

УДК: 616.832-004.2-06

Розсіяний склероз: підходи до лікування в історичному аспекті (клінічна лекція, продовження)

■ Чуприна Г.М.

к.мед.н., доцент кафедри неврології і рефлексотерапії
Національної медичної академії
післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

■ Свиридова Н.К.

д.мед.н., професор, завідувач кафедри неврології і рефлексотерапії
Національної медичної академії
післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

■ Труфанов Є.О.

д.мед.н., доцент кафедри неврології і рефлексотерапії
Національної медичної академії
післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

■ Ханенко Н.В.

к.мед.н., доцент кафедри неврології і рефлексотерапії
Національної медичної академії
післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

■ Чередніченко Т.В.

к.мед.н., асистент кафедри неврології і рефлексотерапії
Національної медичної академії
післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

■ Микитей О.М.

асистент кафедри неврології і рефлексотерапії
Національної медичної академії
післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

■ Андрущенко О.А.

лікар-невролог відділення «Неврологія судинної патології»
КЗ КОР «Київська обласна клінічна лікарня»

Резюме

Аналітичний погляд на організм людини, його фізіологію і патологію, способи лікування, формувався під впливом чисельних багатовікових спостережень за перебігом захворювань, коли відмічалися не той чи інший окремі симптоми, а групи споріднених за походженням, спільними рисами і паралелізмом перебігу симптомів, під впливом лікування і його ефектів, під

впливом розтинів, коли вивчалися вага, консистенція, колір уражених органів, зв'язки між певною патологією і комплексом уражених органів і тканин. Так формувалася синдромальна діагностика розсіяного склерозу, де кожен синдром відображав загальні, субстанціональні і місцеві порушення, мав характерні діагностичні ознаки. На основі такого багатогранного вивчення хворого встановлювався синдромальний діагноз і відповідний підхід до лікування, скерований на відновлення загального балансу захисних сил організму.

Ключові слова: фізіологія і патологія, діагностика розсіяного склерозу, лікування розсіяного склерозу.

«Розсіяний склероз часто є однією з найскладніших проблем в клінічній медицині». Jean-Martin Charcot, 1894.

Найбільш ранні підходи до лікування розсіяного склерозу (РС)

Насамперед, слід зауважити, що починаючи з античних часів до XVIII-го століття включно не було необхідності, а також і значних спроб, класифікувати конкретне захворювання, крім як в загальних категоріях (таких, як лихоманка, параліч, водянка подагра). З часів Гіппократа – тобто, від 500 до н.е. і до середини XVIII-го століття загальна концепція здоров'я полягала у вірному змішуванні чотирьох гуморів (кров, флегма, жовта жовч, чорна жовч) і підтримуванні балансу щодо їх впливів на організм у цілому і на окремі його частини і функції. Так, вплив крові асоціювався з дією тепла і вологи, флегми – холоду і вологи, жовтої жовчі – сухості і тепла, чорної жовчі – холоду і сухості. Тому підхід до лікування будь-якого пацієнта з хронічним неврологічним захворюванням полягав, насамперед, у відновленні і підтриманні балансу основних енергоутворюючих субстанцій організму (чотирьох гуморів). Римський лікар грецького походження Клавдій Гален (129-200 н.е.), поєднав у своїх погля-

дах пов'язану з Гіппократом концепцію «Чотирьох гуморів» з більш ранньою концепцією Емпедокла з Акраганта «Чотирьох елементів» (земля, повітря, вогонь, вода), які повинні бути взаємозв'язані і знаходитись в рівновазі для утворення загального базису нормального функціонування організму [1, 3].

Слід зазначити, що подібна концепція в традиційній китайській медицині (ТКМ) панувала впродовж останніх шести тисячоліть: діагностика та лікування захворювань базувалась в ТКМ на системному підході, в основі якого лежить уявлення про структуру Всесвіту (макрокосмосу) і людини, що відображає в собі цю структуру (мікрокосмосу). Організм людини вважався таким, що містить в собі всі елементи Всесвіту, відображає в своїх структурних і функціональних особливостях статичні і динамічні особливості Всесвіту. Згідно з цими поглядами (концепції ІНЬ-ЯН та У-СІН) були сформовані уявлення про будову та функціонування організму, яким притаманний багаторівневий системний характер.

Перший рівень, це поділ (до певної міри умовний) частин тіла та внутрішніх органів, а також функцій, на категорії ЯН та ІНЬ (головні структурно-функціональні субстанції організму), які мають чіткі характеристики, відрізняються за певними ознаками, знаходяться у опортуністичних стосунках, але, водночас, функціонують як єдиний комплекс. Уявлення про здоров'я, як про процес динамічної рівноваги ІНЬ –ЯН є основоположною концепцією ТКМ. Відповідно, поняття «хвороба» трактується як порушення цього процесу. Боротьба з хворобою зводиться до відновлення динамічної рівноваги ІНЬ-ЯН, тобто підтримки «слабкої» субстанції і «ослаблення» «патологічно надмірної».

Другий рівень, це багатогранні системи співвідношень у циклі У-СІН (п'ять першоелементів), який передбачає структурну і динамічну спорідненість певного першоелементу і певних органів, тканин, емоцій, темпераментів, звуків, смаків, природних стихій (останні можуть стати причиною хвороби за умов їх раптового, надмірного впливу та ослаблення захисних сил організму — тобто, стати «патогенним чинником»).

Такий аналітичний погляд на організм людини, його фізіологію і патологію, способи лікування, формувався під впливом чисельних багатовікових спостережень за перебігом захворювань, коли відмічалися не той чи інший окремі симптоми, а групи споріднених за походженням, спільними рисами і паралелізмом перебігу симптомів, під впливом лікування і його ефектів, під впливом розтинів, коли вивчалися вага, консистенція, колір уражених органів, зв'язки між певною патологією і комплексом уражених органів і тканин. Так формувалася синдромальна діагностика, де кожен синдром відображав загальні, субстанціональні і місцеві порушення, мав характерні діагностичні ознаки (походження,

симптоми, особливості перебігу). На основі такого багатогранного вивчення хворого встановлювався синдромальний діагноз і відповідний підхід до лікування, скерований на відновлення загального балансу захисних сил організму[2, 3].

З огляду на багатовіковий досвід ТКМ, т.з. «механістичні» теорії Гофмана, Бургаве Калена 18-го століття не здаються нам такими вже недолугими: навпаки, вони сприяли формуванню ідей про існування динамічного балансу між нервовою системою і системою кровообігу з можливістю порушення і відновлення рівноваги між ними. Порушення рівноваги могло привести як до гіперзбудження системи, що слід лікувати «заспокійливими» лікарськими засобами та фізичними методами (заспокоювати систему), так і до зниження енергії в системі, що вимагає стимуляторів, тоніків, застосування електрики та інших «збуджувальних» фізичних методів. У 1770 році Джон Браун з Единбурга охарактеризував явища гіперзбудливості як «стенічні» розлади, тоді як знижену збудливість - як астенічні.

Вищевказані медичні концепції були актуальні, коли перші відомі пацієнти з прогресуючими неврологічними розладами Маргарет Девіс, Генріх Гейне, і Август Д'Есте (яким ретроспективно завдяки Шарко було встановлено РС) проходили курси лікування з використанням гальванічної і фарадичної стимуляції, холодного обгартування у вологі простирадла або прицільного обливання струменем льодяної води.

Лікування РС в середині XIX-го століття полягало у застосуванні частини загальних методів, що використовувались для лікування будь-якого гострого або хронічного неврологічного захворювання: кровопускання, терапія лихоманкою, блювотні засоби, прикладання п'явок до скронь, лініменти, спа-води, ліки, які містили ртуть, срібло, миш'як, залізо, сурму, хінін. Місцеве лікування також здійснювалось шляхом енергійного розтирання паралізованих кінцівок за допомогою стимулюючих мазей, їх стимуляція за допомогою електрики, методу припалювання ТКМ (про деякий позитивний ефект якого в плані призупинення прогресування хвороби повідомляв навіть Ж. Крювельє) по точкам акупунктури кінцівок та паравертебрально, з утворенням пухирців від опіків.

Підходи до лікування РС кінця XIX - початку XX століття

До відкриття Ж.М. Шарко і його школи щодо природи РС і найбільш важливих рис його перебігу, в світі було мало відомо про причини РС (вогнища демієлінізації в ЦНС), його ремісії і нових загострень, прогресування, а без розуміння цих фундаментальних рис РС було важко намітити стратегічні підходи в терапії захворювання. Але, навіть після прориву в розумінні природи РС, зробленого Шарко

в 1868 р., не відбулося відповідних змін в його терапії, і впродовж майже цілого століття лікування РС залишалось відносно незмінним: з'єднання срібла, миш'яку, хінін, стрихнін, йодид калію, всі види протисифілітичного лікування були частиною терапевтичного підходу до РС.

Сам Ж.М. Шарко не був вельми вражений будь-яким методом щодо лікування РС, наголошуючи в своїй лекції, коли він підходив до обговорення терапії РС, що час, коли б він міг затримати лікаря надовго в цій частині лекції, ще не настав. Серед фізичних методів лікування Шарко віддавав перевагу електричній терапії і застосуванню підвісних пристроїв при атаксіях, серед медикаментів - фосфорній олії, йодиду фосфетіламіну, беладони, калабарським бобам (фізостігмін) [3, 4].

В Англії, на початку 1870-х років, Вільям Моксон для своїх пацієнтів з РС рекомендував лікування, що включало кровопускання, охолодження губками, гальванічну або фарадичну стимуляцію, препарати заліза, стрихнін, беладону, йодистий калій, миш'як, блювотний корінь, нітрат срібла, атропін, ріжки, хінін, а також діету, багату м'ясом.

Учень Шарко П'єр Марі в 1880-х роках приділяв важливу роль інфекції в генезі РС і, у зв'язку з цим, рекомендував хворим такі препарати, як йодид калію або натрію, або ртуть. У 1885 р. А.В. Арнольд рекомендував великі дози наркотиків (морфін, кодеїн, опіум, марихуана) для лікування симптомів РС в поєднанні з йодистим калієм, стрихніном, нітратом срібла і риб'ячим жиром, а також морським купанням і електрикою. У 1893 році сер Вільям Гауерс рекомендував для лікування РС нервові тоніки, такі як миш'як, нітрат срібла, хінін; гідротерапію, електрику, підтримання загального стану здоров'я, заборону всіх пригнічувальних впливів і запобігання вагітності.

У 1898 році У.Е. Бівор вважав, що занепокоєння і перевтома можуть призвести до РС, тому його терапія включала відпочинок і запобігання занепокоєнню, психічній і фізичній втомі, обмеження у вживанні вина, сексуальних надмірностей; переважно застосування нервових тоніків, препаратів стрихніну, хініну, заліза, миш'яку, масла печінки тріски.

Популярним в наукових працях щодо РС кінця XIX-го - початку XX-го століття було порівняння РС з сифілісом: не зважаючи на те, що Шарко, Марі, Гауерс, Бівор та інші чітко відокремили РС від сифілісу, будь-яка нова терапія сифілісу (наприклад, сальварсан у 1910 р.) швидко запозичувалась для лікування РС. Навіть ті методи лікування, які зазвичай посилювали симптоми РС (різні методи «терапії лихоманкою», в/в введення тифоїдних вакцин, в/м ін'єкції молока) широко застосовувались, незважаючи на негативні результати, аж до 40-х років XX століття.

Приблизно в той же час Оппенгейм твердо стояв на позиціях того, що причиною РС був токсин (свинець, мідь, або цинк) у поєднанні з невідомим чинником, проте він не запропонував жодної специфічної терапії, щоб зменшити або нейтралізувати цей токсичний вплив, і його рекомендації щодо лікування РС були схожі на інші: срібла і калію йодид, м'який гальванічний струм до задньої частини голови, лікувальні ванни, п'явки.

Новим підходом до лікування РС періоду 1910-1925 рр. стала рентгенівська променева терапія хребта, хоча в подальшому вона виявилась недостатньо ефективною і не набула значного поширення.

Підходи до лікування РС у 20-х - 40-х роках XX століття

Починаючи з 20-х років з'явилися поодинокі застереження щодо застосування у хворих РС протисифілітичної терапії і була відхилена теорія Оппенгейма щодо токсичного походження РС і позитивної ролі детоксикації. Сакс і Фрідман рекомендували хворим з РС уникати екстремальних температур, препаратів йодидів, срібла, ртуті, фарадичної стимуляції. Пацієнтам з РС рекомендували уникати вагітності, важкої фізичної праці. З метою купірування тремору застосовували веронал і гіосцін, для лікування закрепи застосовували клізми, а у разі нетримання сечі – настоянку беладони. Найпопулярнішим лікуванням вважались миш'як (перорально, парентерально), какодлат соди, нуклеїнат натрію.

Дуглас Мак Альпіп у 1925 р. рекомендував у якості медикаментозної терапії миш'як, ртуть, йодиди, настоянку беладони (нетримання сечі і болючі м'язові спазми), гарячі ванни, бромід натрію перед сном, а у якості специфічної терапії РС – протисифілітичну терапію. У 1926 році Фішер рекомендував з метою профілактики сечостатевої розлади у хворих з РС фосфат натрію і уротропін.

Інфекційний чинник продовжує залишатися основним у провокації загострень РС, тому пацієнтам з РС у 1920-30-тих роках зазвичай рекомендується профілактична санація ротової порожнини, видалення мигдалин, аденоїдів і зубів. Рассел Брейн у 1930-32 рр. рекомендує для лікування РС такі методи: малярійну терапію, тифоїдні, стафілококові вакцини, молоко в/м, сальварсан, миш'як, в/в колоїдне срібло, сурму, саліцилат натрію; в/м уротропін, хінін, ртуть, нуклеїнат натрію, діатермію та рентгенівське опромінення.

Першу спробу системно оцінити різні засоби для лікування РС зробив у 1935-36 рр. Брікнер, прийшовши до висновку, щодо доцільності комплексної оцінки ефектів лікування, перебігу РС, прогресування суб'єктивних і об'єктивних ознак РС під час терапії, появи нових симптомів і ознак захворювання.

вання. Він запропонував для оцінки стану пацієнта з РС проводити ретельне обстеження щороку і стежити за кожним пацієнтом протягом п'яти років. У якості специфічної терапії РС він рекомендував хінін [3].

У 30-тих роках Т. Патмен повідомив про судинні зміни в зоні бляшки і розглядав тромбоз мікросудин у якості причини РС. Спочатку він запропонував психотерапію, як підхід до лікування РС, але пізніше відмовився від цього і рекомендував використання антикоагулянтів (варфарину), підтримуючи ідею судинного ураження, яке формувало бляшки при РС. Інші теоретичні основи для застосування антикоагулянтів при РС запропонували Лесний і Полачек з Чехословаччини, які постулювали: РС рідко зустрічається у жовтої раси (монголи не хворіють на РС в Європі, тоді як білі можуть захворіти на РС в Китаї), показники згортання крові нижче у китайців, тоді як рівень протромбіну збільшується у хворих з РС. Таким чином, антикоагулянти були впроваджені у якості нового підходу до лікування РС. Хоча антикоагулянти і досі використовуються при РС, їх застосування обмежує непереконливий результат і можливість побічних ефектів. У 1949 році Шейнкер запропонував іншу судинну теорію РС з відповідним терапевтичним підходом: ураження РС можуть бути пов'язані з судинним паралічем, тому для лікування доцільно застосовувати кофеїн, ефедрин, алкоголь, екстракт надниркових залоз.

Підходи до лікування РС у 50-х - 60-х роках ХХ століття

До 50-х років терапія РС фактично мало змінилась від кінця ХІХ століття: деякі популярні ліки і підходи до лікування просто були замінені іншими. Рекомендували контроль над стресом, запобігання вагітності і обмеження фізичного навантаження, а також стос ліків, які, знову ж таки, включали йодистий калій, миш'як, стрихнін, ртуть, нітрат срібла, хінін, риб'ячий жир, вітаміни і тоніки; фізичні методи лікування включали водолікування, масаж, верхову їзду.

Джордж Шумахер у 1950 р. поставив питання підготовки підґрунтя щодо сучасного розуміння патофізіології і терапії РС. Шумахер підкреслив важливість РС з медичної і соціальної точки зору і показав, що РС не є вироком для хворого з точки зору прогнозу або тривалості життя. Він виділив клінічні ознаки захворювання, необхідні для діагностики, які у 1965 р. будуть кодифіковані в «критерії Шумахера». Шумахер розумів, що в той час не існувало задовільної терапії РС, і тому оцінка будь-якої майбутньої терапії РС повинна базуватись на здатності ефективно купірувати загострення РС, запобігати новим загостренням і прогресуванню. Важливим для запобігання прогресуванню РС, як вважав Шумахер, є уникання вагітності і інфекцій. Він вважав також, що при РС можна було б цілком

обійтись без такого лікування, як-то: миш'як, гаряча терапія, вакцини і сироватки, автогемотерапія, лецитін, рентгенівська терапія, симпактомія, беладона, ендокринна терапія, пеніцилін [2, 4].

На початку 50-х років збільшується ентузіазм щодо використання ін'єкційних препаратів (зокрема, вітамінів) при введенні їх безпосередньо в інтратекальний простір, що теоретично виправдано достаткою ліків безпосередньо в ЦНС і збільшенням ефективності лікування хворих з РС. Взагалі, частота використання вітамінів при РС (різними шляхами) в ті роки різко зросла, тим більше, що вітаміни були легко доступні і недорогі.

До середини 50-х років, Мак Альпін рекомендує для хворих РС відпочинок і реабілітацію в санаторних умовах терміном від трьох до шести місяців. Б.Т. Хортон для лікування 102 хворих з РС застосував «гістамінну терапію» з щоденним в/в введенням гістаміну: критерії поліпшення стану хворих були нечіткими, проте ця терапія широко використовувалась тривалий час (у рамках «судинної» теорії РС). Абрамсон пропонує вводити гістамін шляхом йонофорезу, з поліпшенням в 11 випадках у хворих з РС. Х. Джонс запропонував великі дози гістаміну для лікування РС: в якості профілактики загострень і прогресування захворювання (підставою була теорія про РС як про алергічний розлад) з метою десенсибілізації.

Підходи до лікування РС починаючи з 70-х років ХХ століття

У 70-тих роках розпочалась ера численних клінічних випробувань щодо РС, які були запозичені з розробок методики лікування раку і ревматологічних захворювань. У 1974 році Національна консультативна комісія з РС (США) розділила клінічні випробування на попередні, пілотні і повномасштабні, а в 1977 р. Департамент охорони здоров'я США розділив клінічні випробування при РС на чотири фази.

Застосування кортикостероїдної терапії для лікування РС

Перші позитивні результати кортикостероїдної терапії у хворих з РС датовані ще 1912 р., коли Д.Бері при введенні екстракту надниркових залоз спостерігав покращення у декількох пацієнтів. У 1930-1940 рр. кортикостероїди успішно застосовувались в ревматології, для лікування ревматоїдного артрити. Кортизон мав репутацію «чудо-препарату» і в лікуванні РС в 1960-1970 рр., незважаючи на те, що результати більшості клінічних досліджень щодо його ефекту при РС були негативними. Оральні кортикостероїди були детально вивчені в клінічних випробуваннях починаючи з 1960 року без переконливих позитивних результатів при РС: зокрема, Г. Міллером був зроблений висновок, що оральний

преднізолон в дозі 15 мг в день протягом 8 місяців, потім по 10 мг в день протягом 10 місяців був неефективним для лікування РС [5,6].

АКТГ широко використовувався для лікування загострень РС, базуючись на даних Л. Александера (1961), Г.Міллера (1966) та інших дослідників. Хоча АКТГ міг бути ефективним для лікування загострень РС, Г.Міллер відмічав його неспроможність в зниженні кількості рецидивів при використанні протягом тривалого періоду. Незважаючи на непереконливі результати ефективності АКТГ при РС, цей препарат був стандартом лікування загострень РС аж до середини 80-х років, коли він був замінений більшістю неврологів світу високою дозою в/в метілпреднізолону впродовж декількох днів («пульс-терапія», запозичена з позитивного досвіду лікування ревматоїдного артриту). Ця терапія зробила певний вплив на зниження, в першу чергу, гострофазових імунологічних показників запалення (пригнічення синтезу олігоклональних груп імуноглобулінів G з мінімальними побічними ефектами).

Дев'ятнадцять клінічних випробувань, проведених за останні 50 років у хворих з РС з ретроульбарним невритом зорового нерву, що отримували оральні кортикостероїди, у підсумку продемонстрували скромний позитивний результат, про що було зроблено загальний висновок у 2000 році: у разі ретроульбарного неврити зорового нерва лікування за допомогою преднізолону в дозі 1 мг/кг не викликає очевидного ефекту, тоді як більш високі дози можуть прискорити відновлення, але в кінцевому підсумку на гостроту зору не впливають. Тим не менш, існують прихильники лікування оральними кортикостероїдами, які стверджують, що для досягнення позитивного результату лікування їх добові дози повинні бути еквівалентними в/в терапії. Зараз кортикостероїди (пульс-терапія) залишаються стандартом лікування серйозних загострень РС, їх використання є, до певної міри, безпечною процедурою, але існують часті побічні ефекти, такі як психоемоційні порушення і безсоння, і залишається невеликий, але серйозний ризик асептичного некрозу тазостегнового суглоба [7, 8].

Застосування плазмаферезу для лікування РС

Впровадження плазмаферезу при РС почалось з 1980 року і базувалось на гіпотезі про те, що плазма може містити білки або інші речовини, що ініціюють запалення і утворення вогнищ демієлінізації. Нещодавно проведений мета-аналіз шести клінічних досліджень продемонстрував достовірний результат зниження ймовірності прогресування РС. Плазмаферез є складним видом лікування, що приводить до деяких ускладнень (наприклад, безсоння та психоемоційне збудження); він погано підходить для тривалої терапії поширеного хронічного захворювання. Недавні дослідження, проведені Weinschenker запропонували визначити більш конкретні показан-

ня для його проведення при РС, коли найбільш ймовірно очікуються позитивні ефекти: плазмаферез може бути більш ефективним для тих хворих з РС, у кого спостерігаються важкі загострення, і тих, хто інтактний до проведення терапії кортикостероїдами.

Застосування імуносупресивної терапії для лікування РС

РС є імунологічно опосередкованим захворюванням, і щоб спробувати поліпшити стан пацієнтів з важкими формами перебігу, видається логічним використати препарати, які мають здатність пригнічувати функцію імунної системи. Але, як виявляється, теперішні знання щодо тонкощів порушень імунної функції недосконалі, як і знання про багатогранні ефекти препаратів, тому спроби їх застосування обов'язково будуть носити емпіричний характер. Імунодепресанти у хворих з РС застосовуються з 60-х років минулого століття. Початкові результати щодо їх застосування при РС були обнаділивими, але невдовзі ентузіазм дещо згас. Імунодепресивним ефектом при РС володіють препарати азатиоприн, циклофосфамід циклоспорин, сульфінпіразон, метотрексат, мітоксантрон, кладрибін; методи - опромінення лімфоїдної тканини, плазмаферез, вірогідно - аутологічна трансплантація кісткового мозку. Незважаючи на те, азатиоприн досі широко використовується в Європі, більшість імунодепресантів зникли з клінічної сцени через відсутність ефекту, або граничний ефект в умовах серйозної побічної дії. Інші, такі як циклофосфамід і плазмаферез, є «резервом» для швидко прогресуючих випадків РС або важких загострень хвороби [1, 3,6,7,9].

Застосування трансплантації стовбурових клітин для лікування РС

Трансплантація стовбурових клітин крові є одним з найбільш важливих медичних досягнень сучасності. Зараз щороку здійснюється близько 35 000 трансплантацій і їх число буде продовжувати рости, оскільки процес стає більш ефективним та безпечним. Приблизно два десятиліття тому було зроблено відкриття стосовно того, що стовбурові клітини містяться в ЦНС, що стимулювало проведення експериментальних досліджень, які продемонстрували процес міграції стовбурових клітин при введенні експериментальним тваринам (мишам) з генетичним розладом мієліну. Тому, дослідження по прямій трансплантації стовбурових клітин для олігодендроцитів в головний і спинний мозок є дуже перспективними. Інший лікувальний підхід полягає у використанні аутологічної трансплантації стовбурових клітин, з метою створення «нової» імунної системи в аспекті виликування РС: тобто, якщо при РС основна проблема знаходиться в імунній системі, то чи не буде доцільним її замінити?

Дослідження в цьому напрямку щодо РС ведуться в багатьох клінічних центрах світу і є перспективи отримання швидкого результату.

Рассеянный склероз: подходы к лечению в историческом аспекте (клиническая лекция, продолжение)**Чуприна Г.Н.**

к.мед.н., доцент кафедры неврологии и рефлексотерапии
Национальной медицинской академии
последипломного образования
имени П.Л. Шупика

Свиридова Н.К.

д.мед.н., профессор, заведующий кафедрой
неврологии и рефлексотерапии
Национальной медицинской академии
последипломного образования имени П.Л.
Шупика

Труфанов Е.А.

д.мед.н., доцент кафедры неврологии и рефлексотерапии
Национальной медицинской академии
последипломного образования имени П.Л.
Шупика

Ханенко Н.В.

к.мед.н., доцент кафедры неврологии и рефлексотерапии
Национальной медицинской академии
последипломного образования имени П.Л.
Шупика

Чередниченко Т.В.

к.мед.н., доцент кафедры неврологии и рефлексотерапии
Национальной медицинской академии
последипломного образования имени П.Л.
Шупика

Микитей О.Н.

ассистент кафедры неврологии и рефлексотерапии
Национальной медицинской академии
последипломного образования имени П.Л.
Шупика

Андрущенко О.А.

врач-невролог отделения «Неврология
сосудистой патологии»
КЗ КОР «Киевская областная клиническая
больница»

Резюме

Аналитический взгляд на организм человека, его физиологию и патологию, способы лечения, так формировался под влиянием многочисленных многовековых наблюдений за ходом заболеваний, когда отмечались не тот или иной отдельные симптомы, а группы родственных по происхождению, с общими чертами и параллелизмом течения симптомов, под влиянием лечения и его эффектов, когда изучались вес, консистенция, цвет пораженных органов, связи между определенной патологией и комплексом пораженных органов и тканей. Так формировалась синдромальная диагностика рассеянного склероза, где каждый синдром отражал общие, субстанциональный и местные нарушения, имел характерные диагностические

признаки. На основе такого многогранного изучения больного устанавливался синдромальный диагноз и соответствующий подход к лечению, направленный на восстановление общего баланса защитных сил организма.

Ключевые слова: физиология и патология, диагностика рассеянного склероза, лечение рассеянного склероза.

Multiple sclerosis: treatment approaches in a historical perspective (clinical lecture, continued)**Chupryna G.**

Department of Neurology and Reflexology,
Shupyk National Medical Academy of
Postgraduate Education

Svyrydova N.

Department of Neurology and Reflexology,
Shupyk National Medical Academy of
Postgraduate Education

Trufanov Y.

Department of Neurology and Reflexology,
Shupyk National Medical Academy of
Postgraduate Education

Khanenko N.

Department of Neurology and Reflexology,
Shupyk National Medical Academy of
Postgraduate Education

Cherednichenko T.

Department of Neurology and Reflexology,
Shupyk National Medical Academy of
Postgraduate Education

Mykytei O.

Department of Neurology and Reflexology,
Shupyk National Medical Academy of
Postgraduate Education

Andruschenko O.

Neurologist, Kyiv Regional Hospital

Summary

Analytical view of the human organism, its physiology and pathology, treatment methods, formed under the influence of many centuries of observing the progress of the disease, when there was not this or that individual symptoms and groups related by birth, with common features and parallel flow of symptoms, under the influence of treatment and its effects have been studied as weight, texture, color, damaged organs, the link between a specific and complex pathology of affected organs and tissues. Thus was formed syndromal diagnosis of multiple sclerosis, where each syndrome reflects the general, substantiality and local disturbances, had characteristic diagnostic features. On the basis of this multi-faceted study of the patient was placed syndromic diagnosis and the appropriate treatment approach, aimed at restoring the overall

balance of the body's defenses.

Key words: physiology and pathology, diagnosis of multiple sclerosis, multiple sclerosis treatment.

Література:

1. Alexander L, Cass LJ. The present status of ACTH therapy in multiple sclerosis// *Ann Intern Med.* -1963;58:454-471.
2. Committee on Multiple Sclerosis: Current status and Strategies for the future//Janet E. Joy and Richard B. Johnston, Jr., Editors.- Washington:National Academy Press, 2001.- 457 p.
3. Handbook of multiple sclerosis //Tird edition, edited by S.D. Cook.- Basel: Marcel Dekker AG, 2001.- 702 p.
4. Johnson KP. The historical development of interferons as multiple sclerosis therapies// *J Mol Med.*- 1997;75(2):89-94.
5. Miller H.G, Newell D.J, Ridley A. Multiple sclerosis: trials of maintenance treatment with prednisolone and soluble aspirin// *Lancet.* 1961;1:127-129.
6. Murray T. J. Multiple sclerosis: the history of a disease// Murray T. J.- New York:Demos, 2005.- 248 c.
7. Rudick RA, Cookfair DL. Conduct of a clinical trial in multiple sclerosis. In: *Multiple Sclerosis: Clinical and Pathogenic Basis*// Cedric S, Raine HF, McFarlane WW, eds. Tourtellotte. London: Chapman and Hall- 1997:341-353.
8. Vanuakes EC, Pineda AA, Weinshenker BG. Meta-analysis of clinical studies of the efficacy of plasma exchange in the treatment of chronic progressive multiple sclerosis// *J Clin Apheresis.*- 1995;10:163-170.
9. Weinshenker BG. Therapeutic plasma exchange. In: Rudick RA, Goodkin DG, eds. //*Multiple Sclerosis Therapeutics.* London: Martin Dunitz.- 1999:323-333.