



НАУЧНЫЕ ТЕЗИСЫ МЕЖДУНАРОДНОГО КОНГРЕССА

«РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ И ДРУГИЕ
НЕЙРОИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ
ЗАБОЛЕВАНИЯ – 2026»

2026
21-24 мая
САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

Оглавление

ВОПРОСЫ АНТИ-В-КЛЕТОЧНОЙ ТЕРАПИИ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.....	4
МОНОКЛОНАЛЬНАЯ ГАММАПАТИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ЗНАЧЕНИЯ: АНАЛИЗ СЕРИИ СЛУЧАЕВ	5
ПРОМЕЖУТОЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ВЗАИМОСВЯЗИ ОКТ-МАРКЕРОВ НЕЙРОАКСОНАЛЬНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ С КОГНИТИВНЫМИ И ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ У ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ	7
ОПТИМИЗАЦИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ КОМИ: ДИНАМИКА 2018–2026 ГГ.....	8
ДИНАМИКА ПЕРЕХОДА НА ВЫСОКОЭФФЕКТИВНУЮ ТЕРАПИЮ В РЕАЛЬНОЙ ПРАКТИКЕ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕСПУБЛИКИ КОМИ И ДАННЫХ ДРУГИХ РЕГИОНОВ РФ (ПО МАТЕРИАЛАМ ТЕЗИСОВ МАВРС 2024–2025)	9
СЕРОНЕГАТИВНЫЙ АУТОИММУННЫЙ ЭНЦЕФАЛИТ ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА: ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПОИСК	11
МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ СУБСТРАТ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ	12
ПРОБЛЕМА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПОДРОСТКОВ С ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЦНС	13
СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ И РЕМИТТИРУЮЩИЙ РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ	15
АГОНИСТ БЕТА-3-АДРЕНОРЕЦЕПТОРОВ МИРАБЕГРОН В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРАКТИВНОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ	17
МИОАДАПТИВНЫЕ ПЕРЕГРУЗОЧНЫЕ СИНДРОМЫ В СТРУКТУРЕ БОЛИ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ	18
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРОЯВЛЕНИЙ ГРИППОПОДОБНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТАМИ ИНТЕРФЕРОНОВОГО РЯДА	19
РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА КЛАДРИБИН НА ТЕРРИТОРИИ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ	20
ЗСОНМ БЕЗ АНТИТЕЛ К АКВАПОРИНУ-4: АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПОДХОД (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ).....	22

СТРУКТУРА ПОРАЖЕНИЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ КРАНИАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ В НЕВРОЛОГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ.....	23
ПЕДИАТРИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ СПЕКТРА ОПТИКОНЕЙРОМИЕЛИТА: ТРУДНЫЙ ПУТЬ К ДИАГНОЗУ.....	24
АКТУАЛЬНОСТЬ НАЛИЧИЯ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА (ДС) ПРИ МЕЖОКРУЖНОМ ОТДЕЛЕНИИ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА (МОРС) НА ПРИМЕРЕ МОРС ГКБ ИМ В.В. ВЕРЕСАЕВА, Г. МОСКВА.....	26
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ТРУДНОСТИ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: РОЛЬ ТРОМБОФИЛИИ. СОБСТВЕННЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ	27
ПОРАЖЕНИЕ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА В СТРУКТУРЕ ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЦНС: ВЗГЛЯД НЕВРОЛОГА.....	28
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДОСТОВЕРНОЙ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ МУЛЬТИФОКАЛЬНОЙ ЛЕЙКОЭНЦЕФАЛОПАТИИ У ПАЦИЕНТКИ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ НА ФОНЕ ПРИЕМА НАТАЛИЗУМАБА.....	30
РЕАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА ПРИМЕНЕНИЯ САТРАЛИЗУМАБА У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЕМ СПЕКТРА ОПТИКОНЕВРОМИЕЛИТА В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ	31
АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗИ БИОМАРКЕРОВ НЕЙРОДЕГЕНЕРАЦИИ И НЕЙРОПЛАСТИЧНОСТИ С КОГНИТИВНЫМИ, МОТОРНЫМИ ФУНКЦИЯМИ, КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ	32
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПРИ МИАСТЕНИИ: НА ЧТО СЕГОДНЯ НЕОБХОДИМО ОБРАТИТЬ ВНИМАНИЕ.....	34
КОРЕВЫЕ ЭНЦЕФАЛИТЫ И ЭНЦЕФАЛОМИЕЛИТЫ У ДЕТЕЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ: АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ	35
АФФЕКТИВНО-КОГНИТИВНЫЙ СИНДРОМ КАК ВЕДУЩЕЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ОБОСТРЕНИЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ..	37
ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ПРИМЕРЕ ПАЦИЕНТА С ЗСОНМ.....	38
ВЛИЯНИЕ БОТУЛИНИЧЕСКОГО НЕЙРОПРОТЕИНА ТИПА А НА НЕМОТОРНЫЕ СИМПТОМЫ У ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ	39
ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПРИ ХВДП: МОЖНО ЛИ ПРЕДСКАЗАТЬ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ.....	41
ИНФЕКЦИОННЫЙ ИЛИ АУТОИММУННЫЙ ЭНЦЕФАЛИТ? СЛОЖНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ	42
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МОНОКЛОНАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ К РЕЦЕПТОРУ ИНТЕРЛЕЙКИНА-6 НА ПРИМЕРЕ ПАЦИЕНТА С ЗСОНМ.....	44

КОМОРБИДНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА.....	45
ОСТРЫЙ РАССЕЯННЫЙ ЭНЦЕФАЛОМИЕЛИТ У ДЕТЕЙ: АНАЛИЗ 19 КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ.....	46
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С АГРЕССИВНЫМ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ	47
РЕТРОБУЛЬБАРНЫЙ НЕВРИТ КАК ПЕРВОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА У ДЕТЕЙ	49
АНАЛИЗ ДАННЫХ РЕГИСТРА ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ ПО СОСТОЯНИЮ НА НОЯБРЬ 2025 ГОДА	50
АУТОИММУННЫЙ ЭНЦЕФАЛИТ С АНТИТЕЛАМИ К LGII У ВЗРОСЛЫХ: АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ С ИСХОДАМИ ЛЕЧЕНИЯ	51
КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОБРАБОТКЕ МАГНИТНО- РЕЗОНАНСНЫХ ДАННЫХ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ИХ ФЕНОТИПОВ	53
КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭВОЛЮЦИИ МАГНИТНО- РЕЗОНАНСНЫХ ПЛОТНОСТЕЙ В ОЦЕНКЕ ДИНАМИКИ ДЕМИЕЛИНИЗАЦИИ И НЕЙРОДЕГЕНЕРАЦИИ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ	54
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПРИМЕНЕНИЯ КЛАДРИБИНА В ТАБЛЕТКАХ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ У ПАЦИЕНТКИ С ЛЕКАРСТВЕННЫМ ГЕПАТИТОМ В АНАМНЕЗЕ	56
АНАЛИЗ РЕГИСТРА БЕРЕМЕННЫХ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ ТУЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 2023–2026 ГГ.	57
ЦИФРОВОЙ МОНИТОРИНГ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ	58

Все орфографические, пунктуационные и научные формулировки в данном сборнике научных тезисов принадлежат их авторам.

ВОПРОСЫ АНТИ-В-КЛЕТОЧНОЙ ТЕРАПИИ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

АРХИПОВ И.Е.^{1,2}, ПРОКАЕВА А.И.^{1,2,3}, ТРЕТЬЯКОВА Е.В.¹,
КОРОБКО Д.С.^{1,2,3}, МАЛКОВА Н.А.^{1,2,3}

¹ ГБУЗ Новосибирской области «Государственная Новосибирская областная клиническая больница», Новосибирск, Россия

² ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Новосибирск, Россия

³ ФГБУН Институт «Международный томографический центр» СО РАН, Новосибирск, Россия

Актуальность. На сегодняшний день анти-В-клеточная терапия препаратом окрелизумаб широко применяется при различных фенотипах рассеянного склероза (РС). Большинство пациентов получают окрелизумаб согласно инструкции к его применению. Однако накопленный опыт в реальной клинической практике демонстрирует возможность отойти от стандартного интервала дозирования (СИД) без потери эффективности и безопасности в контроле РС.

Цель. Изучить эффективность и безопасность терапии окрелизумабом в реальной клинической практике.

Материалы и методы. 232 пациента с РС (89 с первично-прогрессирующим РС (ППРС)), проживающих в Новосибирской области, получают терапию окрелизумабом на 01.04.2026 года. Ретроспективно собраны клинические (пол, возраст, клиника дебюта и обострений, Expanded Disability Status Scale (EDSS), препараты, изменяющие течение РС (ПИТРС), семейный анамнез, коморбидность, статус инфекций и вакцинаций), радиологические (топография очагов, новые очаги, увеличившиеся очаги, очаги с накоплением контраста) и лабораторные (тип синтеза иммуноглобулинов G (IgG), уровень каппа- и лямбда-цепей IgG ликвора) данные пациентов. Проведено сравнение групп СИД (20 — 24 недели) и расширенного интервала дозирования (РИД) 28, 30, 34 недели по параметрам эффективности (статус No Evidence of Disease Activity 3 (NEDA-3)) и безопасности (инфекционный и онкологический статус).

Результаты. Первые три введения окрелизумаба в интервале 24±4 недели связаны с большей частотой достижения NEDA-3 ($p < 0,05$). С четвертого введения окрелизумаба и в последующем достижении NEDA-3 не зависело от интервала дозирования ($p > 0,05$). Длительность стойкого статуса NEDA-3 не зависела от интервалов между введениями окрелизумаба на протяжении всей периода лечения ($p > 0,05$).

Терапия окрелизумабом не влияла на риск развития доброкачественных и злокачественных новообразований вне зависимости от изменений

интервала дозирования ($p > 0,05$). Более высокие уровни каппа- и лямбда-цепей IgG связаны с низким риском доброкачественных новообразований ($0,86 \pm 0,85$ против $0,36 \pm 0,28$, $p = 0,018$ и $0,30 \pm 0,35$ против $0,13 \pm 0,06$, $p = 0,015$ соответственно).

Увеличение интервала дозирования окрелизумаба не влияло на риск инфекций ($p > 0,05$). Неблагоприятными предикторами риска инфекций являлись женский пол (64% против 36%, $p = 0,009$), более молодой возраст пациентов ($27,39 \pm 9,82$ против $33,63 \pm 10,90$, $p < 0,001$), 2 тип синтеза IgG (100% против 73,8%, $p = 0,009$), количество предшествующих ПИТРС ($1,38 \pm 1,61$ против $0,74 \pm 1,03$, $p = 0,004$), более двух коморбидных заболеваний (84% против 64%, $p = 0,013$), длительный период терапии окрелизумабом ($3,94 \pm 1,44$ лет против $2,82 \pm 1,41$ лет, $p < 0,001$).

Выводы. Терапия окрелизумабом в режиме РИД по сравнению с СИД столь же эффективна с 4 введения препарата и безопасна на протяжении всего периода терапии.

МОНОКЛОНАЛЬНАЯ ГАММАПАТИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ЗНАЧЕНИЯ: АНАЛИЗ СЕРИИ СЛУЧАЕВ

*АРХИПОВ И.Е.², ДОРЧИНЕЦ Е.Е.², ПРОКАЕВА А.И.^{2,3}, ТРЕТЬЯКОВА Е.В.²,
МЕЛЬНИКОВА А.А.², КОРОБКО Д.С.^{1,2,3}, МАЛКОВА Н.А.^{1,2,3}*

¹ ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Новосибирск, Россия

² ГБУЗ Новосибирской области «Государственная Новосибирская областная клиническая больница», Новосибирск, Россия

³ ФГБУН Институт «Международный томографический центр» СО РАН, Новосибирск, Россия

Актуальность. Полинейропатия — синдром с множеством этиопатогенетических механизмов. Потенциально курабельной группой является парапротеинемическая полинейропатия.

Цель. Анализ серии клинических случаев пациентов с парапротеинемическими полинейропатиями, диагностированных на базе областного центра рассеянного склероза и других аутоиммунных заболеваний нервной системы города Новосибирска.

Материалы и методы. Включено 3 клинических случая (2 мужчин, 1 женщина). Собраны клиничко-демографические (пол, возраст дебюта, возраст диагностики, клиническая картина дебюта, оценки по шкалам MRS sum score, INCANT, NIS, шкала Хьюза, коморбидность, онкологический анамнез), лабораторно-инструментальные (M-градиент и тип парапротеина,

моноклональные иммуноглобулины М (IgM) к миелин-ассоциированному гликопротеину (МАГ), данные миелограммы, трепанобиопсии, белок Бенс-Джонса в моче, данные общего и биохимического анализов ликвора, остеоэсклеротические очаги различных топографий (череп, грудная клетка, позвоночник, таз, кости рук и ног), образований и лимфоаденопатий различных топографий (шея, грудная клетка, брюшная полость и забрюшинное пространство, малый таз, иная локализация), данные стимуляционной электронейромиографии (ЭНМГ) с нервов рук и ног) показатели на этапах дебюта и диагностики, до патогенетической терапии и на ее фоне.

Результаты. 1-й пациент (мужчина, 72 года) с фенотипом хронической изолированной сенсорной первично-демиелинизирующей полинейропатии. Выявлен М-градиент 7,2 г/л. Типирован парапротеин — IgM, IgA, каппа и лямбда цепи. Уровень IgM к МАГ более 70000 ВТУ. В ликворе белково-клеточная диссоциация (цитоз 2 (100% лимфоциты), белок 1 г/л). Визуализированы 2 остеоэсклеротических очага в 9 грудном позвонке и крыле правой подвздошной кости. Данных за гемобластоз не выявлено. В виду отсутствия моторных и инвалидизирующий сенсорных нарушений поддерживающая иммунотерапия 1 линии, иммуносупрессивная терапия off-label не рекомендована, продолжает наблюдение в динамике.

2-й пациент (женщина, 68 лет) с фенотипом хронической сенсомоторной преимущественно дистальной аксоно-демиелинизирующей полинейропатии. Выявлен М-градиент 3,5 г/л. Типирован парапротеин — IgG, лямбда цепи. Уровень IgM к МАГ — 11228,4 ВТУ. Данных за гемобластоз не выявлено. Назначена поддерживающая терапия глюкокортикоидами и циклофосфамидом off-label, продолжает наблюдение в динамике.

3-й пациент (мужчина 76 лет) с фенотипом хронической изолированной сенсорной аксональной полинейропатии. Выявлен М-градиент 5,7 г/л. Типирован парапротеин — IgM, каппа цепи. Уровень IgM к МАГ — 12092,8 ВТУ. Установлен диагноз В-мелкоклеточной лимфомы, CD20+, IVA стадии, с поражением легких, печени, почек, костного мозга. Назначена терапия по схеме R-CHOP.

Выводы. У трех пациентов диагностирована парапротеинемическая полинейропатия с сходными фенотипическими проявлениями, но с различной прогностической траекторией течения заболеваний.

ПРОМЕЖУТОЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ВЗАИМОСВЯЗИ ОКТ-МАРКЕРОВ НЕЙРОАКСОНАЛЬНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ С КОГНИТИВНЫМИ И ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ У ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

ГОСТЕВА В.В.¹, ХОЗЯЕВА А.А.², ПОНЕВЕЖСКАЯ Е.В.¹, КУКУШКИНА А.Д.¹, СЕМЕНОВА Н.С.², ЛЫСОГОРСКАЯ Е.В.¹, ДАВЫДОВСКАЯ М.В.³

¹ МОРС «Городская клиническая больница им. М. Е. Жадкевича», Москва, Россия

² ФГОУ ВПО «Московский государственный университет им М.В. Ломоносова», Москва, Россия

³ МОРС ГБУЗ «Городская клиническая больница №24 ДЗМ», Москва, Россия

Актуальность. Оптическая когерентная томография (ОКТ) и ОКТ-ангиография (ОКТ-А) — неинвазивные методы оценки нейродегенеративных и микроциркуляторных изменений при рассеянном склерозе (РС). Представляется актуальным изучение взаимосвязи структурных и сосудистых ОКТ-показателей с неврологическим дефицитом, когнитивными и двигательными нарушениями при РС, а также их особенностей в зависимости от проводимой патогенетической терапии.

Цель. Оценить значение показателей ОКТ и ОКТ-А как ретинальных маркеров нейроаксонального повреждения и их связь с когнитивными и двигательными нарушениями у пациентов с рассеянным склерозом.

Материалы и методы. В многоцентровое исследование включены 37 пациентов с РС и 34 здоровых добровольца. Пациенты с оптическим невритом в анамнезе исключались. Всем участникам проводили стандартное неврологическое и офтальмологическое обследование. Средний возраст пациентов с РС составил 38,4±10,1 года; среди них было 20 мужчин и 17 женщин. ПИТРС 1 линии получали 19 пациентов (51,4%), ПИТРС 2 линии — 12 (32,4%), 6 пациентов (16,2%) ПИТРС не получали. Оценивали EDSS, TUG, 9НРТ, ВІСАМS (CVLT, BVMT-R, SDMT), а также параметры ОКТ и ОКТ-А.

Результаты. У пациентов с РС по сравнению со здоровыми добровольцами выявлены статистически значимые признаки нейроаксонального повреждения: уменьшение ОЗУНО ($p=0,001$), толщины ганглиозного комплекса — средней (Avg GCC, $p<0,001$), в верхнем (GCC Sup, $p<0,001$) и нижнем секторе (GCC Inf, $p=0,001$), а также толщины слоя нервных волокон сетчатки — средней (Avg RNFL, $p=0,009$) и в височном секторе (RNFL T, $p=0,002$); кроме того, отмечалось увеличение фокальных (FLV, $p=0,001$) и глобальных (GLV, $p<0,001$) потерь ганглиозных клеток. У пациентов с РС выявлена положительная корреляция EDSS со временем выполнения 9НРТ правой и левой рукой ($r=0,641$ и $r=0,660$; $p<0,001$) и TUG ($r=0,672$; $p<0,001$), а также отрицательная — с результатами CVLT ($r=-0,532$; $p<0,001$) и SDMT ($r=-0,542$; $p<0,001$).

Между средней толщиной RNFL и результатами CVLT ($r=0,411$; $p=0,014$) и SDMT ($r=0,539$; $p<0,001$) отмечалась положительная корреляция, а со временем выполнения 9НРТ левой рукой ($r=-0,425$; $p=0,011$) — отрицательная. При сравнении групп в зависимости от терапии ПИТРС выявлены статистически значимые различия по времени выполнения 9НРТ доминантной рукой ($p=0,032$), а также по показателям BVMT-R ($p=0,009$) и SDMT ($p=0,009$); в группе ПИТРС 2 линии отмечались менее благоприятные показатели.

Выводы. У пациентов с РС преобладают структурные изменения сетчатки, соответствующие нейроаксональному повреждению, тогда как сосудистые изменения по данным ОКТ-А выражены в меньшей степени. Наиболее клинически значимыми ОКТ-маркерами оказались параметры RNFL, ассоциированные с ухудшением двигательных и когнитивных функций. В группе ПИТРС 2 линии отмечались менее благоприятные клиничко-когнитивные показатели. Планируется продольное наблюдение с расширением выборки для мониторинга прогрессирования заболевания.

ОПТИМИЗАЦИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ КОМИ: ДИНАМИКА 2018–2026 ГГ.

ЧЕРЕПЯНСКИЙ М.С.¹, СТАРИКОВ А.С.², БАРАНОВ А.В.³

¹ ГБУЗ РК «Коми республиканская клиническая больница», Сыктывкар, Россия

² ГУ РК «Клинический кардиологический диспансер», Сыктывкар, Россия

³ ФГБОУ ВО «СГУ им. Питирима Сорокина», Сыктывкар, Россия

Актуальность. Рассеянный склероз (РС) — социально значимая нозология, требующая ранней инициации и своевременной эскалации терапии. В регионах с низкой плотностью населения организация помощи затруднена: Республика Коми имеет выраженные логистические барьеры для пациентов из отдалённых районов. Открытие 01.02.2021 специализированного кабинета РС стало ключевым этапом модернизации системы, позволившим централизовать экспертизу и сократить время до начала старта терапии.

Цель. Оценить динамику показателей лекарственного обеспечения пациентов с РС за 2018–2026 гг. и влияние открытия кабинета РС на ключевые параметры терапии.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ данных республиканского регистра РС (2018–2026) и амбулаторного приёма кабинета РС (2021–2026). Включены все пациенты с подтверждённым диагнозом РС, состоящие на учёте. Оценивались: численность регистра, охват ПИТРС, структура

назначений по линиям терапии, источники финансирования (федеральное/региональное льготное обеспечение). Статистическая обработка выполнена в SPSS 26.0: критерий χ^2 Пирсона, линейная регрессия, анализ прерванных временных рядов. Порог значимости $p < 0,05$.

Результаты. Численность пациентов в регистре выросла на 54,7%: с 316 (2018) до 489 (2026) ($\beta_1=21,3$ пациента/год; $R^2=0,97$; $p < 0,0001$). Охват ПИТРС увеличился с 56,3% до 88,3% ($\chi^2=187,42$; $p < 0,00001$). Доля терапии второй линии продемонстрировала 10-кратный рост: с 3,9% до 39,3% ($\beta_1=0,73\%$ /год; $R^2=0,98$; $p < 0,0001$). Доля федерального финансирования (ВЗН) снизилась с 97,8% до 85,9%, что отражает передачу части препаратов на региональное обеспечение. К 2026 г. доли новых молекул составили: окрелизумаб — 8,3%, сипонимод — 9,7%, кладрибин — 5,6%, офатумумаб — 2,5%, дивозилимаб — 4,6%. Использование средств регионального бюджета позволило обеспечить ранний доступ к ПИТРС до их включения в ВЗН. Доля РЛО выросла с 2,2% до 14,1%. Совокупная доля препаратов первого выбора снизилась с 95% до 34,7%. Анализ прерванных временных рядов подтвердил ускорение позитивных трендов после открытия кабинета РС: темп прироста охвата ПИТРС увеличился в 2,3 раза (с 3,2% до 7,4% в год).

Выводы. За 2018–2026 гг. в Республике Коми достигнуто значимое улучшение помощи пациентам с РС: охват ПИТРС превысил 88%, доля высокоэффективных препаратов второй линии достигла 39,3%. Открытие специализированного кабинета РС стало системным фактором, обеспечившим переход к персонализированной стратегии с ранней эскалацией. Все изменения статистически высоко значимы ($p < 0,0001$). Региональное льготное финансирование доказало эффективность как механизм раннего внедрения новых молекул до включения в федеральные программы. Модель централизованного ведения пациентов в регионе с низкой плотностью населения доказала эффективность и может быть тиражирована в других субъектах РФ.

ДИНАМИКА ПЕРЕХОДА НА ВЫСОКОЭФФЕКТИВНУЮ ТЕРАПИЮ В РЕАЛЬНОЙ ПРАКТИКЕ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕСПУБЛИКИ КОМИ И ДАННЫХ ДРУГИХ РЕГИОНОВ РФ (ПО МАТЕРИАЛАМ ТЕЗИСОВ МАВРС 2024–2025)

ЧЕРЕПЯНСКИЙ М.С.¹, СТАРИКОВ А.С.², БАРАНОВ А.В.³

¹ ГБУЗ РК «Коми республиканская клиническая больница», Сыктывкар, Россия

² ГУ РК «Клинический кардиологический диспансер», Сыктывкар, Россия

³ ФГБОУ ВО «СГУ им. Питирима Сорокина», Сыктывкар, Россия

Актуальность. Внедрение высокоэффективных препаратов, изменяющих течение рассеянного склероза (ПИТРС), в реальную клиническую практику

происходит неравномерно. Данные тезисов МАВРС 2024–2025 гг. демонстрируют долю терапии второй линии 20–35% в зависимости от региона. Крупные агломерации (Санкт–Петербург ~35%, Москва ~30%) имеют преимущества в плотности специалистов. Опыт регионов с низкой плотностью населения представлен фрагментарно. 01.02.2021 в Республике Коми открыт специализированный кабинет РС, что создало возможность для межрегионального бенчмаркинга.

Цель. Провести сравнительный анализ динамики лекарственного обеспечения пациентов с РС в Республике Коми за 2018–2026 гг. с данными 8 регионов РФ и оценить вклад организационных изменений в ускорение перехода на высокоэффективную терапию.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ данных республиканского регистра РС (2018–2026, n=489). Точка вмешательства — открытие кабинета РС (февраль 2021 г.). Сравнительные данные получены из тезисов МАВРС 2024–2025 (Санкт–Петербург, Московская область, Пермский край, Волгоградская, Самарская области, Краснодарский край, Крым, Новосибирск). Оценивались: доля терапии второй линии, структура назначений, сроки внедрения новых препаратов. Статистика: критерий χ^2 , линейная регрессия, анализ прерванных временных рядов (ITS), $p < 0,05$.

Результаты. Численность регистра выросла на 54,7%: с 316 (2018) до 489 (2026) ($\beta_1=21,3$ пациента/год; $R^2=0,97$; $p < 0,0001$). Охват ПИТРС увеличился с 56,3% до 88,3% ($\chi^2=187,42$; $p < 0,00001$). Доля терапии второй линии выросла в 10 раз: с 3,9% до 39,3% ($\beta_1=0,73\%$ /год; $R^2=0,98$; $p < 0,0001$). Показатель 39,3% превышает данные всех сравниваемых регионов: Санкт–Петербург (~35%), Волгоградская область (~32%), Московская область (~30%), Самарская область (~30%), Пермский край (~28%), Краснодарский край (~25%), Новосибирск (~25%), Крым (~20%). Доля ВЗН снизилась с 97,8% до 85,9%, РЛО выросла с 2,2% до 14,1%. Внедрение новых молекул произошло синхронно с федеральными центрами: окрелизумаб (2020), кладрибин (2021), сипонимод (2022), офатумумаб (2023), дивозилимаб (2024). К 2026 г.: сипонимод — 9,7%, окрелизумаб — 8,3%, кладрибин — 5,6%, дивозилимаб — 4,6%, офатумумаб — 2,5%. В отличие от других регионов, где доминирует кладрибин, в Коми сипонимод занимает лидирующую позицию среди новых молекул (9,7% vs 5,6%). Совокупная доля препаратов первого выбора снизилась с 95% до 34,7%. ITS–анализ подтвердил ускорение трендов после 2021 г.: темп прироста доли второй линии увеличился на 85% (с 2,6 до 4,8 п.п./год; $p < 0,01$).

Выводы. Республика Коми, несмотря на статус северного региона с низкой плотностью населения, достигает наивысших показателей доли терапии второй линии среди всех сравниваемых регионов РФ (39,3% vs 20–35%). Открытие специализированного кабинета РС стало системным фактором, обеспечившим ускорение эскалации терапии (подтверждено

ITS-анализом). Синхронное с федеральными центрами внедрение новых молекул без временных лагов свидетельствует об эффективности региональной системы лекарственного обеспечения. Уникальная особенность Коми — лидирующая позиция сипонимода (9,7%), что отражает адекватный ответ на потребность в терапии прогрессирующих форм РС. Использование средств регионального бюджета позволило обеспечить ранний доступ к ПИТРС до включения в ВЗН. Организационная модель (кабинет РС + телемедицина + персонализация) может быть тиражирована в других регионах с низкой плотностью населения).

СЕРОНЕГАТИВНЫЙ АУТОИММУННЫЙ ЭНЦЕФАЛИТ ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА: ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПОИСК

МОЧАЛОВА Д.А., ДРАНИЦЫНА П.И.

*СПб ГБУЗ «Городская клиническая больница №31», Санкт-Петербург,
Россия*

Актуальность. Аутоиммунные энцефалиты (АЭ) — одна из наиболее сложных междисциплинарных проблем ввиду полиморфизма клинической картины и наличия серонегативных форм. Паранеопластические АЭ имеют два основных механизма развития: первый связан с иммунным ответом против внутриклеточных антигенов, для него характерно тяжелое течение и ограниченный ответ на стандартную терапию; второй вовлекает синаптические антигены, при котором своевременная иммуносупрессия часто обеспечивает потенциальную обратимость неврологического дефицита. Эти различия влияют на выбор терапии.

Цель. Проанализировать клинический случай серонегативного АЭ паранеопластического генеза и тактику лечения.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинских данных пациента 70 лет с подострым прогрессированием когнитивных нарушений. Оценивались клинические проявления, результаты нейровизуализации и лабораторные показатели.

Результаты. Заболевание дебютировало эпизодом чувствительных нарушений и судорожного синдрома с последующим нарастанием когнитивных и речевых нарушений. Сравнение данных первичной магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга с результатами контрольного исследования выявило прогрессирование воспалительного процесса: множественные очаги по контуру извилин с перифокальным отеком и линейным скоплением крови. В ликворе отмечен умеренный цитоз и гиперпротеинария, в крови — серонегативный статус по специфическим антителам (АТ к NMDA, АТ к вольтаж-зависимым калиевым каналам,

антинейрональные АТ, АТ к АQP-4). Проточная цитометрия: преобладание Т-клеток: CD3+ — 95%, CD3+CD4+ — 49,7%, CD3+CD8+ — 35,6%, В-клетки (CD19+ CD3-) 3,2%. Онкологический поиск позволил диагностировать аденокарциному протокового типа. Проведенная пульс-терапия (метилпреднизолон 1000 мг №8) была с временным клиническим улучшением, тогда как плазмаферез эффекта не оказал. Анализ полученных данных позволил предположить клеточно-опосредованный механизм АЭ, связанный с иммунным ответом против внутриклеточных антигенов, что объясняет ограниченную эффективность анти-CD₂₀ терапии. Химиотерапевтом подтверждена нецелесообразность изолированного неврологического лечения. Пациент направлен в онкологическое учреждение для специализированной терапии.

Выводы. Представленный случай демонстрирует редкий вариант серонегативного паранеопластического энцефалита с преобладанием Т-клеточного иммунного ответа и ограниченностью стандартных алгоритмов иммунотерапии. Раннее проведение онкологического поиска — ключевой этап, который способствует своевременному определению тактики лечения и позволяет избежать неоправданной эскалации терапии.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ СУБСТРАТ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

ЗАХАРОВ В.В., ГРИНЮК В.В., КОМИССАРЕНКО А.О.

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва, Россия

Актуальность. Рассеянный склероз (РС) — это аутоиммунное заболевание центральной нервной системы, которое проявляется разнообразными двигательными, сенсорными и когнитивными нарушениями (КН). Клинические особенности и механизмы развития КН при этом заболевании в настоящее время активно изучаются.

Цель. Оценить связь объема и локализации поражения белого вещества головного мозга по данным воксельной морфометрии с качественными и количественными характеристиками когнитивных нарушений.

Материалы и методы. В исследование вошло 33 пациента с РС в фазе обострения. МРТ и нейропсихологическое обследование было выполнено до проведения пульс-терапии. Средний возраст пациентов составил 37 лет (SD=11,4+), пациенты женского пола составили 60,6%. Нейропсихологическое исследование включало MoCA тест, Brief Visuospatial Memory Test–Revised (BVMT–R, тест Струпа, категориальных ассоциаций и Free and Cued Selective Reminding Test (FCSRT).

Результаты. Согласно критериям DSM V у 27,3% пациентов выявлены умеренные КН, у 9,1% выявлена деменция, что значительно чаще, чем в данной возрастной группе в популяции.

Общий объем поражения головного мозга достоверно коррелировал с первым ($\rho=-0,409$; $p=0,022$) и четвертым ($\rho=-0,389$; $p=0,031$) воспроизведении по тесту BVMT-R. Объем поражения правой теменной доли статистически значимо коррелировал с нарушением зрительно-пространственной памяти в тесте BVMT-R спустя 25 минут от запоминания ($\rho=-0,37$; $p=0,044$). Объем поражения левой теменной доли был достоверно связан со снижением беглости речи в тесте на литеральные ассоциации ($\rho=-0,373$; $p=0,043$). Объем поражения правой височной области коррелировал с тестом повторения предложений ($\rho=-0,372$; $p=0,043$). Поражение левого верхнего продольного пучка и левого нижнего фронто-окципитального пучка по данным VLSM анализа соответствовали более низким показателям воспроизведения с семантической подсказкой через 5 минут в тесте FCSRT.

Выводы. Согласно полученным данным у пациентов с РС значительно чаще чем в популяции встречаются КН. Выраженность и характер выявленных нарушений зависит не от общего объема поражения, а связана со специфической локализацией очагов поражения. Полученные данные позволяют предположить, что в основе нарушений памяти при РС лежит разобщение лобных и височных долей головного мозга. В связи с чем основой профилактики когнитивного снижения является своевременное назначение препаратов, изменяющих течение РС.

ПРОБЛЕМА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПОДРОСТКОВ С ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЦНС

СКРИПЧЕНКО Е.Ю.^{1,2}, ВИШНЕВЕЦКАЯ Е.М.¹, ШАВРОВА М.С.¹, КРЮЧКОВА В.В.¹, СКРИПЧЕНКО Н.В.²

¹ ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр инфекционных болезней» ФМБА России, Санкт-Петербург, Россия

² ФГБУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава РФ, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. В последние годы обращает на себя внимание резкое увеличение числа подростков 12-18 лет с демиелинизирующими заболеваниями ЦНС (дебют рассеянного склероза), которые несмотря на малый срок болезни активно предъявляют жалобы на снижение когнитивных функций (памяти, снижение концентрации внимания, невозможность длительно удерживать внимание).

Цель. Провести анализ наличия, результатов когнитивных тестов у детей с демиелинизирующим заболеванием центральной нервной системы (ЦНС) и рассеянным склерозом.

Материалы и методы. Проведено наблюдательное проспективно-ретроспективное одноцентровое исследование, в которое было включены 15 девочек в возрасте от 10 до 16 лет, госпитализированные 2022–2025г в ФГБУ ФНКЦИБ ФМБА России с диагнозом демиелинизирующее заболевание центральной нервной системы неуточненное (n=7, 46,7%) и с ранее установленным диагнозом рассеянный склероз (n=8, 53,3%). Критериями исключения явились: давность заболевания рассеянным склерозом с момента первого клинического эпизода более 2х лет, наличие иной хронической неврологической, эндокринной, кардиологической патологии, наличие перинатальной энцефалопатии в анамнезе, отставания и/или задержка психомоторного или речевого развития. Проводилась динамическая оценка неврологического статуса, оценка по расширенной шкале статуса инвалидизации (РШСИ) — как в период обострения (при наличии), так и дважды в период ремиссии (при отсутствии обострений между оценочными визитами). Когнитивные функции оценивались с использованием теста Векслера для детей от 10–16 лет (WISC) и старше 16 лет — для взрослых (WAIS), тестов на вербальную и зрительную память (SRT), внимания (PASAT) и скорости обработки информации (SDMT) при обращении и через 1 и 12 месяцев (в период ремиссии). Для получения данных описательной статистики использовали пакет программ «IBM SPSS Statistics v. 27».

Результаты. После первого осмотра диагноз достоверного рассеянного склероза без дообследования был поставлен еще 4 пациентам из 7 (57,1%). Среднее значение неврологического дефицита по шкале РШСИ в период обострения (n=12) составило $2,9 \pm 1,3$ балла, а в динамике до $1,7 \pm 0,9$. Когнитивные жалобы активно предъявляли 66,7% пациентов вне зависимости от первичного диагноза. Снижение показателей по SRT и PASAT зарегистрировано у 73,3% пациентов, при этом более выраженное снижение отмечено у 40,0%. Изменения по SDMT (одновременно со снижением показателей по шкале Векслера) отмечалось у 53,3% пациентов. При этом у большинства пациентов (86,7%) отмечалось вовлечение двух и более когнитивных доменов. При общем балле по РШСИ $\leq 2,5$ когнитивный дефицит выявлялся у 66,7% пациентов, а при уровне инвалидизации $> 2,5$ балла — у 83,3%. Аналогичная тенденция отмечалась при анализе результатов отдельных тестов. Несмотря на это, когнитивные нарушения широко встречались уже при низких баллах по РШСИ. В динамике показатели по всем когнитивным тестам оставались стабильными у 75% пациентов. У 6 пациентов с ранее установленным рассеянным склерозом диагностировалась депрессия (легкой степени (n=1), средней (n=2), и тяжелой степени (n=2), а у одной пациентки с клинически изолированным синдромом имела место легкая тревога.

Выводы. Стойкий когнитивный дефицит может формироваться вне зависимости от стажа рассеянного склероза, не зависит от степени инвалидизации по РШСИ, что обосновывает необходимость раннем нейропсихологическом тестировании.

СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ И РЕМИТТИРУЮЩИЙ РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ

УРБАН М.А., КОМИССАРОВА Н.В., МАЛКОВА А.А., ПЕЛИН А.И.

*ФГБОУ ВО «Ижевский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Ижевск, Россия*

Актуальность. В настоящее время в мире более насчитывается 2,5 миллионов людей, болеющих рассеянным склерозом (РС) — патогенетически сложным, неуклонно инвалидизирующим, неизлечимым заболеванием нервной системы.

Большая часть исследователей при изучении данной патологии опирается на анализ, так называемых «больших» симптомов РС: парезы, атаксия, тазовые нарушения. Однако кроме них, имеется целый ряд других проявлений заболевания, которые можно назвать по аналогии с «большими» — «малыми» симптомами: астения, общая слабость, депрессия, тревожные расстройства, нарушения сна.

Цель. Выявление комплексной характеристики астенического синдрома при РС и оценки роли факторов, влияющих его выраженность.

Материалы и методы. Критерием включения пациентов в исследуемую выборку являлось ремиттирующее течение заболевания без признаков вторичного прогрессирования и с невысоким уровнем инвалидизации по шкале тяжести состояния больных EDSS до 4,5 баллов. Было обследовано 62 пациента на базе БУЗ УР «ІРКБ МЗ УР» с диагнозом РС, из них 23 мужчин (37%) и 39 женщин (63%). Возраст пациентов от 18 до 49 лет. Средний возраст составил $27 \pm 0,8$ лет. Средняя продолжительность заболевания — $4,7 \pm 0,5$ года.

В исследовании проводилось: сбор жалоб, оценка неврологического статуса, оценка шкалы тяжести состояния больных EDSS. Так же использовались психологические методики оценки астении: Шкала астенического состояния Л.Д. Малковой (ШАС), Multidimensional Fatigue Inventory (MFI-20), Теппинг-тест для оценки психомоторной утомляемости. Для оценки депрессии использована шкала Бека.

Результаты. При клиническом и неврологическом обследовании пациентов были выявлены следующие синдромы: атаксия наблюдалась у 58 пациентов (94%), парезы в конечностях — у 42 (68%), чувствительные

расстройства — у 23 (37%), тазовые расстройства в виде императивных позывов на мочеиспускание и дефекацию — у 15 (24%). При изучении жалоб пациентов синдром астении наблюдался у 37 пациентов (60%). По данным психологического анкетирования по шкале ШАС синдромом астении был выявлен у 58 пациентов (93%), у которых уровень инвалидизации составил $EDSS 2,5 \pm 0,76$, причём у 17 пациентов (29%) отмечается выраженная астения, а балл по EDSS составил $3,0 \pm 0,4$. У 4 пациентов (7%) — астении по анкетам не наблюдалось ($EDSS 2,0 \pm 0,36$). По субъективной шкале оценки астении MFI-20 астения наблюдалась у 20 мужчин (32%) и 38 женщин (68%). Отметим, что у мужчин по данной шкале превалирует физическая астения и снижение мотивации, в то время как у женщин, больше выражена психическая и общая астения.

Так же проведён анализ выраженности астении в зависимости от возраста. Согласно классификации Всемирной организации здравоохранения установлено: 18–44 лет — молодой возраст, 45–59 лет — средний возраст. В нашей выборке с синдромом астении наблюдалось 36 пациентов молодого возраста и 22 пациента среднего возраста. По данным шкалы астенического состояния получена оценка выраженности астении в зависимости от возраста: у молодых — $78 \pm 0,4$ баллов, что соответствует умеренной астении, а у пациентов среднего возраста — $52 \pm 0,5$ балла (слабый уровень) ($p < 0,05$). Уровень EDSS у молодых составил $2,0 \pm 0,6$ а у пациентов среднего возраста — $EDSS 2,5 \pm 0,4$.

По результатам Теппинг-теста выявлено, что группы пациентов с уровнем балла EDSS более 3,0 наблюдался нисходящий тип динамики движения темпа рук, что свидетельствует о слабости нервной системы испытуемых, а у группы, где выраженность состояния тяжести менее 3,0 балла выявлен, как промежуточный, так и ровный тип диаграммы, что говорит о средней-слабой и средней силы нервной системы.

Средний балл по шкале Бека составил $-18 \pm 0,6$ (умеренная депрессия), а по шкале ШАС — $78 \pm 0,5$, что соответствует умеренной астении. Была выявлена прямая зависимость между степенью депрессии по шкале Бека и выраженностью синдрома астении по шкале ШАС. Чем выраженнее балл астении, тем выше уровень депрессии (коэффициент корреляции Спирмена $r3=0,1$).

Выводы. Таким образом, в данной выборке при использовании специализированных психологических опросников симптомы усталости выявлены у 58 (93%) пациентов, при этом у 18 (29%) пациентов он является ведущей жалобой. Синдром астении при РС встречается больше у женщин и пациентов молодого возраста. Наблюдается более слабый уровень психомоторных реакций у пациентов с выраженной степенью тяжести по EDSS (более 3 баллов). Важную роль в формировании синдрома усталости играет состояние психоэмоционального статуса. Выявлена зависимость выраженности астенического синдрома от уровня депрессии.

АГОНИСТ БЕТА-3-АДРЕНОРЕЦЕПТОРОВ МИРАБЕГРОН В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРАКТИВНОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У БОЛЬНЫХ РАССЕЯНЫМ СКЛЕРОЗОМ

*КУЗЬМИН И.В.¹, СЛЕСАРЕВСКАЯ М.Н.¹, НЕВИРОВИЧ Е.С.^{1,2},
НОВИЦКИЙ М.В.², АЛЬ-ШУКРИ С.Х.¹*

¹ ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

² СПб ГБУЗ «Городская больница №15», Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Одними из ведущих клинических проявлений рассеянного склероза (РС) являются расстройства мочеиспускания, к наиболее частым из которых относится гиперактивный мочевой пузырь (ГМП). Последний проявляется императивными позывами и учащением мочеиспускания с или без ургентного недержания мочи. Симптомы ГМП наблюдаются у 70–80% больных РС с тазовыми дисфункциями. Основой фармакотерапии нейрогенного ГМП являются антимускариновые препараты, однако их недостаточная эффективность и неудовлетворительная переносимость определяют актуальность поиска новых фармакотерапевтических подходов.

Цель. Изучить эффективность и безопасность применения агониста β_3 -адренорецепторов мирабегрона при лечении ГМП у больных РС.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 52 больных с РС и ГМП (средний возраст — 44,7±12,4 года). Продолжительность РС к моменту включения в исследование составила 11,1±19,6 лет (от 1 до 40 лет), а длительность нарушений мочеиспускания — 5,8±6,5 лет (от 0,5 до 29 лет). Средний общий балл по шкале EDSS составил 4,0±1,4 (от 1 до 6), в том числе по домену «Тазовые нарушения» — 1,9±0,9 (от 1 до 3). Всем пациентам назначали мирабегрон по 50 мг в сутки, курс лечения 3 месяца. Оценка эффективности терапии проводили на основании 3-х дневных дневников мочеиспускания, опросников PGI-S, PGI-S, IUSS и NBSS, которые пациенты заполняли до и после окончания лечения. В эти же сроки измеряли объем остаточной мочи.

Результаты. Через 2 недели после начала лечения снижение выраженности симптомов ГМП отметили 37 (71,1%), а через 12 недель — 45 (86,5%) больных. По окончании терапии наблюдалось достоверное уменьшение по сравнению с исходным уровнем числа мочеиспусканий (с 11,1±1,9 до 9,1±2,4 в сутки, $p < 0,001$) и императивных позывов (с 5,1±2,1 до 2,5±2,4 в сутки, $p < 0,001$). Число пациентов с ургентным недержанием мочи снизилось с 37 (71,2%) до 22 (42,3%) ($p < 0,05$). Также отмечено достоверное уменьшение среднего балла по опросникам PGI-S и IUSS и тенденция к уменьшению суммарного балла по опроснику NBSS. Прием мирабегрона не сопровождался ухудшением эвакуаторной функции мочевого пузыря, о чем свидетельствовало отсутствие увеличения объема остаточной мочи. Не выявлено различий в эффективности лечения в зависимости от возраста больных, суммы

баллов по шкале EDSS, типа клинического течения и давности РС, а также продолжительности симптоматики ГМП. Переносимость мирабегрона была удовлетворительная. Негативные проявления, главным образом диспептические явления, отмечались только у 11 (21,2%) пациентов. Ни в одном случае не отмечено влияния мирабегрона на когнитивные функции больных, что представляется особенно важным, поскольку у 33 (63,5%) из 52 находившихся под наблюдением пациентов балл по домену «Когнитивные нарушения» шкалы EDSS был 1 и более.

Выводы. Агонист β 3-адренорецепторов мирабегрон является эффективным препаратом для лечения ГМП у пациентов с РС, обладая при этом хорошей переносимостью и высоким профилем безопасности.

МИОАДАПТИВНЫЕ ПЕРЕГРУЗОЧНЫЕ СИНДРОМЫ В СТРУКТУРЕ БОЛИ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ

САФАРОВ И.И.

КГМА — филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Казань, Россия

Актуальность. Болевой синдром при рассеянном склерозе (РС) наблюдается у 29–86% пациентов и существенно снижает качество жизни. Помимо нейропатической боли, значимую роль играет ноцицептивный компонент, связанный с нарушением биомеханики и формированием мышечно-тонических и миофасциальных нарушений. Недооценка этих механизмов приводит к хронизации боли и недостаточной эффективности терапии.

Цель. Оценить роль миоадаптивных перегрузочных синдромов (МПС) в формировании болевого синдрома у пациентов с РС.

Материалы и методы. Проведён анализ данных литературы и клиническое наблюдение пациента с РС с оценкой неврологического статуса, выраженности болевого синдрома (ВАШ), биомеханических нарушений и мышечно-тонических изменений. Использованы данные МРТ и вертеброневрологического обследования.

Результаты. Установлено, что у пациентов с РС болевой синдром носит мультифакторный характер и формируется при взаимодействии нейропатических и ноцицептивных механизмов. На фоне демиелинизации возникает дисбаланс центральной регуляции мышечного тонуса, что создаёт предпосылки для гипервозбудимости сегментарных структур спинного мозга. Это приводит к формированию мышечно-тонических и миофасциальных синдромов, а также миоадаптивных перегрузок (постуральных и викарных). В клиническом наблюдении умеренный неврологический

дефицит способствовал формированию патологического двигательного стереотипа, перегрузке крестцово-подвздошного сустава и вовлечению компенсаторных мышечных групп с формированием триггерных зон и нарушением походки. Комплексная терапия с включением мануальных и миофасциальных методик привела к регрессу болевого синдрома и восстановлению двигательной функции.

Выводы. Миоадаптивные перегрузочные синдромы являются значимым патогенетическим звеном боли при РС и формируются вследствие нарушения биомеханики и центральной регуляции мышечного тонуса. Их развитие поддерживает «порочный круг» боли и двигательных нарушений. Учет данных механизмов требует интеграции методов коррекции двигательного стереотипа, физиотерапии и мануальных техник в комплексную нейрореабилитацию пациентов с РС.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРОЯВЛЕНИЙ ГРИППОПОДОБНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТАМИ ИНТЕРФЕРОНОВОГО РЯДА

БАЛАКИНА А.С., РУИНА Е.А.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, Нижний Новгород, Россия

Актуальность. Рост заболеваемости рассеянным склерозом (РС) остро ставит вопрос выбора оптимальной терапии препаратами, изменяющими течение РС (ПИТРС) с сохранением высокого уровня комплаентности. Наиболее часто назначаемыми ПИТРС для лечения ремиттирующего РС являются препараты интерферонового ряда: классические высокодозные и усовершенствованные пегилированные формы. Побочным эффектом терапии является гриппоподобный синдром (ГПС), являющийся лидирующей причиной отмены препарата.

Цель. Сравнить частоту и структуру проявлений ГПС у пациентов с РС, находящихся на терапии интерфероном бета-1b (ИФН бета-1b) и пэгинтерфероном бета-1a (ПЭГ-ИФН бета-1a).

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе ГБУЗ НО «НОКБ им. Н.А. Семашко» г. Нижнего Новгорода. В выборку включены 60 пациентов с установленным диагнозом рассеянный склероз согласно критериям МакДональда 2017. Группа 1 (n=30) — пациенты, находящиеся на терапии ИФН бета-1b, в дозе 250 мкг подкожно (п/к) через день. Группа 2 (n=30) — пациенты, применяющие ПЭГ-ИФН бета-1a в дозе 125 мкг п/к один раз в 2 недели. В ходе исследования было проведено интервьюирование пациентов.

Результаты. Исследование выявило различия в частоте развития ГПС. В 1-й группе ГПС был выявлен у 30% пациентов; во 2-й группе ГПС был выявлен у 73,3% пациентов, ($\chi^2=11,3$; $p<0,001$).

В 1-й группе у пациентов, отметивших наличие ГПС, после инъекции ИФН бета-1b в 77,8% случаев возникала общая слабость. В 55,5% случаев отмечались артралгия, озноб и повышение температуры тела. Медиана (Ме) температуры тела — 37,0°. В 13,3% случаев развивались: миалгия, головная боль. Интенсивность симптомов исследовалась по 10-балльной Визуально Аналоговой Шкале (ВАШ): Ме — 3 балла. Ме времени возникновения ГПС после инъекции — 2 часа. Ме длительности ГПС — 8 часов. В 77,8% случаев у пациентов возникала необходимость однократного приема нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). В 50% случаев после инъекции пациенты отмечали снижение повседневной активности.

Во 2-й группе у пациентов после инъекции ПЭГ-ИФН бета-1a ведущим симптомом также выступала общая слабость. Озноб и повышение температуры тела выявлены у 90,9% пациентов. Ме температуры тела была выше, чем в 1-й группе — 37,5°. Головная боль, артралгия и миалгия отмечались в половине случаев. Ме интенсивности симптомов по ВАШ была выше, чем в 1-й группе — 5 баллов. Ме времени возникновения симптомов после инъекции не отличалась от 1-й группы. Однако, отмечено увеличение Ме длительности ГПС — 24 часа. У всех пациентов с ГПС возникала необходимость многократного приема НПВП. Снижение повседневной активности после инъекции отмечалось у 73,73% пациентов.

Выводы. У пациентов, находящихся на терапии ПЭГ-ИФН бета-1a определена большая частота, выраженность и длительность ГПС, чем в группе пациентов, применяющих в терапии ИФН бета-1b. Таким образом, несмотря на преимущество в режиме дозирования ПЭГ-ИФН бета-1a, вышепредставленные проявления ГПС могут привести к отмене препарата.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА КЛАДРИБИН НА ТЕРРИТОРИИ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

ПАРШИНА Е.В., РУИНА Е.А.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, Нижний Новгород, Россия

Актуальность. Высокоактивный рассеянный склероз (ВАРС) — это клинико-радиологическая характеристика течения РС, возникающие на фоне проводимой терапии ПИТРС, на основании которых необходимо принятие решения об эскалации терапии. Для лечения ВАРС на данный момент применяется кладрибин.

Цель. Ретроспективный анализ эффективности и безопасности применения препарата кладрибин на территории Нижегородской области.

Материалы и методы. С 2021 по 2023 годы в ГБУЗ «НОКБ имени Н.А. Семашко» успешно реализована программа специализированной помощи пациентам с рассеянным склерозом путем внедрения препарата кладрибин. Собранные данные обрабатывались с помощью компьютерной программы Excel для Windows 10. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета программ SPSS, версия 30, с применением параметрических и непараметрических методов. Статистически значимыми различия считались при $p < 0,05$.

Результаты. Двухгодичный курс лечения получили 30 человек. Из них 20 (66%) женщин, 10 (34%) мужчин. Средний возраст составил $36,1 \pm 2,06$ лет. Средняя длительность рассеянного склероза перед назначением препарата $6,1 \pm 1,64$ лет. У всех пациентов наблюдался ремиттирующий тип течения рассеянного склероза. Перед назначением препарата кладрибин 19 (63%) пациентов получали интерферон бета-1а, 8 (26%) пациентов получали пэгинтерферон, глатирамера ацетат 1 (3%), натализумаб 1 (3%) и окрелизумаб 1 (3%) пациентов соответственно. Стоит отметить, что 2 (6,6%) пациента не принимали ПИТРС ранее, а 2 и более ПИТРС в анамнезе наблюдалось у 2 (6,6%).

До начала терапии средний результат оценки по шкале EDSS составлял $2,92 \pm 0,39$ балла, после второго курса — $2,5 \pm 0,29$ балла ($p < 0,05$).

По данным МРТ, среднее количество Gd+ очагов на T1-взвешенных изображениях было $3,18 \pm 1,37$, после двух лет лечения — в среднем $0,036 \pm 0,0109$ в год ($p < 0,05$).

Средняя частота обострений за два года до инициации терапии составляла $2,43 \pm 0,78$ события в год, после прохождения 1 курса — $0,2 \pm 0,15$ события в год, после второго курса $0,1 \pm 0,17$ события в год. За два года терапии общая частота обострений составила $0,2 \pm 0,27$ события ($p < 0,05$).

Во время проведения лечения отмечено возникновение серьезного нежелательного явления: Лимфомы Ходжкина. Пациент прошел курс химиотерапевтического лечения с положительным эффектом.

Среди других нежелательных явлений: 22 пациента (73,3%) не отмечали возникновение побочных реакций, сонливость и чувство усталости возникло у 3 (10%) пациентов, 1 (3,3%) отметил повышенное выпадение волос, 1 (3,3%) пожаловался на тошноту, у 1 (3,3%) возник гриппоподобный синдром. После окончания лечения у одной пациентки родилась здоровая девочка, беременность протекала без осложнений.

Выводы. На фоне проводимого лечения существенно уменьшилась частота обострений в год, снизился балл по шкале EDSS, сократилось количество Gd⁺ очагов по данным МРТ. Таким образом, в рамках нашего ретроспективного анализа была продемонстрирована высокая эффективность и безопасность препарата кладрибин.

ЗСОНМ БЕЗ АНТИТЕЛ К АКВАПОРИНУ-4: АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПОДХОД (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

ЖДАНОВА Е.С.¹, ПАЛАЩЕНКО А.С.¹, ОСЕЛЕДЧЕНКО К.Г.¹, КРАСНОВ В.С.²

¹ КГБУЗ «Краевая клиническая больница», Барнаул, Россия

² ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова», Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Пациентам с заболеванием спектра оптиконевромиелита (ЗСОНМ) без антител (АТ) к аквапорину-4 (AQP4-IgG) рекомендуется исследование крови на АТ к миелин-олигодендроцитарному гликопротеину (MOG-IgG) (тест с клеточной презентацией антигена) для исключения MOG-IgG-ассоциированного заболевания (MOGAD) При резистентности и/или непереносимости анти-CD20 препаратов и иммуносупрессантов при ЗСОНМ без AQP4-IgG как терапия «вне инструкции» рекомендуются моноклональные антитела к рецептору интерлейкина-6 (тоцилизумаб). Важным является анализ подобных клинических случаев.

Цель. Анализ особенностей диагностики ЗСОНМ без AQP4-IgG и ответа на терапию тоцилизумабом на примере клинического случая.

Материалы и методы. Клинический случай пациентки с ЗСОНМ без AQP4-IgG с рецидивирующим течением, резистентностью к ритуксимабу и азатиоприну.

Результаты. Пациентка X., 29 лет. Клинические синдромы: 1) последовательные невриты зрительного нерва (ЗН) (OD и OS) с плохим восстановлением, протяженное поражение ЗН по МРТ; 2) рецидивирующие поперечные миелиты (ПМ) с признаками продольно-распространенного ПМ протяженностью до 8 сегментов с неполным, но значительным восстановлением после пульс-терапии; особенности: накопление контраста оболочками, более выраженные тазовые расстройства на фоне умеренных двигательных нарушений; 3) стволовой синдром с полным регрессом. Анализ на MOG-IgG, ИФА: 65 пг/мл (обнаружены). Анализ на MOG-IgG и AQP4-IgG (тест с клеточной презентацией антигена): титр — менее 1:10 (не обнаружены). Диагноз: ЗСОНМ без AQP4-IgG, достоверный: неврит ЗН и ПМ с необходимым подтверждением по МРТ, исключены альтернативные причины. Терапия

препаратами, предупреждающими обострения (ППО): 1) ритуксимаб (2019–2024), зарегистрирована резистентность к терапии; 2) азатиоприн в дозе 2 мг/кг (100 мг/сутки) с 2021 года, зарегистрирована резистентность к терапии. Прием преднизолона 30 мг/сутки с 2024. Тоцилизумаб — с июля 2025 с соблюдением плана наблюдения за пациентом. За период лечения обострений нет (цель терапии достигнута), нежелательных явлений нет. Преднизолон отменен. Терапию тоцилизумабом пациентка продолжает.

Выводы. Диагноз ЗСОНМ без AQP4-IgG у пациентки является достоверным несмотря на то, что есть клинико-радиологические признаки MOGAD (тест на MOG-IgG, проведенный в соответствии с требованиями к диагностике, отрицательный). После резистентности к ритуксимабу и азатиоприну терапия тоцилизумабом позволила достичь основной цели терапии ППО при ЗСОНМ — отсутствие обострений.

СТРУКТУРА ПОРАЖЕНИЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ КРАНИАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ В НЕВРОЛОГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

ПРЕДТЕЧЕНСКАЯ Е.В., ШОМУРЗОВА М.А.

*ФГАОУ ВО «Новосибирский национальный исследовательский
государственный университет», Новосибирск, Россия*

Актуальность. Заболевания черепно-мозговых нервов изолированные или в сочетаниях являются наиболее сложными в диагностике определения локализации процесса и в этиопатогенетическом аспекте. При этом как правило это внутрочерепные, но не внутримозговые заболевания.

Поражения лицевого нерва является одной из наиболее распространенных патологий периферической нервной системы, занимая второе место и первое среди поражений черепных нервов. Вестибулярный нейронит является также одной из наиболее распространенных причин поражений периферической нервной системы, заболеваемость составляет 3,5-15/100 000.

Цель. Охарактеризовать структуру поражений периферических нервов краниальной локализации в неврологическом стационаре, выявить их общность и этиопатогенетические особенности.

Материалы и методы. Проведен анализ 43 пациентов в возрасте старше 18 лет (21 мужчин, 22 женщин). Пациенты разделены на 4 группы: 1 — пациенты с нейропатией лицевого нерва, 2 — пациенты с вестибулярными нейронитами, 3 — пациенты с невралгией тройничного нерва, 4 — пациенты с офтальмоплегией. Произведен статистический анализ клинико-anamnestических, лабораторных, инструментальных (МРТ, КТ-ангиография и КТ головного мозга) данных.

Результаты. В группе нейропатии лицевого нерва герпетическая инфекция выявлена в 20% случаев, ишемический парез в 60%. При вестибулярном нейроните преобладала вирусная этиология 77%, клинически проявлявшаяся острым головокружением, нистагмом и нарушением равновесия. При невралгии тройничного нерва в 75% случаев поражалась вторая ветвь. Офтальмоплегия в 42,8% случаев была ассоциирована с сосудистыми нарушениями. Все заболевания начинались остро (около 96%), за исключением поражений вестибулярного нерва с подострым началом 5%.

Выводы. Таким образом среди пациентов с поражением ЧМН 53% составляют больные с нейропатией лицевого нерва, из них ишемического происхождения — 89%, с долей постинфекционных случаев (herpes zoster) 11%. При вестибулярной нейропатии чаще встречались постинфекционные процессы 80% и 20% остались неуточненным. Редко встречались пациенты с невралгией тройничного нерва и офтальмоплегией, с нервно-сосудистыми конфликтами, метаболическими и идиопатическими факторами. Поражений головного мозга в данных группах не зарегистрировано.

ПЕДИАТРИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ СПЕКТРА ОПТИКОНЕЙРОМИЕЛИТА: ТРУДНЫЙ ПУТЬ К ДИАГНОЗУ

АРХИПОВ И.Е.¹, КОРОБКО Д.С.^{1,2,3}, ГАНИНА Н.В.^{1,2}

¹ ГБУЗ Новосибирской области «Государственная Новосибирская областная клиническая больница», Новосибирск, Россия

² ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Новосибирск, Россия

³ ФГБУН Институт «Международный томографический центр» СО РАН, Новосибирск, Россия

Актуальность. Заболевание спектра оптиконеуромиелита (ЗСОНМ) — редкое аутоиммунное заболевание центральной нервной системы (ЦНС), сопровождаемое тяжелой инвалидизацией лиц молодого возраста.

Цель. Анализ клинического случая педиатрического заболевания спектра оптиконеуромиелита.

Материалы и методы. Собраны клинико-демографические (пол, возраст, клиническая картина, оценки по шкале EDSS), лабораторно-инструментальные (данные иммунологических анализов крови, в том числе уровень антител к аквапорину-4, результаты нейровизуализации головного и спинного мозга) показатели на этапах дебюта и диагностики, до и после патогенетической терапии.

Результаты. Пациентка 14 лет с клиникой острого стволового синдрома. В конце декабря 2025 г. дебют с глазодвигательных нарушений (двоение при взгляде в стороны) с нарастанием симптоматики в течении недели с последующим уменьшением выраженности глазодвигательных нарушений. Состояние расценено как нейропатия глазодвигательного нерва неуточненная.

С начала января 2026 г. госпитализирована в виду усиления глазодвигательных нарушений (двоение при взгляде в стороны) и появления опущение правого века, асимметрия лица за счет левой половины. В неврологическом статусе: неполная межъядерная офтальмоплегия, горизонтальный взор-индуцированный среднеразмашистый и вертикальный вверх-направленный мелкоазмашистый нистагм, проптоз справа до верхнего края зрачка, левосторонняя гемипрозогипестезия 4 балла. Гипотония в руках и ногах. Гипорефлексия в руках, арефлексия в ногах. Гипобатистезия в ногах 4–5 Гц.

МРТ головного мозга с в/в контрастированием 06.01.2026: зоны структурной неоднородности в дорсальных отделах моста слева и справа, обеих средних и левой верхней ножках мозжечка, без ограничения диффузии и масс-эффекта, без накопления контрастного вещества (демиелинизирующие изменения? резидуальные глиозные изменения?).

Установлен диагноз: Аутоиммунный стволовой энцефалит неуточненный. Дифференциальный диагноз: синдром Миллера-Фишера, нейроинфекции, системные аутоиммунные заболевания, саркоидоз, ЗСОНМ, анти-МОГ (миелинолигодендроцитарный гликопротеин) синдром.

Исключены нейроинфекции, синдром Миллера-Фишера, системные аутоиммунные заболевания, саркоидоз. Проведена терапия плазмообменом из расчета не менее 140 мл/кг веса за курс терапии, пульс-терапия Метилпреднизолоном 500 мг в/в капельно, №7. Отмечено уменьшение глазодвигательных нарушений, полный регресс прочего неврологического дефицита. Позднее получены результаты исследования крови на антитела к МОГ — менее 1:10, антитела к аквапорино-4 — 1:160. Переведена на терапию преднизолоном 60 мг через день с постепенным снижением. Рекомендована терапия сатрализумабом.

Выводы. Клинической особенностью данного клинического случая является неоднозначный характер клинической и радиологической картины ЗСОНМ.

АКТУАЛЬНОСТЬ НАЛИЧИЯ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА (ДС) ПРИ МЕЖОКРУЖНОМ ОТДЕЛЕНИИ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА (МОРС) НА ПРИМЕРЕ МОРС ГКБ ИМ В.В. ВЕРЕСАЕВА, Г. МОСКВА

МОРОЗОВА Е.В., ДУБЧЕНКО Е.А., ВЕЩУНОВА Е.В.

*ГБУЗ «Городская клиническая больница им. В.В. Вересаева ДЗМ»,
Москва, Россия*

Актуальность. Согласно пункту 6 (Организация оказания медицинской помощи) клинических рекомендаций по рассеянному склерозу от 13 июля 2022 года терапию обострений РС легкой степени тяжести рекомендуется проводить в дневном стационаре, а средней и тяжелой степени тяжести — в круглосуточном стационаре. В условиях растущей заболеваемости актуальность наличия ДС при МОРС обусловлена необходимостью обеспечения комплексной, доступной и эффективной медицинской помощи пациентам с РС.

Цель. Проанализировать роль наличия ДС при МОРС как необходимого звена в процессе оказания качественной специализированной медицинской помощи пациентам с рассеянным склерозом.

Материалы и методы. Объектом исследования выступили пациенты межокружного отделения рассеянного склероза. Информационная база исследования сформирована на основе отчетных таблиц по работе МОРС, статистических данных отделения за анализируемый период, графиков и планов посещений пациентами дневного стационара. Все данные структурированы и хранятся в формате Microsoft Excel, что обеспечивает удобство сортировки и фильтрации информации. Методы исследования: ретроспективный анализ данных, статистическая обработка данных, сравнительный анализ, нормативно-правовой анализ, экспертная оценка.

Результаты. Практически 650 пациентов получают систематическую иммуномодулирующую терапию в инфузионных формах на базе ДС МОРС «ГКБ им В.В. Вересаева», ведение которых требует нахождения пациента в медучреждении от 2 до 5 часов для проведения лечебно-диагностических манипуляций. В дневном стационаре пациенты получают инфузионную терапию препаратами: окрелизумаб, натализумаб, ритуксимаб, митоксантрон, дивозилимаб, симптоматическую и гормональную пульс-терапию. Количество госпитализаций в год в ДС увеличилось с 533 в 2017 году до 2357 человек в 2025 году. План на 2026 г. — 2500 пациентов.

В 2023 году мы столкнулись с ограничением объемов на госпитализацию в ДС, с необходимых 180–190 законченных случаев в месяц в 2022 году, до 66 в месяц в 2023 году. В связи с этим пациенты были вынуждены самостоятельно искать медицинские учреждения, с лицензией на осуществление инфузионной терапии. Это привело к нарушениям схемы терапии, увеличению промежутков между инфузиями, снижению приверженности

к терапии, что негативно сказалось на течение основного заболевания, значительно увеличению времени до начала гормональной пульс-терапии.

Выводы. Таким образом, наш опыт позволяет с большой долей уверенности констатировать, что наличие ДС при МОРС является необходимым звеном в процессе оказания качественной специализированной медицинской помощи пациентам с рассеянным склерозом, увеличивает доступность и дает возможность к индивидуальному подходу в терапии, улучшает качество их жизни.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ТРУДНОСТИ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: РОЛЬ ТРОМБОФИЛИИ. СОБСТВЕННЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ

ТРИНИТАТСКИЙ Ю.В.¹, ГОНЧАРОВА З.А.², ТРИНИТАТСКИЙ И.Ю.¹, БАЛАНДИНА Т.В.¹, СИДОРЕНКО О.Ю.¹, КОМАРЦЕВА М.А.¹

¹ ГБУ РО «Ростовская областная клиническая больница», г. Ростов-на-Дону, Россия

² ФГБУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет», г. Ростов-на-Дону, Россия

Актуальность. По данным литературы в 10–30% случаев диагноз «Рассеянный склероз» (РС) ставится ошибочно. Приводим клиническое наблюдение пациентки, страдающей гематогенной тромбофилией с носительством волчаночного антикоагулянта, первые клинические проявления заболевания у которой были расценены как дебют РС.

Цель. Определение «красных флагов» несоответствия клинической симптоматики и данных дообследования классической клинико-радиологической картине РС.

Материалы и методы. Проанализированы данные медицинской документации пациентки И., 1975 г.р., за 2018–2025 гг., с единственным эпизодом миелопатии на уровне краниоспинального перехода и рецидивирующими чувствительными и координаторными расстройствами.

Результаты. В октябре 2018 г. у пациентки на фоне стресса и приёма гормональных контрацептивов остро развились онемение и слабость в правых конечностях, головокружение и тазовые расстройства. По данным МРТ головного мозга обнаружены единичные мелкие очаги в лобных долях без накопления контрастного вещества (КВ). МРТ шейного отдела спинного мозга выявила очаг на уровне краниоспинального перехода. Симптомы расценены как острое нарушение мозгового кровообращения в вертебробазилярном бассейне. В 2019 г. отмечались преходящие эпизоды шаткости и болезненных

парестезий правой половины тела. Пациентка консультирована гемостазиологом, установлен диагноз «Гематогенная тромбофилия сложного генеза, вероятный антифосфолипидный синдром, носительство волчаночного антикоагулянта», начат прием клопидогреля. В 2020 г. проведен анализ на антитела к аквапорину-4 (отрицательно), также определен 2 (олигоклональный) тип синтеза IgG в ликворе и сыворотке, установлен диагноз «РС», курс стероидов с положительным эффектом, поднят вопрос об иммуномодулирующей терапии РС. В 2020 г. на МРТ-динамике описаны единичные мелкие очаги лобных долей без накопления КВ, а также нечеткий очаг на границе продолговатого и спинного мозга без накопления КВ, повторно выполнена люмбальная пункция, установлен 1 (поликлональный) тип синтеза IgG. Диагноз РС отвергнут, клиническая симптоматика ретроспективно расценена как «Поздний восстановительный период перенесенного острого нарушения спинального кровообращения на уровне цереброспинального перехода (2018 г.) на фоне гематогенной тромбофилии сложного генеза».

Выводы. Данное клиническое наблюдение подчеркивает необходимость критической оценки параклинических данных и поиска «красных флагов» при диагностике демиелинизирующих заболеваний. Метод определения типа синтеза IgG в ликворе и сыворотке для РС имеет специфичность порядка 60% и может быть использован только в качестве дополнительного критерия подтверждения диагноза.

ПОРАЖЕНИЕ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА В СТРУКТУРЕ ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЦНС: ВЗГЛЯД НЕВРОЛОГА

КОРОТАЕВА В.В.

*СПб ГБУЗ «Городская клиническая больница №31», Санкт-Петербург,
Россия*

Актуальность. Нейрооптикопатия (НОП) — группа заболеваний зрительного нерва различной этиологии, которые проявляются снижением остроты зрения, нарушением цветового восприятия и дефектами полей зрения. Диагноз НОП указывает исключительно на локализацию повреждения и требует обязательного уточнения предполагаемого механизма и этиологии. Дифференциальная диагностика на ранних этапах критически важна, поскольку прогноз зрительных функций и тактика лечения существенно различаются.

Цель. Оценить литературные данные с целью систематизировать клинические и параклинические критерии ранней дифференциальной диагностики оптического неврита (ОН) при демиелинизирующих заболеваниях центральной нервной системы (ЦНС), включая рассеянный склероз (РС), заболевания спектра оптиконевромиелита (ЗСОНМ), заболевание,

ассоциированное с антителами к миелинолигодендроцитарному гликопротеину (МОГАТАЗ), а также при серонегативных формах ОН.

Материалы и методы. Проведен анализ научных публикаций 2015–2025 гг.: современные диагностические критерии ОН, РС, ЗСОНМ, МОГАТАЗ, рекомендации международных экспертных групп и данные крупных регистров, результаты крупных рандомизированных исследований.

Результаты. Диагноз ОН устанавливается на основании клинических и параклинических критериев. К параклиническим критериям относят данные оптической когерентной томографии, магнитно-резонансной томографии (МРТ) и биомаркеров. Клиническая и МРТ-картина позволяет выделить специфические паттерны различных форм ОН. Классический ОН, ассоциированный с РС, чаще односторонний, встречается у молодых женщин (20–40 лет) и сопровождается болью при движении глаза; на МРТ выявляются короткие очаги поражения (менее 1/2 длины нерва) без контрастирования оболочек. При ЗСОНМ отмечается более тяжелая потеря зрения, а на МРТ визуализируются продольно-протяженные очаги с преимущественным вовлечением задних отделов нерва и хиазмы. ОН при МОГАТАЗ часто протекает с выраженным отеком диска зрительного нерва, двусторонним поражением и вовлечением оболочки нерва (периневрит). Серонегативные формы ОН (рецидивирующий изолированный ОН, хроническая рецидивирующая изолированная НОП) характеризуются рецидивирующим изолированным поражением зрительного нерва при строгом отсутствии МРТ-признаков поражения других отделов ЦНС и отрицательных биомаркерах. При этом хроническая изолированная нейрооптикопатия отличается зависимостью рецидивов от снижения или отмены дозы глюкокортикостероидов.

Выводы. Оптимальный диагностический подход предполагает последовательное рассмотрение трёх ключевых вопросов: подтверждение локализации поражения в зрительном нерве с исключением патологии иных отделов зрительного анализатора; оценку воспалительного характера поражения (ОН); установление вероятной этиологии на основе комплексного анализа клинических, радиологических и лабораторных данных. Подобный подход представляется целесообразным с точки зрения выбора иммуносупрессивной тактики и может способствовать сохранению зрительных функций пациентов.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДОСТОВЕРНОЙ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ МУЛЬТИФОКАЛЬНОЙ ЛЕЙКОЭНЦЕФАЛОПАТИИ У ПАЦИЕНТКИ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ НА ФОНЕ ПРИЕМА НАТАЛИЗУМАБА

АБРАМОВ М.А., ЖБАНОВА Л.И.

ГУЗ ТО «Тульская областная клиническая больница», Тула, Россия

Актуальность. Продолжительное применение Натализумаба в качестве терапии ПИТРС и наличия антител к вирусу JC требует тщательного контроля, в связи с возможными рисками развития прогрессирующей мультифокальной лейкоэнцефалопатии (ПМЛ).

Цель. Проанализировать особенности диагностики и лечения ПМЛ на примере клинического случая.

Материалы и методы. Клинический случай пациентки с ремитирующим течением рассеянного склероза (РС) осложнённым ПМЛ на фоне длительного приема Натализумаба (6,5 лет) и низких титров антител к вирусу JC в крови (0,62).

Результаты. Пациентка страдает РС с 2016 года. С июля 2018 получала Натализумаб. В начале декабря 2025 появились речевые нарушения, легкий парез в правой руке — расценены как обострение РС — проведена пульс-терапия Метилпреднизолоном (далее пульс-терапия) по м.ж. с неполным регрессом. 27.12.2025 МРТ головного мозга: множественные очаги демиелинизации, 1 активный очаг. С 01.01.2026 нарастание симптомов, 03.01.2026 — обратилась в центр РС. 03.01.2026 направлена в стационар для проведения лечения. Проведена пульс-терапия в общей дозе 5000 мг. К 12.01.2026 вырос спастический парез в правой руке, сохранялись речевые и когнитивные нарушения. Заподозрена ПМЛ. ДНК JCV в ликворе — 321 копий/мл. Антитела к JCV: 2,02. МРТ головного мозга: МР-картина МПЛ в левой лобной-теменной области до 7,5x3,3x4,7см; в правой лобной доле до 2,8x1,0x1,7см. Установлен диагноз: достоверная ПМЛ на фоне приема Натализумаба с когнитивными нарушениями, сенсо-моторной афазией, грубым правосторонним гемипарезом, тазовыми нарушениями. В терапию включен Миртазапин в суточной дозе 45 мг. С целью элиминации Натализумаба (содержание в крови 29,078%) проведен плазмаферез в объеме 1250 мл. К 16.01.2026 — грубый правосторонний гемипарез до плевгии в руке. Проведено контрольное МРТ исследование: МР-картина без динамики. 13.02.2026 переведена в отделение медреабилитации. С 28.02.2026 менее активна, отмечался «застывший взгляд». 03.03.2026 госпитализирована в неврологическое отделение. При осмотре: тотальная афазия, акинетический мутизм, грубый правосторонний гемипарез до плевгии в руке, слабость осевой мускулатуры. Ухудшение расценено как ребаунд-синдром. МРТ головного мозга: некоторое увеличение зон ПМЛ, появление патологического контрастирования в зонах парасагиттальной области. Контрольное исследование ликвора к ДНК JCV — 0 копий/мл. Проведена

пульс-терапия суммарной дозой 5000 мг, с переходом к пероральной форме 64 мг в сутки в течении двух недель, с дальнейшим уменьшением дозы до 32 мг. Пациентка продолжила получать Миртазапин в суточной дозе 45 мг. 16.03.2026 больная выписана с рекомендациями под наблюдение специалистов центра РС.

Выводы. Эффективность лечения пациента с РС зависит от согласованной работы невролога и радиолога, основанной на унифицированном подходе к диагностике и лечению. Такой подход обеспечивает контроль над активностью патологического процесса и позволяет минимизировать риск тяжёлых осложнений, связанных с применением терапии моноклональными антителами.

РЕАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА ПРИМЕНЕНИЯ САТРАЛИЗУМАБА У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЕМ СПЕКТРА ОПТИКОНЕВРОМИЕЛИТА В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

НОВИКОВА Е.С.

ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского», Москва, Россия

Актуальность. Несмотря на убедительные результаты РКИ, сохраняется потребность в накоплении данных об эффективности и безопасности сатрализумаба в реальной клинической практике (РКП), особенно при длительном применении. Анализ опыта Московской области способствует оптимизации тактики ведения пациентов и совершенствованию практических рекомендаций.

Цель. Оценить эффективность и профиль безопасности препарата сатрализумаб у пациентов с ЗСОНМ с наличием антител к аквапорину-4 на основании длительного катамнестического наблюдения и анализа клинико-инструментальных данных в условиях РКП.

Материалы и методы. Работа выполнена на базе кабинета орфанных заболеваний КДЦ ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского и носила ретроспективно-проспективный характер. Включено 12 пациентов (11 женщин, 1 мужчина) с верифицированным диагнозом ЗСОНМ, проживающих в Московской области и получающих терапию препаратом сатрализумаб. Возраст — от 34 до 63 лет. Неврологический статус оценивали по EDSS, тяжесть обострений — по шкале OSIS, изучали динамику очагов по МРТ и лабораторные показатели.

Результаты. Средний возраст пациентов составил $48,0 \pm 10,2$ года, возраст дебюта — $37,9 \pm 13,8$ года, средняя длительность заболевания — $10,3 \pm 7,5$ лет (от 1 года 9 месяцев до 23 лет и 10 месяцев). Возраст начала терапии сатрализумабом — $46,3 \pm 10,5$ года. Для 6 пациентов сатрализумаб был первым

ППО; из них трое имели высокоактивное по частоте и тяжести обострений течение заболевания. Средняя продолжительность приема сатрализумаба составила $14,4 \pm 11,2$ (от 4,5 месяцев до 37,3 месяца). Медиана EDSS на момент старта терапии составила 4,0 [2,8; 6,2] балла. Обострение зафиксировано у 3 пациентов, при этом все эпизоды развились до достижения полного эффекта действия препарата (через 3 и 4 месяца после начала терапии) и не привели к увеличению балла EDSS. В общей сложности нежелательные явления (НЯ) отмечены у 5 из 12 пациентов: гематологические нарушения (нейтропения, тромбоцитопения), повышение уровня печеночных ферментов, гиперхолестеринемия, абдоминальный болевой синдром. Одна пациентка была госпитализирована в связи с образованием кисты яичника, что не было расценено как событие, ассоциированное с приемом препарата, и не потребовало остановки лечения. Подавляющее большинство НЯ были легкой или умеренной степени тяжести, однократно зафиксирована транзиторная нейтропения 4 степени, которая не подтвердилась при повторном исследовании. Важно отметить, что ни одно НЯ не потребовало приостановления или отмены терапии сатрализумабом.

Выводы. Данные РКТ подтверждают высокую эффективность сатрализумаба у пациентов с ЗСОНМ с антителами к аквапорину-4: препарат контролирует активность заболевания, предотвращает нарастание инвалидизации и обладает благоприятным профилем безопасности. Отсутствие НЯ, требующих отмены терапии, и хорошая переносимость позволяют рассматривать сатрализумаб для длительной терапии. Необходимо дальнейшее наблюдение для оценки отдалённых результатов.

АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗИ БИОМАРКЕРОВ НЕЙРОДЕГЕНЕРАЦИИ И НЕЙРОПЛАСТИЧНОСТИ С КОГНИТИВНЫМИ, МОТОРНЫМИ ФУНКЦИЯМИ, КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

ПОПОВА М.В.², БЫКОВА В.А.¹

¹ ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж, Россия

² БУЗ ВО «Воронежская областная клиническая больница №1», Воронеж, Россия

Актуальность. Исследования последних лет направлены на разработку ранних инструментов диагностики, позволяющих установить диагноз рассеянного склероза (РС), прогнозировать прогрессирование заболевания и управлять терапией.

Цель. Определить концентрацию биомаркеров в сыворотке крови пациентов с РС: мозгового нейротрофического фактора (BDNF), легких цепей нейрофиламентов (NfL), нейрональной специфической гамма-энолазы (NSE), тау-протеина (MAPt); проанализировать взаимосвязь биомаркеров с моторными, когнитивными функциями, качеством жизни (КЖ).

Материалы и методы. Обследованы пациенты с ремитирующим РС (РРС) без терапии препаратами, изменяющими течение (ПИТРС) (n=24), пациенты с РРС, получающие ПИТРС — интерфероны β -1b (n=33), пациенты с вторично-прогрессирующим РС (ВПРС) без ПИТРС (n=9) и контрольная группа (n=15). Исследование уровня BDNF, NfL, NSE, MAPt осуществляли с помощью набора для иммуоферментного анализа ELISA (человек, Cloud-Clone, KHP) на анализаторе «Multiskan Go». Функция верхних конечностей исследовалась с помощью теста с колышками и девятью отверстиями (NHPT). Функция нижних конечностей оценивалась с помощью теста ходьбы на 25 футов (Хаузера). Когнитивный домен исследовался с использованием теста на сопоставление символов и цифр (SDMT). Оценка КЖ проводилась с помощью опросника SF-36 с вычислением физического (PH) и психического компонентов (MH).

Результаты. При исследовании концентрации BDNF выявлено повышение во всех группах по сравнению с контролем. Существенных корреляций концентрации BDNF с результатами моторных, когнитивных тестов и КЖ не получено. Концентрация NfL достоверно увеличивалась в группе ВПРС по сравнению с РРС ($17,99 \pm 0,17$ и $17,66 \pm 0,12$ пг/мл, $p < 0,05$). У пациентов с РРС+ПИТРС обнаружена заметная прямая связь между уровнем NfL и временем выполнения теста NHPT обеими руками ($r=0,590$, $p < 0,001$). Выявлена умеренная обратная связь между NfL и MH в группе РРС ($r=-0,349$, $p=0,095$) и ВПРС ($r=-0,348$, $p=0,359$) соответственно. Концентрация NSE достоверно снижалась у пациентов с ВПРС по сравнению с контролем ($0,54 \pm 0,36$ и $1,95 \pm 1,1$, $p < 0,05$). В группе ВПРС выявлена заметная прямая связь между уровнем NSE и баллом теста Хаузера ($r=0,691$, $p=0,197$), заметная обратная связь между NSE и уровнем PH, MH ($r=-0,542$, $p=0,131$; $r=-0,557$, $p=0,119$). Существенных отличий концентрации MAPt в группах не получено. У пациентов ВПРС выявлена достоверная высокой тесноты прямая связь между уровнем MAPt и временем теста NHPT обеими руками ($0,785$, $p < 0,05$). У пациентов РРС+ПИТРС и ВПРС выявлена достоверная высокая обратная связь между уровнем MAPt и SDMT ($r=-0,766$, $p < 0,05$).

Выводы. Ухудшение моторных функций при РС ассоциировано с концентрацией биомаркеров нейродегенерации (NfL, NSE, MAPt). Ухудшение когнитивных функций преимущественно связано с концентрацией MAPt, а снижение КЖ по психическому компоненту — с NfL. Предположение о взаимосвязи BDNF с улучшением моторных, когнитивных функций и КЖ при РС не подтвердилось.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПРИ МИАСТЕНИИ: НА ЧТО СЕГОДНЯ НЕОБХОДИМО ОБРАТИТЬ ВНИМАНИЕ

БЕЗВОДИНСКИХ А.И., КУШНИР Я.Б., КРАСНОВ В.С.

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова», Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Прогноз при миастении гравис (МГ) представляет собой клиническую задачу, включающую оценку риска генерализации при глазной форме, вероятности миастенического криза и обострений, достижения минимальных проявлений заболевания, а также долгосрочной выживаемости и качества жизни с учетом возраста дебюта, серологического профиля, коморбидности и осложнений терапии.

Цель. Определить наиболее значимые факторы, ассоциированные с прогнозом МГ, на основании современных клинических и обзорных исследований.

Материалы и методы. Проведен анализ литературы за 2020–2026 гг., включавший клинические руководства, консенсусные документы по ведению МГ, данные крупных регистров, мета-анализов и обзорных публикаций.

Результаты. При глазной форме МГ к факторам повышенного риска генерализации в ряде исследований относили дебют заболевания в возрасте старше 18 лет, женский пол, наличие антител к ацетилхолиновому рецептору (АТ к АХР), тимому, а также выявление декремента при электрофизиологическом исследовании, особенно в мышцах конечностей.

Клиническая гетерогенность МГ во многом определяется возрастом манифестации. Ранний дебют ассоциирован с более благоприятным прогнозом, чем поздний. При очень позднем дебюте уже на ранних стадиях возможны жизнеугрожающие кризы и тяжелые обострения, но у части пациентов долгосрочный прогноз может быть относительно благоприятным с хорошим ответом на терапию, меньшей потребностью в нескольких иммуносупрессантах, более редким формированием рефрактерности и меньшим числом рецидивов. Неблагоприятное течение также чаще отмечается при наличии артериальной гипертензии, патологии тимуса и антител к поперечнополосатой мускулатуре.

К факторам риска миастенического криза относят пожилой возраст, тимому, антитела к MuSK, поздний дебют у пациентов с АТ к АХР, большую исходную тяжесть по шкале QMG или классификации MGFA, а также предшествующие кризы. Неблагоприятные исходы криза ассоциировались со старшим возрастом, более высоким классом MGFA до поступления, снижением жизненной емкости легких, выраженной коморбидностью, необходимостью интубации и длительной ИВЛ, инфекционным триггером и инфекционными осложнениями.

Достижение минимальных проявлений в первый год заболевания связано со снижением риска последующих кризов и обострений. Для генерализованной МГ с АТ к АХР показаны долгосрочные преимущества тимэктомии даже при отсутствии тимомы. Прогностическая роль титра АТ к АХР и его динамика на фоне терапии требует уточнения.

Перспективным направлением является применение моделей машинного обучения для прогнозирования краткосрочного исхода с оценкой клинических параметров и показателей системного воспалительного ответа. Неблагоприятный краткосрочный исход чаще ассоциировался с женским полом, более низким индексом массы тела, большей исходной тяжестью по QMG5, большей длительностью болезни до начала лечения, более высоким титром АТ к АХР и более низким уровнем гемоглобина.

Выводы. Прогноз при МГ определяется взаимодействием клинических (возраст дебюта, фенотип заболевания, тяжесть по MGFA/QMG5, бульбарные проявления), серологических и коморбидных факторов, а также результатами раннего ответа на терапию.

КОРЕВЫЕ ЭНЦЕФАЛИТЫ И ЭНЦЕФАЛОМИЕЛИТЫ У ДЕТЕЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ: АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ

ИВАНОВА Г.П.^{1,2}, СКРИПЧЕНКО Н.В.², СКРИПЧЕНКО Е.Ю.^{1,2}

¹ ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр инфекционных болезней» ФМБА России, Санкт-Петербург, Россия

² ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Коревые энцефалиты (ЭФ) и энцефаломиелиты (ЭМ) могут возникать в остром периоде кори или через месяцы — годы после выздоровления, а их частота определяется заболеваемостью корью, имеющей рост в РФ в последние годы.

Цель. Установить клинико-лабораторные и МРТ характеристики коревых энцефалитов и энцефаломиелитов у детей по результатам телемедицинских врачебных консультаций (ТМК) в 2024–2025 гг.

Материалы и методы. Проведен анализ 8 случаев неврологических осложнений кори у детей от 5 до 11 лет на основании выписок из историй болезни, результатов МРТ, а также ТМК, проведенных с врачами стационаров регионов РФ и Санкт-Петербурга.

Результаты. Из 8 случаев у 7 детей наблюдался ЭФ, а 1 — ЭМ. Диагноз был подтвержден методами ИФА с определением IgM и IgG к вирусу кори в крови, а в 2 случаях — дополнительно методом ПЦР в ликворе. Коревые ЭФ и ЭМ в 87,5% наблюдались у детей, не привитых от кори, а в 12,5% — имеющих только 1 прививку. В 6 случаях неврологические осложнения возникли на фоне коревой сыпи (с 3 по 6 сутки от начала инфекции), имели острое развитие и соответствовали первичным коревым ЭФ. В 2-х случаях был установлен диагноз подострого склерозирующего панэнцефалита (ПСПЭ) на основании известных клинико-лабораторных критериев. При первичных коревых ЭФ и ЭМ у детей наблюдались повторные эпилептические приступы, угнетение сознания до комы, а в ЦСЖ — лимфоцитарный плеоцитоз 10 — 40 клеток в 1 мкл, нормальное содержание или небольшое повышение общего белка до 0,4-0,5 г/л. После восстановления сознания у всех пациентов сохранялись речевые нарушения и центральные параличи. Случаи ПСПЭ характеризовались постепенным, в течение 3–4 месяцев, нарастанием неврологических симптомов, манифестировали с психических и когнитивных нарушений в сочетании с эпилептическими приступами, гиперкинезами, имеющими прогрессивный характер. На МРТ при первичных ЭФ выявлялись симметричные очаги в глубоком белом веществе обоих полушарий, в мозолистом теле и подкорковых ганглиях, а при ПСПЭ — очаговые изменения имели диффузный характер, вовлекали оба полушария, структуры задней черепной ямки. Противовирусные препараты, применяемые для лечения неврологических осложнений кори, включают: рибавирин, иммуностимуляторы и рекомбинантные интерфероны-альфа2b. Учитывая значение репликации вируса в прогрессировании симптомов ЭФ и ЭМ вне зависимости от сроков заражения, противовирусная терапия является одной из основных в их терапии.

Выводы. Способность вируса кори инфицировать олигодендроциты и другие клетки ЦНС, а в ряде случаев длительно персистировать и реплицироваться в них, определяет развитие демиелинизации и дегенерации структур ЦНС. Коревые ЭФ и ЭМ имеют разный характер нарастания неврологических симптомов, сопровождаются многоочаговым или диффузным поражением преимущественно белого вещества ЦНС, а в ряде случаев могут имитировать демиелинизирующие и нейродегенеративные заболевания ЦНС другой инфекционной и неинфекционной этиологии.

АФФЕКТИВНО-КОГНИТИВНЫЙ СИНДРОМ КАК ВЕДУЩЕЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ОБОСТРЕНИЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

ПАРШИНА Е.В., РУИНА Е.А., ШИШОВА С.А., ПАРХОНЮК И.И.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, Нижний Новгород, Россия

Актуальность. Рассеянный склероз (РС) — аутоиммунное заболевание нервной системы, с наиболее частым ремиттирующим вариантом течения. Обострение РС характеризуется появлением новой или усугублением уже имеющийся, чаще двигательной, сенсорной, мозжечковой или стволовой симптоматики. Редко (в 0,2–2% случаев) обострение РС может протекать с острым нарушением когнитивных функций и появлением острой аффективной симптоматики без двигательных, сенсорных и координационных расстройств.

Цель. Описать клинический случай обострения РС, ведущим симптомом которого является аффективно-когнитивный синдром.

Материалы и методы. Клиническое наблюдение, медицинская документация.

Результаты. Мужчина, 42 года, с диагнозом «Рассеянный склероз, ремиттирующее течение. EDSS 1.5 б». Болен с 2022 г., в дебюте заболевания отмечал шаткость походки. С 2022 г. получает интерферон-бета1b. Контроль над течением заболеванием по 2025 год удовлетворительный, обострений не отмечалось. Ухудшение состояния с декабря 2025 г., когда отметил снижение работоспособности, концентрации внимания, затем, с февраля, появились эпизоды неуправляемой агрессии, апатия, снижение памяти (в период агрессии разбил окна лоджии, не стравлялся с задачами на работе, получал замечания). С вышеперечисленными жалобами обратился за медицинской помощью. На момент осмотра: со стороны ЧМН, чувствительной, координационной и двигательной сферы изменений не отмечалось. Проведено нейропсихологическое тестирование: Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA-тест) — 21 б., батарея тестов для оценки лобной дисфункции (Frontal Assessment Battery, FAB) — 15 б., тест рисования часов — 8 б., выявлены умеренные регуляторные, когнитивные нарушения с выраженным дефицитом внимания, мнестическими симптомами, сложностью понимания, замедленностью мышления. Проведена оценка аффективной системы по госпитальной шкале тревожности и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) — 11 б. по шкале тревоги и 12 б. по шкале депрессии, выявлена клинически выраженная депрессия и тревога. В связи с ухудшением состояния проведено МРТ головного мозга с контрастированием: на фоне ранее описанных перивентрикулярных, супра- и инфратенториальных очагов демиелинизации отмечается появление нового очага демиелинизации в правой лобной

доле размерами 2,0*1,4*1,8 см с накоплением контраста по типу незамкнутого кольца. Пациенту проведен курс пульс-терапии метилпреднизолоном в дозе 5 г., симптоматическая терапия нейропротекторами, антидепрессантами, с положительной динамикой в виде уменьшения агрессии и улучшения мышления и памяти. Через 2 недели повторно обследован по шкале MoCA — 26 б., FAB — 17 б., HADS- 8 б. по шкале тревоги и 10 б. по шкале депрессии. В связи с неэффективностью интерферона-бета1b пациент переведен на высоко эффективный препарат изменяющие течение РС — кладрибин.

Выводы. Случай демонстрирует важность оценки когнитивной и аффективной сферы для диагностики таких нетипичных обострений РС, которые требуют смены тактики лечения.

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ПРИМЕРЕ ПАЦИЕНТА С ЗСОНМ

ТОКАРЕВА Е.Р.

*Базовая кафедра многопрофильной клинической подготовки
Ордена Трудового Красного Знамени Медицинский институт
им. С. И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»
Минздрава России, Симферополь, Россия*

Актуальность. Заболевания спектра оптиконейромиелита (ЗСОНМ) — группа воспалительных заболеваний ЦНС, характеризующихся эпизодами иммуноопосредованной демиелинизации и аксонального повреждения с вовлечением зрительных нервов и спинного мозга, приводящая к инвалидизации и частым летальным исходам. В настоящее время актуальным становится ранняя диагностика, а также раннее назначение патогенетической терапии для предупреждения обострений и персонализированный подход в каждом конкретном случае.

Цель. Выделить особенности подбора специализированной терапии при ЗСОНМ, серопозитивном варианте по антителам к аквапорину 4 на примере реального клинического случая в катамнезе за период 17 лет.

Материалы и методы. Ретроспективный и проспективный анализ данных историй болезни пациентки с ЗСОНМ проводился на базе ГБУЗС «Севастопольская городская больница №1 им. Н.И. Пирогова» с 2010–2026 гг. В исследовании применялся мультидисциплинарный консультативный подход, инструментальные (МРТ головного и спинного мозга) и лабораторные методы обследования (АТ к аквапорину-4).

Результаты. Дебют заболевания в виде одностороннего ретробульбарного неврита в 2009г, с полным регрессом на фоне пульс-терапии

метилпреднизолоном 5 г. С 2010-2016 гг. постоянной терапии не получала. С 2016-2021 гг. курсами получала терапию митоксантроном, ГКС, плазмаферез с положительной динамикой, АТ к аквапорину-4- 1:80. Постоянно принимала Азатиоприн 50 мг 2 раза в сутки. С целью предупреждения повторных обострений заболевания и нарастания инвалидизации, по жизненным показаниям, пациентке в 2022 г. был назначен препарат патогенетической терапии ингибитор ИЛ-6 Сатрализумаб. В 2023 г. на фоне вирусной инфекции пациентка была госпитализирована с обострением в виде двустороннего ретробульбарного неврита и нарастающего нижнего парапареза, рецидивирующей герпетической инфекцией, АТ к аквапорину 4- 1:160, после пульс-терапии метилпреднизолоном 5 г, длительной противирусной терапии, неврологическая симптоматика частично регрессировала, с 2023-2025 гг. зафиксировано 4 эпизода обострения, в связи с чем, была проведена смена патогенетической терапии на препарат с другим механизмом действия — экулизумаб, ингибитор С5 компонента системы комплемента, перед введением выполнена вакцинация от менингококковой инфекции. С декабря 2025 г. по настоящее время, неврологический и радиологический статусы заболевания без патологических изменений, АТ к аквапорину 4- 1:60, что указывает на стабильность состояния пациентки. Обострений и периодов ухудшения самочувствия, герпетических высыпаний, в течение терапии экулизумабом не отмечалось.

Выводы. Перспективы лечения ЗСОНМ связаны с разработкой новых методов терапии и фокусом на персонализированный подход к выбору лечения в каждом конкретном случае. Представленный клинический опыт демонстрирует непредсказуемость течения данного заболевания, несмотря на непрерывную специфическую терапию и своевременную коррекцию состояния в период обострения ЗСОНМ.

ВЛИЯНИЕ БОТУЛИНИЧЕСКОГО НЕЙРОПРОТЕИНА ТИПА А НА НЕМОТОРНЫЕ СИМПТОМЫ У ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

СЕНЧЕНКО В.Е., ЛЕБЕДЕВ В.М., МУРУЖЕВА З.М.

ФГБУН «Институт мозга человека им. Н.П. Бехтеревой РАН», Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Рассеянный склероз (РС) характеризуется не только двигательными, но и немоторными симптомами, включая боль, повышенную утомляемость, нарушения сна, тревогу, депрессию, что в совокупности приводит к значительному ухудшению качества жизни пациентов и потере их трудоспособности. Концепция «Спастичность-плюс» рассматривает повышение патологического тонуса мышц, их спазмы, болевые ощущения, нарушения сна, утомляемость и другие симптомы как единый синдром с общими патофизиологическими механизмами, что открывает

возможность комплексного симптоматического лечения. Ботулинический нейропротеин типа А (BoNT-A) является стандартом лечения фокальной спастичности различной этиологии и показал эффективность в отношении как моторных, так и немоторных проявлений при различных неврологических заболеваниях, в том числе при хронической мигрени, нейропатической боли, вегетативных расстройствах, а также способен улучшать отдельные параметры сна и качества жизни.

Цель. Определить влияние однократного введения BoNT-A на выраженность немоторных симптомов (тревога, депрессия, болевой синдром, утомляемость) и качество жизни у пациентов с рассеянным склерозом по сравнению с исходным уровнем.

Материалы и методы. В исследование были включены 50 пациентов с рассеянным склерозом (согласно критериям МакДональда 2017 года) и клинически выраженной фокальной спастичностью, имеющих показания к введению BoNT-A, вне зависимости от пола, балла EDSS и получаемой терапии ПИТРС. Средний возраст пациентов составил 42 (35; 54) года. Оценка немоторных симптомов проведена до проведения ботулинотерапии и через 14 дней с использованием следующих шкал: госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), шкалы тревоги Гамильтона, шкалы депрессии Бека, визуальной аналоговой шкалы боли (ВАШ), шкалы оценки усталости и опросника качества жизни EQ-5D. Дозировка BoNT-A и мышцы-мишени определены в соответствии с клинической картиной наблюдаемой у пациента и инструкцией к лекарственному препарату.

Результаты. При сравнении показателей до инъекции и через 14 дней после введения BoNT-A у пациентов с рассеянным склерозом было выявлено статистически значимое снижение интенсивности болевого синдрома по данным ВАШ — медиана составила 3 (1; 5) против 1 (0; 4) после лечения ($p < 0,05$). Кроме того, зарегистрировано значимое уменьшение уровня тревоги по HADS и шкале тревоги Гамильтона, а также снижение выраженности усталости: 8 (4; 13) против 4 (1; 10), 20 (13; 22) против 14 (10; 17) и 16 (13; 23) против 15 (12; 18) соответственно ($p < 0,05$ для всех сравнений). Статистически значимого снижения уровня депрессии у пациентов с рассеянным склерозом не наблюдалось, однако, при детальном анализе отмечена тенденция к уменьшению выраженности депрессии через 14 дней после ботулинотерапии, в значительной степени опосредованная редукцией болевого синдрома и утомляемости.

Выводы. Ботулинический нейропротеин типа А при рассеянном склерозе следует рассматривать как потенциальный компонент комплексной терапии синдрома «спастичность-плюс», модулирующий не только мышечный тонус и двигательные функции, а также и широкий спектр немоторных симптомов. Результаты настоящего исследования позволяют оценить вклад ботулинотерапии в коррекцию аффективных расстройств, повышенной

утомляемости, болевого синдрома и нарушений сна у пациентов с РС. Полученные данные могут служить основой для последующих исследований, направленных на уточнение механизмов действия BoNT-A при немоторных симптомах рассеянного склероза.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПРИ ХВДП: МОЖНО ЛИ ПРЕДСКАЗАТЬ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ

КУШНИР Я.Б., БЕЗВОДИНСКИХ А.И., ТОТОЛЯН Н.А.

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова», Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Среди пациентов с хронической воспалительной демиелинизирующей полинейропатией (ХВДП) встречаются пациенты, резистентные к стандартной патогенетической терапии первой линии. Вероятнее всего это обусловлено тем, что существуют клинико-патогенетические варианты спектра ХВДП, которые обладают различиями в иммунопатогенезе и соответственно ответах на терапию. Поиск потенциальных маркеров резистентности к терапии первой линии позволит своевременно эскалировать патогенетическую терапию у таких пациентов.

Цель. Выявить потенциальные маркеры резистентности к патогенетической терапии первой линии у пациентов с ХВДП.

Материалы и методы. В ретроспективно-проспективном исследовании проанализированы данные 158 пациентов (69 женщин и 89 мужчин) с диагнозом ХВДП, достоверной по критериям EAN/PNS 2021.

Результаты. Патогенетическую терапию получали 74,1% (n=117/158) пациентов с ХВДП. 32,5% (n=38/117) пациентов были резистентны к терапии первой линии. Среди данной группы 63,2% (n=24/38) пациентов впоследствии получали иммуносупрессивную цитостатическую терапию, а 55,3% (n=21/38)- терапию Ритуксимабом: 66,7% (n=14/21) пациентов терапия была назначена сразу после терапии первой линии, 33,3% (n=7/21) пациентам после предшествующей иммуносупрессивной терапии.

У пациентов, переведённых на вторую линию терапии, парапротеинемия выявлялась достоверно чаще, в 48,6% (n=17 /35), чем у пациентов, ответивших на первую линию у 20,6% (n=14/68), критерий Хи-квадрат Пирсона; $p=0,006$. Отношение шансов для достижения ответа на первую линию терапии у пациентов с выявленным парапротеином составило 0,275 (95% ДИ:0,113-0,667; $p<0,01$), что эквивалентно увеличению вероятности эскалации терапии более чем в 3,6 раз.

Пациенты с дистальным вариантом ХВДП получали терапию ритуксимабом чаще, чем другие варианты, в 40,9% (n=9/22) случаев, критерий Фишера-Фримана-Холтона, $p < 0.001$. С целью оценки возможной связи между клинико-лабораторными характеристиками пациентов и вероятностью неэффективности терапии первой линии построена модель бинарной логистической регрессии. Статистическая значимость модели в целом составила $p = 0,002$. Выявлены независимые предикторы необходимости переключения на вторую линию и эскалации терапии: степень выраженности неврологического дефицита в дебюте по шкале NIS (ОШ=1,030; 95% ДИ: 1,008-1,053; $p = 0,008$), длительная задержка постановки диагноза (ОШ=1,031; 95% ДИ: 1,007-1,055; $p = 0,01$). Увеличение значения шкалы NIS на 1 балл, а также удлинение времени до постановки диагноза на 1 месяц ассоциированы с увеличением шансов эскалации терапии на 3%.

Выводы. Таким образом клинический вариант ХВДП, выраженность симптомов по шкале NIS в дебюте, длительное время до начала патогенетической терапии, наличие парапротеина в сыворотке могут быть прогностическими маркерами, определяющими резистентность к терапии первой линии.

ИНФЕКЦИОННЫЙ ИЛИ АУТОИММУННЫЙ ЭНЦЕФАЛИТ? СЛОЖНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

МУГДИЕВА М.В., ЛЕБЕДЕВ В.М.

*ФГБУН «Институт мозга человека им. Н.П. Бехтеревой РАН»,
Санкт-Петербург, Россия*

Актуальность. Дифференциальная диагностика энцефалитов нередко вызывает затруднения в связи с полиморфизмом клинических проявлений, наличием перекрестных инфекционных и аутоиммунных механизмов, отсутствием биомаркеров персистенции инфекционного агента в центральной нервной системе для ряда заболеваний. Особый интерес представляют случаи сочетания инфекционного и аутоиммунного энцефалитов в связи со сложностью курации и наличием взаимоисключающих опций терапии.

Цель. Описать клинический случай хронического клещевого энцефалита (КЭ) в сочетании с анти-NMDA-энцефалитом.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ клинико-анамнестических, лабораторных и нейровизуализационных данных пациента.

Результаты. Дебют заболевания в 2015 году с сенсорных нарушений и дисгевзии. В 2016 году присоединились абсансы, выраженные психотические

расстройства, в связи с чем находился в длительной медикаментозной коме. Установлен диагноз «энцефалопатия смешанного генеза», проведен курс плазмафереза (ПФ) и пульс-терапия глюкокортикостероидами (ГКС) без значимого эффекта, жалобы регрессировали частично. В 2020 году развились фокальные моторные эпилептические приступы, назначена противосудорожная терапия с регрессом приступов. С 2020 по 2025 гг. выявлялось персистирующее повышение титра IgM (1,21-4,10) и IgG (600-1100) к вирусу КЭ, при этом укусы клеща в анамнезе отрицал. В октябре 2025 года развились афатические нарушения, слуховые галлюцинации, гиперкинезы. Выявлены антитела к NMDA-рецептору в титре 1:40 с последующим снижением до 1:20. Проведен курс ПФ и терапия ГКС, со значимой положительной динамикой. На МРТ головного мозга выявлены лишь неспецифические изменения в виде очагов глиоза без типичных признаков специфического энцефалита. В феврале 2026 года обследован в ИМЧ РАН, установлен диагноз: хроническая форма КЭ, аутоиммунный энцефалит, ассоциированный с антителами к NMDA-рецепторам, рецидивирующее течение. Рекомендован интермиттирующий ПФ и терапия внутривенными иммуноглобулинами.

Выводы. Представленный случай демонстрирует хроническое рецидивирующее течение энцефалита смешанной этиологии. Персистенция IgM и высоких титров IgG к вирусу КЭ позволяет предположить хроническую инфекцию, несмотря на отсутствие РНК вируса в ликворе, что соответствует литературным данным о низкой чувствительности ПЦР при хроническом течении КЭ. В то же время выявление антител к NMDA-рецепторам и выраженный эффект иммуномодулирующей терапии свидетельствует о наличии триггер-индуцированной аутоиммунной реакции на фоне персистирующей вирусной инфекции. Отсутствие характерных МРТ-признаков аутоиммунного энцефалита не исключает диагноз, учитывая описанную в литературе возможность нормальной или неспецифической нейровизуализации при анти-NMDA-энцефалите. Данный клинический случай подчеркивает необходимость длительного динамического наблюдения пациентов с энцефалитами неясной этиологии, важность повторного иммунологического тестирования, возможную коморбидность инфекционного и аутоиммунного энцефалитов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МОНОКЛОНАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ К РЕЦЕПТОРУ ИНТЕРЛЕЙКИНА-6 НА ПРИМЕРЕ ПАЦИЕНТА С ЗСОНМ

ТОКАРЕВА Е.Р.

*Базовая кафедра многопрофильной клинической подготовки
Ордена Трудового Красного Знамени Медицинский институт
им. С. И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»
Минздрава России, Симферополь, Россия*

Актуальность. ЗСОНМ — иммуноопосредованное заболевание с демиелинизацией и аксональным повреждением зрительных нервов и спинного мозга, ведущей к инвалидизации. ЗСОНМ часто сочетается с системными заболеваниями: аутоиммунные заболевания щитовидной железы (15,4%); болезнь Шегрена (11,0%); системная красная волчанка (СКВ) (5,1%); миастения гравис (4,4%); первичный антифосфолипидный синдром (2,9%). Это требует мультидисциплинарного подхода. Ранняя патогенетическая терапия — приоритет для предупреждения обострений и достижения ремиссии.

Цель. Определить эффективность моноклональных антител к рецептору интерлейкина-6 на примере 5-летнего катамнеза пациента с ЗСОНМ.

Материалы и методы. Ретроспективно-проспективный анализ историй болезни пациентки с ЗСОНМ (ГБУЗС «Севастопольская ГБ №1 им. Н.И. Пирогова», 2002–2026 гг.). С 2021 г. получает моноклональные антитела к рецептору IL-6. Применялись мультидисциплинарный подход, МРТ головного/спинного мозга, определение АТ к аквапорину-4.

Результаты. Дебют ЗСОНМ (2002): ретробульбарный неврит справа, купирован ГКС парабульбарно с остаточным снижением зрения. 2004 г. диагностирована СКВ, получала Преднизолон 60 мг/сут, Метотрексат 15 мг/нед с улучшением. МРТ ГМ 21.04.2006: множественные очаги демиелинизации. До 2009 г. — Преднизолон и Метотрексат; отмена в связи с беременностью и родами.

В 2010 г. послеродовое ухудшение: онемение ног, снижение зрения, тонические судороги слева. МРТ ГМ и ГОП: очаги в C2-3 и Th2. Диагноз: Рассеянный склероз. Пульс-терапия с регрессом. ПИТРС не назначалась.

В 2018 г. (январь, март, май, июль) 4 обострения: пульс-терапия Метилпреднизолоном 5 г, плазмаферез №5 с частичным регрессом.

20.03.2019 АТ к аквапорину-4 1:40, выставлен диагноз ЗСОНМ.

В ноябре-декабре 2019 г. обострение (онемение ног до плегии, снижение зрения), Метилпреднизолон 5 г с улучшением. МРТ ГОП: новые очаги Th4-10, АТ к аквапорину-4 1:160.

2020–2021 гг.: два обострения с активными очагами на МРТ. 12.02.2021 — новые очаги в шейном и грудном отделах спинного мозга.

17.02–04.03.2021 госпитализация в Институт мозга человека им. Н.П. Бехтеревой. С 18.05.2021 начата терапия сатрализумабом (моноклональное антитело к рецептору IL-6) 120 мг п/к каждые 4 нед.

На фоне лечения: регресс неврологического дефицита, стабильная МРТ-картина от 13.01.2026, снижение АТ к аквапорину-4 до 1:20 (05.02.2026). Неврологический статус стабилен по настоящий момент, лабораторно-инструментальные данные указывают на неактивный процесс.

Выводы. Перспективы терапии ЗСОМН связаны с ранней диагностикой, персонализированным подходом к выбору лечения. Представленный клинический опыт лечения ЗСОМН демонстрирует эффективность терапии препаратом моноклональных антител к рецептору интерлейкина-6 (сатрализумаб) и необходимости осторожности неврологов в отношении коморбидных состояний.

КОМОРБИДНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

ЛИЖДВОЙ В.Ю.

ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского», Москва, Россия

Актуальность. Течение рассеянного склероза (РС) в пожилом возрасте характеризуется снижением активности аутоиммунного процесса и нарастанием нейродегенеративных изменений. Одним из факторов, влияющим на гериатрический патоморфоз заболевания является наличие коморбидного заболевания. В настоящее время интерес к изучению взаимовлияния рассеянного склероза и коморбидной патологии также поддерживается и увеличением числа пожилых пациентов с РС.

Цель. Изучить распространенность коморбидной патологии у пациентов с РС в пожилом возрасте, особенности терапевтической тактики.

Материалы и методы. В наблюдательную программу, проводимую на базе центра РС Московской области, было включено 83 пациента в возрасте от 60 до 77 лет, из них с ремиттирующим течением — 50 человек, с вторично-прогрессирующим — 27 и первично-прогрессирующим — 6. Выраженность неврологического дефицита по шкале РШСИ составила 3,7+1,9 баллов. Для анализа использовались амбулаторные карты пациентов, опросники для диагностики депрессии (госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS, опросник депрессии Бека, гериатрическая шкала депрессии).

Результаты. Отмечен высокий уровень коморбидных состояний в исследуемой группе: 94% пациентов имели другие патогенетически связанные с РС заболевания. Наиболее часто отмечалась артериальная гипертензия (54%) и депрессия (49%). Более половины пациентов имели несколько коморбидных заболеваний. 65% пациентов получали патогенетическую терапию ПИТРС с умеренной эффективностью. Для лечения 12 человек применялись высокоэффективные ПИТРС. Имеющееся коморбидное заболевание, необходимость применения других лекарственных препаратов способствовали ограничению в назначении ПИТРС. Наличие двух и более патологий приводило также к повышению риска полипрагмазии.

Выводы. Таким образом, отмечается высокая распространенность коморбидных заболеваний у пациентов с РС пожилого возраста. Недооценка необходимости адекватной терапии коморбидной патологии, особенно депрессии, снижает качество жизни пациентов с РС и эффективность патогенетической терапии.

ОСТРЫЙ РАССЕЯННЫЙ ЭНЦЕФАЛОМИЕЛИТ У ДЕТЕЙ: АНАЛИЗ 19 КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ

ДЮБЧЕНКО Н.А.¹, КУЛИКОВА С.Л.², ГРИШКЕВИЧ А.Н.², ЛЕВШУК О.Н.²

¹ УЗ «Городская детская инфекционная клиническая больница», Минск, Беларусь

² ГУ «Республиканский научно-практический центр неврологии и нейрохирургии», Минск, Беларусь

Актуальность. Острый рассеянный энцефаломиелит (ОРЭМ) — одна из наиболее частых воспалительных демиелинизирующих патологий ЦНС у детей, развивающаяся после инфекций или вакцинации. Трудности ранней диагностики и риск неблагоприятных исходов определяют его высокую клиническую значимость в педиатрической неврологии.

Цель. Проанализировать клинико-лабораторные и радиологические особенности ОРЭМ у детей.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ клинико-лабораторных и нейровизуализационных особенностей ОРЭМ у 19 детей: 10 девочек (53%), 9 мальчиков (47%), за период с 2019 по 2025 гг.

Результаты. Возраст дебюта — 4 года 10 месяцев [3 года 8 месяцев; 7 лет 9 месяцев]. У всех пациентов (100%) инфекция в анамнезе. Наиболее частые клинические проявления: энцефалопатия (100%), двигательный дефицит 14(73%), стволовые нарушения 12(63%), лихорадка 12(63%) и мозжечковые симптомы 10(52%). Судороги отмечались у 6(31%), менингеальные симптомы

у 5(26%) детей. Сенсорные нарушения и нарушения тазовых органов по 3(15%). Медианы показателей ликвора: цитоз — 17[7; 32] $\times 10^6$ /л, лимфоциты — 86% [72%;95%], нейтрофилы — 14% [5%;28%], белок — 0,3[0,2;0,6] г/л, глюкоза — 3,2[3,1;3,8] ммоль/л. На МРТ головного и спинного мозга с контрастным усилением, супратенториальное белое вещество поражено у 16(84%), базальные ганглии у 15(78%), ствол мозга у 14(73%), мозжечок у 12(63%), таламусы у 9(47%) пациентов. Поражение спинного мозга выявлено у 5(26%) пациентов, коры больших полушарий — у 5(26%). Контрастное усиление очагов отмечено у 2(10%) человек. В среднем, МРТ выполнена на 4[3;5] сутки госпитализации. Внутривенный иммуноглобулин (ВВИГ) введён 10(52,6%) пациентам на 3[1;4] сутки госпитализации, метилпреднизолон (МП) — 14(73,7%) пациентам на 4[2;6,5] сутки. Плазмаферез проведён 1 пациенту (20-е сутки). 6(31,5%) пациентов получили комбинацию препаратов: 5(26,3%) — ВВИГ+МП, 1(5,3%) — МП+плазмаферез. Остальные 13(68,4%) получили один препарат. Все пациенты завершили терапию с благоприятным исходом и полным восстановлением неврологических функций.

Выводы. В нашей когорте детей с ОРЭМ инфекция всегда предшествовала дебюту заболевания. Ведущие проявления — двигательный дефицит и ствольные нарушения. На МРТ чаще всего поражались супратенториальное белое вещество, базальные ганглии и ствол мозга. Ранняя иммунотерапия (МП, ВВИГ) привела к полному восстановлению неврологических функций у всех пациентов.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С АГРЕССИВНЫМ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

БЕЛОВА Ю.А., ЧУКСИНА Ю.Ю., КОТОВ С.В.

ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского», Москва, Россия

Актуальность. Эффективность терапевтических интервенций при рассеянном склерозе (РС) в клинической практике оценивается на основе критериев активности заболевания: клинических проявлений и результатов магнитно-резонансной томографии (МРТ). Исследование особенностей клеточного иммунитета может предоставить ценную информацию для уточнения лабораторных маркеров эффективности терапии препаратами, изменяющими течение РС (ПИТРС).

Цель. Оценить особенности субпопуляционного состава и функциональной активности лимфоцитов в периферической крови (ПК) у пациентов с агрессивным РС.

Материалы и методы. В ходе открытого проспективного наблюдательного исследования обследовано 29 пациентов, 22 (75,9%) — женщины,

7 (24,1%) — мужчин, 36,9±7,7 лет, с длительность РС 15,7 [95% ДИ=6,42-24,91] лет, РШСИ 3,2±1,5 балла. С момента постановки диагноза пациенты использовали в среднем 3,7 (95% ДИ 2,83 — 4,59) варианта ПИТРС. На момент включения в исследование 6 (23,6%) получали интерферон-β; 19 (65,2%) — натализумаб, 1 (3,4%) — терифлуномид, 1 (3,4%) — глатирамера ацетат, у 2 (6,9%) — без ПИТРС. У 20 (71,3%) были обострения за предшествующие 12 месяцев.

Исследовали показатели клеточного иммунитета в ПК 29 пациентов перед стартом терапии высокоактивными ПИТРС и через 6 месяцев методом проточной цитометрии с использованием панели МАТ к дифференцировочным антигенам лимфоцитов ПК (Becton Dickinson, США). Дополнительно обследовано 10 практически здоровых лиц по аналогичным показателям.

Результаты. По сравнению с группой контроля у пациентов с РС выявлено существенное ($p < 0,05$) увеличение содержания В-клеток памяти (CD19+CD27+) и активированных по антигенам CD38 и CD25 В-лимфоцитов.

Активность на МРТ зарегистрирована у 7 (24,13%) в течение 24 мес., обострения в первый год терапии у 5 (17,2%).

Значимым фактором, связанным с активностью на МРТ в первые 6 мес. стало повышение относительного содержания CD3+-Т-лимфоцитов при повторном исследовании ($p = 0,014$ с точностью прогноза 68,2%), а через 12 мес., с вероятностью прогноза более 90%, повышение: CD25+CD3+ ($p = 0,007$); CD95+CD3+ ($p = 0,046$), CD40+CD19+ ($p = 0,000$), CD5+CD19+ ($p = 0,003$), CD38+CD19+ ($p = 0,001$), при снижении уровня CD95+CD19+ ($p = 0,001$).

Значимым фактором риска обострений через 6 месяцев с вероятностью 90,0% обнаружен повышенный уровень CD3+HLA-DR+ ($p = 0,02$), а в течение первых 12 месяцев — повышение CD25+CD3+ ($p = 0,01$), CD95+CD3+ ($p = 0,05$), CD40+CD19+ ($p = 0,000$), CD5+CD19+ ($p = 0,003$), CD38+CD19+ ($p = 0,001$), при снижении уровня CD95+CD19+ ($p = 0,001$).

Выводы. Через 6 месяцев после первого курса анти-В-клеточной терапии сохраняется гиперреактивность иммунной системы. Обнаружено снижение абсолютного числа НК-клеток, а также активированных Т- и В-лимфоцитов.

Маркерами прогнозирования обострений РС и активности по МРТ в первый год анти-В-клеточной терапии стали: повышение CD3+, CD3+HLA-DR+, CD25+CD3- и CD95+CD3+, выраженная экспрессия CD40+, CD38+ и CD25+, а также снижение CD95+ через 6 мес. от старта терапии.

РЕТРОБУЛЬБАРНЫЙ НЕВРИТ КАК ПЕРВОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА У ДЕТЕЙ

ГРИШКЕВИЧ А.Н.², КУЛИКОВА С.Л.², ДЮБЧЕНКО Н.А.¹

¹ УЗ «Городская детская инфекционная клиническая больница», Минск, Беларусь

² ГУ «Республиканский научно-практический центр неврологии и нейрохирургии», Минск, Беларусь

Актуальность. Рассеянный склероз (РС) у детей дебютирует с ретробульбарного неврита (РБН) в 25-44% случаев. РБН устанавливается на основании клинических признаков (подострая потеря монокулярного зрения, дисхроматопсия, боль, усиливающаяся при движении глаз, относительный афферентный зрачковый дефект) и результатов параклинических тестов (МРТ с контрастным усилением, оптическая когерентная томография, зрительные вызванные потенциалы).

Цель. Проанализировать частоту встречаемости, особенности течения, диагностики и лечения РБН в дебюте РС у детей в Республике Беларусь.

Материалы и методы. Республиканский научно-практический центр неврологии и нейрохирургии (РНПЦ НИИХ) является учреждением 4-го уровня оказания медицинской помощи. Все пациенты детского возраста с признаками демиелинизирующего заболевания для установления диагноза и назначения патогенетической терапии направляются в РНПЦ НИИХ. В период с 01.01.2016 по 31.12.2025 гг. диагноз РС был выставлен 127 пациентам (84 (66,1%) — девочки; 43 (33,9%) — мальчики). Дебют РС с РБН отмечался в 30 (22,6%) случаях (22 (73,3%) — девочки, 8 (26,7%) — мальчики). У 9 (30%) детей дебют РС с РБН был определен ретроспективно, у 21 (70%) — проспективно.

Результаты. Медиана возраста дебюта заболевания в общей группе составила 15 [IQR:13,0;16,0] лет, в группе с дебютом с РБН — 14 [IQR:12,0;15,0] лет ($p=0,157$). Допубертатный дебют, до 11 лет включительно, в общей группе наблюдался у 18 (14,2%) пациентов, в группе с дебютом с РБН у 6 (20%) ($p=0,007$). Средний период от первой атаки до установления диагноза был аналогичен в обеих группах и составил 9 [IQR:3,0;17,0] мес. Медиана балла по шкале EDSS на момент установления диагноза в обеих группах составила 1,5 [IQR:1,0;1,5] балла. Дебют с правостороннего РБН отмечался в 13 (43,3%) случаях, с левостороннего — в 12 (40%), с 2-х стороннего — в 5 (16,7%). РС был выставлен после 1-ой клинической атаки у 11 (36,7%) пациентов, после 2-й — у 17 (56,7%), после 3 и более — у 2 (6,6%). 19 (63,3%) пациентам в период клинических появлений было выполнено МРТ, у 100% имелись очаги демиелинизации, у 11 (57,9%) — очаги в зрительном нерве, у 13 (68,4%) — очаги, накапливающие контраст. В острый период РБН глюкокортикостероиды (ГКС) использовались у 18 (60%) детей, у 14 (46,7%) в виде внутривенной пульс-терапии, у 2 (6,7%) — глазных капель, у 2 (6,7%) — парабульбарных

инъекций. Исходы РБН были следующими: 17 (56,7%) — восстановление зрения до нормы, 6 (20%) — оптиконеуропатия, 6 (20%) — частичная атрофия зрительного нерва (ЧАЗН), не имелось информации об исходе в 1 (3,3%) случае. У 8 (26,7%) пациентов наблюдался рецидив РБН, 4 (50%) из них использовали ГКС при первом эпизоде РБН. Медиана развития рецидива составила 6 [IQR:2,0;21,0] мес. В 2 (25%) случаях сторона рецидива оставалась неизменной. Анализ частоты и периода наступления третьего и последующего рецидива РБН не проводился.

Выводы. В 22,6% случаев РС у детей дебютирует с РБН, достоверно чаще в допубертатном периоде. В 40% случаев после перенесенного РБН зрение не восстанавливается до нормы. Рецидив РБН происходит у 26,7% пациентов.

АНАЛИЗ ДАННЫХ РЕГИСТРА ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ ПО СОСТОЯНИЮ НА НОЯБРЬ 2025 ГОДА

МУХИНА Е.В., ПАНТЕЛЕЕВА М.В.

ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского», Москва, Россия

Актуальность. Согласно данным Международной федерации рассеянного склероза (MSIF), в 2020 году рассеянным склерозом (РС) страдали около 2,8 миллионов человек по всему миру. Точная статистика затруднена из-за неполноты данных о заболеваемости. Известно, что РС диагностируется не менее чем у 30 000 детей в возрасте до 18 лет, что составляет около 1,5% от общего числа пациентов с РС. Однако точное количество детей с РС сложно определить из-за их перехода во взрослую возрастную группу. Подсчет количества детей с рассеянным склерозом затруднителен также по причине того, что дети имеют свойство становиться взрослыми, что нередко приводит к путанице в статистических данных. Диагностика рассеянного склероза у пациентов детского возраста порой осложнена ещё и тем, что дебют заболевания имеет разнообразную клиническую картину, а также характеризуется частым самопроизвольным полным купированием симптоматики.

Цель. Изучить распространённость и терапию РС в детской популяции Московской области.

Материалы и методы. Проведено обследование 36 пациентов в возрасте от 12 до 17 лет с диагнозом рассеянный склероз, проживающих в Московской области. Методы исследования включали сбор анамнестических данных, оценку неврологического статуса, нейровизуализацию и лабораторные методы диагностики.

Результаты. Среди пациентов с рассеянным склерозом 24 человек (66,7%) — девочки в возрасте от 12 до 17 лет. Средний возраст дебюта заболевания у них составляет 14,4 лет, а средний стаж болезни — 2,0 года. Ещё 12 человек (33,3%) — мальчики в возрасте от 15 до 17 лет. Средний возраст дебюта у них — 15,1 лет, а средний стаж болезни — 1,5 года. Заболеваемость рассеянным склерозом в Московской области составляет 2,04 на 100 тысяч детского населения или 0,41 на 100 тысяч населения региона.

Согласно регистру пациентов детского возраста Московской области с рассеянным склерозом, препараты, изменяющие течение рассеянного склероза, назначаются следующим образом: интерферон бета-1а — 75,0% (27 человек); финголимод — 5,5% (2 человека); моноклональные антитела — 11,1% (4 человека); глатирамера ацетат — 2,8% (1 человека), пэгинтерферон бета-1а -2,8% (1 человек), отказ от терапии — 2,8% (1 человек).

Выводы. На основании полученных данных следует, что заболеваемость рассеянным склерозом в Московской области составляет 2,04 на 100 тысяч детского населения или 0,41 на 100 тысяч населения Московской области в целом по состоянию на ноябрь 2025 года. При оценке применяемой терапии, лидирующую позицию из препаратов, изменяющих течение рассеянного склероза, занимают интерферон бета-1а.

АУТОИММУННЫЙ ЭНЦЕФАЛИТ С АНТИТЕЛАМИ К LGI1 У ВЗРОСЛЫХ: АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ С ИСХОДАМИ ЛЕЧЕНИЯ

ОБРАЗЦОВА А.Д., КРАСНОВ В.С., ГОТОВЧИКОВ А.А.

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова», Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Среди аутоиммунных энцефалитов (АЭ) серологических фенотип с антителами к LGI-1 (leucine-rich-glioma-inactivated protein) (АТ к LGI-1) является вторым по распространённости. Согласно литературе для этого типа АЭ характерны клинические и радиологические (данные магнитно-резонансной томографии (МРТ)) паттерны лимбического энцефалита. Для лечения острого периода применяются пульс-терапия метилпреднизолоном 1000 мг (пульс-терапия), плазмообмен/аферезные методы лечения. Одним из вариантов противорецидивной терапии является моноклональное анти-CD-20 антитело — Ритуксимаб.

Цель. Проанализировать клинические, радиологические проявления, исходы лечения двух случаев АЭ, с АТ к LGI1.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни двух пациентов — женщины 64 года и мужчины 67 лет, у которых

был установлен достоверный АЭ с АТ к LG1 по критериям Graus F., 2016 г., проводилась терапия в отделении неврологии №1 ПСПбГМУ им. И.П. Павлова с 2023 по 2025 гг.

Результаты. Мужчина 67 лет: в дебюте 06.09.23 — мозжечковая атаксия, ретро — и антероградная амнезия, на фоне которых пациент дезориентирован в пространстве. При поступлении через 5 недель от дебюта MoCA 19 баллов, фокальные приступы с сенсорными нарушениями, вегетативные нарушения (неконтролируемая артериальная гипертензия) (АГ), неконтролируемый аффект. По данным МРТ — картина лимбического энцефалита. Выявлены АТ к LG1 в титре 10 в ликворе, 80 в сыворотке. Старт пульс-терапии № 5 — отмечалась декомпенсация АГ, психомоторное возбуждение. Проведены 5 сеансов каскадной плазмафильтрации — достигнуты контроль АГ без терапии, частичный регресс антероградной амнезии — пациент способен себя обслуживать. Сохранялись фокальные приступы, неконтролируемый аффект. Старт индукционного курса Ритуксимаба по 1000 мг №2 с перерывом в 14 дней. Через 3 месяца достигнут контроль аффекта, частота фокальных приступов 2-3 в неделю. АТ отрицательны. Через 6 месяцев после курса проведена инфузия 1000 мг. В исходе фокальные приступы 1 раз в месяц, MoCA 27 баллов, антероградная амнезия сохраняется.

Женщина 64 года: в дебюте 25.05.24 — ретроградная амнезия последнего месяца. В течение 2 недель появились абсансы и АГ. При поступлении через 4 недели от дебюта дезориентировка, когнитивные нарушения MoCA 18 баллов. По данным МРТ — картина лимбического энцефалита. Выявлены АТ к LG1-1 в титре 40 в сыворотке, в титре 20 в ликворе. С учетом АГ, наличия сахарного диабета проведены 5 сеансов каскадной плазмафильтрации. Достигнут абсансов, дезориентировки. Однако присоединились мышечно-тонические спазмы в мышцах спины и икроножных мышцах. Повторно выявлен титр АТ к LG1 80. Старт индукционного курса Ритуксимаба по 1000 мг №2 с перерывом в 14 дней. Через 3 месяца все симптомы регрессировали, отмечено частичное восстановление памяти, MoCA 30 баллов. Пациентка вернулась к труду.

Выводы. Клиническая и радиологическая картина в двух случаях соответствуют лимбическому энцефалиту, что характерно для АЭ с АТ к LG1. В 1 случае проведение пульс-терапии не привело к положительным исходам. В обоих случаях тактика применения каскадной плазмафильтрации с переходом на индукционный курс Ритуксимаба при неполном регрессе симптомов привела к положительным исходам.

КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОБРАБОТКЕ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНЫХ ДАННЫХ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ИХ ФЕНОТИПОВ

ПЕРЕВЕРЗЕВА О.В.¹, БУНЯК А.Г.¹, МИКИТЧУК Е.П.²

¹ ГУ «Республиканский научно-практический центр неврологии и нейрохирургии», Минск, Беларусь

² Белорусский государственный университет, Минск, Беларусь

Актуальность. Методы прямой МРТ-визуализации при рассеянном склерозе (РС) достигли технического предела: без математической обработки получение дополнительных сведений по дифференциальной диагностике, оценке фенотипа заболевания ограничивается. Количественные исследования на основе данных трактографии были проведены, однако, необходимость анализа >107 трактов в сложном анатомическом окружении ограничивает выявление значимых особенностей.

Цель. Сформировать перечень количественных индексов на основе статистических свойств плотности трактов и гистограмм градиентов пространственного распределения плотности трактов, получаемых из математической обработки данных диффузионно-тензорной МРТ.

Материалы и методы. Проанализированы МРТ головного мозга 20 пациентов с РС, среди которых 9 — с ремиттирующим РС (PPC), 11 — с вторично-прогрессирующим (ВППС) течением, а также МРТ головного мозга 3 пациентов с заболеванием спектра оптиконевромиелита (ЗСОНМ) и 2 пациентов с заболеванием, ассоциированным с антителами к миелин-олигодендроцитарному гликопротеину (МОГАД). МРТ в режиме DTI выполнялись на GE MR750w 3T с расстоянием между срезами 3.6 мм (256x256, 128 направлений, b-val=4000 с/мм²). Рассчитывалось 108 трактов (DSI Studio), из пространственного распределения трактов математически рассчитывается тензор плотности (количество трактов на 1 воксел). Затем для каждого среза рассчитывалась взвешенная энтропия, а также нормированная суммарная плотность трактов. Для каждого распределения плотности трактов в аксиальном срезе рассчитывались модули градиентов, а из их распределения строились гистограмма.

Результаты. Гистограмма градиентов плотности трактов характеризует, насколько размытым является данное распределение, иными словами, показывает, организованы ли тракты в «жгуты», или распределены более равномерно по аксиальному срезу. Для PPC распределение плотности трактов наиболее «резкое» (в гистограмме градиентов пик расположен на больших значениях); для ВППС характерна наиболее распределенная структура плотности трактов (паттерн «лоскутного одеяла»); распределение плотности трактов для МОГАД аналогично, однако количество распределенных трактов оказывается значительно меньшим; ЗСОНМ характеризуются структурой гистограммы градиентов, как в PPC, только с количеством

«жгутов» трактов значительно меньшим. Динамика изменения гистограммы градиентов плотности трактов может использоваться для подтверждения выполнения критериев отсутствия активности заболевания.

Для проанализированных случаев РРС и ВПРС с обострениями нормированная сумма плотности трактов составляет 40.5–45 и 37.5–39.2 млн. трактов/воксел соответственно (математически, более массивные сети трактов ассоциированы с более высокой нормированной суммой плотности трактов).

Выводы. Гистограмма градиентов плотности трактов, нормированная сумма, а также взвешенная энтропия распределения плотности трактов являются потенциальными индексами для дифференциальной диагностики демиелинизирующих заболеваний и их фенотипов.

КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭВОЛЮЦИИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНЫХ ПЛОТНОСТЕЙ В ОЦЕНКЕ ДИНАМИКИ ДЕМИЕЛИНИЗАЦИИ И НЕЙРОДЕГЕНЕРАЦИИ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ

БУНЯК А.Г.¹, ЧЕРНУХА Т.Н.¹, МИКИТЧУК Е.П.², ПЕРЕВЕРЗЕВА О.В.¹

¹ *ГУ «Республиканский научно-практический центр неврологии и нейрохирургии», Минск, Беларусь*

² *Белорусский государственный университет, Минск, Беларусь*

Актуальность. Динамика демиелинизации и нейродегенерации при рассеянном склерозе (РС) во многом определяет тяжесть клинических симптомов, а также выбор тактики лечения. Часть процессов в головном мозге визуализируются непосредственно на изображениях магнитно-резонансной томографии (МРТ), например, изменение морфологии и размеров очаговых поражений; а о части из них оказывается возможно судить только по косвенным признакам, как, например, о формировании «грязного» белого вещества, «бесшумного» прогрессирования — количественные исследования динамики изменения МРТ-изображений являются весьма актуальными.

Цель. Сформировать количественные индексы, позволяющие оценивать динамику РС на основе анализа алгебраических разностей МРТ-изображений в едином пространственном и яркостном базисе, а также отношений изображений в режимах T1 и T2.

Материалы и методы. МРТ-исследования для стандартных режимов выполнялись на томографах с индукцией магнитного поля 1.5/3 Т на протяжении ряда лет (режимы T1 и T2, 512x512, расстояние 1-5 мм). Наиболее раннее

изображение T2 выбиралось в качестве референсного, к нему проводилась регистрация с интерполяцией срезов (SPM12). Проанализированы МРТ головного мозга 20 пациентов с РС, из них 9 — с ремиттирующим РС (РРС), 11 — с вторично-прогрессирующим (ВПРС) течением.

В изображениях проводится линейное растяжение и усечение диапазона яркостей без эквализации гистограммы, при варьировании параметров строится зависимость полной энергии разности полученных изображений. Минимум данной зависимости позволяет найти параметры, которые приводят МРТ-изображение в единый яркостный базис с референсным. Алгебраические разности МРТ-изображений, а также разности T1/T2, каждые просуммированные для области интереса, позволяют количественного оценивать динамику МР-плотности.

Результаты. Разности отношений T1/T2 позволяют оценивать трансформацию «грязного» белого вещества в область с очаговыми поражениями, а также потенциально дифференцировать с формированием новых очагов. После лечения обострения при отсутствии прогрессирования клинической симптоматики в большей части области «грязного» белого вещества наблюдается увеличение T1/T2, а в локализации «черных дыр» данное соотношение не изменяется или уменьшается, что подтверждается более четкой визуализацией на T1+C. Для количественной оценки МРТ-изображений при ВПРС можно использовать динамику увеличения суммы яркостей разностных изображений при общем референсном, в частности, информативна оценка увеличения желудочков, снижение МР-плотности «грязного» белого вещества и очагов, а также их увеличение. Увеличение суммы яркостей разностных изображений при общем референсном коррелирует с увеличением балла по шкале РШСИ.

Выводы. Динамика алгебраических разностей МРТ-изображений, рассчитанных в едином пространственном и яркостном базисе, а также алгебраических разностей отношений T1/T2 потенциально является одним из количественных маркеров, связанных с микроструктурной целостностью белого вещества.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПРИМЕНЕНИЯ КЛАДРИБИНА В ТАБЛЕТКАХ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ У ПАЦИЕНТКИ С ЛЕКАРСТВЕННЫМ ГЕПАТИТОМ В АНАМНЕЗЕ

МАГОМЕДОВА С.Б., ШТАНГ И.О.

ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского», Москва, Россия

Актуальность. Представлен клинический случай пациентки с лекарственным гепатитом на фоне терапии умеренно эффективными ПИТРС (интерферон, терифлуноמיד и глатирамера ацетат), с дальнейшим переводом на кладрибин в таблетках, что не привело к повышению печёночных ферментов и обострению лекарственного гепатита.

Цель. Продемонстрировать возможность безопасного применения кладрибина в таблетках у пациентки с рассеянным склерозом и лекарственно-индуцированным гепатитом в анамнезе без его реактивации.

Материалы и методы. Пациентка К., 45 лет. диагноз: рассеянный склероз, установленный в ноябре 2017 г.

В анамнезе: применение интерферона бета-1б привело к повышению АЛТ и АСТ в 5 раз выше ВГН, ГГТ до 1,5 раз выше ВГН.

Диагностирован лекарственно-индуцированный аутоиммунный гепатит умеренной активности. В связи с чем была произведена замена на терифлуноמיד, во время приема которого зафиксирован рост АЛТ с 84 до 460 ед, что привело к его отмене.

На фоне применения препарата глатирамера ацетат через 1 месяц было зафиксировано повышение АЛТ до 130 ед (затем нормализация на фоне продолжения).

МРТ от 2024 и 2025 гг. — зафиксирована отрицательная динамика (новые активные очаги). Рекомендован кладрибин в таблетках.

Первый курс кладрибина проведён с 01.11.2025 по 05.11.2025 и с 01.12.2025 по 05.12.2025 по 5 таблеток. Лабораторный контроль в ноябре 2025 г., декабре 2025 г. и апреле 2026 г. не выявили повышения печеночных показателей крови.

Результаты. На фоне первого курса кладрибина показатели АЛТ и АСТ остались в пределах нормальных значений. Обострения лекарственного гепатита не зафиксировано, Обострений рассеянного склероза после первого курса кладрибина в таблетках не отмечается. Планируется второй курс кладрибина в таблетках.

Выводы. Кладрибин показал благоприятный профиль безопасности в отношении гепатотоксичности и клиническую эффективность у пациентки с рассеянным склерозом и лекарственным гепатитом в анамнезе, индуцированным на фоне терапии умеренно эффективными ПИТРС.

АНАЛИЗ РЕГИСТРА БЕРЕМЕННЫХ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ ТУЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 2023–2026 ГГ.

ЗАЙЦЕВА А.В., МАТСОН М.Д.

ГУЗ ТО «Тульская областная клиническая больница», клинико-диагностический центр, Центр Рассеянного склероз, Тула, Россия

Актуальность. Ведение беременности у пациенток с рассеянным склерозом (РС) остается одной из наиболее сложных междисциплинарных задач современной неврологии. Вопросы влияния предшествующей терапии препаратами, изменяющими течение рассеянного склероза (ПИТРС), на исходы гестации, а также влияние самого периода беременности и послеродового периода на активность заболевания требуют постоянного накопления данных.

Цель. Провести комплексный анализ регионального регистра беременных с рассеянным склерозом в Тульской области с оценкой структуры получаемой ПИТРС-терапии, исходов беременностей и частоты обострений основного заболевания в гестационном и послеродовом периодах.

Материалы и методы. Проведен ретроспективно-проспективный анализ данных регистра беременных с диагнозом РС, наблюдавшихся в медицинских учреждениях Тульской области в период с 2023 по I квартал 2026 года. Оценивались демографические показатели, вид терапии ПИТРС на момент зачатия, средний возраст наступления беременности, исходы родов и динамика неврологического статуса по РШСИ в послеродовом периоде.

Результаты. Проанализировано 40 случаев беременности. Распределение по годам: 2023 г. — 12 (6 родов, 1 выкидыш), 2024 г. — 10 (8 родов, 1 замершая, 1 прерывание по медпоказаниям), 2025 г. — 17 (9 родов), начало 2026 г. — 3 беременности и 5 родов. (завершившихся в этом году после постановки на учет в 2025). Средняя длительность РС — 8 лет 1 мес. Средний возраст наступления беременности — 30 лет 1 мес.

Структура ПИТРС на момент наступления беременности: интерфероны бета — 12 (30%), глатирамера ацетат — 11 (27,5%), пэгинтерферон бета-1a — 10 (25%). Единичные случаи: натализумаб — 2 (5%), алемтузумаб — 1 (2,5%), терифлуноמיד — 1 (2,5%). Без терапии — 2 (5%).

Исходы родов: 14 мальчиков и 13 девочек здоровы. Неблагоприятные исходы — 3 из 40 (7,5%): 1 выкидыш, 1 замершая, 1 прерывание по генетическим показаниям. Средний риск негативных исходов беременностей в мировой популяции около 15,3% (The Lancet, 2021).

Обострения РС: 5 случаев из 40 (12,5%). Из них 2 в гестации, 3 в срок 1–3 мес. после родов. В 1 случае зафиксировано нарастание инвалидизации на 2 балла по РШСИ.

Выводы. Полученные данные по Тульскому регистру демонстрируют, что рассеянный склероз не оказывает негативного влияния на течение беременности и не повышает частоту неблагоприятных перинатальных исходов по сравнению с общепопуляционными показателями. Риск обострений ожидаемо возрастает в раннем послеродовом периоде, что подчеркивает важность своевременного возобновления ПИТРС. Региональные регистры — ключевой инструмент персонализированного планирования беременности у пациенток с РС.

ЦИФРОВОЙ МОНИТОРИНГ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

*ПОНЕВЕЖСКАЯ Е.В.¹, ЛЫСОГОРСКАЯ Е.В.¹, КУКУШКИНА А.Д.¹,
ГОСТЕВА В.В.¹, ДАВЫДОВСКАЯ М.В.²*

¹ МОРС «Городская клиническая больница им. М.Е. Жадкевича ДЗМ», Москва, Россия

² МОРС ГБУЗ «Городская клиническая больница №24 ДЗМ», Москва, Россия

Актуальность. Эмоциональные нарушения, включая депрессию, часто встречаются у пациентов с рассеянным склерозом и влияют на качество жизни, повседневное функционирование и приверженность терапии. Цифровой мониторинг может помочь дистанционно контролировать состояние пациентов в реальной клинической практике.

Цель. Оценить возможность применения чат-бота для мониторинга эмоционального состояния у пациентов с рассеянным склерозом.

Материалы и методы. Исследование было одобрено локальным этическим комитетом. Врачом-неврологом с использованием технологий искусственного интеллекта разработан чат-бот для сбора сообщаемых пациентами данных в течение 8-12 недель. После подписания информированного согласия пациенты включались в исследование во время плановых визитов, получали доступ к чат-боту по QR-коду и еженедельные автоматические напоминания. Ретроспективно проанализированы

анонимизированные данные 81 пациента, включая возраст, статус приёма АД (антидепрессантов) и выраженность депрессивной симптоматики по шкале Бека. Пациентов разделили на группы по числу заполнений: 1–2 ответа, 3–5 ответов и 6 и более ответов. Сопоставляли возраст и исходную выраженность депрессивной симптоматики между группами вовлечённости. В подгруппе пациентов с 6 и более ответами сравнивали первый и последний ответы. Дополнительно анализировали статус приёма АД по последней доступной точке наблюдения и источник их назначения.

Результаты. 33 пациента дали 1–2 ответа, 15 — 3–5 ответов, 33 — 6 и более ответов. Исходные возраст и выраженность депрессивной симптоматики по шкале Бека были сопоставимы между группами вовлечённости. Медианный возраст в группах 1–2, 3–5 и 6 и более ответов составил 36 [27; 42], 37 [31; 43,5] и 37 [28; 44] лет соответственно. Медианный исходный показатель по шкале Бека составил 8 [4; 15], 12 [5; 17,5] и 9 [6; 16] баллов соответственно. По последней доступной точке наблюдения 58 из 81 пациентов (71,6%) не получали АД; АД были назначены врачами МОРС 18 пациентам (22,2%), другим специалистом — 5 пациентам (6,2%). В подгруппе пациентов с 6 и более ответами ($n=33$) медианный показатель по шкале Бека снизился с 9 до 7 баллов, медиана изменения между первым и последним ответами составила -3 балла. Улучшение отмечалось у 23 из 33 пациентов (69,7%), ухудшение — у 10 (30,3%). У 7 из 33 пациентов (21,2%) в последнем ответе показатель по шкале Бека был равен 0. Статистически значимых различий по доле улучшившихся пациентов между получавшими и не получавшими АД не выявлено (точный критерий Фишера, $p=0,68$).

Выводы. Вовлечённость пациентов в цифровой мониторинг была неоднородной. Исходные возраст и выраженность депрессивной симптоматики не продемонстрировали явной связи со степенью вовлечённости. У пациентов, давших 6 и более ответов, отмечена тенденция к снижению выраженности депрессивной симптоматики при сопоставлении первого и последнего ответов. Цифровой мониторинг может рассматриваться как полезный инструмент наблюдения за эмоциональным состоянием пациентов с рассеянным склерозом в реальной клинической практике.