

Взрослая болезнь в детском возрасте

Первые случаи рассеянного склероза (РС) у детей зафиксированы сравнительно недавно — в начале прошлого века. Спустя столетие некоторые ученые утверждают, что чуть ли не в каждом десятом случае это заболевание дебютирует в детском возрасте, в том числе и в первые три года жизни. Ныне отмечается рост заболеваемости РС во всем мире. А по данным ВОЗ, среди неврологических патологий он является наиболее распространенной причиной стойкой нетрудоспособности молодых людей



ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ

РС — хроническое демиелинизирующее заболевание, проявляющееся признаками многоочагового поражения нервной системы. Этиология и патогенез его точно неизвестны. Предполагается, что болезнь развивается у генетически предрасположенных индивидов под воздействием внешних факторов, к которым относят:

- инфекционные агенты (ретровирусы, вирусы кори, Эпштейна – Барр и другие герпесвирусы, микоплазмы, стафилококки, стрептококки, бледная спирохета, грибки);
- особенности питания (к примеру, употребление большого количества мясных, молочных и зерновых продуктов);
- алиментарный дефицит витаминов D и B₁₂;
- острые или хронические отравления токсическими веществами (окисью углерода, мышьяком, свинцом, цинком, марганцем);
- травмы головы и психоэмоциональные стрессы.

Судя по имеющимся данным, у детей острый рассеянный энцефаломиелит нередко манифестирует после вирусной инфекции или вакцинации,

в частности от гепатита В. Правда, согласно официальному заключению ВОЗ, развитие заболевания не связано с противогепатитной прививкой.

В целом симптомы острого рассеянного энцефаломиелита у детей и взрослых сходны. Однако у взрослых заболевание, как правило, развивается постепенно. В детском возрасте, напротив, чаще наблюдается острый дебют: с головной болью, тошнотой, рвотой, головокружением, повышением температуры тела, судорогами, угнетением сознания, гемипарезом и гемипарезом, симптомами поражения мозжечка и ствола мозга. Причем общемозговые симптомы (судороги, рвота, летаргия, кома) отмечаются преимущественно в первые пять лет жизни.

К счастью, острое и тяжелое начало заболевания в раннем детском возрасте не всегда ассоциируется с плохим прогнозом. У многих пациентов отмечается быстрый регресс симптоматики на фоне легкого остаточного неврологического дефицита.

Еще одна особенность детского РС — наличие умеренных клинических проявлений при большом количестве очагов поражения, обнаруженных с помощью

магнито-резонансной томографии (МРТ). По мнению специалистов, диссоциация между выраженностью неврологических нарушений и объемом очагового поражения мозга указывает на большие возможности компенсации нарушенных функций в детском возрасте.

Кроме того, известно, что в подавляющем большинстве случаев заболевание протекает в ремиттирующей форме, характеризующейся чередованием обострений и ремиссий. Однако предсказать очередное обострение практически невозможно. Отсюда и сложности с долгосрочным прогнозированием течения РС.

Но, судя по данным ретроспективных исследований, у пациентов, у которых заболевание дебютировало в детском возрасте, формирование необратимого неврологического дефицита занимает больше времени. Тем не менее стойкой неврологической инвалидности они достигают в более молодом возрасте, нежели пациенты, заболевшие после 18 лет.

ПЕРВЫЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ

Интерферон бета-1b — первый из интерферонов бета, синтезированных для иммуномодулирующего лечения РС. Во взрослой неврологической практике препарат используют уже более 20

лет. У детей впервые его применили в 1999 г. Именно тогда А. Adams обнародовал результаты длительной (в течение 30 мес) иммуномодулирующей терапии семилетнего мальчика с ремиттирующим РС. По выражению автора публикации, интерферон бета продемонстрировал «драматическую» клиническую эффективность (достоверное уменьшение инвалидизации и отсутствие обострений на протяжении лечения), подтвержденную динамическими данными МРТ.

За неимением опыта применения интерферона бета-1b у детей А. Adams адаптировал взрослую дозу к возрасту. Ни системных, ни местных побочных реакций терапия не вызвала. Кратковременное повышение титра нейтрализующих антител к интерферону бета, наблюдавшееся у ребенка во время лечения, на эффективность лечения не повлияло.

Через два года S. Tenembaum сообщил о позитивном опыте применения интерферона бета-1b у пяти детей с ремиттирующим и вторично-прогрессирующим РС с обострениями (для справки: вторично-прогрессирующий РС — постепенное нарастание неврологических расстройств с периодами обострений или без них у пациентов, ранее имевших ремиттирующий РС).

Более того, S. Tenembaum обосновал использование взрослых доз у детей: по его наблюдениям, адаптация доз препарата к возрасту снижает эффективность терапии.

В 2004 г. Н. Тотолян и А. Скоромец проиллюстрировали собственный опыт назначения интерферона бета-1b на примере пяти клинических случаев. И что немаловажно — проанализировав данные клинических наблюдений, они пришли к заключению, что назначать интерферон бета-1b следует как можно раньше, особенно больным с высокой активностью заболевания (как минимум двумя обострениями в течение первого года от начала манифестации РС).

Учитывая немногочисленные данные о безопасности применения интерферона бета-1b в детском и подростковом возрасте, желательно начинать иммуномодулирующую терапию в условиях стационара, контролируя изменения биохимических и гематологических показателей (количество лейкоцитов крови, активность печеночных ферментов, уровень креатинина в сыворотке крови).

В большинстве случаев детям показаны стандартные дозы интер-

ферона бета, однако для уменьшения выраженности и продолжительности гриппоподобного синдрома целесообразно в начале лечения титровать дозы препарата.

ТЕРАПИЯ ПЕРВОГО РЯДА

Несколько лет спустя разрозненные данные об опыте применения интерферона бета-1b у детей и подростков с ремиттирующим РС удалось систематизировать. И все благодаря мультицентровому ретроспективному исследованию с участием 43 пациентов из восьми медицинских центров США, Канады, Аргентины, Турции, России и Германии.

Проведенное исследование подтвердило эффективность длительной иммуномодулирующей терапии. Достаточно сказать, что у больных, получавших интерферон бета-1b в течение 12 месяцев, отмечалось 50% уменьшение среднегодовой частоты обострений.

Исследование также показало, что при приеме препарата у каждого третьего пациента развивается гриппоподобный

синдром, однако для уменьшения выраженности и продолжительности гриппоподобного синдрома целесообразно в начале лечения титровать дозы препарата.

Насколько правдива эта история, сказать трудно. Но диетотерапию действительно применяют в лечении РС. Другое дело, что представления об эффективности диет меняются.

Взять, к примеру, гипоаллергенные и низкоэнергетические диеты, рационы с ограниченным содержанием пектина/фруктозы и обогащенные цереброзидами (экстрактами церебральных липидов коров). Когда-то их считали эффективными. Как оказалось, необоснованно. В последнее время их уже не рассматривают в качестве эффективных и, соответственно, не назначают больным РС.

Аглиадиновые (безглютеновые) диеты, напротив, снова становятся популярными, главным образом благодаря положительному опыту их применения во многих западных странах. Хотя определенную роль играет и обнаруженная недавно генетическая общность РС и целиакии.

ИММУНОМОДУЛИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ДОЛЖНА БЫТЬ НЕПРЕРЫВНОЙ И ДЛИТЕЛЬНОЙ, ПОСКОЛЬКУ НЕОБОСНОВАННОЕ ПРЕКРАЩЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ВЛЕЧЕТ ЗА СОБОЙ ДОСТОВЕРНУЮ ДЕКОМПЕНСАЦИЮ ИММУНОПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

синдром, у каждого пятого — возникают местные реакции, а у каждого четвертого больного отмечается повышение активности печеночных трансаминаз. Но ни один из выявленных побочных эффектов не был тяжелым или неожиданным, что, по мнению авторов, свидетельствует о хорошей переносимости лечения.

В заключение нельзя не отметить, что в 2012 г. Международная исследовательская группа педиатрического РС (IPMSSG) внесла интерферон бета-1b в перечень препаратов первой линии, с которых следует начинать терапию ремиттирующего РС.

О ПОЛЬЗЕ ДИЕТ

В 1980 г. некий Roger MacDougall описал удивительную историю излечения от РС. Почти слепой, прикованный к инвалидному креслу MacDougall добился полного выздоровления благодаря исклю-

Представляется оправданным использование различных пищевых добавок (витаминов D, C, B, рыбьего жира, аминокислот). Как показывают исследования, они позволяют улучшить состояние больных и сократить число рецидивов.

Кроме того, несколько лет назад J. Smolders и A. Solomon независимо друг от друга пришли к выводу, что витамин D можно применять в качестве иммуномодулятора. Рекомендуемые дозы составляют 1000–10 000 МЕ/сут. Примерно тогда же P. Balch предложил использовать в лечении РС съедобные лекарственные растения и препараты на их основе. Такие, к примеру, как *Medicago sativa L.*, *Arctium tomentosum*, *Araxacum officinale*, *Echinacea purpurea*, *Hydrastis Canadensis*, *Pau d'Arco*, *Trifolium pretense*, *Hypericum perforatum*, *Sarsaparilla*.

Ламара Львова, канд. биол. наук