



Актуальность фармакологической поддержки и реабилитации больных трудоспособного возраста с рассеянным склерозом

В.Г. Помников, д.м.н., проф., Г.А. Делокян, А.Г. Сенькина, Н.Л. Абазиева, д.м.н.

Адрес для переписки: Виктор Григорьевич Помников, v.pomnikov@yandex.ru

Для цитирования: Помников В.Г., Делокян Г.А., Сенькина А.Г., Абазиева Н.Л. Актуальность фармакологической поддержки и реабилитации больных трудоспособного возраста с рассеянным склерозом // Эффективная фармакотерапия. 2020. Т. 16. № 31. С. 54–58.
DOI 10.33978/2307-3586-2020-16-31-54-58

Актуальность изучения особенностей течения рассеянного склероза у лиц трудоспособного возраста очевидна. По мнению многих исследователей, применение препаратов, изменяющих течение рассеянного склероза (а таких препаратов на фармацевтическом рынке появляется все больше), будет способствовать уменьшению выраженности инвалидизирующих проявлений при определенных формах этого тяжелого заболевания. Для предотвращения прогрессирования нарушений функций нервной системы используется также широкий спектр симптоматических препаратов и восстановительных процедур. В группе из 126 пациентов молодого возраста с рассеянным склерозом продемонстрированы современные возможности диагностики и лечения с прогнозированием потенциальных социальных последствий. Группу сравнения составили 150 аналогичных больных, получавших лечение несколькими годами ранее. Показано, что использование только медицинского раздела в реабилитации данной многочисленной группы пациентов не всегда помогает закрепить полученный лечебный эффект на длительное время. Только тесное межведомственное взаимодействие медицинских организаций, медико-социальной экспертизы и социальных институтов способно реально улучшить показатели реабилитации.

Ключевые слова: рассеянный склероз, трудоспособный возраст, магнитно-резонансная томография, препараты, изменяющие течение рассеянного склероза, лечение, состояние жизнедеятельности, комплексные подходы к реабилитации

Рассеянный склероз (РС) – хроническое прогрессирующее аутоиммунно-воспалительное заболевание, характеризующееся образованием множественных очагов поражения преимущественно в белом веществе центральной нервной системы и прогрессированием очаговой и диффузной атрофии мозга [1, 2].

В развернутой стадии заболевания клиническая симптоматика полиморфна и в зависимости от вариантов течения приобретает стойкий и выраженный характер, что приводит к выраженному нарушению функций нервной системы и ограничениям жизнедеятельности. В связи с этим возникает необходимость в социальной защите и признании больных инвалидами тяжелых групп [3, 4]. РС – наиболее частая причина тяжелой инвалидности у неврологических больных молодого возраста. В большинстве случаев (70%) начало заболевания приходится на возраст 20–40 лет. Инвалидность вследствие РС в 30% случаев насту-



пает в течение первых двух лет от начала заболевания [4]. Время установления адекватного диагноза имеет решающее значение для отдаления сроков утяжеления состояния жизнедеятельности больного РС. В настоящее время ведущим методом, подтверждающим диагноз РС, является магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга. Этот метод позволяет не только оценить наличие и характерное топографическое распределение предполагаемых и немых очагов демиелинизации, но и судить об их эволюции [2, 5].

Цель работы – улучшить модель реабилитации больных трудоспособного возраста с РС на основании выявления особенностей жизнедеятельности на фоне проводимого лечения и реабилитации в 2010–2015 и 2016–2018 гг.

Материал и методы

Для уточнения клинко-функциональных и нейровизуализационных особенностей РС проведено комплексное клинко-инструментальное обследование двух групп больных РС трудоспособного возраста. Проанализированы 150 клинко-экспертных наблюдений больных, средний возраст ко-

торых составил $35 \pm 7,5$ года. В соответствии с расширенной шкалой оценки степени инвалидизации при РС (Expanded Disability Status Scale, EDSS) пациентов разделили на две группы. Первую группу составили 79 больных РС легкой степени, вторую – 71 пациент с умеренной степенью РС. Мы специально не включали в исследование тяжелых больных как данной группы, так и из тех, кто получал лечение стационарно, с учетом задач исследования.

У пациентов (условно) первой (экспертной) группы степень инвалидизации по EDSS составляла $2,3 \pm 0,2$ балла (легкая), у пациентов второй – $3,2 \pm 0,2$ балла (умеренная). Степень выраженности неврологических нарушений оценивали по функциональной шкале (Functional System Scale, FS), а также модифицированной шкале Рэнкин (Modified Rankin Scale, mRS). Всем больным этой группы была проведена МРТ головного мозга в режимах T1, T2 с индукцией магнитного поля 1,5 Тесла и в ряде случаев – спинного мозга. Было обследовано также (при наличии информированного согласия) с проведением МРТ головного мозга 20 человек (десять женщин и десять мужчин) в возрасте от 32 до 47 лет

без заболеваний центральной нервной системы и органической симптоматики.

В таблице 1 выборочно представлены данные пациентов экспертной группы.

В группу больных, обследованных в условиях стационара в 2016–2018 гг., с учетом включения/выключения вошли с их согласия 126 пациентов с достоверно подтвержденным РС трудоспособного возраста (от 20 до 46 лет (33 ± 12)). Среди них преобладали женщины – 95 (75,4%). Больные находились в определенном возрастном диапазоне, но это соответствовало поставленной цели и задачам исследования.

Границы EDSS в данной группе были на уровне $2,7 \pm 0,3$. Всем пациентам проводилась МРТ головного мозга в режимах T1, T2 и FLAIR с индукцией магнитного поля 1,5 Тесла. В стационаре формы РС распределились в зависимости от течения. Рецидивирующий РС имел место у 118 (93,65%) пациентов, вторично прогрессирующий – у восьми (6,35%).

Результаты и их обсуждение

Для сопоставления клинко-экспертных проявлений с результатами анализа МРТ 150 больных были разделены

Таблица 1. Выборочные показатели пациентов экспертной группы с РС и III и II группой инвалидности

Всего инвалидов с РС, абс.	Возраст, лет M ± m	Показатели по EDSS		Группа инвалидности, абс. (%)		Время от установленного диагноза РС до инвалидности, мес. M ± m	Время от начала заболевания до впервые проведенной МРТ, мес. M ± m
		Легкая степень (n = 79)	Средняя степень (n = 71)	III	II		
150	$35 \pm 7,5$	$2,3 \pm 0,2$	$3,2 \pm 0,2$	60 (40)	90 (60)	33 ± 16	30 ± 15

Таблица 2. Сопоставление клинко-экспертных проявлений у экспертных больных с РС с результатами анализа МРТ

Всего инвалидов, абс.	Группа инвалидности	Показатели EDSS	Показатели mRS	Выявленные изменения, по данным МРТ (количество очагов демиелинизации)
150				
90	II	$2,9 \pm 0,3$	3	Множественные >5
60	III	$2,2 \pm 0,2$	2	Одиночные – до 5



на группы в соответствии со степенью инвалидизации по EDSS и mRS. В таблице 2 представлены некоторые данные пациентов этой группы.

Освидетельствование в бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) проводилось с учетом основополагающих документов Государственной службы МСЭ на период освидетельствования. Не было никаких оснований сомневаться в правильности принятия экспертных решений [6]. Тем более что многие акты освидетельствования, особенно лиц трудоспособного возраста, в порядке контроля изучаются и в вышестоящих организациях. Мы анализировали показатели шкал и данные МРТ с учетом групп инвалидности. Данные mRS и МРТ головного мозга (по количеству выявленных очагов) четко коррелировали с тяжестью инвалидности. На EDSS сказанное с большей долей вероятности не распространяется. Мы неоднократно в публикациях отмечали определенную «порочность» данных EDSS как инвалидирующего показателя именно для отечественной системы здравоохранения и МСЭ [3]. Если в системе здравоохранения еще возможно применение данного положения, преимущественно в амбулаторной практике и с определенными оговорками, то переносить термин «инвалидизация» из EDSS в систему социальной защиты наших граждан некорректно. Количество очагов (на период обследования, согласно форме 088У), выявленных с помощью МРТ даже в относительно далеком периоде, коррелировало с установленной тяжестью инвалидности лиц трудоспособного возраста. На тот период (с учетом данных формы 088У) нам не удалось на основании данных МРТ более точно разделить количество выявляемых очагов.

Что касается лечения больных указанной группы, рекомендованные протоколы [7–10], учтивавшие экономические воз-

можности российских регионов в 2010 г., в основном соблюдались. Правда, определенные сложности (с учетом достаточного количества рекомендованных препаратов) встречались. Следует также иметь в виду, что до 2010 г. во многих регионах пациентов с РС снабжали препаратами, изменяющими течение РС (ПИТРС), за счет федерального и регионального бюджетов при условии, что больные имеют группу инвалидности, установленную в учреждениях МСЭ России. Как следствие, очень часто пациентов, особенно молодого трудоспособного возраста с начальными проявлениями РС, направляли в бюро МСЭ для освидетельствования без достаточных клинико-экспертных оснований. Когда в ряде регионов сочли возможным снабжать пациентов с достоверно установленным РС ПИТРС из территориального бюджета, количество необоснованных направлений на МСЭ значительно сократилось. Санкт-Петербург один из первых в России принял такую программу. В Санкт-Петербурге при наличии заключения специалистов городского центра РС о необходимости назначения соответствующих препаратов из группы ПИТРС больные получают их за счет территориального бюджета. В результате существенно уменьшается количество необоснованных направлений на МСЭ лиц молодого возраста с незначительными и легкими функциональными проявлениями на фоне установленного диагноза РС.

Пациентам назначали глюкокортикостероиды, при необходимости проводили пульс-терапию. В ряде случаев рекомендованные ПИТРС (интерфероны для подкожного и внутримышечного введения, глатирамера ацетат) применялись в стационарных условиях с рекомендациями амбулаторного приема у больных преимущественно с рециди-

вирующим РС. По показаниям широко использовалась и симптоматическая терапия [8–10].

Мы проанализировали период времени, когда больные с достоверным РС были впервые признаны инвалидами, а также утяжеление состояния жизнедеятельности (установление (впервые) после III группы инвалидности II группы). 150 пациентов-инвалидов экспертной группы через 3,5 года при направлении в бюро МСЭ из медицинских учреждений были освидетельствованы (табл. 1). 102 из них были впервые признаны инвалидами III группы, 48 – инвалидами II группы. Относительно незначительный процент впервые признанных инвалидами II группы связан в определенной степени с выборкой больных для исследования. Из впервые признанных инвалидами III группы 42 человека в течение 24 ± 11 месяцев при очередном переосвидетельствовании были признаны инвалидами II группы, то есть состояние их жизнедеятельности значительно ухудшилось.

Длительность РС варьировалась в данной группе от трех до 19 лет. При этом у 72% пациентов длительность заболевания не превышала десяти лет, у остальных составила преимущественно от 11 до 13 лет. Данные показатели необходимо интерпретировать с учетом возраста больных РС до 46 лет.

Длительность заболевания у пациентов с вторично прогрессирующим РС превышала таковую у пациентов с ремиттирующим течением РС ($p < 0,01$) из группы 126 больных, обследованных стационарно.

Возраст дебюта РС у больных, обследованных в стационарах, составил от 17 до 38 лет. Подавляющее большинство пациентов имели типичный возраст начала болезни, что также частично можно объяснить существующей выборкой больных.

Длительность первой ремиссии РС варьировалась от шести до 35 месяцев. По динамике первой



ремиссии пациенты с ремиттирующим течением и вторично прогрессирующим РС существенно не отличались.

Как известно, клиническая картина РС отличается значительным полиморфизмом, нестойкостью и вариабельностью симптомов на протяжении недели, месяца и даже суток, что обусловлено возникновением обратимого блока проведения нервных импульсов по частично демиелинизированным волокнам белого вещества мозга в результате естественных, обусловленных биоритмами, суточных колебаний температуры тела, а также влиянием факторов окружающей среды [1–4]. В связи с этим положителен тест «горячей ванны»: во время приема горячей ванны наблюдается обычно субъективное и объективное ухудшение состояния больного [5, 11]. Из-за температурных феноменов, а также наличия клинических диссоциаций РС часто называют органическим хамелеоном [12, 13].

Значительного отличия по клиническим проявлениям в двух группах не зарегистрировано.

Пациенты, находившиеся на лечении в стационарных условиях, обязательно обследовались нами по многим параметрам на этапе окончания стационарного лечения, как правило при получении положительной реакции на терапию с целью прогнозирования возможной определяемой группы инвалидности в системе МСЭ, если больные будут направлены на такую экспертизу.

В таблице 3 представлены некоторые характеристики по двум группам больных – клиничко-экспертных и клинических. Подобное деление в клинической медицине достаточно условное, поскольку в значительном проценте случаев при прогрессирующих заболеваниях большая часть пациентов проходит освидетельствование в бюро МСЭ с установлением группы инвалидности, что отражается на экономике любой цивилизованной страны. Условно мы сравниваем клиническую группу больных, но в ней также более половины (74 человека) были ранее освидетельствованы в бюро МСЭ и им установлена группа инвалидности (преимущественно III – 59 человек).

Согласно полученным данным, в группе больных с РС, обследованных в стационарных условиях в 2016–2018 гг., значительно раньше была проведена МРТ с установлением достоверного РС и назначения большему количеству больных соответствующих ПИТРС. На этом фоне отмечается также статистически достоверное более позднее установление (впервые) группы инвалидности. Отметим, что представленные больные проживали преимущественно в Санкт-Петербурге или Ленинградской области, то есть доступ к МРТ практически не зависел от территориальной принадлежности. Хотя использование МРТ-исследования в динамике, а также лечение ПИТРС требуют значительных экономических затрат. Удлинение сроков первого об-

ращения в бюро МСЭ для установления инвалидности определенным образом нивелирует значительные материальные потери для общества.

После признания в бюро МСЭ больного с РС инвалидом для него оформляется индивидуальная программа реабилитации/абилитации (ИПРА), в которую вносятся все необходимые реабилитационные составляющие – медицинские, профессиональные, социальные и т.п. Анализ изучения выполненных мероприятий у инвалидов вследствие РС в трудоспособном возрасте демонстрирует, что только медицинский раздел реализуется в удовлетворительном объеме. Профессиональный, социальный и иные разделы осуществляются не более чем на 15–35%. Актуальность данного вопроса обусловлена тем, что с учетом возможностей и доступности в настоящее время раннего проведения МРТ головного мозга с достоверным подтверждением диагноза РС у лиц молодого трудоспособного возраста при назначении соответствующего лечения с применением ПИТРС хорошее состояние жизнедеятельности удается сохранить надолго. В ряде случаев при установлении больным III группы инвалидности на фоне успешно проводимой терапии, в частности ПИТРС, при использовании возможностей социального, профессионального и других разделов ИПРА возможна полная реабилитация. Такие результаты в последние годы имеют место

Таблица 3. Некоторые показатели двух основных групп исследования

Показатель	Годы обследования	Время от первых симптомов до впервые проведенной МРТ, мес.	Количество больных, получавших ПИТРС, абс.	Время от первых симптомов до первого признания инвалидами, мес.
Группа больных: ■ экспертная (n = 150) ■ клиническая (n = 126, из них 74 с группой инвалидности)	2010–2015 2016–2018	34 ± 11 25 ± 6	62 118	36 ± 4 47 ± 6
P_{1-2}		< 0,01		< 0,01



в отдельных регионах нашей страны.

Заключение

Результаты проведенного исследования в двух группах больных с достоверным РС демонстрируют, что внедрение новых высокоинформативных методов

диагностики и раннее начало лечения качественными препаратами, в том числе ПИТРС, больных трудоспособного возраста ассоциируются с увеличением периода удовлетворительного состояния жизнедеятельности. В случае установления группы инвалидности целесообразно ак-

тивно использовать все разделы ИПРА для освидетельствования пациента. Это будет способствовать реабилитации большого количества молодых людей с РС в условиях тесного межведомственного взаимодействия медицинской и медико-социальной службы нашей страны. *

Литература

1. Бойко А.Н., Фаворова О.О., Кулакова О.Г., Гусев Е.И. Эпидемиология и этиология рассеянного склероза // Рассеянный склероз / под ред. Е.И. Гусева, И.А. Завалишина, А.Н. Бойко. М.: Реал Тайм, 2011. С. 7–43.
2. Гусев Е.И., Завалишин И.А., Бойко А.Н., Захарова М.Н. Демиелинизирующие заболевания центральной нервной системы. Рассеянный склероз // Неврология. Национальное руководство / под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В.И. Скворцовой. Т. 1. 2-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. С. 448–478.
3. Макаров А.Ю., Помников В.Г., Прохоров А.А. Рассеянный склероз (клиника, диагностика, организация медико-социальной помощи). Учебно-методическое пособие. СПб.: СПбИУВЭК, 2012.
4. Помников В.Г., Пенина Г.О., Прохоров А.А. Рассеянный склероз // Справочник по медико-социальной экспертизе и реабилитации / под ред. В.Г. Помникова, М.В. Коробова. 4-е изд. СПб.: Гиппократ, 2017. С. 585–590.
5. Скоромец А.А. Справочник врача-невролога. 2-е изд. М.: МЕДпресс-информ, 2017. С. 449–457.
6. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 27.08.2019 № 5854н «Об утверждении классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы».
7. Рекомендации Всероссийского общества неврологов для проведения курса лечения препаратами, изменяющими течение рассеянного склероза (ПИТРС) // Журнал неврологии и психиатрии. 2009. Т. 109. № 7 (2). С. 129–134.
8. Беркович Р.Р., Тотолян Н.А., Соколов А.Ю. и др. Лечение обострений рассеянного склероза (обзор) // Журнал неврологии и психиатрии. 2013. Т. 113. № 2 (2). С. 69–77.
9. Бойко А.Н., Бойко О.В., Гусев Е.И. Выбор оптимального препарата патогенетического лечения рассеянного склероза. Современное состояние проблемы // Журнал неврологии и психиатрии. 2014. Т. 114. № 10 (2). С. 77–91.
10. Бойко А.Н. Выбор оптимального препарата для лечения рассеянного склероза // Медицинский совет. 2015. № 5. С. 78–86.
11. Одинак М.М. Частная неврология. М.: Медицинское информационное агентство, 2009.
12. Гусев Е.И., Бойко А.Н., Столяров И.Д. Рассеянный склероз: справочник терминов. 2-е изд. М.: Здоровье человека, 2015.
13. Шмидт Т.Е., Яхно Н.Н. Рассеянный склероз. Руководство для врачей. 4-е изд. М.: МЕДпресс-информ, 2012.

The Relevance of Pharmacological Support and Rehabilitation of Patients of Working Age with Multiple Sclerosis

V.G. Pomnikov, PhD, Prof., G.A. Delokyan, A.G. Senkina, N.L. Abazyeva, PhD

Saint Petersburg Institute of Advanced Medical-Experts

Contact person: Viktor G. Pomnikov, v.pomnikov@yandex.ru

The relevance of studying the features of multiple sclerosis in people of working age is obvious. Currently, many researchers hope that the use of multiple sclerosis-altering drugs, which are increasingly on the drug market, will reduce the severity of disabling manifestations in some forms of this severe disease. A wide range of symptomatic drugs and regenerative procedures are also used to prevent the progression of existing dysfunctions. A group of 126 young patients with multiple sclerosis are shown to be diagnosed and treated at present, predicting possible social consequences compared to similar 150 patients treated several years earlier. It is shown that the use of only the medical section in the rehabilitation of this large group of patients can always for a long time can consolidate the received treatment.

Key words: multiple sclerosis, working age, magnetic resonance imaging, drugs that alter the course of multiple sclerosis, treatment, state of life, complex approaches to rehabilitation