меня заболела недавно жена. Что нас ждет?

Как известно, РС обычно начинается в молодом и среднем возрасте, когда создаются семьи или прочные партнерские отношения, впереди большие планы по расширению семьи, а сексуальная жизнь играет важную роль в межличностных отношениях. Когда близкий человек заболевает РС, изменяется жизнь всех членов семьи, так как возникают новые проблемы. Приходится менять быт, привычки, перераспределять обязанности в семье. Не останавливаясь на специфических проблемах, отметим, что существуют общие вопросы, которые приходится постоянно решать.

Не секрет, что семейная жизнь у пациента с РС связана с гораздо большими психологическими нагрузками, чем у здорового человека, а это требует как от него самого, так и от его близких большого терпения, снисходительности, такта, интуиции и умения входить в положение другого. Нередко болезнь одного из партнеров становится и вызовом судьбы, и тем пробным камнем, который позволяет проверить на прочность взаимоотношения в семье. Последние данные говорят о том, что возникающие психологические проблемы, материальные сложности в 75% случаев приводят к распаду семей, в 17% случаев — к детской безнадзорности. Суициды в семьях больных РС случаются в 6 раз чаще средне-статистического.

Под действием сложных обстоятельств четко проявляются характеры партнеров, болезнь ставит перед ними задачу выдержать испытание и проявить свои лучшие человеческие качества. Это нередко дается с большим трудом как здоровому партнеру, так и больному. Естественен и страх больного человека потерять свою привлекательность как в личном, так и профессиональном плане. Возникают десятки вопросов, связанных с физическими ограничениями, требующих разрешения. Здесь нет единого рецепта, ибо будущее семьи во многом связано с индивидуальными качествами партнеров, степенью доверия и любви, имевшихся еще до болезни. Предстоит немало труда, терпения, взаимного понимания в решении многих вопросов. Эта тема достойна отдельной книги, но здесь мы ограничимся общими рекомендациями. Обобщая опыт жизни многих семей, в которых есть пациенты с РС, обратим внимание на некоторые моменты, важные для совместной жизни.

- Нужно использовать все имеющиеся в распоряжении технические и финансовые средства, чтобы по возможности облегчить повседневный быт (различные приспособления).

- Пациенты с РС должны своевременно прибегать к врачебной, психологической и социальной помощи, для того чтобы лучше адаптироваться к заболеванию.

- Здоровый супруг не должен замыкаться в рамках своей семьи, продолжая активный образ жизни.

- Нет смысла сохранять тайну о своем диагнозе в семье, ибо со временем дети все равно узнают о болезни одного из родителей. Лучше научить их участвовать в решении семейных проблем, привлекать их в разумных пределах к домашним делам.

- Не стоит замыкаться в своей семье. Активное общение с родственниками и друзьями поможет добиться лучших результатов в реабилитации.

- И главное — нельзя позволять болезни целиком овладеть всей жизнью.

К сожалению, болезнь вносит свои коррективы в жизнь, и сразу же возникает масса вопросов. Как сказать о своей болезни членам семьи, родственникам, детям? Не оказывает ли половая активность вредного влияния на течение болезни? Следует ли при этом соблюдать определенные правила поведения или меры предосторожности? Какие противозачаточные средства лучше всего использовать? Можно ли беременеть женщине, больной РС? Что следует учесть в период беременности, во время родов, кормления? Эти и ряд других вопросов волнуют пациентов, их партнеров и родственников.

59.2 Как сообщить о своей болезни семье?

Я заболела РС несколько месяцев назад. Первую атаку болезни в семье расценили как легкое недомогание, но я уже знаю, что меня ждет. Как сказать семье о диагнозе?

Действительно, в начале заболевания многие симптомы окружающим не видны. Но ведь рано или поздно родные и близкие заметят изменение вашего состояния. И вопрос, как и когда сообщить им о своем заболевании, становится насущным. Многое зависит от существующих взаимоотношений в семье, степени доверия и любви. Но ведь от РС не убежишь, поэтому лучше всего быть с родственниками откровенными, ведь и им придется примириться с диагнозом, который неизбежно повлияет на жизнь всех членов семьи.

Предстоит уточнить о возможной помощи в будущем, участии всех членов семьи в домашних заботах. Во всем должна быть взвешенность, ибо излишняя забота порождает мучительное чувство скованности и беспомощности, вынуждает родственников взвалить на себя непосильные нагрузки. Если рационально продумать график выполнения домашних дел, то останется достаточно времени на соблюдение привычных обязанностей, свободное время, хобби. Если возникают проблемы или психологические трудности в отношениях с супругом и детьми из-за перераспределения ролей в семье, приходится прибегнуть к помощи психолога.

59.3 Не оказывает ли половая активность вредного влияния на течение болезни?

У меня повышенная половая потребность. Это не может провоцировать новые атаки болезни?

На этот вопрос можно легко дать ответ, ибо половая жизнь пациентам с РС не только не вредна, но и полезна. В этот сложный период она дает не только сексуальное удовлетворение, но и помогает снять вредное воздействие стресса, способствует укреплению душевного равновесия, чувства уверенности в себе и собственной значимости и, что немаловажно, укрепляет отношения между партнерами. И здесь нет каких-либо специальных ограничений. Хотя гармоничная половая жизнь помогает легче справиться с болезнью в психологическом плане, тем не менее приходится учитывать факт болезни и возможные специфические особенности, связанные с ней.

59.4 Как изменяются интимные отношения в связи с РС?

После нескольких обострений у меня появились проблемы в сексуальных отношениях с женой. Это связано с болезнью?

Надо понимать, что любые изменения в отношениях партнеров связаны с вполне объяснимыми психическими и физическими отклонениями. Они могут быть связаны с РС, но вполне вероятно их самостоятельное развитие. Прежде всего, отметим, что в наш бурный век сексуальные нарушения — явление весьма распространенное и без РС, при этом главным виновником является психологический фактор. Ведь при малейших признаках половой слабости мужчиной овладевает тревога по поводу собственной «несостоятельности», которая естественно ослабляет сексуальное возбуждение.

При РС наслаиваются специфические особенности, связанные с заболеванием. Прежде всего, у пациента (пациентки) могут возникнуть мысли, что он (она) может стать партнеру обузой, быть им неправильно понятым или отвергнутым. Некоторые пациенты РС считают, что они непривлекательны для других и поэтому не могут иметь интимных отношений. Эти опасения, связанные с заболеванием, порой вызывают неуверенность в себе или стремление продемонстрировать свое «совершенство». В силу некоторых психических изменений иногда человек, страдающий РС, с отрицательной самооценкой пытается компенсировать свое беспокойство требованиями, которые воспринимаются его партнером как неприемлемые. Так он может отвергать близость, чтобы избежать чувства неудачи, фрустрации (разочарования), что вызывает естественную обиду у партнера, особенно, если данная тема не обсуждалась открыто. Некоторые пациенты боятся потерять контроль над мочевым пузырем или кишечником во время близости. Изменяются отношения, когда вследствие прогрессирования заболевания, возникает необходимость постоянного ухода за больным партнером. Превращение его или ее из любовника в сиделку может изменить окраску чувств. Пространство для интимных отношений сменяется другим, в котором чувство любви сопряжено с чувством сопереживания, а это уже требует чувства самоотдачи, глубокой привязанности.

Свои проблемы возникают и у партнеров, которые нередко полагают, что сообщать больному о собственных сексуальных потребностях не следует, дабы не создавать дополнительные трудности во взаимных отношениях, которые и без того осложнены болезнью одного из них. Здоровому партнеру часто трудно понять, что возникающие сложности обусловлены болезнью. Мы уже говорили о возможных сексуальных дисфункциях (см. 2.19  Возможны ли и другие нарушения функций тазовых органов?), рассказывали о мерах их коррекции (20.12  Какие можно принять меры при сексуальной дисфункции?), но теперь нам предстоит обсудить этот вопрос в аспекте межличностных отношений.

Не всегда обретается взаимопонимание и, прежде всего, в тех случаях, когда партнеры избегают говорить открыто и откровенно о возможных проблемах.

59.5 Надо ли разговаривать с партнером о своих сексуальных желаниях и потребностях?

Как-то не очень удобно говорить о сексе с партнером, а вдруг он неправильно меня поймет?

Нормы человеческого поведения диктуют необходимость открыто разговаривать со своим партнером о проблемах, связанных с половой жизнью. Просто длительное время существовали явно дефективные неписанные правила, не позволяющие людям стать раскрепощенными в этих вопросах, что и послужило

причиной распада многих семей. И сегодня далеко не многим здоровым людям удастся преодолеть смущение и скованность, а пациенту с РС, учитывая возможные физические и психологические трудности, это еще сложнее. Нередко этому мешает соответствующее семейное воспитание. А ведь идея совершенно проста: чем более доверительные отношения складываются между партнерами, тем более полноценной будет их половая жизнь, а следовательно, тем более прочными и гармоничными будут их взаимоотношения. Естественно, приходится учиться умию делиться с партнером своими мыслями и чувствами, проявляя максимум тактичности. Особенно это важно для молодых людей, не имеющих опыта ведения доверительных разговоров или от природы не наделенных чуткостью и умением сопереживать.

Если возникают сексуальные расстройства, обусловленные болезнью, не следует прекращать половую жизнь из страха не удовлетворить партнера. Следует обсудить, что можно предпринять для устранения сексуальных дисфункций. Кроме консультаций врача, предстоит выработать собственную тактику половых отношений, научиться новым позициям, удовлетворяющим обоих партнеров. Только обсуждая эти вопросы, можно найти радикальное решение устранения нарушений. Поскольку больной человек обычно испытывает страх и смущение, инициатива при этом должна исходить от здорового партнера. И, конечно, очень важно знать, какие изменения происходят в организме больного человека, ибо это позволит найти рациональный выход из положения. Лучше говорить о сексуальных проблемах, чем делать из них табу и в результате испытывать разочарование.

59.6 Какие меры должны принять партнеры для достижения психологической совместимости в новых условиях?

Понятно, что врач назначит лечение, но ведь придется что-то менять в себе?

Итак, мы пришли к мнению, что для решения интимных проблем обязательно требуется эффективное общение партнеров. Прежде всего необходимо правильно выбрать время для разговора, чтобы никто не мог прервать его или помешать, чтобы партнер не был чрезмерно уставшим или чем-то огорченным, раздраженным, куда-либо торопился. Нередко можно натолкнуться на недопонимание или неготовность к принятию новых решений. Существует несколько путей преодоления возможных при подобном разговоре недомолвок. Лучше всего предварительно получить совет у специалистов.

Хотелось бы остановиться еще на одном аспекте сексуальных отношений. Известно, что при РС очаги в спинном или головном мозге могут вызывать препятствия на обычном пути рефлексогенного ответа, что приводит к его нарушению. Вместе с тем известно, что психогенный ответ может наблюдаться даже при поражении рефлекторных путей. Например, при заболеваниях, поражающих крестцовый отдел спинного мозга, нарушена чувствительность в области половых органов, т.е. теряется ощущение прикосновений, боли и давления. Однако сохраняется возбудимость психогенного сексуального возбуждения. Это дает повод к поиску другого вида ответа.

Понятно, что часто просто невозможно изменить физический фактор, лежащий в основе данной сексуальной проблемы. В этой ситуации нередко двое людей, которые заботятся друг о друге, могут найти иной приемлемый путь справиться с трудностями и удовлетворить потребности друг друга. Надо учитывать, что половые органы не являются единственным источником сексуального наслаждения, ибо многие участки нашего тела имеют эротические зоны, способные к возбуждению. Более того, изменения в привычных сексуальных отношениях могут быть

поводом к поиску новых форм их удовлетворения. Специалисты подчеркивают, что сам по себе половой акт не является единственным средством достижения половой радости. Не следует упускать возможность поддержания теплоты отношений и чувства близости, которые являются очень важной составляющей полноценных сексуальных отношений. Партнеры могут доставить наслаждение друг другу разными способами, что может способствовать нормализации сексуальных отношений. Конечно, это требует времени и дополнительного «переобучения», и диапазон возможностей здесь достаточно велик. Это и дополнительные ласки различных эрогенных зон, массаж или оральный секс. Возможно также использование специальных приспособлений, например, вибраторов. Специалисты могут подсказать, как в каждом конкретном случае лучше реализовать свой сексуальный потенциал. Несомненно, лекарства и новые технологические решения оказывают существенную помощь. Но еще раз хотелось бы подчеркнуть, что важнейшими факторами в устранении сексуальных расстройств являются качество отношений между сексуальными партнерами и их желание решить проблемы, а также их готовность к принятию новых решений.

59.7 Каковы механизмы развития нарушений половой функции при РС?

Если специфические особенности половых нарушений при РС?

Прежде всего напомним, что РС является многоочаговым заболеванием, поэтому может затрагивать участки в нервной системе, отвечающие за различные функции: движение, координацию, чувствительность и т.д. Проявлением заболевания может быть и нарушение половой функции. Согласно данным одного исследования, 63% всех пациентов с РС постепенно снижают половую активность после постановки диагноза. По другим данным, изменения в сексуальной жизни происходят у 91% мужчин с РС и у 72% женщин, однако, достоверных сведений о частоте сексуальных нарушений у пациентов с РС по сравнению с другими людьми нет. Возможно, что эти цифры преувеличены и связаны не с реальным снижением сексуальности, а свалившимися проблемами, связанными с болезнью. По данным некоторых специалистов, с сексуальными проблемами встречаются лишь 10% пациентов.

Важно знать некоторые особенности развития РС и связанных с ним сексуальных дисфункций, что поможет снять неоправданно тяжелый психологический груз. Известно, что такие нарушения могут быть при непосредственном поражении соответствующих проводящих путей в головном и спинном мозге, которые, однако, чаще бывают обратимыми, а дисфункция — временной. Заболевание может привести к изменениям половой жизни в связи с появлением симптомов, препятствующих половой активности (мышечная спастичность, выраженная утомляемость, и т.д.). Лечение этих симптомов может полностью устранить нарушения половой функции (см. 20.12  Какие можно принять меры при сексуальной дисфункции?).

Половая дисфункция при РС может быть также следствием психологических проблем, устранение которых возможно и необходимо для нормализации сферы половых отношений. Имеющиеся изменения в психической сфере (см. 12.1  Какая связь между моей болезнью и психикой?) требуют нередко как психологической, так и медикаментозной коррекции. В то же время иногда обычные страхи и закомплексованность становятся причинами расстройств половых функций, которые ошибочно считают следствием болезни.

Отметим, что в период обострения болезни естественны временные или продолжительные расстройства в сексуальной сфере, выражающиеся, прежде всего,

в снижении полового влечения и эрекции, некоторой слабости проявления оргазма, сниженной возбудимости вследствие нарушения чувствительности в области половых органов. Определенные сложности представляют поиски удобной позиции для совершения полового акта. Не всегда здоровый партнер в состоянии понять, что возникающие трудности обусловлены болезнью.

Не следует забывать, что у пациентов с РС причинами сексуальных нарушений могут быть самые разнообразные заболевания (некоторые из них встречаются гораздо чаще, чем РС): сахарный диабет, урологические заболевания у мужчин (хронический простатит), гинекологические заболевания у женщин (широко распространенные хронические инфекции половых путей, гормональные нарушения). Чтобы назначить адекватное лечение, необходимо обязательно выявить истинную причину заболевания. И это еще одна причина необходимости обстоятельной беседы с партнером, чтобы принять решение о необходимости обследования.

Многочисленные исследования не находят строгого соответствия между половой дисфункцией и выраженностью других симптомов, длительностью болезни. Однако пациенты с нарушением половой функции очень часто имеют расстройства деятельности мочевого пузыря и кишечника. Разумно было бы посоветоваться со специалистами: неврологом, гинекологом или урологом.

59.8 Каковы особенности сексуальной дисфункции у мужчин?

Мне хотелось бы уточнить, как можно узнать, связаны ли половые нарушения с РС?

Понимая большой интерес пациентов к описываемой проблеме, мы еще раз вернемся к некоторым вопросам. Итак, у мужчин могут наблюдаться снижение чувствительности в области половых органов, ослабление эрекции или невозможность ее поддержания, ослабление или отсутствие эякуляции. Любое из этих нарушений может вызвать трудности или сделать невозможным совершение обычного полового акта. Прежде всего партнеры приходят к общему мнению о необходимости уточнения причин этих нарушений. Лечащий врач поможет разобраться, связаны ли они с наличием повреждений в нервной системе и какую роль в их развитии играют психологические факторы: депрессия или тревожность, связанные с «обязательствами выполнения» сексуальной функции.

Специалисты рекомендуют подготовиться к встрече с врачом, задав себе предварительно вопросы:

1. Могу ли я достичь эрекции при половом акте либо мастурбации и поддерживать ее?

2. Бывает ли у меня эрекция при пробуждении ночью или утром?

Если ответ на эти вопросы положителен, то неврологический дефицит эрекции, не является глубоким. Это означает, что пациент может достичь эрекции и поддерживать ее при прямой стимуляции пениса. Если ответ на вопросы отрицателен, то неврологический дефицит, скорее всего, является глубоким, и проблемы могут быть более длительными. В таком случае следует задать себе вопрос: бывают ли у меня трудности с мочеиспусканием (повелительные позывы, учащенное мочеиспускание или недержание мочи), а также запоры либо недержание кала и газов? Как уже отмечалось, при РС сексуальные проблемы часто сочетаются с нарушениями функции мочевого пузыря и кишечника. В любом случае предстоит тщательное обследование у специалистов, чтобы уточнить причины нарушений и назначить адекватное лечение.

59.9 **Бывают ли сексуальные дисфункции у женщин, связанные с РС?**

У меня и раньше было с сексом не все в порядке, а теперь появились неприятные ощущения во время близости. Это связано с РС?

До недавнего времени в обществе не было принято широкое обсуждение сексуальных проблем у женщин. В настоящее время им уделяется достаточно внимания в связи с распространенностью гинекологических, эндокринных и других заболеваний, связанных с половой дисфункцией.

К первичным расстройствам сексуальной функции у женщин при РС относятся:

- снижение чувствительности в области промежности, приводящее к снижению ответа на стимуляцию (наиболее частая жалоба) или неприятным ощущениям во время близости;
- ослабление либидо (полового влечения);
- снижение вагинальной смазки (вагалищной смазки), что может вызывать болевые ощущения и повреждение слизистой;
- ослабленное чувство оргазма.

Немецкие ученые провели исследование, в котором изучали влияние очагов демиелинизации в головном мозге на способность женщин с РС испытывать оргазм. В исследовании приняли участие 50 женщин (средний возраст $37,0 \pm 9,9$ лет), которые оценивались с помощью специального вопроса («индекс женской сексуальной функции» (FSFI) на предмет частоты, трудности с достижением и степени удовлетворенности испытанным оргазмом. Ученые изучали взаимосвязь балла по шкале FSFI с длительностью заболевания, тяжестью инвалидизации, количеством, объемом и локализацией очагов демиелинизации в головном мозге пациенток.

Выявлены обратные корреляции между FSFI и объемом очагов в белом веществе левой височной доли перивентрикулярно, а также в средне-нижней области затылочной доли справа (очаги в данных зонах затрудняли получение оргазма). В то же время очаги в первичной моторной коре правого полушария, коре левой префронтальной и нижней лобной извилина, правой амигдале, лобно-затылочной области фузиформной извилины слева, в среднем мозге прямо коррелировали с баллом по шкале FSFI (усиление и облегчение получения оргазма).

Интересным фактом представляется отсутствие значимых корреляций между длительностью заболевания и тяжестью инвалидизации обследованных пациенток.

Данная работа, хотя и является предварительной, подтверждает наличие взаимосвязи между очагами демиелинизации в головном мозге и клинической картиной РС. Какова практическая роль данного исследования? Эти знания помогут четче разработать план лечения.

Отметим, сухость во влагалище встречается так же у женщин при гормональной дисфункции и гинекологических инфекциях. Как и у мужчин, необходимо первоначальное обследование у невролога, а затем женщин обследует и лечит специалист-гинеколог. Обычно болезненные ощущения лечат с помощью гормональных средств, и иногда антидепрессантов, а сухость влагалища — применением специальных водорастворимых смазок. Не рекомендуется использование средств на основе вазелина из-за опасности присоединения инфекции, поскольку вазелин не растворим в воде.

59.10 **Как проявляются вторичные сексуальные расстройства?**

Могут быть половые нарушения, связанные с особенностями течения заболевания?

Известно, что РС может вызывать симптомы, опосредованно приводящие к нарушению половой функции.

Мышечные спазмы. Болезненные спазмы, обычно в мышцах бедер, могут приводить к затруднению разведения бедер, которое провоцируется движениями. Нередко проводимое лечение позволяет справиться с этой проблемой (см. 20.3  Как бороться со спастичностью?). Некоторые пациентки принимают удобную позу с помощью подушек. Можно попробовать уменьшить выраженность спазма давлением на бедра извне. Некоторым женщинам могут помочь теплые (но не горячие) ванны непосредственно перед близостью.

Патологическая утомляемость. Мы достаточно много обсуждали «синдром хронической усталости», поэтому легко представить состояние, когда неожиданно покидают силы, чувствуется полная истощенность, ощущение будто «выжат как лимон». Неудивительно, что при этом страдает не только половая функция, но и любой род деятельности. Мы подробно обсудили лечебные мероприятия при СХУ (24.1. Как бороться с синдромом хронической усталости (СХУ)?). Естественно, приходится прибегать к стимулирующим средствам. Опыт супружеских пар, в которых один или оба партнера имеют подобные проблемы, показывает, что следует выбирать то время суток, когда наиболее высок энергетический уровень. Не менее важно бывает избегать длительных перерывов в сексуальном общении.

Расстройства тазовых функций. Мы уже отмечали, что наиболее частый симптом в этой сфере — частые повелительные позывы на мочеиспускание. При более тяжелых нарушениях могут наблюдаться недержание мочи и даже кала. В таких случаях необходимо лечение у специалиста (см. 20.10  Какие существуют методы лечения нарушений функций мочевого пузыря? и 20.11 Чем можно помочь при нарушениях работы кишечника?). Однако необходимо и самим принять ряд мер в преддверии половой близости. Во-первых, следует воздержаться от приема жидкости за 2 часа до близости, опорожнить своевременно мочевой пузырь и кишечник. В ряде случаев приходится прибегнуть к помощи психолога для снятия чувства тревоги и страха, что поможет вернуть чувство уверенности.

59.11 **Что усиливает сексуальную дисфункцию?**

Нам приходится принимать столько лекарств, а не могут ли они провоцировать ослабление половой активности?

Специфика течения РС предопределяет возможность возникновения дополнительных проблем в сексуальной сфере. Прежде всего напомним, что усилить симптомы РС может повышение температуры тела, как за счет воздействия окружающей среды, так и некоторых заболеваний (гриппа, пиелонефрита и т.д.). Целый ряд препаратов могут снизить половую функцию. Так, антиспастические препараты, уменьшающие мышечный тонус, снижают влечение и возбудимость, транквилизаторы могут способствовать ослаблению эрекции и нарушению эякуляции, а антидепрессанты могут неблагоприятно влиять на эрекцию у мужчин и смазку у женщин. У женщин ослабить ощущение оргазма могут некоторые обезболивающие и антиспастические препараты. Как было уже отмечено, переутомление также не способствует высокой половой активности. В любом случае следует обратиться к врачу, чтобы уточнить причины нарушений и совместно с партнером найти пути устранения нарушений. Вновь хотелось бы подчеркнуть, что самый худший вариант — умалчивание проблемы, ибо это путь в ухудшение отношений с партнером, что, в свою очередь, может отрицательно сказаться на течении заболевания.

59.12 Могу ли я иметь ребенка?

Мне очень хочется иметь ребенка, насколько это безответственно для человека с РС?

В принципе ничего нет против того, чтобы женщина с РС родила ребенка. Тем не менее у каждой пациентки с РС есть как минимум три причины сомневаться:

- Могу ли передать заболевание ребенку?
- Как будет влиять беременность на течение моей болезни?
- Буду ли я в состоянии заботиться о ребенке?

РС встречается у женщин в 2–3 раза чаще, чем у мужчин, и естественно, что вопрос о возможной беременности является одним из частых во время обсуждения с врачом плана лечения. Поскольку беременность связана с некоторыми физиологическими изменениями, важно знать, как она влияет на течение РС. Доказано, что в большинстве случаев это воздействие положительное, с некоторым уменьшением числа обострений. Нет никаких данных, что РС приводит к бесплодию или увеличивает риск возникновения выкидышей, врожденных уродств, мертворожденности, осложнений родов и родоразрешения.

Следует учитывать, что ряд средств симптоматического лечения могут влиять на развитие плода, поэтому все вопросы, связанные с лекарственными препаратами, применением специальных диет, следует обсуждать с лечащим врачом.

Многие специалисты считают, что нет особых причин отказываться от возможности иметь ребенка, к тому же нередко он может быть желанным для обоих родителей. Если женщина думает о том, что ее болезнь будет прогрессировать, и она знает, сколько труда уже сейчас ей приходится прикладывать для ведения ее небольшого домашнего хозяйства, она должна хорошо обдумать свое желание. Многие люди не в состоянии представить себе, какие физические и душевные страдания испытывает пациент с РС, и поэтому важно, когда в семье созданы условия для откровенного разговора.

Естественно, вопрос о планировании беременности касается всех членов семьи. Имеет значение финансовая обеспеченность семьи, прогноз инвалидизации, способность и желание второго члена семьи и других родственников взять на себя заботы о ребенке. Если женщина намерена одна растить ребенка, то она должна основательно обдумать такой шаг, проконсультироваться с лечащим врачом, поскольку следует со всей ответственностью взвесить, возможно ли это будет с учетом предполагаемого течения болезни, т.е. будет ли болезнь и в дальнейшем протекать без осложнений, позволяя женщине продолжать работать, чтобы иметь достаточно средств для воспитания ребенка.

Для решения вопроса о расширении семейства следует учитывать многие факторы. Если оба партнера действительно страстно хотят иметь ребенка, то не стоит от него отказываться, исключая те случаи, когда болезнь протекает особенно тяжело. Душевные переживания порой труднее перенести, чем обострение болезни после родов, не говоря уже о том, что они могут сами по себе осложнить течение болезни.

Если женщина недавно перенесла первое обострение РС, то ей лучше воздержаться от беременности в течение следующих 1–2 лет, пока не станет ясно, в какой форме протекает болезнь. При этом женщина имеет возможность в случае тяжелого течения болезни провести длительный курс лечения, чтобы снизить риск обострения болезни в случае наступления желаемой беременности.

И пару слов о незапланированной беременности. Опыт показывает, что женщины, больные РС, еще больше, чем здоровые, боятся забеременеть. И связанное с подобной ситуацией разочарование также переживается сильнее. Такие

женщины испытывают тяжелые душевные переживания, вызванные незапланированной беременностью и особенно с последующим абортom, который всегда ухудшает течение РС. Прерывание беременности не только влечет за собой тяжелые душевные переживания, но и при определенных условиях повышает риск осложнения болезни.

РС входит в перечень медицинских показаний к искусственному прерыванию беременности (приказ Минздрава России от 28 декабря 1993 г. № 302 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности»). Однако, учитывая то, что в соответствии с «Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (ст. 36) каждая женщина имеет право самостоятельно решать вопрос о материнстве, искусственное прерывание беременности по медицинским показаниям проводится с согласия женщин независимо от срока беременности.

59.13 Могу ли я передать свое заболевание ребенку?

Я слышала, что у ребенка одной больной РС недавно врачи обнаружили это же заболевание. Значит, и у меня есть риск передать моему будущему ребенку РС?

Это далеко не праздный вопрос. Известно, что РС не является наследственной болезнью. В определенной степени наследуется предрасположенность к заболеванию. Если РС болен один из родителей, риск того, что их потомок также заболет этой болезнью, не очень велик. Вероятность, что у ребенка матери с РС будет также это заболевание, составляет 2%. Это в 20 раз больше, чем в обычной популяции, но риск 1:50 вряд ли является аргументом против возможной беременности. Ряд исследователей считают, что из ста человек, родившихся в семье, где есть больные РС, заболевают не больше 3–5%.

Некоторые неврологи считают, что если РС страдают оба родителя или заболевание встречалось и ранее у членов их семей, то вероятность возникновения РС у ребенка из такой семьи резко увеличивается, поэтому в подобных случаях они не рекомендуют обзаводиться ребенком. В сомнительных случаях рекомендуется пройти медико-генетическое обследование, которое на основании анализов крови, определяет наличие у потенциальных родителей факторов, способствующих развитию РС, и вероятность риска появления у них больного ребенка. Это еще не значит, что родится больной ребенок, ибо на возникновение заболевания влияют и другие факторы.

59.14 Как будет влиять беременность на течение моей болезни?

Я твердо решила родить ребенка. Должна ли я ждать обострения?

Длительное время существовала точка зрения, что беременность и роды провоцируют обострение РС. В связи с этим, большинству молодых женщин, больных РС, рекомендовали предохранение от беременности. Но в то же время известно немало случаев рождения детей без особых осложнений у их матерей. Более того, очень часто они сообщали врачам, что еще никогда за все время своей болезни не чувствовали себя так хорошо, как во время беременности. И сегодня врачи или активно поддерживают, или возражают против возможной беременности.

Считают, что необходимо различать вероятность обострения болезни во время беременности и вскоре после родов. Исследования, проведенные на большом материале с длительным наблюдением, показали, что во время беременности число обострений уменьшается, что, однако, мало влияет на дальнейшее развитие заболевания. Может ли беременность оказывать защитный эффект при РС?

Вероятно, да, поскольку те же иммунные факторы, защищающие плод от отторжения, угнетают возможную атаку в ходе беременности при РС. Большинство исследователей считают, что РС не оказывает никакого неблагоприятного влияния на течение беременности, отмечая при этом, что у женщин, имевших обострение заболевания после первых родов, и последующие роды могут сопровождаться обострением болезни.

Во время беременности у женщин повышается уровень гормонов, и поэтому беременные женщины с РС обычно имеют меньше проявлений болезни, когда повышается уровень гормона эстрогена.

Совершенно правильно делают те женщины, которые на ранней стадии болезни успешно провели длительный курс лечения, добившись не только более легкой формы течения болезни, но и возможности через несколько лет терапии осуществить свое желание иметь ребенка, не рискуя при этом получить обострение заболевания.

Специалисты рекомендуют приостановить иммуномодулирующее и иммуносупрессивное лечение во время плановой или случившейся беременности и периода кормления, после завершения которого оно может проводиться согласно имеющимся критериям.

Опыт ряда исследователей указывает на вероятность обострения в первые три месяца беременности, что зависит от особенностей течения РС, когда интервалы между периодами обострения были короткими. Поскольку это бывает не так часто, то обострение болезни во время беременности наблюдается лишь у небольшого числа женщин. Некоторые авторы считают, что при обострении во время беременности кортикостероиды могут назначаться. Проведенное недавно исследование показало, что при необходимости во время беременности можно назначать копаксон. Однако малое число наблюдений требует более глубокого изучения данного вопроса.

Особо велика опасность возникновения обострения в первые недели после родов, при этом она тем более высока, чем короче были интервалы между обострениями до сих пор. Опыт ряда специалистов показывает, что около 30% пациенток, не принимавших никаких мер по предупреждению обострения болезни, переживают его вскоре после родов. Немецкие специалисты считают, что у 25% женщин в первые 3 месяца и у 50% в первый год после родов может наступить обострение. В определенной мере риск рецидива в этот период связан с утомлением и стрессом, повышенной нагрузкой по уходу за ребенком, гормональной перестройкой.

В случае обострения после родов может быть проведен курс лечения кортикостероидными препаратами, однако в этом случае молодая мать не должна кормить ребенка грудью. С целью предупреждения обострения болезни некоторые врачи вводят на следующий день после родов иммуноглобулины.

Поскольку некоторые из средств симптоматического лечения или их комбинации, а также специальные диеты могут влиять на развитие плода, необходимо также все эти вопросы согласовать с врачом.

В настоящее время не требуется отмена препаратов первой линии (интерферон, глатирамера ацетат) до наступления беременности. Их прекращают применять по факту беременности, а цитостатики — как минимум за 6 месяцев до ее наступления.

Следовательно, вопрос планирования беременности необходимо обязательно обсудить с врачом.

59.15 Есть ли особенности способности к зачатию при РС?

Если я захочу ребенка, у меня могут быть проблемы из-за болезни? У моего друга тоже РС и у него есть физические ограничения. Что делать?

Менструальный цикл и овуляция у женщин с РС остаются такими же, как и до начала болезни. Женщины, которые ранее страдали во время месячных от напряжения, головных болей и т.д., продолжают испытывать те же сложности. Исследования показали, что РС не нарушает способность женщины к зачатию и деторождению, так же, как и у мужчин не нарушена способность к оплодотворению. К тому же, если существуют физические проблемы с совершением полового акта, возможно использование современных методов, включая искусственное оплодотворение, что дает возможность мужчине, страдающему РС, стать отцом.

59.16 Каковы особенности контрацепции при РС?

Я пока не планирую расширение семьи, как мне лучше предохраняться от беременности?

Женщины детородного возраста с РС, которые решили не иметь больше детей или отложить решение этого вопроса, нуждаются в адекватных противозачаточных средствах. Чрезвычайно важно использовать надежный способ предохранения от беременности во время приема лекарственных препаратов. Специалисты считают, что необходимо предусмотреть вероятность появления ребенка с врожденными пороками развития. Поэтому следует отказаться от беременности, даже спустя некоторое время после окончания курса лечения иммунодепрессантами и в первую очередь цитостатическими средствами. Именно поэтому решение этих вопросов принимается в тесном контакте с лечащим врачом.

Мы уже отметили, что РС не ограничивает репродуктивную способность, поэтому необходимо применять наиболее надежные способы предохранения от беременности, чтобы в полной мере испытывать радость сексуальных отношений, не омрачая свою жизнь проблемами, связанными с нежелательной беременностью.

В принципе нет каких-либо препятствий к применению различных методов контрацепции, но в силу особенностей течения заболевания использование некоторых из них может быть затруднено или имеются специфические особенности.

- Противозачаточные таблетки вполне приемлемы при РС, они является самым надежным способом предупреждения беременности, но следует учитывать, что назначение кортикостероидных препаратов может снизить эффективность противозачаточных средств, поэтому в период лечения целесообразно принять дополнительные меры по предотвращению беременности. Чтобы не усиливать побочные эффекты лекарственных средств при одновременном приеме противозачаточных таблеток, нужно предупредить лечащего врача. Особую осторожность необходимо проявлять при использовании тетрациклина и ряда других антибиотиков; барбитуратов и транквилизаторов, применяемых для улучшения сна, снятия тревоги или снижения повышенного мышечного тонуса; средств активизации печеночных ферментов. Имеются исследования американских ученых, подтверждающие, что уменьшить риск заболевания РС на 40% можно, принимая гормональные контрацептивы, содержащие эстрогены (женские половые гормоны). Ученые предположили, что именно высокий уровень экзогенных (полученных извне) и эндогенных (образующихся в самом организме) эстрогенов может задерживать развитие симптомов рассеянного склероза и отсрочивать возникновение первых симптомов заболевания.

- Часто применяемые пасты и влагалищные свечи, губительно действующие на сперматозоиды, не совсем надежны, и, кроме того, применение их осложняет-

ся, если у пациента нарушена координация движений рук. Лучше использовать их в сочетании с влажной диафрагмой, которую вводят во влагалище так, чтобы покрыть шейку матки и создать механическое препятствие для прохождения сперматозоидов в канал шейки матки, к тому же они не оказывают никакого вредного воздействия.

- Презервативы более эффективны при наличии специальной спермицидной пенки. При их использовании также могут возникнуть трудности, если пациент страдает спастическими парезами рук; кроме того, у мужчин, страдающих ослаблением эрекции во время полового акта, презерватив может соскользнуть, в результате чего сперма попадет во влагалище.

- Внутриматочные спирали, которые являются достаточно надежным и широко используемым контрацептивом, имеют определенное достоинство, так как их применение не связано с какими-либо манипуляциями, предваряющими половой акт. Некоторые специалисты считают, что их нецелесообразно использовать при нарушении чувствительности в области промежности и возникновении сильных спазмов мышц бедер из-за сложности в выявлении осложнений. При необходимости лечения иммуносупрессантами (препаратами, подавляющими иммунитет, в том числе кортикостероидными гормонами) из-за повышения риска развития инфекций следует находиться под наблюдением врача и регулярно, чаще, чем здоровые женщины, проходить медицинское обследование у гинеколога.

- Женщинам, принимающим кортикостероиды или азатиоприн для лечения рассеянного склероза, необходимо каждые 6 месяцев осматриваться у гинеколога (при этом обязательным является исследование молочных желез).

59.17 Есть ли особенности ведения беременности и родов у женщин с РС?

Что мне нужно предпринимать во время беременности и как готовиться к родам?

Специальных предписаний для беременных женщин с РС не существует, однако, учитывая заболевание, следует проводить активное наблюдение в женской консультации. В свою очередь лечащий врач-невролог подготавливает свои рекомендации по ведению беременности и родов. Эти документы должны быть всегда у женщины с собой, ибо поиски выписок в неурочное время всегда приводит к дополнительным волнениям. На практике пациентку направляют в перинатальный центр, где рождают женщины с отягощенной патологией.

В большинстве случаев дети, рожденные от больных матерей, здоровы, а уровень детской смертности и врожденной патологии одинаков у детей, рожденных от здоровых и больных РС женщин. Лишь в единичных случаях при выраженном неврологическом дефиците могут наблюдаться осложнения в родах, приводящие к асфиксии плода. По наблюдениям неврологов, вынашивание ребенка может даже приостановить развитие этого заболевания. По статистике у мам с двумя малышами риск заболеть в два с половиной раза ниже, чем у женщин не рожавших вообще.

К предстоящей беременности организм желательно подготовить. Для этого проводят курс общеукрепляющей терапии, закаливающих водных процедур, комплекс специальных упражнений для укрепления мышц тазового дна, устраняют очаги хронических инфекций (в кариозных зубах, придаточных пазухах носа и т.д.). Сейчас всем женщинам в период подготовки к родам рекомендуют пройти курс обучения специальным физическим упражнениям, чтобы освоить приемы дыхания, облегчающие течение родов. Для женщин с РС это просто необходимо, т.к. поможет ей избежать упадка сил во время родов и сократит время пребывания в родильном зале.

Во время беременности наряду со специальными витаминными комплексами для беременных целесообразно принимать дополнительно антиоксиданты (например, витамин Е), фолиевую кислоту, пить настои трав, оказывающих мочегонное, противовоспалительное и адаптогенное (общеукрепляющее) действие. Дозы и длительность курса также следует согласовать с врачом. Мы не обсуждаем общие для всех беременных диетические и двигательные правила.

При поступлении в роддом следует предупредить акушеров о том, что нередко женщина не может долго тужиться, быстро утомляется. Опыт показывает, что сам по себе РС не является причиной осложнений во время родов. Кроме того, роды будут протекать быстрее и более щадящим образом, если акушеры, помогающие женщине, учитывают особенности ее болезни.

Не следует бояться боли. Есть немало возможностей помочь роженице (обезболивающие средства, дыхательные наркотические препараты, акупунктура). Если женщине предстоит кесарево сечение, не следует этого бояться, ибо связанный с ним наркоз не вызывает обострения болезни или других осложнений. В то же время это снимает в ряде случаев угрозу жизни и здоровью ребенка и матери.

Нет никаких противопоказаний к кормлению ребенка грудью. Иногда приходится от этого отказаться, если уход за грудным ребенком является чрезмерной нагрузкой, обесценивающей женщину. Исследователи Американской академии неврологии наблюдали за беременными женщинами с рассеянным склерозом до того момента, когда их детям исполнился год. Более половины участниц не кормили своих малышей грудью. У 87% женщин из этой группы в первые 12 месяцев после родов возобновились приступы заболевания. Среди тех же, чьи дети питались материнским молоком, по меньшей мере, до двухмесячного возраста, частота рецидивов составила лишь 36%. На основании полученных результатов некоторые исследователи рекомендуют женщинам с РС кормить детей грудью вместо раннего возобновления приема лекарств.

В то же время имеются официальные рекомендации возобновить прерванную иммуномодулирующую терапию в течение первого месяца после родов в связи с тем, что наибольший риск обострений — это первые 3 месяца после родов. Как всегда, решение остается за пациенткой, но она должна довести его до лечащего врача.

Немецкие врачи считают, что если после родов нет осложнений, то рекомендуется кормить ребенка грудью в течение 4–6 месяцев, а затем перейти на необходимое детское питание. Хотя кормление грудью не способствует увеличению частоты обострений, оно вызывает значительное утомление и усталость, что может способствовать принятию решения о переходе на искусственное вскармливание. Если отмечалась активность заболевания до или во время беременности или женщина не желает кормить грудью ребенка, то можно начинать терапию через 2 недели после родов. При необходимости возможна гормонотерапия и в период кормления ребенка грудью.

Некоторые специалисты не рекомендуют стимулировать лактацию, так как это может спровоцировать обострение. В этот период полезны проростки пшеницы, пивные дрожжи, витамины В6, В12, С, Е, пантотенат кальция, экстракт черники. Вопрос о назначении витаминов, антиоксидантов и других средств решается совместно с врачом.

В заключение заметим, что ведение родов у женщин с РС проводится в первую очередь по акушерско-гинекологическим показаниям, женщина должна чувствовать себя нормальной и здоровой, тогда будет здоровый ребенок.

59.18 🗨 **Как решить проблему взаимоотношений родителей и детей при РС?**

Моему племяннику 15 лет. Теперь, когда ему поставили диагноз РС, его взаимоотношения с родителями стали сложнее. Есть же выход?

Мы еще не касались такого вопроса, как болезнь молодых людей и их взаимоотношения с родителями. Во все времена сложно было добиться решения проблемы «отцы и дети». Когда же РС заболевает юноша или девушка, возникают значительные сложности. По-разному реагируют на сообщение о диагнозе обе стороны. Чаще всего родители, естественно, бывают очень встревожены, если их сыну или дочери ставят диагноз РС. Они стремятся во что бы то ни стало чрезмерно опекают своего ребенка, оберегая его от излишних нагрузок и нежелательных с их точки зрения действий. Они забывают, что перед ними уже не маленький ребенок и что ему необходимо самому учиться приспосабливаться к новым условиям жизни. Нет сомнения в том, что взрослыми движут самые лучшие намерения, но такая чрезмерная опека порой провоцирует на конфликты и становится причиной напряженных отношений между больным подростком или девушкой и родителями. Вполне способные нести за себя ответственность подростки, которые еще не могут противостоять воле родителей, переживают, сердятся, копят в себе злость и т.п., что негативно отражается на течении болезни.

Часть молодых людей пассивно подчиняются обстоятельствам, благосклонно позволяют родителям заботиться о себе и поэтому никогда не становятся самостоятельными личностями, не ставят перед собой целей, связанных с обучением или получением профессии, не ищут подходящих спутников жизни, которые готовы были бы понять их и оказать помощь. Став взрослыми, им сложно преодолеть этот заколдованный круг, что в дальнейшем может завершиться тяжелой депрессией.

Мы понимаем, что книгу будут читать и родители, поэтому полагаем, что, несмотря на некоторую жесткость, им следует изменить тактику по отношению к больным детям. Надо приложить все усилия, чтобы не избавлять своего ребенка от всех обязанностей, а воспитывать в нем самостоятельность и побуждать его самого организовывать свою жизнь с учетом болезни. Делая за него все, родители оказывают ему плохую услугу.

Нередко молодые люди, болезненно реагируя на заботу и сверхопеку родителей, проявляют упрямство, делают все наоборот и категорически отказываются от помощи. Таким поведением они рискуют навредить себе, так как бездумно игнорируют все советы, порой оставляют без внимания рекомендации врача, нередко умалчивают о тех или иных проявлениях болезни, не принимают должных мер во время обострения болезни, ведут нездоровый образ жизни.

Следует помнить, что болезнь заставляет рано созреть и повзрослеть, поэтому в таких случаях бесполезно ругать подростка или юношу (девушку), надо убедить их, что окружающие понимают, что они находятся в сложной ситуации и переживают кризис. Они должны знать, что никто не собирается опекать их сверх меры, что близкие верят в их силу духа и самостоятельный характер и пытаются перебороть собственные страхи и тревоги, вызванные болезнью. Немало и таких молодых людей, которые понимают, что в будущем их ждут определенные трудности, связанные заболеванием, они проявляют психологическую стойкость и вырабатывают собственную тактику борьбы с заболеванием, позволяющую им определить собственные ориентиры. В любом случае желательно найти ту золотую середину, когда молодые пациенты и их родители будут оказывать взаимную моральную помощь, поддерживать друг друга и искать все возможные пути к поиску оптимальных мер лечения и реабилитации.

Что и как говорить своим детям о болезни? Довольно часто, когда болезнь протекает с невыраженными проявлениями заболевания, родители щадят детей (и, вероятно, себя), скрывая всю правду о болезни, надеясь, что дети со временем повзрослеют, получат образование, построят карьеру и найдут себе пару.

Специалисты считают, что, если взрослым пациентам необходимо сразу раскрыть всю правду о заболевании, то здесь такая тактика не всегда оправдана. Например, подросткам до 15 лет со слабо выраженными симптомами и минимальными отклонениями от нормы нет необходимости раскрывать полностью природу и перспективы развития болезни, позволяя детям вести нормальный образ жизни. Со временем ситуация может измениться, но определенный период родители могут принимать решения сами во взаимодействии с лечащим врачом. Подросткам старше 15 лет можно сказать правду о болезни и вовлечь их в принятие решений о лечении, образовании и пр. Но важно помнить об их эмоциональной неустойчивости и неуверенности в себе, которые усугубляют для них трудность принятия диагноза.

59.19 🗨 **Как вести себя с ребенком, если у родителя выявили РС?**

Моему ребенку 8 лет. Какие изменения в его поведении можно ожидать, когда он узнает о моей болезни?

Теперь к той же проблеме подойдем с другой стороны. Если заболевает РС кто-либо из родителей, то вынужденно меняется жизнь и ребенка и ему придется приспосабливаться к определенным изменениям. Это заметно в тех случаях, когда в связи с обострениями больному приходится ограничить круг своих обязанностей, перекладывая их на плечи других членов семьи.

А что чувствует ребенок? Дети часто ощущают тревогу за родителей и страх, что папа или мама умрет или станет инвалидом. Иногда их разочаровывает неспособность больного родителя выполнять те или иные прежние дела. Очевидно, следует понять неловкость или смущение ребенка, которые он испытывает, появляясь на людях с родителем, передвигающимся с помощью трости или коляски. Чтобы развеять тревоги ребенка, лучше всего обсудить все вопросы в спокойной обстановке. Лишь открытый разговор помогает установить доверительные отношения, уменьшить стресс и рассеять страхи. Пусть не удивляет родителей, что ответной реакцией на болезнь одного из них у ребенка может быть раздражение, гнев, страх, чувство неловкости, вины, обиды, печаль, уныние, депрессия, ощущение безнадежности. Эти изменения могут привести и к переменам в поведении в семье, школе, в отношениях с друзьями.

Ребенок может задать ряд вопросов. Если у тебя рассеянный склероз, то он будет и у меня? Тебе будет становиться все хуже? Почему тебя не могут вылечить от рассеянного склероза? Ответы на эти вопросы имеются в книге, но не всегда удается убедить детей в их истинности. Возможно, что есть смысл поговорить с ребенком кому-то из близких людей, заслуживающих его доверия, или прибегнуть к профессиональной помощи. Специалисты советуют вовлекать ребенка в обсуждение семейных вопросов, постепенно расширять диапазон его обязанностей, подчеркивать его самостоятельность и зрелость в принятии решений. Вряд ли стоит рассказывать о своей болезни маленьким детям, но если возникают вопросы, важно на них отвечать. Подсознательно дети понимают, что что-то не так, и могут плохо себя вести. Детям старшего возраста и подросткам следует осторожно сказать о своей болезни. Иногда кажется, что это известие не вызывает у них беспокойства или оставляет равнодушными, но это обычно далеко не так: дети по-другому проявляют свои переживания. Подростки ждут, что к ним будут относиться как к взрослым, и, если не разрешить им участвовать

в решении семейной проблемы, они могут обидеться и повести себя неадекватно. Однако если поддержать их стремление помочь, они могут повести себя очень по-взрослому и действовать энергично.

59. 20 Возможно ли экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) при РС?

Я много лет замужем, но у нас нет детей. Последние годы чувствую себя хорошо. Можно ли нам решиться на ЭКО?

В связи с широким распространением этого метода решения семейной проблемы этот сложный для супругов вопрос все чаще возникает в семьях, где супруга страдает РС. До недавнего времени ответить на него было сложно. ЭКО — процедура репродуктивной технологии, которая применяется при лечении бесплодия, суть которой состоит в искусственном оплодотворении женской яйцеклетки и последующем переносе полученного эмбриона в полость матки.

Французские ученые провели первое исследование, целью которого было определение возможной связи между повышением вероятности развития очередного обострения рассеянного склероза и процедурой ЭКО. Результаты исследования показали, что у женщин, страдающих РС, риск развития очередного обострения возрастает в течение первых трех месяцев после проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения по сравнению с аналогичным периодом перед процедурой ЭКО. Ученые отметили, что этот риск значительно возрастает в том случае, если сама процедура ЭКО не оказалась успешной и не привела к желаемой беременности. Повышение риска специалисты связывают с необходимой при проведении ЭКО гормональной стимуляцией и стрессом.

В связи с этим Европейское общество нейробиологии и церебральной гемодинамики (ESNCH) предупреждает о высоком риске развития обострений при ЭКО.

Понемногу о важном

60. Что я могу и должен делать сам?

Как и при любом хроническом заболевании у пациентов с РС возникает множество вопросов. Очень важно знать, что может повлиять на течение болезни, вызвать обострение или, наоборот, благоприятно сказывается на самочувствии, как следует вести себя в тех или иных ситуациях.

60.1 Возможно ли проведение профилактических прививок пациентам с РС?

Мой участковый врач предлагает сделать прививку против гриппа. Разве это при РС не вызывает сомнений?

В научном мире по этому вопросу нет единомыслия. Одни говорят, что вероятность обострения после перенесенного гриппа значительно возрастает, поэтому следует предпринять все меры для его предупреждения, в том числе сделать прививку. Есть данные, что особенно опасны две недели до возникновения инфекционного заболевания и пять недель после него, когда этот риск утраивается.

Другие говорят, что любая стимуляция иммунной системы может спровоцировать новую атаку болезни, поэтому лучше отказаться от прививок, пока не будет выяснена причина РС. В то же время имеются исследования, указывающие на то, что прививки против гепатита В, гриппа и столбняка не оказывают отрица-

тельного воздействия на течение РС. Имеется, однако, работа, в которой доказано, что первичная манифестация РС имеет временную связь с противостолбнячной прививкой. Неудивительно, что имеется определенная настороженность против прививок, ибо любая иммунизация стимулирует иммунную систему, что может быть провоцирующим фактором дебюта и обострения РС.

Необходимо различать иммунизацию активную и пассивную. При пассивной иммунизации в организм человека вводят иммунную сыворотку или иммуноглобулины, которые подавляют деятельность определенных возбудителей, например, возбудителей столбняка, весенне-летнего менингоэнцефалита, гепатита. Сыворотку вводят, например, после травмы или ранения для предупреждения столбняка или после укуса клеща в зараженной вирусом весенне-летнего менингоэнцефалита местности. Если предстоит поездка в местность, где широко распространен вирус гепатита (вирусной желтухи), то обычно также делают прививку. Введенная сыворотка предотвращает болезнь, поскольку присутствует в организме в момент размножения возбудителей болезни (инкубационный период) и обезвреживает их. Однако спустя несколько недель после ее введения она прекращает свое действие, вследствие чего при возникновении опасности нового заражения прививку приходится повторить. Многие ученые считают, что для пациентов с РС пассивная иммунизация не опасна, т.к. она не влечет за собой обострения болезни, поскольку введение сыворотки не стимулирует деятельность защитных клеток.

При активной иммунизации вводятся вакцины или анатоксины, побуждающие иммунную систему вырабатывать защитные клетки и вещества. Спустя некоторое время при возможном проникновении возбудителей той или иной болезни защитные клетки обезвреживают их и не позволят им вызвать болезнь. Существует мнение, что именно такие профилактические прививки могут стать причиной обострения болезни. Многие специалисты логично считают, что, поскольку факт ухудшения течения РС после вакцинации, в частности против гриппа неоспорим, надо от них отказаться, что полностью соответствует постулатам иммунологии — иммунодефицитные больные вакцинация не подлежат. Другие авторы считают, что профилактические прививки нельзя считать абсолютным фактором риска, провоцирующим обострение болезни.

Мы считаем, что недопустимо упрощать эту проблему. Хотя некоторые авторы утверждают, что в принципе прививки при РС возможны, но лучше подходить к ним с осторожностью, отказавшись от всех второстепенных прививок. Оправдана прививка от бешенства, которая может спасти пациента, хотя она и очень опасна. Не рекомендуется делать прививку против оспы, которая не представляет теперь особой опасности из-за отсутствия эпидемий. С нашей точки зрения, пациентам с РС следует иметь убедительные основания для того, чтобы решиться на прививки.

В последние годы специалисты все чаще приходят к мнению, что пациентам с РС до эпидемии гриппа следует проводить вакцинацию, так как эта вирусная инфекция является мощным фактором риска возникновения обострений. При этом следует учитывать, что у больных, получающих копаксон, тизабри или митоксантрон, период действия противогриппозной вакцины укорочен. Таким больным нужно вводить двойную дозу вакцины. При применении интерферонов бета укорочения действия противогриппозной вакцины не отмечается.

И все же в этом вопросе желательно быть сдержаннее. Следует воздержаться от активной иммунизации против столбняка, делая лишь пассивную иммунизацию при острой необходимости. Что касается малярии, то пациентам с РС, которые направляются в местности, где высока степень вероятности заражения

малярией, делают химиопрофилактику, ибо повышенная температура тела при малярии вызывает ухудшение состояния и становится причиной усиления проявлений функциональных расстройств, а также может повлечь за собой поражение клеток головного мозга, что усилит проявление симптомов РС. К сожалению, как и во многих других практических вопросах, связанных с РС, сегодня нет единого мнения и по этому вопросу как у ученых, так и у практических врачей.

В любом случае, решение о возможной профилактической прививке следует принимать совместно с лечащим врачом.

60.2 Что делать при ОРВИ (гриппе)?

Ученые давно ведут поиски возможных препаратов, способных помочь пациентам с РС и не принести вред. Пока остаются обычные рекомендации: постельный режим, прием жаропонижающих средств, капель в нос, полоскание горла. Рекомендуются препараты прямого противовирусного действия (непосредственно действующие на вирус гриппа А): ремантадин, а также тамифлю, триазаверин (отечественная разработка).

Некоторые специалисты назначают амиксин (отечественный препарат — индуктор интерферона, выпускается в таблетках по 0,125), но большинство ученых не поддерживают эту методику.

60.3 Можно ли пользоваться сауной?

Я с трудом удерживаю своего мужа, у которого сейчас ремиссия, от посещения сауны. Он трижды недавно был в сауне, но хуже ему не стало. Разве сауна ему не противопоказана?

Есть известное правило: РС жару не переносит. Это доказано еще в конце XIX века и проявляется синдромом «горячей ванны» (см. 2.10 Почему повышается чувствительность во время купания?). С почтением относясь к известным правилам, отметим все же, что не стоит быть и их рабом. Очень важно уметь прислушиваться к своему организму, ибо все, что дает хорошее самочувствие, оказывает лечебное действие. РС — очень индивидуальное заболевание, поэтому важен личный опыт. Если есть ощущение, что ни после посещения сауны (русской бани), ни на следующий день самочувствие не ухудшается, то вполне можно периодически позволить себе это удовольствие, не забывая о необходимости разумной экспозиции, что для некоторых людей в силу особенностей характера нередко представляет проблему. Никогда нельзя забывать, что РС может нанести неожиданный удар, поэтому к любым мероприятиям, связанным с перегреванием, надо относиться с осторожностью.

60.4 Нужно ли исключить алкоголь?

Мне врач не рекомендует совсем употреблять спиртные напитки, но так трудно на различных мероприятиях обходиться одной минеральной водой. Алкоголь действительно при РС вреден?

Что касается еды, курения и алкоголя, врач редко объективен. Все зависит от его собственных пристрастий. Понятно, что истинный алкоголик имеет больше проблем со здоровьем, чем трезвенник. Пока нет конкретных работ, доказывающих необходимость пациентам с РС полностью отказаться от спиртных напитков.

Некоторые пациенты были рады сообщению бельгийских ученых о том, что при рецидивирующем начале РС умеренное количество алкоголя (не более 40 г алкогольных напитков крепостью 40% для мужчин и 30 г для женщин в сутки) один раз в неделю дает возможность достигнуть инвалидности 6 баллов по шка-

ле EDSS позже, чем при неупотреблении крепких алкогольных напитков. Пациенты, которые пили вино в умеренных количествах, достигали EDSS 6,0 четырьмя годами позже, чем те, кто не пил вина.

Ученые считают, что умеренное потребление алкоголя при рецидивирующем РС можно объяснить его благотворным воздействием на иммунную систему. Умеренное потребление вина или пива ассоциируется с более низким уровнем системного воспаления. Кроме того, ресвератрол, полифенолы, не относящиеся в флавоноидной группе в высоких концентрациях, содержатся в красном вине и обладают противовоспалительным и антиоксидантным свойствами. Так что фужер красного вина в хорошей компании вряд ли повредит.

Результаты исследования, полученные при анализе данных о пациентах с первично-прогрессирующим типом течения заболевания, к сожалению, не продемонстрировали зависимости между скоростью нарастания инвалидизации и потреблением различных напитков.

60.5 Могу ли я продолжать курить?

Недавно узнал, что у меня РС, теперь надо переходить на новую диету, что я еще понимаю, но вот отказаться от курения — это сложно. А надо ли в действительности?

Даже если и нет прямой связи РС с курением, в любом случае человеку с хроническим заболеванием следует избавиться от вредных привычек и перейти на здоровый образ жизни. Курение относится к частым и вовсе необязательным факторам, осложняющим нам жизнь. Несколько «старых» курильщиков рассказали нам о том, что ограничение в курении, вызванное временной необходимостью, убедило их полностью отказаться от него, т.к. они почувствовали себя значительно лучше.

Считалось, что здесь срабатывает механизм, схожий с синдромом «горячей ванны» (2.10 Почему повышается чувствительность во время купания?). Нервные волокна, лишённые необходимой защиты в очагах, чувствительны к любым, даже слабым травмирующим факторам, а никотин, как известно, нервный яд.

В недавнем исследовании американских ученых идентифицирован токсин табачного дыма, ухудшающий течение рассеянного склероза. Им оказался акролеин — нейротоксин, входящий в состав табачного дыма, который всасывается из легких и, попадая в нервную ткань, участвует в разрушении нейронов. Обычно миелин защищает клетки нервной системы от акролеина, однако при РС миелиновый слой повреждается болезнью и токсин беспрепятственно проникает в них, усугубляя процессы нейродегенерации, приводящие к прогрессированию болезни.

Добавим, что нередко добавляется кашель курильщика. Конечно, можно понять заядлого курильщика, для которого жизнь без сигарет (и нередко спиртного) теряет некоторую привлекательность, но ведь, отказавшись от этой привычки, чувствуешь себя значительно лучше, что отражается на физической и умственной деятельности. И чтобы не быть голословными, приведем результаты исследования американскими учеными 1465 пациентов с РС. Всех этих пациентов разделили на три группы: никогда не куривших, бросивших курить и продолжающих курить в течение исследования. Было показано, что пациенты, уже курившие на момент начала наблюдения, имели более высокую степень инвалидизации по сравнению с некурящими больными, кроме того, среди курящей группы значительно чаще встречался первично-прогрессирующий тип течения рассеянного склероза. При дальнейшем наблюдении было установлено, что наступление вторичного прогрессирования у пациентов продолжающих курить, наступает в два раза быстрее,

чем у некурящих и бросивших курить больных. Повторные МРТ исследования также продемонстрировали более быстрое нарастание поражения головного мозга бляшками демиелинизации у курящих пациентов.

Новые исследования показали, что курение повышает риск заболеваемости РС в 1,2–1,5 раза, а также увеличивает риск достижения EDSS 6.0 в 1,35 раза. Более того, с ранним началом курения (до 17 лет) возрастает вероятность заболевания (по сравнению с некурящими) в 2,7 раза. Разве необходимы еще более неоспоримые доказательства?

60.6 🐾 Можно ли ехать на море летом?

Мы ежегодно выезжали семьей отдыхать на море. Несколько месяцев назад я перенесла после длительного перерыва маленькое обострение, но врач не рекомендует ехать на море.

Здесь все очень просто. Остается в действии известный принцип: подавляющее большинство пациентов не выдерживают поездки в теплые края летом. Если вы постоянно выезжали на юг, и это не провоцировало обострений, то особых противопоказаний нет (см. 11.2.5 🐾 Что означает прогностическое правило Гиппократов?). Отметим, что «опытные» пациенты давно убедились, что перегревание не идет на пользу, поэтому самое лучшее — оздоравливаться, если есть необходимость и возможность, в теплых краях весной или осенью. Хотя РС — не повод, чтобы отказаться от отпуска, желательнее избегать утомительных переездов и устраивать паузы для отдыха во время путешествия. Достаточно тяжело переносить длительные поездки на автобусе, особенно при отсутствии кондиционеров. Весьма проблематична поездка в тропическую страну из-за жары и риска инфекционных заболеваний, ибо слишком жаркий климат может вызвать обострение болезни. Нельзя забывать необходимые медикаменты и средства для защиты от насекомых.

Сложно давать советы взрослым людям, имеющим собственное мнение. Но существует коллективный опыт многих пациентов с РС. Вы можете, конечно, делать, что вам хочется, если вам очень нравится тепло, но уместно напомнить, что жизнь дается один раз. Итак:

- Естественно, что нельзя находиться на открытом солнце и давать физические нагрузки. Лучше находиться в тени, пусть даже ценой потери определенной степени «коричневости» кожи.
- Принимать чаще прохладный душ, можно держать на шее влажное полотенце.
- Обязательно следует летом носить легкий головной убор, вещи из хлопчатобумажной ткани.
- Если квартира выходит окнами на юг или запад, не мешало бы обзавестись жалюзи.
- В который раз напомним о необходимости пить летом больше. Заметим: если есть потребность сходить в туалет, не откладывайте это мероприятие.

60.7 🐾 Исключает ли РС занятия спортом?

Некоторые из моих знакомых с РС не оставляют занятия спортом, а я почему-то боюсь. Оправданы ли мои страхи?

Диагноз РС не должен служить поводом для того, чтобы оставить занятия спортом.

Как известно, у большинства пациентов имеются нарушения движений, поэтому неудивительно, что возникает опасение в том, что физические нагрузки

вызовут усиление спастичности мышц. Но это не так. Более того, к этому может привести ограничение двигательной активности. Благодаря дозированной физической нагрузке можно значительно улучшить контроль за своими движениями.

Проведенные исследования и личный опыт многих пациентов показали, что регулярные физические упражнения укрепляют физически и духовно. При этом возрастает мышечная сила и функциональные возможности, уменьшаются спастичность, нарушения равновесия и функций тазовых органов, отступают депрессивное настроение и чувство усталости. Известно, что при РС нет возможности дать единый рецепт рационального выбора видов спорта. Однако обязательно следует учитывать вероятные ограничения своих физических способностей, чтобы не подвергать себя ненужной опасности, стремясь превысить свои возможности и рискуя при этом пережить несчастный случай и получить тяжелую травму. Помочь в выборе приемлемого вида спорта могут лечащий врач и физиотерапевт. Обычно считаются более пригодными такие виды спорта, которые не требуют слишком значительных нагрузок. К ним относятся плавание, спортивная ходьба, конный спорт, йога и подобные физические упражнения. В зависимости от физического состояния возможны занятия аэробикой или тренировки в фитнес-центре, которые также направлены на решение физиотерапевтических задач. Некоторые предпочитают заниматься в специализированных группах, организуемых для пациентов с РС, которыми обычно руководят опытные инструкторы. Чаще всего такие занятия проводятся в бассейне (см. 25.6.3 Есть ли опыт применения водных процедур при РС?). Такие занятия позволяют лучше организовать контроль за ходом тренировок.

Некоторые любители езды на велосипеде не могут оставить его, но нужно предусмотреть опасность травм из-за нарушения чувства равновесия и сниженной реакции вследствие паралича и нарушения зрения.

Мало доступен пока метод лечения с помощью верховой езды, который используется для улучшения самочувствия (см. 25.8 В чем заключается принцип иппотерапии и применяется ли она при РС?). Отмечено, что покачивающаяся поступь лошади действует расслабляюще на больного и, подлаживаясь под нее, он усваивает верные движения и инстинктивно начинает их воспроизводить.

Теннис способствует тренировке мышц ног и спины, координации движений тела и глаз. Этот вид спорта доступен тем пациентам, у кого еще нет выраженных ограничений физических способностей. Полезны и спортивные игры с мячом. Только, напомним, нельзя заниматься спортом под солнцем.

Физиотерапевты могут предложить комплекс упражнений на растягивание. Следует не забывать о регуляции нагрузок. Они не должны приводить к боли. Затем желательнее принять теплый душ, сделать массаж и отдохнуть.

В период обострения занятия спортом, так же, как и другие виды физической деятельности, необходимо прекратить на 3–4 недели, а порой и более длительный срок. Но уже спустя несколько дней после появления первых признаков улучшения состояния следует начать делать двигательные упражнения (лечебную гимнастику), уделяя внимание определенной группе мышц и постепенно увеличивая нагрузку и объем. Эти меры в меньшей степени способствуют проявлению функциональных расстройств. Те пациенты, которые много лет регулярно занимаются спортом, знают, что следует обращать внимание на некоторые правила.

Не следует избегать обыкновенной ходьбы, но необходимо прислушиваться к своему организму. Можно в фитнес-студии тренироваться на «бегущей дорож-

ке», чтобы лучше отрегулировать скорость ходьбы. Понятно (а часто просто необходимо), что можно ходить в магазин за покупками, останавливаясь при необходимости для отдыха.

Для новичков повторим основные правила.

- С самого начала необходимо отработать дозированную нагрузку, чтобы через час после окончания тренировки чувствовать себя хорошо и полностью отдохнувшим.
- Любую тренировку следует начинать со специальной разминки во избежание нежелательных травм. Затем следуют короткие серии упражнений.
- Следует избегать выраженной усталости, для чего всегда необходимо устраивать короткие паузы между упражнениями, а в ходе занятий перерыв.
- Необходимо сообщить тренеру и спортивным партнерам о своем диагнозе, что исключит неприятности при изменении тренировочного режима или пропуске занятий.
- Избегать занятий спортом на открытом воздухе в жаркую погоду или в слишком душных помещениях.
- Особенно важно пить достаточное количество жидкости, до и после занятий спортом лучше употреблять холодные напитки.
- После тренировки принимать прохладный душ (но не холодный во избежание переохлаждений).
- Не следует использовать упражнения, связанные со сгибанием коленных суставов с тяжестями.

Не станем приводить результаты исследований ученых, доказывающих необходимость физических нагрузок при нарушениях, связанных с РС. Они убедительно говорят о том, что разнообразные двигательные движения обязательно принесут пользу пациенту.

60.8 Можно ли больным РС делать операции?

Мне предстоит операция по поводу грыжи. Надо ли ее бояться?

Не будем говорить о том, что любая операция — это хирургическое вмешательство, результат которого непредсказуем. Пока нет статистически достоверных данных о связи обострений с операциями. Тем не менее обычно пациентам с РС рекомендуется делать только самые необходимые операции. Ведение послеоперационного периода не имеет каких-то специфических особенностей.

60.9 Как справиться с неловкостью?

Как-то надо преодолеть непривычное состояние, что вы посоветуете?

Каждому понятно, что ряд имеющихся симптомов может привести к этим неприятным последствиям. Можно, естественно, проводить комплексное лечение координационных нарушений, широко используя все возможности. Но больше приходится тренироваться самому, когда одеваешься, застегиваешь пуговицы и кнопки, пишешь записочки, чтобы упорядочить нужные дела, накрываешь стол, кормишь животных. Окружающие должны знать: ваша неловкость связана с поврежденными нервными путями, а не с нежеланием сделать что-либо. В конце концов, у вас есть право на подобную беспомощность, хотя и не хочется в этом признаваться даже себе самому. Безусловно, вы принимаете меры, но определенная степень неповоротливости все же есть. И надо себе сказать раз и навсегда: что произошло, то произошло. Ну, разбила чашку (даже любимую), но в который раз мы говорим — жизнь продолжается!

60.10 Ох уж эта забывчивость!

Надоело все записывать, это навсегда?

Проходит немало времени до того, как человек, заболевший РС, начинает понимать, что что-то происходит с памятью. Мы уже обсуждали этот вопрос, говорили о лекарственной терапии (21. 2 Как бороться с нарушением памяти?). Что ж, приходится признать, что еще одной проблемой стало больше. Впрочем, согласитесь, что с возрастом этим страдают все больше людей. Так что не стоит сильно расстраиваться. Сейчас немало возможностей вести записки для памяти, используя блокнотики, мобильные телефоны, компьютеры и прочие вспомогательные средства.

Немало времени занимают поиски нужных вещей. Здесь секрета нет: надо, чтобы основные необходимые вещи имели свое постоянное место. Хуже всего, когда в стремлении сделать лучше, перекаладываешь книги или другие предметы поближе, но не на привычные места. В таких случаях длительный поиск обеспечен.

Уже было сказано, что любая умственная деятельность должна протекать без излишней нагрузки. Своевременный отдых избавит от лишних ошибок.

60.11 Действительно ли надо избавляться от очагов инфекции в организме?

Меня постоянно посылают к врачам проверить то горло, то зубы. Неужели это так важно?

Так уж человек устроен, что многие рекомендации врачей кажутся ему излишними. Разве с детства не слышим мы, что следует удалять все очаги инфекции? Но спешим ли мы это делать? Не станем философствовать, просто скажем, что при РС эта рекомендация имеет обязательный характер. Любой воспалительный процесс в организме может спровоцировать развитие свежих очагов и, естественно, ухудшить состояние пациента. РС в своем развитии напоминает «хождение по краю». Месяцами и годами укрепляешь свой организм, как вдруг из-за какого-то пустяка развивается обострение, связанное с реакцией на какое-то раздражение. Так не лучше ли серьезно относиться ко всем старым и свежим проблемам, зная, что наша иммунная система и так находится далеко не в идеальном состоянии.

Отдельный разговор о кариозных зубах. Не очень приятны посещения стоматолога, но в данном случае другого пути нет. Эти очаги надо обязательно лечить. Напомним о хронических воспалительных процессах носовых и лобных пазух, требующих санирования. Обязательна терапия грибковых заболеваний независимо от локализации (пальцы, половые органы, рот). Обязательно требуют уточнения и лечения хронические инфекции мочевых путей. Следует избавляться от герпеса на губах, хотя бы с помощью специальной мази.

Специалисты рекомендуют использовать электрические зубные щетки, которые помогают справиться с воспалительным процессом в полости рта.

60.12 Что надо знать при пломбировании зубов?

Уже упоминали о вреде амальгамы. Это важно?

Многие стоматологи уже отказались от использования амальгамы при пломбировании зубов, но поскольку это самый простой и дешевый материал, он, к сожалению, еще будет какое-то время в ходу. Поскольку амальгама состоит из «коктейля» различных металлов, включая и ртуть, неудивительно, что ее обвиняют в отрицательном воздействии на нервную систему. Некоторые специалисты предлагают удалять старые пломбы с амальгамой. Поскольку еще нет достаточно точных исследований по этому вопросу, будем думать о будущем, а посему пломбировать зубы современными материалами.

60.13 Помогают ли домашние животные?

Я читала, что полезно иметь в доме домашних животных. Это действительно так?

В жизни многих людей большую роль играют домашние животные, которые нередко являются в семье объектами любви и заботы. Если человек одинок, это имеет большое значение. Научные исследования продемонстрировали, что на проявление РС возбудители болезней животных не оказывают никакого влияния. Домашние животные не могут принести пациентам РС никакого вреда, скорее наоборот, они отвлекают от проблем, связанных с заболеванием, и приносят радость. Более того, давно доказано, что домашние животные являются частью повседневной жизни многих людей, и они могут быть им полезны с лечебной точки зрения. Клинические наблюдения за влиянием домашних животных на человека ограничены, в особенности применительно к пациентам с РС. Животные способны улучшить настроение, психологическое самочувствие и даже менталитет, вызвать чувство удовлетворения. Животные могут повысить степень выживаемости у людей с сердечными заболеваниями, снижать кровяное давление в стрессовых ситуациях. Тренированные животные могут оказывать помощь при слабости, неловкости или угловатости движения и при затруднениях при ходьбе.

Однако с некоторыми аспектами общения приходится считаться. Люди, подверженные аллергии, а также испытывающие дискомфорт и напряжение, вероятно, не получают достаточной помощи от общения с животными. Для содержания животных необходимо иметь адекватные жилищные условия. Наконец, следует иметь в виду, что животные не могут удовлетворять многие эмоциональные потребности, которые могут удовлетворяться людьми. Не следует забывать, что животные требуют определенного ухода.

60.14 🐾 Влияют ли телевизор и компьютер на РС?

Что-то мои глаза стали уставать от компьютера. Он мне вреден?

Нельзя обвинять электронные аппараты в воздействии на заболевание. Ведь и здоровый человек, просидев длительное время у компьютера или телевизора, чувствует себя утомленным. У пациентов с РС нередко снижена острота зрения, имеется нистагм, поэтому возможно перенапряжение уже сниженной функции глаз. Одна пациентка, принимающая участие в работе над книгой, вынуждена работать с компьютером крайне ограниченное время, вычитывая текст, перенесенный на бумагу. Просмотр телепередач связан, одной стороны, со зрительной нагрузкой, с другой, с психологическим воздействием часто весьма агрессивных телесериалов. Особое влияние оказывают некоторые компьютерные игры, при которых требуется быстрота реакции и умственное напряжение. Они могут вызвать небезопасное стрессовое состояние. В то же время в мире уже существуют специальные компьютерные программы для пациентов с РС, способные стимулировать деятельность головного мозга. Как мы уже отмечали, полезны любые занятия, которые развивают память, внимание и логическое мышление, например, игра в шахматы и иные логические игры, носящие стратегический характер.

60.15 🐾 Какими техническими средствами можно пользоваться для передвижения?

• Ортопедическая аппаратура. Легкие конструкции, вставляемые в обувь для улучшения равновесия и снижения чувства усталости. Ортопедические аппараты помогают при спастичности стоп и могут служить для фиксации стопы.

• Ортезы (шины) для ног. Слабость мышц ног может создавать затруднения при передвижении по лестницам, подъеме с сидений и при ходьбе. Ортез, или шина для голеностопа помогает фиксировать голеностопный сустав при слабости мышц стопы. Этот ортез носится с обычной обувью и предупреждает подволакивание пальцев. При слабости мышц шеи рекомендуется ношение шейного ортеза или шины.

• Трости. Трость лучше всего подходит для тех случаев, когда одна нога слабее другой или имеется легкое нарушение равновесия. Вот некоторые рекомендации по использованию трости при ходьбе:

— Трость следует держать со стороны «более сильной» половины тела, перенося вес со «слабой» стороны на «сильную».

— «Квадро»-трость (четырёхопорная трость) обеспечивает большую устойчивость по сравнению с обычной.

• Ходунки. При значительной слабости мышц ног можно использовать ходунки. Они также помогают удерживать равновесие. При необходимости ходунки могут быть снабжены колесиками или платформами.

• Кресла-коляски (скутеры). Кресло-коляска, или трехколесный скутер, может обеспечивать большую самостоятельность. Кресло-коляска рекомендуется при выраженном синдроме хронической усталости, неустойчивости или склонности к падениям.

60.16 🐾 Каковы новые технические возможности реабилитации?

В России проводятся испытания отечественного экзоскелета. Это устройство, предназначенное для восполнения утраченных функций, увеличения силы мышц человека и расширения амплитуды движений за счет внешнего каркаса и приводящих элементов. Оно повторяет биомеханику человека для пропорционального увеличения усилий при движениях.

Создание стабилметрической платформы позволяет анализировать способности человека управлять позой тела и обеспечения биологической обратной связи по опорной реакции. Данный прибор представляет собой неподвижную (статичную) платформу, которая снабжена датчиками измерения вертикально прилагаемой к ней силы для определения центра давления, создаваемого располагающимся на платформе объектом. Применяется стабиллоплатформа в целях диагностики, медицинской реабилитации или тренировки.

В прессе сообщается о создании южнокорейскими учеными носков с пневмомышцами. Роботизированное устройство усиливает работу голеностопа. Этот «носок», оснащенный пневматическими мышцами и датчиками растяжения, специально предназначен для восстановления подвижности ног у людей, которые получили травмы, больных церебральным параличом или РС. С виду устройство напоминает носок с наколенником и крепится на бедре.

Разработаны тренажеры на принципе биологической обратной связи с/без одновременного использования многоканальной электростимуляции:

• **Локомат** является ведомым ортезом походки, который автоматизирует двигательную терапию на беговой дорожке и повышает эффективность обучения ходьбе после травмы, инсульта, при РС. Локомат улучшает результаты терапии, предоставляя высокую интенсивность индивидуального обучения, работая по принципу обратной связи.

• **MOTomed** — это специальное терапевтическое оборудование для больных с нарушением опорно-двигательного аппарата. Тренажер работает как в пассивном (когда участие пациента не требуется), так и в активном режиме, приме-

няется для укрепления мышц верхних и нижних конечностей, улучшения крово- и лимфообращения в них, препятствует образованию контрактур суставов, динамически нагружает костно-суставную систему, что укрепляет мышцы и препятствует возникновению остеопороза.

- THERA-live (Тера-лайв) — тренажер для активной и пассивной тренировки нижних и верхних конечностей, активизирует мышцы за счет электростимуляции и активной тренировки с преодолением сопротивления тренажера. Идеально подходит для тренировки в домашних условиях благодаря легкости, малым габаритам и непревзойденной эффективности.

60.17 Чем могут помочь пациенту близкие люди?

На какие проблемы должны обращать внимание те, кто ухаживает за больными?

Создать кодекс поведения для родственников невозможно. Есть ряд этических и практических правил, используемых в семьях. Опыт многих людей выработал рекомендации, в разной степени необходимые для ухода за пациентами с РС.

- Необходимо сосредоточить внимание пациента на поддержании физической подвижности.
- Выполняйте пассивные упражнения для пораженных конечностей.
- Поощряйте пациента к занятиям активными упражнениями, если это возможно, ибо упражнения предотвращают контрактуры и поддерживают подвижность суставов.
- Помогайте пациенту сохранять равновесие при ходьбе. Предлагайте ему пользоваться тростью, ходунками, поручнями и другими приспособлениями для профилактики падений.
- Используйте специальную облегченную посуду и столовые приборы, чтобы их легче было удерживать в руке.
- Обеспечьте контроль пациента над функцией кишечника и мочевого пузыря.
- Рекомендуйте принимать пищу с высоким содержанием клетчатки. Такая еда помогает поддерживать очищение кишечника.
- В случае задержки стула применяйте слабительные средства.
- Рекомендуйте пациенту пить достаточно жидкости, что стимулирует мочеиспускание, помогает предотвращать попадание инфекции в мочевые пути и обеспечивает регулярную работу кишечника.
- При возникновении у пациента позыва на мочеиспускание немедленно окажите ему помощь: подайте судно или помогите дойти до туалета. Если произошло недержание мочи, помогите переменить одежду и постельное белье.
- Рекомендуйте принимать теплые ванны, когда это возможно, при этом следите, чтобы вода не была слишком горячей: теплая вода снижает напряжение мышц и возможность мышечных спазмов (судорог), а горячая — может вызвать усиление слабости и даже потерю сознания.
- Помогите пациенту сконцентрироваться на том, что он может делать, а не на том, чего он делать не может.
- Старайтесь создать у него положительный эмоциональный настрой.
- Рекомендуйте пациенту как можно чаще делать что-то для себя самостоятельно, что даст ему возможность почувствовать себя более независимым.
- Напоминайте пациенту о том, чтобы он не торопился и почаще отдыхал, не перенапрягая свои силы.
- Терпеливо выслушивайте его и побуждайте его рассказывать о своих переживаниях.

- Рекомендуйте ему в меру сил участвовать в активной жизни и поддерживать дружбу с другими людьми вне дома, чтобы он не чувствовал себя изолированным от других.

- Проводите легкий массаж отечных частей тела, чтобы сохранить гибкость суставов.

- Убеждайте пациента в том, что он не представляет для родственников обузы.

60.18 Где можно получить текущую информацию по РС?

Наш мир изменяется стремительно. В последние годы во многих странах ведутся широкие исследования в поисках новых средств борьбы с РС. В средствах массовой информации можно часто найти сообщения, не всегда соответствующие действительности. В связи с этим можно рекомендовать несколько источников, где можно найти интересный материал.

Прежде всего, это сайт ООИБРС — <http://ms2002.ru/> и сайт Северо-Западной ассоциации рассеянного склероза — www.NWAMS.spb.ru

Интересные обсуждения проходят на сайте Ольги Новожиловой <http://www.bee-book.com/rsk/forum.php> и в блоге Тараса Сенюка <http://www.senuktaras.ru/>

Информативен сайт по РС <http://proskleroz.ru/>

Существует еще немало форумов, где обсуждаются различные проблемы РС, которые можно найти на бескрайних просторах интернета.

Поддержку и помощь можно найти также в группах больных РС в «Одноклассниках».

61. Рассеянный склероз и питание

61.1 Существуют ли специальные диеты при РС?

В печати можно найти множество диет, созданных специально для РС. Насколько они полезны?

Действительно, в литературе, особенно западной, можно встретить до десятка различных диетических разработок, специально предназначенных для пациентов с РС. Можно упомянуть низкожировую диету Swank или диету Kousmine, а также диеты типа безаллергенной и безглютенной, сыроедения, диеты Эверса и МакДугала, со сниженным содержанием белка и фруктозы, кембриджского питания и т.д. Несмотря на то, что дается описание положительных примеров, достоверных результатов их воздействия на течение РС нет. Более того, бесконтрольное применение может изменить нормальный баланс питательных веществ и оказаться опасным для здоровья.

Многие из них укладываются в известные рекомендации, некоторые имеют четкие разграничения по употреблению продуктов питания и дополнительным пищевым добавкам. Сложно отдать какой-либо из них предпочтение. Многие пациенты на долгие годы становятся любителями-экспериментаторами, что требует терпения, а порой мужества.

На сегодняшний день нет четких данных о влиянии определенной диеты на течение рассеянного склероза. Тем не менее известно, что вопросы питания имеют большое значение, так как давно замечена взаимосвязь между частотой случаев проявления РС и традициями питания, характерными для определенных групп населения. Следовательно, для пациентов с РС совсем безразлично, что и как есть. Более того, поскольку при данном заболевании любой фактор, который может предотвратить развитие обострений, важен, проблема питания приобретает особое значение.

В широких исследованиях, проводимых учеными различных стран, выявлена связь соленой пищи с риском аутоиммунных заболеваний.

Для хронических больных рациональное питание является решающим фундаментом в поддержании хорошего физического состояния и самочувствия. Для нормального функционирования всех органов, а тем более нервной системы важно, чтобы организм получал все необходимое (белки, жиры, углеводы, балластные вещества, витамины, макро- и микроэлементы). В питании необходимо избегать однообразия, которое может отрицательно влиять на функцию кишечника, ухудшать общее самочувствие и имитировать мнимое обострение заболевания. Имеет значение и удовольствие, которое мы получаем от приема пищи. Сомнительны рекомендации по лечебному голоданию или различным способам «очищения» организма.

Опыт показывает, что даже самые лучшие рекомендации воспринимаются неохота, когда человек не понимает их смысл. Так происходит и с питанием: мало сказать, что при РС вредна жирная пища или следует отдать предпочтение определенным продуктам, надо четко объяснить, в чем их преимущество.

Мы уверены, что подавляющее большинство читателей давно знакомы с основными диетическими предписаниями, которых немало как в книгах и журналах, так и в интернете, где на различных форумах можно познакомиться с опытом товарищей по болезни. Понятно, что, даже скрупулезно следуя определенным рекомендациям в питании, к сожалению, нельзя решить проблему РС. Но в то же время хотелось бы, чтобы читатель понял большую важность вопроса питания, которое может помочь облегчить, а порой и замедлить течение процесса.

Можно понять сомнения пациента, когда он сталкивается с непомерно раздутой рекламой различных вариантов диет в средствах массовой информации (газеты, буклеты, популярные журналы, рекламные ролики и т.д.).

Естественно, читателю должна быть предоставлена полная свобода, чтобы он из своих знаний и опыта сделал необходимые выводы. А наша задача — помочь людям подойти к этой проблеме осознанно. Сегодня можно встретить массу различных теорий и течений по проблеме питания, в которых порой можно запутаться. Давайте разбираться вместе.

61.2 🐾 Что ест человек?

На первый взгляд вопрос довольно странный. Но ведь еще в XIX веке Л. Фейербах сказал: «Человек есть то, что он ест». Его тезис долгое время оставался не замеченным наукой, да и питанию до последнего времени представители медицины уделяли не очень много внимания. Но уже в XX веке в научную медицинскую среду постепенно приходит понимание большой важности питания в жизни человека. Все чаще пишут и говорят о том, что большая часть болезней в наше время непосредственно связана с неправильным питанием. И вопрос не только в регулярности приема пищи или количестве съеденного продукта. Как оказалось, очень важно уточнить то, что соответствующие вещества должны поступать лишь в определенных количествах, потому что они должны перерабатываться и усваиваться организмом, активно участвуя в обменных процессах.

Но вот мы начинаем интересоваться проблемами питания, и очень скоро обнаруживаем, что в этой области существует великое множество противоречий. В цивилизованных странах, например, имеется избыточное количество пищевых продуктов, из чего многие люди делают вывод, что они питаются хорошо как никогда. Другие же утверждают, что это верно только в количественном от-

ношении, а качественно наше питание плохое, поэтому надо вернуться к здоровому питанию, ибо пища должна быть живой. Естественен вопрос: «Что такое живая, здоровая пища?» Одни говорят мясо, другие — хлеб, третьи — овощи. Но какое мясо, какой хлеб, какие овощи? Некоторые утверждают, что только белый хлеб настоящий, т.к. он легче переваривается, другие говорят, что только хлеб из цельных зерен, третьи вообще пропагандируют «жизнь без хлеба». Многие люди убеждены, что только сырая пища является здоровой, другие утверждают, что благодаря варке пища лучше усваивается, а сырая пища непереносима. Многие говорят, что сахар необходим для работы мозга, другие утверждают, что надо отказаться от сладкого. И таких примеров множество. Так кто же прав?

Диетологи утверждают, что базой здорового питания являются овощи и фрукты — основные поставщики витаминов А, С, фолиевой кислоты, калия и других полезных для организма веществ. Можно принять за основу такой режим: употреблять 2 раза в день порцию фруктов или фруктового сока (по 100–150 г), 3 раза в день порцию овощей, салата или овощного сока (всего 300–400 г). Выбор способа приготовления остается за вами (варить, парить или употреблять в сыром виде). Предпочтение следует всегда отдавать сезонным свежим продуктам.

61.3 🐾 В чем вообще смысл питания?

Понятно, что смысл питания состоит в получении «носителей жизни». Но они столь разнообразны, что требуют к себе тонкого подхода. Система пищеварения существует для того, чтобы защищать организм от влияния чужеродных веществ напрямую — она преобразовывает эти вещества до состояния удобного для организма. Носителями столь многообразной жизни выступают три основные субстанции — белки, жиры, углеводы. Они непременно должны взаимодействовать, чтобы служить основой жизни. В соответствии с этим существуют и три различных типа пищеварения.

61.4 🐾 Насколько важен белок в питании?

Какие продукты содержат полезный белок?

Без сомнения, белок — главный носитель жизни человека и животного. Белок требует наиболее интенсивного пищеварения, которое начинается в желудке, где выделяется крепкая соляная кислота и особый фермент пепсин, под действием которых белок денатурируется, т.е. свертывается, становится менее прочным. Затем благодаря сокам поджелудочной железы происходит более тонкое разложение белка, и далее под воздействием пищеварительных соков кишечника белок расщепляется до аминокислот, так называемых «кирпичиков», из которых он состоит. Такой длительный процесс позволяет устранить специфичность белка: это уже не куриный или говяжий белок, а значит, он уже не чужероден организму, ибо стал нейтральным. И теперь его «кирпичики» будут приняты кишечником и через воротную вену поступят в печень.

Уже на этом этапе могут возникнуть сбои, когда организм не справляется с переработкой белка (при его недостаточном расщеплении или большом поступлении). Тогда он поступает в толстый кишечник, где и расщепляется обитающими там бактериями. Этот процесс идет уже иначе, в виде гниения, и при этом возникают токсичные вещества, которые могут всасываться кишечником и идут в печень, которая должна их обезвредить, а это для печени дополнительная нагрузка. Если же печень не может справиться с этой работой, то организм пытается вывести этот «полубелок» через кожу. Результат известен — появляются различные сыпи. Это одна из часто встречающихся форм пищевой аллергии.

Напомним, что задача соляной кислоты желудка состоит не только в том, чтобы сделать чужой белок удобоваримым. Она может также подавлять жизнь бактерий, которые могут поступать в желудок с пищей. Если в желудке достаточно соляной кислоты, то бактерии (даже холерный вибрион), проходя через желудок, погибают. Мы говорим это потому, что распространенная, к сожалению, привычка пить перед едой способствует снижению концентрации желудочной кислоты и, следовательно, благоприятствует инфекциям. Эта опасность еще более усиливается, когда пьют сладкие напитки. Зато если к пище или салату добавить лимонный сок, то он укрепляет защиту от бактерий. Стимулировать пищеварительную деятельность можно с помощью кислой пищи или горьких настоек, но никак не сладкими напитками. Издавна люди знали, что употребление острых приправ, особенно горчицы и хрена, помогают перевариванию мяса.

61.5 🍯 Какими качествами обладает молоко?

Я с детства пью много молока, оно не вредно при РС?

Наш интерес распространяется, прежде всего, на молоко, которое относится к древним пищевым продуктам и может служить питанием человеку в любом возрасте, ибо оно родственно человеку. При исследовании химии с изумлением обнаружили, что морская вода, человеческая кровь и молоко являются изотоническими (соотношение солей и жидкости) растворами, и поэтому мы можем спокойно использовать молоко даже в вегетарианской кухне, т.к. эти продукты родственны среде человеческого организма. При помощи молока мы можем идеально дополнить растительный белок. Несколько слов о высокой биологической ценности молока, превосходящей белок мяса. В молоке все минеральные соли гармонизированы. Идеально было бы получать этот пищевой продукт непосредственно прямо от коровы (естественно, здоровой). Но продавать сырое молоко запрещено законодательно из-за опасности заражения некоторыми болезнетворными бактериями. В связи с этим молоко подвергается интенсивной обработке (стерилизации, уперизации, гомогенизации, снижению жира).

Давно известно, что при температуре 140 градусов претерпевают изменения не только молочные жиры, но, прежде всего, белок. Они изменяются таким образом, что образуются даже ядовитые продукты. В таком молоке минеральные вещества почти не теряются, там еще можно обнаружить даже витамины, хотя в значительно меньшем количестве. Но результатом такой обработки является «дефицит жизни» в этом продукте. Поэтому употребление молока с длительным сроком хранения является проблематичным для человека. Мы не касаемся вопроса непереносимости молока многими взрослыми людьми вследствие неспособности пищеварительной системы усваивать значительные количества лактазы (молочного сахара, который является основным углеводом молока).

Некоторые целители считают необходимым употреблять ежедневно козье молоко, особенно молоко коз, которых кормят исключительно ветвями: вяза, ивы, ясени, калины, терновника, березы, дуба или каштана. Это молоко горькое и очень целебное, пить его следует парным после каждого удоя 3 раза в день.

Молоко и молочные продукты (йогурт, творог, сыр, сметана) содержат нужные организму белок, витамины группы В, витамин D, йод, а также, и это очень важно, кальций. Молочный сахар (лактоза) способствует усвоению кальция в кишечнике. Некоторые предпочитают обезжиренные молочные продукты, чтобы не добавит вес, но продаваемые сейчас сорта с 0,1–1% вряд ли имеют необходимую питательную ценность.

Напомним, что назначение препаратов кортизона увеличивает риск развития остеопороза, поэтому важность употребления молочных продуктов при РС возрастает.

Однако теперешнее потребление молока ошеломляет, ведь в цивилизованных странах оно производится и потребляется в огромных количествах. Его часто рекомендуют пожилым людям, потому что считается, что большое количество кальция в молоке может замедлить или предотвратить разрежение костной ткани (остеопороз) в старости. Такое чрезмерное употребление переработанного продукта способствует увеличению случаев аллергии на молоко как у детей, так и у взрослых.

В последние годы идет широкая дискуссия о полезности молока, но пока еще его противники не нашли серьезных доводов, чтобы убедить население в том, что молоко вредно. Следует обращать внимание на индивидуальную переносимость молочных продуктов.

61.6 🍯 Почему нашли широкое распространение кисломолочные продукты?

Действительно ли полезны кефир и йогурты?

Кисломолочные продукты значительно отличаются от натурального молока. Их различают в зависимости от того, какие используют бактерии, под действием которых молоко заквашивается. На молокозаводах производят кефир с использованием специально выведенных лактобактерий. В процессе скисания идет превращение молочного сахара в молочную кислоту. Как этот процесс, так и изменение белка под действием лактобацилл не ведут к потере жизнеспособности продукта. Можно даже сказать, что это похоже на некую предварительную стадию пищеварения. Напомним, что в желудке младенца молоко скисает и свертывается. Наш организм способен сам синтезировать из молочной кислоты сахар, сжигая лишь небольшую ее часть, то есть молочная кислота управляет этим процессом распада и синтеза, что и придает продукту целительный характер. Именно в этом заключено главное отличие скисания от спиртового брожения, для осуществления которого добавляется уксус (маринование). Но алкоголь в организме не восстанавливается и, следовательно, он не стимулирует организм. Этот процесс молочнокислого брожения был известен еще в древности, но сегодня еще недооценивается, хотя известен типичный для России способ заквашивания свеклы, капусты и т.д. При этом происходит процесс, которого невозможно было бы добиться добавлением кислоты.

Заметим, что нередко при РС бывают нарушения функции кишечника, поэтому применение кисломолочных продуктов оправдано. Продолжим разговор о молочных продуктах. Если в кислом молоке отделить свернувшийся белок от жидкости, получается творог. Он значительно легче усваивается, чем молоко, и лучше переносится. Это дает основание рекомендовать его в умеренных количествах для включения в рацион.

Процесс разложения белка можно продолжить, если внести в творог соответствующие плесневые грибки, тогда мы получим зрелые сыры — рокфор, блю и др. Процесс разложения белков может заходить так далеко, что из разложившихся аминокислот могут возникнуть вещества типа тирамин, которые в принципе являются ядами для головного мозга и могут вызывать головные боли. В таких случаях следует исключить из рациона зрелые сыры и ограничиться творогом. Надо полагать, что это следует учесть любителям таких сыров из среды пациентов с РС.

Вероятно, следует отдавать предпочтение молочным продуктам с жирностью не выше 1,5–3,5%, а сырам — до 20%.

61.7 **Вегетарианская пища или мясоедство?**

В чем разница между вегетарианцами и остальными людьми?

Этот вопрос уже многие десятилетия вызывает споры. С одной стороны, доказываются, что человеку для здоровья нужны определенные аминокислоты, которые содержатся только в мясе, с другой стороны, есть люди, которые никогда не ели мяса и бывают даже здоровее «мясоедов».

Что же в мясе особенного? Если присмотреться к людям, которые едят много мяса, то можно заметить, что они более живые, эмоциональные, импульсивные, иногда даже более агрессивные, то есть, можно сказать, что у них больше энергии. Если посмотреть на вегетарианца, то сразу бросается в глаза, что, например, эмоциональность и импульсивность у них выражена значительно ниже, а агрессивности вообще нет, или, иными словами, такие люди смотрятся как бы с меньшей жизненностью (человек становится как бы «чуждым» жизни). Можно сделать вывод, что мясо действует на душу человека возбуждающим образом. Потребление мяса делает человека более бодрым, потому что мясо содержит нечто от сущности соответствующего животного.

Всегда считалось, что настоящее, идеальное мясо — это говядина, но в последние десятилетия очень пропагандируется свинина. Известно, что свинья очень близка по многим показателям человеку. Органы обмена веществ (почки, печень, сердце) у свиньи настолько подобны органам человека, что делаются попытки пересадки органов свиньи человеку. Отсюда следует вывод, что свинина для человека особенно хороша на основе сродства. И действительно свинина переваривается значительно легче, чем говядина. Однако в этом-то и заключается проблема. Поскольку свиной белок схож с человеческим, он не распознается системой обмена как чужой, а потому недостаточно расщепляется в организме и в полурасщепленном виде попадает в кровь. Результат — болезненные воспаления суставов, связок, если человек длительно употребляет свинину, т.к. обмен веществ, испытывая постоянную дополнительную нагрузку по переработке белка, в конечном итоге ослабевает. Неудивительно, что это оказывает влияние на защитные силы организма, в результате чего иммунная система тоже ослабевает.

Куриное мясо легче, чем остальные виды мяса. Еще несколько десятилетий назад было известно, что выздоравливающим после тяжелой болезни полезно давать сначала куриный бульон, который считался идеальным укрепляющим средством, а затем и куриное мясо. Однако теперь содержание кур, как и свиней, так индустриализировано, что совершенно не отвечает законам природы животных. Содержание в тесных клетках кур и свиней без движения, зачастую с неудовлетворительным кормом, неизбежно меняет качество продукта и белка в том числе. Таким образом, человек получает в пищу мясо от животных, которые не могли развиваться нормально. Биологические достоинства того или иного вида мяса приносятся в жертву экономической продуктивности.

Поскольку у человека непосредственным носителем жизни является белок, многие считают, что чем больше съешь белка, тем больше жизни поступит в организм. Однако мы уже говорили, что дело не в количестве, а в качестве. В настоящее время известно, что избыточное поступление белка в организм может привести к состоянию хронической интоксикации. Поэтому сегодня рекомендуемое количество белка снижено, т.к. люди употребляют его слишком много. Некоторые в связи с этим стараются перейти на растительный белок, считая, что он легче. Самый здоровый белок мы получаем, без сомнения, из растительного царства и, прежде всего, в виде хлеба из ржаной муки грубого помола. Богатый выбор необходимого для нас белка дают также орехи и семена всех видов.

А вот бобовые растения (горох, фасоль, чечевица и др.), хотя и содержат белок в больших количествах, но в такой форме, что их белок сильно перегружает обмен веществ, результатом чего является «замутненность» сознания, которая наступает после приема обильной бобовой пищи. Это было известно еще Пифагору, что побудило его запретить своим ученикам есть бобы. Думается, что и пациенты с РС, особенно те, кто занимается интеллектуальным трудом, должны тщательно продумывать свой рацион.

Для многих мясо и мясные продукты — неотъемлемая часть рациона, они являются поставщиком железа, полноценного белка, витамина В. Диетологи считают оправданными следующие советы: старайтесь приобретать постное мясо, откажитесь от заметно жирных участков. Внутренние части, сало, рождественские утки и другие сорта мяса старайтесь есть как можно реже и малыми порциями (например, две порции мяса или мясных продуктов в неделю по 100–140 г).

Как уже отмечено, дефицит белка в организме можно восполнить растительными и рыбными продуктами.

61.8 **Вредны ли яйца?**

В интернете о яйцах пишут много, но мнения расходятся. Как часто их можно употреблять?

Яйца, особенно желтки, содержат немало полезных веществ, в т.ч. витамин D. В последнее время ряд ученых выступает против ограничений к их употреблению. Не станем глубоко вникать в теоретические рассуждения. Заметим, что вполне достаточно ввести в рацион 2–3 яйца (обязательно с желтком) в неделю. Скорее всего, яйца будут также входить в состав вермишели, кондитерских изделий и некоторых других продуктов.

61.9 **Какова роль жиров в питании человека?**

В любой диете уделяется внимание жирам. В чем их особенность?

Жирная пища издавна считалась хорошей пищей, т.к. жир обеспечивает более интенсивное и длительное насыщение, в отличие от белка и углеводов, к тому же переваривание жиров требует значительно меньших усилий организма. Прежде чем кишечник начнет их перерабатывать, необходимо сравнительно крупные капли жира раздробить. С этой целью печень вырабатывает желчь, которая эмульгирует жиры, т.е. создает возможность соединиться жиру с водой. Затем жир расщепляется на жирные кислоты и глицерин, которые теперь уже могут усваиваться организмом.

Отмечена суточная зависимость этих процессов. Утром и в течение дня происходит наибольшее поступление желчи, а ночью желчный пузырь находится в состоянии покоя. Если человек поздно вечером ест жаркое, да еще с картошкой и майонезом — это очень большая нагрузка на желчный пузырь (как и на поджелудочную железу), ибо заставляет организм судорожно выжать из желчного пузыря остатки желчи, что может привести к желчной колике. Это и есть проблема ритма жизни. То же блюдо, съеденное в полдень, не вызвало бы никаких неприятных ощущений. Классический английский завтрак — яичница с ветчиной, жаренные на жире, хорошо активизирует образование желчи и тем самым повышает активность человека.

Желчный пузырь — это тот орган, который стимулирует активность человека, и наоборот — активность человека способствует образованию желчи. Жиры служат для того, чтобы создавать в организме тепло. Если потребляется слишком много жиров, в организме образуются «паразитирующие» очаги теплоты, которые, вводя в заблуждение другие жизненные процессы, ведут к развитию

воспалительных процессов. Если же жира недостаточно, организм забирает необходимое тепло из самих органов, из-за чего они становятся ломкими и склеротичными.

Практически все специалисты говорят о том, что самое главное в питании при РС — уменьшить количество жиров и увеличить количество ненасыщенных жирных кислот.

61.10 📖 Что такое ненасыщенные жирные кислоты и почему они так важны?

Читая материал о различных пищевых продуктах, мы обязательно встречаем рассуждения о полезности или вредности тех или иных жиров или кислот. Если хотя бы один раз попробовать вникнуть в непростые рассуждения об их функциях, то в дальнейшем вполне можно научиться регулировать их обмен. Итак, ненасыщенные жирные кислоты (НЖК) — это разновидность жиров, в том числе обычных пищевых жиров, недостаток которых в организме требует восполнения их количества. Следовательно, уместно говорить об их использовании и с лечебной целью.

Чем же они отличаются от насыщенных?

Давайте рассмотрим химическую структуру жиров. Как известно, они являются соединением глицерина и различных жирных кислот. Их обмен связан напрямую с различной точкой плавления, которая зависит от двух величин: плотности и насыщенности каждой из жирных кислот. При этом, чем плотнее, т.е. чем гуще жирная кислота, тем выше точка плавления. Насыщенность подразумевает, что все возможности связей данного соединения «насыщены», т.е. данный жир не может больше к себе ничего присоединить, и потому его можно хранить почти неограниченно долго. Но это также означает, что организм лишь с трудом может его переработать. Насыщенные жиры всегда имеют более высокую точку плавления, чем ненасыщенные, они отвердели (различные твердые пищевые жиры).

Ненасыщенность означает, что эти жиры имеют одну или несколько так называемых двойных связей, способных еще что-то присоединить к себе, и поэтому легче поддаются воздействию биологически активных веществ организма. Однако они также могут присоединять к себе и кислород, из-за чего быстро портятся, становятся прогорклыми. Благодаря свободным двойным связям эти жиры пронизаны внутренним теплом и являются активными, что позволяет организму легко раскрывать и перерабатывать эти активные жиры, на чем и основана их биологическая ценность. Но в то же время эта «открытость» означает также, что ненасыщенные жиры особенно легко изменяются под воздействием кислорода воздуха, тепла и света, в результате чего могут образовываться плохо перевариваемые и даже ядовитые продукты. Например, льняное масло неизменно подтверждает свою биологическую ценность, но оно очень активно и, если его не защищать, оно отвердевает и превращается в олифу. Поэтому ни в коем случае не следует использовать высокоактивные масла для жаренья. Для этой цели годятся только универсальные масла, такие, как оливковое или же шпик (свиное сало), топленое масло. А при хранении активные (растительные) масла надо защищать от воздействия света, воздуха и тепла, т.к. от этого эти масла портятся. Конечно, жиры и масла натурального происхождения, поступающие в продажу, активны частично и потому достаточно стойки. Но для жаренья надо использовать все-таки максимально твердые жиры, которые, однако, создают дополнительную нагрузку для обмена веществ. Это свидетельствует о том, что жаренье в любом случае является проблемным видом приготовления. В последние же десятилетия потребление жареных продуктов растет, а число людей с ослабленной печенью увеличивается.

Одно из основных свойств НЖК — антиоксидантное (антиокислительное). В процессе жизнедеятельности, при воздействии токсинов и при различных заболеваниях образуются так называемые активные радикалы, которые провоцируют перекисное окисление жиров в организме. Так вот, НЖК в первую очередь нейтрализуют эти самые активные радикалы, которые разрушительно воздействуют на наши сосуды и ткани. Кроме того, НЖК преобразуют холестерин в фоллиевые кислоты и выводят их из организма. НЖК являются важным фактором регулирования проницаемости мембран клеток, так как в мембранах располагаются ферменты, активность которых зависит от НЖК. Это очень важный фактор в процессе обмена веществ.

Заметим, что среди НЖК есть ряд кислот (линолевая, линоленовая, арахидоновая), которые не синтезируются в организме и должны поступать с пищей. Их поэтому называют еще незаменимыми. Довольно часто мы встречаем упоминание об омега-3 жирных кислотах, которые очень нужны нашему организму, так как являются необходимыми элементами в образовании клеточных мембран, о которых мы уже говорили, миелиновых оболочек, окружающих нервы, и соединительной ткани, составляющей, как известно, основу нашего остова. При отсутствии незаменимых кислот в пище замедляется рост, нарушается работа почек. Они принимают также участие в строительстве клеток мозга. В питании современного человека вообще много жирных кислот омега-6 и очень мало омега-3. Ряд ученых считают, что именно поэтому человек много болеет. Если дать омега-3 в достаточном количестве, усиливается противовоспалительный механизм в организме, кроме того, улучшаются аутоиммунные процессы, вылечиваются депрессии. Известна также функциональная связь между обменом ненасыщенных жирных кислот и костной тканью. НЖК способствуют и выработке дофамина, простагландинов, улучшают сон.

Дефицит НЖК в организме вызывает снижение иммунитета и, следовательно, провоцирует возникновение частых инфекций. Ухудшение зрения чаще проявляется тем, что люди хуже видят в темное время суток. При дефиците НЖК частые явления — диспраксия (неловкость рук, плохая мелкая моторика), нарушение координации «рука — глаз», возможны перепады настроения, ухудшаются восприятие и внимание. Кроме того, недостаток омега-3 жирных кислот отмечен рядом характерных проявлений. Это эмоциональная лабильность, раздражительность, плохой сон, агрессивность, жажда, боли в животе, головные боли. Возможны некоторые внешние проявления: сухие волосы, ломкие ногти, экзема. Следует упомянуть, что чрезмерное употребление углеводов, особенно сахара, увеличивает потребность в НЖК.

Нет необходимости откладывать в долгий ящик информацию о продуктах, богатых этими важнейшими соединениями, ибо очень важно знать, как восполнить потребность организма в них. Например, незаменимые кислоты называют еще витамином F. Всего двенадцать чайных ложек семечек подсолнуха покрывают суточную потребность в витамине. Достаточно много омега-3 жирных кислот в жирных сортах рыбы. Это лосось, селедка, скумбрия, сардины. Лучшие натуральные источники НЖК — это растительное масло из завязи пшеницы, рапса, масло льняного семени, подсолнечника, соевых бобов. Много НЖК в миндале, авокадо.

Не рекомендуется широкое употребление топленого сала или масла. В магазинах имеются различные растительные жиры и масла, которые могут уменьшить употребление животного масла.

Растительные масла являются также источниками не только омега-3 жирных кислот, но и столь нужных организму витамина E, цинка, меди и других макро-

и микроэлементов. Обычно рекомендуют грецкие орехи, миндаль, фисташки, семена конопли, льна, подсолнечника.

Не забудем и о врагах ЖКТ, о которых мы вспоминаем не в первый раз: это насыщенные жирные кислоты, тепло, кислород.

Надо заметить, что норвежские ученые, проведя исследования с большой группой больных с РС, пришли к выводу, что омега-3 жирные кислоты не оказывают заметного воздействия на течение заболевания, но отказываться от привычных рекомендаций пока не советуют, т.к. нет еще достаточно убедительных данных.

61.11 📖 Почему во всех рекомендациях советуют снизить количество сладкого, ведь оно нужно при РС, т.к. дает энергию?

Действительно, во всех рекомендациях по питанию при РС рекомендуется ограничить количество съедаемого в любом виде сахара или совсем отказаться от него. Но почему? И что же такое сахар? Известно, что химически он имеет кристаллическую структуру. Но ведь кристаллы никогда не бывают живыми, поэтому сахар представляет собой высокоррафинированный продукт, полученный из живой свеклы, но уже лишенный жизненной субстанции. Именно в этом и кроется его коварный секрет, который мы и попытаемся раскрыть. В сахаре есть достаточно много энергии и калорий, но эта энергия, как оказалось, неживая. Рациональный путь усвоения питательных веществ человеком требует, чтобы все продукты при поступлении в организм были вначале переварены, приспособлены для него и лишь затем поступали в кровь. Так обычно в норме и происходит. И только сахар при его употреблении немедленно поступает в кровь. Получается так, что организм получает сахар в очищенном виде без труда, не поработав над ним, как это положено природой. Такой механизм получения «даровой» энергии оказывается не самым лучшим. Те силы, которые человек получает из сахара, есть не что иное, как иллюзия, и выясняется это очень быстро. Уже через пару часов достигнутый эффект слабеет, наступает даже реактивное снижение уровня сахара в крови, так как при массивном и быстром поступлении сахара в кровь начинает интенсивно вырабатываться повышенное количество инсулина. Это состояние, когда уровень сахара в крови снижается ниже нормы, называется гипогликемией и оно хорошо знакомо тем, кто болеет сахарным диабетом. Человек при этом испытывает чувство усталости, подавленности, раздражительности. И понятно, что он вновь обращается к спасительному сахару. Так возникает замкнутый круг, в котором сегодня находятся многие люди.

Сейчас хорошо известно, что для переработки сахара нужен витамин В1. Если этого витамина не хватает, сахар превращается в «разбойника», крадущего у организма витамин В1. Из-за постоянного употребления большого количества сахара в человеческом организме возникают сначала незаметные нарушения, которые со временем наносят серьезный ущерб, прежде всего нервной системе. А мы знаем, что при любом заболевании нервной системы витамины группы В имеют громадное значение для уменьшения воспалительных явлений и построения миелинового волокна. Известно, что при РС всегда есть дефицит витаминов группы В, в том числе и витамина В1.

Можно ли что-либо предпринять? Естественно, но необходимо отрегулировать питание. Этот круг можно разорвать только при помощи рациона, содержащего витамин В1, т.е. цельного зерна и отказа от промышленного сахара. Это не просто сделать, как и при любой ломке привычек. Зато через некоторое время исчезает преувеличенное стремление к лакомствам. Можно ли чем-либо заменить рафинированный сахар? Безусловно, ведь в вашем распоряжении мед, который

ни в коем случае не равнозначен сахару. Кроме сахара в нем много энзимов (ферментов), витаминов, микроэлементов и так называемых биологически активных веществ, носителей жизни, получаемых как от цветка, так и от пчелы. То есть мед — это живой продукт. Его издавна используют скорее как целебное средство, поэтому он должен употребляться в очень умеренных количествах. Кроме того, можно использовать натуральные фруктовые соки с мякотью (особенно грушевый), а также инжир, финики, кленовый сироп.

Иногда пациенты спрашивают, нельзя ли заменить обычный сахар фруктовым? Чтобы ответить на этот вопрос, давайте посмотрим, что представляет собой фруктовый сахар. Исходя из названия, кажется, что его получают из фруктов. Вовсе нет! Белый порошок получают при помощи физико-химических манипуляций (зачастую из топинамбура). Он несколько не лучше промышленного сахара. Более того, поскольку фруктовый сахар имеется в человеческом организме лишь в незначительных количествах, употребление большого количества этого высококонцентрированного продукта может привести к нарушению обмена веществ. Но ведь существуют и другие, употребляемые в пищу сахара. Например, коричневый сахар. Он лишь немного отличается от своего белого брата, да и содержание жизненных веществ в нем минимально. А тростниковый сахар? Он почти так же пуст и изолирован, как и рафинированный свекольный сахар.

61.12 📖 Что представляют собой злаковые культуры как пищевой продукт?

Говорят, что при РС полезны злаковые, но какие и в каком виде?

Продукты из злаков дают чувство насыщения и способствуют пополнению в организме полезных балластных веществ, а также витаминов В и Е, минеральных веществ (железо, магний), ценного белка. Считается нормальным употребление в пищу в течение дня: 2–3 порций хлеба, хлопьев, цельного зерна и 1 порции гарнира (200–250 г).

Хлеб является очень распространенным продуктом питания в нашей стране и имеет национальные и семейные традиции. Еще несколько десятилетий назад основной культурой в Европе и России была рожь, а пшеницу использовали для кондитерских изделий и пирогов. За последние десятилетия произошли значительные изменения. Теперь, говоря о зерновых, имеют в виду исключительно пшеницу. К сожалению, ее белок неполноценен, в нем отсутствует одна из аминокислот, а именно лизин, необходимый для жизни. В одном из исследований мышей кормили только пшеницей, перекрыв им доступ к другой пище, что привело через некоторое время к их смерти. К счастью, наше современное разнообразное питание в некоторой мере компенсирует этот дефицит, но не принимать его во внимание нельзя.

Рожь, напротив, имеет гораздо более многостороннюю питательную ценность. В минувшие века под словом «хлеб» понимали главным образом ржаной хлеб. К сожалению, в наше время изделия из пшеницы едят в три раза больше, чем ржи. Если вдуматься глубже, то это еще и географическая проблема. Пшеница растет в более теплых краях, а рожь в более холодных. Нельзя не заметить, что природа в различных регионах дает расти именно тому, что будет «правильным» для живых существ в этой местности. Питание эскимоса в его природном ареале совершенно отличается от питания человека, живущего в тропиках. Если они поменяются рационом, то заболеют оба! Это относится к основным продуктам питания и вовсе не означает, что в холодных странах нельзя есть лимоны, потому что они там не растут.

Проблема, о которой мы говорим, заключается в односторонности, в том, что пшеница вытеснила практически все другие злаки. Ее используют в больших

объемах, выпекая хлеб, пироги, и готовят самые разнообразные кондитерские лакомства, добавляя различные ароматические соединения. Таким образом, «хлеб наш насущный» деградировал до почти безвкусной основы, в которой практически нет жизни. То же относится к белоснежному рису: поскольку он безвкусен, он может идеально «приспособиться» ко всем другим блюдам. А почему, собственно говоря, мы так ополчились на пшеницу? Нам не нравится ее вкус? Так его можно изменить, о чем мы уже успели сказать. Дело в том, что в последние годы обнаружилось, что все больше людей реагируют на пшеницу аллергией. Безусловно, отчасти это можно объяснить ее широкой «популярностью», а также тем, что едят сейчас исключительно пшеничный дрожжевой хлеб. При этом важно обратить внимание еще на некоторые моменты. Вся селекционная работа по получению новых сортов проводилась с целью выведения твердых сортов пшеницы, которая обладает большей устойчивостью к природным условиям и значительно дольше может храниться по сравнению со старыми сортами. В центре селекции находилась не биологическая ценность, а технические интересы. Это привело к качественному изменению белка. Твердые сорта содержат значительно больше клейковины, а в ней высокое содержание глютамина, которые, однако, бедны серой. Это изменение белка и есть причина, почему все больше людей реагируют на пшеницу аллергией. В частности белок глиадин (глютен), содержащийся в клейковине зерна, является высоким аллергеном. При ослабленном пищеварении, которое мы имеем при РС, в связи с нарушенной руководящей функцией нервной системы возникают изменения в кишечнике, проявляющиеся разнообразными, но привычными жалобами: боли в животе, спазмы, запоры или поносы, вздутие кишечника, чувство дискомфорта. Кроме того, белок глиадин может усиливать имеющиеся симптомы: расторможенность, рассеянность внимания, беспокойство, ухудшение сна.

Напомним еще один существенный момент. При современной обработке зерна и производстве муки полностью удаляется оболочка зерна, которая является, пожалуй, единственным природным источником полноценного и хорошо усваиваемого витамина В1. Вся беда в том, что его и так не хватает в организме при РС. Надо отметить, что рожь намного выносливее, интенсивнее по вкусу и тяжелее пшеницы и потому издавна считается главным хлебным злаком. Поскольку люди последние десятилетия стремятся облегчить себе жизнь и избегать любых усилий в области питания, предпочтение стало отдаваться более легкой пище, особенно сладостям, которые почти не требуют работы пищеварения. Поэтому хлеб, на 100% состоящий из ржаной муки, слишком тяжел для ежедневного употребления современным человеком с его избалованным кишечником. Считается, что идеальным вариантом может служить хлеб из ржаной с добавлением 10–20% пшеничной муки. Кроме того, надо употреблять зерновой хлеб, в котором есть витамин В1.

В последние годы особой привлекательностью стали пользоваться овсяные хлопья. Чем они заслужили такое внимание? Как известно, овес содержит много жиров (около 11%) и относительно много белка, что делает его удобным для приготовления каш без добавок. Пациентам с хроническими заболеваниями, в том числе с РС, очень полезно устраивать «овсяный день», когда вместо хлеба, картофеля и других углеводов едят только блюда, приготовленные из овса. Исследования, проведенные немецкими учеными, показали, что относительно высокое содержание жира ни в коем случае не повышает уровень холестерина, более того, оно стимулирует образование желчной кислоты из холестерина, понижает уровень холестерина в крови. Овсяные хлопья, которые готовят из овса, являются

универсальным живым продуктом питания, употребляемым в сыром или вареном виде, еще и потому, что содержат большое количество магния.

К сожалению, в забвении оказался ячмень, который в чистом виде также не пригоден для приготовления хлеба. Но насколько ячмень способствует прибавлению сил, знали уже древние римляне, которые кормили ячменем гладиаторов и рабов, так как от них требовалась сила и выносливость. Особенностью ячменя является высокое содержание кремния. Кроме того, ячмень богат белком, но беден жиром. Поэтому ячмень оказывает огромное влияние на органы чувств и формирование мозга, а также на образование соединительной ткани. Надо еще сказать, что ячмень в своих верхних оболочках поставляет витамин В1. Пока еще сохранилась в продаже перловая крупа из цельного очищенного зерна (это и есть ячмень), из которой можно готовить вкусные супы и каши, можно найти и очень полезную ячневую крупу. Еще готовят напиток — сдобренный пряностями жидкий слизистый ячменный отвар, который получают, замочив, отварив и процедив зерна. Такой напиток прекрасно помогает при простуде, гриппе, заболеваниях слизистых и, что очень важно при РС, — при упадке сил.

При исследовании различных злаков выяснилось, что людям, постоянно подверженным вирусным инфекциям, очень полезно есть мюсли из цельного зерна (по рецепту М. О. Брукера). Их основу составляют не овсяные хлопья, а хлебные злаки. Лучше всего сделать смесь из двух третей пшеницы и одной трети ржи, ячменя или овса (зерен, а не хлопьев!). Примерно две полные столовые ложки такой смеси нужно смолоть (делать это непосредственно перед приготовлением, т.е. промалывать каждый раз только одну порцию!) и залить примерно на 12 часов, лучше вечером, водой (не молоком!) так, чтобы вода лишь прикрывала верхний слой. Примерно через 12 часов (утром или вечером) кашу подслащивают размятым бананом (не сахаром!) или медом, после чего она становится густой. Можно добавить простоквашу, сметану или йогурт (но не молоко!) и свежие фрукты по сезону. Полезны в качестве добавок орехи, семечки подсолнуха или размягченные изюм и курага (для вкуса). Такая каша из сырого зерна, если ее есть ежедневно, очень хорошо стимулирует иммунную систему. Дополнительным условием является необходимость хотя бы на четыре недели отказаться от сахара.

61.13 Что можно сказать о бобовых культурах?

Желательно вводить в рацион бобовые культуры, например, зеленый горошек, фасоль, сою, арахис, чечевицу пищевую и др. Они содержат большое количество белка и других полезных веществ. Вместе с любимыми специями они будут приятны на столе, внося разнообразие в питание. Не следует забывать об индивидуальной переносимости этих продуктов. В то же время некоторые авторы считают, что следует избегать таких продуктов, как фасоль, соя, арахис, горох, которые, с их точки зрения, способны вызывать нежелательные аутоиммунные реакции.

61.14 🍌 Сырая растительная пища — солнечная пища?

Нет ни одной работы по питанию, где бы ни указывалась ценность фруктов и овощей, при этом особое внимание уделяется употреблению их в сыром виде. Ученые давно исследовали все части употребляемых нами растений. Выяснилось, что содержание белка и жира в овощах незначительно, а углеводы не обогащены как в злаках или картофеле крахмалом и не превращены в сахар как в плодах. Естественен вопрос: а в чем же их высокая пищевая ценность? Найден простой ответ: как оказалось, не в белке, жире и крахмале, т.е. не в калориях и питатель-

ных веществах, а в стимулировании процессов обмена веществ. Множество отдельных реакций в организме чудесным образом настроено на эту динамику. Для того чтобы дать правильное питание нашему организму, мы стараемся, чтобы в наше меню входило как можно больше полезных веществ из всего растения. Например, морковь, листовой салат и блюдо из злаков составят полный завершённый прием пищи. Заметим, что каротин моркови растворяется только в жире и лучше переваривается при добавлении жиров, поэтому рекомендуется добавлять к сырой тертой моркови растительное масло.

Но ведь не все растительные продукты мы едим сырыми, так, например, картофель, баклажаны и прочие подвергаются тепловой обработке, а это предполагает некое изменение и распад, что и пугает сторонников сыроедения. Но если приглядеться поближе, то станет понятно, что сырые плоды тоже уже как бы «сварены» солнцем, т.е. неким образом уже подготовлены для пищеварения самой природой, поэтому их еще называют «солнечной пищей» или «живой пищей». Скажем так, солнечное тепло превращает произведенные растением крахмал и кислоты в сахар и ароматические вещества, что является выражением созревания.

Каждая хозяйка знает, что незрелые плоды с помощью варки можно сделать съедобными. По сути, варка — это нечто вроде дозревания, предварительное пищеварение. С помощью подходящей тепловой обработки пища «раскрывается», что облегчает работу пищеварительного тракта. Приготовление зависит от своеобразия овоща. Нежный, похожий на цветок шпинат мы только обдадим кипятком. Молодую морковь мы осторожно потушим, зимние сорта капусты нужно варить продолжительное время. При тушении с растительным маслом образуется оболочка, которая удерживает в овощах ароматические вещества. Надо добавить к маслу лишь немного воды, чтобы температура не поднималась выше 100 градусов, время варки по возможности сделать коротким. Такой метод приготовления овощей позволяет сохранить в них максимальное количество полезных веществ, сохранив их живыми. Когда овощи готовы, нужно сразу же подавать их на стол, ибо, постояв некоторое время, они значительно теряют свою ценность.

Однако люди зачастую склонны к крайностям. Некоторые едят только вареное, потому что такая пища легче переваривается. Но здесь есть определенные нюансы, связанные с тем, что такое питание ведет со временем, с одной стороны, к слабости органов пищеварения, а с другой стороны, употребление только сырой пищи может превратиться в тяжелую нагрузку, так что тогда весь организм занят перевариванием пищи. Однако если использовать сыроедение кратковременно, в течение нескольких недель, это вызовет перестройку всего организма, что положительно зарекомендовало себя при различных хронических заболеваниях. Таким образом, нельзя считать целесообразными рекомендации пациентам с РС питаться исключительно сырой пищей, т.к. это все-таки один из видов лечебного питания, в то время как требуется взвешенный и полноценный рацион. И все же около трети дневного рациона должны составлять сырые продукты. При этом надо учитывать, что сырая пища должна быть обязательно свежей. Яблоко, которое хранилось полгода, безусловно, утратило значительную часть своей жизненной силы. Так же и сухофрукты — хотя их не варили, но свежими их можно назвать только условно. Не может быть и речи о консервированных продуктах — в них нет никакой свежести, да и польза весьма сомнительна.

Однажды возник вопрос: «Можно ли переборщить и употребить слишком много овощей или фруктов?» Конечно! В таком случае организм будет подавлен, а процессы брожения и обмена веществ и в кишечнике будут затруднены.

Во многих случаях при слабости пищеварения можно помочь, если следовать опять-таки дневному ритму печени — надо избегать сырых фруктов и овощей после обеда и особенно вечером.

61.15 🍷 Правда ли, что полезны квашеные овощи?

Уместен вопрос о квашении овощей и фруктов. В России не одно столетие квасят капусту, солят огурцы и другие овощи и фрукты. При приготовлении квашеной капусты или огурцов нужно использовать соль и закрывать их от воздуха. Приготовленные таким образом огурцы называются солеными, и этот способ естественного заквашивания был известен любой крестьянке на Руси. Но теперь настоящие соленые огурцы все больше вытесняются маринованными, которые готовят с добавлением уксуса. Они проще в приготовлении, но значительно хуже по биологической ценности. Ученые давно доказали, что естественное солечение и квашение способны оздоравливать организм. Это удобно и тем, что те люди, которые не переносят свежую капусту и огурцы, могут спокойно есть кислую капусту или соленые огурцы, свеклу, репчатый лук и т.д. У нас, к счастью, еще и сегодня очень популярен квас как универсальный освежающий напиток, который готовится из ржаного хлеба, для выпечки которого употребляется закваска. Заметим, квас — это тоже заквашенный продукт, и он очень полезен.

61.16 🍷 Существует ли питьевой режим?

Пациентам с РС не рекомендуется ограничивать питьевой режим. Желательно выпивать до 1,5–2 л некалорийной жидкости (вода, чай, особенно зеленый). Поскольку часто при РС возникают проблемы с функцией мочевого пузыря, некоторые боятся пить жидкости, что препятствует вымыванию болезнетворных бактерий из мочевых путей. Таким образом, сокращение приема жидкости скорее вредит, чем помогает.

61.17 🍷 Какова роль витаминов и минералов?

Много говорят о том, что в современной пище уже недостаточно некоторых полезных и необходимых веществ, витаминов. Так ли это? И надо ли принимать витамины отдельно, помимо пищи?

Одна из главных причин, которая привела к резкому росту потребности в витаминах и минералах, — это качественное изменение питания людей во всем мире и в России в том числе. Мощная интенсификация производства и сельского хозяйства, применение химических удобрений, развитие цивилизации привело к резкому ухудшению экологии планеты, в том числе истощению плодородного слоя земли. Вследствие этого значительно ухудшилось качество продуктов, ибо в них теперь не хватает витаминов, минералов и микроэлементов, столь необходимых для обмена веществ в организме.

Многочисленные исследования последних лет показали, что практически все люди страдают от недостатка витамина В6. В этом нет ничего удивительного, ибо больше всего он находится в оболочках зерен, а современная пищевая промышленность стремительно ухудшает полезные свойства многих злаков, не учитывая того факта, что при активной обработке зерна, когда удаляется вся шелуха и оболочка, теряются практически представители всей группы витамина В.

Почему это так важно для пациентов с РС? Известно, что у людей с заболеванием нервной системы особенно выражено снижение уровня витамина В6 (пиридоксина). Этот витамин необходим для нормальной работы нейротрансмиттеров. При его приеме уровень серотонина («гормона счастья», как его име-

ную) в организме быстро повышается. А серотонин управляет поведением, регулирует сон, настроение. При снижении серотонина отмечается подавленное настроение, агрессия, повышенный аппетит, плохой сон. При снижении уровня В6 в организме отмечается также нарушение синтеза белка, который играет важную роль в усилении иммунной системы. Добавим, что В6 синтезирует фермент трансминазу, участвующую в переработке аминокислот. При нехватке В6 в организме возникает дефицит аминокислот, который приходится восполнять, так как они нормализуют соотношение тормозящих и возбуждающих нейромедиаторов и улучшают кровообращение в головном мозге. Кроме того, В6 участвует в углеводном обмене, снабжая равномерно нервные клетки глюкозой. Но если принимать только витамин В6, то его обмен в организме затруднен, в то время как он хорошо усваивается в присутствии всей группы витаминов В (В1, В3, В12 и т.д.), почему и рекомендуют принимать весь комплекс витаминов этой группы.

Следующие продукты содержат витамины группы В: ржаной хлеб и зерновые — витамин В1, дрожжи, хлеб, рис, молоко — В2, яичный желток, печень, дрожжи, молоко — витамин В3 (пантотеновая кислота), а витамин В6 содержится в хлебе, рисе, картофеле, горохе.

Витамин В12 называют супервитамином, он активно участвует во всех обменных процессах. Нам его требуется всего 3 миллионных доли грамма в день, а за всю жизнь человек потребляет его столько же, сколько весит одно пшеничное зернышко. Он содержится только в пище животного происхождения, то есть в красном мясе, рыбе, молоке, сыре и различных морских продуктах. Поэтому вегетарианцам следует позаботиться о его достаточном поступлении в организм.

У витамина В12 среди витаминов есть «брат-близнец» — **фолиевая кислота**, также участвующая в обменных процессах. Этот водорастворимый витамин, необходимый для роста и развития кровеносной и иммунной систем. Фолиевая кислота нередко встречается в сочетании с витамином В12. Поэтому полезны печень, яичный желток, а также темно-зеленые салаты и овощи. В меню включают мелко нарезанные листья салата и шпината в сыром виде. Витамин В12 и фолиевую кислоту содержат арбуз, абрикосы, виноград, вишни, груши, дыня, инжир, капуста белокочанная, крапива двудомная, кукуруза обыкновенная, лимоны, зеленый лук, малина, одуванчики, огурцы, сельдерей, укроп огородный, яблоки.

Как считают многие исследователи, абсолютно всем людям необходим витамин С, потому что человеческий организм не способен его вырабатывать. Этот витамин считают злейшим врагом большинства болезней. Он содержится во многих свежих овощах и фруктах, поэтому рекомендуют принимать их по сезону, ибо при длительном хранении их питательная ценность теряется. Это и заставляет нас восполнять дефицит витамина С в виде добавок. Главными поставщиками его являются фрукты и овощи, употребляемые в сыром виде. Это бузина, апельсины, киви, лимоны, малина, земляника, ежевика, клубника, персики, лук, свекла, шпинат, зеленый горошек, кизил, инжир, дыня, арбуз, груши, крыжовник, спаржа, капуста, соевые бобы, картофель, помидоры, яблоки, черная смородина, слива, тыква, чеснок.

Покрывать потребность в витамине А лучше всего за счет питания. Богаты им печень, сливочное масло, молоко, сыр, яйца и, особенно, рыбий жир. Во многих овощах и фруктах имеются каротины, предающие растениям их специфический цвет (темно-зеленый, желтый, красный). Они являются предшественниками витамина А, поэтому необходимо употреблять по возможности побольше красной свеклы, моркови, тыквы, шпината, брокколи, зеленой капусты, помидоров, абрикосов, спаржи, зеленого горошка, фасоли и персиков.

В определенной степени восполнить потребность организма в витамине D можно и из некоторых продуктов. Лидерами среди них являются жирные сорта рыб (скумбрия, сельдь, палтус, лосось, тунец, макрель, форель). Полезны печень, масло, молоко и яйца (желток), некоторые грибы.

Отдельно следует рассказать о **минералах**, которых также обычно не хватает в нашем организме. Например, одним из самых важных элементов в организме человека является **цинк**, от недостатка которого сейчас страдают практически все люди, так как в природе его становится все меньше. С дефицитом цинка связаны многие болезни нервной системы. Такие весьма распространенные признаки, как плохая память, плохой аппетит могут быть связаны с недостатком цинка в организме. Цинк также повышает содержание серотонина в организме, являясь одним из важнейших ферментов, участвующих в образовании НЖК, которые в свою очередь повышают иммунитет. Он регулирует обменные и гормональные процессы в организме. Являясь составным компонентом инсулина, цинк регулирует уровень сахара в крови человека. Он укрепляет иммунитет, снижает риск заболевания гриппом и простудными инфекциями. Частые инфекции, стрессы вымывают цинк из организма. Сейчас под давлением рекламы люди много принимают кальция, а как оказалось, кальций тоже вымывает цинк из организма. Последние исследования американских психологов показали, что цинк значительно улучшает память подростков.

Важную роль в организме играет **магний**, который оказывает регулирующее и успокаивающее действие на нервную систему, особенно в сочетании с витамином В6. Магний, так же, как и цинк, является составным элементом фермента, участвующего в образовании столь нужных организму жирных кислот. При дефиците магния у человека нарушается сон, повышается раздражительность и утомляемость. Когда магний снижен, то пик выделения надпочечниками гормонов приходится на вечер, что сопровождается приливом бодрости, результатом чего является плохое, трудное засыпание вечером. Много магния содержится в абрикосах, персиках и цветной капусте.

Следующий микроэлемент, дефицит которого отчетливо определяется у наших пациентов, это **селен**. Это мощный иммуностимулятор, т.е. этот микроэлемент усиливает иммунную систему и снижает, наравне с цинком, восприимчивость к заболеваниям. Это особенно важно для поддержания защитных сил организма против вирусных инфекций. Кроме того, он обладает мощным противовоспалительным действием совместно с витамином Е. Его целесообразно активно использовать для лечения заболеваний кишечника.

Широкое и бесконтрольное увлечение приемом добавок имеет и свои отрицательные стороны. Поскольку витамины действительно связаны с жизненным процессом, они считаются символом здоровья. Только вот, к сожалению, поздно заметили, что передозировка витаминов тоже может наносить вред здоровью. Это наблюдалось при употреблении **витамина D**. Его стали давать в больших дозах для лечения рахита у детей, а теперь для профилактики остеопороза у взрослых. Считалось, что он устраняет полностью дефицит кальция в костях. Но тут стало происходить противоположное — наступало преждевременное «обызвествление» тканей организма, порой с тяжелыми последствиями. Как оказалось, причиной этого стала значительная передозировка витамина D. Бытующее упрощенное мнение о том, что при помощи витаминов можно «управлять» здоровьем, и привело к чрезмерному применению различных витаминов. Поэтому, например, в США (а теперь и у нас) изначально в молоко добавляется витамин D, потому что считают его необходимым в организме для укрепления костей. Кро-

ме того, сейчас настоятельно рекомендуют пожилым людям употреблять много молока и других молочных продуктов, обогащенных витаминами, в том числе D. И люди делают это, надеясь предотвратить возможный остеопороз. Однако витамин D принуждает организм усваивать известь, не определяя при этом, где именно она откладывается. Например, она откладывается в сосудах, на неровностях возникших благодаря холестерину, что ухудшает обеспечение кровью сердца и мозга. А ведь ломкость костей при остеопорозе представляет собой проблему их эластичности, которая обеспечивается кремнием, а не известью, которая делает кости твердыми и хрупкими. Органическим, т.е. природным кремнием богаты рожь, просо, ячмень, полевой хвощ или желатин, вываренный из костей животных. Заметим преимущество этого натурального желатина в отличие от искусственного, который нам предлагают в виде мармелада сегодня.

Английские исследователи в последние годы говорят о том, что прием кальция в виде добавок взрослыми людьми вообще 100-процентная ошибка. Проблема остеопороза, по их мнению, — это проблема нехватки в организме «трех М» — магния, молибдена и марганца.

В настоящее время есть работы, свидетельствующие, что витамин D снижает риск обострений (в дозе 5 тыс МЕ в добавлении к приему бетаферона). Конечно, употреблять большие дозы витамина необходимо под контролем кальция и щелочной фосфатазы. Считается, что доза 1000 МЕ витамина совершенно безопасна.

Некоторые специалисты в экспериментах на животных получили результаты, которые ставят под сомнение важность витамина D при РС. Они считают, что большее значение имеет пребывание человека на свежем воздухе под воздействием, естественно, умеренном, ультрафиолетовых лучей. Нам остается лишь ждать, когда серьезные исследования ответят на эти вопросы.

Не следует забывать, что жирорастворимые витамины (А, D, E, К) в больших дозах токсичны. Некоторые водорастворимые витамины (В6, С) также могут вызвать побочные реакции и даже заболевания, если их дозы слишком велики.

Уже отмечалось значение лецитина для построения компонентов мозговой ткани, в том числе миелина, а также для нормальной работы клеток печени. Его дефицит можно восполнить специальными добавками, а также вводя в рацион соевое масло, орехи, сыры, яичные желтки, печень и белокочанную капусту.

Специалисты рекомендуют вводить в качестве добавки к пище коэнзим Q10, который необходим для работы тех ферментов клетки, которые обеспечивают ее энергетически емкими веществами.

Подобрать комплекс витаминов можно с помощью лечащего врача. Уже упоминаемый в книге врач Г. Георгиев дополнительно к медикаментозной терапии принимает следующие витамины (3 раза в день): омега-3 жирные кислоты (100 мг), комплекс витаминов В в виде драже (В1–100 мг, В6–200 мг, В12–200 мг), витамин С (1000 мг), витамин D3 (300 IЕ). При вирусных заболеваниях дополнительно принимается бета-каротин (провитамин А) — по 2 мг.

61.18 **Насколько вредны добавки к пищевым продуктам?**

Сейчас много говорят о вреде различных веществ, добавляемых в продукты для улучшения их вкуса и увеличения срока хранения. Они действительно так уж вредны?

Было бы непродуктивно упустить этот вопрос, ибо это действительно стало большой проблемой на сегодня. Достаточно напомнить, сколько вредных веществ попадает в организм человека вместе с растительными продуктами, насыщенными так называемыми средствами защиты от вредителей (инсектицидами,

пестицидами), которые предназначены для «спасения урожая». При нынешней интенсификации производства продуктов в ходе их переработки для «улучшения» вкуса добавляют множество веществ — консерванты, красители, загустители, ароматизаторы и многое другое.

Мы не всегда и предполагаем, сколько токсических веществ находится в продуктах, широко рекламируемых в различных средствах информации. Не следует забывать, что больше всего страдает нервная система, благодаря особой чувствительности к токсинам. Мало людей, относящихся совершенно спокойно к шоколаду. Между тем он содержит до 40 токсичных веществ, которые отрицательно воздействуют на нейротрансмиттеры. Широко известны продукты с глутаматом натрия: бульонные кубики, лапша Доширак, различные присыпки в продукты, вызывающие гибель нервных клеток. В продуктах содержится невообразимое количество добавок, начинающихся на букву Е (от 103 до 1521 номера). Добавка с буквой Е вымывает цинк из крови, а это усиливает раздражительность, расторможенность. В Соса-Соле содержится много фосфора, который вымывает кальций и другие минералы.

Консервированные фрукты в банках (чернослив, черная смородина, вишня и др.) содержат много салицилатов, которых немало и в томатном соусе и изюме. В последнее время стало обычным явлением использование в готовых супах, чипсах, хлебе, сухом картофеле, кондитерских изделиях в качестве добавки кальция пропионата, который активно вымывает минералы и усиливает раздражительность.

Иногда в семье отдается предпочтение жареной пище. А в ней, как известно, много насыщенных жирных кислот, они вымывают из организма цинк и витамин В6. Известно, что кофе и курение выводят из организма все минералы.

Все это очень вредно для любого человека. А для пациентов с РС — это просто трагедия, поскольку мы знаем, что при этом заболевании повышена проницаемость гематоэнцефалического барьера и, следовательно, все эти вредные вещества напрямую идут в мозг.

61.19 **Что такое противовоспалительная диета?**

Я читал о противовоспалительной диете проф. Олафа Адама. В чем ее суть?

Мы выяснили, что нет специальной диеты, предназначенной для всех больных РС. Немецкий врач О. Адам предложил свое видение режима питания, основываясь на своем многолетнем опыте и сравнении течения заболевания с ревматическими процессами. Поскольку мы подробно обсудили теоретические аспекты использования в рационе тех или иных продуктов, нам будет легко понять ход его рассуждений. Проведенные автором исследования позволили сделать два вывода.

1. Некоторые виды жиров, имеющие большое количество ненасыщенных жирных кислот (НЖК), играют определенную роль в развитии воспалительного процесса. Одни из них могут усиливать воспалительный процесс, другие тормозить. Полностью избежать их нельзя, т.к. не все они вырабатываются в организме, поэтому следует внимательно относиться к тому, что попадает на стол. Подавляющее большинство вредных кислот находится в мясе и мясных продуктах (колбаса и прочее), а вот полезными славятся жирные сорта рыбы.

2. Хронические воспаления усиливают окислительные процессы в клетках. Для борьбы с ними организм нуждается в антиоксидантных веществах. К ним относятся витамины (С, Е, А), минеральные вещества (цинк, селен), некоторые полезные вещества, которыми богаты зеленый чай, грецкие орехи, черника. В связи с этим подбирается оптимальный ежедневный рацион, включающий в себя овощи, фрукты, рыбу, орехи и семена.

Данные рекомендации вполне вписываются в уже известные нам правила организации питания при РС.

61.20 Как влияет кофе на организм больного?

Я привыкла выпить чашечку кофе утром. Это вредно?

Пока недостаточно фактов, чтобы сделать окончательные выводы. Недавно бельгийские ученые установили, что ежедневное употребление кофе задерживало достижение EDSS 6.0 на пять лет у людей, страдающих рецидивирующим рассеянным склерозом. Это связано с поступлением значительного количества кофеина, который, по мнению ученых, может подавлять выработку провоспалительных цитокинов, таких как фактор некроза опухоли (TNF-а), а также обладает нейротекторными (защитными) свойствами.

В другом исследовании ученые из университета Джона Хопкинса показали, что употребление 4–6 чашек кофе в день снижает риск развития РС по крайней мере в 1,5 раза. Механизм защитного действия кофе не ясен, кроме того, до настоящего времени не вполне понятно, может ли употребление кофе замедлять прогрессирование уже развившегося заболевания.

Для окончательного решения вопроса необходимы длительные наблюдения.

61.21 Какова роль рыбных продуктов в питании при РС?

При многих болезнях рекомендуют употреблять рыбу. Полезна ли она при РС?

Рыба полезна как для профилактики, так и для диетического питания при многих заболеваниях, так как она обладает набором многих полезных веществ. Недавнее исследование бельгийских ученых привело к выводу, что пациенты с рецидивирующим РС, которые употребляли рыбу два или более раз в неделю, достигли EDSS 6.0 на семь лет позже, чем те, кто ел рыбу реже, чем один раз в месяц.

Такие обнадеживающие результаты требуют серьезной проверки, однако необходимость включения в рацион рыбы как минимум 2 раза в неделю, вполне закономерна.

61.22 В чем заключается диета Эштона Эмбри?

Прочитала о диете канадского ученого. У него очень жесткие рекомендации. Следует ли им следовать?

Мы уже говорили, что РС — заболевание столь сложное, что революционных преобразований в тактике питания лучше избегать. Эштон Эмбри разрабатывал диету для своего сына, заболевшего РС. Поскольку известно, что различные пищевые факторы потенциально играют важную роль в возникновении и прогрессировании РС, он предложил свою «пищевую стратегию», рекомендуя одни продукты исключить из рациона, сократить употребление другой группы и значительно увеличить потребления третьих.

К первой группе он относит продукты, которые содержат белки, способные вызывать нежелательные аутоиммунные реакции. Это все молочные продукты (молоко, сыр, йогурт), пищевые продукты, содержащие клейковину зерна (пшеница, рожь или ячмень), бобовые (фасоль, соя, арахис, горох). Сюда же входят конфеты, безалкогольные напитки и пищевые продукты с высоким содержанием сахара.

Автор предлагает уменьшить потребление продуктов, содержащих насыщенные жиры, поэтому рекомендует есть постное красное мясо только один раз в неделю, отдавать предпочтение оливковому маслу. Из круп он отдает предпочтение рису. Эштон Эмбри считает, что можно пить вино в умеренных количествах, но следует полностью избегать пива.

Что рекомендует автор в качестве приоритетных продуктов? Это куриное филе, мясо дичи и рыбы (лосось и макрель), овощи и фрукты в качестве источника углеводов и клетчатки.

По основным рекомендациям здесь нет особых вопросов. Одним из обширных разделов его рекомендаций являются пищевые добавки для укрепления иммунной регуляции, повышения антиоксидантного потенциала и предупреждения недостатка витаминов. Эти советы наиболее спорные, ибо использование таких препаратов должно строго контролироваться. Следует упомянуть и высокую стоимость месячного пакета добавок. Некоторые из отечественных пациентов попробовали эту диету, но особого улучшения в состоянии здоровья не обнаружили. Впрочем, эффект от любого метода появляется не сразу, а решение о внедрении его в практику принимает каждый для себя. Кроме того, эта диета рассчитана на постоянное применение, что далеко не каждому по силам. В любом случае, не следует забывать, что как витамины, так и минералы могут принести как пользу, так и вред, поэтому вопрос о дозировке этих препаратов следует решать индивидуально.

61.23 Какова роль соли в развитии РС?

Известно, что нужно ограничивать соль при сердечных заболеваниях. А при РС?

В последние годы проведено несколько исследований, связанных с изучением роли поваренной соли в развитии и течении РС. Некоторые ученые отмечали, что повышенное потребление соли может привести к патологической активности некоторых компонентов иммунной системы, что в свою очередь может оказать значимое влияние как на риск заболеть рассеянным склерозом, так и на течение заболевания.

Опыты показали, что добавление соли в рацион мышей приводило к развитию более тяжелых форм экспериментального аутоиммунного энцефаломиелита. Вполне возможно, что наш сегодняшний рацион (фаст-фуды, полуфабрикаты и т.п., в состав которых входит большое количество соли) отчасти тоже ответственен за рост заболеваемости рассеянным склерозом.

61.24 Что же реально надо сделать, чтобы улучшить качество питания?

А теперь коротко о главном. Какие основные шаги на пути к разумному питанию?

Самый первый шаг, который необходимо сделать, — это внимательно пересмотреть свой рацион питания. Прежде всего желательно полностью исключить из питания полуфабрикаты, которые содержат вещества, отрицательно влияющие на функции мозга: аспартам, глутамат натрия и калия, салицилаты, все добавки, начинающиеся с буквы Е, Са-пропионат. Мы уже подробно говорили об этом выше, перечисляли продукты, содержащие эти вредные вещества. Исследования показывают, что у испытуемых почти сразу улучшается сон, уменьшается тревожность и раздражительность, если из их рациона исключить синтетические красители и усилители вкуса. При этом подобное улучшение является стойким и долговременным. Следовательно, покупая продукты питания, надо внимательно читать этикетки, педантично изучать содержимое каждой банки, упаковки и т.д. Этому можно с успехом быстро научиться. Сейчас в различных готовых продуктах, особенно быстрого приготовления, очень много вредных веществ. Даже если на этикетке не указаны вредные добавки, следует помнить, что такие обозначения, как «эмульгатор, идентичный натуральному», «усилитель вкуса, близкий к натуральному» и прочие, относятся к той же серии вредных добавок.

Следующий шаг — ограничение сахара в рационе. Когда мы говорим о сахаре, то имеем в виду тот самый рафинированный сахар, или «белую смерть», как его окрестили некоторые специалисты по питанию. Мы уже подробно обсуждали влияние сахара на организм.

Параллельно мы должны предпринять следующий шаг. Речь идет о хлебе. В каждой семье есть свои традиции и пристрастия. Но мы вынуждены порой изменить свои привычки. Что мы под этим подразумеваем? Надо максимально уменьшить потребление очень белого хлеба и изделий из рафинированной муки — это различные булочки, батоны (особенно французские булочки, которые с некоторых пор стали выпекать наши хлебопекарни), так же, как и булочки системы Мак-Доналдс. В них мука подвергнута столь сильной переработке, что жуются они почти как резиновые. Крахмал такой муки очень быстро превращается в организме в сахар, что является еще одним дополнительным источником сахара, о котором, мы уверены, некоторые даже не подозревают. Мы даже не говорим о пирожных, кексах, мороженом, различных кондитерских изделиях, некоторых видах йогуртов и различных сырах, где много вредных добавок. Само собой разумеется, что их надо исключить. Предпочтение в рационе надо отдавать простым хлебам: ржаному, серому, овсяному и т.д.

Надо внимательно следить за наличием жиров в рационе (омега-3, омега-6), т.к. они участвуют в строительстве нервной клетки. Как уже отмечалось, их достаточно много в рыбе и яйцах, в которых имеется много необходимых организму веществ: холина, лецитин-холина, фосфатидил-холина. Это именно те составляющие ацетил-холина, которые позволяют ему влиять на память. Как правильно приготовить яйцо, чтобы оно не теряло столь необходимый нам холин? Если яйцо жарить, то холин теряется и вырабатывается «плохой» холестерин. Поэтому яйцо лучше есть сваренным вкрутую или всмятку, на худой конец — глазунью, тогда холин сохраняется и не образуется «плохой» холестерин. Впрочем, в интернете стремительно нарастает количество сообщений о свойствах яиц, некоторые из которых весьма сомнительные. Останемся пока на наших позициях, они взвешены и не принесут нам вреда.

Для того чтобы получать достаточно омеги-3, надо включать в рацион жирные сорта рыбы, о которых было сказано раньше.

Мы уже говорили о необходимости употреблять достаточное количество жидкости (не менее 1,5–2 л). Надо научиться пить не искусственный сок (как часто у нас сейчас делается), а простую чистую воду. Можно включать в рацион минеральную насыщенную кремнием воду. Надо постараться включать в рацион как можно больше овощей и фруктов. Рафинированный сахар заменять сладкими фруктами — инжир, курага, сладкие яблоки и т.д.

Необходимо научиться отличать здоровую пищу от плохой в интересах собственного здоровья. Мы уже знаем, что нет специальной диеты, которая могла бы активно воздействовать на заболевание. Нет необходимости и ломать в один день устоявшиеся вкусовые привычки. Мы не даем рецептов питания с указанием ежедневных норм определенных продуктов. Нам хотелось бы, чтобы читатели могли разбираться не только во вкусовых качествах, но и в полезных и вредных свойствах основных пищевых продуктов. Только такое понимание позволит легко и безболезненно постепенно перестроить свой рацион, что принесет несомненную пользу всем членам семьи. Тогда и еда будет наполнять жизнь радостью.

Итак, мы уяснили, что ни одна диета не лечит РС. Любые эксперименты с необычными диетами или неконтролируемым приемом «лечебных» капсул или «100-процентных биопродуктов» могут быть в лучшем случае бесполезными,

а иногда опасными. Неправильное или недостаточное питание может повлиять на ход терапии заболевания.

В то же время само заболевание и лечебный процесс оказывают воздействие на вес и вкусовые склонности пациента. При изменении рациона следует делать это постепенно, отдавая дань своим вкусовым склонностям и привычкам, а в необходимых случаях желательно советоваться с врачом.

61.25 Является ли корица фактором защиты от рассеянного склероза?

Ученые из Чикаго исследовали на животных моделях способность различных специй влиять на течение экспериментального аллергического энцефаломиелита (ЭАЭ). Оказалось, что назначение мышам корицы снижало заболеваемость ЭАЭ (эквивалент РС у людей) и уменьшало выраженность заболевания у животных с развившимся заболеванием. Ученые связали данный факт со способностью веществ, входящих в корицу, восстанавливать гематоэнцефалический барьер, подвергающийся атаке иммунных клеток.

Полезные свойства корицы известны давно. Следует ожидать более подробных исследований.

61.26 Таблица оценки полезности продуктов питания при РС

Если проанализировать все рекомендации по питанию, то можно представить себе усредненный вариант использования продуктов питания. Понятно, что это лишь схема, которой можно руководствоваться, не забывая о своих вкусовых привычках и принимая во внимание индивидуальную реакцию.

ТАБЛИЦА ОЦЕНКИ ПОЛЕЗНОСТИ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ ПРИ РС

Продукт	Рекомендуемый	Нежелательный
Овощи и фрукты	Все сорта (предпочтительнее свежие и замороженные), фенхель, сельдерей, петрушка, бобовые	Овощи в жирных соусах, консервированные овощи и фрукты
Картофель	В виде пюре с молоком, запеченный в фольге, можно с сыром	Фри, жареный
Хлеб	Все виды (предпочтительнее из цельного зерна)	-
Зерновые продукты	Цельное зерно и его производные, особенно овсяные хлопья, рис цельный или парбоилд	Изделия из белой муки (булочки, торты и пр.)
Торты, выпечка, сладости	Нежирное тесто	Жирные торты и мучные изделия, белый сахар, сладости, мед лишь умеренно
Орехи и семена	Грецкие и лесные орехи, миндаль, семена тыквы, семечки, сезам, сушеные фрукты	-
Напитки	Свежеприготовленные фруктовые и овощные соки, фруктовые и травяные чаи, минеральная вода, 1 фужер красного вина в день, кофе без кофеина	Алкоголь, лимонады, кофе, кола

Продукт	Рекомендуемый	Нежелательный
Молоко и молочные продукты	Нежирные виды молока, обезжиренные кисломолочные продукты, нежирный сыр (до 20%)	Жирные сорта молока и молочных продуктов
Жиры и масла	Масла холодного отжима: оливковое, подсолнечное, рапсовое, льняное, масло из проросших зерен пшеницы, риса, семечек тыквы	Сало, топленый жир, масло, маргарин
Яйца	Два яйца в неделю	Активное употребление продуктов, содержащих яйца
Мясо и мясные продукты	Небольшие порции мяса два раза в неделю. Постные курица (без шкурки), филе из индейки, говядины, свинины; постная ветчина	Любые жирные сорта мяса, птицу со шкуркой, большинство сортов колбасы и сосисок, сало, внутренности
Рыба	Все сорта морской и речной рыбы, ракообразные, моллюски	Консервированные рыбпродукты (из банок), блюда, приготовленные на избыточном жире

62. Профилактика рассеянного склероза

62.1 Возможна ли профилактика РС?

Можно было бы избежать РС, если принимать какие-либо меры?

К сожалению, эффективной профилактики на сегодняшний день не существует. Известно, что бывает профилактика первичная и вторичная. Под первичной профилактикой имеют в виду мероприятия, предупреждающие развитие заболевания, например инфаркта миокарда или инсульта. Если уже случился инфаркт, то теперь речь идет о предупреждении второго инфаркта, что и называется вторичной профилактикой заболевания. Говорить о первичной профилактике РС мы не можем до тех пор, пока не будет известна полная картина развития заболевания. Только тогда станет возможным предпринять меры предосторожности и, вероятно, более радикальные мероприятия (20.14  Существует ли профилактическое лечение?). А вот говорить о вторичной профилактике в определенной мере нужно.

62.2 Существует ли вторичная профилактика РС?

Можно ли избежать нового обострения, изменив образ жизни?

Суть вторичной профилактики сводится к предупреждению развития обострения. На сегодняшний день нет и не может быть программы, позволяющей предусмотреть развитие новых атак болезни, но это не значит, что мы вовсе не можем оказывать на этот процесс активного воздействия. После первой атаки и установления диагноза необходимо тщательным образом уточнить, при каких условиях началось заболевание, в какой форме оно проявляется (легкой или агрессивной), какие меры предупреждения обострения можно предпринять. Это могут быть медикаментозные, психотерапевтические или диетические мероприятия. Типичными факторами, провоцирующими обострение, являются: экзамены, переезды, отпуск в теплых странах, физические перегрузки, послеродовый период, прививки и т.д.

Невозможно все предвидеть и всегда помочь, но быть предусмотрительным необходимо. Если пациенту после инфаркта рекомендуют правильно питаться, избегать стресса, заботиться о полноценной и счастливой жизни, то пациенту

с РС предстоит сделать для себя много больше. Предстоит изменить образ жизни, придерживаться определенных правил, которые в определенной степени могут предотвратить обострение.

62.3 Что можно сделать для профилактики обострений?

Мы подробно останавливаемся на основных аспектах жизни с рассеянным склерозом, но опытом многих пациентов выработан свод правил, которых желательно придерживаться. С первого взгляда заметно, что здесь нет ничего сложного и нового, но ведь главное — выработать привычку придерживаться этих правил ежедневно.

1. Избегайте перегревания: не рекомендуются горячие ванны, баня, загар, разогревающие процедуры (массаж, физиотерапия), поездки в регионы с жарким климатом. Если избежать пребывания в жарком климате нельзя, следует пользоваться солнцезащитными очками, шляпой, зонтом, больше находиться в тени, чаще принимать прохладный душ, пить прохладные напитки.

2. Отрегулируйте свое питание: ежедневное употребление сливочного масла, сладких булочек или пирожных приведет к повторной атаке заболевания. Старайтесь держать стабильным вашу массу тела.

3. Выясните, не страдает ли кто-то из родственников в возрасте 30–40 лет гипертонической болезнью, стенокардией или другими сосудистыми заболеваниями, не было ли в вашем роду ранних смертей от инфаркта миокарда или инсульта. В таком случае вам необходимо регулярно контролировать уровень липидов сыворотки крови (или только холестерина); чаще включать в рацион фрукты, овощи, оливки, речную рыбу. Животных жиров следует употреблять значительно меньше, чем растительных. Регулярно следите за уровнем артериального давления и сахара крови.

4. По возможности сделайте удобным свое жилище: оправдан переезд на первый этаж. Коридоры следует освободить для передвижения кресла-коляски. Стены квартиры необходимо оборудовать брусками-перилами, в туалете — подставками-опорами для ног, а в ванной — съемным сиденьем. В кухне продумайте удобное место для работы сидя. Полезно выделить в квартире гимнастический уголок со шведской стенкой и матами.

5. Позаботьтесь о своей иммунной системе: шерсть животных, перья птиц, шерстяные ковры могут содержать аллергены, провоцирующие обострение рассеянного склероза. Не следует разводить дома цветущие растения. Квартира должна содержаться в идеальной чистоте: помимо пылесоса обязательна влажная уборка помещений. Всегда держите под рукой какое-нибудь противоаллергическое средство.

6. В домашней аптечке должны быть морская соль для промывания носа, защитные мази и другие известные средства, препятствующие развитию вирусной инфекции.

7. Не употреблять алкоголь и не курить.

8. Избегать физических и эмоциональных перегрузок как дома, так и на работе, отрегулировать сон.

9. Укрепляйте защитные силы своего организма: проводите часть суток на свежем воздухе; по возможности совершайте пешие прогулки и/или регулярно выполняйте физические упражнения, принимайте настои трав, содержащих фитонциды и адаптогены.

10. Поскольку причиной каждого последующего обострения может быть активизация хронической инфекции, присутствующей в организме, пациентам

с РС необходимо регулярно проходить диспансеризацию: сдавать анализы крови и мочи, посещать терапевта, отоларинголога, стоматолога, уролога, гинеколога и санировать все очаги хронической инфекции.

Каждый пациент вырабатывает свой кодекс защиты от повторных атак болезни, но все мероприятия направлены на создание нормальных жизненных условий и спокойной атмосферы в семье и на работе, предупреждение развития различных заболеваний, которые могут спровоцировать обострение.

63. Моя квартира

63.1 📖 Как обустроить свою квартиру?

Болезнь вносит свои коррективы в быт. Есть ли какие-либо рекомендации по обустройству быта?

Признаться, и здоровые люди не всегда могут создать в своей квартире необходимый уют, а для тех, кто болеет РС, это жизненная необходимость, особенно при нарастании степени инвалидности. Нередко приходится менять жилье, руководствуясь удобствами передвижения, ибо не так уж и много домов с удобными лифтами и пандусами. Выбирая новую квартиру, желательно учитывать ряд факторов. Она должна быть светлой, что положительно воздействует на душевное состояние. Летом в ней не должно быть слишком жарко, зимой она должна хорошо отапливаться. Квартира не должна быть сырой, ибо необходимо свести до минимума риск простудиться или получить воспаление мочевого пузыря. Мебель должна быть удобной и уютной, но, главное, не должна загромождать комнаты, чтобы легко было передвигаться, в том числе и на коляске. Естественно, придется убрать коврики с пути, которые могут привести к неожиданному падению. Следует учитывать и условия уборки квартиры. Спальню желательно обустроить так, чтобы все способствовало хорошему сну.

Существенным условием является наличие места в подъезде, где можно оставлять кресло-коляску на первом этаже или где-то рядом с главным входом, который имеет пандус для съезда коляски. Не лишним будет подыскать район, чтобы недалеко от дома были необходимые магазины.

РС может затруднять способность к передвижению, поэтому большую роль в сохранении энергии и повышении независимости могут сыграть определенные изменения в обустройстве жилища. Трудно предусмотреть все возможные обстоятельства, но опытом пациентов предусмотрены некоторые мероприятия, которые должны облегчить жизнь при наступлении инвалидности.

63.2 📖 Какими устройствами и приспособлениями можно пользоваться при РС?

У моего родственника нарастают ограничения подвижности. Чем он может пользоваться?

В процессе реабилитации специалисты могут порекомендовать ряд технических средств и приспособлений, которые должны значительно облегчить повседневную жизнь пациента с РС. Наряду с тростями, костылями и прочими простейшими приспособлениями (см. 25.6 Какие вспомогательные принадлежности применяются при РС?) обычно в квартире используются:

- Встроенная техника.
- Перила и поручни.
- Приспособления для захвата и перемещения объектов.
- Электрические кровати и матрацы.

- «Салазки» (пластиковые доски) для пересаживания.
- Кресла-коляски.

Наряду с подобранным медикаментозным лечением, поддержанием физической активности и других методов контроля над заболеванием использование этого оборудования поможет сохранить максимум самостоятельности.

Появление мобильных телефонов позволяет решать некоторые проблемы. Вот один из вариантов, рассказанных нам знакомой пациенткой. «Как легко стало общаться с миром при появлении радиотелефона. Сейчас он у меня всегда в кармане халата, чтобы в случае необходимости можно было позвать на помощь. Очень важно иметь хорошие отношения с соседями. Например, у моей соседки есть ключ от моей квартиры, и если я не могу встать в случае падения, то, имея при себе телефон, зову ее на помощь. Мелочь, но для меня это очень важно!»

63.3 📖 Как переоборудовать свою квартиру?

Я знаю, как трудно порой осуществить самые простые действия инвалиду. Не могли бы вы дать конкретные рекомендации?

Нам нет необходимости выдумывать нечто новое. Давно опытом инвалидов созданы четкие рекомендации, облегчающие выполнение обычных действий при одевании, купании, пользовании туалетом, соблюдении личной гигиены и уходе за внешностью, приеме пищи и питья, приготовлении пищи, уборке и посещении магазинов. Довольно часто пациенту сложно переносить предметы руками (книгу, газету и др.), т.к. передвигаясь по квартире, приходится все время придерживать за опору (стену, косяк или ручку двери, спинку дивана, подлокотник кресла и т.д.). В таких случаях в кармане должен всегда находиться небольшой мягкий пакет с ручками, который вместе с небольшим грузом можно набросить на руку, а кисть остается свободной для придерживания. Когда возникает проблема с мочевым пузырем, то желательно примерно каждые 2 часа мысленно напоминать себе, что надо посетить туалет. Вместе с тем во всех точках квартиры можно поместить так называемые «тревожные кружки», которые позволяют чувствовать себя увереннее. Они стоят так, что не бросаются в глаза, но иногда очень выручают.

Понятно, что в индивидуальном плане можно будет выбрать наиболее подходящие советы.

Одевание

- Одевайтесь сидя в кресле с подлокотниками — это помогает сохранить равновесие.
- При натягивании брюк на верхнюю часть бедер перекачивайтесь с боку на бок. Это можно делать сидя в кресле или лежа на кровати.
- Носите свободную одежду с эластичным поясом.
- Выбирайте одежду с запахом (а не надеваемую через голову). Одежда должна запахиваться спереди, а не сзади.
- Выбирайте одежду с крупными плоскими пуговицами или на «липучках».
- Пользуйтесь крючком для застегивания пуговиц.
- При слабости плечевых мышц пользуйтесь «палкой для одевания», надевая и снимая куртку или рубашку.
- Пользуйтесь устройством для застегивания «молний» или прикрепите кожаные петли к бегункам «молний» на брюках и куртках.
- Пользуйтесь специальным приспособлением для надевания носков, обувной ложкой с длинной ручкой.

Купание

- Закрепите удобные поручни внутри и снаружи ванны или душа.
- Пользуйтесь «пересадочной» доской для ванны, а в душе — душевым креслом со спинкой.
- Оборудуйте водопроводные смесители удлиненными рукоятками, облегчающими открывание и закрывание воды.
- Постелите нескользящий коврик на дно ванны.
- Принимая ванну или душ, пользуйтесь гибким шлангом.
- Пользуйтесь мочалкой или банной щеткой, закрепленной на длинной ручке.
- Вместо обычных кусочков мыла пользуйтесь мылом «на шнурке», банными рукавицами, мочалками с вложенным в них мылом или мягкими приспособлениями для намыливания.
- Мойтесь в умеренно теплой воде, ибо чересчур горячая вода усиливает чувство усталости и может приводить к обострению симптомов РС.
- Нашейте на полотенца «лямки», помогающие удерживать их при вытирании.
- Постелите полотенце на полу перед ванной — об него вы сможете вытереть ноги, чтобы не поскользнуться.
- Чтобы вытереть спину, набросьте полотенце на спинку стула, сядьте и потрите об него спиной. Вместо вытирания полотенцем можно использовать махровый халат, который впитает влагу.

Пользование туалетом

- Используйте высокое сиденье для туалета и/или поручни для вставания с сиденья. Поднимаясь с сиденья, не придерживайтесь за крючки для полотенец или держатель для туалетной бумаги.
- Оборудуйте водопроводные смесители удлиненными рукоятками, облегчающими открывание и закрывание воды.

Общая гигиена и уход за собой

- Пользуйтесь массажными щетками и расческами с наращенной ручкой или с ручкой, на которой имеются углубления для пальцев.
- Пользуйтесь зубной щеткой с увеличенной ручкой или электрической зубной щеткой.

Прием пищи и жидкости

- Сидя за столом, опирайтесь локтями о стол — это обеспечивает большую подвижность кистей и ладоней.
- Сидите на стуле с прямой спинкой, чтобы колени и бедра образовывали угол в 90 градусов.
- Пользуйтесь приборами с утолщенной ручкой или «спорком» (гибрид ложки и вилки). Для разрезания пищи используйте нож-качалку.
- Чтобы предметы не скользили по столу, используйте подстилки из специального нескользкого материала.
- Пользуйтесь пластиковым предохранительным бортиком для тарелки или тарелкой с высокими краями, чтобы пища не проливалась.
- Пользуйтесь чашкой-непроливайкой с длинной питьевой соломинкой или пластиковой кружкой с большой ручкой.
- Удобно использовать пластиковые тарелки.

Приготовление пищи

- Рабочая поверхность хотя бы одного кухонного стола должна быть ниже остальных — так, чтобы за ним можно было работать сидя.
- Плотно закрытые банки открывайте с помощью банковскрывателя.
- Открыв банку или контейнер с пищей, не закрывайте их слишком плотно.
- При открывании консервных банок с подъемным лепестком пользуйтесь удлиненным рычагом.
- Используйте кастрюли и сковороды с широким дном — их труднее опрокинуть.
- Для чистки фруктов и овощей используйте кухонный комбайн.
- Для хранения пищи пользуйтесь небуьющимися пластиковыми контейнерами.
- Для придания посуде устойчивого положения ставьте ее на нескользкие подстилки.
- Держите пищу и напитки (например, молоко или сок) в небольших легко перемещаемых емкостях.
- Держите кухонную утварь, кастрюли, сковородки и мерную посуду подвешенными на специальной стенной доске или в легкодоступном посудном шкафчике, расположенном на достаточной высоте, чтобы брать оттуда вещи, не нагибаясь. Доставайте предметы из низко расположенных шкафчиков и тумб в положении сидя.
- Накалывайте овощи, фрукты и картофель на доску со штырьками, чтобы при их чистке или нарезке обе руки у вас были свободны.
- Наливайте жидкость с помощью обеих рук.
- Открывайте пластиковые пакеты с помощью ножниц, а коробки — с помощью специальных приспособлений.
- Выполняйте как можно больше действий с помощью электроприборов.

Уборка

- Швабры (со съемной губкой) для мытья пола и окон, щетки для чистки, совки для мусора, метлы должны быть с длинной ручкой.
- Выполняйте как можно больше действий в положении сидя (стирка, мытье посуды, глажка, мытье полов, включение вилок в низко расположенные розетки). Отрегулируйте высоту всех рабочих поверхностей так, чтобы вы свободно доставали до них с коляски или из положения сидя.

Покупки

- Позвоните в магазин заранее, чтобы убедиться, что нужный вам товар есть в наличии.
- Позвоните заранее и закажите коляску или трехколесную тележку, если вы не планируете брать собственную.
- Вызовите такси или попросите родственника или друга подвезти вас.

Полезные советы

- Держите номера экстренных служб там, где вы их сможете легко найти, или сохраните их в памяти своего телефона.
- Пользуйтесь телефоном с увеличенными кнопками.
- Уберите половики и маленькие коврики, чтобы снизить риск споткнуться или поскользнуться.
- Сделайте среду своего обитания как можно более комфортной и располагающей к положительным эмоциям. Используйте успокаивающие цвета в оформ-

лении интерьера, ароматические свечи или ароматические смеси, помогающие вам расслабиться.

Окружите себя фотографиями и музыкой, поднимающими вам настроение

- Если в течение дня вам необходимо чье-то общество, подумайте о том, чтобы завести домашнее животное — например, котенка, птицу или аквариумную рыбку. Если вам кажется, что вы не справитесь с уходом за животным, окружите себя комнатными растениями или цветами. При этом не следует забывать о возможности аллергических реакций.

- Температура и микроклимат вашей квартиры должны соответствовать уровню вашей чувствительности. Чем более комфортной и приподнятой будет обстановка в доме, тем более позитивным будет ваше отношение к жизни.

- При поддержании высокого качества жизни и положительного настроения жизнь с рассеянным склерозом может быть намного более приемлемой.

63.4 Как спать под одеялом?

Как поворачиваться ночью с бока на бок, если ногами невозможно поправить или откинуть одеяло? Вот один из вариантов решения проблемы, предложенный одной из пациенток. Желательно спать на достаточно широком диване, но не раскладывая его. В холодное время года можно использовать толстый плед, в теплое — большую махровую простынь или просто простынь в жаркий период лета. Они забрасываются за спинку дивана и фиксируются спинкой. Получается подобие своеобразной палатки. Если ночью надо встать, то рукой откидывается плед (одеяло, простынка) на спинку, а потом его так же набрасывают на себя.

64. Маленький раздел по уходу за больными

Дорогие друзья! Это раздел для родственников. Мы не ставим задачу подробно обсуждать все сложности, связанные с ежедневными заботами. Остановимся лишь на простых рекомендациях. Сразу заметим, что нет необходимости оставаться наедине со своими проблемами. В стране есть специальные службы, в составе которых работают профессионалы, всегда готовые прийти на помощь.

64.1 Что ждет новичков?

Тем, кто когда-либо сталкивался с проблемой ухода за тяжелыми больными, знает, что это дело непростое. Даже у самых любящих и близких родственников в такой ситуации возникают сложности. Самый трудный период, не только физически, но и морально, это когда ухаживающий родственник впервые остается с больным один на один. Неудивительно, что иногда возникает отчаяние, ведь появляется множество вопросов, на которые немедленно нужно найти ответ: как его положить, как покормить, что сделать, чтобы больной не упал с кровати, что делать, если начнутся пролежни? И это далеко не все: с кем оставить больного, когда нужно сходить в магазин или аптеку, а ведь еще нужно готовить еду и заниматься повседневными делами.

Если не продумать заранее вероятные сложности, то у родственников хватает сил ненадолго. О том, что предстоит организовать домашний уход, становится известно заранее, следовательно, необходимо использовать время, когда пациент находится в больнице, для того, чтобы подготовиться, рассчитать свои силы и ресурсы.

Трудно рассчитывать, что врачи стационара будут давать подробную информацию по любому вопросу, но если сведений, полученных в больнице, недоста-

точно, можно поискать в своем окружении медиков, которые смогут дать дельные советы.

Лучше всего завести блокнот и записывать в него все возникающие вопросы и ответы. Если есть возможность, проследить за работой специалиста по лечебной физкультуре, надо быть очень внимательным. Это поможет делать упражнения грамотно в домашних условиях.

Одним из актуальных вопросов является определение степени самостоятельности больного. Важно не переусердствовать с уходом, не оберегать больного от того, что он способен сделать сам. Надо постоянно стимулировать его активность. Следует заранее позаботиться о предметах ухода за больным.

Несомненно, одному человеку справиться с серьезной нагрузкой часто не под силу.

Разумно заранее подумать о «команде помощи», куда войдут родственники и близкие друзья. Не следует забывать, что очень многие услуги можно получить бесплатно по месту жительства, для чего необходимо предусмотрительно предоставить документы в поликлинику. Большую помощь следует ожидать от социальных работников. Существует также немало благотворительных организаций, которые оказывают материальную помощь. Все эти вопросы следует обсудить в региональных Центрах рассеянного склероза и отделениях ООИБРС.

64.2 Как избежать пролежней на спине?

Когда в доме есть лежачий больной, всегда стоит вопрос, как удобно его устроить в кровати для самостоятельного приема пищи, работы на компьютере, чтения и при этом избежать пролежней. Прежде всего, необходимо подложить подушку или валик под ноги, лучше всего, под два сустава (коленные и голеностопные). Теперь наш пациент не сместится вниз. Теперь с помощью валиков или маленьких подушек надо удобно положить плечевой пояс. Если этого не сделать, то создается очень большая нагрузка на шейный и грудной отделы позвоночника и могут возникать боли. Обычно подкладывают валики или подушки под плечо и под локоть с обеих сторон. Получаются как бы две перекладки, идущие навстречу друг другу. Третью перекладку, которая формирует букву «А», кладут под голову.

Еще одну маленькую подушку можно положить под голову дополнительно к имеющейся, чтобы голова не запрокидывалась назад. Немаловажно проследить за положением кистей. Один из вариантов — руки на животе, но удобнее, когда они расположены рядом с телом, для чего под кисти укладывают маленькие подушки или свернутые пеленки.

Если кровать функциональная, можно приподнять изголовье. При отсутствии таковой, можно поднять изголовье выше с помощью подушек. В таком положении доступны многие действия.

Несмотря на то, что создано удобное положение, больному человеку не может находиться так достаточно долго, ибо крестец давит на матрас и возникает опасность возникновения пролежня. Поэтому, независимо от того, в какой позе любит спать больной, желательно периодически менять положение.

(О других мерах профилактики пролежней в 20.20  Как осуществляется профилактика и лечение пролежней и опрелостей?).

64.3 Как легко повернуть человека на бок и не уронить его с кровати?

Если в доме есть лежачий больной, то постоянно возникает необходимость повернуть его на бок. Заметим, что желательно иметь кровать со страховочными бортиками. Для этого складывают кусок скользящей ткани вдвое и подсовывают

его под простынь до середины кровати. Это надо делать медленно, в противном случае больному будет неприятно. В итоге скользящая ткань должна оказаться сгибом в центре кровати. Надо проверить, чтобы она была двухслойной по всей длине. Устанавливаем страховочный бортик. Он нужен, если пациент может держаться за него руками. Далее сгибают ноги в коленях и подкладывают под ступни латексные коврики (это нехитрое оборудование помогает легко произвести процедуру), чтобы ноги не скользили по простыни. Если ноги пациента совсем не действуют, ему нужно подложить подушку, чтобы при повороте он не ударился коленями о бортик. Медленно укладывают колени на бок (руки по возможности держатся за бортик). Теперь так же медленно можно тянуть за простынь.

Далее для удобства берут второй кусок скользящей материи и подсовывают его с другой стороны. Иногда можно обойтись и одним первым куском, но если человек тяжелый, то все же лучше второй отрезок ткани подсовывать с другой стороны. Затем продолжают подтягивать за простынь, чтобы пациент оказался лежащим на боку, при этом, что важно, он по-прежнему в центре кровати.

Теперь поправляют голову, убирают коврики из-под ног, разглаживают простынь до того, как убирают скользящую ткань. Если был бортик, его убирают. Суть этого способа со скользящей тканью в том, что можно повернуть пациента вокруг своей оси на бок в центре кровати без усилий и опасений, что он упадет.

64.4 Как посадить больного, чтобы ему было комфортно?

Наиболее простой способ оборудовать пациенту комфортное место на кровати — это использовать только подушки (или коробку от памперсов). Прежде всего, следует усадить больного: сначала повернуть его на бок, затем спустить ноги и, используя рычаг, помочь сесть. Чтобы было удобно произвести маневр, надо сместить больного немного к противоположному краю. Перед тем как повернуть пациента на бок, просим его согнуть ноги в коленях (или делаем это сами), подкладываем под стопы нескользящие материалы. Затем предлагают больному положить ближнюю руку как можно дальше к краю кровати, а вторую руку — на живот, голову повернуть в сторону поворота. Далее аккуратно поворачивают больного на бок. Это мера временная, ибо дальше предстоит посадить человека. Затем максимально сгибают ноги в коленях и выводят их вниз.

Теперь внимание! Положив одну руку на бедро, вторую руку — под плечо, на лопатку и, опираясь на бедро, помогайте пациенту сесть. Чтобы он не упал назад, можно подставить под спину подушки или коробку от памперсов, а сбоку положить валики из простынь.

Это процесс упрощается, если есть функциональная кровать, и с ее помощью можно легко поднять головной конец.

В этом положении можно работать на компьютере, читать, смотреть на бегающих вокруг детей. Это прекрасная возможность для познания окружающего мира.

64.5 Как помыть лежащего человека в кровати?

Соблюдение гигиенических правил — одно из условий ухода за больными. Если пациент высокий и тяжелый, то трудно маленькой и хрупкой женщине переместить больного в ванную комнату, здесь необходима дополнительная помощь. Но далеко не всегда есть возможность отвести больного в ванну, поэтому предстоит задача правильно помыть его в кровати.

Прежде всего, надо оценить свои физические возможности, состояние больного, его способность слушать команды, выполнять их и участвовать в необходи-

мых манипуляциях. Важно иметь специальное оборудование для мытья в ванне и различные средства.

Возможно, что некоторым покажется следующий абзац излишним, но опыт показывает, что в спешке мы можем недооценить период подготовки к уходу за больным. Надо проследить, чтобы в ванне или спальне не было ничего, обо что можно споткнуться, потерять равновесие и упасть (ковры, шнуры, провода, тапочки и пр.). Лучше снять длинные цепочки, сережки, часы, браслеты, которыми можно пораниться. Одежда должна быть удобной, обувь — обязательно с задниками.

Теперь приступаем к действиям. Смоделируем ситуацию, при которой надо помыть больного в кровати. Желательно иметь специальную пенку, которую не нужно смывать, и она создает защитный барьер на коже и предотвращает ее загрязнение. Помимо пенок существуют лосьоны, которые удобны тем, что их можно растворять в воде, а ощущение воды на коже обладает огромным терапевтическим эффектом. Используют так же специальные салфетки, которые позволяют легко и быстро мыть и обтирать человека. Если есть возможность применять специальные одноразовые мочалки, это очень удобно, ибо они самомылящиеся, но в ход идут и обычные мылящиеся средства.

Мыть пациента надо по отдельным участкам тела: отдельно руки, грудь, ноги, голову и, наконец, интимные области, накрывая обработанные поля. Это важно и с гигиенической точки зрения, и с психологической. Уж очень неприятно лежать полностью обнаженным даже перед близким человеком.

Следует подумать и о своей собственной спине, испытывающей большие нагрузки при глубоких наклонах и скручиваниях позвоночника. В идеальном варианте высота кровати должна достигать середины и верхней трети бедра, что позволит работать с больным человеком на максимально близком расстоянии и ничего не придется делать на весу, увеличивая нагрузку на спину.

Что входит в перечень манипуляций, связанных с гигиеническими процедурами?

Прежде всего, это гигиена полости рта. Обрабатывать полость рта нужно обязательно, независимо от того, свои зубы у больного или это протезы. А дальше идет обычный набор процедур: мытье, обработка интимных мест, смена памперса, увлажнение и защита кожи, мытье головы и маникюр-педикюр. Ногти обязательно подстригать, потому что они могут быть очень травматичны.

Итак, как мыть больного человека в кровати? Разберем несколько основных принципов мытья.

Первый: всегда моют от чистого к грязному. Например, если мы хотим помыть грязные руки пациенту, то начнем обрабатывать салфетками сначала предплечья, а затем перейдем на кисти.

Второй важный принцип: нельзя тереть кожу больным, состояние кожи у которых часто неважное, поэтому любое резкое движение, любое трение может привести к нарушению целостности кожи и к тяжело заживающим ранкам, порезам и царапинам, а порой и пролежням. Рекомендуются делать только промокательные движения.

Практически это делается так. Специальную салфетку складывают в несколько раз, для того чтобы иметь несколько рабочих поверхностей, и промокательными движениями обтирают кожу, поддерживая свободной рукой руку или ногу. При необходимости можно раскрыть салфетку и воспользоваться внутренними поверхностями для обтирания. И не забываем: всегда двигаемся «от чистого к грязному». Нередко после такой процедуры больному становится холодно, тогда заранее подготовленным полотенцем вытирают такими же промокательными

движениями лишнюю влагу, которую оставила салфетка, и прикрывают уже обработанные участки тела. Чтобы было легче мыть ноги больному, можно использовать подушки. Это особенно целесообразно, если кровать низкая и неудобно наклоняться и протирать ногу. Если необходимо удержать ноги в согнутом положении, а они скользят по простыне, используют прорезиненные коврики (например, для сушки посуды).

После смены памперса производят туалет, и опять идут снизу и моют промокательными движениями от пяток вверх, до паховой области.

После тщательного туалета одеваем пациента исходя из его многолетних привычек.

64.6 Как вымыть голову лежащему человеку в кровати?

Понятно, часто возникает необходимость помыть больному человеку голову, даже если он лежит в кровати и не участвует в помощи. Для этого понадобятся несколько сосудов с водой: один для того, чтобы намочить голову, второй для мытья головы шампунем, третий, чтобы смыть с головы мыльный раствор. Чтобы не намочить постельное белье, используют пеленки: одну из них подкладывают больному под голову на подушку, а две другие используют, чтобы обезопасить от намочения постельное белье. В аптеках продаются пеленки с полиэтиленовыми краями, с которых стекает вода.

Теперь приступают к действию. Медленно поливают голову теплой водой, чтобы постепенно намочить всю волосистую часть. Удобнее иметь сосуд с носиком, не стоит лить очень много воды. Затем, приподнимая периодически голову и поддерживая ее рукой, наносят шампунь на волосы. Остается смыть его водой.

Если волосы очень длинные, то лучше переместить пациента ближе к краю кровати таким образом, чтобы голова немного свисала. И все же короткая стрижка в таких случаях предпочтительнее. Можно воспользоваться сухим шампунем. Это порошок, который наносится на волосы и не требует смывания водой.

Мы не останавливаемся на предметах ухода (например, надувная ванночка со шлангом для слива воды).

64.7 Как поменять памперс взрослому человеку и не надорвать спину?

Если кто-то думает, что это сделать легко, то глубоко ошибается. Особенности сложности возникают, когда пациент грузный. Расскажем об одном из вариантов. Обычно для замены памперса и других гигиенических процедур взрослого человека необходимо повернуть на бок. Для этого можно использовать обыкновенное одеяло, которое сворачивается в валик и подкладывается под плечо одним краем и под бедро другим. Затем поднимается бортик кровати. Теперь надо сложить ноги в коленях.

Удобно подложить под ступни латексные коврики, чтобы ноги не скользили по простыне. Если ноги тяжелые, их легче поднять, используя скользящую ткань, сложенную вдвое и подложенную под пятки. Если можно, больному лучше подстраховаться, держась за бортик. Так проще повернуть пациента на бок. Он оказывается лежащим на краю одеяла бедром, а между бедром и кроватью образовалось расстояние. Это позволяет подложить под больного полотенце. Теперь ему можно провести гигиенические процедуры, помыть и поменять памперс. Вода при этом останется на полотенце и не прольется на простынь. Затем полотенце убирается, больного можно повернуть обратно.

Если человека трудно повернуть руками, можно воспользоваться простыней, накрыв пациента и потянуть весом своего тела. Для удобства нужно по-

ложить полотенце между коленями перед тем, как повернуть на бок. Это облегчает процесс гигиенических мероприятий и смену памперса. Расстояние между бедром и кроватью позволит удобно подоткнуть боковую застежку. После возвращения пациента на место застежка закрепляется, убираются полотенца и одеяло. Две застежки (нижняя и верхняя) теперь находятся вместе, и их без труда закрепляют.

64.8 Как не опрокинуть судно?

Это один из серьезных вопросов, ведь важно так обращаться с судном, чтобы не оконфузиться.

Как правильно подавать судно лежащему больному? Сначала подкладывают свернутое в рулон одеяло под плечо и бедро (по высоте одеяло должно быть таким же, как судно), сгибают ноги в коленях. Если есть возможность держаться рукой за бортик, надо ею воспользоваться. При помощи простыни и веса своего тела помогают пациенту повернуться на бок, чтобы он оказался бедром на свернутом одеяле. Как и во многих других случаях, между кроватью и бедром создается пространство. В данном случае это позволяет не подталкивать судно под больного, а аккуратно подложить. Теперь можно повернуть больного на спину. Если нужно, приподнимают изголовье кровати. Чтобы забрать судно, снова поворачивают больного на бок бедром на край одеяла и легко забирают судно. Этот метод позволяет избежать сложного поднимания пациента, а затем необходимости переключать с высоты судна вниз на кровать. Таким образом, меньше шансов задеть и опрокинуть его содержимое.

Медико-социальная реабилитация пациентов с рассеянным склерозом

65.1 В чем суть реабилитации пациентов с рассеянным склерозом?

В известном официальном документе «Протокол ведения больных «Рассеянный склероз», сказано: «Реабилитация пациентов с рассеянным склерозом должна быть направлена на снижение инвалидизации, облегчение достижения независимости в повседневной деятельности, предотвращение осложнений (контрактуры, пролежни и т.д.), на снижение уровня социальной дезадаптации и улучшение качества жизни. Физическая реабилитация больных включает лечебную физкультуру, массаж, физиотерапию. Психическая реабилитация включает психотерапию, психоанализ, психологическую адаптацию, трудотерапию, терапию средой». Всего одна фраза, за которой скрывается огромный труд, прежде всего пациентов, их близких, медицинских и социальных работников, сотрудников многих государственных и общественных организаций.

Мы попросили ответить на вопросы Яна Владимировича Власова — доктора медицинских наук, профессора кафедры неврологии и нейрохирургии Самарского ГМУ, Президента Общероссийской общественной организации инвалидов — больных рассеянным склерозом, сопредседателя Всероссийского союза общественных объединений пациентов, члена Общественного совета при Министерстве здравоохранения РФ.

65.2 Что такое реабилитация пациентов?

Реабилитация — это динамическая система взаимосвязанных воздействий и мероприятий медицинского, психологического и социального характера, направленных на восстановление здоровья, личного и социального статуса пациента или инвалида. Понимание сущности реабилитации выходит за рамки медико-биологического содержания и объединяет медико-психологические, медико-социальные и другие аспекты.

Реабилитация преследует цель не просто сохранения жизни, а оптимизацию и даже максимизацию ее качества в границах уровня здоровья, сохранности функций и способности к выполнению тех или иных социальных ролей. Другими словами, реабилитация претендует не просто на прибавление лет жизни, а на прибавление жизни к этим годам.

65.3 В чем особенности реабилитации инвалидов, больных РС?

В настоящее время реабилитационная помощь пациентам с РС выходит на тот же уровень значимости, что и непосредственно лечение заболевания. Однако, в ситуации с данным заболеванием помощь необходима не только самим пациентам, но и их родственникам, т.к. постановка диагноза «рассеянный склероз» зачастую приводит многие семьи к распаду, оставляя пациента «один на один» с его болезнью. Среди пациентов с РС высок уровень разводов, высока частота депрессий и суицидов. Процент пациентов, вынужденных оставить работу в течение 5 лет после начала заболевания, составляет 53–80%.

Несмотря на длительный период изучения РС и значительный прогресс, достигнутый в последние годы в понимании механизмов его развития, это заболевание в настоящее время продолжает оставаться одним из самых сложных, когда речь заходит о лечебной тактике и вопросах, касающихся медико-социальной реабилитации пациентов с РС. Известно, что их самочувствие тесно связано с нейропсихологическим состоянием, участием в повседневной жизни и производственной деятельности. Ранее пациентам с РС предписывалось резкое сокращение всех видов деятельности и даже строгий постельный режим в течение длительного времени, что приводило к усилению спастичности, инфекционным и другим осложнениям. В настоящее время клиницисты рекомендуют пациентам сохранять максимальную, соответствующую их состоянию и исключающую частое переутомление, активность во всех областях жизнедеятельности, поскольку социальная изоляция, невозможность активно участвовать в жизни общества, осознание своей «беспольности» и невостребованности неблагоприятно влияет на течение заболевания и приводит к психологической дезадаптации и усугублению тяжести заболевания. При создании же соответствующей социальной атмосферы для этой категории лиц (наряду с адекватным лечением) можно добиться увеличения продолжительности и, что не менее важно, улучшения качества жизни.

Обнадеживающие результаты последних исследований эффективности патогенетической терапии фокусируют внимание властей, общественности, пациентов и специалистов на новые возможности лечения и обеспечения активной жизнедеятельности пациентов с РС и дают им новые надежды, особенно в случае ремиттирующего варианта течения заболевания. Несмотря на то, что значительное количество пациентов с ремиттирующей формой заболевания инвалидизированы, прогрессирование заболевания удастся остановить. При этом используются все необходимые виды помощи, включая различные варианты стратегии для решения ежедневно возникающих проблем, которые включают элементы здравоохранения, обеспечения информацией, симптоматическую помощь.

Следует учитывать, что в связи с крайне разнообразной локализацией поражений ЦНС при РС могут возникать различные симптомы заболевания с нарушением передвижения, функции рук, мочевого пузыря, кишечника, речи и глотания, зрения и высших нервных функций.

Существует 2 варианта реабилитации: активная, в ходе которой пациент самостоятельно осуществляет действия по восстановлению утраченных функций, и пассивная, включающая в себя помощь специалистов или использование специального медицинского оборудования. В большинстве случаев эффективным методом медико-социальной реабилитации может стать работа на дому (особенно для лиц умственного труда). Большое значение в реализации обоих направлений имеет активность общества больных РС.

Индивидуализированный целенаправленный подход, в центре которого находятся интересы пациента, может позволить реабилитационной бригаде наметить долго- и кратковременные цели с учетом особенностей заболевания. Одна и та же цель может быть достигнута воздействием терапии, лечебной физкультуры, дополнительным информированием, увеличением доступности различных видов деятельности. В любом случае поставленные цели должны быть понятны пациенту и членам его семьи для активного продолжения реабилитационных мероприятий.

В процессе реабилитации пациента с РС наиболее эффективным оказывается междисциплинарный подход. В группу специалистов, участвующих в нейрореабилитации при РС, кроме невролога должны входить физиотерапевт, специалист по лечебной физкультуре, нейропсихолог, логопед, диетолог, при необходимости — нейроофтальмолог, отоневролог и другие специалисты, медицинская сестра, представители социальных служб и общества больных РС, а также сам больной, его родственники и друзья. Этапность и комплексность реабилитационной помощи обеспечивают ее эффективность. При этом, несомненно, важнейшими показателями эффективности реабилитации является степень и динамика инвалидизации больных и качество их жизни.

Основными принципами проведения реабилитационных процедур у пациентов с РС являются: индивидуальность, специфичность, дозированность, сохранение достигнутого.

65.4 Каковы основные компоненты реабилитационного процесса?

Основными компонентами реабилитационного процесса являются: медицинский, психологический, педагогический, социальный, трудовой, технический, правовой. Каждый из них играет важную роль, но цель реабилитации заключается в достижении взаимосвязи и выполнении комплекса программы. Только это дает возможность добиться достоверно положительных результатов.

65.5 Как проводится медицинская реабилитация?

Медицинская реабилитация включает в себя лечебные мероприятия, направленные на восстановление здоровья, которые должны начинаться сразу же после выявления патологии. Они включают в себя медикаментозную терапию, хирургическое лечение, трудо-, физиотерапию, лечебную физкультуру, санаторно-курортное лечение и другие методы.

Медицинская реабилитация — это процесс, целью которого является восстановление нарушенных или утраченных вследствие болезни или травмы функций, комплекс мероприятий, направленных на устранение изменений в организме, приводящих к заболеванию или способствующих его развитию. При этом

выделяют следующие этапы: превентивный (на этапе доклиническом или латентном); клинический — стационарный, поликлинический и санаторно-курортный (послеклинический период или период полной клинической ремиссии); этап метаболической реабилитации.

На **превентивном этапе** основной целью является предупреждение развития клинических проявлений болезни коррекцией метаболических (обменных) нарушений. Мероприятия этого этапа имеют два основных направления:

- устранение выявленных метаболических и иммунных нарушений коррекцией диеты, использованием минеральных вод, пектинов морских и наземных растений, естественных и преформированных (искусственно созданных — электролитов, вибрация, ультразвук и др.) физических факторов;
- борьба с факторами риска, которые в значительной степени могут провоцировать прогрессирование метаболических нарушений и развитие клинических проявлений болезни.

Стационарный этап реабилитации предусматривает мероприятия по обеспечению минимальной гибели нервной ткани в очаге поражения, предупреждению осложнений болезни, обеспечению оптимального течения восстановительных процессов. Это достигается нормализацией микроциркуляции (капиллярного кровообращения), проведением терапии, направленной на улучшение обменных процессов в тканях, применением анаболических стероидов, способствующих биосинтезу продуктов обмена, и адаптогенов, обладающих тонизирующим действием. При необходимости назначается физиотерапия и иммунокоррекция.

Реабилитация в условиях стационара (специализированные палаты или отделения) является наиболее перспективной формой реабилитации, ибо она обладает рядом преимуществ. Она позволяет провести оценку проблем пациента и необходимых для курса реабилитации задач при использовании бригадного подхода, когда удается эффективно использовать время и физические возможности пациента. При этом возможны групповые занятия.

На **поликлиническом этапе** необходимо продолжать терапию по обеспечению оптимального течения процесса восстановления (анаболические средства, адаптогены, витамины, физио-, диетотерапия, лечебная физкультура). Систематическая реабилитационная помощь на дому является второй по значимости формой ее проведения, определяясь необходимостью непрерывности реабилитации при РС. Она проходит в привычной для пациента обстановке, дает возможность создать психологический комфорт, условия для трудотерапии, при этом физическая истощаемость меньше выражена. Там, где условия в стационарах не приспособлены к нуждам пациентов с рассеянным склерозом, или при необходимости присутствия пациентов дома (маленькие дети и т.д.), этот вид помощи может быть более привлекателен. Естественно, что возникают проблемы, связанные со значительными ограничениями в передвижении, нарушениями функции мочеиспускания у многих пациентов. В таких случаях важна организация помощи на дому.

Медицинская реабилитация на **санаторно-курортном этапе** направлена на профилактику рецидивов болезни, ее прогрессирования. Для этого используются преимущественно естественные лечебные факторы с целью нормализации микроциркуляции, улучшения функций сердечной и легочной систем, стабилизации функционирования нервной, эндокринной, иммунной систем, органов желудочно-кишечного тракта и мочевого выделения. Большое значение имеет социально-психологическая работа.

На **последнем этапе** создаются условия для нормализации обменных нарушений, имевшихся на доклинической стадии болезни и сохранившихся после завершения клинической стадии. Это достигается при помощи длительной диетической коррекции, использования минеральных вод, пектинов, климатотерапии, бальнеотерапии.

Реабилитация может быть *активной*, когда больной самостоятельно осуществляет действия по восстановлению утраченных функций, и *пассивной*, в которой участвуют специалисты (не без помощи необходимой техники) и родственники.

Большое значение в системе медицинской реабилитации имеет адекватная физическая активность и использование методов лечебной физкультуры, которые способствуют улучшению физического и эмоционального состояния пациента, его убежденности в большие резервы организма к выживанию и возрождению. Физические упражнения способствуют познанию и реализации себя как части определенной социальной структуры. У пациента повышается самооценка, появляется возможность объективно оценить собственный уровень жизненных способностей, что открывает возможности реализации трудовой и социальной реабилитации. Без восстановления и достижения значительной двигательной активности не могут быть реализованы другие стороны реабилитации (психологической, трудовой, социальной).

Специалистами подчеркивается важность таких направлений реабилитации, как функциональный нейротренинг: космические технологии, виртуальная реальность, БОС (метод биологической обратной связи), физиотерапия, лазеротерапия, прикладная кинезотерапия, механотерапия (в т.ч. роботизированная), терренотерапия (дозированная ходьба), функциональный кардиотренинг, нейропсихологический тренинг.

Наряду с традиционными физиотерапевтическими методиками используются альтернативные методы, современные аппараты и устройства. Главной целью реабилитации является восстановление человеком максимально возможного уровня функционирования и независимости во всех аспектах жизни (повседневной активности, продуктивной деятельности, отдыхе), несмотря на имеющееся нарушение, ограничение жизнедеятельности или ограничение участия в жизни общества.

65.6 Как проводится психологическая реабилитация?

Психологическая реабилитация должна проводиться на всех этапах и быть направленной на поддержание у пациента веры в восстановление его здоровья и трудоспособности. На первом этапе ее проводит лечащий врач, в последующем — психотерапевт.

Важность психологической реабилитации лиц с физическим комплексом неполноценности подчеркивается многими исследователями. В частности, было установлено, что чувство личной недостаточности особенно свойственно женщинам. К этому чувству добавляется высокая степень тревоги за свое будущее, в большей степени проявляющееся среди мужчин. Хотя указанные чувства субъективно достаточно тяжелы, они в то же время могут рассматриваться как мотивирующая сила в психологической реабилитации людей с ограниченными возможностями. А проявление желания более активно взаимодействовать с окружающими можно рассматривать как первый шаг к участию в психологической и социальной реабилитации.

Специалисты отмечают, что значительную роль в восприятии инвалидом окружающей среды, в формировании его мотиваций, поступков, отношения

к своему положению играет семья и характер семейных отношений. Поддержка родных и близких незаменима как при острых, так и при длительно протекающих хронических процессах. Проведенный анализ показал, что состояние здоровья пациента, его инвалидность является причиной разводов в 5,9% случаев. Особенно высок этот показатель (17,3%) в возрасте до 29 лет. Наибольший уровень конфликтных семей зафиксирован среди пациентов с врожденными пороками развития и с рассеянным склерозом. Почти четверть (23,5%) из них отметили, что с момента выявления у них заболевания значительно изменился характер поведения супруга(и), 32,3% пациентов считают, что изменения поведения выражены лишь частично. Наиболее частыми проявлениями были напряженность, тревожность, депрессия, потеря интереса к жизни, раздражение, ненависть, появление чувства вины и др. Это подчеркивает необходимость коррекции и гармонизации внутрисемейных отношений в семьях больных с тяжелыми хроническими заболеваниями.

Считаем, что реабилитация занимается восстановлением статуса личности с философской точки зрения. В своих разнообразных методиках она опирается, прежде всего, на личность пациента, активно пытаясь восстановить нарушенные болезнью функции человека, а также его социальные связи. Успех реабилитационных мероприятий может быть продолжительным лишь тогда, когда установлена гармония между телом и окружающей средой.

Реабилитация основана на партнерстве врача и пациента, разноплановости усилий и воздействий, направленных на разные сферы жизнедеятельности, единстве биологических и психологических методов воздействия и ступенчатости воздействий.

При этом главной целью реабилитации должно являться повышение качества жизни пациентов (как комплекса физических, эмоциональных, психических характеристик индивидуальной способности и функционирования в обществе). Показатели качества жизни наряду с психологической и социально-трудовой реадaptацией можно использовать в качестве подлинного критерия реабилитации.

65.7 Как осуществляется трудовая реабилитация?

Трудовая (профессиональная) реабилитация направлена на подготовку и возвращение пациента (инвалида) к трудовой деятельности (в т.ч. в специально созданных условиях).

Наиболее сложными и недостаточно разработанными в проблеме реабилитации являются вопросы трудоустройства и трудового прогноза. Восстановление трудовых навыков связано с необходимостью создания производственных участков, где бы обеспечивалось временное трудоустройство рабочих после перенесенных заболеваний и травм. Важным структурным элементом в системе реабилитации работающих должны быть цеха здоровья, которые создаются на предприятиях с численностью рабочих 10 тыс. человек и более (на меньших предприятиях могут быть организованы службы — участки здоровья). Основные функции цеха здоровья — временное и постоянное трудоустройство лиц с пониженной трудоспособностью и проведение им комплекса реабилитационных мероприятий. Для трудоустройства в цехе здоровья необходимо выделять примерно 3–4% от общего количества рабочих мест.

Целью профессиональной реабилитации является оздоровление пациента и оказание ему помощи в восстановлении или развитии профессиональных навыков с учетом специфики перенесенных им заболеваний. Вариантами этой реабилитации могут быть:

- адаптация на прежнем рабочем месте;
- реадaptация (работа на том же предприятии, но на новом рабочем месте с измененными условиями труда);
- работа на новом месте в соответствии с приобретенной новой квалификацией, близкой к прежней специальности, но при сниженной нагрузке;
- полная переквалификация с трудоустройством по прежнему месту работы;
- переквалификация в реабилитационном центре с предоставлением работы по новой специальности.

Особо можно подчеркнуть роль трудовой реабилитации, которая способствует максимальному проявлению внутренних, внешне скрытых способностей у индивидуума. Трудовые отношения позволяют лицам с ограниченной жизнедеятельностью ускорить процесс интеграции в общество как полноценным и полноправным его членам. При этом стирается комплекс неполноценности, появляется чувство уверенности, нивелируется компонент депрессии, присущий любому тяжелому заболеванию.

Тесно перекликается с проблемой трудовой (профессиональной) реабилитации проблема трудотерапии пациентов с различными заболеваниями. Выделяют в проведении трудотерапии 2 этапа:

- тренировку наиболее сохраненных мышц и выполнение элементарных трудовых операций;
- подключение пораженных отделов и органов.

Также среди задач трудотерапии выделяют расторможение инaktivированных нервных элементов и возвращение их к деятельности; компенсаторную перестройку функций; при невозможности восстановления функций — приспособление пациента к самообслуживанию и трудовой деятельности. Назовем следующие виды трудотерапии:

- общеукрепляющую (направленную на повышение жизненного тонуса больного);
- восстановительную (для восстановления мышечной силы, полного объема движений в суставах, координации движений);
- профессиональную (восстановление утраченных или ослабленных в результате заболевания или травмы профессиональных навыков, а при возможности — приобретение новой профессии).

Техническая реабилитация подразумевает использование в реабилитационном процессе необходимых технических средств, что особенно важно при повреждениях опорно-двигательного аппарата.

65.8 Как осуществляется социальная реабилитация?

Под социальной реабилитацией подразумевается восстановление нормальных взаимоотношений пациента в обществе, преодоление им чувства социальной неполноценности. Социальные мероприятия, играющие особую роль в системе реабилитации, должны проводиться при непосредственном взаимодействии с социальными службами, общественными организациями, всеми заинтересованными структурами. Они имеют два направления — социально-бытовое и социально-средовое. Социально-бытовое включает социально-бытовую ориентацию, социально-бытовое образование (обучение), социально-бытовую адаптацию и социально-бытовое устройство. Социально-бытовая ориентация означает процесс ознакомления инвалида с предметами и окружением социально-бытового назначения (содержания).

Социально-бытовая адаптация — процесс и результат приспособления инвалида (в его новом статусе человека, имеющего отклонения в состоянии здоровья)

к условиям ближайшего социума. Социально-бытовое обучение инвалидов — это восстановление (формирование) навыков пользования приборами, оборудованием социально-бытового назначения с целью обеспечения относительной независимости.

Важную роль в социально-реабилитационном воздействии играет обучение навыкам проведения досуга. Это развивает коммуникативные навыки, стимулирует эмоциональную сферу, побуждает мотивационную деятельность. Реализация этих задач способствует участию инвалидов в подвижных и интеллектуальных играх, художественной самодеятельности. Особое место отводится обучению навыкам, умению заниматься спортом. Спортивные занятия, состязания не только способствуют восстановлению двигательной активности, но и являются мощным социально-психологическим фактором, который расширяет социальный опыт и повышает тонус больных и инвалидов.

65.9 Как осуществлять бытовую реабилитацию в медицинских учреждениях?

Внедрение бытовой реабилитации в деятельность медицинских учреждений является необходимым, но наиболее трудоемким и проблематичным, т.к. для этих целей необходимо выделение целого блока помещений. Оптимально в структуре отделения бытовой реабилитации должна быть: жилая комната, ванная комната, кухня, швейно-гладильный и переплетно-брошюровочный кабинеты, которые должны быть оснащены мебелью, предметами быта, необходимым подсобным оборудованием и материалами.

В данном отделении пациенты должны обучаться элементарным навыкам: умению ухода за собой, поддержанию порядка в доме и т.д. Важную роль в бытовой реабилитации должны играть наряду с медицинскими и социальные службы. Естественно, что для реализации в полной мере всего комплекса перечисленных мероприятий должны существовать соответствующие правовые основы.

65.10 Какой должна быть типовая комплексная программа для реабилитационных центров?

Проведение реабилитации предусматривает реализацию комплекса взаимосвязанных мероприятий, перечень и объем которых должны быть дифференцированы в зависимости от индивидуальных особенностей пациента (инвалида). В целом же в соответствии с вышеуказанными направлениями типовая комплексная программа для реабилитационных центров должна содержать следующие блоки:

1. Медицинский, направленный на полное или частичное восстановление нарушенных функций или их компенсацию. Он включает кинезотерапию, массаж, электрофизиолечение, психотерапию, медикаментозные и другие средства.
2. Программу бытового приспособления, которая включает овладение нужными в повседневной жизни навыками, наличие и овладение пациентами специально сконструированных приспособлений.
3. Рекреационный, призванный наполнить жизнь инвалида новыми ощущениями, новым опытом общения: участие в играх, развлечениях, спортивных соревнованиях и т.д.
4. Профессиональный, целью которого является подготовка пациента к выполнению полезной, общественно значимой, достойно оплачиваемой работы.
5. Программу коррекции речи и слуха, развивающую способности к вербальному общению.
6. Психологический, предусматривающий консультирование по личностным, эмоциональным проблемам, психотерапию, оценку уровня личностного разви-

тия, участие в планировании и проведении образовательных и профессиональных программ.

7. Программу социальной помощи, включая регулирование внутрисемейных отношений в духе сотрудничества, организацию доступных методов восстановительного лечения в домашних условиях; организацию использования местных ресурсов по обучению, трудоустройству и т.д.

8. Образовательные и тренировочные программы, начиная с младенчества.

Рассеянный склероз в России длительное время рассматривался исключительно как научно-медицинская проблема. Этому способствовала как общественно-политическая система, так и сама по себе система представлений о месте РС в медицине и роли медицины в развитии общества. Однако замыкание только в рамках медицинских учреждений не могло принести успеха в борьбе с этим заболеванием. За пределами обсуждения оставался большой спектр проблем, связанный как с организацией лечения, так и с реабилитацией. В последние десятилетия наметилось достаточно широкое общественное движение по проблеме РС в России. В 1991 году в Санкт-Петербурге появилась первая в России реально действующая некоммерческая организация больных РС, к 2001 году их число выросло до 47, и в мае 2001 года была зарегистрирована Общероссийская общественная организация инвалидов — больных рассеянным склерозом (ОООИБРС). Являясь членом организации, пациент с РС, его родственник или любой гражданин, заинтересованный в максимальной социальной адаптации таких больных, имеет возможность содействовать повышению качества жизни как самих больных РС, так и членов их семей путем создания комплекса реабилитационных мероприятий с учетом индивидуальных потребностей.

65.11 Какова роль общественных и некоммерческих организаций в медико-социальной реабилитации пациентов с РС?

Начнем с того, что росту общественного движения в России способствовало несколько очень серьезных причин, основными из которых стали следующие: невозможность на государственном уровне решения проблемы лечения РС, появление перспективных методов лечения РС на Западе, изменение самосознания общества и переход от «проблем мира к проблеме человека». Крайне тяжелое социальное положение людей, больных РС, явилось причиной стихийного их объединения в общественные и иные некоммерческие организации (НКО).

Наиболее сведущими в проблемах РС являются две категории людей: профессионалы и пациенты. Соответственно, они и являлись инициаторами создания НКО. Некоторые НКО представляли собой исключительно объединения врачей и научных работников для совместного решения научно-медицинской части проблемы РС. Эти направления общественного движения могли ориентироваться лишь на помощь западных коллег, иностранных медицинских и научных фондов и в перспективе на целевые медицинские и научные российские программы. Для выполнения последнего пункта нужно было доказать не только само существование проблемы РС, но и аргументировать необходимость ее решения.

Формы НКО, созданные самими пациентами и их родственниками, представляли собой в большей степени «кружки по интересам», где люди обменивались своими проблемами, помогали друг другу советами по бытовым вопросам, передавали свой опыт противостояния болезни. Редкие удачные обращения к административным органам, недоверие к официальной медицине, отсутствие поддержки в обществе не позволили большинству подобных НКО существовать самостоятельно и эффективно помогать своим членам.

Интересным является тот факт, что в тех и других НКО декларируется сотрудничество медицинских работников и больных РС (или их представителей). Как правило, строго выраженная доминанта приверженцев того или иного направления в НКО приводила к однобокости развития общественной организации (ОО), что сказывалось не только на образе действия, но и результатах.

Наиболее перспективным направлением работы НКО является не только равномерное распределение участия между профессиональными медиками и пациентами с РС, но и активное участие в этой работе профессиональных социальных работников, владеющих основами права и представляющих процесс решения вопросов инвалидности в действии. Это не только наиболее молодой тип организаций, созданных за последнее время в России, но и перспективная форма работы НКО, к которой приходят или придут работающие, существующие в настоящее время организации больных РС. Перспектива развития подобного рода НКО заключается в ее идеологической целостности. Проблемы людей, имеющих РС, рассматриваются с позиции реабилитационного процесса.

65.12 Как рассматривается реабилитационный процесс в рамках НКО?

Реабилитационный процесс определяется как процесс комплексный, целью которого является «возвращение человека в социум», и состоит из четырех основных направлений: социально-бытовая реабилитация, психосоциальная и семейная реабилитация, профессиональная реабилитация, медико-социальная реабилитация. Кроме того, существуют другие формы реабилитационного процесса, которые не выделяются в самостоятельные направления, но как бы подразделяются в основных — это образование инвалидов, гражданско-правовая реабилитация, нетрадиционные направления оздоровления инвалидов. Разделение проблемы инвалидности и проблемы организации эффективной медицинской помощи логично как с точки зрения имеющих на сегодняшний день работающих властных структур, так и с точки зрения улучшения качества жизни инвалида, больного РС.

Заметим, что инвалидизация как процесс является закономерным завершением цепи предшествующих событий. Подобный подход позволяет выделить социальное направление в деятельности НКО как доминирующее. В то же время, имеет смысл отделить социально-бытовую часть проблемы реабилитации инвалида, больного РС, от иных, более узких направлений реабилитационного процесса.

Основой работы социального направления является адресная помощь инвалиду: оборудование его жилья (поручни, пандусы, широкие двери, доступ к лифтовым кабинам, подъемники для ванн и т.д.), использование индивидуальных средств реабилитации (коляски, трости, костыли, матрацы, подгузники и т.д.), индивидуальная спонсорская поддержка (товары широкого потребления, медикаменты, продукты питания).

Вопросы, связанные с психосоциальной реабилитацией инвалидов, пациентов с РС, должны решаться подразделением НКО, имеющим в своем составе психологов, в частности, занимающихся вопросами семьи. Здесь же необходимы специалисты «Службы семьи», а также детские психологи для работы с детьми инвалидов для предотвращения социального сиротства.

Юридическое направление деятельности НКО должно сводиться к нескольким направлениям: индивидуальные льготы инвалидов и их реализация, защита прав инвалидов — членов организации, лиготиование деятельности НКО, использование законодательной инициативы НКО для внесения поправок и допол-

нений к существующим законам, участие в законодательном процессе, создание действующего юридического поля.

Наиболее трудными являются вопросы, связанные с профессиональной реабилитацией инвалидов, больных РС. В настоящее время отсутствие законодательной базы по вопросу квотирования рабочих мест, делает этот вид реабилитационной деятельности наименее развитым. Необходимо не только создать условия для инвалида на рабочем месте, но и обучить его (или переобучить), создать рабочую психологическую атмосферу в коллективе.

Медико-социальная реабилитация пациентов с РС в настоящее время не имеет устоявшейся структуры, а потому является наиболее уязвимой из работающих направлений реабилитации. Организация ряда центров по лечению РС для комплексной реабилитации инвалидов, больных РС, не может обеспечить защищенность необходимого числа людей. Необходима комплексная программа реабилитации пациентов с РС. В настоящее время только энтузиазм отдельных врачей и медицинских коллективов, а также добрая воля незначительного количества фармацевтических компаний, которые регулярно оказывают содействие развитию НКО в России, позволяют людям надеяться на решение проблемы РС, стимулируют активность лидеров НКО. Для эффективного решения вопросов, связанных с реабилитацией пациентов с РС, необходимо создание Всероссийской организации больных РС, создание целевой комплексной программы реабилитации при РС, принципиальное изменение юридического поля.

65.13 Что необходимо для хорошей реабилитации в современных условиях?

Для этого следует провести комплекс мероприятий во взаимодействии с различными специалистами.

- Периодические курсы комплексного восстановительного лечения в специализированном отделении больницы.
- Комплексная оценка проблем и постановка реальных решаемых задач для каждого курса лечения.
- Последующие курсы реабилитации в условиях санатория.
- При наличии серьезных проблем — постоянная реабилитационная помощь дома.
- Участие самого больного в определении задач каждого восстановительного курса лечения.
- Решение задач каждого курса лечения с помощью бригады, состоящей из нескольких специалистов (врач-невролог, физиотерапевт, трудотерапевт, медсестра). При решении некоторых проблем возможна помощь логопеда, психолога и некоторых других специалистов. Заметим, что «членами» бригады можно считать самого пациента с РС и его близких, так как для решения конкретных вопросов необходимо тесное взаимодействие врачей, пациентов и их родственников

65.14 Как вы оцениваете результаты работы Общероссийской общественной организации инвалидов-больных рассеянным склерозом (ОООИБРС)?

Наша Общероссийская организация инвалидов — больных рассеянным склерозом работает уже пятнадцать лет и ее основная миссия — защита конституционных прав инвалидов — больных рассеянным склерозом.

Дело в том, что в начале организации этого процесса, мы сразу пошли по пути консолидации усилий с медицинским и научным сообществом пациентского сообщества, поэтому практически все специалисты, которые находятся в этой

сфере, входят в медицинский совет нашей организации. Мы активно сотрудничаем и с органами власти и с научными институтами — Институтом неврологии РАМН и Институтом мозга человека РАН, работаем с международными научно-исследовательскими институтами.

Наша организация включена в Социально-экономический совет Организации Объединенных Наций с консультативным статусом.

Во внешней среде ОООИБРС выступила инициатором и базой создания:

- Некоммерческого Альянса «Общественная экспертиза в здравоохранении»;
- Всероссийской ассоциации неврологов РОКТРИМС;
- Всероссийского союза пациентов и пациентских организаций;
- Общественного совета по защите прав пациентов при Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения.

ОООИБРС не является коммерческой организацией, не собирает взносы с членов организации. Источниками существования организации являются трудовые и моральные ресурсы ее лидеров, участников и партнеров; материальные, имиджевые, информационные и иные ресурсы, привлекаемые ОООИБРС в ходе организации межсекторного взаимодействия.

ОООИБРС стремится к оптимизации деятельности: моделирует и оценивает работу структур, применяет в планировании, управлении, контроле и демонстрации приемы из некоммерческой, научной, бизнес и государственной сфер, целенаправленно выявляет и затем распространяет внутри в сети лучшие практики, изучает мнение внутренних и внешних целевых групп. С момента создания ОООИБРС консалтинговую и исследовательскую поддержку осуществляет специализированная организация «Центр гуманитарных технологий и исследований «Социальная Механика».

Основные результаты деятельности ОООИБРС:

- трансформация в сознании профессионального и властного сообщества проблемы РС из научно-медицинской в социально-экономическую;
- достижение ситуации, при которой государство взяло на себя обязательства по дорогостоящему лекарственному обеспечению больных РС, а помощь пациентам в регионах оказывают специализированные Центры и кабинеты РС;
- создание консолидированного пациентского РС-сообщества.
- создание межсекторного партнерства, действующего для улучшения качества жизни семей пациентов с РС и возвращения инвалидов с РС в общество.

В процессе организационного развития внутри ОООИБРС был создан ряд внутренних функциональных структур всероссийского масштаба:

- сеть общественных представительств;
- институт Уполномоченного общественного эксперта;
- Всероссийская служба патронажных медсестер;
- Медицинский экспертный совет.

В настоящее время также ведется создание всероссийской добровольческой службы.

Сегодня организация действует в 78 регионах России, объединяет 51 региональную НКО и насчитывает более 70 000 действительных членов. Наша основная цель — создание благоприятной правовой среды для эффективной работы региональных обществ РС. Мы стремимся создать устойчивую систему помощи людям с тяжелыми инвалидизирующими заболеваниями, для того чтобы они чувствовали себя «равными среди равных».

На сегодняшний день можно сказать, что количество людей, получающих адекватное лечение с 2002 года, в частности по рассеянному склерозу, увеличилось почти в 10 раз. Это примерно такая же ситуация, как в Европе, даже лучше, чем в Англии. Это очень серьезный момент! Именно с этими данными мы вошли в Европейскую Платформу рассеянного склероза со штаб-квартирой в Брюсселе и являемся сейчас членом этой организации с правом голоса. Нас приняли, сказали: «У вас европейский подход к решению и с органами власти, и с работой с научными институтами, с медиками и гражданским обществом в целом».

Но и сама организация не только уповает на помощь со стороны. Сейчас мы активно работаем по направлению эффективности государственных вложений в этот процесс. При нас создан институт Уполномоченного общественного эксперта. Это структура, позволяющая контролировать эффективность расходов бюджетных средств и адресность оказания помощи в регионах. То есть каждый человек, который находится в заявке, может и должен получать эту помощь незамедлительно.

На сегодняшний день мы работаем и в научной сфере, и в сфере здравоохранения, и в правовой сфере. Встала серьезная проблема: мы сейчас часто говорим о несознательности, к сожалению, наших пациентов, потому что их мироощущение все-таки другое, их психические функции могут быть изменены, и люди отказываются от получения лечения. Они чувствуют себя хорошо, и вдруг они отказались. Опять мы не можем фактически контролировать эффективность наших же собственных усилий и усилий государства.

Благодаря созданию института патронажной сестры у каждого пациента, который получает дорогостоящее лечение, есть патронажная сестра, которая постоянно контролирует не только получение им назначенного препарата, но и то, насколько правильно он его принимает.

У нас большие планы, и мы сделаем все, чтобы каждый пациент с РС в России мог получить квалифицированное лечение, прошел необходимую реабилитацию, был активным членом нашего общества.

Общероссийская общественная организация инвалидов — больных рассеянным склерозом (ОООИБРС)

66. Чем конкретно занимается ОООИБРС?

Мы попросили рассказать о ОООИБРС Олега Ипатова, директора информационной службы Общероссийской общественной организации инвалидов — больных рассеянным склерозом.

Более 20 лет общественные организации, объединяющие россиян, страдающих от рассеянного склероза, защищают конституционные права граждан с РС, борются за сохранение и улучшение качества их жизни. В 2001 году представители из 47 регионов РФ создали Общероссийскую общественную организацию инвалидов — больных рассеянным склерозом (ОООИБРС). Президентом организации с момента основания был назначен доктор медицинских наук Ян Владимирович Власов.



Сегодня организация представляет 70 000 членов. Среди ее партнеров — крупнейшие некоммерческие, научные и государственные профильные структуры.

Важнейшими достижениями ОООИБРС стали:

- фармакотерапия с использованием гомеопатизированных минералов и металлов, растительных вытяжек;
- участие в формировании программ ДЛО и «7 нозологий» в части выделения средств для лечения больных с хроническими инвалидизирующими заболеваниями;
- членство в Европейской Платформе рассеянного склероза Департамента социального развития Совета Европы (с мая 2008 г.);
- участие в работе редакционной коллегии журнала «MS in focus» (на русском языке: «В центре внимания — РС»);
- членство в Международной Федерации рассеянного склероза (MSIF) — с ноября 2009 г.;
- участие во внесении изменений в Приложение к ФЗ-122 в разделе обеспечения льготными медикаментозными препаратами;
- включение представителя ОООИБРС в Общественный совет при Министерстве здравоохранения и социального развития РФ (с 2007 г.);
- участие в рабочих совещаниях Международной Федерации рассеянного склероза (MSIF);
- участие в работе форума Совета Федераций по проблемам реализации ФЗ-122;
- участие в работе парламентских слушаний в Государственной Думе России по проблемам молодых инвалидов и детской безнадзорности в РФ;

- организация и проведение совместно с Министерством здравоохранения РФ Всероссийского рабочего совещания по актуальным вопросам медико-социальной реабилитации инвалидов — больных рассеянным склерозом в РФ;
- разработка Целевых программ поддержки инвалидов — больных РС в Самарской, Нижегородской, Ленинградской, Томской, Тюменской, Новосибирской областях;
- создание в рамках сотрудничества с программой «Диалог» Альянса некоммерческих организаций «Общественная экспертиза в здравоохранении» (2003 г.);
- участие в работе круглого стола по социально-экономическим проблемам (с 2001 г.) и участие в симпозиумах Европейской Платформы РС Департамента социального развития Евросоюза (с 2000 г.);
- создание реабилитационного центра для инвалидов РС в Самаре (с 2001 г.);
- участие в распространении информации о проблеме РС (книги, научные, журнальные и публицистические статьи в газетах, полномасштабное представление в сети Интернет (сайт, портал, форум, блог), проведение общественных слушаний в регионах, работа со СМИ).

Как уже было отмечено, в 2007 году ОООИБРС в сотрудничестве с Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития создала всероссийский институт Уполномоченных общественных экспертов. Сегодня УОЭ действует уже в 78 регионах РФ. С 2008 года ОООИБРС создает Всероссийскую службу патронажных медсестер. Сегодня службой охвачено более 60 регионов России.

В настоящее время ОООИБРС выступает с инициативой по организации системы региональных специализированных медицинских и реабилитационных центров помощи людям с РС, работает над оптимизацией законодательства Российской Федерации в сфере здравоохранения инвалидов.

Отметим, что ОООИБРС инициирует, аккумулирует и направляет деятельность общественности, государства и профессионального сообщества на повышение качества жизни граждан России, страдающих от РС.

67. На каких этических принципах строится работа организации?

- Мы заботимся о здоровье и благе каждого человека, страдающего от РС в России.
- Мы уважаем право людей на принятие решений. Мы не вмешиваемся в частные дела больного и его семьи.
- Мы представляем реальные потребности людей, страдающих от РС.
- Мы — связующее звено между гражданским обществом и властью, пациентом и чиновником. Как посредник, мы осуществляем мониторинг действий всех социальных партнеров на предмет их соответствия нормам прав человека.
- Мы открыты для участия в социальных программах, действующих органам власти и социальным партнерам в реализации прав граждан — больных РС.
- Мы уважаем систему ценностей и профессионализм врачей, представителей бизнеса и органов власти, а также других наших партнеров.
- Всеми доступными средствами мы пропагандируем здоровый образ жизни, стремимся быть примером в соблюдении общественных и профессиональных этических норм.
- Мы поддерживаем разработки, направленные на повышение качества медицинских услуг и эффективность средств диагностики и лечения.
- Мы вносим свой вклад в развитие системы здравоохранения и социальной медицины.

68. Какова роль Всероссийского союза пациентов?

На этот вопрос отвечает сопредседатель Всероссийского союза пациентов проф. Я. В. Власов:

— Перед Союзом стоят важные задачи, направленные, прежде всего, на улучшение медицинской помощи населению, защиту прав пациентов, развитие успешных технологий и внедрение их в практику. Важно содействие поддержке российского производителя в области производства лекарственных препаратов, медицинского оборудования и иных средств медицинского назначения, а также реализации государственных и иных программ в области здравоохранения. Планов много, важно добиться консолидации деятельности объединений пациентов, их усилий и ресурсов для достижения указанной цели, анализ и выявление наиболее успешных технологий работы и их тиражирование.

За последние годы пациентское сообщество хотя и с трудом, но смогло стать равноправным партнером государства и фарминдустрии в решении проблем здравоохранения. Сейчас начался новый этап взаимоотношений между пациентским сообществом и производителями лекарств. В ноябре 2015 г. Всероссийский союз пациентов и Ассоциация международных фармацевтических производителей (АИРМ) подписали меморандум о взаимопонимании, закрепивший основополагающие принципы совместной деятельности. Это приоритет интересов пациентов, высокий уровень оказания медицинской помощи, партнерство в сфере здравоохранения в интересах повышения доступности и качества оказания медицинской помощи. В основу документа положены нормы Кодекса надлежащей практики АИРМ и Этического кодекса общественных объединений пациентов, обществ по защите прав пациентов и некоммерческих организаций, действующих в интересах пациентов.

Есть нерешенные вопросы, связанные с рассеянным склерозом. Наша главная задача — активное участие в принятии решений относительно глубины локализации и создания системы прозрачного перевода пациентов с одних лекарств на другие. Еще немало случаев, когда это делается одномоментно и без участия пациентов, а иногда и врача, так как это выгоднее для бюджета. Мы добиваемся, чтобы врач имел четкие критерии перевода, он должен принимать решение и доводить его до пациента, состояние которого не должно ухудшиться.

Вместо заключения

69. Можно ли ответить на все вопросы, связанные с РС?

Когда книга уже почти завершена, возникают сомнения о ее готовности. Постоянно хочется что-то исправить и дополнить. И дело не в стилистических неувязках, больше волнует вопрос, сможет ли книга помочь людям найти утешение, понять свою болезнь, найти свой путь совместного сосуществования с РС. Нужно ли было столь подробно останавливаться на теоретических вопросах? А нужна ли такая подробная информация о препаратах, что побуждает некоторых пациентов вступать порой в неразрешимые споры с лечащим врачом? Может быть, что-то упущено?

Мы вполне осознаем, что существуют вопросы, на которые мы не ответили. Это просто невозможно, ибо еще нет четкой и ясной картины причин возникно-

вения заболевания, обоснованных критериев прогноза течения, универсальных схем лечения. Нет еще, к сожалению, ответа и на главный вопрос: почему именно я заболел РС? Но те, кто столкнулся с РС, не могут ждать, пока ученые раскроют все тайны болезни. Они хотят знать, что их ждет в дальнейшем и что можно сделать сегодня. Тысячи людей прошли «школу выживания», многие нашли свой индивидуальный путь борьбы с болезнью. Этот опыт неоценим, и мы рады, что нашли у них поддержку. По-разному протекает у них заболевание, отличается и степень инвалидности, но все они продолжают активную жизнь в пределах своих возможностей. Их советы помогли выработать определенную линию, включить в книгу много полезной информации.

На одном из симпозиумов, посвященных РС, доктор Кристина Пурди — исполнительный директор Международной федерации рассеянного склероза (Великобритания), сказала: «Мы считаем, что каждый пациент нуждается в доступности информации о своей болезни, вправе оценить терапию, которая ему проводится, в инструментах предсказания дальнейшего течения заболевания, в осознанной индивидуализированной терапии и программах по улучшению качества жизни». Заметим, что основным источником независимой информации от профессионалов для людей во всем мире является веб-сайт www.msif.org.

Ученые пока еще на пути к поиску лекарственных средств, позволяющих полностью справиться с болезнью. И мы верим, и мы ждем! Мы не стали писать заключение, а обратились к одному из ваших товарищей, предоставив слово для «внутреннего» разговора Андрею Фролову, экс-уполномоченному общественному эксперту ОООИБРС по УрФО, экс-президенту СРООИБРС «Радуга» (Екатеринбург):

«Что я могу сказать? Прежде всего, узнав о болезни, нельзя уходить в себя с черными мыслями, надо понимать, что жизнь не кончилась. Тебя окружают люди, которые готовы тебя поддержать, помочь. Это твоя семья, близкие, друзья, врачи и, наконец, общества больных РС. Такие общества есть практически в каждом регионе России. Кроме этого в рамках Общероссийской организации действует институт Уполномоченных общественных экспертов. При появлении какой-либо проблемы, да и просто вопроса всегда можно обратиться в организацию или к УОЭ. Тебя проконсультируют, в случае необходимости защитят твои права. Общества больных РС организуют и проводят школы для пациентов, в нашей организации это школа «Жизнь с РС». На занятиях перед пациентами выступают врачи, специалисты по реабилитации, а также врачи, применяющие нетрадиционные методы лечения. Ценно и то, что и сами пациенты делятся опытом преодоления последствий болезни».

70. 📖 Что можно взять из опыта пациентов?

На многих страницах книги мы обсудили с вами немало вопросов и пришли к выводу, что невозможно все объять. Но огромный опыт многих пациентов мы просто обязаны изучить, ибо он может помочь многим, особенно тем, кто лишь недавно вышел на путь борьбы с этой болезнью. Давайте повторим некоторые рекомендации.

- Надо всегда помнить: прекрасно, если удастся удержаться длительное время без свежих обострений заболевания и состояние не ухудшается. Если же самочувствие медленно улучшается, будьте благодарны и радуйтесь этому. И надо с успехом пользоваться этим временем.

- Используйте при передвижениях рюкзак. Это поможет легче переносить вещи и удерживать равновесие. К тому же при падении руки оказываются свободными и помогут избавиться от травм.

- Зимой не забывать надевать перчатки.
- Внимательно прочитайте главу про прививки. Есть немало случаев, когда они провоцировали обострение заболевания.
- У некоторых пациентов обострение было вызвано контрастным веществом при МРТ. Если вы его хорошо переносите, забудьте эту рекомендацию.
- Не станем вновь обсуждать проблемы, возникающие при медикаментозном лечении. Призываем лишь найти взаимопонимание с лечащим врачом, чтобы своевременно найти оптимальный путь терапии.
- Не забудьте опустить жалюзи, если окна квартиры выходят на солнечную сторону.
- Придерживайтесь физических нагрузок, которые помогают поддержать хорошую форму, но не следует перегружаться. Не стоит демонстрировать свое «спортивное» мастерство.
- Следует научиться контролировать физическую активность.
- Умеренные длительные тренировки приносят больше пользы, чем занятия с большой нагрузкой. Следует вовремя делать перерывы. Не забывайте: с этими мышцами придется ходить весь день.
- Поскольку РС — заболевание длительное, желательно вести дневник, куда записывать обострения (и улучшения), назначение медикаментов, других методов лечения, реакцию на них и многое другое, что поможет лучше оценивать применяемые методы лечения и оптимизировать терапию. Кстати, рассмотрите это, как вариант эрготерапии.
- При назначении инъекций следует быть внимательным. Меняйте место укола (впрочем, это указано в инструкции к препарату). В конечном итоге, у каждого находится любимое место для уколов, которое он использует. Естественно, что без большого удовольствия, но все же с меньшими потерями.
- Используйте при приеме душа специальную массажную варежку. Она хорошо тренирует восприятие чувствительности.
- При болях в пояснице можно пользоваться массажным поясом или теплом.
- У вас проблемы при надевании обуви? Если удастся надеть ее стоя, можно воспользоваться «ложкой» с длинной ручкой. Если приходится это делать сидя, то «проблемную» ногу занести на здоровую, надеть обувь, опустить ногу, застегнуть застежку (если нельзя обойтись без такой обуви). В принципе, это тоже эрготерапия.
- Утренняя спастика? Лежа в кровати на спине, медленно сгибаем ногу в коленном суставе до образования прямого угла, затем также совсем медленно разгибаем ногу. Затем на выпрямленной ноге сгибаем носки пальцев на себя, оттягивая вперед пятку. Возвратившись в исходное положение, расслабиться.
- Попробуем напрягать мышцы ног на несколько секунд поочередно снизу доверху. Расслабиться, отдохнуть. Теперь можно себе сказать: «Доброе утро, вперед!»
- Медленно, держась рукой за перекладину шведской стенки или ручку двери (корпус сохранять прямым), сгибать поочередно колени до прямого угла. Это упражнение способствует уменьшению спастики.
- Не забудьте о специальной скобе в ванной. С ней будет спокойнее принимать душ.
- В кино часто герои пьют напитки, запрокинув голову. Забудем это. Напомним, что при еде и питье голову следует держать немного вниз.
- Чтобы медикаменты не прилипали к небу, создавая неприятные ситуации, возьмите таблетку в рот с водой и немного подвигайте ее. Затем можно проглотить.
- Не забывайте такую мелочь, как специальное сиденье в душе. Вместе с крючками для удержания они намного упрощают процедуру.

- Приготовьте легкую обувь для лета: резиновую — для воды, для повседневной носки — из синтетического материала.
- Свои деловые походы лучше осуществлять в первой половине дня: людей на улице поменьше, да и собственных сил больше.
- Надо забыть всякое стеснение и использовать любую возможность, чтобы помочь себе при необходимости при ходьбе (палка, ходунки и прочее). Кстати, при дожде сопровождающему лицу удобнее идти с зонтом с той стороны, где нет в руке палки или трости.

У нас есть маленькое преимущество перед другими людьми. У здорового человека есть 1000 причин жаловаться, а у нас лишь одна! Каждый из тех, кто имеет РС, может сказать: «Это моя жизнь, с РС или без него, со всем, что со мной происходит или с тем, что проходит мимо меня. И я не собираюсь рыдать и готовиться к смерти. Я благодарен жизни, такой, какая она есть, и надеюсь, что впереди меня ждет еще немало радости!»

Скажем несколько слов благодарности родственникам, близким, медикам и всем тем, кто нам помогает, за терпение и энергию, которые вы нам дарите. И мы желаем вам силы и здоровья, чтобы вы могли продолжать это благородное дело.

71. Каковы направления исследований по РС?

Несмотря на интенсивные исследования, имеется ряд нерешенных вопросов.

У большинства пациентов болезнь сохраняет активность, несмотря на проводимое лечение. У 62–75% возникает рецидив в течение 2 лет. У 20–27% наблюдается ухудшение на 1 и более баллов по шкале EDSS в течение 2 лет. Отмечаются сложности в организации терапии и реабилитации, нежелательные явления, особенно побочные реакции.

Лучшее понимание РС может дать уникальные перспективы для разработки новых препаратов. Что нужно для этого сделать?

- Улучшить понимание генетических компонентов РС и их взаимодействие с факторами окружающей среды.
- Выяснить роль иммунных клеток в воспалении, демиелинизации и потере целостности аксонов.
- Выявить процессы, участвующие в ремиелинизации.
- Найти пути усиления защитных эффектов и минимизации неблагоприятных факторов на нейроны при РС.

Для улучшения результатов лечения предстоит осуществить:

- поиск новых препаратов с улучшенным балансом между эффективностью и балансом/переносимостью;
- поиск альтернативных средств терапии, направленных на снижение осложнений, связанных со способом введения препаратов;
- разработку средств базисной терапии с хорошей переносимостью, способных вызывать отсрочку прогрессирования инвалидности;
- поиск препаратов, способных вызывать обратное развитие патологических процессов, лежащих в основе РС.

72. Что день грядущий нам готовит?

Итак, современный комплексный подход к лечению РС основан на своевременном адекватном купировании обострений; назначении препаратов, способных опередить обострения и замедлить прогрессирование болезни; постепенном

проведении симптоматической терапии, основанной на понимании глубинных процессов, происходящих в организме, и включающей психофизическую реабилитацию.

Проведение необходимых реабилитационных мероприятий невозможно без установления тесного контакта с пациентом и обучения его принципам «жизни с РС». Важно также своевременно устранить проявления депрессии и других психологических нарушений, существенно усложняющих адаптацию больного к тем симптомам, которые устранить нельзя. Как мы уже знаем, этому способствует формирование полезной «социальной сети» вокруг пациента, включающей в себя специальные методы социально-психологической поддержки и общества инвалидов — больных РС.

К сожалению, проблема лечения РС еще очень далека от разрешения, но достижения последних лет в терапии заболевания позволяют уверенно исключить РС из списка неврологических заболеваний, совершенно не поддающихся лечению. Важно и то, что рынок препаратов для лечения РС остается привлекательным для производителей в связи с актуальностью этого заболевания и продолжающимися поисками золотого стандарта терапии. За последние 20 лет объем исследований в этой области вырос в несколько раз. Есть немало многообещающих препаратов, разработка которых пока находится на ранней стадии. С изменением взглядов на лечение рецидивирующе-ремиттирующей формы РС ведущие мировые производители получили возможность вывести на рынок препараты, которые могут сыграть решающую роль в лечении заболевания. Все мы ждем появления препаратов в таблетированной форме, что позволит устранить ряд побочных эффектов в лечении. В то же время необходимо критически относиться к сообщениям о новых методах терапии, которые часто появляются в различных популярных или неспециализированных изданиях. Перед прохождением любого курса лечения, в том числе альтернативного, следует обязательно проконсультироваться со своим лечащим врачом. О появлении доступных и новых, с доказанной с медицинской точки зрения эффективностью, методов лечения можно узнать у своего врача и в местном обществе РС. Мы надеемся, что пройдет несколько лет и для пациентов с РС наступит новая эра — эра полной победы над рассеянным склерозом.

Словарь терминов

Аксоны — это «кабели» нервных клеток, по которым передаются импульсы от головного и спинного мозга в различные части тела. У каждой нервной клетки есть только один аксон.

Аксон — это волокно, по которому нервные импульсы передаются другим нервным клеткам и органам (например, мышцам). В нормальном состоянии аксоны защищены слоями миелина, которые повреждаются при заболевании РС.

Атаксия — нарушение координации и равновесия.

Аутоиммунные заболевания (например, диабет, ревматоидный артрит, РЛ) — это заболевания, при которых иммунная (защитная) система организма по ошибке принимает собственную ткань за инородную и атакует ее.

Белое вещество — ткань, образующая внутреннюю часть головного мозга и наружные слои спинного мозга. Она белая, потому что миелин, представляющий собой жировое вещество, белого цвета.

Бета интерфероны — вещества, способные снижать атаки иммунной системы на нервную ткань, уменьшить воспаление и защитить нервные клетки от повреждения.

Бляшки (очаги) — участки в головном или спинном мозге, где произошла демиелинизация (нарушение целостности миелиновой оболочки).

Воспаление — реакция иммунной системы; ее цель — защита организма от воздействия чужеродных элементов. При этом, как правило, усиливается приток крови в очаг воспаления, увеличивается количество в нем иммунных клеток.

Гематоэнцефалический барьер — естественный барьер, отделяющий ткань мозга от кровеносной системы (системы кровообращения). При РС гематоэнцефалический барьер может быть поврежден и тогда клетки иммунной системы, циркулирующие в крови, могут попасть в мозг.

Дизартрия — нечеткая речь или заикание.

Демиелинизация — потеря миелина белым веществом центральной нервной системы.

Дендриты — небольшие, похожие на руки или веточки отростки нервных клеток, которые получают электрические импульсы от аксонов других нервов. По ним нервный импульс передается по направлению к клетке (нейрону). У одной нервной клетки может быть несколько дендритов.

Иммунная система — защитная система нашего организма, задача которой бороться с чужеродными патогенными организмами, такими как бактерии или вирусы, паразиты или грибки. В эту сложную систему входят специализированные клетки: Т-клетки и макрофаги, а также белки (например, интерфероны).

Иммуномодулирующие препараты — лекарственные средства, например, бета интерфероны, применяющиеся в качестве базовой терапии РС. Снижая агрессивность иммунной системы, они снижают активность воспалительных процессов в мозге и тем самым сдерживают естественное течение заболевания.

Кортикостероиды — это препараты, полученные на основе кортизона. Их также называют глюкокортикостероидами или стероидами. Применяются для лечения развившихся обострений РС.

Лермитта симптом — ощущение, похожее на удар, распространяющееся вниз по спине и далее в ноги и в руки. Он вызывается сгибанием шеи вперед и длится одну-две секунды. Симптом Лермитта часто встречается у больных РС.

Макрофаги — клетки, которые могут передвигаться в тканях организма и обычно защищают наш организм от инфекций и вредных веществ. При РС они «ошибаются» и разрушают миелиновые слои, которые окружают отростки нервных клеток (аксоны) собственного организма.

Миелин — состоит из липидов и белков и является частью олигодендроцитов. Это изолирующая оболочка, окружающая нервные волокна ЦНС. Миелин нужен для ускорения передачи электрических сигналов от головного мозга ко всем органам и обратно.

Нистагм — подергивание глазных яблок.

Олигодендроциты — клетки, отвечающие за производство и сохранение миелиновых слоев аксонов в ЦНС.

Очаги (бляшки) — подразделяются на острые и хронические. Они появляются в ЦНС после того, как макрофаги разрушают миелиновую оболочку. Острые очаги исчезают частично или полностью. В результате гибели аксонов возникают хронические очаги.

Обострение — повторяющееся в ходе заболевания ухудшение временного характера: появление новых симптомов или усугубление старых симптомов.

Пароксизмальные симптомы — внезапно появляющиеся и проходящие симптомы: обычно это неуверенность походки, смазанная речь/заикание или сенсорные симптомы. Они длятся менее двух минут, но возникать могут довольно часто (иногда до 20–30 раз в день).

ПНС — периферическая нервная система, состоит из чувствительных и двигательных нервов. Чувствительные нервы идут от рецепторов, воспринимающих раздражения, к ЦНС. Двигательные нервы идут от ЦНС к мышцам и железам.

Ремиелинизация — восстановление поврежденного миелина.

Ремиссия — это очевидное улучшение течения заболевания. Она может быть полной или неполной. Противоположностью ремиссии является обострение.

Рецидив (обострение) — внезапное (периодически повторяющееся) появление симптомов заболевания, утяжеление состояния больного; противоположен ремиссии. При РС чередование ремиссий и рецидивов обусловлено чередованием воспалительных и восстановительных процессов.

Серое вещество — тела нервных клеток. Наружный слой головного мозга и внутренняя часть спинного мозга состоят из серого вещества.

Спазмы — мышечные судороги.

Спастичность — тугоподвижность мышц или потеря мышечной силы, иногда сопровождающаяся болями.

Т-клетки (Т-лимфоциты) — белые кровяные клетки, циркулирующие в крови и тканях. Это авангард нашей иммунной системы. Они находятся в покое до тех пор, пока не обнаруживают, что в организм попали чужеродные клетки. При РС они «ошибаются» и атакуют миелин вокруг собственных нервных клеток.

ЦНС — центральная нервная система, состоит из головного мозга и спинного мозга.

Список литературы

Авакян Г.Н. Рефлексотерапия заболеваний нервной системы. — М.: МЕДпресс-информ, 2009.

Аминофф М.Дж., Гринберг Д.А., Саймон Р.П. Клиническая неврология / Пер. с англ. — М.: МЕДпресс-информ, 2009.

Амосов В.Н. Рассеянный склероз: как сохранить качество жизни. — СПб.: Вектор, 2010.

Арсенин С.В. Скипидарные ванны и другие методы натуропатии в лечении болезней. — М.: «НИИ Натуропатии», 2009.

Барбас И.М., Скоромец А.А. Рассеянный склероз. Опыт лечения и профилактики обострений. — СПб.: Сотис, 2003.

Батышева Т.Т., Бойко А.Н., Рыльский А.К., Скворцов Д.В. и др. Функциональные изменения походки у больных рассеянным склерозом по данным биомеханических исследований // Рассеянный склероз : Приложение к Журналу неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2003. №2.

Батышева Т.Т. Система медицинской реабилитации двигательных нарушений у неврологических больных в амбулаторных условиях. Дис... доктора мед. наук. — Москва, 2005.

Белова А.Н. Нейрореабилитация: руководство для врачей. — М.: Антидор, 2002.

Бисага Г.Н. Рассеянный склероз : Современные представления, диагностика и лечение. — СПб.: Аспект плюс, 2001.

Блумфилд Г., Кулер Р. Сила 5-ти: Обретение энергии и снятие напряжения. — Минск: Попурри, 2003.

Боброва Н.И., Луцкий М.А., Фролов В.М. Моделирование и алгоритмизация процесса диагностики и рационального лечения рассеянного склероза. — Воронеж: ВГТУ, 2011.

Бойко А.Н., Попова Н.Ф., Шагаев А.С. Функциональная диагностика и немедикаментозное лечение двигательных нарушений при рассеянном склерозе // Рассеянный склероз: Приложение к Журналу неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2007. №4.

Бойко А.Н. и др. Приверженность основной терапии у больных рассеянным склерозом, страдающих депрессией // Неврологический журнал. 2011. № 5.

Бойко А.Н., Гусев Е.И. Достижения в изучении проблем рассеянного склероза (обзор) // Доктор. Ру. Неврология и психиатрия. 2012. Т. 5 (73).

Бойко А.Н., Гусева М.Е., Сиверцева С.А. Немедикаментозные методы лечения и образ жизни при рассеянном склерозе. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.

Бондарева Е.А. Общая аэрокриотерапия // Медицинские знания. 2012. № 1.

Ботт В. Антропософская медицина / Пер. с фр. — СПб.: Деметра, 2005.

Быкова О.В. Диагностика и лечение рассеянного склероза у детей и подростков в условиях длительного катамнеза. Автореф. ... докт. мед. наук. — М.: ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, 2013.

Ведение больных с рассеянным склерозом: Методические рекомендации / Под ред. Н.Н. Спирина и др. — Ярославль ; Москва: РООИ «Здоровье человека», 2015.

Витензон А.С., Миронов Е.М., Петрушанская К.А., Скоблин А.А. Искусственная коррекция движений при патологической ходьбе. — М.: ООО Зеркало, 1999.

Витензон А.С. и др. Коррекция ходьбы больных с различной патологией опорно-двигательного аппарата посредством многоканальной программируемой электростимуляции мышц. — М.: ФЦЭРИ, 2002.

Влияние на координаторно-двигательную систему комплексного лечения с использованием методов традиционной медицины у больных рассеянным склерозом / Витензон А.С., Лузин С.Н., Буровой А.М. и др. // Сборник тезисов Материалы конференции XV съезда мануальных терапевтов. — Москва, 2005.

Вольф О. Лечебные средства при типичных заболеваниях / Пер. с нем. — Калуга: Духовное познание, 2005.

Гимнастика при рассеянном склерозе : Руководство для людей с рассеянным склерозом (перевод брошюры: Kimberg A. Moving with multiple sclerosis) М.: 1997.

- Головкин В.И. Помощь больным рассеянным склерозом как общественное движение // *Рассеянный склероз: Избранные вопросы теории и практики* / Под ред. И.А. Завалишина, В.И. Головкина. — М., 2000.
- Головкин В.И. Древняя индийская медицина и современный рассеянный склероз // *Рассеянный склероз. Наука и практика.* — СПб.: СЕЗАРАСК, 2002.
- Головкин В.И., Калашникова А.А., Давыдова Н.И. Программное назначение пептидных биорегулирующих препаратов цитаминного ряда при рассеянном склерозе для продления ремиссии заболевания // *Иммуноопосредованный ремитирующий рассеянный склероз.* — СПб.: РИФ «Роза мира», 2003.
- Головкин В.И. Активная медико-социальная реабилитация больных с ограниченными двигательными возможностями // *Синдром верхнего мотонейрона* / Под ред. И.А. Завалишина, А.И. Осадчих, Я.В. Власова. — Самара, 2005.
- Головкин В.И. Рассеянный склероз в формате 3D. — СПб.: «Человек», 2014.
- Гомеопатические лекарственные средства. ООО «Лекарственные средства Вала-Р». — Москва, 2006.
- Гомеопатические препараты для лечения ОРВИ и гриппа. — М.: Пр-во Weleda, 2005.
- Горен М. Путь к здоровью и долголетию / Пер. с иврита. — М.: ПТО «СЕЛФ», 1992.
- Гузева В.И., Чухловина М.Л. Рассеянный склероз: Диагностика и лечение: Возрастные аспекты. — СПб.: Фолиант, 2003.
- Гусев Е.И., Бойко А.Н. Рассеянный склероз: от изучения иммунопатогенеза к новым методам лечения. — М.: ООО «Губернская медицина», 2001.
- Гусев Е.И., Бойко А.Н., Столяров И.Д. Рассеянный склероз: Справочник. М.: Реал Тайм, 2009.
- Гусев Е. И., Бойко А. Н., Столяров И.Д. Рассеянный склероз: Справочник терминов. — М.: РООИ «Здоровье человека», 2015.
- Гусев Е.И., Завалишин И.А., Бойко А.Н. Рассеянный склероз и другие демиелинизирующие заболевания : Рук. для врачей. — М.: Миклош, 2004.
- Дашков Н. Н. Народная медицина — женщинам и мужчинам. — М.: Келвори, 1995.
- Джаффе Д.Т. Доктор внутри вас / Пер. с англ. — Минск: ООО «Попурри», 1998.
- Демиденко Т.Д., Ермакова Н.Т. Основы реабилитации неврологических больных. — СПб.: Фолиант, 2004.
- Духанина И.В. и др. Конкурентная рациональность и выбор технологий реабилитационно-восстановительного лечения // *Экономика здравоохранения.* 2010. № 1.
- Жулев Н.М., Скоромец А.А., Трофимова Т.Н., Тотолян Н.А. Современная диагностика рассеянного склероза. — СПб.: МАПО, 1998.
- Жученко Т.Д., Шмидт Т.Е. Копаксон — новое средство для лечения рассеянного склероза // *Вестник практ. неврологии.* 1998. Вып. 4.
- Заболевания периферической нервной системы. Болезнь Паркинсона. Рассеянный склероз: Стандарты оказания мед. помощи. Типовые клинико-фармакол. статьи : Справочник для практических врачей. — М.: Ремедиум, 2009.
- Заславский Л.Г. О значении личностной тревожности в заболеваемости рассеянным склерозом // *Рассеянный склероз: основы здоровья.* — СПб.: Лики России, 1999.
- Зейгарник Б.В. Патология мышления. — М.: Изд-во МГУ, 1961.
- Зейгарник Б.В. Патопсихология. — М.: Изд-во МГУ, 1986.
- Земсков А. М., Земсков В. М., Караулов А. В. Клиническая иммунология. — М.: МИА, 1999.
- Змушко Е.И., Белозеров Е.С., Митин Ю.А. Клиническая иммунология : Руководство для врачей. — СПб.: «Питер», 2001.
- Епифанов В.А. Лечебная физкультура и спортивная медицина : Учебник. — М.: Медицина, 1999.
- Епифанов В.А. Лечебная физическая культура: Учеб. пособие. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
- Иванов Л.В. Хатха-йога: Полное иллюстрированное пособие. — М.: АСТ; Минск: Харвест, 2005.
- Иванов Н.Н., Петров В.В. 1000 советов. Йога — Минск: Харвест, 2004.

- Игнатов П. Е. Иммуитет и инфекция Возможности управления. — М: Время, 2002.
- Иммуноопосредованный ремитирующий рассеянный склероз / Под ред. В.И. Головкина, Н.М. Калининой. — СПб.: Роза мира, 2003.
- Иммунодиагностика и иммунокоррекция в клинической практике / Под ред. И.Д. Столярова. — СПб.: Сотис, 1999.
- Иммунопатология / Под ред. В.И. Николаева. — СПб.: СПбГМА им. И.И.Мечникова, 1998.
- Кимбредж А. Подвижность и рассеянный склероз : Руководство по выполнению физических упражнений для больных с рассеянным склерозом. — Тель-Авив: Израильское общество рассеянного склероза, 1989.
- Кинезиотерапия: к соблюдению основного принципа реабилитации / А.А. Дюжиков и др. // *Военная медицина.* 2011. № 4.
- Кичерова О.А., Рейхерт Л.И., Быченко С.М. Рассеянный склероз. — Тюмень: ТюмГМА, 2007.
- Клейменов В.Н., Терехова Н.Г., Синюшин А.И. Особенности механизмов психической адаптации у больных рассеянным склерозом. Нейроиммунология, нейроинфекция, демиелинизация. — СПб.: Лики России, 1997.
- Клиническая картина, диагностика и лечение рассеянного склероза / Под ред. Ф.А. Хабирова, А.Н. Бойко. — Казань: Медицина, 2010.
- Коркина М.В., Мартынов Ю.С., Малков Г.Ф. Психические нарушения при рассеянном склерозе. — М.: Изд-во УДН, 1986.
- Ковалева Н. Г. Лечение растениями. — М.: Медицина, 1972.
- Кругляк Л. Альтернативные методы профилактики и лечения заболеваний почек и мочевых путей. — М.: Центрполиграф, 2016.
- Кругляк Л.Г. Камни в почках, нефрит, цистит. — СПб.: Весь, 2004.
- Кругляк Л.Г. Лечим почки природными средствами. — СПб.: Крылов, 2008.
- Кругляк Л.Г. Остеопороз. — СПб.: Крылов, 2008.
- Кругляк Л.Г. Остеопороз. Тихая эпидемия XXI века. — М.: Центрполиграф, 2014.
- Кругляк Л.Г. Секреты мужской силы и здоровья. — СПб.: Питер, 2007.
- Кругляк Л.Г. Секреты мужского здоровья. Слабые места сильного пола. — М.: Центрполиграф, 2015.
- Кругляк Л.Г. Таблицы здоровья (целебные свойства растений). — М.: Квиана, 1997.
- Кругляк М., Кругляк Л. Деменция : Книга в помощь вам и вашим родным. — СПб.: Весь, 2016.
- Крылов А. А., Марченко В. А., Максютин Н. П. Фитотерапия в комплексном лечении заболеваний внутренних органов. — Киев: Здоровья. 1991.
- Куряченко Ю. Т. Рассеянный склероз: оценка факторов прогноза: Учеб.-метод. пособие. — Новосибирск: Сибмедиздат, 2004.
- Лувсан Гаваа. Традиционные и современные аспекты восточной медицины. — М.: Московские учебники и картолиотография, 2000.
- Лурья А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. — М.: Изд-во МГУ, 1969.
- Майда Е. Справочник по рассеянному склерозу: Для больных и их близких / Пер. с нем.— М.: Интэрэксперт, 1999.
- Малик О., Доннелли Э., Барнетт М. Рассеянный склероз: Краткий справочник / Пер. с англ. под ред. А. Н. Бойко. — М.: Практическая медицина, 2015.
- Медведев А.С. Основы медицинской реабилитологии. — Минск: Беларуская навука, 2010.
- Медицинская реабилитация : Руководство для врачей / Под ред. В.А. Епифанова. — М.: МЕДпресс-информ, 2008.
- Минеджян Г.З. Сборник по народной медицине и нетрадиционным методам лечения. — М.: Техноэко, 1991.
- Методические рекомендации Комитета здравоохранения правительства Москвы «Организация лаборатории клинического анализа движений и ее работы в условиях поликлиники восстановительного лечения». — М.: 2002.

- Неврология. Национальное руководство / Под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В. И. Скворцовой, А.Б. Гехт. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.
- Нервная система человека — строение и нарушения : Атлас/ Под ред. В.М. Астапова, Ю.В. Микадзе. — М.: Per Se, 2010.
- Никифоров А.С., Коновалов А.Н., Гусев Е. И. Клиническая неврология : Учебник. В 3 томах. — М.: Медицина, 2002.
- Новожилова О.В. Лечебная гимнастика при рассеянном склерозе : Руководство для больных и инструкторов ЛФК. — Мончегорск, 2006.
- Носаль М. А., Носаль И. М. Лекарственные растения и способы их применения в народе. — Киев: Государственное медицинское издательство УССР, 1960.
- Образцова Р.Г., Турова Е.Л. Клинический анализ генетических аспектов рассеянного склероза // Второй (четвертый) Российский съезд медицинских генетиков. Тезисы докладов. Часть 2. — Курск, 2000.
- Покровский В.И., Гордиенко С.П., Литвинов В.И. Иммунология инфекционного процесса. Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1993.
- Попов А. П. Лекарственные растения в народной медицине. — Киев: Здоровья, 1969.
- Портнов Ф.Г. Электропунктурная рефлексотерапия. — Рига: 1997.
- Порчер-Спарк А. Современная гомеопатия. Заболевания детей. — М.: «Арнебия». 2003.
- Предупреждение-плюс. Библиотечка журнала «ЗОЖ». — М.: ЗОЖ, 2001-2009.
- Рабинович А.М. Аптека на грядке. — М.: Олма-пресс, 2000.
- Рассел Дж. Рассеянный склероз. — М.: ООО «Книга по Требованию», 2012.
- Разумов А.Н., Головин В.Ф., Архипов М.В. Обзор состояния робототехники в восстановительной медицине // Вестник восстановительной медицины: Диагностика. Оздоровление. Реабилитация. 2011. №4.
- Рассеянный склероз: Пособие для больных, их друзей и родственников / Авт.-сост. Г.Я. Веселов. — СПб.: Максима, 1993.
- Рассеянный склероз / Под ред. Столярова И.Д., Осетрова Б.А. — СПб.: ЭЛБИ— СПб, 2002.
- Рассеянный склероз: клинические аспекты и спорные вопросы/ Под ред. А.Д. Томпсона, К. Полмана, Р. Холфельда. — СПб.: Политехника, 2001.
- Рассеянный склероз. Наука и практика / Сев.-Зап. ассоц. рассеян. склероза. — СПб., 2003.
- Рассеянный склероз: Учебное пособие для послевузовского образования / Повереннова И.Е., Власов Я.В., Хивинцева Е.В., Захаров А.В., Кузнецова Н.И. — Самара: СамГМУ, 2009.
- Рассеянный склероз: диагностика, лечение, специалисты / Под ред. И.Д. Столярова, А.Н. Бойко. — Медкнига ЭЛБИ-СПб, 2010.
- Рассеянный склероз и многие другие аутоиммунные заболевания, включая диабет типа I, можно излечить: Дайджест российской прессы / Сост. В. Жерлыгин. — М.: Роса, 2008.
- Рёмер Ф. Клинические примеры по практическому использованию потенцированных препаратов / Пер. с нем. — М.: Институт общегуманитарных исследований, 2003
- Ролак Л. Секреты неврологии / Пер. с англ. — М.: Бином, 2008.
- Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. — М.: Педагогика, 1973.
- Русский народный лечебник. — Ростов н/Д: Изд-во Ростов. ун-та, 1994.
- Сидоренко Т. В., Бойко А. Н. Приверженность к длительной терапии глатирамера ацетатом при рассеянном склерозе // Неврологический вестник. 2010. Т. 42, № 1.
- Синдром верхнего мотонейрона : Руководство для врачей / Под ред. И.А. Завалишина, А. И. Осадчих, Я.В. Власов. — Самара: Самарское отделение Литфонда, 2005.
- Ситель А.Б. Мануальная терапия : Руководство для врачей. — М.: Издат.центр, 1998.
- Собчик Л.Н. Введение в психологию индивидуальности. — М: Ин-т прикладной психологии, 1998.
- Соколов С.Я., Замотаев И.П. Справочник по лекарственным растениям (Фитотерапия). — М.: Медицина, 1985.

- 100 лекарственных средств — избранные препараты для введения в ассортимент Wala / Пер. с нем. — М.: Wala, 2000.
- Суботялов М.А., Катанугина О.В. Исцеляемся с Аюрведой легко и просто. — М.: Философская Книга, 2014.
- Тарасюк С.В. Лечение гиперкинетических синдромов гомеопатическими препаратами. — М.: Институт повышения квалификации ФУ МБП МЗ РФ, 1995.
- Тарасюк С.В. Лечение полинейропатий и энцефаломиелитов гомеопатическими препаратами. — М.: Институт повышения квалификации ФУ МБП МЗ РФ, 1995.
- Терапия металлами : Библиотечка антропософского врача. — СПб.: Weleda AG, 2004.
- Трэбен М. Здоровье из аптеки, дарованной нам Господом Богом : Советы и опыт лечения травами / Пер. с нем. — М.: Славянский базар, 1994.
- Тотолян Н.А., Камаева О.В., Тищенко М.Е., Готовчиков А.А. Рассеянный склероз. — М.: Астрель, АСТ, Пионер, 2001.
- Трошин В.Д. Неотложная неврология : Руководство для врачей и студентов медицинских вузов. — М.: МИА, 2006.
- Турова Е.Л. Эпидемиологические и клинические аспекты патоморфоза рассеянного склероза в Свердловской области // Тезисы докладов IX научно-практической конференции неврологов. — СПб, 2000.
- Турова Е.Л. Некоторые аспекты эпидемиологии и клиники рассеянного склероза на Среднем Урале // Вестник первой областной Клинической больницы. — Екатеринбург, 2000. Вып.2. №1.
- Турова Е.Л. Чувствительные нарушения при рассеянном склерозе (клинические особенности, диагностическое значение) // Материалы Всероссийского съезда неврологов. — Казань, 2001.
- Турова Е.Л. Клинические особенности современного рассеянного склероза в Свердловской области // Рассеянный склероз: эпидемиология, клиника, лечение: Материалы Сибирской межрегиональной научно-практической конференции. — Новосибирск, 2004.
- Турова Е.Л. Чувствительные нарушения у больных рассеянным склерозом // Нейроиммунология. 2004. Т. 1. № 2.
- Турова Е.Л. Клиническая картина современного рассеянного склероза в Свердловской области и место в ней чувствительных нарушений. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Екатеринбург, 2004.
- Турова Е.Л. и др. К вопросу дифференциальной диагностики рассеянного склероза и нейросифилиса // Материалы Сибирской межрегиональной научно-практической конференции. — Новосибирск, 2009.
- Турова Е.Л. Рассеянный склероз у цыган // Материалы Сибирской межрегиональной научно-практической конференции. — Новосибирск, 2011.
- Турова Е.Л. Гиповитаминоз D и клиническая картина рассеянного склероза // Материалы X Всероссийского съезда неврологов. — Нижний Новгород, 2012.
- Турова Е.Л. Состояние минеральной плотности костной ткани у больных рассеянным склерозом в возрасте до 50 лет // Нейроиммунология, 2013. Том XI.
- Турова Е. Л. Гиповитаминоз D и состояние минеральной плотности костной ткани у больных рассеянным склерозом молодого возраста // Практическая медицина. 2013. № 1.
- Турова Е.Л., Кожемякина Е.В., Пухтинская П.С., Лесняк О.М. Распространенность и предикторы низкой минеральной плотности костной ткани у больных рассеянным склерозом // Альманах клинической медицины. 2014. №32.
- Турова Е.Л., Сиверцева С.А. Роль дефицита витамина D при рассеянном склерозе (обзор литературы) // Рассеянный склероз : Приложение к Журналу неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2014. №10 (2).
- Турова Е.Л., Краева А.В., Свешникова Ю.В. Случай лейкемии у больного рассеянным склерозом после терапии митоксантроном // Вестник НГУ. Серия: Биология, клиническая медицина. — Новосибирск, 2015.
- Турова Е.Л. Остеопороз при рассеянном склерозе // Вестник НГУ. Серия: Биология, клиническая медицина. — Новосибирск, 2015.
- Указатель лекарственных средств фирмы Веледа. — М.: Weleda, 1996.

- Указатель лекарственных средств фирмы «Wala» / Пер. с нем. — М.: Wala, 2006.
- Улащик В.С. Теоретические и практические аспекты лазерной терапии. Сообщ. 2: Физико-химические механизмы и особенности физиологического и лечебного действия лазерного излучения // Медицинские знания. 2011. № 5.
- Улащик В.С., Лукомский И.В. Общая физиотерапия: Учебник. — Минск: Книжный Дом, 2008.
- Физиотерапия: Национальное руководство / Под ред. Г.Н. Пономаренко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
- Фогель Х.-Х. Аллергия: Антропологические подходы к пониманию физиологии, патологии и терапии аллергических заболеваний. — М.: Wala, 2005.
- Фрейдлин И. С. Иммунная система и ее дефекты: Руководство для врачей. — СПб: НТФ «Полисан», 1998.
- Хей Луиза. Путь к здоровой жизни. — М.: Олма-Пресс, 1998.
- Хольцапфель В. Формирующие силы органов: Печень, легкие, почки, сердце — новые аспекты взаимосвязи / Пер. с нем. — Калуга: Духовное познание, 2001.
- Хондариан О.А., Завалишин И.А., Невская О.М. Рассеянный склероз. — М.: Медицина, 1987.
- Хронические нейроинфекции / Под ред. И.А. Завалишина, Н.Н. Спирина, А.Н. Бойко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
- Чернышева Т.Н., Мицкевич С.Н. Астобриоритмология. Массаж. Медицина. — М.: Манус, 2005.
- Шагаев А.С., Бойко А.Н., Попова Н.Ф., Бахарев Б.В. Применение метода динамической стабилометрии в качестве мониторинга двигательных и координаторных нарушений при проведении комплексной реабилитации у больных с различным типом течения рассеянного склероза // Вестник восстановительной медицины. 2007. №4(22).
- Шарко Ж.-М. Болезни нервной системы. — СПб.: Издание типографии и хромофотографии А. Траншеля, 1876.
- Шелтон Г. Естественное сочетание пищи. Голодание спасет вашу жизнь / Пер. с англ. — Киев: Лілея, 1993.
- Шмидт Т.Е., Яхно Н.Н. Рассеянный склероз: Руководство для врачей. — М.: МЕДпресс-информ, 2012.
- Штульман Д.Р., Левин О.С. Неврология: Справочник практического врача. — М.: МЕДпресс-информ, 2008.
- Энциклопедия народной медицины. — М.: АНС, 1999.
- Ярилин А. А. Основы иммунологии. — М: Медицина, 1999.
- Яхно Н.Н., Гусев Е.И., Шмидт Т.Е. и др. Международный и российский опыт применения препарата копаксон при ремиттирующем течении рассеянного склероза // Материалы Рабочего совещания «Организация специализированной медицинской помощи больным рассеянным склерозом» (Томск, 9-11 октября 2003 г.). — Томск, 2003.
- Adam O. Ernährungsrichtlinien bei Multipler Sklerose: Ein Leitfaden. — Senden: DMV Deutscher Medizin Verlag, 2007.
- Ade A. MS + Fatigue: die unsichtbare Macht verstehen. — Berlin: Books on Demand, 2014.
- Aisen M.L., Fox. N. Impatient rethabilitation for multiple sclerosis // J. Neurol. Rehabil. 10, 1996.
- Aminzadeh KK, Etminan M. Dental amalgam and multiple sclerosis: a systematic review and metaanalysis // J Public Health Dent 67(1), 2007.
- Api Review Letters 2012, 11, 717.
- Api Review Letters 2014, 13, 902.
- Baumhackl, U. Multiple Sklerose — Erkennen und Behandeln in der klinischen Praxis. — Bremen: Verlag: UNI-MED, 2009.
- Bendkower J. Mit Multipler Sklerose mitten im Leben. Der Bericht eines Psychotherapeuten zu Selbstheilung und Resilienz. — Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag, 2010.
- Bergmann S. Multiple Sklerose — (un)heilbar?! — Norderstedt: Verlag Books on Demand, 2013.
- Blum S., Bender M., Hyman M., Oechsler R. Autoimmunerkrankungen erfolgreich behandeln: Das 4-Schritte-Programm für ein gesundes Immunsystem. — Kirchzarten: Verlag VAK, 2015.

- Boroch A. Healing Multiple Sclerosis, New Revised Edition: Diet, Detox & Nutritional Makeover for Total Recovery. Publisher: Quintessential Healing, 2014.
- Bott Viktor. Schramm M. Henning. Mensch und Heilmittel. — Schaffhausen: Meier Buchverlag, 1992.
- Böttcher S. Quintessenzen: Überlebenskunst für Anfänger. — München: Verlag Ludwig Buchverlag, 2013.
- Böttcher S. Diagnose: unheilbar. Therapie: selbstbestimmt: Vom souveränen Umgang mit der Schulmedizin. Ein Erfahrungsbericht. — Frankfurt am Main: Verlag Ludwig Buchverlag, 2015.
- Bowling A. C. Optimal Health with Multiple Sclerosis: A Guide to Integrating Lifestyle, Alternative, and Conventional Medicine Paperback. — New York: Publisher: Demos Health, 2014.
- Bruckmeier B. Leben mit Multipler Sklerose. In Bewegung bleiben. — München: Bruckmeier, 2011.
- Bryant D. MS — Living Symptom Free: The True Story of an MS Patient: A Guide on How to Eat Properly and Live a Healthy Life while Controlling, Reducing, and Eliminating the Symptoms of Multiple Sclerosis. Publisher: Daryl H. Bryant, 2011.
- Carlson MJ, Krahn G. Use of complementary and alternative medicine practitioners by people with physical disabilities: estimates from a National US Survey. Disabil Rehabil 28(8), 2006.
- Costello K., Thrower B. W., Giesse B. S. Navigating Life with Multiple Sclerosis (Neurology Now Books). — Publisher: Oxford University Press, 2015.
- Dorner M. Mein Dämon ist ein Stubenhocker. — München: Zabert Sandmann, 2008.
- Dorner M. Mein Schutzengel ist ein Anfänger: Eine wahre Geschichte vom Trösten und Getröstetwerden. — München: Albrecht Knaus Verlag, 2012.
- Erning T. Mein Leben mit Daly: Eine wahre Geschichte. — Pöcking: Yolo Books Verlag, 2013.
- Evers J., Volmers U. Die Evers-Diät: Chancen bei MS, Diabetes und anderen Stoffwechsel-Erkrankungen. — Stuttgart: Verlag Hans Haug, 2002.
- Fife B., Blaylock R. Stop Alzheimer's Now!: How to Prevent & Reverse Dementia, Parkinson's, ALS, Multiple Sclerosis & Other Neurodegenerative Disorders. Publisher: Piccadilly Books, 2011.
- Fintelmann V. Intuitive Medizin — Anthroposophische Medizin in Praxis. — Stuttgart: Verlag Hippokrates, 2007.
- Fischer M. Wir haben Multiple Sklerose — na und? Ein «MS-Mutmach-Buch» für Betroffene und Angehörige Taschenbuch. — Berlin: Verlag Books on Demand, 2013.
- Fishman L.M., Small E.L. Yoga and Multiple Sclerosis Paperback. — New York: Publisher Demos Health, 2007.
- Friedrich D. Multiple Sklerose — das Leben meistern: eine Patientin gibt Rat und information. — Stuttgart: TRIAS, 2008.
- Friedrich D. Mehr Lebensqualität durch ein aktiveres Leben. — Stuttgart: TRIAS, 2009.
- Friedrich D. Inkontinenz — Multiple Sklerose. Ein Ratgeber bei Blasen- und Darmstörungen. — Stuttgart: TRIAS, 2010.
- Friedrich D. Multiple Sklerose und Sport, Immer in Bewegung. — Stuttgart: TRIAS, 2010.
- Friedrich D. Multiple Sklerose und Sport — Immer in Bewegung: Mehr Lebensqualität durch ein aktiveres Leben. — Stuttgart: Verlag TRIAS, 2011.
- Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung 2012, Nr. 8, p. 59.
- Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung 2012, Nr. 10, p. 78.
- Frankfurter Allgemeine Zeitung 2014, Nr. 66, p. 2.
- Fuchs S., Fazekas F. Diagnose Multiple Sklerose. Unser gemeinsamer Weg zu Lebensqualität mit MS. — Wien: Schpringer, 2009.
- Führ H. Hallo MS Broschiert. — Rosengarten: A.S. Rosengarten-Verlag, 2014.
- Georgieff Georg St. Multiple Sklerose. Der Ratgeber für Betroffene und Angehörige. Satte Diagnose. — Wien: Maudrich, 2009.
- Goldberg P., Fleming M.C., Picard E.H. Multiple sclerosis: decreased relapse rate through dietary supplementation with calcium, magnesium and vitamin D. Med Hypotheses 21, 1986.
- Graham J.V. Managing Multiple Sclerosis Naturally: A Self-help Guide to Living with MS. Publisher: Healing Arts Press, 2010.
- Halper J. Pflege von Menschen mit Multipler Sklerose. — Stuttgart: Verlag Hans Huber, 2014.

- Hamler B., Thrower B.W. Exercises for Multiple Sclerosis: A Safe and Effective Program to Fight Fatigue, Build Strength, and Improve Balance Paperback. — New York: Publisher: Hatherleigh Press, 2006.
- Haupts M., Schipper S. Unsichtbare Symptome der Multiplen Sklerose: Fatigue, Depression, Kognitive Störungen. — Senden: DMV Deutscher Medizin Verlag, 2010.
- Haas J., Karl M. Familienleben mit MS. — Berlin: Broschüre der DMSG, 2009.
- Haas J. Multiple Sklerose und Schwangerschaft. — Berlin: MS-Infoblatt der DMSG, 2011.
- Hellige B. Balanceakt Multiplesklerose. — Stuttgart: Kohlhammer, 2002.
- Hellwig K. Sexualität und Schwangerschaft bei MS. — Münster: DMV, 2011.
- Henze T. Der große Patientenratgeber Multiple Sklerose: Symptome besser erkennen und behandeln. Ein Buch für Menschen mit MS. — München: W. Zuckschwerdt, 2013.
- Höflin Rose. Wie ein Tanz auf dünnem Eis. — Dillenburg: Christl. Verl., 2003.
- Höflin Rose. Wie Licht im drohenden Schatten. — Dillenburg: Christl. Verl., 2005.
- Holick MF. Vitamin D deficiency // N Engl J Med 357(3), 2007.
- Jasper T. Familie, Partnerschaft und Sexualität bei Multipler Sklerose. Unterstützung gewinnen — Alltag organisieren. — Berlin: DMV-Waldmann, 2004.
- Jelinek G. Overcoming Multiple Sclerosis: An Evidence-Based Guide to Recovery. — East Melbourne: Publisher Allen & Unwin, 2010.
- Kalb R., Giesser B., Costello K. Multiple Sclerosis For Dummies. Publisher: For Dummies, 2012.
- Kennedy B. My MSAdventures : Multiple Sclerosis: It's Not Just a Disease-It's an Adventure! Publisher: BalboaPress, 2013.
- Kerner C. Parallel Blaupause. — Weinheim : Beltz & Gelberg, 2004.
- Kesselring J. Multiple Sklerose. — Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag, 2005.
- Kinnman J., Andersson U., Kinnman Y., Wettergvist L. Temporary improvement of motor functional in patients with multiple sclerosis after treatment with a cooling suit // J Neurol Rehab 11, 1997.
- Klinkhammer G. Multiple Sklerose und die Chance, sein Leben ändern zu dürfen. — Berlin: Frieling & Huffmann, 2013.
- Kohr K. 500 Meter. Trotz Multipler Sklerose um die Welt. — Berlin: Rütten & Loening, 2010
- Krämer G., Besser R. Antworten auf die 111 wichtigsten Fragen. — Stuttgart : TRIAS, 2006
- Krämer G. Wörterbuch Multiple Sklerose. Medizinische Fachwörter verständlich erklärt. — TRIAS, 2013.
- Krug M. Die Tür. — Berlin: Books on Demand, 2014.
- Kummer B. Plötzlich MS: Das Leben mit einer tückischen Krankheit. — Rosengarten: A.S. Rosengarten-Verlag, 2013.
- Lang B. J. Multiple Sklerose ist heilbar. — Berlin: Pro Business, 2006.
- Leeners K. Das MS-Kochbuch. Richtig essen bei Multipler Sklerose. Rezepte & Tipps mit MS-Bewertungsfaktor. — Berlin: DMV-Waldmann, 2011.
- Limmroth V., Kastrup, O. Therapieleitfaden Multiple Sklerose. — Stuttgart: Verlag Thieme, 2010.
- Maida E. M. Der große TRIAS-Ratgeber: Multiple Sklerose. — München: Verlag Trias, 2005.
- Maida Eva Maria. Diagnose MS: was Ihnen jetzt hilft. — Stuttgart : TRIAS, 2005.
- Mandel Sally. Out of the blue. — München : Verlag Schröder, 2001.
- Moorhead L., Nichols J. Coffee in the Cereal: The First Year with Multiple Sclerosis. Publisher: Lorna Moorhead, 2011.
- Müller V. Mein Leben mit dem «MS-Monster»: Ratgeber Multiple Sklerose. — München: Verlag Vindobona, 2012.
- Myers A., Oechsler R. Die Autoimmun-Lösung: Ein gesundes Immunsystem beginnt im Darm. — München: Verlag Irisiana, 2016.
- Nesterenko S. Multiple Sklerose — Naturheilkundlich und umweltmedizinisch behandeln. — Boiensdorf : ERSA, 2011.
- Neuhofer Christine. Multiple Sklerose. — Frankfurt am Main: Falken Taschenbuch, 1996
- Nübel-Orthen A. Auf tauben Sohlen unterwegs: Mit Multipler Sklerose auf der Reise zum wahren Selbst. — Berlin: Frieling & Huffmann Gmbh, 2012.

- Palmen Connie. Die Erbschaft. — Zürich : Diogenes, 2003.
- Pöhlau D., Werner G. Gesund essen bei Multipler Sklerose. — Stuttgart: TRIAS, 2009.
- Planitz C., Lorz T. Homöopathie bei Multipler Sklerose. Ein Gesamtmedizinisches Therapiekonzept mit Neurologischem Repertorium. — München: Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH, 2007.
- Regnard-Mayer C. Mademoiselle klopft an meine Tür!: Der eigene Weg mit der Depression und eine Portion Humor. — Norderstedt :Verlag Books on Demand, 2014.
- Regnard-Mayer C. Wir haben MS und keiner sieht es!: Multiple Sklerose — unsichtbare Symptome. — Borsdorf: Verlag CreateSpace Independent Publishing Platform, 2015.
- Regnard-Mayer C. MS — Gedankenspiele: Schwächen und Stärken. — Norderstedt: Verlag on Books Demand, 2016.
- Retzl H. Unheilbar gibt es nicht: Das Selbsthilfeprogramm für Krisenfälle (Goldegg Leben und Gesundheit). — Berlin: Verlag Goldegg, 2014.
- Riepe D. Ernähren Sie sich salzlos! Geschichten aus meinem Leben mit Multipler Sklerose. — Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, 2009.
- Robins S. Faulty Wiring: Living with Invisible MS. 2013.
- Sawyer A., Bachrach J. The MS Recovery Diet. Publisher: Avery, 2007.
- Schäfer U., Kitze B., Poser S. Multiple Sklerose. Mehr wissen — besser verstehen. Alles über Diagnose, Verläufe und die besten Therapien für Sie. — Stuttgart: TRIAS, 2005.
- Schepp, S. Das schaffen wir! — Stuttgart: Verlag Trias, 2008.
- Schmidt R. M. Multiple Sklerose. — München: Elsevier GmbH, Urban & Fischer, 2012
- Schmidt R.M., Hoffmann F., Faiss J. Multiple Sklerose. — München: Verlag: Urban & Fischer /VerlagElsevier GmbH, 2015.
- Schneider A. Eigentlich kerngesund: Mit Hindernissen mutig leben. — Aachen:Verlag SCM Hänssler, 2013.
- Schwarz S et al. Complementary and alternative medicine for multiple sclerosis // Mult Scler. 14(8), 2008.
- Science Review Letters 2012, 11, 441.
- Shapiro R.T. Managing the symptoms of M.S. NY, Demos, 2003.
- Swank L., Dugan B. The Multiple Sclerosis Diet Book. Publisher: Doubleday, 2011.
- Treatment of Neurodegenerative Disorders: Wasp and Bee Venoms and Their Components as New Neuroactive Tools. Toxins 7, 2015.
- Turner L. The MS Project. Publisher: Five Seas Ink, 2011.
- Turova E., Lesnyak O. Vitamin D insufficiency and bone mineral density in patients with multiple sclerosis Programme and Abstract Book/ The 4th Baltic Congress of Osteoporosis, 2012.
- Wahls T., Adamson E. The Wahls Protocol: How I Beat Progressive MS Using Paleo Principles and Functional Medicine. New York Avery Publishing, 2014.
- Wahls T., Adamson E., Oechsler R. Multiple Sklerose erfolgreich behandeln — mit dem Paläo-Programm. — Kirchzarten: Verlag VAK, 2015.
- Wagener-Thiele C. Natürliche MS— Therapien. — Berlin: Ullstein Verlag, 2005.
- Wagener-Thiele C. Natürliche MS-Therapien. Sanfte und wirksame Behandlung von Multipler Sklerose. — Berlin: Ullstein TB, 2015.
- Warnecke G., Braasch D. Bewegungstraining bei Multipler Sklerose. Übungen für Zuhause. — Berlin: Dmv-Waldmann, 2009.
- Waxman S. Multiple Sclerosis As A Neuronal Disease. — Fribourg: Academic Press, 2005.
- Weihe W. Was Sie schon immer über VS wissen wollten. — Bad Zwesten: C. Carus Verlag, 2009.
- Weihe W. Multiple Sklerose. Eine Einführung. Verlag: — Bad Zwesten: C. Carus Verlag, 2010.
- Wiendl H. Multiple Sklerose. — Stuttgart: Verlag Kohlhammer, 2009.
- Wirkstoff AKTUELL. Immuntherapeutika. Schubförmig remittierende Multiple Sklerose. Ausgabe 1/2016.
- Zaruba B. Diagnose MS: Wie ich meine Hoffnung wieder fand. — München: Nymphenburger Verlag, 2000.

**Лев КРУГЛЯК
Елена ТУРОВА**

570 вопросов и ответов о РС

**Что бы вы хотели знать
о рассеянном склерозе?**

*Справочник для больных РС
и их родственников*

Компьютерная верстка П. Иванников
Корректоры Е. Будячевская, Е. Сергеева
Дизайн обложки П. Шумков

Подписано в печать 20.10.2016. Печать с готовых файлов.
Формат 70x100 1/16. Бумага офсетная. Печать офсетная.
Гарнитура Minion Pro. Усл.печ.л. 48,72
Тираж 1500 экз.

Издательский Дом «Бахрах-М».
443029, г. Самара-29, а/я 14077.
E-mail: bahrah-sam@mail.ru