

Клинические рекомендации

Рассеянный склероз

Кодирование по Международной
статистической классификации
болезней и проблем, связанных со
здоровьем:

G35, G36.9, G37.9

Возрастная группа:

Взрослые и дети

Год утверждения:

2025

Разработчик клинической рекомендации:

- Медицинская ассоциация врачей и центров рассеянного склероза и других
нейроиммунологических заболеваний
- Всероссийское общество неврологов
- Национальное общество нейрорадиологов



Dah



Оглавление

Оглавление	2
Список сокращений.....	5
Термины и определения.....	6
1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)	7
1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	7
1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	7
1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	8
1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем	8
1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	8
1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	11
2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики.....	12
2.1 Жалобы и анамнез.....	13
2.2 Физикальное обследование	14
2.3 Лабораторные диагностические исследования.....	15
2.4 Инструментальные диагностические исследования	17
2.5 Иные диагностические исследования	21
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения.....	22
3.1 Терапия обострений РС	22
3.2 Терапия, изменяющая течение РС	26
3.2. Хирургическое лечение.....	36
3.3. Иное лечение	36

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов.....	40
5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики	51
6. Организация оказания медицинской помощи	72
7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния).....	77
Критерии оценки качества медицинской помощи	78
Список литературы.....	84
Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций.....	112
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций.....	115
Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата.....	118
Приложение А 3.1. Критерии диагностики РС МакДональда, модификация 2017 года ...	120
Приложение А 3.2. Критерии диагностики РС МакДональда, модификация 2010 года ...	122
Приложение А 3.3. Дифференциальная диагностика РС	124
Приложение А 3.4. Дополнения MAGNIMS по применению МРТ при установлении диагноза РС по критериям МакДональда 2010 года	129
Приложение А 3.5. Форма структурированного протокола заключения МРТ	129
Приложение А 3.6. Принципы формулировки клинического диагноза.....	131
Приложение А 3.7. Принципы замены ПИТРС.....	132
Приложение А 3.8. Общая шкала токсичности.	133
Приложение А 3.9. Форма заявления об отмене ПИТРС	134
Приложение А 3.10. План управления рисками ПМЛ при терапии натализумабом**.....	135
Приложение А 3.11. Критерии Международной группы по изучению детского рассеянного склероза, 2013 г.....	139
Приложение А 3.12. Критерии оценки тяжести обострений.	140

Приложение Б. Алгоритмы действий врача.....	140
Приложение В. Информация для пациента	156
Приложение Г1 - ГN. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях.....	157
Приложение Г2. Шкала баланса Берг.....	171
Приложение Г3. Тест функциональной независимости (FIM)	178
Приложение Г4. Тест 9 колышков и отверстий.....	180
Приложение Г5. Тест для руки Френчай.....	181
Приложение Г6. Индекс мобильности Ривермид.....	182
Приложение Г7. Опросник оценки качества жизни SF-36.....	186

Список сокращений

- АФС – антифосфолипидный синдром
ВГН – верхняя граница нормы
ВИ – взвешенное изображение
ВПРС – вторично-прогрессирующий рассеянный склероз
ГК – глюкокортикоиды
ГГТ – гамма-глутамилтрансфераза
ИТП – иммунная тромбоцитопения
КВ – контрастное средство
КИС – клинически изолированный синдром
МЗ – Министерство здравоохранения
МРТ – магнитно-резонансная томография
МЭС – медико-экономические стандарты
НПР – нежелательная побочная реакция
ОНМ – оптиконевромиелит
ЗСОНМ – заболевания спектра оптиконевромиелита
ОРЭМ – острый рассеянный энцефаломиелит
ПИТРС – препараты, изменяющие течение рассеянного склероза
ППРС – первично-прогрессирующий рассеянный склероз
ПЦР – полимеразная цепная реакция
РИС – радиологически изолированный синдром
РКИ – рандомизированное клиническое исследование
РРС – ремиттирующий рассеянный склероз
РС – рассеянный склероз
СКВ – системная красная волчанка
СОЭ – скорость оседания эритроцитов
ТТГ – тиреотропный гормон
ЦНС – центральная нервная система
СМЖ – спинномозговая жидкость
РШСИ – Расширенная шкала статуса инвалидизации пациента (РШСИ)
ФС – Функциональные системы (шкала функциональных систем Куртцке)
IgG – иммуноглобулин класса G
IgM – иммуноглобулин класса M
MSIF – Международная Федерация пациентов с рассеянным склерозом
** – жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты

– препарат, применяющийся не в соответствии с показаниями к применению и противопоказаниями, способами применения и дозами, содержащимися в инструкции по применению лекарственного препарата (офф-лейбл)

Термины и определения

Активность РС по данным МРТ – состояние, определяемое по данным МРТ, характеризующееся появлением новых и/или увеличением размера старых очагов на Т2-ВИ и/или наличием накапливающих парамагнитное контрастное средство очагов на Т1-ВИ в головном и/или спинном мозге.

Диссеминация в пространстве – классический критерий РС, входящий в состав критериев МакДональда 2010 и 2017 года (Приложения А3.1 и А3.2), согласно которому пациент должен иметь клинические признаки поражения не менее двух различных участков центральной системы (ЦНС), либо соответствовать критериям диссеминации в пространстве по данным МРТ, либо комбинацию этих признаков

Диссеминация во времени – классический критерий РС, входящий в состав критериев МакДональда 2010 и 2017 года (Приложения А3.1 и А3.2), согласно которому пациент должен иметь не менее двух клинических обострений, либо соответствовать критериям диссеминации во времени по данным МРТ, либо комбинацию этих признаков.

Клинически изолированный синдром (КИС) – первый и единственный клинический эпизод нарушения неврологических функций, вызванный повреждением одного или нескольких отделов центральной нервной системы (ЦНС), длящийся свыше 24 часов, при этом имеющиеся данные комплексного клинико-инструментального и лабораторного обследований не удовлетворяют критериям диагностики РС (критерии МакДональда 2010 и 2017). Код МКБ-10 G37.9

Лечебный год – период проведения терапии ПИТРС, начиная от времени наступления эффекта действия препарата (среди препаратов ПИТРС оно различно), продолжительностью 12 месяцев.

Острый демиелинизирующий эпизод – острое развитие клинических проявлений, характерных для РС или другого демиелинизирующего заболевания. Код МКБ-10 G36.9

Оптимальный ответ на терапию – отсутствие обострений, отсутствие или снижение темпов прогрессирования неврологического дефицита, отсутствие активности по данным МРТ в течение лечебного года терапии ПИТРС.

Субоптимальный ответ на терапию – это клинико-радиологические характеристики течения РС и/или лабораторные показатели в течение лечебного года

терапии ПИТРС, не соответствующие критериям резистентности, на основании которых необходима смена терапии (Приложение А3.7).

Резистентность к терапии – это клинико-радиологические характеристики, возникающие в течение лечебного года терапии ПИТРС, на основании которых необходима смена терапии (Приложение А3.7).

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)

1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Рассеянный склероз (РС) – это хроническое демиелинизирующее заболевание, в основе которого лежит комплекс аутоиммунно-воспалительных и нейродегенеративных процессов, приводящих к множественному очаговому и диффузному поражению центральной нервной системы, следствием которого является инвалидизация пациентов и значительное снижение качества жизни [1].

1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Имеется полигенная наследственная предрасположенность к РС. В настоящее время выделено более 200 генетических факторов, формирующих эту предрасположенность. Реализация предрасположенности происходит при участии внешних факторов, среди которых на первом месте рассматриваются вирусные инфекции (особенно ретровирусы и вирус Эпштейн-Барр), недостаток витамина Д, раннее начало курения, изменения микробиома кишечника и другие факторы [2].

Продуцируемые Т- и В-клетками системно и локально в ткани провоспалительные цитокины вызывают активацию аутореактивных Т-лимфоцитов, приводят к аутоиммунному воспалительному поражению ткани ЦНС. Уже на ранних стадиях заболевания отмечаются нейродегенеративные изменения. Активация клонов сенсibilизированных клеток наряду с дисбалансом противовоспалительной и регуляторной функций иммунной системы, способствует хронизации процесса. Вторично активированные макрофаги и микроглия также секретируют провоспалительные цитокины [3].

1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Во всем мире имеется нарастание числа случаев РС, что связано как с улучшением диагностики и повышением возможностей патогенетической и симптоматической терапии, так и с истинным увеличением заболеваемости по неясным пока причинам. По данным публикации «Атлас РС Международной Федерации пациентов с рассеянным склерозом» (MSIF) с 2008 по 2013 годы распространенность РС возросла на 10% за 5 лет с 30 до 33 случаев на 100 000 населения. При отсутствии адекватного современного лечения в среднем через 10 лет до 50% пациентов имеют трудности в выполнении профессиональных обязанностей, через 15 лет более 50% имеют трудности в самостоятельном передвижении, а при длительности РС более 20 лет – проблемы в самообслуживании [4].

1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

G35 – Рассеянный склероз

G36.9 – Другая форма острой диссеминированной демиелинизации неуточненная

G37.9 – Другие демиелинизирующие болезни центральной нервной системы неуточненные

1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Типы течения рассеянного склероза [1]:

Ремиттирующий рассеянный склероз (РРС) – тип течения РС, характеризующийся наличием обострений, между которыми не отмечается прогрессирование инвалидизации. В период ремиссии могут иметься признаки стойкого неврологического дефицита [5].

Вторично-прогрессирующий рассеянный склероз (ВПРС) – тип течения РС, возникающий после периода ремиттирующего РС и характеризующийся наличием подтвержденного прогрессирования инвалидизации, независимого от обострений [5]. При данном типе РС могут сохраняться типичные обострения заболевания, между которыми наблюдается подтвержденное прогрессирование РС. При сохранении клинической активности РС (в виде обострений) используется термин ВПРС с обострениями.

Первично-прогрессирующий РС (ППРС) – тип течения РС, характеризующийся подтвержденным прогрессированием инвалидизации с момента появления первых симптомов заболевания, с возможными периодами стабилизации состояния, во время которых не происходит нарастания неврологического дефицита. Достаточным считается

непрерывное нарастание симптомов в течение 1 года, для диагностики используется специальный раздел критериев МакДональда 2017 года [5]. При данной форме могут наблюдаться типичные обострения заболевания, между которыми имеется подтвержденное прогрессирование инвалидизации, однако заболевание дебютирует не с обострений, а с прогрессирования [5]. У детей и подростков с РС практически всегда наблюдается РРС, иногда с активным началом по типу острого рассеянного энцефаломиелита (ОРЭМ), с переходом в ВПРС. Поскольку ППРС с началом в детском возрасте наблюдается крайне редко и описывается в 3-6,7% случаев педиатрического РС, то подобные случаи всегда нуждаются в тщательном уточнении диагноза [6-8].

С 2013 года внедряется новая классификация типов течения заболевания, в рамках которой выделяют неактивный РС (без обострений и без признаков активности РС по данным МРТ), активный РС (наличие обострений или признаков активности РС по данным МРТ), РС с прогрессированием и РС без прогрессирования [9]. Постепенный переход на данную классификацию представляется целесообразным, однако, существенно затрудняет использование ПИТРС, содержащих в инструкциях по применению в разделе «показания» ремиттирующий, вторично-прогрессирующий и первично-прогрессирующий РС [9].

С учётом особенностей течения выделяют особые варианты активности РС:

- **Злокачественный РС** (болезнь Марбурга) – острая форма тяжёлого течения РС, характеризующаяся быстрым усилением инвалидизации без ремиссий и в самых тяжёлых случаях – развитием летального исхода в течение нескольких месяцев от момента начала заболевания. Характерно развитие массивных очагов в стволе мозга, на МРТ эти очаги, как правило, активно накапливают парамагнитное контрастное средство. Вариант по типу болезни Марбурга может начинаться как сразу после дебюта РС, так и сменять на определенном этапе типичное течение РС. Частота развития такого варианта РС не превышает 5%.

- **Агрессивный рассеянный склероз** – вариант активности РС, при котором у ранее не леченного пациента (наивный пациент) в течение одного года наблюдения возможен один из двух сценариев течения заболевания:

1) развитие 2 или более обострений, каждое из которых привело к подтвержденному усилению инвалидизации (минимальный уровень РШСИ ≥ 2.5 баллов как исход этих обострений) и сопровождалось выявлением 1 или более контрастируемого очага на T1-ВИ или увеличением количества очагов на T2-ВИ по данным МРТ головного и/или спинного мозга в сравнении с предшествующим исследованием [10];

или

2) развитие 1 обострения, приведшего к устойчивому уровню РШСИ ≥ 3.0 баллов, и сопровождавшегося выявлением 2 или более контрастируемых очагов на T1-ВИ по данным МРТ головного и/или спинного мозга [11].

Стадии заболевания:

Обострение рассеянного склероза – субъективные (сообщаемые пациентом) и/или объективные (выявляемые при неврологическом осмотре) симптомы, характерные для острого воспалительного демиелинизирующего процесса в ЦНС (фокального или мультифокального), либо в виде усугубления уже имеющихся неврологических симптомов, либо в виде появления новых неврологических симптомов, не наблюдаемых ранее, с острым или чаще подострым началом, длительностью свыше 24 часов, с полным или неполным регрессом симптомов, при условии отсутствия лихорадки, других признаков инфекционного заболевания, предшествующих метаболических нарушений, явлений стресса [5].

В случае последовательного появления симптомов они считаются одним обострением, если новый симптом или группа симптомов, или отчетливое ухудшение уже имевшихся симптомов появляется в период от 24 часов до 30 дней с момента появления первого; и считаются двумя разными обострениями, если от начала первого до начала второго имеется период стабильного или улучшающегося состояния длительностью не менее 30 дней [5]. В соответствии с критериями МакДональда в редакции 2017 года понятия «обострение», «атака», «экзацербация» являются синонимами [5].

Ремиссия рассеянного склероза – период отсутствия обострений, прогрессирования и ухудшения симптомов в течение, как минимум, 30 дней; в случае появления нового симптома или группы симптомов, или отчетливого ухудшения уже имевшихся симптомов в срок до 30 дней включительно ремиссия не фиксируется, состояние расценивается как продолжающееся обострение.

Подтверждённое усиление инвалидизации – стойкое ухудшение неврологических нарушений (по шкале РШСИ (Приложения Г1 и Г2) после окончания обострения, которое было подтверждено как минимум двумя измерениями РШСИ, одно из которых было выполнено не ранее 30 дней с момента начала обострения, а второе – не менее чем через 3 месяца после начала обострения [12]. Стойким ухудшением неврологических нарушений является увеличение РШСИ на $\geq 1,5$ балла при исходном балле РШСИ=0, на ≥ 1.0 балл для пациентов с исходным РШСИ=1.0 – 5.0 баллов, или ≥ 0.5 балла – для пациентов с исходным уровнем РШСИ ≥ 5.5 . Усиление инвалидизации можно рассматривать как вклад обострения в накопление инвалидизации пациента. При этом необходимо учитывать, что после тяжелых обострений пациент может иметь увеличение балла по шкале РШСИ на самых

ранних этапах, но это не является прогрессированием [10].

Подтверждённое уменьшение инвалидизации – стойкое уменьшение неврологических нарушений по шкале РШСИ (Приложения Г1 и Г2) по сравнению с исходным баллом РШСИ. Подтвержденное уменьшение выставляется, когда у пациента уменьшение балла РШСИ по сравнению с первым зафиксированным уменьшением неврологических нарушений сохраняется через 6 месяцев. Уменьшением неврологических нарушений является снижение РШСИ на 1.0 балл по сравнению с исходным баллом РШСИ, если исходный РШСИ составлял 2,0–5,5 балла, или на $\geq 0,5$ балла, если исходный показатель РШСИ составлял $\geq 6,0$ баллов [13]. У пациентов, которые имеют длительность обострения более 30 дней с постепенным снижением балла РШСИ, данное снижение не может быть рассмотрено как подтвержденное уменьшение инвалидизации. Базовой точкой расчета для измерения улучшения является точка измерения РШСИ после завершения обострения. Уменьшение инвалидизации необходимо рассматривать как наилучший результат снижения воспалительной активности и реабилитационной помощи пациентам с РС.

Подтверждённое прогрессирование инвалидизации – стойкое нарастание неврологических нарушений по шкале РШСИ (Приложения Г1 и Г2) по сравнению с исходным уровнем, вне периода обострений и не связанное с перенесённым ранее обострением. Подтвержденное прогрессирование выставляется тогда, когда у пациента сохраняется или увеличивается балл РШСИ по сравнению с датой первого зафиксированного нарастания неврологических нарушений минимум через 6 месяцев, при условии отсутствия обострений в период измерения. Значимым нарастанием неврологических нарушений является увеличение РШСИ на $\geq 1,5$ балла при исходном балле РШСИ=0, на ≥ 1.0 балл для пациентов с исходным РШСИ=1.0 – 5.5 баллов, или ≥ 0.5 балла – для пациентов с исходным уровнем РШСИ ≥ 6.0 [9]. Самый ранний период, когда подтвержденное прогрессирование может быть зафиксировано, составляет 3 месяца. Более достоверным и важным для рутинной практики можно считать подтвержденное прогрессирование инвалидизации через 6 месяцев.

1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Поражение зрительного нерва: односторонний оптический неврит (часто при ретробульбарной локализации очага – ретробульбарный неврит), проявляющийся снижением остроты зрения или появлением скотом (часто в сочетании с болью при движении глазного яблока), длительностью не менее 24 часов (длительность от 2 до 4

недель); менее характерным является двусторонний оптический неврит без боли или с постоянной болью, полная и стойкая утрата зрения, отёк диска зрительного нерва и другие изменения на глазном дне.

Поражение мозжечка и его путей: статико-локомоторная и динамическая мозжечковая атаксия – неустойчивость при ходьбе, дисметрия и мимопопадание в координаторных пробах, мегалография, асинергии, интенционное дрожание, мозжечковая дизартрия (скандированная речь).

Поражение ствола головного мозга: межъядерная офтальмоплегия, нистагм (центральный), дисфункция отводящего нерва, гипестезия половины лица; менее характерны: снижение слуха, невралгия тройничного нерва, периферический парез мимических мышц, лицевая миокимия.

Поражение спинного мозга: центральные моно- и гемипарезы, нижний парапарез, нарушение поверхностной чувствительности по проводниковому типу, нарушение вибрационной чувствительности, симптом Лермитта, императивные позывы на мочеиспускание, недержание мочи, задержки мочеиспускания; менее характерны: синдром полного поперечного миелита, сегментарные нарушения чувствительности, радикулопатии, сенситивная атаксия, недержание кала.

Поражение больших полушарий головного мозга: субкортикальный когнитивный дефицит (снижение памяти и внимания, скорости выполнения нейропсихологических тестов), хроническая усталость или утомляемость, центральный гемипарез, депрессия, реже тревожность, эйфоричность, менее характерными являются гемианопсии, острые нарушения поведения и эпилептические приступы.

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

- **Рекомендуется** всем пациентам с 18 лет с подозрением на РС для **раннего подтверждения диагноза** использование критериев МакДональда (редакция 2017 года) (Приложение А3.1) [14].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарий: *Использование критериев МакДональда в редакции 2017 года обладает более высокой чувствительностью у пациентов на ранних стадиях заболевания, чем редакция критериев 2010 года или применением МРТ-критериев*

MAGNIMS 2016 (Приложение А3.4), что позволяет раньше установить диагноз РС. Следует, однако, учитывать, что специфичность критериев в редакции 2017 года ниже, чем в редакции 2010 года [14]. Для подтверждения диагноза рекомендуется использование алгоритма, разработанного на основе критериев МакДональда (редакция 2017 года) с целью наиболее ранней постановки диагноза (Приложение Б – 1,1 и 1,2 [5]. У пациентов с атипичным дебютом рекомендовано использовать критерии МакДональда в редакции 2010 года (Приложение А3.2) [14]. Тщательное проведение дифференциальной диагностики снизит риск ошибочной постановки диагноза РС [14-16].

- **Рекомендуется** у всех пациентов младше 18 лет с подозрением на РС при отсутствии энцефалопатии/общемозговой симптоматики в дебюте для подтверждения диагноза использование критериев МакДональда (редакция 2017 г, Приложение А3.1) [5].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств –5)

Комментарий: *Международное исследование по валидации критериев МакДональда в редакции 2017 года для популяции пациентов младше 18 лет продемонстрировало результаты, позволяющие использовать их в диагностике РС у детей [17]. Проспективное когортное исследование с участием пациентов младше 18 лет также продемонстрировало результаты, позволяющие использовать критерии МакДональда в редакции 2017 года для данной популяции [18].*

- **Рекомендуется** у всех пациентов младше 18 лет с подозрением на РС при наличии энцефалопатии/общемозговой симптоматики в дебюте для подтверждения диагноза РС использование критериев Международной группы по изучению детского рассеянного склероза (редакция 2013 г, Приложение А3.11) [19].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: *Исследований, оценивающих характеристики критериев Международной группы по изучению детского рассеянного склероза для пациентов с указанной симптоматикой, не проводилось.*

2.1 Жалобы и анамнез

- У всех пациентов с подозрением на РС **рекомендуется** подробный сбор анамнеза на предмет наличия признаков острых демиелинизирующих эпизодов в прошлом для определения возможности соответствия критериям диссеминации в пространстве и

времени (Приложение А3.1) [5].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: Оценка данных анамнеза должна проводиться врачом-неврологом для определения соответствия жалоб характерным клиническим проявлениям обострения РС и соответствия критериям диссеминации в пространстве и времени (Приложение А3.1).

- Всем пациентам с подозрением на РС **рекомендуется** проводить полную дифференциальную диагностику с другими неврологическими и не неврологическими заболеваниями с целью уменьшения риска диагностической ошибки и нанесения вреда пациенту по причине отложенного или неправильного лечения (План дифференциальной диагностики изложен в Приложении А3.3) [20-22].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарий: Исследование Yatoout с соавт. продемонстрировало, что только у 70% пациентов, направленных к специалисту по РС, был диагностирован РС [21]. Из пациентов с другими диагнозами 3,5% полностью соответствовали критериям РИС. Наиболее распространенными альтернативными диагнозами были психические расстройства (16,3%), неспецифические МРТ-поражения белого вещества (14,7%), заболевания спектра оптиконевромиелита (9,5%), мигрень (8,6%) и системные аутоиммунные заболевания (8,6%) [19]. Исследование Solomon с соавт. продемонстрировало, что 33% пациентов наблюдались с неправильным диагнозом в течение более 10 лет, 70% из них получали терапию ПИТРС и 31% имели нежелательные явления, связанные с терапией ПИТРС [22].

- Всем пациентам с наличием признаков оптического неврита на момент осмотра или в анамнезе **рекомендуется** прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный с целью исключения РС [23].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

2.2 Физикальное обследование

- При проведении неврологического осмотра пациентов с подозрением на РС **рекомендуется** использовать Шкалу функциональных систем по Куртцке (ФС (Приложение Г1) и Расширенную шкалу статуса инвалидизации (РШСИ;

Приложение Г2) [5, 24-26]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

2.3 Лабораторные диагностические исследования

- Всем пациентам с подозрением на РС **рекомендуется** назначать следующие лабораторные анализы для исключения сопутствующих заболеваний и определения возможности назначения последующей терапии ПИТРС [27, 28]:
 - Общий (клинический) анализ крови развернутый;
 - Анализ крови биохимический общетерапевтический, исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови, исследование уровня фибриногена в крови, исследование уровня общего кальция в крови;
 - Исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови, исследование уровня свободного тироксина (СТ4) сыворотки крови, определение содержания антител к тиреопероксидазе в крови, исследование уровня тиреоглобулина в крови.
 - Общий (клинический) анализ мочи и микроскопическое исследование осадка мочи;
 - Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV-1) в крови, определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 (Human immunodeficiency virus HIV-2) в крови, определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови, определение антител классов М, G (IgM, IgG) к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови, определение антител классов М, G (IgM, IgG) к ядерному антигену (HBcAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови, определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови,
 - Определение содержания антител к антигенам ядра клетки и ДНК [29].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: Данный перечень исследований рассматривается экспертами-членами рабочей группы как достаточный, но не исчерпывающий. План обследования должен исходить из клинической картины заболевания и других данных, полученных при объективных, лабораторных и инструментальных методах обследования.

- Пациентам с 18 лет с подозрением на РС, при наличии признаков, заставляющих включить в дифференциальный диагноз церебральную аутосомно-доминантную артериопатию с субкортикальными инфарктами и лейкоэнцефалопатией (CADASIL), с целью проведения дифференциального диагноза **рекомендуется** назначать молекулярно-генетическое исследование мутации гена NOTCH3 [30].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

- Пациентам с подозрением на РС, при наличии признаков, заставляющих включить в дифференциальный диагноз дефицит витамина В₁₂, с целью проведения дифференциального диагноза **рекомендуется** назначать определение уровня витамина В₁₂ (цианокобаламин) в крови [27, 31].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- Пациентам с подозрением на РС, при наличии признаков, заставляющих включить в дифференциальный диагноз заболевания спектра оптиконевромиелита (ЗСОНМ), с целью проведения дифференциального диагноза **рекомендуется** назначать анализ на антитела класса G (IgG) к аквапорину-4 в крови [34].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарий: Антитела к аквапорину-4 являются высокоспецифичным маркером оптиконевромиелита, клиническая специфичность составляет 97-98%. Наибольшей чувствительностью и специфичностью обладает методика определения антител к аквапорину-4 в культуре трансфицированных клеток, экспрессирующих аквапорин-4 [34].

- Пациентам с подозрением на РС, при наличии признаков, заставляющих включить в дифференциальный диагноз системные заболевания соединительной ткани, с целью проведения дифференциального диагноза **рекомендуется** назначать определение содержания антител к антигенам ядра клетки и ДНК и определение содержания антител к экстрагируемым ядерным антигенам в крови [35-37].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарий: Системные заболевания соединительной ткани имеют разнообразные проявления, в том числе, с вовлечением ЦНС. Исследования Leuchten с соавт. и Naga с соавт. показывают, что скрининговое тестирование на антинуклеарный фактор и определение антител к экстрагируемому ядерному

антигену IgG имеют высокую чувствительность и специфичность при выявлении таких заболеваний как системная красная волчанка, синдром Шегрена [36, 37]. Важной особенностью является высокая отрицательная прогностическая значимость и низкая позитивная прогностическая значимость [35]. Выявление указанных антител не является признаком системного заболевания само по себе, однако в подобном случае требуется прием (осмотр, консультация) врача-ревматолога первичный.

- Пациентам с подозрением на РС в качестве дополнительного метода подтверждения диагноза РС **рекомендуется** назначать парное исследование олигоклональных иммуноглобулинов класса G (IgG) с установлением типа синтеза в сыворотке крови и спинномозговой жидкости [5, 38-43].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарий: Чувствительность и специфичность определения олигоклональных иммуноглобулинов класса G по данным разных авторов составляет около 90% и 60%, соответственно [38, 40, 41]. 2-ой и 3-ий типы синтеза олигоклональных IgG являются наиболее характерными для РС [39]. Исследование может использоваться в качестве дополнительного метода, подтверждающего диссеминацию во времени в соответствии с критериями МакДональда в редакции 2017 года [5, 42]. Отсутствие олигоклональных иммуноглобулинов не является подтверждением отсутствия у пациента РС, что встречается с частотой до 13% случаев при РС и до 33% при КИС [38]. Наличие олигоклональных IgG в СМЖ является независимым фактором, повышающим риск конверсии КИС в достоверный РС [43].

2.4 Инструментальные диагностические исследования

- Всем пациентам с подозрением на РС **не рекомендуется** постановка диагноза РС только на основании данных МРТ, с целью снижения риска ошибочного диагноза [44].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарий: РС устанавливается, прежде всего, на основании характерной клинической картины [5]. МРТ является дополнительным методом исследования, повышающим точность и скорость диагностики.

- Всем пациентам с подозрением на РС **рекомендуется** проведение МРТ головного

мозга с контрастированием для исключения иной природы неврологического заболевания, а также для установления соответствия процесса критериям диссеминации в пространстве и времени [45].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарий: МРТ протокол головного мозга должен включать в себя следующие проекции и импульсные последовательности с толщиной срезов не более 5 мм: 1) аксиальная проекция (разметка по линии в сагиттальной плоскости, соединяющей нижние края колена и валика мозолистого тела) в режимах 2D T2, 2D T2 FLAIR (при возможности с подавлением MP-сигнала от жировой ткани в 2D T2 FLAIR); 2) сагиттальная проекция в режиме 3D T2 FLAIR (с толщиной срезов не более 2 мм); 3) аксиальные пре- и постконтрастные изображения (идентичные друг другу) в режиме 2D T1 (спиновое эхо) с применением стандартной дозировки контрастного средства, вводимого на протяжении 30 секунд, и временной задержки в 10-15 минут после введения контрастного средства; 4) сагиттальные пре- и постконтрастные изображения (идентичные друг другу) в режиме 3D T1 (градиентное эхо или быстрое спиновое эхо) с использованием изотропного вокселя (матрица 256x256, поле обзора 25 см, толщина срезов 1 мм), с применением стандартной дозировки контрастного средства, вводимого на протяжении 30 секунд, и временной задержки в 10-15 минут после введения контрастного средства, при этом постконтрастный 3D T1 режим должен предшествовать постконтрастному 2D T1, поскольку чувствительность 3D T1 к степени контрастного усиления снижается с течением времени. При необходимости дополнительно проводятся: 1) аксиальная или сагиттальная проекция в режиме 2D и/или 3D DIR для лучшей визуализации очагов кортикальной/юстакортикальной локализации (с толщиной срезов не более 2 мм); 2) аксиальная проекция в режиме ДВИ; 3) аксиальная проекция в режиме SWI (SWAN) для выявления симптома «центральной вены» (с толщиной срезов не более 2 мм) [46].

- Пациентам с подозрением на РС и наличием клинических симптомов поражения спинного мозга или радиологических признаков поражения головного мозга, не удовлетворяющих критериям диссеминации в пространстве, **рекомендуется** дополнительное проведение магнитно-резонансной томографии спинного мозга с контрастированием (шейный отдел) с целью снижения риска ошибочного диагноза и критериального подтверждения возможного диагноза РС [44]. Выполнение магнитно-резонансной томографии спинного мозга (грудной и поясничные отделы)

рекомендуется при подозрении на локализацию очага в этих областях.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарий: *Выполнение МРТ спинного мозга одновременно с МРТ головного мозга позволяет сократить частоту повторного направления на МРТ и избежать повторного введения контрастного средства. В случае наличия возможности необходимо сразу выполнять оба МРТ исследования. МРТ протокол спинного мозга должен включать в себя следующие проекции и импульсные последовательности с толщиной срезов не более 3 мм: 1) сагиттальная проекция в режимах T2 и T2 STIR; 2) аксиальная проекция в режиме T2 большой зоной (не через межпозвонковые диски, а зоной, охватывающей всю область интереса в поперечном сечении спинного мозга); 3) сагиттальные пре- и постконтрастные изображения в режиме T1 (спиновое эхо) с применением стандартной дозировки контрастного средства вводимого на протяжении 30 секунд, и временной задержки в 10-15 минут после введения контрастного средства; 4) аксиальные постконтрастные изображения в режиме T1 (спиновое эхо) с применением стандартной дозировки контрастного средства, вводимого на протяжении 30 секунд, и временной задержки в 10-15 минут после введения контрастного средства (при наличии изменений в T2) [44].*

- Пациентам с подозрением на РС старше 40 лет с неспецифическими находками на МРТ головного мозга **рекомендуется** дополнительное проведение магнитно-резонансной томографии спинного мозга с контрастированием (шейный отдел) с целью снижения риска ошибочного диагноза и критериального подтверждения возможного диагноза РС [47].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3)

Комментарий: *Выполнение МРТ спинного мозга одновременно с МРТ головного мозга позволяет сократить частоту повторного направления на МРТ и избежать повторного введения контрастного средства. В случае наличия возможности необходимо сразу выполнять оба МРТ исследования. МРТ протокол спинного мозга должен включать в себя следующие проекции и импульсные последовательности с толщиной срезов не более 3 мм: 1) сагиттальная проекция в режимах T2 и T2 STIR; 2) аксиальная проекция в режиме T2 большой зоной (не через межпозвонковые диски, а зоной, охватывающей всю область интереса в поперечном сечении спинного мозга); 3) сагиттальные пре- и постконтрастные изображения в режиме T1 (спиновое эхо) с применением стандартной дозировки контрастного средства,*

вводимого на протяжении 30 секунд, и временной задержки в 10-15 минут после введения контрастного средства; 4) аксиальные постконтрастные изображения в режиме T1 (спиновое эхо) с применением стандартной дозировки контрастного средства, вводимого на протяжении 30 секунд, и временной задержки в 10-15 минут после введения контрастного средства (при наличии изменений в T2 [48]).

- Пациентам с подозрением на РС, у которых при однократной магнитно-резонансной томографии головного мозга не удалось установить соответствие критериям диссеминации в пространстве и времени, **рекомендуется** назначение повторной МРТ головного мозга для оценки динамики и соответствия критериям диагностики РС [48-51].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарий: Серийные исследования МРТ головного мозга у пациентов с клинически изолированным синдромом (КИС) показали появление новых очагов в режимах T2 и T2 FLAIR, подтверждающие диссеминацию патологического процесса во времени, в 51% в течение 6 месяцев и в 71% случаев в течение 12 месяцев наблюдения. В случае обнаружения у пациента с клинической картиной острого демиелинизирующего эпизода на первичной МРТ головного мозга двух и более очагов, характеристики которых указывают на демиелинизирующий характер поражения при отсутствии признаков контрастного усиления, повторная МРТ головного мозга должна быть выполнена через 6-12 месяцев от первичной МРТ. В случае выявления на МРТ головного мозга двух и более очагов, характеристики которых указывают на демиелинизирующий характер поражения, у пациента без клиники острого демиелинизирующего эпизода или при неспецифической клинической картине (радиологически изолированный синдром – РИС) повторную МРТ головного мозга рекомендуется проводить также через 6-12 месяцев. При этом МРТ головного мозга должна быть выполнена с использованием стандартизированного МРТ протокола (см. выше). Подтверждение диссеминации патологического процесса во времени при повторной МРТ головного мозга не всегда требует применения контрастирования, поскольку может основываться исключительно на обнаружении новых очагов в режимах T2 и T2 FLAIR. Значение повторной МРТ спинного мозга у пациентов с КИС не доказано, поэтому должно рассматриваться в каждом конкретном случае индивидуально [48, 51]

- Пациентам с подозрением на РС при выполнении МРТ исследований **рекомендуется** оформление структурированного протокола МРТ заключения, в том

числе с целью оценки динамики очагов, соответствия критериям диссеминации в пространстве и/или во времени (Приложение А3.5) [52, 53].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: Экспертами-членами рабочей группы, однозначно рекомендуется оформление структурированного протокола МРТ заключения, включающего описательную часть (локализация, характеристики очагов, отсутствие или наличие патологического накопления КВ очагами), оценку динамики патологического процесса (появление, локализация и количество новых и/или увеличенных старых очагов в режимах T2-ВИ и T2FLAIR, накапливающих или не накапливающих КВ) и интерпретацию патологического процесса (типичная, атипичная или нетипичная для РС МРТ картина), на основе которого лечащий врач может принимать решения о дальнейшей тактике ведения пациента. Без оформления структурированного протокола МРТ заключения услуга проведения МРТ исследования считается выполненной некачественно.

2.5 Иные диагностические исследования

- У пациентов с подозрением на РС при наличии симптомов оптического неврита на момент осмотра или в анамнезе в качестве дополнительного метода исследования **рекомендуется** использовать дополнительные инструментальные методы диагностики: регистрация вызванных потенциалов коры головного мозга одной модальности (зрительные), магнитно-резонансная томография глазницы для объективизации эпизода зрительных нарушений [54, 55].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарий: Чувствительность определения очаговых изменений зрительного нерва на МРТ составляет до 93% [54]. Наличие контрастируемого очага демиелинизации в зрительном нерве связано с более тяжелым течением неврита зрительного нерва и менее благоприятным прогнозом восстановления зрения [54]. В исследовании Frederiksen с соавт. чувствительность диагностики замедления проведения вызванных потенциалов при оптическом неврите составила 77%, амплитуда зрительных вызванных потенциалов коррелировали с остротой зрения [55]. Увеличение латентности было связано с наличием подтвержденного диагноза РС [55].

- Пациентам с подозрением на РС, при наличии симптомов оптического неврита на момент осмотра или в анамнезе, в качестве дополнительного метода исследования **рекомендуется** назначение оптической когерентной томографии глаза для определения истончения слоя нервных волокон и слоя ганглионарных клеток сетчатки [56].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарий: Наилучшая чувствительность метода достигается приблизительно через 3 месяца после перенесённого оптического неврита [56]. Атрофия слоя зрительных волокон сетчатки является неблагоприятным прогностическим фактором в отношении прогрессирования инвалидизации [57]. В систематическом обзоре Britze с соавт. показано, что атрофия слоя ганглионарных клеток проявляется раньше, чем атрофия слоя зрительных волокон сетчатки и лучше предсказывает восстановление функции зрения[58].

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапию, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

Терапия РС включает: 1) лечение обострений РС, 2) лечение препаратами, изменяющими течение РС (ПИТРС) и 3) симптоматическую терапию (коррекция отдельных симптомов заболевания). В настоящее время препаратов, с доказанным нейропротективным и нейрорепаративным эффектом при РС не зарегистрировано.

3.1 Терапия обострений РС

- При наличии у пациента с РС клинических признаков обострения РС, подтвержденных объективно врачом-неврологом (вне зависимости от факта наличия/отсутствия контрастируемых очагов по данным МРТ, в случае ее проведения) **рекомендуется** терапия обострения РС метилпреднизолоном** с целью уменьшения выраженности и продолжительности симптомов обострения РС и уменьшения их продолжительности [59, 60] (Приложение Б. Алгоритм 2).

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

- В качестве терапии обострения РС у пациентов с РС **рекомендуется** использование глюкокортикоидов (ГК) в высоких дозах с целью уменьшения выраженности и продолжительности симптомов обострения РС [59-61].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарии: До начала терапии глюкокортикоидами (ГК) следует учитывать возможные побочные эффекты использования ГК.

- При наличии у пациентов с РС обострения РС в ситуации, когда риски терапии обострения РС превышают возможную пользу терапии, **рекомендуется** воздержаться от терапии обострения РС по совместному решению врача-невролога и пациента с РС с целью предотвращения побочных эффектов терапии обострения РС (критерии оценки тяжести обострения представлены в Приложении А3.12) [59].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: Лечащий врач может обсуждать с пациентом возможность не применять глюкокортикоиды для лечения неинвалидизирующих обострений или обострений, с момента начала которых прошел продолжительный период времени (например, больше 3 месяцев). По данным исследования Национального института здравоохранения Великобритании, исследования эффективности глюкокортикоидов по сравнению с плацебо, как правило, имели низкое качество [59]. По данным мета-анализа Miller с соавт., разница клинического эффекта глюкокортикоидов составила лишь 0.76 балла РШСИ по сравнению с группой плацебо в конце лечения по сравнению с исходным уровнем [60]. Решение о воздержании от терапии обострения должно приниматься только совместно с пациентом. Freedman с соавт. предложена классификация, позволяющая определить степень тяжести обострения с целью дальнейшей маршрутизации помощи пациенту (Приложение А3.12) [62].

- С целью уменьшения выраженности и продолжительности симптомов обострения РС у пациентов с РС с 18 лет включительно в качестве лекарственного препарата первого выбора **рекомендуется** использовать метилпреднизолон** для внутривенного применения в режиме пульс-терапии в дозе 1000 мг в течение 3-5 дней (максимально – 7) [61, 63-65].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

Для пациентов с РС младше 18 лет доза метилпреднизолона** для внутривенного применения в режиме пульс-терапии рассчитывается исходя из веса ребенка: 500 мг при весе 25-40 кг, 750 мг при весе 40-55 кг, 1000 мг при весе свыше 55 кг [66-68].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности

доказательств – 5)

Комментарий: Рандомизированное исследование LaMantia с соавт. и систематический обзор с применением мета-анализа Filippini с соавт. демонстрируют, что внутривенное введение метилпреднизолона** при обострении РС в режиме пульс-терапии способствовало значимому снижению показателя РШСИ через 4-5 недель [61, 65].

- В случае невозможности использования метилпреднизолона** с целью уменьшения выраженности и продолжительности симптомов обострения РС у пациентов с РС (с 18 лет) **рекомендуется** использование #дексаметазона** для внутривенного капельного применения по схеме: 8 мг в сутки в течение 7 дней, затем 4 мг в сутки в течение 4 дней, затем 2 мг в сутки в течение 3 дней [65].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарий: Приведенное РКИ имело малый размер выборки и не продемонстрировало статистически значимых преимуществ терапии #дексаметазоном** перед терапией метилпреднизолоном** при оценке показателя РШСИ через 7 и 15 дней после терапии [65]. Количество пациентов без обострений РС через 1 год после терапии обострения РС в группе высокодозного метилпреднизолона** было статистически значимо выше, чем в группе #дексаметазона**.

- В случаях, затрудняющих проведение терапии обострений РС парентеральными глюкокортикоидами, для пациентов с РС (с 18 лет) с обострением РС **рекомендуется** использование пероральных (таблетированных) глюкокортикоидов в эквивалентных суточных дозах (эквивалентных 1000 мг метилпреднизолона** внутривенно) в течение 3-5 дней с целью уменьшения продолжительности и выраженности симптомов обострения РС [61, 64, 69-73].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарий: Нет достоверных данных о статистически значимых различиях в эффективности и безопасности парентеральных и пероральных глюкокортикоидов в эквивалентных дозах в качестве терапии обострения РС в течение 5 дней. Однако, мощность исследований, включённых в мета-анализ, была ограниченной, а результаты не везде были согласованными, что не позволяет сделать окончательный вывод об однозначной эквивалентности данных типов терапии [61, 64, 69-73].

- У пациентов с РС (с 18 лет) при терапии обострений РС с использованием пероральных (таблетированных) глюкокортикоидов альтернативно внутривенному введению метилпреднизолона** **не рекомендуется** применение длительных курсов пероральных глюкокортикоидов (более 5 дней), в том числе с постепенным снижением дозы, с целью предотвращения развития побочных эффектов длительной терапии пероральными глюкокортикоидами [65, 69, 70].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарий: Более длительные курсы терапии глюкокортикоидами не являются более эффективными по сравнению с курсом продолжительностью до 5 дней [65, 69, 70].

- Пациентам с РС с 18 лет в случае неэффективности курса терапии глюкокортикоидами **рекомендуется** применение высокообъемного плазмафереза в количестве до 7 сеансов для терапии обострения РС [74, 75].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарий: Эффективность плазмафереза в качестве дополнительной терапии для пациентов, у которых терапия глюкокортикоидами при обострении РС оказалась неэффективной, продемонстрирована в некоторых рандомизированных клинических исследованиях [74, 75].

- Пациентам с РС младше 18 лет в случае неэффективности курса терапии глюкокортикоидами **рекомендуется** применение высокообъемного плазмафереза в количестве до 7 сеансов для терапии обострения РС [74-76].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- Пациентам с РС младше 18 лет при обострении РС **рекомендуется** применение #иммуноглобулина человека нормального** для внутривенного приема в курсовой дозе 2 г/кг веса в течение 5 дней с целью уменьшения продолжительности и выраженности симптомов обострения РС при наличии противопоказаний к приему глюкокортикоидов [66, 77, 78].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4).

Комментарий: #Иммуноглобулин человека нормальный** для внутривенного введения может рассматриваться как альтернативный метод лечения обострений РС у пациентов младше 18 лет, когда прием глюкокортикоидов

противопоказан. Введение иммуноглобулинов может уменьшать выраженность воспаления путем снижения уровня цитокинов и связывания антител против миелина путем блокирования Fc рецепторов, а также стимулировать ремиелинизацию [79, 80]. Ряд репортированных случаев лечения детей с демиелинизирующими заболеваниями (РС, ОРЭМ) сообщают о возможной эффективности применения иммуноглобулинов для внутривенного введения, однако контролируемых исследований надлежащего качества не опубликовано [77, 78].

3.2 Терапия, изменяющая течение РС

- Всем пациентам с РС перед назначением терапии, изменяющей течение РС, **рекомендуется** установить тип течения и уровень инвалидизации по шкале РШСИ (Приложение Г2) [9].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- **Всем пациентам с 18 лет с ремиттирующим РС с уровнем РШСИ $\leq 6,5$ баллов, не соответствующих критериям агрессивного рассеянного склероза, с целью предотвращения обострений и радиологической активности заболевания по данным МРТ головного/спинного мозга и инвалидизации, вызванной данными событиями, с целью снижения риска развития подтвержденного прогрессирования инвалидизации и развития ВПРС (Приложение А3.7, Приложение Б. 4.1, 4.2, 4.3, 4.4) рекомендуется** максимально раннее назначение ПИТРС:

Интерферон бета-1a** 44 мкг подкожно 3 раза в неделю [81, 82];

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1).

или

Интерферон бета-1b** 0,25 мг подкожно через день [83];

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1).

или

Пэгинтерферон бета-1a** (пегилированный интерферон бета) 125 мкг подкожно 1 раз в 14 дней [84-86].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 1).

или

Глатирамера ацетат** 20 мг подкожно ежедневно или глатирамера ацетат** 40 мг подкожно 3 раза в неделю [83, 87, 88];

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1).

или

Терифлуномид** 14 мг перорально 1 раз в сутки [89];

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2).

Или

Диметилфумарат** в начальной дозе 120 мг перорально 2 раза в день, через 7 дней дозу следует увеличить до поддерживающей 240 мг перорально 2 раза в день [89, 90]

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

или

Интерферон бета-1а** 30 мкг для внутримышечного введения 1 раз в неделю [91]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

или

Сампэгинтерферон бета-1а 240 мкг внутримышечно 1 раз в 14 дней [92, 93]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарий: Раннее назначение терапии ПИТРС способствует снижению риска прогрессирования инвалидизации и развития ВПРС [86, 94].

- **Всем пациентам с 10 до 18 лет с РРС с уровнем РШСИ $\leq 6,5$ баллов, не соответствующих критериям агрессивного рассеянного склероза, с целью снижения риска развития подтвержденного прогрессирования инвалидизации и развития ВПРС (Приложение А3.7, Приложение Б. 4.1, 4.2, 4.3, 4.4) при первом назначении терапии рекомендуется максимально раннее назначение ПИТРС:**

#Интерферон бета-1а** 30 мкг для внутримышечного введения 1 раз в неделю [95, 96; 97].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

или

#Интерферон бета-1а** 44 мкг подкожно 3 раза в неделю [96, 98].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

или

#Терифлуномид** 7 мг 1 раз в день перорально (при весе ≤ 40 кг) или 14 мг перорально 1 раз в день (при весе > 40 кг) [99-101]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

или

#Глатирамера ацетат** 20 мг подкожно ежедневно [96, 102-105]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

или

#Диметилфумарат** в начальной дозе 120 мг перорально 2 раза в день, через 7 дней дозу следует увеличить до поддерживающей 240 мг перорально 2 раза в день [101, 106]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарий: в связи с недостаточными данными по безопасности и эффективности у детей младше 10 лет данные препараты назначаются по решению врачебной комиссии

- **Рекомендуется** регулярно (не реже 1 раза в 6 месяцев) проводить оценку эффективности проводимой терапии ПИТРС. Терапию ПИТРС следует считать эффективной в случае наличия оптимального ответа на терапию. [107].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: В исследовании Rotstein с соавт. достижение оптимального ответа через 2 года терапии обладало положительным прогностическим значением в 78.3% в отношении отсутствия прогрессирования инвалидизации через 7 лет [108].

- **Пациентам с 18 лет с РРС при субоптимальном ответе на терапию ПИТРС (Приложение А3.7) с уровнем РШСИ $\leq 6,5$ баллов с целью предотвращения обострений и радиологической активности заболевания по данным МРТ головного/спинного мозга и инвалидизации, вызванной данными событиями, с целью снижения риска развития подтвержденного прогрессирования инвалидизации и развития ВПРС рекомендуется смена терапии на:**

Кладрибин** в таблетках 10 мг (3,5 мг/кг массы тела пациента в течение 2 лет: 1,75 мг/кг на 1 курс лечения в год общей продолжительностью не более 10 дней в каждый из двух курсов (год 1 и год 2) без приёма препарата в последующие 2 года (год 3 и

год 4) [111, 119-124]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств –2)

или

Офатумумаб в начальной дозе 20 мг в 0-ю, 1-ю и 2-ю недели, на 3-ей неделе препарат не вводится, начиная с 4-ой недели и далее ежемесячно 20 мг подкожно 1 раз в месяц [112, 125, 126]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств –2)

или

Дивозилимаб** в начальной дозе в виде двух отдельных внутривенных инфузий: с первой инфузией вводят 250 мг препарата, затем через 2 недели вводят еще 250 мг препарата, а далее в поддерживающей дозе 500 мг в виде однократной внутривенной инфузии каждые 6 месяцев (первую из последующих доз следует проводить через 6 месяцев после первой инфузии начальной дозы) [127]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств –2)

Комментарий: В расширенной фазе рандомизированного клинического исследования ASCLEPIOS (ALITHIOS) переход с терифлуномида** на офатумумаб привел к снижению: среднегодовой частоты обострений на 71,7%, риска новых/увеличивающихся T2-очагов на 86,6%, Gd (+) контрастных очагов в T1 на 97,4%, снижению риска подтвержденного усиления инвалидизации [112, 125, 126]. В рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое клиническое исследование BCD-132-2 в группу дивозилимаба** 500 мг было включено 24 (33,3%) из 72 пациентов с РС с обострениями с предшествующей терапией ПИТРС, а в рандомизированное двойное слепое двойное маскированное исследование эффективности и безопасности препарата дивозилимаб** (BCD-132-4) с использованием активного препарата сравнения (терифлуномид**) – 67 (39,6%) из 169 пациентов с предшествующей терапией ПИТРС. Одними из критериев включения были: наличие 1 обострения за последний год, а также один выявленный на МРТ очаг, накапливающий контрастное средство, и одно обострение за последние 24 месяца [127, 128].

- Пациентам с 18 лет с агрессивным РРС или с резистентностью к терапии ПИТРС (Приложение А3.7) с уровнем РШСИ $\leq 6,5$ баллов с целью предотвращения обострений и радиологической активности заболевания по данным МРТ

головного/спинного мозга и инвалидизации, вызванной данными событиями, с целью снижения риска развития подтвержденного прогрессирования инвалидизации и развития ВПРС **рекомендуются** ПИТРС (Приложение А3.7):

Натализумаб** 300 мг внутривенно 1 раз в 28 дней [129-133]

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

или

Финголимод** 0,5 мг перорально один раз в день [134-135]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

или

Озанимод 0,23 мг перорально один раз в день в дни 1-4, затем 0,46 мг перорально один раз в день в дни 5-7, затем 0,92 мг перорально один раз в день в день 8 и далее [117, 118, 137, 138]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 1)

или

Алемтузумаб** 12 мг внутривенно 2 курса терапии (5 инфузий в 1-й год и 3 инфузии во 2-й год) [139-141]

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

или

Окрелизумаб** в начальной дозе 600 мг, которую следует вводить в виде двух отдельных внутривенных инфузий: с первой инфузией вводят 300 мг препарата, затем через 2 недели вводят еще 300 мг препарата, все последующие дозы в дальнейшем вводятся в виде однократной внутривенной инфузии в дозе 600 мг внутривенно каждые 6 месяцев, первую из последующих доз 600 мг следует проводить через 6 месяцев после первой инфузии начальной дозы [142, 143]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

или

Кладрибин** в таблетках 10 мг (3,5 мг/кг массы тела пациента в течение 2 лет: 1,75 мг/кг на 1 курс лечения в год общей продолжительностью не более 10 дней в каждый из двух курсов (год 1 и год 2) без приёма препарата в последующие 2 года (год 3 и год 4)) [111, 119, 144]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

или

#Митоксантрон** 12 мг/м² в/в на 200 мл изотонического раствора натрия хлорида** каждые 3 месяца (предельная относительно безопасная кумулятивная доза – 80 мг/м²) [145].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2)

или

Дивозилимаб** в начальной дозе в виде двух отдельных внутривенных инфузий: с первой инфузией вводят 250 мг препарата, затем через 2 недели вводят еще 250 мг препарата, а далее в поддерживающей дозе 500 мг в виде однократной внутривенной инфузии каждые 6 месяцев (первую из последующих доз следует проводить через 6 месяцев после первой инфузии начальной дозы) [127, 128]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

или

Офатумумаб в начальной дозе 20 мг в 0-ю, 1-ю и 2-ю недели, на 3-ей неделе препарат не вводится, начиная с 4-ой недели и далее ежемесячно 20 мг подкожно 1 раз в месяц [112, 146]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

- Пациентам с 10 до 18 лет с агрессивным РРС или резистентностью к ПИТРС с уровнем РШСИ ≤6,5 баллов рекомендуются ПИТРС (Приложение А3.7):

#Натализумаб** 300 мг внутривенно каждые 4 недели [147-150]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

или

Финголимод** 0,5 мг перорально один раз в день (при весе ≥ 40 кг) или 0,25 мг перорально один раз в день (при весе < 40 кг) [134, 136, 304]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2).

или

#Окрелизумаб** 300 мг внутривенно 1 раз в 6 месяцев (при весе < 35 кг) или 600 мг внутривенно 1 раз в 6 месяцев (при весе ≥ 35 кг) [101, 150, 151]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств–4)

или

#Офатумумаб в начальной дозе 20 мг в 0-ю, 1-ю и 2-ю недели, на 3-ей неделе препарат не вводится, начиная с 4-ой недели и далее ежемесячно 20 мг подкожно 1 раз в месяц [101, 150, 152, 153]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств –5)

Комментарий: в связи с недостаточными данными по безопасности и эффективности у детей младше 10 лет данные препараты назначаются по решению врачебной комиссии

- Пациентам с РС, достигшим уровня РШСИ $\geq 7,0$ баллов, при отсутствии обострений и радиологической активности заболевания по данным МРТ в течение периода не менее 2-х лет **не рекомендуется** продолжать терапию ПИТРС в связи с недоказанностью эффективности терапии в данной когорте пациентов и существенным повышением рисков побочных эффектов, связанных с терапией ПИТРС [28]. Решение о прекращении терапии ПИТРС должно приниматься только совместно с пациентом.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: Исследований клинической эффективности ПИТРС в указанной когорте пациентов не проводилось, однако некоторые выводы можно сделать из анализа естественного течения заболевания. В исследовании Ahrweiller с соавт. показано, что частота обострений снижается на 46% каждые 5 лет после конверсии в ВПРС [154]. Похожие данные получены в исследовании Paz Soldan с соавт., которые показали, что в отобранной ими группе пациентов 91.6% обострений происходило в течение первых 5 лет после конверсии в ВПРС и 95.2% обострений развивалось до достижения возраста 55 лет [155]. При балле РШСИ 6.0 и выше риск обострений и/или активности на МРТ ниже на 50%, поэтому отмена ПИТРС может не сопровождаться существенным риском возобновления клинической и радиологической активности РС [28].

- Пациентам с РС с 18 лет с уровнем РШСИ $\leq 6,5$ баллов и оптимальным ответом на терапию при использовании ПИТРС (натализумаб**, финголимод**, озанимод, окрелизумаб**, алемтузумаб**, кладрибин**, #митоксантрон**, дивозилимаб**, офатумумаб), в случае наличия высоких рисков нежелательных побочных реакций

(НПР), угрожающих жизни пациента, или при наличии риска развития тяжелой инвалидизации в условиях продолжения данной терапии ПИТРС **рекомендуется** смена терапии на другой ПИТРС (натализумаб**, финголимод**, озанимод, окрелизумаб**, алемтузумаб**, кладрибин**, #митоксантрон**, дивозилимаб**, офатумумаб) с соблюдением рекомендованных периодов перевода при смене терапии и планов управления рисками [107].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: Рандомизированных клинических исследований, сравнивающих эффективность смены терапии в рамках ПИТРС, не проводилось. Существует некоторый положительный опыт смены натализумаба** (в основном, из-за рисков ПМЛ) на окрелизумаб**, алемтузумаб**, финголимод** кладрибин** при соблюдении сроков перевода [156-161]. Однако исследование Vollmer с соавт. демонстрирует, что частота обострений может возрастать после смены натализумаба** на финголимод** при продолжительном интервале переключения [162]. В исследовании Alping с соавт. смена натализумаба** на #ритуксимаб** была более эффективной, чем на финголимод** [163].

- **У пациентов с РС с 18 лет с уровнем РШСИ $\leq 6,5$ баллов и отсутствии оптимального ответа на терапию** при использовании терапии ПИТРС (натализумаб**, финголимод**, озанимод, окрелизумаб**, алемтузумаб**, кладрибин**, #митоксантрон**, дивозилимаб**, офатумумаб), при условии высокой комплаентности пациента, достаточного времени для развития эффекта терапии ПИТРС, **рекомендуется** смена терапии на другой ПИТРС (натализумаб**, финголимод**, озанимод, окрелизумаб**, алемтузумаб**, кладрибин**, #митоксантрон**, дивозилимаб**, офатумумаб) с соблюдением рекомендованных периодов перевода при смене терапии и планов управления рисками [107].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: Рандомизированных клинических исследований, сравнивающих эффективность смены терапии в рамках ПИТРС, не проводилось. Эксперты-члены рабочей группы рассматривают смену терапии в рамках ПИТРС как способ добиться выполнения критерия оптимального ответа на терапию у пациентов с резистентностью к одному из ПИТРС. Выбор другого ПИТРС должен производиться с учетом спектра нежелательных явлений, предыдущего опыта пациента на терапии ПИТРС, сопутствующих заболеваний и текущей активности

заболевания. В рандомизированном клиническом исследовании, а также в расширенной ее фазе (до 4 лет) продемонстрирована эффективность офатумумаба независимо от того, какой ПИТРС (в том числе, натализумаб** и финголимод**) применялся перед включением в исследование [112, 125].

- **Пациентам с 18 лет с ВПРС с подтвержденным прогрессированием инвалидизации независимо от наличия/отсутствия обострений с уровнем РШСИ $\leq 6,5$ баллов, с целью предотвращения и снижения темпов прогрессирования РС, предотвращения обострений и радиологической активности заболевания по данным МРТ головного/спинного мозга (в случае сохранения активности заболевания) рекомендуются:**

Сипонимод** в поддерживающей дозе 2 мг перорально в сутки (1 мг для генотипов CYP2C9 2/3 и CYP2C9 1/3) [115, 164, 165] ;

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 1)

*Комментарий: Безопасность и эффективность сипонимода** не исследовалась у пациентов старше 65 лет. Для обеспечения безопасности пациентов необходимо проведение генотипирования по изоферменту CYP2C9, а также соблюдение плана управления рисками (Приложение Б4.11) [115].*

или

#Окрелизумаб** в начальной дозе 600 мг, которую следует вводить в виде двух отдельных внутривенных инфузий: с первой инфузией вводят 300 мг препарата, затем через 2 недели вводят еще 300 мг препарата, все последующие дозы в дальнейшем вводятся в виде однократной внутривенной инфузии в дозе 600 мг внутривенно каждые 6 месяцев, первую из последующих доз 600 мг следует проводить через 6 месяцев после первой инфузии начальной дозы [142, 143, 166].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

*Комментарий: Безопасность и эффективность окрелизумаба** не исследовалась у пациентов старше 55 лет. У таких пациентов окрелизумаб** следует использовать с осторожностью. При применении окрелизумаба** у пациентов с ВПРС с целью обеспечения безопасности пациента рекомендуется соблюдение плана управления рисками (Приложение Б4.9).*

или

#Митоксантрон** в дозировке 12 мг/м² в/в на 200 мл изотонического раствора натрия хлорида** каждые 3 месяца в качестве препарата резервной терапии при

отсутствии альтернативы в связи с негативным профилем безопасности (предельная относительно безопасная кумулятивная доза – 80 мг/м²) [145]. При применении #митоксантрона** у пациентов с РС с целью обеспечения безопасности пациента рекомендуется соблюдение плана управления рисками (Приложение Б4.5).

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2)

- **Пациентам с 18 лет с ВПРС с подтвержденным прогрессированием инвалидизации и сохраняющимися обострениями**, при наличии противопоказаний к терапии сипонимодом** или окрелизумабом** с целью предотвращения обострений и радиологической активности заболевания по данным МРТ головного/спинного мозга и инвалидизации, вызванной данными событиями, **но не с целью замедления темпов прогрессирования РС** рекомендуется назначение ПИТРС:

Интерферон бета-1a** 44 мкг подкожно 3 раза в неделю [167],

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

или

Интерферон бета-1b** 250 мкг подкожно через день; [167],

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарий: LaMantina с соавт. проанализировали 5 РКИ, в которых 3122 (1829 интерфероны и 1293 плацебо) пациента, получавших лечение интерфероном бета-1a** или интерфероном бета-1b**, соответствовали критериям ВПРС. Включенная популяция была гетерогенной с точки зрения исходных клинических характеристик заболевания, в частности доля пациентов с ВПРС с обострениями колебалась от 72% до 44% [167]. Интерферон бета-1a** или интерферон бета-1b** не снижали риск прогрессирования, сохранявшегося в течение 6 месяцев после трех лет лечения. Анализ установил достоверное снижение риска прогрессирования заболевания через 3 месяца и риска развития новых обострений через три года. Риск развития новых активных очагов в головном мозге со временем снижался, но эти данные были получены в результате единичных исследований МРТ, выполненных в подгруппах пациентов; несмотря на отсутствие влияния на прогрессирование, рентгенологические данные подтверждали влияние на параметры МРТ [167].

- **Пациентам с ППРС с 18 лет с уровнем РШСИ ≤6,5 баллов с целью предотвращения темпов прогрессирования РС** рекомендуется:

Окрелизумаб** в начальной дозе 600 мг, которую следует вводить в виде двух отдельных внутривенных инфузий: с первой инфузией вводят 300 мг препарата, затем через 2 недели вводят еще 300 мг препарата, все последующие дозы в дальнейшем вводятся в виде однократной внутривенной инфузии в дозе 600 мг внутривенно каждые 6 месяцев, первую из последующих доз 600 мг следует проводить через 6 месяцев после первой инфузии начальной дозы [168].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарий: *Безопасность и эффективность окрелизумаба** не исследовалась у пациентов младше 18 лет и старше 55 лет. У таких пациентов окрелизумаб** следует использовать с осторожностью. У пациентов с уровнем РШСИ $\geq 7,0$ баллов эффективность и безопасность окрелизумаба** не исследовалась. При применении окрелизумаба** у пациентов с ППРС с целью обеспечения безопасности пациента рекомендуется соблюдение плана управления рисками (Приложение Б 4.9)*

3.2. Хирургическое лечение

Не предусмотрено

3.3. Иное лечение

Симптоматическая терапия является одной из важнейших составляющих лечения РС, рациональное использование препаратов позволяет существенно улучшить качество жизни пациентов. Симптоматическая терапия назначается любым медицинским специалистом по профилю своей деятельности. Назначение симптоматической терапии не зависит от получения или не получения пациентом ПИТРС, и индивидуально назначается в зависимости от стадии и типа течения заболевания.

Коррекция синдрома хронической усталости

- Пациентам с РС с 18 лет для лечения синдрома хронической усталости рекомендуется использование #амантадина** в дозе 200 мг в сутки [169].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств –1)

Комментарий: *мета-анализ Yang с соавт. показал, что #амантадин** был наиболее эффективным средством для лечения синдрома хронической усталости, однако исследования высокого качества, подтверждающие это, отсутствуют [169].*

- Пациентам с РС с 18 лет для лечения синдрома хронической усталости рекомендуется #левокарнитин в дозе 1 г 2 раза в сутки [179].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств –1)

Комментарий: *мета-анализ Yang с соавт. показал, что #левокарнитин был эффективен у некоторых пациентов с синдромом хронической усталости, однако все исследования были низкого качества [169].*

Коррекция нарушений мочеиспускания у пациентов с рассеянным склерозом

- У пациента с РС с 18 лет с синдромом гиперактивности мочевого пузыря, проявляющегося частыми императивными позывами к мочеиспусканию или недержанием мочи, с целью коррекции расстройств мочеиспускания, **рекомендуется** использование оксибутинина 5 мг 2 раза в сутки, или #толтероидина 4 мг 2 раза в сутки или 1 мг 2 раза в сутки в случае развития нежелательных реакций [170-172].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарий: *М-холиноблокаторы (G04BD средства для лечения учащенного мочеиспускания и недержания мочи) являются наиболее распространенным средством для лечения синдрома гиперактивности мочевого пузыря при РС [170]. Однако, данных по их эффективности при РС пока недостаточно, а Кокрейновский обзор с применением мета-анализа демонстрирует отсутствие статистически значимого эффекта в улучшении симптомов гиперактивности мочевого пузыря [173]. Тем не менее, данные отдельных клинических исследований демонстрируют эффективность М-холиноблокаторов (G04BD средства для лечения учащенного мочеиспускания и недержания мочи) в лечении синдрома гиперактивности мочевого пузыря [174-176].*

- У пациента с РС с 18 лет с синдромом гиперактивности мочевого пузыря, проявляющегося частыми императивными позывами к мочеиспусканию или недержанием мочи, с целью коррекции расстройств мочеиспускания, **рекомендуется** использование #десмопрессина** 10-120 мкг 1 р/сутки [171, 177-179].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: *#Десмопрессин** показал эффективность в исследовании Valiquette с соавт., уменьшив процент ночей с никтурией с 97% до 66%, а также в исследовании Hilton с соавт., снизив частоту позывов к мочеиспусканию [177, 178]. Все исследования были низкого качества.*

- У пациента с РС с 18 лет с затруднением опорожнения мочевого пузыря вследствие синдрома сфинктерно-детрузорной диссинергии **рекомендуется** использование альфа-адреноблокаторов (#тамсулозин** 0,4 мг 1 раз в сутки, #доксазозин** 2-8 мг в сутки) с целью коррекции расстройств мочеиспускания [180, 181].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4) – для #тамсулозина**

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 3) – для #доксазозина**

Комментарий: Положительный эффект при задержке мочеиспускания был показан в ряде исследований при рассеянном склерозе и других неврологических заболеваниях [180, 181].

- У пациента с РС с 18 лет с синдромом гиперактивности мочевого пузыря, проявляющегося частыми императивными позывами к мочеиспусканию или недержанием мочи, и резистентностью к пероральным и интраназальным лекарственным препаратам **рекомендуется** использование препаратов ботулинического токсина типа А-гемагглютинин комплекса** в виде интравезикальных инъекций по назначению врача-уролога с целью коррекции расстройств мочеиспускания [180-184].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарий: Интравезикальное введение ботулинического токсина типа А-гемагглютинин комплекса** приводило к увеличению максимального объема мочевого пузыря, уменьшению частоты позывов в течение дня и ночи, уменьшению количества эпизодов недержания мочи, а также частоты использования изделий медицинских одноразовых впитывающих [183-187]. Большинство исследований были проведены в смешанных группах, включая пациентов с различными причинами нейрогенной дисфункции мочевого пузыря, что осложняет заключение вывода об эффективности метода лечения при рассеянном склерозе.

Коррекция нарушений мышечного тонуса.

- У пациента с РС с 18 лет с синдромом спастичности с целью снижения мышечного тонуса **рекомендуется** использование баклофена** [188-193]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

или

тизанидина** [194]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств –3)

#толперизона 150-1000 мг в сутки перорально (доза подбирается индивидуально с учетом переносимости и эффективности) [195].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств –5)

Комментарий: Систематический обзор клинических исследований сообщает об эффективности использования данных препаратов для коррекции спастического гипертонуса [194]. Доза миорелаксанта подбирается индивидуально с учетом переносимости и эффективности.

- В случае непереносимости либо неэффективности терапии баклофеном**, тизанидином** или #толперизоном у пациентов с РС с 18 лет с синдромом спастичности **рекомендуется** использование #габапентина 300 мг – 3600 мг в сутки перорально (доза подбирается индивидуально с учетом переносимости и эффективности) с целью снижения мышечного тонуса [194, 196]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств –2)

- У пациента с РС с 18 лет с локальным спастическим гипертонусом мышц и неэффективности пероральной терапии спастичности для облегчения передвижения пациента, манипуляций рукой или улучшения возможности обслуживания/самообслуживания **рекомендуется** применение препаратов ботулинического токсина типа А-гемагглютинин комплекса** внутримышечно обученным специалистом [194, 197-204].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств –1)

Комментарий: Клинические исследования Нутан с соавт. и Gusev с соавт. продемонстрировали уменьшение выраженности нижнего спастического парализа у пациентов с РШСИ ≥ 7.0 баллов [198, 199]. Введение ботулинического токсина типа А-гемагглютинин комплекса** в приводящие мышцы бедра увеличило объем движений в тазобедренном суставе, уменьшило выраженность спастического гипертонуса, боль в мышцах ног и облегчило проведение гигиенических мероприятий. Исследование Gracies с соавт. на менее инвалидизированной смешанной популяции пациентов (включая РС) с нижним спастическим парализом показало, что введение ботулинического токсина типа

*А-гемагглютинин комплекса*** увеличило скорость ходьбы [200]. Ограниченные данные в смешанных популяциях существуют в отношении влияния ботулинического токсина типа А-гемагглютинин комплекса** на гипертонус мышц рук при РС [201-203]. На сегодняшний день не получено данных, что действие и спектр НПР ботулинического токсина типа А-гемагглютинин комплекса** отличается при лечении спастичности при РС по сравнению с другими нозологиями.

- У пациентов с РС с 18 лет с такими симптомами и/или синдромами, как боль, синдром беспокойных ног, бессонница лечение **рекомендуется** осуществлять в соответствии с общими рекомендациями для таких синдромов и симптомов с целью их коррекции [205-207].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: Специальных исследований при РС по данному вопросу не проводилось. В настоящий момент, лечение указанных синдромом подразумевает использование общих рекомендаций, не специализированных для лечения РС.

- Пациентам с РС с 18 лет с уровнем РШСИ 4-7 баллов с нарушением функции ходьбы рекомендуется Фампридин 10 мг перорально 2 раза в день, с целью улучшения функции ходьбы. [208-213]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов

- Пациентам с РС с 18 лет **рекомендуется** проводить медицинскую реабилитацию усилиями мультидисциплинарной реабилитационной команды с целью снижения уровня инвалидизации, улучшения показателей активности и участия и улучшения качества жизни [214, 215].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарий: Клинические исследования с умеренной доказательностью демонстрируют положительный эффект от мультидисциплинарной реабилитации.

- Пациентам с РС с 18 лет с оценкой по Шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ) 3-6 баллов **рекомендуется** проводить медицинскую реабилитацию в рамках стационарного отделения медицинской реабилитации пациентов с нарушением функции центральной нервной системы в течение 3-5 недель с целью снижения уровня инвалидизации, улучшения показателей активности и участия и улучшения качества жизни [215-218].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарий: Клинические исследования применения мультидисциплинарного подхода к реабилитации демонстрируют краткосрочную эффективность (до 12 недель) в рамках стационарного и амбулаторного этапа в течение 3-5 недель для показателей активности и участия и уменьшения имеющегося неврологического дефицита [215-218]. Данные исследований подтверждают со слабой силой доказательности, что интенсивная стационарная реабилитация превосходит по эффективности амбулаторную реабилитацию в краткосрочной перспективе (через 3 месяца) [218].

- Пациентам с РС с 18 лет, недавно перенесшим обострение с неполным регрессом симптомов, **рекомендуется** проведение мультидисциплинарной реабилитации с целью уменьшения неврологического дефицита, ограничений активности и участия [217, 219, 220].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарий: В систематическом обзоре 3 исследований (включая 1 рандомизированное плацебо-контролируемое исследование) показана эффективность мультидисциплинарной реабилитации в условиях круглосуточного стационара или дневного стационара при давности возникновения симптомов не более 5 месяцев [217, 219, 220].

- Всем пациентам с РС с 18 лет **рекомендуется** проводить оценку эффективности реабилитации валидированными объективными методами с использованием тестов, шкал и опросников для оценки ходьбы, баланса, функции рук, повседневной жизнедеятельности и качества жизни. Оценка должна проводиться до начала и после завершения реабилитации [221-223].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарий: Объективные методики оценки могут включать тесты оценки

ходьбы (тест 6-минутной или 2-минутной ходьбы, тест 25 шагов, индекс мобильности Ривермид и др.), тесты оценки баланса (шкала баланса Берг, тест «Встань и иди» и др.) [221, 222], тест функциональной независимости (FIM), тест 9 колышков и отверстий, тест руки Френчай, опросник оценки качества жизни (SF-36) (Приложения Г3-Г8). Методы оценки должны применяться в зависимости от клинической ситуации, но целесообразно использование набора тестов для оценки всего спектра нарушений. Исследования по эффективности реабилитации рассеянного склероза с применением оценки до вмешательства и после по сравнению с отсутствием оценок не проводились. Однако, сложившаяся клиническая практика подтверждает важность регулярного тестирования и оценки эффективности реабилитации для врачей, пациентов, страховых компаний и государства [223]. Многим методикам требуется адаптация и валидация в условиях российской клинической практики.

- После курса реабилитации в рамках круглосуточного стационара пациентам с РС с любым типом течения с оценкой по Шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ) 2-3 балла **рекомендуется** долгосрочная (до 6 недель) реабилитация в условиях амбулаторного отделения медицинской реабилитации и (или) дневного стационара медицинской реабилитации для уменьшения инвалидизации, улучшения показателей активности и участия, а также качества жизни [215, 224-226].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарий: Существуют ограниченные доказательства эффективности высокоинтенсивного реабилитационного вмешательства в течение 6 недель в амбулаторных условиях для улучшения показателей участия и качества жизни через 12 месяцев [215]. Для долгосрочных вмешательств амбулаторно или на дому существуют убедительные доказательства улучшения качества жизни пациентов [224-226].

- При кодировании реабилитационного диагноза у всех пациентов с РС специалистам по медицинской реабилитации **рекомендуется** выставить диагноз в категориях Международной классификации функционирования (МКФ) с целью унифицированного обозначения всех имеющихся нарушений пациента, а также для улучшения междисциплинарного взаимодействия [227-230].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарий: Постановка реабилитационного диагноза с помощью МКФ

занимает центральное место при планировании реабилитации. Опираясь на рекомендации Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), специально для РС были разработаны и валидированы ключевые разделы МКФ для РС (ICF Core Set) [227-230]. Их использование помогает объективизировать состояние пациента и сформировать план реабилитации [227].

- Пациентам с РС с 18 лет **рекомендуется** физическая реабилитация в качестве обязательного компонента реабилитационных программ для снижения инвалидизации, улучшения показателей активности и участия и качества жизни [214, 226].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарий: Существующие данные с высокой степенью доказательности подтверждают эффективность физических методов реабилитации (например, лечебной физкультуры, роботизированной механотерапии, гидрокинезотерапии) для улучшения показателей активности и участия, повышения мышечной силы, способность пациента к передвижению, независимости, аэробной выносливости, снижает утомляемость и улучшает показатели качества жизни [214, 226]. Никакой из методов не обладает существенным преимуществом перед остальными.

- Пациентам с РС с 18 лет для уменьшения мышечной слабости и утомляемости, улучшения ходьбы и прочих видов мобильности **рекомендуется** физическая реабилитация: лечебная физкультура при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга, индивидуальные и групповые занятия лечебной физкультурой при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга, механотерапия и роботизированная механотерапия при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга, лечебная физкультура с использованием аппаратов и тренажеров при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга, гидрокинезотерапия при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга, пособие по восстановлению позо-статических функций [214, 231-236].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарий: Полученные данные клинических исследований и их мета-анализа указывают на эффект физической реабилитации для уменьшения утомляемости. Наибольшую эффективность продемонстрировали тренировки на выносливость,

силовые тренировки (включая тренировки с сопротивлением и отягощением), роботизированная механотерапия, йога, тренировки баланса и смешанные методики [214, 231]. Механизмом, определяющим эффективность физической реабилитации при утомляемости, является улучшение состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем, прямой нейропротективный эффект реабилитации и нормализация работы гипоталамо-гипофизарной оси, которая, как считается, вовлечена в патогенез утомляемости при РС [231-234]. Исследования по оценке эффекта на утомляемость проводились в основном у пациентов с уровнем РШСИ <6.0 баллов. Эффективность подобных методик у более инвалидизированных пациентов не изучалась, однако, при наличии возможности, физическая реабилитация должна проводиться пациентам с любым уровнем РШСИ [214]. Лечебная физкультура в бассейне и гидрокинезотерапия показали эффективность в уменьшении утомляемости, мышечной силы, депрессии и качества жизни [237, 238]. Небольшие рандомизированные клинические исследования по спортивному скалолазанию демонстрируют снижение утомляемости и увеличение мышечной силы [239]. Интенсивность и продолжительность вмешательства следует выбирать индивидуально для каждого пациента. Никакой из методов не обладает существенным преимуществом перед остальными.

- Пациентам с РС с 18 лет для уменьшения общей (не мышечной) утомляемости **рекомендуется** назначение индивидуальной психотерапии и процедур по адаптации к условиям макросреды, включая разработку специализированной индивидуальной программы реабилитации с использованием когнитивной поведенческой терапии, обучение принципам сохранения энергии, а также проведение тренингов по формированию режима дня [214, 236, 240].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарий: Данные исследований с применением мета-анализа с высокой достоверностью отмечают эффективность специализированных программ, направленных на борьбу с утомляемостью, включающих когнитивную поведенческую терапию и обучение принципам сохранения энергии [214, 236]. Неоднозначные данные существуют в отношении использования охлаждающих жилетов [240].

- Пациентам с РС **рекомендуется** включение эрготерапии в программы реабилитации с целью уменьшения ограничений активности и участия, улучшения качества жизни

[241].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3)

Комментарий: Ряд РКИ низкого качества демонстрирует эффективность некоторых подходов в эрготерапии для улучшения показателей активности и участия, утомляемости и качества жизни. При включении эрготерапии в программы реабилитации следует прежде всего рассматривать такие методы как обучение и консультирование пациентов и программы сохранения энергии, имеющие доказательную базу при РС [241].

- Пациентам с РС **рекомендуется** мультидисциплинарная холистическая реабилитация верхних конечностей для уменьшения степени нарушений их функций, ограничения активности и участия, включая эрготерапию, индивидуальные и групповые занятия лечебной физкультурой при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга, механотерапию и роботизированную механотерапию при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга, лечебную физкультуру с использованием аппаратов и тренажеров при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга [242].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3)

Комментарий: Исследования демонстрируют улучшение показателей реализации и капаситета (в структуре МКФ) верхних конечностей после проведения комплексной мультидисциплинарной и робот-ассистированной реабилитации [242]. Лечебная физкультура и тренировки на выносливость показали улучшение показателей функций верхних конечностей, но не активности и участия [242].

- Пациентам с РС с 18 лет **рекомендуется** обучение навыкам самообслуживания, консультирование по адаптации среды, по вопросам трудоустройства с учетом имеющихся ограничений, обучение самоуходу, обучение пациента самопомощи при перемещении в постели и/или кресле, обучение пациента самопомощи при перемещении с помощью дополнительной опоры, процедуры по адаптации к условиям макро- и микросреды для уменьшения степени выраженности ограничений, социальной дезадаптации и снижения качества жизни [243].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: Консультации и обучение рекомендуется проводить специалистам по эгореабилитации (эргоспециалистам), врачам по физической и

реабилитационной медицине и социальным работникам.

- В процессе реабилитации **рекомендуется** проводить обучение близких/родственников пациентов с РС уходу за тяжелобольным пациентом для уменьшения ограничений активности и участия пациента, обучения родственников уходу за инвалидизированным пациентом и профилактики психологического выгорания родственников инвалидизированных пациентов [244].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

- Пациентам с РС с 18 лет для коррекции нарушений баланса и ходьбы, а также профилактики падений **рекомендуются** роботизированная механотерапия при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга, коррекция нарушения двигательной функции при помощи биологической обратной связи, упражнений лечебной физкультуры с использованием установки кинезотерапевтической [238, 245-253].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарий: Клинические исследования и данные систематических обзоров выявили слабый или умеренный положительный эффект на показатели баланса при использовании индивидуальных и групповых упражнений для тренировки баланса [245], совмещенных с йогой [246], ЛФК в бассейне [238], упражнениями для зрения [247], сенсорной интеграцией [248], а также при использовании системы стабилметрической с биологической обратной связью для тренировки баланса [249]. В мета-анализе использование виртуальной реальности (VR) продемонстрировало эффективность, сопоставимую с традиционными методиками [250]. Однако, использование VR значительно возросло за последнее десятилетие для повышения функциональной подвижности, снижения утомляемости и повышения качества жизни [350-352]. Клинические исследования с использованием робот-асистированной тренировки ходьбы продемонстрировали значимое улучшение некоторых показателей баланса [251]. Клинические исследования умеренного и слабого методологического качества демонстрируют улучшения баланса и ходьбы после применения экзоскелет-асистированной реабилитации [252, 253]. Ни один из методов не имеет научно-обоснованного предпочтения перед остальными.

- Пациентам с РС с 18 лет с синдромом свисающей стопы **рекомендуется** применение функциональной электростимуляции для увеличения скорости ходьбы [254].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3)

Комментарий: Систематический обзор с применением мета-анализа продемонстрировал значимое увеличение скорости ходьбы при применении функциональной электростимуляции мышц передней поверхности голени при синдроме свисающей стопы [254].

- Пациентам с РС с 18 лет с синдромом спастического гипертонуса **рекомендуются** следующие немедикаментозные методы с целью коррекции спастического гипертонуса, болевого синдрома, профилактики и лечения суставных контрактур: процедуры, направленные на уменьшение спастики (например, позиционирование), лечебная физкультура при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга, транскраниальная магнитная стимуляция, наложение циркулярной гипсовой повязки, изготовление и ношение индивидуальных ортезов покоя, этапное гипсование [255].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарий: Систематический анализ данных рандомизированных клинических исследований выявил низкое качество проведенных исследований [255]. Тем не менее, ряд исследований демонстрируют краткосрочную (до 1 недели) или среднесрочную (до 6 месяцев) эффективность от проведения лечебной физкультуры - упражнений на растяжение и сокращение мышц-агонистов и антагонистов (отдельно или в сочетании с инъекциями ботулинического токсина типа А–гемагглютинин комплекса**), транскраниальной магнитной стимуляции [255]. Не показали эффективности методы чрескожной электрической стимуляции нервов, вибрация всего тела, спортивное скалолазание и йога [255]. Исследования демонстрируют недостаточно согласованные данные по эффективности использования индивидуальных ортезов покоя и этапного гипсования при инсульте или при других приобретенных повреждениях головного мозга, однако в большинстве публикаций отмечен значимый положительный эффект от вмешательства в отношении объема активных и пассивных движений, уменьшения болевого синдрома [256-258].

- Пациентам с РС с 18 лет, получающим терапию ботулиническим токсином типа А–гемагглютинин комплексом** для уменьшения спастического гипертонуса мышц верхних и нижних конечностей, **рекомендуется** дополнительное применение лечебной физкультуры при заболеваниях центральной нервной системы и головного

мозга, процедур, направленных на уменьшение спастичности мышц (например, позиционирование), наложение циркулярной гипсовой повязки, изготовление и ношение индивидуальных ортезов покоя, этапное гипсование для уменьшения гипертонуса и увеличения объема пассивных и активных движений пораженных конечностей [259].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарий: Систематический обзор с применением мета-анализа демонстрирует с умеренной степенью доказательности эффективность сочетания упражнений на растяжение и индуцированной ограничением двигательной терапии с инъекциями ботулинического токсина типа А–гемагглютинин комплекса** [259]. Стоит отметить, что выраженность эффекта от данных мероприятий не высока, но превышает эффект от применения только инъекций ботулинического токсина типа А–гемагглютинин комплекса**.

- Пациентам с РС с 18 лет с нарушениями речи и глотания **рекомендуется** ранняя комплексная медико-логопедическая процедура при дисфагии, медико-логопедическая процедура при дизартрии, разработка индивидуальной программы логопедической реабилитации, обучение компенсаторным стратегиям и альтернативным способам коммуникации с целью уменьшения выраженности нарушений речи и глотания, улучшения дыхания, профилактики аспирации и снижения ограничений активности и участия [243].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- Пациентам с РС с 18 лет, проходящим реабилитацию на амбулаторном или стационарном этапе, **рекомендуется** комплексное клинико-психологическое нейropsychологическое обследование с целью выявления нарушений памяти, внимания или других когнитивных функций [260].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарий: Большая часть пациентов с РС имеют нарушения когнитивных функций, что снижает качество жизни и влияет на инвалидизацию при РС [260]. Для коррекции нарушений требуется предварительная оценка выраженности нарушений. В ряде случаев может быть рекомендован совместный осмотр специалист по эргореабилитации (эргоспециалиста) и медицинского психолога (нейropsychолога)

- Пациентам с РС с 18 лет при выявлении объективного снижения показателей когнитивных функций по данным стандартизированных тестов **рекомендуется** нейропсихологическая реабилитация когнитивных функций с использованием холистического подхода и/или специализированных когнитивных тренингов (в том числе в электронной форме) [260-262].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарий: Систематический обзор данных исследований с применением мета-анализа выявил слабый положительный эффект от проведения нейропсихологической реабилитации, при этом часть исследований имели низкое качество. Результаты некоторых мета-анализов конфликтуют с результатами других [260-262]. Исследования демонстрируют значимое улучшение показателей кратковременной и долговременной памяти, внимания, объема памяти и уменьшение депрессии после реабилитации [260, 261]. Учитывая отсутствие доказанного эффекта на когнитивные функции от медикаментозной терапии, нейропсихологическую реабилитацию следует рассматривать как единственный доказанный метод улучшения когнитивных функций в настоящий момент. Продолжительность и виды вмешательства могут отличаться. В настоящий момент недостаточно данных, чтобы определить преимущественную эффективность одного метода над другим [262].

- Пациентам с РС с 18 лет, проходящим реабилитацию на амбулаторном или стационарном этапе, **рекомендуется** прием (тестирование, консультация) медицинского психолога первичный и клинико-психологическое психодиагностическое обследование с целью выявления депрессии, тревожного синдрома, суицидальных наклонностей, нарушений мотивации и других эмоционально-волевых нарушений, а также для принятия решения о необходимости приема (осмотр, консультация) врача-психиатра первичного [263-265].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарий: Депрессия и тревога являются частыми психологическими нарушениями при РС, приводя к снижению качества жизни, риску суицида и снижению комплаентности [263-265].

- Пациентам с РС с 18 лет при выявлении депрессивного синдрома по данным обследования медицинского психолога, **рекомендуется** индивидуальное клинико-психологическое консультирование, индивидуальная психотерапия и групповая

психотерапия с целью снижения выраженности депрессии и улучшения качества жизни [266-268].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарий: Систематический обзор данных клинических исследований среднего качества (не все первичные конечные точки и выводы согласованы) с применением мета-анализа демонстрирует снижение уровня депрессии от применения психологического консультирования и когнитивной поведенческой терапии индивидуально и в группе [268]. Недостаточно данных представлено по эффективности психологического вмешательства для уменьшения тревожного синдрома.

- Пациентам с РС с 18 лет **рекомендуется** проведение телемедицинской реабилитации для коррекции нарушений функций, улучшения показателей активности и участия (в структуре МКФ), уменьшения выраженности инвалидизации, уменьшения утомляемости и улучшения качества жизни [269].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарий: Телемедицинская реабилитация может применяться в комплексном оказании помощи пациентам с РС. Очевидным преимуществом телереабилитации является возможность использования этого метода для наблюдения и контроля эффективности реабилитации у пациентов, проживающих удаленно. Исследования демонстрируют низкий уровень доказательности для проведенных вмешательств: в 9 РКИ, включенных в мета-анализ, использовали различные виды и продолжительность вмешательств. Реабилитационные телемедицинские мероприятия включали физические упражнения, образование пациентов, поведенческую терапию и программы, направленные на снижение симптомов [269].

- Пациентам с РС при недержании мочи **рекомендуются** физические методы реабилитации (лечебная физкультура при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга) с целью уменьшения выраженности дисфункции мочевого пузыря и улучшения качества жизни [270].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарий: Рандомизированные клинические исследования выявили положительный эффект на показатели произвольного мочеиспускания и качества жизни при использовании физических упражнений для тренировки мышц

малого таза, упражнений с применением биологической обратной связи с помощью электронейромиографии, стимуляции большеберцового нерва, стимуляции мышц тазового дна [270], совмещенных с ЛФК.

- Пациентам с РС с 18 лет, проходящим реабилитацию на амбулаторном или стационарном этапе, **рекомендуется** низкоинтенсивная лазеротерапия для повышения функциональной подвижности, снижения утомляемости и повышения качества жизни [353].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3)

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

Доказательных исследований по методам профилактики рассеянного склероза не проводилось. Вопросы первичной профилактики являются наиболее значимыми для людей, имеющих высокий риск развития РС, а именно – для родственников пациентов РС первой степени родства, пациентов с клинически изолированным синдромом, радиологически изолированным синдромом, носителями генетических маркеров РС (HLA-DR-1.15). Несмотря на отсутствие обширных исследований, отдельные эпидемиологические работы по методу случай-контроль показывают ассоциацию некоторых факторов риска с высокой частотой развития РС. К таким факторам относятся, курение, недостаток витамина Д, вирусные инфекции, хронический психоэмоциональный стресс.

Вторичная профилактика включает в себя профилактику активности РС (клиническую, радиологическую) и прогрессирования, а также управление рисками на ПИТРС, согласно утвержденному плану. Значимым считается правильное ведение беременности и родов, своевременная вакцинопрофилактика, ограничение инсоляции, диетические рекомендации, своевременная коррекция психоэмоциональных нарушений (особенно депрессии и тревоги) [271, 272].

Проводимая при РС иммуносупрессивная/иммуномодулирующая терапия позволяет сохранять контроль над болезнью, но может повышать риски инфекционных заболеваний, в связи с чем вакцинация становится важной частью ведения пациентов с РС. Доказано, что потенциальная польза вакцинации пациентов с РС как получающих, так и не получающих ПИТРС, существенно превышает возможные риски, а также не повышает риск обострения РС или ухудшения состояния [273].

- Пациента с РС **рекомендуется** взять на диспансерное наблюдение в рамках

специализированной амбулаторной неврологической службы, организованной либо в виде специализированного клиничко-диагностического кабинета/отделения или специализированного неврологического центра по оказанию помощи пациентам с демиелинизирующими заболеваниями, с целью эффективного наблюдения и сопровождения [274].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: Организация специализированного центра/отделения/кабинета рассматривается экспертами-членами рабочей группы как единственно эффективная мера организации квалифицированной помощи пациентам с РС, а также способ сбора актуальной информации о распространённости заболевания и потребности в терапии ПИТРС, реабилитации и других мероприятиях.

- Пациентам с РС **рекомендуется** плановый диспансерный осмотр проводить не реже чем 1 раз в 6 месяцев, с целью актуализации типа течения и стадии болезни, оценки прогрессирования, оценки эффективности ПИТРС, оценки безопасности терапии ПИТРС, соблюдения плана управления рисками, корректировки тактики ведения [275, 276].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарий: Осмотр у специалиста по РС не реже 1 раза в 6 месяцев рассматривается экспертами-членами рабочей группы как достаточно эффективная мера для контроля эффективности и переносимости терапии, контроля над течением заболевания.

- Пациентам с РС при появлении новой неврологической симптоматики или значимого ухудшения имеющейся симптоматики длительностью свыше 24 часов **рекомендуется** проведение неврологического осмотра на предмет наличия обострения. При осмотре проводится объективизация имеющихся жалоб, исключение наличия инфекционного заболевания либо иной причины неврологических нарушений [27, 277].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: Ухудшение симптомов РС может возникать по многим причинам, в том числе, в результате инфекционного заболевания. Только осмотр квалифицированного врача-невролога - специалиста по РС - сможет определить причину появления жалоб, зафиксировать обострение или прогрессирование

заболевания, а также сделать выводы об эффективности принимаемой терапии ПИТРС.

- Пациентам с РС при первоначальном назначении ПИТРС, а также при любой смене терапии **рекомендуется** прием (осмотр, консультация) врача-невролога повторный с целью разъяснительной беседы лечащим врачом об ожидаемых результатах терапии, режиме терапии, плану управления рисками. Пациенту должна быть предоставлена информация о рисках и побочных эффектах терапии [27].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: Информированность пациента важна для повышения комплаенса. Совместное принятие решения о назначении или смене терапии ПИТРС, информирование пациента о рисках и правилах приема ПИТРС, а также о плане управления рисками является необходимым этапом при начале любой терапии ПИТРС, что требует дополнительного времени и повторного визита именно с целью обсуждения и принятия решения.

- При назначении ПИТРС пациенткам с РС **рекомендуется** проводить беседу о необходимости применения надежных методов контрацепции в течение всего периода терапии ПИТРС и определенное время после окончания терапии (в случае лечения натализумабом**, алетмузумабом**, окрелизумабом**, терифлуномидом**, #митоксантроном**, финголимодом**, озанимодом, кладрибином**, сипонимодом**, дивозилимабом**, офатумумабом) [278-281].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

- Пациентам с РС **рекомендуется** проведение МРТ головного мозга с контрастированием по следующим показаниям [48, 282]:
 - при наличии клинических признаков обострения РС;
 - перед началом терапии ПИТРС или при замене ПИТРС;
 - после родов через 1-3 месяца;
 - при отсутствии корректных данных предыдущего исследования (например, пациент начинает наблюдаться в другой клинике, данные МРТ из предыдущей клиники отсутствуют);
 - при сомнении и предполагаемом пересмотре диагноза;
 - на фоне терапии ПИТРС (через 6 месяцев после начала терапии, по завершении каждого лечебного года терапии);
 - на фоне терапии натализумабом** более 2 лет при наличии высокого риска

развития ПМЛ (пациенты с высоким индексом антител к JC-вирусу $\geq 1,5$ или предшествующей терапией иммунодепрессантами в анамнезе) каждые 3-6 месяцев по сокращенному протоколу [48].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: Динамическое наблюдение пациента с использованием методики МРТ на фоне терапии ПИТРС для определения эффективности получаемой терапии. При анализе данных наблюдения следует учитывать, что начало клинического эффекта препарата обычно отсрочено и наступает (в зависимости от препарата) через 3 - 6 месяцев после начала его использования. Поэтому проведение контрольной МРТ при назначении или замене ПИТРС до срока 6 месяцев нецелесообразно. Проведение МРТ головного мозга в случае замены ПИТРС необходимо для обеспечения безопасности новой терапии и стартовой оценки активности РС.

- Пациентам с РС при выполнении МРТ исследовании **рекомендуется** оформление структурированного протокола заключения, с целью анализа динамики очагов, оценки эффективности проводимой терапии (Приложение А3.5) [52, 283].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарий: Экспертами-членами рабочей группы однозначно рекомендуется заполнение структурированного протокола заключения, на основе которого лечащий врач может принимать решения о дальнейшей тактике ведения пациента. Без заполнения структурированного протокола заключения услуга проведения МРТ исследования считается не выполненной или выполненной не качественно.

- Выбор тактики ведения беременности и метода родоразрешения у пациенток с РС **рекомендуется** осуществлять в соответствии с общими рекомендациями ведения беременности и родов по усмотрению лечащего врача-акушера-гинеколога [278, 279].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарий: при наличии у пациентки с РС нижнего парапареза с выраженной спастичностью целесообразно использовать метод кесарева сечения для предупреждения развития вторичной слабости родовой деятельности [279].

- Пациенткам с РС после родов **рекомендуется** уделять особое внимание профилактике инфекций и адекватной психокоррекции, наиболее оптимальным

сроком возобновления приема ПИТРС является третий месяц послеродового периода при условии полного прекращения грудного вскармливания ребенка (с целью минимизации возможных рисков обострений через 3 месяца после родов) [278, 280].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

- Пациентам с РС **рекомендуется** отказаться от курения, с целью предотвращения ухудшения прогноза течения заболевания [284, 285].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: Курение связано с большим риском обострений и прогрессирования РС [284, 285]. С целью снижения риска прогрессирования инвалидизации рекомендуется информировать пациентов о пользе и способах отказа от курения.

- Пациентам с РС **рекомендуется** исследование уровня 25-ОН витамина Д в крови в сыворотке крови с последующей коррекцией его уровня до нормальных значений с целью снижения риска ухудшения течения заболевания; в случае невозможности контроля уровня витамина Д необходимо рекомендовать безопасную дозу #колекальциферола** до 4000 МЕ на постоянный прием; необходимо избегать бесконтрольного приема доз, превышающих 10000 МЕ [286].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: Низкий уровень витамина Д связан с повышением риска развития РС [286]. Основным ограничением, препятствующим использованию #колекальциферола** в качестве модифицирующей течение РС добавки, является отсутствие контролируемых рандомизированных исследований [286]. Существуют косвенные данные, указывающие на то, что прием #колекальциферола** может снизить частоту обострений, однако эти данные нуждаются в подтверждении [287, 288]. Не известно также влияние приема #колекальциферола** на нейродегенеративный компонент РС и клиническое прогрессирование симптомов.

- При наличии у пациента с РС расстройств мочеиспускания **рекомендуется** направить пациента к профильному специалисту (врач-уролог, врач-акушер-гинеколог) для исключения сопутствующих заболеваний, приводящих к нарушению тазовых функций, и выполнения УЗИ мочевого пузыря с определением объема остаточной мочи, при необходимости проведения уродинамических исследований

для обеспечения безопасности терапии расстройств мочеиспускания [170, 289, 290].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2) для взрослых

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5) для детей

Комментарий: *Квалифицированное обследование у профильного специалиста позволит провести дифференциальную диагностику состояния, исключить причины, не связанные с поражением ЦНС и назначить адекватную терапию. Предпочтительнее направлять к специалистам, имеющим опыт в работе с пациентами неврологического профиля – врачам-урологам(нейроурологам).*

- При остаточном объеме мочи более 100 мл у пациентов с РС с расстройствами мочеиспускания **рекомендуется** проведение периодической самокатетеризации (после обучения специалистом) с целью коррекции расстройств мочеиспускания [170, 289].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2) для взрослых

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5) для детей

Комментарий: *Объем остаточной мочи, требующий периодической самокатетеризации, достоверно не определен. Необходимо учитывать индивидуальные особенности пациентов.*

- У пациентов с РС, получающих инъекционную терапию ПИТРС, с целью профилактики появления и контроля местных НПР терапии (покраснение и отек, зуд, уплотнение, дискомфорт, кровоизлияние, липоатрофия, некроз) **рекомендуется** [291, 292]:
 - при начале терапии интерферонами бета-1a** и интерфероном бета-1b** – титровать дозу препарата согласно инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата;
 - при наличии технической возможности использовать автоинжектор;
 - проконтролировать асептику и антисептику, технику выполнения инъекций пациентом;
 - перед инъекцией выдержать препарат при комнатной температуре в течение 20-30 минут;
 - после инъекции приложить пакет охлаждающий к месту инъекции на 2-3 минуты;

- не вводить препарат в имеющиеся уплотнения после предыдущих инъекций;
- в случае подозрения на воспалительные изменения в местах инъекций или некроз – срочно проконсультировать у врача-хирурга.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: Данные рекомендации по мнению экспертов-членов рабочей группы позволят снизить риск развития НПР. Дополнительное предоставление наглядной информации в виде раздаточных материалов, буклетов или материалов в сети Интернет поможет повысить информированность пациентов, особенно при нарушениях памяти.

- Пациентам с РС с 18 лет, получающим ПИТРС (интерферон бета-1a** или интерферон бета-1b**), с целью профилактики появления и контроля гриппоподобного синдрома **рекомендуется** [292]:
 - при начале терапии - титровать дозу препарата согласно инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата;
 - выполнять инъекцию в вечернее время или перед сном, за исключением лекарственных препаратов пэгинтерферон бета-1a** и сампэгинтерферон бета-1a**, инъекции которых желательно проводить в утренние или дневные часы;

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

- Пациентам с РС с 12 лет, получающим ПИТРС (интерферон бета-1a** или интерферон бета-1b**), с целью профилактики появления и контроля гриппоподобного синдрома **рекомендуется** [293]:
 - при старте терапии - начинать терапию с половины рекомендуемой дозы для взрослых, достигая полной дозы в течение 1-3 месяцев;
 - выполнять инъекцию в вечернее время или на ночь;

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: Данные рекомендации по мнению экспертов-членов рабочей группы позволят снизить риск развития НПР.

- У пациентов с РС, получающих терапию ПИТРС, с целью контроля функции печени **рекомендуется** определение уровня печеночных ферментов (определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, при необходимости – определение активности гамма-глутамилтрансферазы в крови и определение активности щелочной

фосфатазы в крови), исследование уровня общего билирубина в крови и исследование уровня свободного и связанного билирубина в крови по окончании первого месяца терапии, затем с частотой не менее 1 раза в 3 месяца - для пациентов с РС, получающих терапию интерферонами бета-1а**, пэгинтерфероном бета-1а**, сампэгинтерферон бета-1а** и интерфероном бета-1b**, глатирамера ацетатом**, диметилфумаратом**, кладрибином**, натализумабом** (для натализумаба** – перед каждым введением препарата), финголимодом**, озанимодом, сипонимодом**, терифлуномидом** (для терифлуномида** - первые 6 месяцев 1 раз в месяц). Пациентам, получающим терапию окрелизумабом**, офатумумабом, дивозилимабом**, рекомендуется контроль анализов каждые 6 месяцев. Пациентам, получающим терапию алемтузумабом**, рекомендуется контроль анализов каждый месяц в течение первого года между лечебными курсами и 4-х лет после проведенной терапии [291, 293, 294, 295]:

- **рекомендуется** временное приостановление приема препарата с консультацией врача-гастроэнтеролога и направлением в специализированный центр (кабинет) РС в случае, если: [291]

- 1) уровень АлАТ/АсАТ превышает в 8 раз верхнюю границу нормы (ВГН);
- 2) уровень АлАТ/АсАТ превышает в 5 раз ВГН на протяжении 2 недель (в 3 последовательных анализах);
- 3) уровень АлАТ/АсАТ превышает в 3 раза ВГН в сочетании с повышением общего билирубина свыше 2 ВГН;
- 4) уровень АлАТ/АсАТ превышает в 3 раза ВГН в сочетании с проявлениями тошноты, рвоты, боли и напряжения в правой подреберье, лихорадкой и/или эозинофилией (>5%);
- 5) уровень общего билирубина изолированно превышает 2 ВГН в повторных анализах с интервалом в 48 часов.

Для терифлуномида** **рекомендуется** приостановить прием препарата с приемом врача-гастроэнтеролога первичным (осмотр, консультация) и направлением в специализированный центр (кабинет) РС в случае, если уровень АЛТ/АСТ превышает 3 ВГН, подтвержденный через 2 недели;

- в случае подтверждения лекарственного гепатита на фоне терапии терифлуномидом** **рекомендуется** проведение ускоренного курса выведения препарата #активированным углем в дозе 50 г каждые 12 часов в течение 11 дней (при плохой переносимости ежедневный прием необязателен) [296], дальнейшая терапия – согласно клиническим рекомендация по терапии

лекарственного гепатита;

- в случае выявления отклонений уровня АлАТ/АсАТ, превышающих 3 ВГН, но не достигающих критериев отмены, на фоне терапии терифлуномидом** **рекомендован** еженедельный мониторинг до нормализации показателей, возможно снижение дозы препарата до ½ дозы;
- при появлении во время применения препарата сипонимодом** симптомов, позволяющих заподозрить нарушение функции печени, таких как необъяснимая тошнота, рвота, боль в животе, повышенная утомляемость, анорексия, сыпь с эозинофилией или желтуха и / или темное окрашивание мочи, **рекомендуется** определить активность ферментов печени и, при выявлении серьезного повреждения печени, препарат следует отменить.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: Клиническими исследованиями не определена периодичность выполнения анализов крови и тактика действия в каждом конкретном случае приема терапии ПИТРС. Данные рекомендации по мнению экспертов-членов рабочей группы позволят снизить риск развития и выраженность НПР.

- У пациентов с РС, получающих терапию ПИТРС, с целью контроля функции кроветворения **рекомендуется** проведение общего (клинического) анализа крови развернутого (с подсчетом числа лимфоцитов, нейтрофилов) по окончании первого месяца терапии, затем с частотой не менее 1 раза в 3 месяца - для пациентов с РС, получающих терапию интерферонами бета-1а** и интерфероном бета-1b**, пэгинтерфероном бета-1а**, сампэгинтерфероном бета-1а**, глатирамера ацетатом**, диметилфумаратом**, натализумабом** (для натализумаба** – перед каждым введением препарата), финголимодом**, озанимодом, сипонимодом**, офатумумабом, терифлуномидом** [295, 297] в связи с повышенным риском развития инфекционных осложнений [297, 298].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- Пациентам на терапии окрелизумабом** **рекомендуется** выполнение исследований общего (клинического) анализа крови развернутого (с подсчетом числа лимфоцитов, нейтрофилов) каждые 6 месяцев перед очередным введением препарата [101, 150, 151, 299]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- Пациентам на терапии алемтузумабом** **рекомендуется** выполнение исследований общего (клинического) анализа крови развернутого (с подсчетом числа лимфоцитов, нейтрофилов) ежемесячно в течение первого года между лечебными курсами и 4-х лет после проведенной терапии [292, 300]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- Пациентам на терапии кладрибином** **рекомендуется** выполнение исследований общего (клинического) анализа крови развернутого (с подсчетом числа лимфоцитов, нейтрофилов) через два и шесть месяцев после начала лечения в первый и второй годы терапии [301]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- В случае обнаружения 2 степени токсичности на фоне терапии интерферонами бета-1a**, пэгинтерфероном бета-1a**, сампэгинтерфероном бета-1a** и интерфероном бета-1b** или глатирамера ацетатом** **рекомендуется** снизить дозировку препарата до ½ дозы с повторным общим (клиническим) анализом крови развернутым через 4 недели, либо мониторировать показатели с периодичностью в 2 или 4 недели на усмотрение врача-невролога [337]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- В случае обнаружения 2 степени токсичности на фоне терапии диметилфумаратом**, финголимодом**, сипонимодом** или озанимодом **рекомендуется** повторить общий (клинический) анализ крови развернутый через 4 недели [338]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- В случае обнаружения 3 или 4 степени токсичности на фоне терапии интерферонами бета-1a**, пэгинтерфероном бета-1a**, сампэгинтерфероном бета-1a** и интерфероном бета-1b**, глатирамера ацетатом**, терифлуномидом** **рекомендуется** временно отменить препарат, повторить общий (клинический) анализ крови развернутый в кратчайшие сроки и направить пациента в специализированный центр (кабинет) РС для решения вопроса о дальнейшей тактике [295, 338]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- В случае обнаружения 3 (уровень менее $0,5 \times 10^9/\text{л}$) или 4 (уровень менее $0,2 \times 10^9/\text{л}$) степени токсичности по уровню лимфоцитов либо при сохраняющемся уровне лимфоцитов ниже $0,8 \times 10^9/\text{л}$ в течение 6 месяцев на фоне терапии диметилфумаратом** **рекомендуется** отменить препарат, повторить общий (клинический) анализ крови развернутый в кратчайшие сроки и направить пациента в специализированный центр (кабинет) РС для решения вопроса о дальнейшей тактике [295, 307, 336, 338];

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- В случае обнаружения 3 токсичности по уровню лимфоцитов (менее $0,5 \times 10^9/\text{л}$) на фоне терапии кладрибином** у пациентов с 18 лет **рекомендуется** проводить активный контроль уровня лимфоцитов до восстановления их нормального числа [301]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- В случае обнаружения 4 степени токсичности по уровню лимфоцитов (менее $0,2 \times 10^9/\text{л}$) на фоне терапии финголимодом** **рекомендуется** временно отменить препарат, повторить общий (клинический) анализ крови развернутый в кратчайшие сроки и направить пациента в специализированный центр (кабинет) РС для решения вопроса о дальнейшей тактике. При достижении уровня лимфоцитов более $0,6 \times 10^9/\text{л}$ можно рассмотреть возможность повторного применения препарата (в зависимости от длительности периода прерывания терапии возможно вновь потребуется мониторинг первой дозы согласно инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата) [295]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- В случае обнаружения 4 степени токсичности по уровню лимфоцитов (менее $0,2 \times 10^9/\text{л}$) на фоне терапии сипонимодом** у пациентов с 18 лет **рекомендуется** модифицировать дозу препарата [302]:
 - 1) В случае приема поддерживающей дозы 2 мг/сут дозу препарата следует уменьшить до 1 мг/сут. При восстановлении абсолютного количества лимфоцитов $\geq 0,6 \times 10^9/\text{л}$ возможно рассмотреть возобновление лечения препаратом;
 - 2) В случае приема поддерживающей дозы 1 мг/сут терапию препаратом следует временно отменить препарат. При восстановлении абсолютного

количества лимфоцитов $\geq 0,6 \cdot 10^9/\text{л}$ возможно рассмотреть возобновление лечения препаратом.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- В случае обнаружения 4 степени токсичности по уровню лимфоцитов (менее $0,2 \cdot 10^9/\text{л}$) на фоне терапии озанимодом у пациентов с 18 лет **рекомендуется** временно отменить препарат, повторить анализ крови в кратчайшие сроки и направить пациента в специализированный центр (кабинет) РС для решения вопроса о дальнейшей тактике. При достижении уровня лимфоцитов более $0,5 \cdot 10^9/\text{л}$ можно рассмотреть повторное применения препарата (в зависимости от длительности периода прерывания терапии возможно вновь потребуется титрация дозы препарата и мониторинг первой дозы согласно инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата) [303]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- В случае выявления 4 степени токсичности по уровню лимфоцитов (менее $0,2 \cdot 10^9/\text{л}$) на фоне терапии кладрибином** у пациентов с 18 лет **рекомендуется** рассмотреть вопрос о профилактическом назначении противогерпетической терапии до уменьшения степени лимфопении. При необходимости 2-й годовой курс лечения может быть отложен на срок до 6 месяцев до восстановления приемлемого числа лимфоцитов (более $0,8 \cdot 10^9/\text{л}$). В случае, если период восстановления числа лимфоцитов занимает более 6 месяцев, прием кладрибина** должен быть прекращен [301]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: Клиническими исследованиями не определена периодичность выполнения анализов крови и тактика действия в каждом конкретном случае приема терапии ПИТРС. Данные рекомендации по мнению экспертов-членов рабочей группы позволят снизить риск развития и выраженность НПР.

- Пациентам с РС и сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы (остановка сердца в анамнезе, цереброваскулярные заболевания, неконтролируемая артериальная гипертензия, тяжелое апноэ без получения соответствующего лечения, рецидивирующие обмороки, симптоматическая брадикардия, диагностированное ранее удлинение интервала QT более 500 мсек, другие риски удлинения интервала QT), а также пациентам с РС, принимающим лекарственные препараты, которые

могут усиливать брадикардию, антиаритмические препараты класса IA (например, хинидин, дизопирамид) или класса III (например, амиодарон**, соталол**) перед решением вопроса о назначении лекарственного препарата финголимод**, озанимод, сипонимод** **рекомендован** прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога первичный для исключения противопоказаний к терапии и определения наиболее подходящей стратегии мониторинга [304, 305, 309, 311, 315]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств –5)

Комментарий: Указанные рекомендации помогут предотвратить развитие клинически значимой брадикардии и/или нарушений ритма сердца.

- Пациентам с РС с 18 лет, перед началом терапии сипонимодом** **рекомендовано** провести определение полиморфизма гена CYP2C9 (цитохром P450, семейство 2, подсемейство C, полипептид 9) семейства цитохромов P-450, с целью определения метаболического статуса пациента, избегания увеличения экспозиции сипонимода** и подбора безопасной дозировки препарата [306].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств –4)

Комментарий: Пациентам с РС с 18 лет с CYP2C9*2*3 или CYP2C9*1*3 генотипами поддерживающая доза сипонимода** составляет 1 мг в сутки. Пациентам с РС с 18 лет с генотипами CYP2C9*1*1, CYP2C9*1*2 и CYP2C9*2*2 поддерживающая доза сипонимода** составляет 2 мг в сутки. Пациентам с РС с 18 лет, генотипом CYP2C9 3*3 не рекомендуется терапия сипонимодом**.

- У пациентов с РС с 18 лет, получающих диметилфумарат**, с целью профилактики появления и контроля гастроинтестинальных НПР (тошнота, рвота, боли в животе), **рекомендуется** [90, 307]:
 - при начале терапии - титровать дозу препарата согласно инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата;
 - принимать препарат вместе с пищей с высоким содержанием жиров;

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств –5)

- У пациентов с РС, получающих финголимод**, с целью профилактики появления и контроля кардиальных НПР (брадикардия, блокады) **рекомендуется** проводить мониторинг приема первой дозы препарата в условиях специализированного центра (кабинета) РС [135, 305, 308, 309-311].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств –

5)

- Перед решением вопроса о назначении лекарственного препарата финголимод** пациент **рекомендуется** прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога первичный с проведением холтеровского мониторирования сердечного ритма [305, 309, 311].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

При благоприятном решении:

- до приема препарата **рекомендуется** провести измерение артериального давления и пульса, регистрация электрокардиограммы на предмет наличия противопоказаний к приему первой дозы: 1) ЧСС в покое менее 55 ударов/мин); 2) атриовентрикулярной блокады II и III степени (текущей или в анамнезе), 3) синоатриальной блокады; 4) синдрома слабости синусового узла; 5) удлинения QT (QTc >470 мс у женщин, QTc >450 мс у мужчин) [305, 309, 311]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств –5)

- после приема дозы препарата – каждый час в течение 6 часов **рекомендуется** провести измерение артериального давления на периферических артериях и исследование пульса; через 6 часов – регистрацию электрокардиограммы [305, 309, 311];

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств –5)

- пациенты могут быть отпущены домой, если соблюдаются все условия: 1) частота пульса выше минимального значения в ходе 6-часового наблюдения, 2) нет симптомов брадикардии (головокружение, усталость, ощущение сердцебиения и т.д.), 3) на ЭКГ нет удлинения QT ≥ 500 мс, 4) нет признаков впервые выявленной атриовентрикулярной блокады второй или более высокой степени, 5) прошло 6 часов от момента приема первой дозы финголимод** [305, 309, 311];

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств –5)

- если ЧСС через 6 часов после приема финголимод** минимальна, то **рекомендуется** продлить мониторинг на 2 часа и более, до увеличения ЧСС [305, 309, 311];

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств –5)

- если у пациента ЧСС <45, QTc >500 мс, впервые возникшая АВ-блокада 2 степени или в любое время АВ-блокада 3 степени – **рекомендуется** продлить мониторинг до 24 часов [305, 309, 311];

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств –5)

- аналогичный мониторинг **рекомендуется** организовать в случае перерыва в приеме препарата свыше 7 дней [305].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств –5)

Комментарий: Указанные рекомендации помогут предотвратить развитие клинически значимой брадикардии.

- Пациентам с ВПРС, с 18 лет, планирующим первую дозу сипонимода**, и синусовой брадикардией (ЧСС < 55 уд / мин), АВ-блокадой первой или второй степени (Мобитц I), или инфарктом миокарда в анамнезе, или сердечной недостаточностью (пациенты с сердечной недостаточностью I или II степени по классификации Нью-Йоркской кардиологической ассоциации) в анамнезе (если терапия не противопоказана) **рекомендуется** регистрация электрокардиограммы перед началом терапии, наблюдение в течение 6 часов и повторная регистрация электрокардиограммы через 6 часов после приема первой дозы, с целью выявления признаков и симптомов брадикардии и профилактики появления и контроля кардиальных событий [305, 312, 313].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- Пациентам с ВПРС с 18 лет, после приема первой дозы сипонимода**, при развитии постдозовой брадиаритмии или симптомов, связанных с нарушением проводимости, или при выявлении на ЭКГ, снятой через 6 часов после приема первой дозы, новых признаков АВ-блокады второй степени или выше, или увеличения интервала QTc ≥ 500 мс, **рекомендуется** прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога первичный [314]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: Указанные рекомендации помогут предотвратить развитие клинически значимой брадикардии.

- У пациентов с ВПРС с 18 лет, получающих сипонимод**, с целью профилактики появления и контроля кардиальных НПР в течение первых 5 дней **рекомендуется** титрация в дозе 0.25-1.25 мг согласно инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата с последующим переходом на поддерживающую дозу 2 мг перорально в сутки (1 мг/сут для генотипов CYP2C9 2/3 и CYP2C9 1/3) [313].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- У пациентов с РС с 18 лет, планируемых к старту терапии озанимодом, и синусовой брадикардией (ЧСС <55 уд / мин), АВ-блокадой второй степени (типа Мобитц I), или инфарктом миокарда в анамнезе, или сердечной недостаточностью (пациенты с сердечной недостаточностью I или II степени по классификации Нью-Йоркской кардиологической ассоциации) в анамнезе (если терапия не противопоказана) с целью выявления признаков и симптомов брадикардии после приема первой дозы препарата **рекомендуется** проводить наблюдение в течение 6 часов в условиях специализированного центра (кабинета) РС [315]:
 - до приема препарата: провести измерение артериального давления на периферических артериях и исследование пульса, регистрацию электрокардиограммы на предмет наличия противопоказаний к приему первой дозы;
 - после приема дозы препарата – каждый час в течение 6 часов необходимо проводить измерение артериального давления на периферических артериях и исследование пульса;
 - через 6 часов после приема первой дозы – провести регистрацию электрокардиограммы;
 - Дополнительный мониторинг и прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога повторный **рекомендованы** пациентам, у которых через 6 часов после введения первой дозы препарата отмечается:
 - снижение частоты сердечных сокращений составляет менее 45 уд/мин;
 - частота сердечных сокращений составляет наименьшее значение после применения дозы препарата, и можно предполагать, что максимальное снижение ЧСС еще не достигнуто;
 - наблюдаются признаки вновь возникшей АВ-блокады второй степени или выше на ЭКГ через 6 часов после введения дозы;
 - интервал ОТс составляет >500 мсек.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: Указанные рекомендации помогут предотвратить развитие клинически значимой брадикардии.

- У пациентов с РС с 18 лет, получающих озанимод, с целью профилактики появления и контроля кардиальных НПР в течение первых 7 дней **рекомендуется** титрация в дозе 0.23-0,46 мг согласно инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата с последующим переходом на поддерживающую дозу

0,92 мг перорально в сутки, начиная с 8-го дня терапии [300, 301] [315].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- У пациентов с РС, получающих натализумаб**, для профилактики появления оппортунистических инфекций (прогрессирующая мультифокальная энцефалопатия (ПМЛ)) **рекомендуется** проводить стратификацию пациентов по риску развития ПМЛ и действовать в соответствии с выбранным алгоритмом (Приложение А3.10) [147-149, 316].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: *Несмотря на то, что большинство ПМЛ у пациентов с РС возникли на терапии натализумабом**, следует учитывать, что развитие данной оппортунистической инфекции возможно на фоне терапии финголимодом**, терифлуномидом**, диметилфумаратом**, алемтузумабом**, окрелизумабом**, озанимодом [317].*

- У пациентов с РС, получающих терапию интерферонами бета-1а** и интерфероном бета-1b**, с целью определения ответа на терапию ПИТРС **рекомендуется** исследование титра нейтрализующих антител (НАТ) к препаратам интерферона бета-1а** и интерферона бета-1b** в крови через 12 месяцев от начала терапии. У НАТ-негативных пациентов повторный анализ рекомендуется повторять не реже 1 раза в 12 месяцев. У пациентов с положительным, но не высоким титром НАТ рекомендуется повторное выполнение исследования через 3 месяца или исследование активности МхА-протеина. При стойком положительном титре НАТ (дважды подтвержденном) и/или при отсутствии активности МхА-протеина рекомендуется смена терапии. У пациентов с высоким титром НАТ рекомендована смена терапии [318].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарий: *Определение клинической значимости выявления НАТ является сложным по нескольким причинам: многие исследования этой проблемы не имели достаточного количества участников, за которыми бы наблюдали в течение достаточно длительного времени; забор образцов для анализа проводился в разное время от начала терапии [318-320]. Некоторые пациенты из НАТ-позитивных могут со временем стать НАТ-негативными [321]. Исследование Каррос и соавт. показывает, что определение НАТ в высоком титре через 1 год от начала терапии*

снижает эффективность терапии препаратами интерферона бета-1a** через 4 года [322]. В исследовании Voort и др. у пациентов с НАТ по сравнению с пациентами без НАТ было отмечено более агрессивное течение РС, характеризующееся сокращением времени до достижения балла EDSS 6,0 и необходимостью эскалации терапии ПИТРС [323]. Рекомендации Goodin с соавт. и Malucchi с соавт. определяют консенсусные значения титров НАТ и тактику терапии в каждом конкретном случае [318, 324].

- У пациентов, получающих окрелизумаб**, алемтузумаб**, кладрибин**, дивозилимаб**, с целью профилактики реактивации хронических инфекций **рекомендуется** определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV-1) в крови, определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 (Human immunodeficiency virus HIV-2) в крови, определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови, определение антител классов М, G (IgM, IgG) к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови, определение антител классов М, G (IgM, IgG) к ядерному антигену (HBcAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови, определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови, определение антител классов М, G (IgM, IgG) к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) в нетрепонемных тестах (RPR, РМП) (качественное и полуколичественное исследование) в сыворотке крови и внутрикожной пробы с туберкулезным аллергеном перед каждым введением препарата [28, 299, 325, 326].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарий: Введение указанных ПИТРС может приводить к реактивации хронических инфекций, что отражено в инструкции по применению данных препаратов. С целью снижения риска терапии всем пациентам рекомендовано выполнение указанных исследований перед началом терапии.

- Пациентам с РС после установления диагноза с целью предотвращения задержки начала терапии ПИТРС **рекомендуется** оценить вакцинальный статус, риск заражения и последствия перенесённых инфекций для уточнения необходимости и вида вакцинации [273].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: также следует уточнить, переносил ли пациент ранее вакцинопредотвратимые инфекции (например, корь, краснуха, ветряная оспа, эпидемический паротит и др.). При возможности, следует учесть результаты напряженности иммунного ответа к возбудителям вакциноуправляемых инфекций. В дальнейшем в ходе наблюдения и лечения следует регулярно мониторировать вакцинальный статус пациента, в обязательном порядке – перед назначением иммуносупрессивной терапии.

- Пациентам с РС **рекомендуется** проведение вакцинации в соответствии с национальным календарем профилактических прививок с целью предотвращения/уменьшения вероятности тяжелого (осложненного) течения инфекций, с учетом периода заболевания и получаемой терапии [273, 327]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: Проводимая при РС терапия ПИТРС позволяет сохранять контроль над болезнью, но может повышать риски инфекционных заболеваний, в связи с чем вакцинация становится важной частью ведения пациентов с данной патологией. Доказано, что потенциальная польза вакцинации пациентов с РС как получающих, так и не получающих ПИТРС, существенно превышает возможные риски, а также не повышает риск обострения болезни или ухудшения состояния. Пациентам, не получающим ПИТРС, могут применяться любые вакцины в соответствии инструкцией (инактивированные и живые) [273].

- Пациентам с РС при составлении плана вакцинации **рекомендуется** принимать во внимание особенности эпидемиологической обстановки и иные возможные риски вакциноуправляемых инфекций с целью предотвращения инфекционных заболеваний [273].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: вакцинацию проводят вне периода обострения, после стабилизации состояния.

- Пациентам с РС, получающим или планирующим начать терапию ПИТРС (интерферонами бета-1a**, пэгинтерфероном бета-1a**, сампэгинтерферон бета-1a**, интерфероном бета-1b**, глатирамера ацетатом**) вакцинацию **рекомендуется** проводить с соблюдением следующих сроков [273]:
 - вакцины (инактивированные) можно вводить в любое время, но желательно не менее, чем за 2 недели до начала лечения, чтобы обеспечить полный иммунный ответ;

- вакцины (живые аттенуированные) следует вводить как минимум за 4 недели до начала лечения (для окрелизумаба** и алемтузумаба**, – за 6 недель до начала лечения;

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: Рекомендуемые интервалы для введения живых аттенуированных вакцин [273]:

<i>Препарат</i>	<i>Интервал ожидания до начала терапии ПИТРС после введения вакцин (живых аттенуированных)</i>	<i>Интервал ожидания до введения вакцин (живых аттенуированных) после начала терапии ПИТРС</i>
<i>интерфероны бета-1a**, пэгинтерферон бета-1a**, сампэгинтерферон бета-1a**, интерферон бета-1b**, глатирамера ацетат**</i>	<i>нет</i>	<i>нет</i>
<i>диметилфумарат**</i>	<i>4 недели</i>	<i>до достижения нормального уровня лимфоцитов</i>
<i>терифлуномид**</i>	<i>4 недели</i>	<i>3,5 месяца–2 года (ускоренное выведение: подождать 1,5 месяца после первого результата концентрации препарата в плазме ниже 0,02 мг/л).</i>
<i>финголимод**, Сипонимод**</i>	<i>4 недели</i>	<i>>2 месяцев</i>
<i>озанимод</i>	<i>4 недели</i>	<i>4 недели</i>
<i>натализумаб**</i>	<i>4 недели</i>	<i>3 месяца</i>
<i>нализумаб**</i>	<i>4 недели</i>	<i>>3 месяцев</i>
<i>алемтузумаб**</i>	<i>6 недель</i>	<i>до достижения нормального уровня лимфоцитов (примерно 12 месяцев)</i>
<i>кладрибин**</i>	<i>4 недели</i>	<i>до достижения нормального уровня лимфоцитов (30–90 недель после последней дозы)</i>
<i>окрелизумаб**</i>	<i>6 недель</i>	<i>до восполнения запасов В-клеток (>18 месяцев)</i>
<i>офатумумаб</i>	<i>4 недели</i>	<i>до восполнения запасов В-клеток (примерно 40 недель)</i>

- Пациентам с РС, получающим терапию ПИТРС (терифлуномид**, диметилфумарат**, кладрибин**, натализумаб** финголимод**, озанимод, сипонимод**, алемтузумаб**, окрелизумаб**, офатумумаб, дивозилимаб**) **не рекомендуется** в случае планирования вакцинации использовать живые аттенуированные вакцины [273].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- Пациентам с РС с обострением заболевания в случае планирования вакцинации **рекомендуется** соблюдение следующих условий [273]:

- вакцины (живые аттенуированные) следует вводить не ранее, чем через 1 месяц после окончания терапии обострений РС глюкокортикоидами системного действия;
- вакцины (инактивированные) следует вводить не ранее, чем через 1 месяц после окончания терапии обострений РС глюкокортикоидами системного действия. При необходимости их можно вводить в любое время.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- Пациентам с РС, прекратившим иммуносупрессивные ПИТРС, в случае планирования вакцинации **рекомендуется** соблюдение следующих условий [273]:

- вакцины (инактивированные) можно вводить в любое время, но предпочтительно после восстановления достаточного иммунного ответа;
- вакцины (живые аттенуированные) следует вводить только после соблюдения интервала безопасности, обеспечивающего восстановление иммунитета.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- Пациентам с РС, получающим иммуносупрессивную терапию ПИТРС, с профилактической целью **рекомендуется** проведение вакцинации против пневмококковой инфекции следуя рекомендациям по вакцинации иммунокомпрометированных пациентов [273].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- Пациенткам с РС в рамках подготовки к беременности, а также во время беременности с целью предотвращения/уменьшения вероятности тяжелого (осложненного) течения инфекций **рекомендуется** вакцинация в соответствии с национальным календарем профилактических прививок, с учетом периода заболевания и получаемой терапии [273, 327].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: общие принципы вакцинации при планировании беременности и во время вынашивания беременности предусмотрены клиническими рекомендациями «Нормальная беременность». Вакцинация в зависимости от периода болезни и получаемой терапии проводится аналогично остальным пациентам с РС. Младенцу, родившемуся от матери с

*РС, получавшей во время беременности или незадолго до беременности лечение окрелизумабом**, офатумумабом, дивозилимабом**, при возможности, следует провести исследование CD19+ лимфоцитов для определения возможности иммунизации живыми вакцинами.*

6. Организация оказания медицинской помощи

- Для оказания помощи пациентам с РС **рекомендуется** организовывать отдельные структуры (кабинеты, клинико-диагностические кабинеты, отделения, специализированные неврологические центры по рассеянному склерозу) с целью диагностики, диспансерного наблюдения за данной категорией пациентов [274].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: Организация специализированного центра/отделения/кабинета рассматривается экспертами-членами рабочей группы как единственно эффективная мера организации квалифицированной помощи пациентам с РС, а также способ сбора актуальной информации о распространённости заболевания и потребности в терапии ПИТРС, реабилитации и других мероприятиях.

- Диспансерное наблюдение пациентов с РС **рекомендуется** осуществлять в специализированном клинико-диагностическом кабинете/отделении или специализированном неврологическом центре рассеянного склероза [274].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: Организация специализированного центра/отделения/кабинета рассматривается экспертами-членами рабочей группы как единственно эффективная мера организации квалифицированной помощи пациентам с РС, а также способ сбора актуальной информации о распространённости заболевания и потребности в терапии ПИТРС, реабилитации и других мероприятиях.

- Терапию обострений РС с 18 лет легкой степени тяжести **рекомендуется** проводить в дневном стационаре (Приложение Г14) [328].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарий: Не все пациенты нуждаются в госпитализации в круглосуточный стационар для проведения терапии обострения РС. Нет достаточных данных для достоверной оценки преимуществ терапии обострения РС в условиях круглосуточного стационара, дневного стационара, домашних условиях. РКИ,

проведенное Chataway с соавт., со средним качеством доказательств, включающее 124 пациента, не продемонстрировало различий в клинической эффективности между терапией обострения (внутривенными глюкокортикоидами), проводимой в дневном стационаре и на дому.

- Терапию обострений РС с 18 лет средней и тяжелой степеней тяжести **рекомендуется** проводить в круглосуточном стационаре (Приложение А3.12) [328].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарий: *Не все пациенты нуждаются в госпитализации в круглосуточный стационар для проведения терапии обострения РС. Нет достаточных данных для достоверной оценки преимуществ терапии обострения РС в условиях круглосуточного стационара, дневного стационара, домашних условиях. РКИ, проведенное Chataway с соавт., со средним качеством доказательств, включающее 124 пациента, не продемонстрировало различий в клинической эффективности между терапией обострения (внутривенными глюкокортикоидами), проводимой в дневном стационаре и на дому.*

- В случаях, затрудняющих проведение пациентам с РС с 18 лет терапии обострений средней степени тяжести в круглосуточном стационаре, **рекомендуется** проводить лечение в дневном стационаре после обсуждения с пациентом [328].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарий: *Не все пациенты нуждаются в госпитализации в круглосуточный стационар для проведения терапии обострения РС. Нет достаточных данных для достоверной оценки преимуществ терапии обострения РС в условиях круглосуточного стационара, дневного стационара, домашних условиях. РКИ, проведенное Chataway с соавт., со средним качеством доказательств, включающее 124 пациента, не продемонстрировало различий в клинической эффективности между терапией обострения (внутривенными глюкокортикоидами), проводимой в дневном стационаре и на дому.*

- Пациентам, получающим инфузионные ПИТРС, для проведения внутривенных инфузий **рекомендуется** организовывать специализированные дневные стационары в структуре неврологических центров РС, клинико-диагностических кабинетов [274, 329].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарий: Проведение инфузии ПИТРС в рамках дневного стационара позволит снизить нагрузку на стационарное звено здравоохранения, обеспечив при этом оптимальный контроль за переносимостью и эффективностью терапии.

- В случае отсутствия показаний к назначению ПИТРС или письменного отказа пациента от терапии ПИТРС **рекомендуется** организация медицинской помощи по принципу доступности и качества (Приложение А3.9) [274].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: В первичную медицинскую документацию помещается документ, обосновывающий неполучение пациентом ПИТРС (решение специализированного центра; отказ пациента от получения ПИТРС). Пациентам, которые могут посещать первичное специализированное ЛПУ, проводится: прием (осмотр, консультация) врача-невролога повторный (не реже 1 раза в 6 месяцев); назначение симптоматической терапии. Для пациентов, которые не могут посещать первичное специализированное ЛПУ, должна быть организована патронажная служба по месту первичного ЛПУ.

- В случае принятия решения пациенткой с РС о планировании беременности **рекомендуется** направить пациентку в специализированный Центр (отделение, кабинет, клинико-диагностический кабинет) РС для проведения беседы об особенностях течения беременности и послеродового периода при РС. РС не является показанием для прерывания беременности [278-280].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

- Решение вопроса об оказании экстренной и плановой хирургической помощи, в том числе стоматологической, пациенту с РС **рекомендуется** принимать на основании объемов оперативного вмешательства и состояния пациента [330-332].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарий: РС не является противопоказанием для проведения медицинского вмешательства, необходимого пациенту в связи с возникшим сопутствующим заболеванием. Нет данных о наличии существенных противопоказаний к определенным видам медицинских вмешательств. Систематический обзор данных исследований с применением мета-анализа выявил слабое повышение риска развития РС у пациентов, которым проводилась тонзилэктомия или аппендэктомия в возрасте до 20 лет, при этом часть исследований имели низкое

качество.

- Решение вопроса об анестезиологическом пособии пациенту с РС с 18 лет в случае оказания хирургической помощи, в том числе стоматологической, **рекомендуется** принимать на основании объемов оперативного вмешательства и состояния пациента [333].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств –3)

Комментарий: РС не является противопоказанием для проведения медицинского вмешательства, необходимого пациенту в связи с возникшим сопутствующим заболеванием. Нет данных о наличии существенных противопоказаний к определенным видам медицинских вмешательств.

- Пациентам с РС **рекомендуется** телемедицинская консультация с целью обучения пациента использованию ПИТРС, плановой оценки состояния в динамике, выписки рецепта, а также с целью обсуждения вопросов, не требующих присутствия пациента (например, обсуждение диеты, режима дня или рисков передачи РС по наследству) [333-334].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: Телемедицинская консультация является вариантом эффективного расходования сил и средств системы здравоохранения и пациента в условиях дефицита времени и ограничений мобильности инвалидизированных пациентов. Широкое введение телемедицинских консультаций позволит пациентам получить от врача информацию, которую, за неимением времени на очном приеме, они задать не смогут.

- Пациентам с РС **рекомендуется** дистанционное наблюдение с целью оценки динамики лабораторных и инструментальных показателей при выполнении плана управления рисками, оценки рекомендованных и выполненных показателей обследований, оценки качества жизни пациентов [333-334].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: Дистанционное наблюдение возможно с применением информационных технологий и систем поддержки принятия решений, которые могут собирать, обрабатывать и фиксировать данные, полученные от пациента и передавать их лечащему врачу в соответствии с действующим законодательством.

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

- При постановке диагноза рассеянного склероза должны быть исключены все другие заболевания нервной системы, в том числе поражения при инфекционных, токсических, сосудистых и неопластических заболеваниях, а также системные аутоиммунные заболевания с васкулитами и наследственно-дегенеративные заболевания.
- При начале и проведении ПИТРС необходимо учитывать соматическое состояние пациента и возможные побочные реакции. Особое внимание нужно уделить следующим состояниям на фоне терапии ПИТРС:
 - **Интерферонами бета-1a**, интерфероном бета-1b**, пэгинтерфероном бета-1a**, сампэгинтерферон бета-1a**** – гриппоподобный синдром (лихорадка, озноб, артралгия, общее недомогание, потливость, головная боль, миалгия), локальные реакции в месте введения (покраснение, отек, боль, изменение цвета кожи, некроз), возможно усиление депрессии, усиление спастического повышения тонуса, повышение риска припадков при наличии эпилепсии в анамнезе;
 - **Глатирамера ацетат**** - локальные реакции в месте введения (покраснение, боль, уплотнение, зуд, отек, липоатрофии), немедленная постинъекционная реакция (реакция, ассоциированная, по крайней мере, с одним и более симптомов (вазодилатация, боль в груди, одышка, учащенное сердцебиение или тахикардия), которая проявляется через несколько минут после инъекции
 - **Терифлуномид**** – у женщин детородного возраста - тщательная контрацепция, патология поджелудочной железы;
 - **Диметилфумарат**** – гастроинтестинальные проблемы, симпатические реакции («жжение и горение» и др.), лимфопения и риск ПМЛ;
 - **#Митоксантрон****– существенное повышение риска развития лейкозов, повышение риска развития патологии сердца;
 - **Натализумаб**** – острые инфузионные аллергические реакции на введение, риск ПМЛ в зависимости от наличия JC-инфекции и титра антител к этому вирусу, а также от предшествующей иммуносупрессии и длительности курса терапии препаратом, при отмене препарата –обострения РС, нельзя сочетать с другими ПИТРС;
 - **Финголимод**** – брадикардия и нарушения ритма сердца, нельзя назначать при наличии сердечно-сосудистых заболеваний, особенно с брадикардией, при применении

препаратов, замедляющих сердечный ритм, отек макулы (в малой степени), лимфопения и риск ПМЛ и других инфекций, высокий риск развития обострения при отмене препарата;

– **Сипонимод**** – брадиаритмия, нельзя назначать при наличии в анамнезе в течение предшествующих 6 месяцев инфаркта миокарда, нестабильной стенокардии, инсульта/ транзиторной ишемической атаки, сердечной недостаточности в стадии декомпенсации, при наличии гомозиготного генотипа изофермента CYP2C9*3 (CYP2C9*3*3) (медленный метаболизатор). Лимфопения, риск развития криптококкового менингита и герпес-вирусной инфекции, при отмене препарата – обострения РС. У женщин детородного возраста – тщательная контрацепция.

– **Алемтузумаб**** – острые инфузионные аллергические реакции на введение, риск оппортунистических инфекций (в том числе листериоза), патология щитовидной железы, иммунная тромбоцитопения (ИТП) и другие вторичные аутоиммунные реакции;

– **Окрелизумаб**** – острые инфузионные аллергические реакции на введение, риск оппортунистических инфекций;

– **Кладрибин**** - лимфопения и риск инфекций

– **Озанимод** – брадикардия и нарушения ритма сердца, отек макулы (в малой степени), лимфопения и риск ПМЛ и других инфекций, может увеличивать вероятность развития злокачественных новообразований, в том числе кожных, высокий риск развития обострения при отмене препарата

– **Дивозилимаб**** – острые инфузионные аллергические реакции на введение, риск оппортунистических инфекций, реактивация вируса гепатита В. Пациентам на терапии дивозилимабом** необходимо выполнение исследований общего (клинического) анализа крови развернутого (с подсчетом числа лимфоцитов, нейтрофилов) каждые 6 месяцев перед очередным введением препарата в связи с повышенным риском развития инфекционных осложнений

– **Офатумумаб** – реакция, связанные с инъекцией, риск оппортунистических инфекций, реактивация вируса гепатита В

– **Фампридин** – реакции гиперчувствительности, увеличивает риск возникновения судорог, риск побочных реакций увеличивается при почечной недостаточности (противопоказан при клиренсе креатинина <80 мл/мин)

- Для оценки риска возникновения осложнений рекомендуется использовать общую шкалу токсичности (Приложение А3.8);
- Для оценки эффективности терапии ПИТРС у пациентов с РС с 18 лет с целью предотвращения отмены терапии ПИТРС до начала развития эффекта терапии

ПИТРС рекомендуется использовать следующие сроки наступления ожидаемого эффекта от терапии:

- глатирамера ацетатом** 20 мг – 6-9 месяцев [87, 109, 116];
- глатирамера ацетатом** 40 мг – 3-6 месяцев [114, 116];
- интерферонами бета-1а** и интерфероном бета-1b** – 3 месяца [83, 109, 116];
- смпэгинтерфероном бета-1а** -3 месяца [92-92, 116];
- пэгинтерфероном бета-1а** - 3 месяца [109, 116];
- терифлуномидом** – 3 месяца [109, 116];
- диметилфумаратом** – 3 месяца [109, 116];
- натализумабом** - 3 месяца [109];
- финголимодом** – 3 месяца [109, 116];
- озанимодом – 3-6 месяцев [138];
- алемтузумабом** – 18 месяцев [116];
- окрелизумабом** – 12 месяцев [110];
- кладрибином** – 18 месяцев [111, 116];
- сипонимодом** - 12 месяцев [115];
- дивозилимабом** – 9 месяцев [127];
- офатумумабом – 6 месяцев [112-113]

Комментарий: *Исследования, направленные на определение сроков достижения эффективности ПИТРС, не проводились за исключением глатирамера ацетата** [87, 114]. Для популяции педиатрического РС исследования, направленные на определение сроков достижения эффективности ПИТРС, не проводились. Для всех ПИТРС, за исключением глатирамера ацетата**, приведено мнение экспертов – членов рабочей группы, которое совпадает с мнением экспертов Канадской рабочей группы по изучению рассеянного склероза в отношении интерферонов бета-1а**, интерферонов бета-1b**, пэгинтерферона бета-1а**, терифлуномида**, диметилфумарата**, финголимоды** [116]. Рекомендация основана на данных отдельных РКИ, при этом сроки ожидаемого развития эффекта соответствуют срокам, в которые проводилась оценка эффективности терапии в представленных исследованиях. Исследования высокого методологического качества, в которых бы изучалось именно время наступления оптимального ответа на терапию, не проводились [87, 109-113, 117, 128].*

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Оценка выполнения
	Этап постановки диагноза	
1.	Для подтверждения диагноза всем пациентам с 18 лет с подозрением на РС рекомендуется использование критериев МакДональда в редакции 2017 года	Да/Нет
2.	Для подтверждения диагноза всем пациентам младше 18 лет с подозрением на РС при отсутствии энцефалопатии/общемозговой симптоматики в дебюте использование критериев МакДональда в редакции 2017 года	Да/Нет
3.	Для подтверждения диагноза всем пациентам младше 18 лет с подозрением на РС при наличии энцефалопатии/общемозговой симптоматики в дебюте для подтверждения диагноза РС рекомендуется использовать критерии Международной группы по изучению детского рассеянного склероза в редакции 2013 года	Да/Нет
4.	Всем пациентам с подозрением на РС рекомендуется проведение МРТ головного мозга с контрастированием	Да/Нет
5.	Пациентам с подозрением на РС и наличием клинических симптомов поражения спинного мозга или радиологическими признаками поражения головного мозга, не удовлетворяющими критериям диссеминации в пространстве, рекомендуется дополнительное проведение магнитно-резонансной томографии спинного мозга с внутривенным контрастированием (шейный отдел)	Да/Нет
6.	Пациентам с подозрением на РС, при выполнении МРТ исследовании рекомендуется оформление структурированного протокола заключения	Да/Нет
7.	Всем пациентам с подозрением на РС рекомендуется назначать следующие лабораторные анализы: общий (клинический) анализ крови развернутый; анализ крови биохимический общетерапевтический, исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови, исследование	Да/Нет

№	Критерии качества	Оценка выполнения
	<p>уровня фибриногена в крови, исследование уровня общего кальция в крови; исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови, исследование уровня свободного тироксина (СТ4) сыворотки крови, определение содержания антител к тиреопероксидазе в крови, исследование уровня тиреоглобулина в крови; общий (клинический) анализ мочи и микроскопическое исследование осадка мочи; определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV-1) в крови, определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 (Human immunodeficiency virus HIV-2) в крови, определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови, определение антител классов М, G (IgM, IgG) к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови, определение антител классов М, G (IgM, IgG) к ядерному антигену (HBcAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови, определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови, определение содержания антител к антигенам ядра клетки и ДНК.</p>	
8.	<p>Пациентам с подозрением на РС, в качестве дополнительного метода подтверждения диагноза РС, рекомендуется назначать парное исследование олигоклональных иммуноглобулинов класса IgG с установлением типа синтеза в сыворотке крови и спинномозговой жидкости</p>	Да/Нет
9.	<p>При проведении неврологического осмотра пациентов с подозрением на РС рекомендуется использовать валидированную Расширенную шкалу статуса инвалидизации (РШСИ)</p>	Да/Нет
	<p>Этап (диспансерное наблюдение)</p>	лечение

№	Критерии качества	Оценка выполнения
10	При наличии у пациента с РС клинических признаков обострения РС, подтвержденных объективно врачом-неврологом (вне зависимости от факта выполнения МРТ центральной нервной системы или наличия/отсутствия контрастируемых очагов по данным МРТ, в случае ее проведения) рекомендуется терапия обострения РС	Да/Нет
11	В качестве терапии обострения РС у пациентов с РС рекомендуется использование глюкокортикоидов в высоких дозах	Да/Нет
12	В случае неэффективности курса терапии глюкокортикоидами рекомендуется применение высокообъемного плазмафереза в количестве до 7 сеансов для терапии обострения РС	Да/Нет
13	Пациентам с РС младше 18 лет при обострении РС рекомендуется применение #иммуноглобулина человека нормального** для внутривенного приема в курсовой дозе 2г/кг веса в течение 5 дней	Да/Нет
14	Всем пациентам с РС перед назначением терапии, изменяющей течение РС, рекомендуется установить тип течения и уровень инвалидизации по шкале РШСИ	Да/Нет
15	Всем пациентам с 10 лет с ремиттирующим РС с уровнем РШСИ $\leq 6,5$ баллов, не соответствующих критериям агрессивного рассеянного склероза, при первом назначении терапии ПИТРС рекомендуется максимально раннее назначение ПИТРС	Да/Нет
16	Всем пациентам с 18 лет при развитии субоптимального ответа на терапию ПИТРС у пациента с РРС и уровнем РШСИ $\leq 6,5$ баллов рекомендуется смена терапии на другой ПИТРС	Да/Нет
17	Всем пациентом с 10 лет с агрессивным РРС или при развитии резистентности на терапию ПИТРС и уровнем РШСИ $\leq 6,5$ баллов рекомендуется смена терапии на другой	Да/Нет

№	Критерии качества	Оценка выполнения
	ПИТРС	
18.	Пациентам с 18 лет с ВПРС с подтвержденным прогрессированием инвалидизации независимо от наличия/отсутствия обострений с уровнем РШСИ $\leq 6,5$ баллов рекомендуется назначение ПИТРС	Да/Нет
19.	Пациентам с РС рекомендуется плановый диспансерный осмотр проводить не реже, чем 1 раз в 6 месяцев, с целью актуализации типа течения и стадии болезни, оценки прогрессирования, оценки эффективности ПИТРС, оценки безопасности терапии ПИТРС, соблюдения плана управления рисками, корректировки тактики ведения	Да/Нет
20.	Этап реабилитация	
21.	Рекомендуется при кодировании реабилитационного диагноза пациентов с РС специалистам по медицинской реабилитации выставлять диагноз в категориях Международной классификации функционирования	Да/Нет
	Рекомендуется проводить оценку эффективности реабилитации валидированными объективными методами с использованием тестов, шкал и опросников для оценки ходьбы, баланса, функции рук, повседневной жизнедеятельности и качества жизни. Оценка должна проводиться до начала и после завершения реабилитации	Да/Нет
22.	Пациентам с РС с 18 лет рекомендуется физическая реабилитация в качестве обязательного компонента реабилитационных программ	Да/Нет
23.	Рекомендуется включение эрготерапии в программы реабилитации	Да/Нет
24.	Пациентам с РС при выявлении объективного снижения показателей когнитивных функций по данным стандартизированных тестов рекомендуется нейропсихологическая реабилитация когнитивных функций	Да/Нет

№	Критерии качества	Оценка выполнения
25	Пациентам с РС при выявлении депрессивного синдрома по данным обследования клинического медицинского психолога, рекомендуется индивидуальное клинико-психологическое консультирование, индивидуальная психотерапия и групповая психотерапия.	Да/Нет
26	Пациентам с РС с нарушениями речи и глотания рекомендуется ранняя комплексная медико-логопедическая процедура при дисфагии, медико-логопедическая процедура при дизартрии, разработка индивидуальной программы логопедической реабилитации, обучение компенсаторным стратегиям и альтернативным способам коммуникации	Да/Нет

Список литературы

1. Гусев ЕИ, Бойко А, Столяров И. Рассеянный Склероз. Москва: РеалТайм; 2009.
2. Ramagopalan S.V., et al., Multiple sclerosis: risk factors, prodromes, and potential causal pathways. Lancet Neurol, 2010. 9(7): p. 727-39.
3. Loma I. and R. Heyman, Multiple sclerosis: pathogenesis and treatment. Curr Neuroparmacol, 2011. 9(3): p. 409-16.
4. Thompson AJ, Banerke P. Multiple Sclerosis International Federation (MSIF) Design and Editorial Support by Summers Editorial & Design Graphics by Nutmeg Productions Printed by Modern Colour Solutions.; 2013. www.msif.org. Accessed April 13, 2020.
5. Thompson A.J., et al., Diagnosis of multiple sclerosis: 2017 revisions of the McDonald criteria. Lancet Neurol, 2018. 17(2): p. 162-173.
6. Gusev E, Boiko A, Bikova O, et al. The natural history of early onset multiple sclerosis: Comparison of data from Moscow and Vancouver. In: Clinical Neurology and Neurosurgery. Vol 104. Clin Neurol Neurosurg; 2002:203-207. doi:10.1016/S0303-8467(02)00039-2
7. Simone I.L., et al., Course and prognosis in early-onset MS: comparison with adult-onset forms. Neurology, 2002. 59(12): p. 1922-8.
8. Jeong A, Oleske DM, Holman J. Epidemiology of Pediatric-Onset Multiple Sclerosis: A Systematic Review of the Literature. J Child Neurol. 2019 Oct;34(12):705-712. doi: 10.1177/0883073819845827.

9. Lublin F.D., et al., Defining the clinical course of multiple sclerosis: the 2013 revisions. *Neurology*, 2014. 83(3): p. 278-86.
10. Lublin F.D., et al., How patients with multiple sclerosis acquire disability. *Brain*, 2022. 145(9): p. 3147-3161.
11. Kaunzner U.W., et al., A study of patients with aggressive multiple sclerosis at disease onset. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 2016. 12: p. 1907-12.
12. CHMP. Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP) Assessment Report.; 2014. www.ema.europa.eu. Accessed April 13, 2020.
13. Cree B.A., et al., Disability improvement as a clinically relevant outcome in clinical trials of relapsing forms of multiple sclerosis. *Mult Scler*, 2021. 27(14): p. 2219-2231.
14. van der Vuurst de Vries, R.M., et al., Application of the 2017 Revised McDonald Criteria for Multiple Sclerosis to Patients With a Typical Clinically Isolated Syndrome. *JAMA Neurol*, 2018. 75(11): p. 1392-1398.
15. Lee D.H., et al., Diagnostic value of the 2017 McDonald criteria in patients with a first demyelinating event suggestive of relapsing-remitting multiple sclerosis. *Eur J Neurol*, 2019. 26(3): p. 540-545.
16. Miclea A., et al., Prediction of conversion to multiple sclerosis using the 2017 McDonald and 2016 MAGNIMS criteria in patients with clinically isolated syndrome: a retrospective single-centre study. *Ther Adv Neurol Disord*, 2019. 12: p. 1756286419835652.
17. Wong Y.Y.M., et al., Real-world validation of the 2017 McDonald criteria for pediatric MS. *Neurol Neuroimmunol Neuroinflamm*, 2019. 6(2): p. e528.
18. Fadda G., et al., MRI and laboratory features and the performance of international criteria in the diagnosis of multiple sclerosis in children and adolescents: a prospective cohort study. *Lancet Child Adolesc Health*, 2018. 2(3): p. 191-204.
19. Krupp L.B., et al., International Pediatric Multiple Sclerosis Study Group criteria for pediatric multiple sclerosis and immune-mediated central nervous system demyelinating disorders: revisions to the 2007 definitions. *Mult Scler*, 2013. 19(10): p. 1261-7.
20. Solomon A.J., et al., The contemporary spectrum of multiple sclerosis misdiagnosis: A multicenter study. *Neurology*, 2016. 87(13): p. 1393-9.
21. Yamout B.I., et al., Alternative diagnoses in patients referred to specialized centers for suspected MS. *Mult Scler Relat Disord*, 2017. 18: p. 85-89.
22. Solomon A.J., E.P. Klein, and D. Bourdette, "Undiagnosing" multiple sclerosis: the challenge of misdiagnosis in MS. *Neurology*, 2012. 78(24): p. 1986-91.

23. Ghezzi A., et al., Long-term follow-up of isolated optic neuritis: the risk of developing multiple sclerosis, its outcome, and the prognostic role of paraclinical tests. *J Neurol*, 1999. 246(9): p. 770-5.
24. Meyer-Moock S., et al., Systematic literature review and validity evaluation of the Expanded Disability Status Scale (EDSS) and the Multiple Sclerosis Functional Composite (MSFC) in patients with multiple sclerosis. *BMC Neurol*, 2014. 14: p. 58.
25. Bin Sawad A., et al., Evaluation of the Expanded Disability Status Scale and the Multiple Sclerosis Functional Composite as clinical endpoints in multiple sclerosis clinical trials: quantitative meta-analyses. *Curr Med Res Opin*, 2016. 32(12): p. 1969-1974.
26. Степанова А.Д. Валидация расширенной шкалы статуса инвалидизации (РШСИ) на русском языке для пациентов с рассеянным склерозом в Российской Федерации / А.Д. Степанова, Е.П. Евдошенко, М.В. Шумилина, Д.С. Коробко, М.А. Барабанова, М.В. Аброськина, А.Ф. Василенко, Ю.Н. Юрченко, М.В. Давыдовская // Медицинские технологии. Оценка и выбор^ 2023. Вып. 45(1):38-46. <https://doi.org/10.17116/medtech20234501138>
27. Perry M., et al., Multiple sclerosis: summary of NICE guidance. *BMJ*, 2014. 349: p. g5701.
28. Epstein D.J., J. Dunn, and S. Deresinski, Infectious Complications of Multiple Sclerosis Therapies: Implications for Screening, Prophylaxis, and Management. *Open Forum Infect Dis*, 2018. 5(8): p. ofy174.
29. Toledano M., B.G. Weinshenker, and A.J. Solomon, A Clinical Approach to the Differential Diagnosis of Multiple Sclerosis. *Curr Neurol Neurosci Rep*, 2015. 15(8): p. 57.
30. Keat Wei L., et al., Association of. *Medicina (Kaunas)*, 2019. 55(7).
31. Senol M.G., et al., Reversible myelopathy with vitamin B12 deficiency. *Singapore Med J*, 2008. 49(11): p. e330-2.
32. Hammarin A.L., et al., Analysis of PCR as a tool for detection of JC virus DNA in cerebrospinal fluid for diagnosis of progressive multifocal leukoencephalopathy. *J Clin Microbiol*, 1996. 34(12): p. 2929-32.
33. Giovannoni G., et al., Switching patients at high risk of PML from natalizumab to another disease-modifying therapy. *Pract Neurol*, 2016. 16(5): p. 389-93.
34. Ruiz-Gaviria R., et al., Specificity and sensitivity of aquaporin 4 antibody detection tests in patients with neuromyelitis optica: A meta-analysis. *Mult Scler Relat Disord*, 2015. 4(4): p. 345-9.

35. Slater C.A., R.B. Davis, and R.H. Shmerling, Antinuclear antibody testing. A study of clinical utility. *Arch Intern Med*, 1996. 156(13): p. 1421-5.
36. Leuchten N., et al., Performance of Antinuclear Antibodies for Classifying Systemic Lupus Erythematosus: A Systematic Literature Review and Meta-Regression of Diagnostic Data. *Arthritis Care Res (Hoboken)*, 2018. 70(3): p. 428-438.
37. Haga HJ, Hulten B, Bolstad AI, Ulvestad E, Jonsson R. Reliability and sensitivity of diagnostic tests for primary Sjogren's syndrome. *J Rheumatol*. 1999;26(3):604-608.
38. Dobson R., et al., Cerebrospinal fluid oligoclonal bands in multiple sclerosis and clinically isolated syndromes: a meta-analysis of prevalence, prognosis and effect of latitude. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2013. 84(8): p. 909-14.
39. Villar L.M., et al., CSF oligoclonal band patterns reveal disease heterogeneity in multiple sclerosis. *J Neuroimmunol*, 2009. 211(1-2): p. 101-4.
40. Skov A.G., T. Skov, and J.L. Frederiksen, Oligoclonal bands predict multiple sclerosis after optic neuritis: a literature survey. *Mult Scler*, 2011. 17(4): p. 404-10.
41. Bourahoui A., et al., CSF isoelectrofocusing in a large cohort of MS and other neurological diseases. *Eur J Neurol*, 2004. 11(8): p. 525-9.
42. Arrambide G., et al., The value of oligoclonal bands in the multiple sclerosis diagnostic criteria. *Brain*, 2018. 141(4): p. 1075-1084.
43. Kuhle J., et al., Conversion from clinically isolated syndrome to multiple sclerosis: A large multicentre study. *Mult Scler*, 2015. 21(8): p. 1013-24.
44. Carmosino M.J., et al., Initial evaluations for multiple sclerosis in a university multiple sclerosis center: outcomes and role of magnetic resonance imaging in referral. *Arch Neurol*, 2005. 62(4): p. 585-90.
45. Zhang W.Y. and Y.L. Hou, Prognostic value of magnetic resonance imaging in patients with clinically isolated syndrome conversion to multiple sclerosis: a meta-analysis. *Neurol India*, 2013. 61(3): p. 231-8.
46. Брюхов В. Стандартизация МРТ-исследований при рассеянном склерозе / Брюхов В, Кротенкова И, Морозова С, Кротенкова М // Журнал неврологии и психиатрии им Корсакова. - 2016. - 10(2). - 27-34.
47. Sombekke M.H., et al., Spinal cord lesions in patients with clinically isolated syndrome: a powerful tool in diagnosis and prognosis. *Neurology*, 2013. 80(1): p. 69-75.
48. Traboulsee A., et al., Revised Recommendations of the Consortium of MS Centers Task Force for a Standardized MRI Protocol and Clinical Guidelines for the Diagnosis and Follow-Up of Multiple Sclerosis. *AJNR Am J Neuroradiol*, 2016. 37(3): p. 394-401.

49. Dalton C.M., et al., New T2 lesions enable an earlier diagnosis of multiple sclerosis in clinically isolated syndromes. *Ann Neurol*, 2003. 53(5): p. 673-6.
50. Pestalozza I.F., et al., Monthly brain magnetic resonance imaging scans in patients with clinically isolated syndrome. *Mult Scler*, 2005. 11(4): p. 390-4.
51. Wattjes M.P., et al., 2021 MAGNIMS-CMSC-NAIMS consensus recommendations on the use of MRI in patients with multiple sclerosis. *Lancet Neurol*, 2021. 20(8): p. 653-670.
52. Alessandrino F., et al., Do MRI Structured Reports for Multiple Sclerosis Contain Adequate Information for Clinical Decision Making? *AJR Am J Roentgenol*, 2018. 210(1): p. 24-29.
53. Arevalo O., et al., Standardizing Magnetic Resonance Imaging Protocols, Requisitions, and Reports in Multiple Sclerosis: An Update for Radiologist Based on 2017 Magnetic Resonance Imaging in Multiple Sclerosis and 2018 Consortium of Multiple Sclerosis Centers Consensus Guidelines. *J Comput Assist Tomogr*, 2019. 43(1): p. 1-12.
54. Kupersmith M.J., et al., Contrast-enhanced MRI in acute optic neuritis: relationship to visual performance. *Brain*, 2002. 125(Pt 4): p. 812-22.
55. Frederiksen J.L. and J. Petrera, Serial visual evoked potentials in 90 untreated patients with acute optic neuritis. *Surv Ophthalmol*, 1999. 44 Suppl 1: p. S54-62.
56. Petzold A., et al., Optical coherence tomography in multiple sclerosis: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Neurol*, 2010. 9(9): p. 921-32.
57. Martinez-Lapiscina E.H., et al., Retinal thickness measured with optical coherence tomography and risk of disability worsening in multiple sclerosis: a cohort study. *Lancet Neurol*, 2016. 15(6): p. 574-84.
58. Britze J., G. Pihl-Jensen, and J.L. Frederiksen, Retinal ganglion cell analysis in multiple sclerosis and optic neuritis: a systematic review and meta-analysis. *J Neurol*, 2017. 264(9): p. 1837-1853.
59. (UK) NCGC. Multiple Sclerosis. National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2014. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25340249>. Accessed April 13, 2020.
60. Miller D.M., et al., A meta-analysis of methylprednisolone in recovery from multiple sclerosis exacerbations. *Mult Scler*, 2000. 6(4): p. 267-73.
61. Filippini G., et al., Corticosteroids or ACTH for acute exacerbations in multiple sclerosis. *Cochrane Database Syst Rev*, 2000(4): p. CD001331.
62. Freedman M.S., et al., Treatment optimization in MS: Canadian MS Working Group updated recommendations. *Can J Neurol Sci*, 2013. 40(3): p. 307-23.

63. Hofer S. et al. Management of Acute Demyelinating Attacks in the Pediatric Population: A Swiss Consensus Statement //Clinical and translational neuroscience. – 2021. – T. 5. – №. 2. – C. 17.
64. Repovic P. and F.D. Lublin, Treatment of multiple sclerosis exacerbations. *Neurol Clin*, 2011. 29(2): p. 389-400.
65. La Mantia L., et al., Double-blind trial of dexamethasone versus methylprednisolone in multiple sclerosis acute relapses. *Eur Neurol*, 1994. 34(4): p. 199-203.
66. Narula S., New Perspectives in Pediatric Neurology-Multiple Sclerosis. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*, 2016. 46(2): p. 62-9.
67. Narula S., S.E. Hopkins, and B. Banwell, Treatment of pediatric multiple sclerosis. *Curr Treat Options Neurol*, 2015. 17(3): p. 336.
68. Waldman A.T., et al., Management of pediatric central nervous system demyelinating disorders: consensus of United States neurologists. *J Child Neurol*, 2011. 26(6): p. 675-82.
69. Burton J.M., et al., Oral versus intravenous steroids for treatment of relapses in multiple sclerosis. *Cochrane Database Syst Rev*, 2012. 12: p. CD006921.
70. Le Page E., et al., Oral versus intravenous high-dose methylprednisolone for treatment of relapses in patients with multiple sclerosis (COPOUSEP): a randomised, controlled, double-blind, non-inferiority trial. *Lancet*, 2015. 386(9997): p. 974-81.
71. Pena J.A. and T.E. Lotze, Pediatric multiple sclerosis: current concepts and consensus definitions. *Autoimmune Dis*, 2013. 2013: p. 673947.
72. Ramo-Tello C., et al., A randomized clinical trial of oral versus intravenous methylprednisolone for relapse of MS. *Mult Scler*, 2014. 20(6): p. 717-25.
73. Liu S., et al., Oral versus intravenous methylprednisolone for the treatment of multiple sclerosis relapses: A meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One*, 2017. 12(11): p. e0188644.
74. Weiner H.L., et al., Double-blind study of true vs. sham plasma exchange in patients treated with immunosuppression for acute attacks of multiple sclerosis. *Neurology*, 1989. 39(9): p. 1143-9.
75. Weinshenker B.G., et al., A randomized trial of plasma exchange in acute central nervous system inflammatory demyelinating disease. *Ann Neurol*, 1999. 46(6): p. 878-86.
76. Cortese I., et al., Evidence-based guideline update: Plasmapheresis in neurologic disorders: report of the Therapeutics and Technology Assessment Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, 2011. 76(3): p. 294-300.

77. Spalice A., et al., Intravenous immunoglobulin and interferon: successful treatment of optic neuritis in pediatric multiple sclerosis. *J Child Neurol*, 2004. 19(8): p. 623-6.
78. Apak R.A., B. Anlar, and I. Saatci, A case of relapsing acute disseminated encephalomyelitis with high dose corticosteroid treatment. *Brain Dev*, 1999. 21(4): p. 279-82.
79. Darabi K., O. Abdel-Wahab, and W.H. Dzik, Current usage of intravenous immune globulin and the rationale behind it: the Massachusetts General Hospital data and a review of the literature. *Transfusion*, 2006. 46(5): p. 741-53.
80. Trebst C. and M. Stangel, Promotion of remyelination by immunoglobulins: implications for the treatment of multiple sclerosis. *Curr Pharm Des*, 2006. 12(2): p. 241-9.
81. Nikfar S., R. Rahimi, and M. Abdollahi, A meta-analysis of the efficacy and tolerability of interferon- β in multiple sclerosis, overall and by drug and disease type. *Clin Ther*, 2010. 32(11): p. 1871-88.
82. Randomised double-blind placebo-controlled study of interferon beta-1a in relapsing/remitting multiple sclerosis. PRISMS (Prevention of Relapses and Disability by Interferon beta-1a Subcutaneously in Multiple Sclerosis) Study Group. *Lancet*, 1998. 352(9139): p. 1498-504.
83. La Mantia L., et al., Interferons-beta versus glatiramer acetate for relapsing-remitting multiple sclerosis. *Cochrane Database Syst Rev*, 2016. 11(11): p. CD009333.
84. Newsome S.D., et al., Subgroup and sensitivity analyses of annualized relapse rate over 2 years in the ADVANCE trial of peginterferon beta-1a in patients with relapsing-remitting multiple sclerosis. *J Neurol*, 2016. 263(9): p. 1778-87.
85. Kieseier B.C., et al., Peginterferon beta-1a in multiple sclerosis: 2-year results from ADVANCE. *Mult Scler*, 2015. 21(8): p. 1025-35.
86. Tolley K., et al., A Network Meta-Analysis of Efficacy and Evaluation of Safety of Subcutaneous Pegylated Interferon Beta-1a versus Other Injectable Therapies for the Treatment of Relapsing-Remitting Multiple Sclerosis. *PLoS One*, 2015. 10(6): p. e0127960.
87. Comi G., M. Filippi, and J.S. Wolinsky, European/Canadian multicenter, double-blind, randomized, placebo-controlled study of the effects of glatiramer acetate on magnetic resonance imaging--measured disease activity and burden in patients with relapsing multiple sclerosis. European/Canadian Glatiramer Acetate Study Group. *Ann Neurol*, 2001. 49(3): p. 290-7.
88. Khan O., et al., Three times weekly glatiramer acetate in relapsing-remitting multiple sclerosis. *Ann Neurol*, 2013. 73(6): p. 705-13.

89. Gold R., et al., Placebo-controlled phase 3 study of oral BG-12 for relapsing multiple sclerosis. *N Engl J Med*, 2012. 367(12): p. 1098-107.
90. Xu Z., et al., Dimethyl fumarate for multiple sclerosis. *Cochrane Database Syst Rev*, 2015. 2015(4): p. CD011076.
91. Durelli L., et al., Every-other-day interferon beta-1b versus once-weekly interferon beta-1a for multiple sclerosis: results of a 2-year prospective randomised multicentre study (INCOMIN). *Lancet*, 2002. 359(9316): p. 1453-60.
92. Бойко А.Н., Бахтиярова К.З., Бойко О.В., Дудин В.А., Заславский Л.Г., Малкова Н.А., Паршина Е.В., Повереннова И.Е., Сиверцева С.А., Тотолян Н.А., Щур С.Г., Хабилов Ф.А., Гончарова З.А., Захарова М.Н., Болсун Д.Д., Зинкина-Орихан А.В., Линькова Ю.Н., Черновская Т.В., Порозова А.А. Долгосрочные данные по эффективности и безопасности препарата сампэгинтерферон-β1а у пациентов с ремиттирующим рассеянным склерозом: результаты 104-недельного рандомизированного двойного слепого клинического исследования. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*, 2023; 123(2):52-59.
93. Бойко А.Н., Бойко О.В., Бахтиярова К.З., Гусев Е.И., Дудин В.А., Заславский Л.Г., Малкова Н.А., Паршина Е.В., Повереннова И.Е., Сиверцева С.А., Тотолян Н.А., Щур С.Г., Федюлов А.С., Хабилов Ф.А., Болсун Д.Д., Зинкина-Орихан А.В., Линькова Ю.Н., Черновская Т.В. Эффективность и безопасность сампэгинтерферона β-1а для лечения ремиттирующего рассеянного склероза: результаты 52-недельного рандомизированного двойного слепого клинического исследования. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*, 2022; 122(1): 62-71
94. Brown J.W.L., et al., Association of Initial Disease-Modifying Therapy With Later Conversion to Secondary Progressive Multiple Sclerosis. *JAMA*, 2019. 321(2): p. 175-187.
95. Ghezzi A., et al., Long-term results of immunomodulatory treatment in children and adolescents with multiple sclerosis: the Italian experience. *Neurol Sci*, 2009. 30(3): p. 193-9.
96. Baroncini D., et al., Long-term follow-up of pediatric MS patients starting treatment with injectable first-line agents: A multicentre, Italian, retrospective, observational study. *Mult Scler*, 2019. 25(3): p. 399-407.
97. Waubant E, Hietpas J, Stewart T, Dyme Z, Herbert J, Lacy J, Miller C, Rensel M, Schwid S, Goodkin D. Interferon beta-1a in children with multiple sclerosis is well tolerated. *Neuropediatrics*. 2001 Aug;32(4):211-3. doi: 10.1055/s-2001-17370

98. Tenembaum S.N., et al., Subcutaneous interferon Beta-1a in pediatric multiple sclerosis: a retrospective study. *J Child Neurol*, 2013. 28(7): p. 849-56.
99. Costa G.D. and G. Comi, Teriflunomide: an oral therapy for first-line treatment of children and adolescents living with relapsing-remitting multiple sclerosis. *Expert Rev Neurother*, 2023. 23(8): p. 681-687.
100. Chitnis T., et al., Safety and efficacy of teriflunomide in paediatric multiple sclerosis (TERIKIDS): a multicentre, double-blind, phase 3, randomised, placebo-controlled trial. *Lancet Neurol*, 2021. 20(12): p. 1001-1011.
101. Nicotera A.G., et al., Treatment of multiple sclerosis in children: A brief overview. *Clin Immunol*, 2022. 237: p. 108947.
102. Ghezzi A. and I.T.o.E.O.M.I. Group, Immunomodulatory treatment of early onset multiple sclerosis: results of an Italian Co-operative Study. *Neurol Sci*, 2005. 26 Suppl 4: p. S183-6.
103. Ghezzi A., et al., Pediatric multiple sclerosis: Conventional first-line treatment and general management. *Neurology*, 2016. 87(9 Suppl 2): p. S97-S102.
104. Jakimovski D., et al., Multiple Sclerosis in Children: Differential Diagnosis, Prognosis, and Disease-Modifying Treatment. *CNS Drugs*, 2022. 36(1): p. 45-59.
105. Kornek B, Bernert G, Balassy C, Geldner J, Prayer D, Feucht M. Glatiramer acetate treatment in patients with childhood and juvenile onset multiple sclerosis. *Neuropediatrics*. 2003 Jun;34(3):120-6. doi: 10.1055/s-2003-41274
106. Alroughani R., et al., Safety and Efficacy of Delayed-Release Dimethyl Fumarate in Pediatric Patients With Relapsing Multiple Sclerosis (FOCUS). *Pediatr Neurol*, 2018. 83: p. 19-24.
107. Parks N.E., et al., NEDA treatment target? No evident disease activity as an actionable outcome in practice. *J Neurol Sci*, 2017. 383: p. 31-34.
108. Rotstein D.L., et al., Evaluation of no evidence of disease activity in a 7-year longitudinal multiple sclerosis cohort. *JAMA Neurol*, 2015. 72(2): p. 152-8.
109. Giovannoni G., et al., Is it time to target no evident disease activity (NEDA) in multiple sclerosis? *Mult Scler Relat Disord*, 2015. 4(4): p. 329-33.
110. Hohlfeld R. and E. Meinl, Ocrelizumab in multiple sclerosis: markers and mechanisms. *Lancet Neurol*, 2017. 16(4): p. 259-261.
111. Giovannoni G., Cladribine to Treat Relapsing Forms of Multiple Sclerosis. *Neurotherapeutics*, 2017. 14(4): p. 874-887.
112. Hauser S.L., et al., Ofatumumab versus Teriflunomide in Multiple Sclerosis. *N Engl J Med*, 2020. 383(6): p. 546-557.

113. Bar-Or A., et al., Rapid and sustained B-cell depletion with subcutaneous ofatumumab in relapsing multiple sclerosis: APLIOS, a randomized phase-2 study. *Mult Scler*, 2022. 28(6): p. 910-924.
114. Davis M.D., et al., Time course of glatiramer acetate efficacy in patients with RRMS in the GALA study. *Neurol Neuroimmunol Neuroinflamm*, 2017. 4(2): p. e327.
115. Kappos L., et al., Siponimod versus placebo in secondary progressive multiple sclerosis (EXPAND): a double-blind, randomised, phase 3 study. *Lancet*, 2018. 391(10127): p. 1263-1273.
116. Freedman M.S., et al., Treatment Optimization in Multiple Sclerosis: Canadian MS Working Group Recommendations. *Can J Neurol Sci*, 2020. 47(4): p. 437-455.
117. Cohen J.A., et al., Safety and efficacy of ozanimod versus interferon beta-1a in relapsing multiple sclerosis (RADIANCE): a multicentre, randomised, 24-month, phase 3 trial. *Lancet Neurol*, 2019. 18(11): p. 1021-1033.
118. Comi G., et al., Safety and efficacy of ozanimod versus interferon beta-1a in relapsing multiple sclerosis (SUNBEAM): a multicentre, randomised, minimum 12-month, phase 3 trial. *Lancet Neurol*, 2019. 18(11): p. 1009-1020.
119. Giovannoni G., et al., A placebo-controlled trial of oral cladribine for relapsing multiple sclerosis. *N Engl J Med*, 2010. 362(5): p. 416-26.
120. Rammohan K., et al., Cladribine tablets for relapsing-remitting multiple sclerosis: Efficacy across patient subgroups from the phase III CLARITY study. *Mult Scler Relat Disord*, 2012. 1(1): p. 49-54.
121. Zanetta C., et al., Effectiveness and safety profile of cladribine in an Italian real-life cohort of relapsing-remitting multiple sclerosis patients: a monocentric longitudinal observational study. *J Neurol*, 2023. 270(7): p. 3553-3564.
122. Miravalle A.A., et al., CLICK-MS and MASTER-2 Phase IV trial design: cladribine tablets in suboptimally controlled relapsing multiple sclerosis. *Neurodegener Dis Manag*, 2021. 11(2): p. 99-111.
123. Совет экспертов «Кладрибин в таблетках в реальной клинической практике» (01 июня 2022 г, Санкт-Петербург).– URL.: <https://www.mapcms.ru/projects/events/sovet-ekspertov-kladribin-v-tabletkakh-v-realnoy-klinicheskoy-praktike/>
124. Miravalle A, Katz J, Robertson D, Aldridge J, Evans E, Harlow DE Cladribine Tablets in Patients With Relapsing-Remitting Multiple Sclerosis or Active Secondary Progressive Multiple Sclerosis After Suboptimal Response to a Disease-Modifying Therapy (CLICK-MS and MASTER-2): Interim Baseline and Safety Review (P1-

https://doi.org/10.1212/WNL.98.18_supplement.824

125. Hauser S.L., et al., Efficacy and safety of four-year ofatumumab treatment in relapsing multiple sclerosis: The ALITHIOS open-label extension. *Mult Scler*, 2023. 29(11-12): p. 1452-1464.
126. Cohen J, Gold R, J. de Sèze, Robertson D, Wiendl H, Wray S, et al. Efficacy of Early Ofatumumab versus Late-Switch from Teriflunomide: Subgroup Analysis of the ALITHIOS Open-Label Extension Study by Prior Disease Modifying Therapy Exposure and Age. *ECTRIMS 2022. LB Poster 1210. Multiple Sclerosis Journal*. 2022; 28(3):956-83. Doi:10.1177/13524585221126909
127. А.Н.Бойко, В.М.Алифирова, И.Г.,Лукашевич, З.А.Гончарова, И.В.Грешнова, Л.Г.Заславский, С.В.Котов, Н.А.Малкова, Г.Н.Мишин, Е.В.Паршина, И.Е.Повереннова, Л.Н.Прахова, С.А.Сиверцева, И.В.Смагина, Н.А.Тотолян, Ю.В.Тринитатский, Т.Н.Трушникова, Ф.А.Хабиров, Ж.Ю.Чефранова, С.Г.Щур, В.А.Дудин, Д.В.Похабов, Д.Д.Болсун, А.В.Еремеева, Ю.Н.Линькова, А.В.Зинкина-Орихан.
Эффективность и безопасность 48 недельного применения моноклонального антитела против CD20 дивозилимаба у пациентов с рассеянным склерозом: результаты рандомизированного двойного слепого плацебо- контролируемого клинического исследования BCD-132-4/MIRANTIBUS. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*, 2023; Вып.123(7 вып. 2):1–10.
<https://doi.org/10.17116/jnevro20231230721>
128. А.Н.Бойко, В.М.Алифирова, И.Г.Лукашевич, З.А.Гончарова, И.В.Грешнов, Л.Г.Заславский, С.В.Котов, Н.А.Малкова, Г.Н.Мишин, Е.В.Паршина, И.Е.Повереннова, Л.Н.Прахова, С.А.Сиверцева, И.В.Смагина, Н.А.Тотолян, Ю.В.Тринитатский, Т.Н.Трушникова, Ф.А.Хабиров, С.Г.Щур, А.В.Артемьева, Д.Д.Болсун, А.В.Зинкина-Орихан, Ю.Н.Линькова. Эффективность и безопасность 24 недель применения дивозилимаба среди пациентов с рассеянным склерозом в рамках рандомизированного двойного слепого плацебо-контролируемого клинического исследования BCD-132-2. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2023;123(4):1–11. <https://doi.org/10.17116/jnevro20231230411>
129. Polman C.H., et al., A randomized, placebo-controlled trial of natalizumab for relapsing multiple sclerosis. *N Engl J Med*, 2006. 354(9): p. 899-910.
130. Pucci E., et al., Natalizumab for relapsing remitting multiple sclerosis. *Cochrane Database Syst Rev*, 2011(10): p. CD007621.

131. Bompreszi R. and S. Pawate, Extended interval dosing of natalizumab: a two-center, 7-year experience. *Ther Adv Neurol Disord*, 2014. 7(5): p. 227-31.
132. Clerico M., et al., Extending the Interval of Natalizumab Dosing: Is Efficacy Preserved? *Neurotherapeutics*, 2020. 17(1): p. 200-207.
133. Yamout B.I., et al., Efficacy and safety of natalizumab extended interval dosing. *Mult Scler Relat Disord*, 2018. 24: p. 113-116.
134. Calabresi P.A., et al., Safety and efficacy of fingolimod in patients with relapsing-remitting multiple sclerosis (FREEDOMS II): a double-blind, randomised, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet Neurol*, 2014. 13(6): p. 545-56.
135. La Mantia L., et al., Fingolimod for relapsing-remitting multiple sclerosis. *Cochrane Database Syst Rev*, 2016. 4(4): p. CD009371.
136. Chitnis T., et al., Trial of Fingolimod versus Interferon Beta-1a in Pediatric Multiple Sclerosis. *N Engl J Med*, 2018. 379(11): p. 1017-1027.
137. Sun Y., et al., Ozanimod for Treatment of Relapsing-Remitting Multiple Sclerosis in Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Front Pharmacol*, 2020. 11: p. 589146.
138. Zeposia (International non-proprietary name: ozanimod). Assessment report of EMA 2021. Amsterdam 16 June 2015; EMA/CHMP/199869/2020 Rev 2 Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP). https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/zeposia-epar-public-assessment-report_en.pdf
139. Coles A.J., et al., Alemtuzumab for patients with relapsing multiple sclerosis after disease-modifying therapy: a randomised controlled phase 3 trial. *Lancet*, 2012. 380(9856): p. 1829-39.
140. Cohen J.A., et al., Alemtuzumab versus interferon beta 1a as first-line treatment for patients with relapsing-remitting multiple sclerosis: a randomised controlled phase 3 trial. *Lancet*, 2012. 380(9856): p. 1819-28.
141. Zhang J., et al., Alemtuzumab versus interferon beta 1a for relapsing-remitting multiple sclerosis. *Cochrane Database Syst Rev*, 2017. 11(11): p. CD010968.
142. Hauser S.L., et al., Ocrelizumab versus Interferon Beta-1a in Relapsing Multiple Sclerosis. *N Engl J Med*, 2017. 376(3): p. 221-234.
143. Menge T., et al., Ocrelizumab for the treatment of relapsing-remitting multiple sclerosis. *Expert Rev Neurother*, 2016. 16(10): p. 1131-9.
144. Vermersch P., et al., Efficacy of cladribine tablets in high disease activity patients with relapsing multiple sclerosis. *Curr Med Res Opin*, 2021. 37(3): p. 459-464.

145. Boneschi M.F., et al., Mitoxantrone for multiple sclerosis. *Cochrane Database Syst Rev*, 2013(5): p. CD002127.
146. Kira J.I., et al., Effect of ofatumumab versus placebo in relapsing multiple sclerosis patients from Japan and Russia: Phase 2 APOLITOS study. *Mult Scler*, 2022. 28(8): p. 1229-1238.
147. Ghezzi A., et al., Natalizumab in the pediatric MS population: results of the Italian registry. *BMC Neurol*, 2015. 15: p. 174.
148. Ghezzi A., et al., Pharmacokinetics and pharmacodynamics of natalizumab in pediatric patients with RRMS. *Neurol Neuroimmunol Neuroinflamm*, 2019. 6(5): p. e591.
149. Vitaliti G., et al., Natalizumab in multiple sclerosis: discontinuation, progressive multifocal leukoencephalopathy and possible use in children. *Expert Rev Neurother*, 2015. 15(11): p. 1321-41.
150. Benallegue N., et al., Highly Effective Therapies as First-Line Treatment for Pediatric-Onset Multiple Sclerosis. *JAMA Neurol*, 2024.
151. Mar S, Valeriani M, Steinborn B, Schreiner T, Waubant E, Filippi M, Kotulska K, Mazurkiewicz-Beldzinska M, El Azzouzi B, Lin CJ, Shen YA, Kletzl H, Evershed J, Hoge A, Manlius C, Bonati U, Banwell B. Ocrelizumab dose selection for treatment of pediatric relapsing-remitting multiple sclerosis: results of the OPERETTA I study. *J Neurol*. 2025 Jan 15;272(2):137. doi: 10.1007/s00415-024-12879-z. PMID: 39812825; PMCID: PMC11735518
152. Skataric M, Savelieva M, Pigeolet E, Leppert D. Ofatumumab Dose Selection in Pediatric Population with Relapsing Multiple Sclerosis. Abstracts for the Ninth American Conference on Pharmacometrics (ACoP9). *J Pharmacokinet Pharmacodyn* 45 (Suppl 1), 3–134 (2018). <https://doi.org/10.1007/s10928-018-9606-9>.
153. Кузьминых ЕД, Лебедев ВМ, Сенченко ВЕ, Черепянский МС, Гончар ВА, Коробко ДС. Первый опыт применения офатумумаба для лечения педиатрического рассеянного склероза в реальной российской клинической практике. Серия случаев. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2025;17(1):72–77. DOI: 10.14412/2074-2711-2025-1-72-77 <https://nnp.ima-press.net/nnp/article/view/2438/1767>
154. Ahrweiller K., et al., Decreasing impact of late relapses on disability worsening in secondary progressive multiple sclerosis. *Mult Scler*, 2020. 26(8): p. 924-935.
155. Paz Soldán M.M., et al., Relapses and disability accumulation in progressive multiple sclerosis. *Neurology*, 2015. 84(1): p. 81-8.
156. Kappos L., et al., Switching from natalizumab to fingolimod: A randomized, placebo-controlled study in RRMS. *Neurology*, 2015. 85(1): p. 29-39.

157. Jokubaitis V.G., et al., Fingolimod after natalizumab and the risk of short-term relapse. *Neurology*, 2014. 82(14): p. 1204-11.
158. Pfeuffer S., et al., Efficacy and safety of alemtuzumab versus fingolimod in RRMS after natalizumab cessation. *J Neurol*, 2019. 266(1): p. 165-173.
159. Mihalova T, Vernon K, Sharaf N, Talbot P, Rog D. 195 MS disease modifying therapy (DMT) sequencing – tysabri to mavenclad de-escalation in JC-virus positive MS patients. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2019;90(12):e49-e50. doi:10.1136/jnnp-2019-abn-2.166
160. Switching from natalizumab to anti-CD20 monoclonal antibodies. ECTRIMS Online Library. Levin S. Sep 11 2019; 279030. <https://onlinelibrary.ectrims-congress.eu/ectrims/2019/stockholm/279030/seth.levin.switching.from.natalizumab.to.anti-cd20.monoclonal.antibodies.html>. Accessed June 1, 2020.
161. Hodgkinson S; Sharma M, 2019, 'Temporal profile of lymphocytes following treatment with cladribine tablets in patients switching from lymphocyte depleting or sequestering disease modifying drugs (DMDs) (P4.2-034)', *Neurology*, 92, http://dx.doi.org/10.1212/wnl.92.15_supplement.p4.2-034
162. Vollmer B., et al., The impact of very short transition times on switching from Natalizumab to Fingolimod on imaging and clinical effectiveness outcomes in multiple sclerosis. *J Neurol Sci*, 2018. 390: p. 89-93.
163. Alping P., et al., Rituximab versus fingolimod after natalizumab in multiple sclerosis patients. *Ann Neurol*, 2016. 79(6): p. 950-8.
164. Евдошенко Е. П., Неофидов Н. А., Бахтиярова К. З., Давыдовская М. В., Каирбекова Е. И., Колонтарева Ю. М., Малкова Н. А., Одинак М. М., Попова Е. В., Сазонов Д. В., Столяров И. Д., Смагина И. В., Федянин А. С., Хабиров Ф. А., Хайбуллин Т. И., Хачанова Н. В., Щукин И. А., Бойко А. Н. Эффективность и безопасность сипонимода у пациентов с вторично-прогрессирующим рассеянным склерозом в российской популяции. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски*, 2019. - 119(10-2). - 110-119.
165. Tong J., et al., Efficacy and acceptability of the S1P receptor in the treatment of multiple sclerosis: a meta-analysis. *Neurol Sci*, 2021. 42(5): p. 1687-1695.
166. Comi G, Bermel R, Bar-Or A, McGinley M, Arnold D, Henry R, et al. A multicentre, open label, single-arm, phase 3b study (CONSONANCE) to assess the effectiveness and safety of ocrelizumab in patients with primary and secondary progressive multiple sclerosis: year 2 interim analysis. Presented at the European

- Committee for Treatment and Research in Multiple Sclerosis in Amsterdam, The Netherlands. October 26-28, 2022. ECTRIMS Poster #P699.
167. La Mantia L., et al., Interferon beta for secondary progressive multiple sclerosis. *Cochrane Database Syst Rev*, 2012. 1: p. CD005181.
 168. Montalban X., et al., Ocrelizumab versus Placebo in Primary Progressive Multiple Sclerosis. *N Engl J Med*, 2017. 376(3): p. 209-220.
 169. Yang T.T., et al., Pharmacological treatments for fatigue in patients with multiple sclerosis: A systematic review and meta-analysis. *J Neurol Sci*, 2017. 380: p. 256-261.
 170. Van Kerrebroeck, P.E., et al., Dose-ranging study of tolterodine in patients with detrusor hyperreflexia. *Neurourol Urodyn*, 1998. 17(5): p. 499-512.
 171. Phé V., E. Chartier-Kastler, and J.N. Panicker, Management of neurogenic bladder in patients with multiple sclerosis. *Nat Rev Urol*, 2016. 13(5): p. 275-88.
 172. Zonić-Imamović M, Imamović S, Čičkušić A, Delalić A, Hodžić R, Imamović M. Effects of Treating an Overactive Urinary Bladder in Patients with Multiple Sclerosis. *Acta Med Acad*. 2019 Dec;48(3):271-277. doi: 10.5644/ama2006-124.267.
 173. Nicholas R.S., et al., Anticholinergics for urinary symptoms in multiple sclerosis. *Cochrane Database Syst Rev*, 2009(1): p. CD004193.
 174. Harvey M.A., K. Baker, and G.A. Wells, Tolterodine versus oxybutynin in the treatment of urge urinary incontinence: a meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol*, 2001. 185(1): p. 56-61.
 175. Ethans K.D., et al., Efficacy and safety of tolterodine in people with neurogenic detrusor overactivity. *J Spinal Cord Med*, 2004. 27(3): p. 214-8.
 176. Amend, B., et al., Effective treatment of neurogenic detrusor dysfunction by combined high-dosed antimuscarinics without increased side-effects. *Eur Urol*, 2008. 53(5): p. 1021-8.
 177. Valiquette G., J. Herbert, and P. Maede-D'Alisera, Desmopressin in the management of nocturia in patients with multiple sclerosis. A double-blind, crossover trial. *Arch Neurol*, 1996. 53(12): p. 1270-5.
 178. Hilton P., K. Hertogs, and S.L. Stanton, The use of desmopressin (DDAVP) for nocturia in women with multiple sclerosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 1983. 46(9): p. 854-5.
 179. Bientinesi R, Gandi C, Bassi P. Managing Urological Disorders in Multiple Sclerosis Patients: A Review of Available and Emerging Therapies. *Int Neurourol J*. 2020 Jun;24(2):118-126. doi: 10.5213/inj.2040028.014

180. Stankovich E.I.u., V.V. Borisov, and T.L. Demina, [Tamsulosin in the treatment of detrusor-sphincter dyssynergia of the urinary bladder in patients with multiple sclerosis]. *Urologiia*, 2004(4): p. 48-51.
181. Шварц П.Г., Попов С.В. Нейрогенная хроническая задержка мочи у больных рассеянным склерозом. *Трудный пациент*, 2018;6 (Том 16):61-64
182. Khalaf K.M., et al., The impact of lower urinary tract symptoms on health-related quality of life among patients with multiple sclerosis. *Neurourol Urodyn*, 2016. 35(1): p. 48-54.
183. Mehnert U., et al., The effect of botulinum toxin type a on overactive bladder symptoms in patients with multiple sclerosis: a pilot study. *J Urol*, 2010. 184(3): p. 1011-6.
184. Gallien P., et al., Placebo controlled, randomised, double blind study of the effects of botulinum A toxin on detrusor sphincter dyssynergia in multiple sclerosis patients. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2005. 76(12): p. 1670-6.
185. Schurch B., et al., Botulinum toxin type a is a safe and effective treatment for neurogenic urinary incontinence: results of a single treatment, randomized, placebo controlled 6-month study. *J Urol*, 2005. 174(1): p. 196-200.
186. Cruz F., et al., Efficacy and safety of onabotulinumtoxinA in patients with urinary incontinence due to neurogenic detrusor overactivity: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Eur Urol*, 2011. 60(4): p. 742-50.
187. Mangera A., et al., Contemporary management of lower urinary tract disease with botulinum toxin A: a systematic review of botox (onabotulinumtoxinA) and dysport (abobotulinumtoxinA). *Eur Urol*, 2011. 60(4): p. 784-95.
188. Brar S.P., et al., Evaluation of treatment protocols on minimal to moderate spasticity in multiple sclerosis. *Arch Phys Med Rehabil*, 1991. 72(3): p. 186-9.
189. Feldman R.G., et al., Baclofen for spasticity in multiple sclerosis. Double-blind crossover and three-year study. *Neurology*, 1978. 28(11): p. 1094-8.
190. Hudgson P. and D. Weightman, Baclofen in the treatment of spasticity. *Br Med J*, 1971. 4(5778): p. 15-7.
191. Orsnes G.B., et al., Effect of baclofen on gait in spastic MS patients. *Acta Neurol Scand*, 2000. 101(4): p. 244-8.
192. Sachais B.A., J.N. Logue, and M.S. Carey, Baclofen, a new antispastic drug. A controlled, multicenter trial in patients with multiple sclerosis. *Arch Neurol*, 1977. 34(7): p. 422-8.

193. Sawa G.M. and D.W. Paty, The use of baclofen in treatment of spasticity in multiple sclerosis. *Can J Neurol Sci*, 1979. 6(3): p. 351-4.
194. Otero-Romero S., et al., Pharmacological management of spasticity in multiple sclerosis: Systematic review and consensus paper. *Mult Scler*, 2016. 22(11): p. 1386-1396.
195. А. Светляк, А.А. Лапковский, М.П. Бондаренко Симптоматическая терапия рассеянного склероза // Проблемы здоровья и экологии. 2007. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/simptomaticheskaya-terapiya-rasseyannogo-skleroza>
196. Mueller M.E., et al., Gabapentin for relief of upper motor neuron symptoms in multiple sclerosis. *Arch Phys Med Rehabil*, 1997. 78(5): p. 521-4.
197. Dressler D., et al., Botulinum toxin therapy for treatment of spasticity in multiple sclerosis: review and recommendations of the IAB-Interdisciplinary Working Group for Movement Disorders task force. *J Neurol*, 2017. 264(1): p. 112-120.
198. Hyman N., et al., Botulinum toxin (Dysport) treatment of hip adductor spasticity in multiple sclerosis: a prospective, randomised, double blind, placebo controlled, dose ranging study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2000. 68(6): p. 707-12.
199. Gusev YI, Banach M, Simonow A, et al. Efficacy and safety of botulinum type a toxin in adductor spasticity due to multiple sclerosis. *J Musculoskelet Pain*. 2008;16(3):175-188. doi:10.1080/10582450802161952
200. Gracies J.M., et al., Efficacy and safety of abobotulinumtoxinA in spastic lower limb: Randomized trial and extension. *Neurology*, 2017. 89(22): p. 2245-2253.
201. Grazko M.A., K.B. Polo, and B. Jabbari, Botulinum toxin A for spasticity, muscle spasms, and rigidity. *Neurology*, 1995. 45(4): p. 712-7.
202. Konstanzer A., et al. Local injection treatment with botulinum toxin A in severe arm and leg spasticity. *Nervenarzt*, 1993. 64(8): p. 517-23.
203. Turhanoglu A.D., et al., Botulinum toxin A in the treatment of spasticity - An open label study. *J Back Musculoskelet Rehabil*, 2002. 16(2): p. 51-6.
204. Fu X., et al., A mixed treatment comparison on efficacy and safety of treatments for spasticity caused by multiple sclerosis: a systematic review and network meta-analysis. *Clin Rehabil*, 2018. 32(6): p. 713-721.
205. Neuropathic pain in adults: pharmacological management in non-specialist settings. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2020 Sep 22. (NICE Clinical Guidelines, No. 173.) Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK552848/>
206. Sieminski M., J. Losy, and M. Partinen, Restless legs syndrome in multiple sclerosis. *Sleep Med Rev*, 2015. 22: p. 15-22.

207. Braley T.J. and R.D. Chervin, A practical approach to the diagnosis and management of sleep disorders in patients with multiple sclerosis. *Ther Adv Neurol Disord*, 2015. 8(6): p. 294-310.
208. Valet M., et al., Effects of Fampridine in People with Multiple Sclerosis: A Systematic Review and Meta-analysis. *CNS Drugs*, 2019. 33(11): p. 1087-1099.
209. Jensen H.B., et al., 4-Aminopyridine for symptomatic treatment of multiple sclerosis: a systematic review. *Ther Adv Neurol Disord*, 2014. 7(2): p. 97-113.
210. Goodman A.D., et al., Dose comparison trial of sustained-release fampridine in multiple sclerosis. *Neurology*, 2008. 71(15): p. 1134-41.
211. Goodman A.D., et al., Sustained-release oral fampridine in multiple sclerosis: a randomised, double-blind, controlled trial. *Lancet*, 2009. 373(9665): p. 732-8.
212. Goodman A.D., et al., A phase 3 trial of extended release oral dalfampridine in multiple sclerosis. *Ann Neurol*, 2010. 68(4): p. 494-502.
213. Столяров И.Д., Петров А.М., Бойко А.Н. Эффективность и безопасность препарата Кинезиа (фампридин) в комплексной терапии рассеянного склероза. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2020;120(11):45-52.
214. Khan F. and B. Amatya. Rehabilitation in Multiple Sclerosis: A Systematic Review of Systematic Reviews. *Arch Phys Med Rehabil*, 2017. 98(2): p. 353-367.
215. Khan F., et al. Multidisciplinary rehabilitation for adults with multiple sclerosis. *Cochrane Database Syst Rev*, 2007. 2007(2): p. CD006036.
216. Freeman J.A., et al. The impact of inpatient rehabilitation on progressive multiple sclerosis. *Ann Neurol*, 1997. 42(2): p. 236-44.
217. Craig J., et al., A randomised controlled trial comparing rehabilitation against standard therapy in multiple sclerosis patients receiving intravenous steroid treatment. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2003. 74(9): p. 1225-30.
218. Francabandera F.L., et al., Multiple sclerosis rehabilitation: inpatient vs. outpatient. *Rehabil Nurs*, 1988. 13(5): p. 251-3.
219. Asano M., R. Raszewski, and M. Finlayson, Rehabilitation interventions for the management of multiple sclerosis relapse: a short scoping review. *Int J MS Care*, 2014. 16(2): p. 99-104.
220. Liu C., E.D. Playford, and A.J. Thompson, Does neurorehabilitation have a role in relapsing-remitting multiple sclerosis? *J Neurol*, 2003. 250(10): p. 1214-8.
221. Baert I., et al., Responsiveness and clinically meaningful improvement, according to disability level, of five walking measures after rehabilitation in multiple sclerosis: a European multicenter study. *Neurorehabil Neural Repair*, 2014. 28(7): p. 621-31.

222. Baert I., et al., Responsiveness and meaningful improvement of mobility measures following MS rehabilitation. *Neurology*, 2018. 91(20): p. e1880-e1892.
223. Sackett D.L., et al., Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*, 1996. 312(7023): p. 71-2.
224. Khan F., et al., Effectiveness of rehabilitation intervention in persons with multiple sclerosis: a randomised controlled trial. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2008. 79(11): p. 1230-5.
225. Pozzilli C., et al., Home based management in multiple sclerosis: results of a randomised controlled trial. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2002. 73(3): p. 250-5.
226. Solari A., et al., Physical rehabilitation has a positive effect on disability in multiple sclerosis patients. *Neurology*, 1999. 52(1): p. 57-62.
227. WHO | International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). WHO. 2019.
228. Holper L., et al., Characterization of functioning in multiple sclerosis using the ICF. *J Neurol*, 2010. 257(1): p. 103-13.
229. Coenen M., et al., The development of ICF Core Sets for multiple sclerosis: results of the International Consensus Conference. *J Neurol*, 2011. 258(8): p. 1477-88.
230. Conrad A., et al., Validation of the comprehensive ICF core set for multiple sclerosis from the perspective of physical therapists. *Phys Ther*, 2012. 92(6): p. 799-820.
231. Dalgas U., et al., Resistance training improves muscle strength and functional capacity in multiple sclerosis. *Neurology*, 2009. 73(18): p. 1478-84.
232. White L.J. and V. Castellano, Exercise and brain health--implications for multiple sclerosis: Part I--neuronal growth factors. *Sports Med*, 2008. 38(2): p. 91-100.
233. White L.J. and V. Castellano, Exercise and brain health--implications for multiple sclerosis: Part II--immune factors and stress hormones. *Sports Med*, 2008. 38(3): p. 179-86.
234. Gottschalk M., et al., Fatigue and regulation of the hypothalamo-pituitary-adrenal axis in multiple sclerosis. *Arch Neurol*, 2005. 62(2): p. 277-80.
235. Heine M., et al., Exercise therapy for fatigue in multiple sclerosis. *Cochrane Database Syst Rev*, 2015. 2015(9): p. CD009956.
236. Asano M. and M.L. Finlayson, Meta-analysis of three different types of fatigue management interventions for people with multiple sclerosis: exercise, education, and medication. *Mult Scler Int*, 2014. 2014: p. 798285.
237. Kargarfard M., et al., Randomized Controlled Trial to Examine the Impact of Aquatic Exercise Training on Functional Capacity, Balance, and Perceptions of Fatigue

- in Female Patients With Multiple Sclerosis. *Arch Phys Med Rehabil*, 2018. 99(2): p. 234-241.
238. Corvillo I., et al., Efficacy of aquatic therapy for multiple sclerosis: a systematic review. *Eur J Phys Rehabil Med*, 2017. 53(6): p. 944-952.
 239. Velikonja O., et al., Influence of sports climbing and yoga on spasticity, cognitive function, mood and fatigue in patients with multiple sclerosis. *Clin Neurol Neurosurg*, 2010. 112(7): p. 597-601.
 240. Haselkorn J.K., et al., Summary of comprehensive systematic review: Rehabilitation in multiple sclerosis: Report of the Guideline Development, Dissemination, and Implementation Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, 2015. 85(21): p. 1896-903.
 241. Steultjens E.M., et al., Occupational therapy for multiple sclerosis. *Cochrane Database Syst Rev*, 2003. 2003(3): p. CD003608.
 242. Lamers I., et al., Upper Limb Rehabilitation in People With Multiple Sclerosis: A Systematic Review. *Neurorehabil Neural Repair*, 2016. 30(8): p. 773-93.
 243. Martinez-Assucena A, Marnetoft S-U, Rovira TR, Hernandez-San-Miguel J, Bernabeu M, Martinell-Gispert-Sauch M. Rehabilitation for Multiple Sclerosis, in Adults (II); Management and Impact on Impairment, Functioning, and Quality of Life: An Overview. *Crit Rev Phys Rehabil Med*. 2010;22(1-4):179-139. doi:10.1615/CritRevPhysRehabilMed.v22.i1-4.100
 244. Portillo M.C., et al., Evaluation of a nurse-led social rehabilitation programme for neurological patients and carers: an action research study. *Int J Nurs Stud*, 2009. 46(2): p. 204-19.
 245. Gunn H., et al., Systematic Review: The Effectiveness of Interventions to Reduce Falls and Improve Balance in Adults With Multiple Sclerosis. *Arch Phys Med Rehabil*, 2015. 96(10): p. 1898-912.
 246. Ahmadi A., et al., Comparison of the Effect of 8 weeks Aerobic and Yoga Training on Ambulatory Function, Fatigue and Mood Status in MS Patients. *Iran Red Crescent Med J*, 2013. 15(6): p. 449-54.
 247. Hebert J.R., et al., Efficacy of Balance and Eye-Movement Exercises for Persons With Multiple Sclerosis (BEEMS). *Neurology*, 2018. 90(9): p. e797-e807.
 248. Gandolfi M., et al., Sensory integration balance training in patients with multiple sclerosis: A randomized, controlled trial. *Mult Scler*, 2015. 21(11): p. 1453-62.
 249. Brichetto G., et al., The effect of Nintendo® Wii® on balance in people with multiple sclerosis: a pilot randomized control study. *Mult Scler*, 2013. 19(9): p. 1219-21.

250. Casuso-Holgado, M.J., et al., Effectiveness of virtual reality training for balance and gait rehabilitation in people with multiple sclerosis: a systematic review and meta-analysis. *Clin Rehabil*, 2018. 32(9): p. 1220-1234.
251. Straudi S., et al., The effects of robot-assisted gait training in progressive multiple sclerosis: A randomized controlled trial. *Mult Scler*, 2016. 22(3): p. 373-84.
252. McGibbon C.A., et al., Evaluation of the Keeogo exoskeleton for assisting ambulatory activities in people with multiple sclerosis: an open-label, randomized, cross-over trial. *J Neuroeng Rehabil*, 2018. 15(1): p. 117.
253. Afzal T., et al., Exoskeleton-assisted Gait Training in Persons With Multiple Sclerosis: A Single-Group Pilot Study. *Arch Phys Med Rehabil*, 2020. 101(4): p. 599-606.
254. Miller L., et al., Functional Electrical Stimulation for Foot Drop in Multiple Sclerosis: A Systematic Review and Meta-Analysis of the Effect on Gait Speed. *Arch Phys Med Rehabil*, 2017. 98(7): p. 1435-1452.
255. Amatya B., et al., Non pharmacological interventions for spasticity in multiple sclerosis. *Cochrane Database Syst Rev*, 2013(2): p. CD009974.
256. Splinting for the Prevention and Correction of Contractures in Adults with Neurological Dysfunction Association of Chartered Physiotherapists in Neurology. www.COT.org.uk. Accessed April 15, 2020.
257. Harvey L, de Jong I, Goehl G, Mardwedel S. Twelve weeks of nightly stretch does not reduce thumb web-space contractures in people with a neurological condition: a randomised controlled trial. *Aust J Physiother*. 2006;52(4):251-258. doi:10.1016/s0004-9514(06)70004-6
258. Lannin N.A., et al., Effects of splinting on wrist contracture after stroke: a randomized controlled trial. *Stroke*, 2007. 38(1): p. 111-6.
259. Kinnear B.Z., et al., Rehabilitation therapies after botulinum toxin-A injection to manage limb spasticity: a systematic review. *Phys Ther*, 2014. 94(11): p. 1569-81.
260. Rosti-Otajärvi E.M. and P.I. Hämäläinen, Neuropsychological rehabilitation for multiple sclerosis. *Cochrane Database Syst Rev*, 2011(11): p. CD009131.
261. Rosti-Otajärvi E.M. and P.I. Hämäläinen, Neuropsychological rehabilitation for multiple sclerosis. *Cochrane Database Syst Rev*, 2014(2): p. CD009131.
262. das Nair R., et al., Memory Rehabilitation for people with multiple sclerosis. *Cochrane Database Syst Rev*, 2012(3): p. CD008754.
263. Bombardier C.H., et al., Telephone-based physical activity counseling for major depression in people with multiple sclerosis. *J Consult Clin Psychol*, 2013. 81(1): p. 89-99.

264. Forman A.C. and N.B. Lincoln, Evaluation of an adjustment group for people with multiple sclerosis: a pilot randomized controlled trial. *Clin Rehabil*, 2010. 24(3): p. 211-21.
265. Group G.C., The Goldman Consensus statement on depression in multiple sclerosis. *Mult Scler*, 2005. 11(3): p. 328-37.
266. Patti F., et al., The impact of outpatient rehabilitation on quality of life in multiple sclerosis. *J Neurol*, 2002. 249(8): p. 1027-33.
267. Patti F., et al., Effects of a short outpatient rehabilitation treatment on disability of multiple sclerosis patients--a randomised controlled trial. *J Neurol*, 2003. 250(7): p. 861-6.
268. Fiest K.M., et al., Systematic review and meta-analysis of interventions for depression and anxiety in persons with multiple sclerosis. *Mult Scler Relat Disord*, 2016. 5: p. 12-26.
269. Khan F., et al., Telerehabilitation for persons with multiple sclerosis. *Cochrane Database Syst Rev*, 2015. 2015(4): p. CD010508.
270. Block V., et al., Do Physical Therapy Interventions Affect Urinary Incontinence and Quality of Life in People with Multiple Sclerosis?: An Evidence-Based Review. *Int J MS Care*, 2015. 17(4): p. 172-80.
271. Mahler M.E., Behavioral manifestations associated with multiple sclerosis. *Psychiatr Clin North Am*, 1992. 15(2): p. 427-38.
272. Rodriguez M., et al., Impairment, disability, and handicap in multiple sclerosis: a population-based study in Olmsted County, Minnesota. *Neurology*, 1994. 44(1): p. 28-33.
273. Otero-Romero S, Lebrun-Fréney C, Reyes S, Amato MP, Campins M, Farez M, Filippi M, Hacohen Y, Hemmer B, Juuti R, Magyari M, Oreja-Guevara C, Siva A, Vukusic S, Tintoré M.ECTRIMS/EAN consensus on vaccination in people with multiple sclerosis: Improving immunization strategies in the era of highly active immunotherapeutic drugs. *Mult Scler*. 2023 Jul;29(8):904-925
274. Sorensen S.P., et al., The Multiple Sclerosis Care Unit. *Mult Scler*, 2019. 25(5): p. 627-636.
275. Avasarala J.R., et al., Analysis of NAMCS data for multiple sclerosis, 1998-2004. *BMC Med*, 2007. 5: p. 6.
276. Müller S., et al., Real-World Treatment of Patients with Multiple Sclerosis per MS Subtype and Associated Healthcare Resource Use: An Analysis Based on 13,333 Patients in Germany. *Neurol Ther*, 2020. 9(1): p. 67-83.

277. Спирин Н, Бойко А, Степанов И, Шмитд Д. Ведение Пациентов Рассеянным Склерозом. Методические Рекомендации. Москва: РООИ «Здоровье человека»; 2015.
278. Kaplan T.B., Management of Demyelinating Disorders in Pregnancy. *Neurol Clin*, 2019. 37(1): p. 17-30.
279. Попова Е, Кукель Т, Муравин А. Ретроспективный анализ течения беременности и родов у женщин с рассеянным склерозом. *Журнал неврологии и психиатрии им С.С. Корсакова*. – 2013. - 2(10). - 52-56.
280. Попова Е, Коробко Д, Булатова Е. Ретроспективный анализ влияния беременности на течение рассеянного склероза. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова*. – 2015. - 2(8). - 18-21.
281. Confavreux C., et al., Rate of pregnancy-related relapse in multiple sclerosis. *Pregnancy in Multiple Sclerosis Group. N Engl J Med*, 1998. 339(5): p. 285-91.
282. Filippi M., et al., MRI criteria for the diagnosis of multiple sclerosis: MAGNIMS consensus guidelines. *Lancet Neurol*, 2016. 15(3): p. 292-303.
283. Dickerson E., et al., Effect of Template Reporting of Brain MRIs for Multiple Sclerosis on Report Thoroughness and Neurologist-Rated Quality: Results of a Prospective Quality Improvement Project. *J Am Coll Radiol*, 2017. 14(3): p. 371-379.e1.
284. Alrouji M., et al., Effects of cigarette smoke on immunity, neuroinflammation and multiple sclerosis. *J Neuroimmunol*, 2019. 329: p. 24-34.
285. Wingerchuk D.M., Smoking: effects on multiple sclerosis susceptibility and disease progression. *Ther Adv Neurol Disord*, 2012. 5(1): p. 13-22.
286. Pierrot-Deseilligny C. and J.C. Souberbielle, Vitamin D and multiple sclerosis: An update. *Mult Scler Relat Disord*, 2017. 14: p. 35-45.
287. Pierrot-Deseilligny C., et al., Relationship between 25-OH-D serum level and relapse rate in multiple sclerosis patients before and after vitamin D supplementation. *Ther Adv Neurol Disord*, 2012. 5(4): p. 187-98.
288. Laursen J.H., et al., Vitamin D supplementation reduces relapse rate in relapsing-remitting multiple sclerosis patients treated with natalizumab. *Mult Scler Relat Disord*, 2016. 10: p. 169-173.
289. Sollini ML, Pellegrino C, Barone G, Capitanucci ML, Zaccara AM, Crescentini L, Castelli E, Della Bella G, Scorletti F, Papetti L, Monte G, Ferilli MAN, Valeriani M, Mosiello G. Lower Urinary Tract Dysfunction in Pediatric Patients with Multiple Sclerosis: Diagnostic and Management Concerns. *Children (Basel)*. 2024 May 16;11(5):601. doi: 10.3390/children11050601.

290. Bientinesi R, Gavi F, Coluzzi S, Nociti V, Marturano M, Sacco E. Neurologic Urinary Incontinence, Lower Urinary Tract Symptoms and Sexual Dysfunctions in Multiple Sclerosis: Expert Opinions Based on the Review of Current Evidences. *J Clin Med*. 2022 Nov 5;11(21):6572. doi: 10.3390/jcm11216572.
291. Rommer P.S., et al., Requirement for safety monitoring for approved multiple sclerosis therapies: an overview. *Clin Exp Immunol*, 2014. 175(3): p. 397-407.
292. Wroe S.J., Effects of dose titration on tolerability and efficacy of interferon beta-1b in people with multiple sclerosis. *J Int Med Res*, 2005. 33(3): p. 309-18.
293. Ghezzi A., Therapeutic strategies in childhood multiple sclerosis. *Ther Adv Neurol Disord*, 2010. 3(4): p. 217-28.
294. Касаткин Д, Спирин Н, Бойко А, Власов Я. Унификация оценки побочных эффектов терапии препаратами, изменяющими течение рассеянного склероза. *Журнал неврологии и психиатрии им С.С. Корсакова*. - 2014. - (2). 78-82.
295. Wiendl H, Gold R, Berger T, et al. 'Multiple Sclerosis Therapy Consensus Group' (MSTCG). Multiple Sclerosis Therapy Consensus Group (MSTCG): position statement on disease-modifying therapies for multiple sclerosis (white paper). *Ther Adv Neurol Disord*. 2021 Aug 18;14:17562864211039648. doi: 10.1177/17562864211039648.
296. Хачанова Н.В., Горохова Т.В. Расширение возможностей терапии рассеянного склероза новым препаратом для приема внутрь — терифлуномидом (абаджио). *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2015; 2(2):61–65
297. Winkelmann A., et al., Disease-modifying therapies and infectious risks in multiple sclerosis. *Nat Rev Neurol*, 2016. 12(4): p. 217-33.
298. Havla J., et al., Interdisciplinary Risk Management in the Treatment of Multiple Sclerosis. *Dtsch Arztebl Int*, 2016. 113(51-52): p. 879-886.
299. Бойко АН Давыдовская МВ, Хачанова НВ, Захарова МН, Спирин НН, Попова ЕВ, Алифирова ВМ, Власов ЯВ, Сиверцева СА, Хабиров ФА, Шумилина МВ, Евдошенко ЕП. Клинические рекомендации по применению препарата окрелизумаб у пациентов с рассеянным склерозом. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2019;11(3):16-25. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2019-3-16-25>
300. Barclay K, Carruthers R, Traboulsee A, Bass AD, LaGanke C, Bertolotto A, Boster A, Celius EG, de Seze J, Cruz DD, Habek M, Lee JM, Limmroth V, Meuth SG, Oreja-Guevara C, Pagnotta P, Vos C, Ziemssen T, Baker DP, Wijmeersch BV. Best Practices for Long-Term Monitoring and Follow-Up of Alemtuzumab-Treated MS Patients in Real-World Clinical Settings. *Front Neurol*. 2019 Mar 22;10:253. doi:

10.3389/fneur.2019.00253.

301. Бахтиярова КЗ, Бойко АН, Власов ЯВ и др. Рекомендации по использованию кладрибина в таблетках для патогенетического лечения пациентов с высокоактивным рассеянным склерозом. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2020;12(3):93–99. DOI: 10.14412/2074-2711-2020-3-93-99
302. EMA 2019. Mayzent. Summary of product characteristics. https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/mayzent-epar-product-information_en.pdf
303. Rubin M., & Kutz, C. (2024). Ozanimod: A Practical Review for Nurses and Advanced Practice Providers. *Nursing: Research and Reviews*, 14, 15–31. <https://doi.org/10.2147/NRR.S427698>
304. Dumitrescu L, Papathanasiou A, Coclitu C, Garjani A, Evangelou N, Constantinescu CS, Popescu BO, Tanasescu R. An update on the use of sphingosine 1-phosphate receptor modulators for the treatment of relapsing multiple sclerosis. *Expert Opin Pharmacother*. 2023 Mar;24(4):495-509. doi: 10.1080/14656566.2023.2178898.
305. Coyle PK, Freedman MS, Cohen BA, Cree BAC, Markowitz CE. Sphingosine 1-phosphate receptor modulators in multiple sclerosis treatment: A practical review. *Ann Clin Transl Neurol*. 2024 Apr;11(4):842-855. doi: 10.1002/acn3.52017
306. Huth F., et al., Prediction of the Impact of Cytochrome P450 2C9 Genotypes on the Drug-Drug Interaction Potential of Siponimod With Physiologically-Based Pharmacokinetic Modeling: A Comprehensive Approach for Drug Label Recommendations. *Clin Pharmacol Ther*, 2019. 106(5): p. 1113-1124.
307. Алифирова В.М., Бойко А.Н., Власов Я.В., и др. Клинические рекомендации по применению препарата диметилфумарат при ремиттирующе-рецидивирующем рассеянном склерозе. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2017;117(1):97-102
308. Linker R.A. and G. Wendt, Cardiac Safety Profile of First Dose of Fingolimod for Relapsing-Remitting Multiple Sclerosis in Real-World Settings: Data from a German Prospective Multi-Center Observational Study. *Neurol Ther*, 2016. 5(2): p. 193-201.
309. Singer BA. Initiating oral fingolimod treatment in patients with multiple sclerosis. *Ther Adv Neurol Disord*. 2013 Jul;6(4):269-75. doi: 10.1177/1756285613491520.
310. Piri Cinar B, Konuskan B, Anlar B, Ozakbas S. Narrative review based on fingolimod therapy in pediatric MS. *SAGE Open Med*. 2023 May 8;11:20503121231171996. doi: 10.1177/20503121231171996.
311. Petruzzo M, Lanzillo R. Asymptomatic bradycardia after first fingolimod dose in a

- pediatric patient with multiple sclerosis - a case report. *Neurol Sci.* 2021 May;42(Suppl 1):37-39. doi: 10.1007/s10072-021-05086-5.
312. Sabsabi S, Mikhael E, Jalkh G, Macaron G, Rensel M. Clinical Evaluation of Siponimod for the Treatment of Secondary Progressive Multiple Sclerosis: Pathophysiology, Efficacy, Safety, Patient Acceptability and Adherence. *Patient Preference Adherence.* 2022 May 24;16:1307-1319. doi: 10.2147/PPA.S221882.
 313. Scott L.J., Siponimod: A Review in Secondary Progressive Multiple Sclerosis. *CNS Drugs*, 2020. 34(11): p. 1191-1200.
 314. Mayzent (International non-proprietary name: siponimod). Assessment report of EMA 2019. EMA/CHMP/652767/2019. Rev 2 Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP). https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/mayzent-epar-public-assessment-report_en.pdf
 315. EMA 2020. Zeposia. Summary of product characteristics. https://ec.europa.eu/health/documents/community_register/2021/20211118153769/anx_153769_en.pdf
 316. Tugemann B, Berger JR. Improving risk-stratification of natalizumab-associated PML. *Ann Clin Transl Neurol.* 2021 Mar;8(3):696-703. doi: 10.1002/acn3.51130.
 317. Williamson E.M.L. and J.R. Berger, Diagnosis and Treatment of Progressive Multifocal Leukoencephalopathy Associated with Multiple Sclerosis Therapies. *Neurotherapeutics*, 2017. 14(4): p. 961-973.
 318. Polman C.H., et al., Recommendations for clinical use of data on neutralising antibodies to interferon-beta therapy in multiple sclerosis. *Lancet Neurol*, 2010. 9(7): p. 740-50.
 319. Goodin D.S., et al., Neutralizing antibodies to interferon beta: assessment of their clinical and radiographic impact: an evidence report: report of the Therapeutics and Technology Assessment Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, 2007. 68(13): p. 977-84.
 320. Rudick R.A. and C.H. Polman, Current approaches to the identification and management of breakthrough disease in patients with multiple sclerosis. *Lancet Neurol*, 2009. 8(6): p. 545-59.
 321. Sorensen P.S., et al., Appearance and disappearance of neutralizing antibodies during interferon-beta therapy. *Neurology*, 2005. 65(1): p. 33-9.
 322. Kappos L., et al., Neutralizing antibodies and efficacy of interferon beta-1a: a 4-year controlled study. *Neurology*, 2005. 65(1): p. 40-7.

323. van der Voort L.F., et al., Clinical effect of neutralizing antibodies to interferon beta that persist long after cessation of therapy for multiple sclerosis. *Arch Neurol*, 2010. 67(4): p. 402-7.
324. Malucchi S., et al., One-year evaluation of factors affecting the biological activity of interferon beta in multiple sclerosis patients. *J Neurol*, 2011. 258(5): p. 895-903.
325. Алифирова В.М. Клинические рекомендации по применению препарата алемтузумаб (Лемтрада) / Алифирова В.М., Бисага Г.Н., Бойко А.Н., Брюхов В.В., Давыдовская М.В., Захарова М.Н., Захарова Е.В., Малкова Н.А., Попова Е.В., Салогуб Г.Н., Сиверцева С.А., Трошина Е.А., Хачанова Н.В., Шмидт Т.Е. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. – 2017. – 117(2-2). – 115-126
326. Хачанова Н.В. Обновленные рекомендации совета экспертов по применению и обеспечению безопасности терапии препаратом алемтузумаб (Лемтрада) / Хачанова Н.В., Бахтиярова К.З., Бойко А.Н., Власов Я.В., Давыдовская М.В., Евдошенко Е.П., Захарова М.Н., Котов С.В., Попова Е.В., Сиверцева С.А., Тотолян Н.А., Хабиров Ф.А. // Ж. Неврологии и психиатрии им. Корсакова. – 2020. – №120 (3). – С. 77-86
327. Касаткин Д.С., Коробко Д.С., Матсон М.Д., Лендоева Д.В., Иванова С.П. Вакцинопрофилактика при рассеянном склерозе. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2022;122(9):29-36.
328. Chataway J., et al., Home versus outpatient administration of intravenous steroids for multiple-sclerosis relapses: a randomised controlled trial. *Lancet Neurol*, 2006. 5(7): p. 565-71.
329. Hobart J., et al., International consensus on quality standards for brain health-focused care in multiple sclerosis. *Mult Scler*, 2019. 25(13): p. 1809-1818.
330. Lunny C., J.A. Knopp-Sihota, and S.N. Fraser, Surgery and risk for multiple sclerosis: a systematic review and meta-analysis of case-control studies. *BMC Neurol*, 2013. 13: p. 41.
331. De Lott L.B., et al., Multiple sclerosis relapse risk in the postoperative period: Effects of invasive surgery and anesthesia. *Mult Scler*, 2020. 26(11): p. 1437-1440.
332. Kytä J. and P.H. Rosenberg, Anaesthesia for patients with multiple sclerosis. *Ann Chir Gynaecol*, 1984. 73(5): p. 299-303.
333. Dubuisson N, de Maere d'Aertrijcke O, Marta M, Gnanapavan S, Turner B, Baker D, Schmierer K, Giovannoni G, Verma V, Docquier MA. Anaesthetic management of people with multiple sclerosis. *Mult Scler Relat Disord*. 2023 Dec;80:105045. doi:

10.1016/j.msard.2023.105045.

334. Xiang X.M. and J. Bernard, Telehealth in Multiple Sclerosis Clinical Care and Research. *Curr Neurol Neurosci Rep*, 2021. 21(4): p. 14.
335. Polman C.H., et al., Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2010 revisions to the McDonald criteria. *Ann Neurol*, 2011. 69(2): p. 292-302.
336. EJ, Buckle GJ, Singer B, Singh V, Boster A. Lymphopenia and DMTs for relapsing forms of MS: Considerations for the treating neurologist. *Neurol Clin Pract*. 2019 Feb;9(1):53-63. doi: 10.1212/CPJ.0000000000000567.
337. Walther, E. U., & Hohlfeld, R. (1999). Multiple sclerosis: Side effects of interferon beta therapy and their management. *Neurology*, 53(8), 1622–1622. doi:10.1212/wnl.53.8.1622
338. Fischer S, Proschmann U, Akgün K, Ziemssen T. Lymphocyte Counts and Multiple Sclerosis Therapeutics: Between Mechanisms of Action and Treatment-Limiting Side Effects. *Cells*. 2021 Nov 15;10(11):3177. doi: 10.3390/cells10113177.
339. Wingerchuk D.M., et al., International consensus diagnostic criteria for neuromyelitis optica spectrum disorders. *Neurology*, 2015. 85(2): p. 177-89.
340. Шток В, Левин О. Справочник По Формулированию Клинического Диагноза Болезней Нервной Системы. Москва; 2006.
341. Hyun J.W., et al., Utility of the rio score and modified rio score in korean patients with multiple sclerosis. *PLoS One*, 2015. 10(5): p. e0129243.
342. Río J., et al., Relationship between MRI lesion activity and response to IFN-beta in relapsing-remitting multiple sclerosis patients. *Mult Scler*, 2008. 14(4): p. 479-84.
343. Sormani M.P., et al., Scoring treatment response in patients with relapsing multiple sclerosis. *Mult Scler*, 2013. 19(5): p. 605-12.
344. Río J., et al., Evaluating the response to glatiramer acetate in relapsing-remitting multiple sclerosis (RRMS) patients. *Mult Scler*, 2014. 20(12): p. 1602-8.
345. Río J., et al., Measures in the first year of therapy predict the response to interferon beta in MS. *Mult Scler*, 2009. 15(7): p. 848-53.
346. Trojano M., et al., Treatment decisions in multiple sclerosis - insights from real-world observational studies. *Nat Rev Neurol*, 2017. 13(2): p. 105-118.
347. Spelman T., et al., Comparative efficacy of switching to natalizumab in active multiple sclerosis. *Ann Clin Transl Neurol*, 2015. 2(4): p. 373-87.
348. Spelman T., et al., Risk of early relapse following the switch from injectables to oral agents for multiple sclerosis. *Eur J Neurol*, 2016. 23(4): p. 729-36.

349. He A., et al., Comparison of switch to fingolimod or interferon beta/glatiramer acetate in active multiple sclerosis. JAMA Neurol, 2015. 72(4): p. 405-13.
350. Bateni H, Carruthers J, Mohan R. Pishva S. Use of Virtual Reality in Physical Therapy as an Intervention and Diagnostic Tool. Rehabil Res Pract. 2024 Jan 25; 2024: 1122286.
351. Alba-Rueda A, Lucena-Anton D, De Miguel-Rubio A. Effectiveness of two different exergaming systems in addition to conventional treatment for physical therapy in patients with multiple sclerosis: A study protocol for a multicenter, assessor-blind, 24-week, randomized controlled trial. Digit Health. 2024 Oct 18; 10: 20552076241287874.
352. Alba-Rueda A, De Miguel-Rubio A, Lucena-Anton D. Effectiveness of Nintendo Wii Fit® for Physical Therapy in Patients with Multiple Sclerosis: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Pers Med. 2024 Aug 24; 14(9): 896.
353. Kubsik A, Klimkiewicz R, Janczewska K, Klimkiewicz P, Jankowska A, Woldańska-Okońska M. Application of laser radiation and magnetostimulation in therapy of patients with multiple sclerosis. NeuroRehabilitation. 2016; 38(2):183-90.
- 354.

Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

Все члены рабочей группы заявили об отсутствии финансовой или нематериальной заинтересованности по теме разработанной клинической рекомендации. Член(ы) рабочей группы, сообщившие об обстоятельствах, которые могут повлечь за собой конфликт интересов, был(и) исключен(ы) из обсуждения разделов, связанных с областью конфликта интересов.

Хачанова Н.В. (Москва) Руководитель рабочей группы	к.м.н., профессор кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики лечебного факультета ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ, врач межклубного отделения рассеянного склероза ГБУЗ города Москвы «Городская клиническая больница №24 Департамента здравоохранения города Москвы», член Всероссийского общества неврологов, Вице-Президент медицинской ассоциации врачей и центров РС и других нейроиммунологических заболеваний
Евдошенко Е.П. (Санкт-Петербург) Секретарь рабочей группы	к.м.н., директор Санкт-Петербургского городского центра рассеянного склероза и других аутоиммунных заболеваний ГБУЗ ГКБ №31, Вице-Президент медицинской ассоциации врачей и центров РС и других нейроиммунологических заболеваний

Скоромец А.А. (Санкт-Петербург)	академик РАН, профессор, заведующий кафедрой неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им акад. И.П. Павлова» МЗ РФ, Член Президиума Правления Всероссийского общества неврологов. Вице-Президент медицинской ассоциации врачей и центров РС и других нейроиммунологических заболеваний
Шамалов Н.А. (Москва)	д.м.н., главный внештатный специалист невролог Министерства здравоохранения Российской Федерации, директор института цереброваскулярной патологии и инсульта ФГБУ «ФЦМН» ФМБА России, главный внештатный специалист невролог Департамента здравоохранения г. Москвы
Мартынов М.Ю. (Москва)	Член Корреспондент РАН, профессор кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики лечебного факультета ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ Ученый секретарь Всероссийского общества неврологов
Гехт А.Б. (Москва)	Член Корреспондент РАН, профессор кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики лечебного факультета ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ Директор ГБУЗ НП психоневрологический центр им З.П. Соловьева ДЗМ Ученый секретарь Всероссийского общества неврологов
Давыдовская М.В. (Москва)	д.м.н., профессор кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики лечебного факультета ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ, член Всероссийского общества неврологов, заместитель главного внештатного специалиста невролога Департамента здравоохранения города Москвы, Президент медицинской ассоциации врачей и центров РС и других нейроиммунологических заболеваний
Пронин И.Н. (Москва)	академик РАН, д.м.н., профессор, заместитель директора по научной работе, заведующий отделением рентгеновских и радиоизотопных методов диагностики НМИ «Центр нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко» МЗ РФ, Президент Национального общества нейрорадиологов
Гузева В.И. (Санкт-Петербург)	д.м.н., профессор, заведующая кафедрой неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова» МЗ РФ, Член Президиума Правления Всероссийского

	общества неврологов, Главный внештатный детский специалист по неврологии МЗРФ
Власов Я.В. (Самара)	д.м.н., профессор кафедры неврологии и нейрохирургии ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ РФ; Президент Общероссийской общественной организации инвалидов-больных рассеянным склерозом; Вице-Президент медицинской ассоциации врачей и центров РС и других нейроиммунологических заболеваний
Малкова Н.А. (Новосибирск)	д.м.н., профессор кафедры клинической неврологии и алгологии ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ Вице-президент медицинской ассоциации врачей и центров РС и других нейроиммунологических заболеваний
Тотоян Н.А. (Санкт-Петербург)	д.м.н., профессор кафедры неврологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И. П. Павлова» МЗ РФ, член Всероссийского общества неврологов
Быкова О.В. (Москва)	д.м.н. заведующий научно-исследовательским отделом ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы», профессор кафедры неврологии, физической, реабилитационной медицины и психологии детского возраста ФНМО МИ РУДН
Соколова А.А. (Ханты-Мансийск)	к.м.н., заведующая кафедрой неврологии и психиатрии БУ ВО ХМАО-Югры "Ханты-Мансийская государственная медицинская академия", член медицинской ассоциации врачей и центров РС и других нейроиммунологических заболеваний
Гузева О.В. (Санкт-Петербург)	д.м.н., профессор кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет» МЗ РФ, член Всероссийского общества неврологов
Макшаков Г.С. (Санкт-Петербург)	к.м.н., руководитель отделения реабилитации Санкт-Петербургского городского центра рассеянного склероза и других аутоиммунных заболеваний ГБУЗ ГКБ №31, член медицинской ассоциации врачей и центров РС и других нейроиммунологических заболеваний
Сутормин М.В. (Московская Область)	Главный внештатный специалист невролог Московской Области, руководитель службы неврологии и реабилитации ГБУЗ МО Московский областной научно-клинический институт им М.Ф. Владимирского», член медицинской ассоциации врачей и центров РС и других нейроиммунологических заболеваний

Матсон М.Д. (Тула)	Главный внештатный специалист невролог Министерства здравоохранения Тульской области, врач невролог, руководитель Центра рассеянного склероза Клинико-диагностического центра ГУЗ ТО "Тульская областная клиническая больница", член медицинской ассоциации врачей и центров РС и других нейроиммунологических заболеваний
Шумилина М.В. (Санкт-Петербург)	к.м.н., руководитель амбулаторного отделения с дневным стационаром Санкт-Петербургского городского центра рассеянного склероза и других аутоиммунных заболеваний ГБУЗ ГKB №31, член Всероссийского общества неврологов, Вице-Президент медицинской ассоциации врачей и центров РС и других нейроиммунологических заболеваний
Краснов В.С. (Санкт-Петербург)	к.м.н., доцент кафедры неврологии, врач-невролог ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова», член медицинской ассоциации врачей и центров РС и других нейроиммунологических заболеваний
Коробко Д.С. (Новосибирск)	к.м.н., руководитель центра рассеянного склероза и других аутоиммунных заболеваний нервной системы ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница», член медицинской ассоциации врачей и центров РС и других нейроиммунологических заболеваний

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Главные врачи (начальники) медицинских организаций
2. Заместители руководителя (начальника) медицинских организаций
3. Заведующие (начальники) структурных подразделений
4. Главные медицинские сестры
5. Врачи-специалисты:
 - Врачи-неврологи, код специальности 31.08.42
 - Врачи-рентгенологи, код специальности 31.08.09
 - Врачи-клинические фармакологи, код специальности 31.08.37
 - Врачи по лечебной физкультуре и спортивной медицине, код специальности 31.08.39
 - Врачи по физической и реабилитационной медицине
 - Врачи скорой медицинской помощи, код специальности 31.08.48
 - Врачи-терапевты, код специальности 31.08.49
 - Врачи-физиотерапевты, код специальности 31.08.50
 - Врачи общей врачебной практики, код специальности 31.08.54

- Врачи-офтальмологи, код специальности 31.08.59
- Врачи-урологи, код специальности 31.08.68
- Врачи-организаторы здравоохранения и общественного здоровья, код специальности 31.08.71
- 6. Медицинские сестры:
 - медицинская сестра врача общей практики
 - медицинская сестра палатная (постовая)
 - медицинская сестра (фельдшер) по приему вызовов скорой медицинской помощи и передаче их выездным бригадам скорой медицинской помощи
 - медицинская сестра процедурная
 - медицинская сестра по реабилитации
 - медицинская сестра участковая
 - медицинский регистратор
 - медицинский статистик
 - рентген-лаборант
 - старшая медицинская сестра
 - фельдшер
 - фельдшер скорой медицинской помощи
- 7. Заведующие аптечными организациями
- 8. Провизоры
- 9. Фармацевты
- 10. Студенты медицинских вузов, ординаторы, аспиранты;
- 11. Преподаватели медицинских вузов, научные сотрудники.

В данных клинических рекомендациях все сведения ранжированы по уровню достоверности (доказательности) в зависимости от количества и качества исследований по данной проблеме (таб. П1, таб. П2).

Таблица 1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа

2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Таблица 2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций(УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
------------	--------------------

А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Порядок обновления клинических рекомендаций.

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утверждённым КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

- 1) Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 N 323-ФЗ
- 2) Федеральный закон от 12 апреля 2010 г. N 61-ФЗ "Об обращении лекарственных средств"
- 3) Федеральный закон "О внесении изменений в статью 40 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" и Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" по вопросам клинических рекомендаций" от 25.12.2018 N 489-ФЗ (последняя редакция)

4) Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях нервной системы (приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. N 926н).

5) Стандарт специализированной медицинской помощи при первом клиническом проявлении рассеянного склероза (клинически изолированном синдроме) Приложение к Приказу Министерства здравоохранения РФ от 20 декабря 2012 г. № 1085н

6) Стандарт первичной медико-санитарной помощи при остром оптиконевромиелите (диагностика) Приложение к Приказу Министерства здравоохранения РФ от 24 декабря 2012 г. № 1533н

7) Стандарт первичной медико-санитарной помощи при рассеянном склерозе в стадии ремиссии Приложение к Приказу Министерства здравоохранения РФ от 24 декабря 2012 г. № 1542н

Приложение А 3.1. Критерии диагностики РС МакДональда, модификация 2017 года

При типичной картине РС необходимо пользоваться критериями МакДональда в модификации 2017 года [5].

Диссеминация в пространстве:

- **Клиническая** – признаки наличия двух и более манифестных очагов поражения,
- **По данным МРТ** - наличие 1 или более T2-гиперинтенсивных очагов в двух из четырех областей ЦНС:
 - 1) перивентрикулярно,
 - 2) кортикально и/или юстакортикально,
 - 3) инфратенториально,
 - 4) в спинном мозге.

Диссеминация во времени:

- **Клиническая** – очередное обострение с вовлечением нового участка ЦНС, клинические проявления обострения должны продолжаться не менее 24 часов, интервал между клиническими атаками должен быть не менее 1 месяца,
- **По данным МРТ:**
 - 1) одновременное выявление очагов, накапливающих и неаккумулирующих контрастное средство на МРТ, выполненной в любое время от начала заболевания; очаги могут быть как симптомными, так и бессимптомными. При соблюдении других критериев, диагноз РС может быть подтвержден без повторной МРТ;
 - 2) появление новых T2-гиперинтенсивных или накапливающих контрастное средство очагов на повторной МРТ; при этом интервал между первым и вторым МРТ-исследованиями может быть любым.

В реальной клинической практике рассматривается несколько диагностических вариантов РРС:

- Наличие 2 и более клинических обострений и объективно подтверждаемые клинические повреждения 2 и более функциональных систем (2 и более «манифестных» очага) – дополнительных данных для подтверждения РС не требуется;
- Наличие 2 и более клинических обострений и объективно подтверждаемое клиническое повреждение 1 функциональной системы (1 «манифестный» очаг), при этом по данным медицинской документации в анамнезе имеются доказательства наличия еще

одного «манифестного» очага другой локализации – дополнительных данных для подтверждения РС не требуется;

- Наличие 2 и более клинических обострений и объективно подтверждаемое клиническое повреждение 1 функциональной системы (1 «манифестный» очаг) – требуется доказательство диссеминации в пространстве (новое обострение с другой локализацией очага или диссеминация в пространстве по данным МРТ);

- Наличие 1 клинического обострения и объективно подтверждаемые клинические повреждения 2 и более функциональных систем (2 и более «манифестных» очага) – требуется доказательство диссеминации во времени (новое обострение или данные МРТ или наличие олигоклональных иммуноглобулинов в СМЖ);

- Наличие 1 клинического обострения и объективно подтверждаемое клиническое повреждение 1 функциональной системы (1 «манифестный» очаг) – требуется доказательство диссеминации в пространстве и во времени (новое обострение с другой локализацией очага или диссеминация в пространстве по данным МРТ или наличие олигоклональных иммуноглобулинов в СМЖ)

Критерии диагностики РС (модификация 2017 года) для пациентов с первично-прогрессирующим течением:

- прогрессирование в течение 1 года, подтвержденное ретроспективно или проспективно, несвязанное с возникновением обострений (диссеминация во времени),

И наличие любых двух признаков из перечисленных (диссеминация в пространстве):

- наличие 1 или более T2-гиперинтенсивных очагов в одной или более типичных областях ЦНС: перивентрикулярно, кортикально/юкстакортикально, инфратенториально;

- два или более T2-гиперинтенсивных очага в спинном мозге;

- наличие олигоклональных иммуноглобулинов в СМЖ.

Приложение А 3.2. Критерии диагностики РС МакДональда, модификация 2010 года

При атипичной клинической картине установление диагноза РС возможно в соответствии с критериями 2010 года [335]:

Диссеминация в пространстве:

- **Клиническая** – признаки наличия двух и более клинических очагов поражения,
- **По данным МРТ** выявление >1 T2-гиперинтенсивного очага в двух из четырех областей, типично поражающихся при РС (контрастного усиления не требуется):
 - а) перивентрикулярной,
 - б) юкстакортикальной (вблизи коры головного мозга),
 - в) инфратенториальной,
 - г) в спинном мозге (в случае наличия симптомов поражения ствола мозга или спинного мозга, очаги, соответствующие клинической картине, не учитываются).

Диссеминация во времени:

- **Клиническая** – очередное обострение с вовлечением нового участка ЦНС, клинические проявления обострения должны продолжаться не менее 24 часов, интервал между клиническими атаками должен быть не менее 1 месяца,
- **По данным МРТ** один из следующих критериев:
 - а) одновременное выявление бессимптомных очагов, накапливающих и не накапливающих контрастное средство по данным МРТ, выполненной в любое время от начала заболевания; в этом случае, при соблюдении других критериев, диагноз РС может быть подтвержден без повторной МРТ;
 - б) появление новых T2-гиперинтенсивных и/или накапливающих контрастное средство очагов на повторной МРТ; при этом интервал между первым и вторым МРТ-исследованием может быть любым.

В реальной клинической практике рассматривается несколько диагностических вариантов РРС:

- Наличие 2 и более клинических обострений И объективно подтверждаемые клинические повреждения 2-х и более функциональных систем (2 и более «манифестных» очага) или объективное подтверждение клинического поражения 1 функциональной системы (1 «манифестный» очага) с анамнестическими объективными доказательствами наличия повреждения еще 1 функциональной системы по данным медицинской

документации – при отсутствии объективных данных других неврологических заболеваний дополнительных данных для подтверждения диагноза РС не требуется;

- Наличие 2 и более клинических обострений и объективно подтверждаемое клиническое повреждение 1 функциональной системы (1 «манифестный» очаг) – необходимо доказательство диссеминации в пространстве по данным МРТ либо появление нового клинического обострения с поражением иной функциональной системы;

- Наличие 1 клинического обострения и объективно подтверждаемые клинические повреждения 2-х и более функциональных систем (2 и более «манифестных» очага) – необходимо доказательство диссеминации во времени по данным МРТ либо появление нового клинического обострения;

- Наличие 1 клинического обострения и объективно подтверждаемое клиническое повреждение 1 функциональной системы (1 «манифестный» очаг) – необходимо доказательство диссеминации во времени и в пространстве по данным МРТ либо появление нового клинического обострения с поражением другой функциональной системы;

Критерии диагностики РС (модификация 2010 года) для пациентов с первично-прогрессирующим течением:

- Неуклонное прогрессирование в течение 1 года и более, подтвержденное ретроспективно или проспективно (+1 балл РШСИ за 6 месяцев), несвязанное с возникновением обострений (диссеминация во времени)

И наличие любых двух признаков из перечисленных (диссеминация в пространстве):

- наличие 1 или более T2-гиперинтенсивных очагов в одной или более типичных областях ЦНС (перивентрикулярно, юстакортикально, инфратенториально);

- два или более T2-гиперинтенсивных очага в спинном мозге;

- наличие олигоклональных иммуноглобулинов класса G или повышенный индекс IgG или оба этих параметра в СМЖ .

Приложение А 3.3. Дифференциальная диагностика РС

Диагноз РС ставится методом исключения при отсутствии других (лучших) объяснений симптоматики, при этом **дифференциальная диагностика** проводится с несколькими основными группами заболеваний:

1. Системные воспалительные заболевания с аутоиммунными механизмами развития:

– Клиническая дифференциальная диагностика основывается на исключении системности поражения:

- Ретинопатия с явлениями васкулита (васкулит).
- Увеит (СКВ, болезнь Бехчета).
- Рецидивирующие язвы слизистых (болезнь Бехчета, СКВ).
- Сухой синдром – сухой кератоконъюнктивит (Болезнь Шегрена).
- Вовлечение почек (СКВ, васкулиты).
- Артриты, полиартралгии, миалгии (СКВ).
- Антифосфолипидный синдром (АФС) – диффузное заболевание соединительной ткани, характеризующееся поражением сосудов микроциркуляторного русла вследствие формирования аутоиммунных антител к фосфолипидам мембран клеток, которые включают в себя волчаночный антикоагулянт, антитела к кардиолипину IgG и/или IgM и антитела к бета-2-гликопротеину 1 IgG и/или IgM.

- Сетчатое ливедо (АФС).
- Привычное невынашивание беременности (АФС).
- Параклинические методы исключения ревматических заболеваний.
- Общеклинические – воспалительные изменения в анализах крови (лейкоцитоз, повышение скорости оседания эритроцитов (СОЭ), появление С-реактивного белка), анемия.

○ Серологические – поиск диагностически значимых титров антител к фосфолипидам мембран клеток, эндотелию, нейтрофилам, нативной ДНК, париетальным клеткам желудка, слюнной железе, а также циркулирующих иммунных комплексов.

○ Нейровизуализационные – множественные мелкие очаги (до 5 мм), наличие ишемических очагов и кист, очаги в сером веществе.

– Основные заболевания, требующие дифференциальной диагностики с РС:

○ Первичные системные васкулиты – группа заболеваний, в основе которых лежит различное генерализованное аутоиммунное поражение сосудов с воспалением и некрозом сосудистой стенки, что приводит к ишемическим изменениям органов и тканей,

в том числе и мозга, а также повреждение циркулирующими иммунными комплексами, антителами к эндотелию, антителами к цитоплазме нейтрофилов.

- Ревматические заболевания с вторичным васкулитом: синдром Шегрена – хроническое аутоиммунное заболевание; которое характеризуется лимфоцитарной инфильтрацией экзокринных желез, приводящей к развитию ксеростомии и ксерофтальмии, сухости слизистых оболочек носа, гортани, трахеи, бронхов, женских половых органов, атрофическому гастриту; болезнь Бехчета – системный васкулит неустановленной этиологии, характеризующийся преимущественным язвенным поражением слизистой оболочки глаз, полости рта, кожи, половых органов и нервной системы; системная красная волчанка (СКВ) – диффузное заболевание соединительной ткани, характеризующееся системным иммунокомплексным поражением соединительной ткани и её производных, с поражением сосудов микроциркуляторного русла вследствие формирования аутоиммунных антител к ДНК.

- Саркоидоз – мультисистемное гранулематозное заболевание неизвестной этиологии, при этом субстратом являются гранулемы в различных органах и тканях, состоящие из эпителиоидных и гигантских клеток, а также макрофагов, приводящие к периваскулиту или лептоменингиту.

- Изолированные васкулиты ЦНС - Th1-опосредованное гранулематозное воспаление артерий и вен мелкого и среднего калибра, особенно мягких мозговых оболочек и субкортикальных областей, в качестве подтверждения используются данные ангиографии.

2. Инфекционные заболевания (с развитием аутоиммунного компонента):

- Клиническая дифференциальная диагностика основывается на поиске признаков инфекционного процесса:

- данные эпидемиологического анамнеза,
- общесоматический статус (лихорадка, системность поражения), \
- неврологический статус (общемозговой синдром, вовлеченность периферической нервной системы, признаки страдания серого вещества, ранний когнитивный дефицит).

- Параклинические методы исключения нейроинфекций:

- Серологические – поиск диагностически значимых титров антител IgM к предполагаемому инфекционному агенту, (в ряде случаев – нарастание титров IgG при динамическом исследовании), при необходимости – уточнение с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР). Пациентам с подозрением на РС, при наличии признаков, заставляющих включить в дифференциальный диагноз прогрессирующую

мультифокальную лейкоэнцефалопатию (ПМЛ), можно назначать молекулярно-биологическое исследование спинномозговой жидкости на полиовирусы [32, 33].

- Ликворологические – плеоцитоз, наличие в ликворе антител к предполагаемому инфекционному агенту и/или его обнаружение с помощью ПЦР.

- Нейровизуализационные – очаги различных размеров и локализации в белом веществе полушарий (в том числе субкортикально и перивентрикулярно), очаги в сером веществе, реже - мозжечке, таламусе, базальных ядрах. У большинства – сочетанное поражение нескольких областей головного мозга, очаги накапливают контрастное средство.

- Основные заболевания, требующие дифференциальной диагностики с РС:

- Спирохетозные энцефалиты и энцефаломиелиты (нейроборрелиоз, нейросифилис).

- Иммунодефицитарные энцефалиты и энцефаломиелиты – ретровирусные (ВИЧ-энцефалопатия), паповавирусные (прогрессирующая мультифокальная лейкодистрофия).

- Флавивирусные энцефалиты и энцефаломиелиты (японский комариный, клещевой, Сент-Луис, Западного Нила).

- Герпесвирусные энцефалиты и энцефаломиелиты (простого герпеса, цитомегаловирусный, Эпштейн-Барр).

- Экзантемные энцефалиты и энцефаломиелиты – герпесвирусные (ветряночный); тогавирусные (краснушечный); парамиксовирусные (коровой).

- Нейробруцеллез.

- Тропический спинальный парапарез (HTLV-1-миелопатия).

- Болезнь Уиппла.

3. Сосудистые заболевания с поражением ЦНС:

- Основные заболевания, требующие дифференциальной диагностики с РС.

- Болезнь Бинсвангера (субкортикальная артериосклеротическая энцефалопатия).

- Мигрень.

- Семейная кавернозная гемангиома.

- Синдром Сусака (ретинокохлеоцеребральная аутоиммунная васкулопатия).

4. Наследственные заболевания с поражением ЦНС:

- Основные заболевания, требующие дифференциальной диагностики с РС.

- Аденолейкодистрофия.

- Метахроматическая лейкодистрофия.

- Спинаocerebellарные атаксии.
- Семейная спастическая параплегия (Штрюмпеля).
- Наследственная атрофия зрительного нерва (Лебера).
- Митохондриальная энцефалопатия (CADASIL, MELAS и пр.).

5. Дисметаболические и токсические заболевания:

- Основные заболевания, требующие дифференциальной диагностики с РС.
- Острая интермиттирующая порфирия.
- Центральный pontинный миелолиз.
- Фуникулярный миелоз (дефицит витамина В₁₂ – цианкобаламина – и/или В9 – фолиевой кислоты).
- Целиакия (глютеновая недостаточность).
- Токсическая энцефалопатия (в том числе пострadiационная)

6. Метастатические опухоли спинного и головного мозга.

7. Другие формы воспалительных демиелинизирующих заболеваний:

- Острый рассеянный энцефаломиелит (ОРЭМ) [19]:
- впервые развившийся эпизод мультифокального поражения ЦНС предположительно воспалительного демиелинизирующего характера,
- острая энцефалопатия (изменение сознания или поведения, несвязанные с лихорадкой, соматическим заболеванием, постиктальным периодом эпилептического припадка),
- при МРТ-исследовании в течение трех месяцев от начала эпизода выявляются следующие типичные изменения: 1) остро возникшие, 2) множественные (реже возможен один большой очаг), 3) супра- или/и инфратенториальные; 4) обычно имеется хотя бы один большой очаг (1-2 см в диаметре); 5) в очагах имеется накопление контраста (в острый период все очаги накапливают контрастное средство, при более позднем проведении МРТ часть очагов могут уже не накапливать контрастное средство, но это не является подтверждением диссеминации во времени).
- в течение трех месяцев или более после начала эпизода отсутствуют новые клинические или МРТ очаги
- в течение трех месяцев от начала заболевания допускается появление новых симптомов, моно- или мультифокальных, например, оптического неврита, миелита, при условии, что они не отделены периодом полной ремиссии от начальных симптомов (в случае полной ремиссии устанавливается диагноз РС)
- имеется последующее уменьшение или полное восстановление, хотя возможно сохранение резидуального неврологического дефицита.

- ЗСОНМ с наличием антител к аквапорину-4 [339]:
 - наличие хотя бы одного основного клинического синдрома: 1) оптический неврит, 2) острый миелит, 3) синдром area postrema (синдром самого заднего поля): эпизод необъяснимой икоты или тошноты и рвоты, 4) остро возникший стволовой синдром, 5) клинически значимая нарколепсия или острый гипоталамический синдром с наличием на МРТ головного мозга очагов в гипоталамической области, типичных для ЗСОНМ, 6) клинически значимый церебральный синдром с наличием очагов в головном мозге, типичных для ЗСОНМ.
 - положительный результат исследования сыворотки крови на иммуноглобулины класса G к аквапорину-4 наиболее чувствительным методом (рекомендуется исследование методами с клеточной презентацией антигена, cell-based assay),
 - исключение альтернативных заболеваний.
- ЗСОНМ – заболевания спектра оптиконейромиелита без антител к аквапорину-4 или при невозможности определения антител [339]:
 - наличие хотя бы двух основных клинических синдромов, появившихся во время одного или более клинических обострений и соответствующих следующим условиям: а) хотя бы один основной клинический синдром – это оптический неврит, острый миелит с продольно-распространенным поперечным миелитом (LETM, longitudinally extensive transverse myelitis) или синдром area postrema, б) диссеминация в пространстве (два или более различных основных клинических синдрома),
 - наличие дополнительных МРТ-признаков при остром оптическом неврите: а) отсутствие изменений или неспецифические очаги в белом веществе ИЛИ б) очаг в зрительном нерве гиперинтенсивный на T2 взвешенном изображении (ВИ) или накапливающий контрастное средство на T1-ВИ, распространяется на более чем половину длины зрительного нерва или вовлекает хиазму.
 - наличие дополнительных МРТ-признаков при остром миелите: а) интрамедуллярный очаг, длина которого больше или равна длине трех позвоночных сегментов (longitudinally extensive transverse myelitis, продольно-распространенный поперечный миелит) ИЛИ б) наличие участка атрофии спинного мозга, длина которого больше или равна длине трех сегментов спинного мозга, у пациентов с наличием в анамнезе острого миелита соответствующей локализации.
 - наличие дополнительных МРТ-признаков при синдроме area postrema: наличие очагов в дорзальной части продолговатого мозга, очагов в области area postrema.

- наличие дополнительных МРТ-признаков при остром стволовом синдроме: наличие периепендимальных очагов в стволе.

Приложение А 3.4. Дополнения MAGNIMS по применению МРТ при установлении диагноза РС по критериям МакДональда 2010 года

Данные дополнения сформулированы рабочей группой экспертов в 2016 году [282].

Диссеминация в пространстве устанавливается при наличии двух признаков из пяти:

- три или более перивентрикулярных очага
- один или более инфратенториальный очаг
- один или более спинальный очаг
- один очаг или более с локализацией в зрительном нерве
- один очаг или более с кортикальной или юкстакортикальной локализацией

(это означает расширение термина "юкстакортикальный" – очаг в белом веществе вблизи коры, очаг с вовлечением коры)

Комментарий: При определении диссеминации в пространстве считаются все очаги, в том числе вызывающие клинические симптомы. Например, если у пациента имеются клинические симптомы поражения ствола, спинного мозга или зрительного нерва, очаги в этих областях нервной системы учитываются (в отличие от предыдущей редакции критериев). Критерии диссеминации во времени остаются без изменений (см. Критерии 2010 года).

Приложение А 3.5. Форма структурированного протокола заключения МРТ

С целью оценки динамики очаговых изменений при оформлении заключения МРТ головного мозга у пациентов при подозрении на РС и у всех пациентов с РС. В полях «Результат» и «Предыдущий результат» рекомендуется указывать точное количество очагов демиелинизации. Форма носит рекомендательный характер, является структурной частью заключения и не заменяет описательной части или репортирования других находок на МРТ.

МРТ головного мозга		
Показатель	Результат (*) (n – количество)	Предыдущий результат (**) (n – количество)

Общее количество гиперинтенсивных очагов в режимах T2-ВИ и T2-FLAIR		
Юкстакортикальные/кортикальные очаги T2		
Перивентрикулярные очаги T2		
Инфрантенториальные очаги T2		
Другая локализация очагов T2		
Общее количество НОВЫХ гиперинтенсивных очагов в режимах T2-ВИ и T2-FLAIR		
Новые юкстакортикальные/кортикальные очаги T2		
Новые перивентрикулярные очаги T2		
Новые инфрантенториальные очаги T2		
Новые очаги другой локализации T2		
Общее количество очагов, накапливающих контрастное вещество в режиме T1-ВИ (Gd+)		
Юкстакортикальные/кортикальные очаги Gd+		
Перивентрикулярные очаги Gd+		
Инфрантенториальные очаги Gd+		
Другая локализация очагов Gd+		
Показатель	Результат (да/нет)	Предыдущий результат** (да/нет)
Наличие очагов гипоинтенсивных в режиме T1		
МРТ спинного мозга		
Показатель	Результат (n – количество)	Предыдущий результат** (n – количество)
Общее количество гиперинтенсивных очагов в режимах T2-ВИ и T2-STIR		
Общее количество НОВЫХ гиперинтенсивных очагов в режимах T2-ВИ и T2-STIR		
Общее количество очагов, накапливающих контрастное средство в режиме T1-ВИ(Gd+)		

* Если общее количество очагов превышает более 20 и не поддается подсчету, указывать – более 20 (>20).

****** Если пациент выполняет МРТ исследование впервые, то поля Предыдущего результата остаются пустыми.

******* Очаги в мозолистом теле следует учитывать как «другая локализация очагов»

Приложение А 3.6. Принципы формулировки клинического диагноза

Формулировку клинического диагноза рекомендуется выполнять с учетом МКБ-10 и действующих классификаций заболевания по типу течения, стадии заболевания и выраженности функциональных нарушений [340]

- 1) Название болезни – Рассеянный склероз, Код МКБ-10 G35.
- 2) Тип течения – ремиттирующее, вторично-прогрессирующее, первично-прогрессирующее.
- 3) Стадия:
 - а) при ремиттирующем – ремиссия, обострение, при осмотре пациента в течение одного месяца от начала обострения можно указать дату начала обострения, основные неврологические синдромы в порядке убывания их функциональной значимости с указанием их выраженности (выраженный/глубокий, умеренный, легкий).
 - б) при вторично-прогрессирующем – прогрессирование, стабилизация, обострение, при осмотре пациента в течение одного месяца от начала обострения можно указать дату начала обострения, основные неврологические синдромы в порядке убывания их функциональной значимости с указанием их выраженности (выраженный/глубокий, умеренный, легкий).
 - в) при первично-прогрессирующем – прогрессирование, стабилизация, обострение, при осмотре пациента в течение одного месяца от начала обострения можно указать дату начала обострения, основные неврологические синдромы в порядке убывания их функциональной значимости с указанием их выраженности (выраженный/глубокий, умеренный, легкий).
- 4) оценка по шкале РШСИ.

Примеры формулировки клинического диагноза:

- *Рассеянный склероз, ремиттирующее течение, стадия обострения (от 01.08.2016), умеренный парез правой ноги, умеренная мозжечковая атаксия. РШСИ 4,5.*
- *Рассеянный склероз, ремиттирующее течение, стадия ремиссии, легкая мозжечковая атаксия. РШСИ 2,0.*
- *Рассеянный склероз, вторично-прогрессирующее течение, стадия стабилизации, умеренный нижний парапарез, умеренная мозжечковая атаксия, легкие проводниковые чувствительные нарушения. РШСИ 6,0.*

При формулировке диагноза важно **указывать функциональные нарушения** (в соответствии с данными действующего законодательства (на момент написания

рекомендаций - Приказа Министерства труда и социальной защиты РФ от 17 декабря 2015 №1024н "О классификационных критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной защиты"):

- Незначительные нарушения моторики, незначительные нарушения функций тазовых органов; по шкале РШСИ в пределах 1 - 2,5 баллов - степень выраженности – 10-30%;
- Умеренные парезы верхних и/или нижних конечностей, умеренные нарушения функций тазовых органов; по шкале РШСИ в пределах 3 - 4,5 баллов - степень выраженности – 40-60%;
- Выраженные парезы верхних и/или нижних конечностей, выраженные нарушения функций тазовых органов; по шкале РШСИ в пределах 5 - 7 баллов - степень выраженности – 70-80%;
- Значительно выраженные парезы или параличи верхних и/или нижних конечностей, значительно выраженные нарушения функций тазовых органов (полное недержание мочи и/или кала с полной нечистоплотностью); по шкале РШСИ в пределах 7,5 - 9,5 баллов - степень выраженности – 90-100%.

Приложение А 3.7. Принципы замены ПИТРС

Ниже представлены рекомендации для определения действий врача в зависимости от ответа на терапию [341-349].

Классификация ответа на терапию	Наличие признаков после соблюдения сроков наступления эффекта проводимой терапии				Действие
	Обострения	Подтвержденное усиление инвалидизации **	Признаки активности на МРТ	Данные лабораторных тестов	
Резистентность к терапии	1 и более обострений*	Да	Более 2-х характеристик	Не имеет значение	Смена терапии
	1 и более обострений*	Нет	Более 2-х характеристик	Не имеет значение	Смена терапии
	1 и более обострений*	Да	Не имеет значения	Не имеет значение	Смена терапии
	0		Не имеет значения	Не имеет значение	Смена типа течение и терапии в

		Есть подтвержденное прогрессирование инвалидизации (24 недели)			соответствии с типом течения
Субоптимальный ответ на терапию	1 обострение*	Нет	Нет		Смена терапии
	0	Нет	Более 2-х характеристик		
	0	Нет	Нет	Высокий титр НАТ к ИНФ бета	

* Обострение должно быть объективно подтверждено врачом-неврологом. Наличие только повышенной утомляемости или тазовых расстройств не считается обострением

** Подтвержденное усиление инвалидизации - стойкое ухудшение неврологических нарушений (по шкале РШСИ) после окончания обострения, которое было подтверждено как минимум двумя измерениями РШСИ, одно из которых было выполнено не ранее 30 дней с момента начала обострения, а второе – не менее, чем через 3 месяца после начала обострения.

Характеристики активности по данным МРТ – новый очаг в режиме T2-ВИ и/или увеличившийся очаг в режиме T2-ВИ и/или очаг, накапливающий контрастное средство в режиме T1-ВИ. Новый очаг, накапливающий контрастное средство, считается как один очаг.

Данные критерии применимы только к пациентам с РРС (не проводились исследования шкал для пациентов с ППРС и ВПРС).

Все критерии применимы на продолжительность периода измерения 12 месяцев с момента начала действия ПИТРС с последующими годовыми интервалами. Попадание одного критерия в первые 12 месяцев, а второго критерия следующие 12 месяцев измерения должны расцениваться как не состоявшиеся.

Приложение А 3.8. Общая шкала токсичности.

Изменение показателей белой и красной крови является наиболее частым побочным эффектом терапии ПИТРС и оценивается по Общей шкале токсичности

Показатель	Степень 1	Степень 2	Степень 3	Степень 4
Гемоглобин (г/л)	< НГН - 100	<100 - 80	< 80	угроза жизни
Лейкоциты x 10 ⁹ /л	< НГН - 3,0	< 3,0 - 2,0	<2,0 - 1,0	< 1,0
Лимфоциты x 10 ⁹ /л	< НГН - 0,8	<0,8 - 0,5	< 0,5 - 0,2	< 0,2

Нейтрофилы $\times 10^9/\text{л}$	< НГН - 1,5	< 1,5 - 1,0	< 1,0 - 0,5	< 0,5
Тромбоциты $\times 10^9/\text{л}$	< НГН – 75,0	< 75,0 – 50,0	< 50,0 – 25,0	< 25,0

Действия при выявлении токсичности:

- Степень 1 – терапию продолжать
- Степень 2 – терапию продолжать (мониторировать показатели с периодичностью от 2 недель до 1 месяца по решению врача-невролога)
- Степень 3 – отмена терапии до восстановления показателей и направление на комиссию по назначению ПИТРС
- Степень 4 – отмена терапии до восстановления показателей и направление на комиссию по назначению ПИТРС.

Детально рекомендации по наблюдению за пациентами на терапии препаратами, включая частоту и характер мониторируемых показателей (показатели белой и красной крови, биохимические показатели и др.), а также действия при выявлении токсичности при терапии отдельными ПИТРС, представлены в Приложении Б, разделе 3.3., а также в разделах 3.1.17.3 и 3.1.17.4, посвященных консервативному лечению.

Приложение А 3.9. Форма заявления об отмене ПИТРС

ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ ОБ ОТМЕНЕ ПИТРС

(оригинал в амбулаторной карте, копия в материалах комиссии)

В _____ региональный _____ центр _____ (кабинет) _____ РС
от гр. _____,

проживающего(ей) по адресу: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу отменить препарат _____, принимаемый мной по
Федеральной (или региональной) льготе с _____, по поводу заболевания
рассеянный склероз в связи с (причина) _____

Я информирован(а) врачами о последствиях прекращения приема препарата. Я задал все
интересующие вопросы и получил на них ответы.

Данное решение принято мной добровольно и осознанно, претензий к органам здравоохранения и врачам не имею.

Дата

Подпись: _____

Приложение А 3.10. План управления рисками ПМЛ при терапии натализумабом.**

Прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия (ПМЛ) - редкая, прогрессирующая, потенциально фатальная инфекция головного мозга, вызывается JC вирусом. Поражаются пациенты со сниженным иммунитетом: пациенты со СПИДом до назначения высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) 1-8%, пациенты, перенесшие трансплантацию органов (редко, $<<1\%$), пациенты со злокачественными опухолями кроветворной системы; пациенты, получавшие противоопухолевую или иммуносупрессивную терапию; редкие случаи ПМЛ ассоциированы с применением натализумаба**.

Диагностика ПМЛ: Клиническая картина: неврологический дефицит нарастает в течение нескольких недель. Клиника: изменения личности, поведения, когнитивных функций, афазия, миоклонические судороги, гемипарезы и гемиплегии, корковые нарушения зрения, в конечной стадии - деменция, кома и гибель пациента – *необходимо дифференцировать с обострениями и прогрессированием при РС*. Течение вариабельно, летальный исход без лечения наступает в течение 6-12 месяцев.

МРТ-признаки: крупные гиперинтенсивные очаги на T2-взвешенных или FLAIR изображениях, чаще монофокальные, располагаются в субкортикальном БВ, чаще поражаются U-волокна, типичные очаги не формируют масс-эффекта или отека – *дифференцировать с очагами при РС*. В 40%-50% случаев в очагах присутствуют признаки контрастного усиления.

Анализ СМЖ - исследование ДНК JC вируса с помощью ПЦР в реальном времени (примерно у половины пациентов число копий ДНК JCV было небольшим <500 копий/мл). При наличии клинической картины ПМЛ рекомендуется немедленная отмена препарата.

Факторы риска ПМЛ при использовании натализумаба.**

- 1) присутствие вируса JC (серопозитивность);
- 2) наличие иммуносупрессии (ИС) в анамнезе;
- 3) длительность терапии.

К пациентам высокого риска ПМЛ относятся:

- Пациенты с тремя факторами риска ПМЛ:

- Иммуносупрессия (ИС) в анамнезе;
- Длительность терапии натализумабом**> 2 лет;
- Серопозитивный статус;
- Пациенты, получающие натализумаб** более 2 лет и имеющие титр выше 1,5.

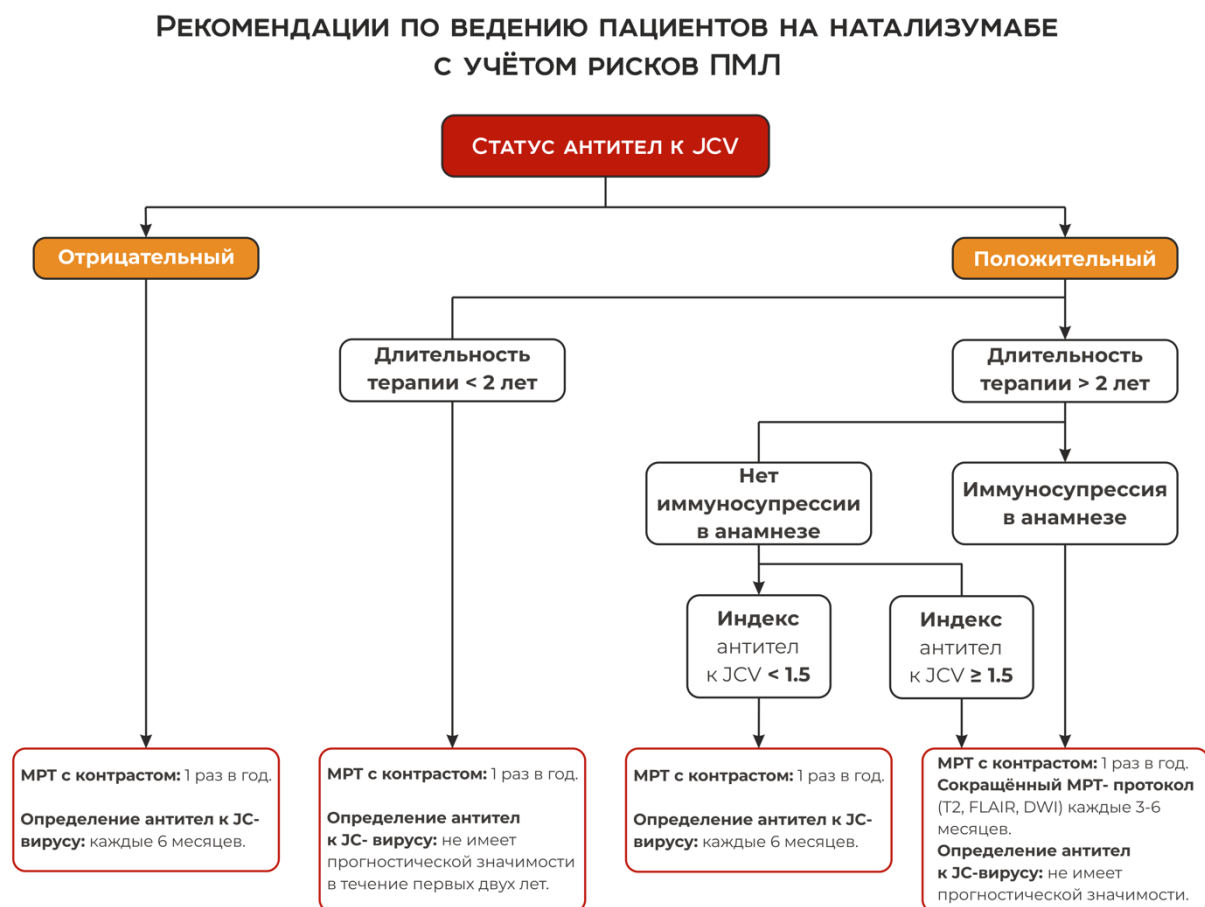
Стратификация риска развития ПМЛ и рекомендации по ведению пациента представлены на Рисунках Г12.1 и Г12.2

Рисунок А 3.10.1 Обновленная стратификация риска развития ПМЛ



Медицинская ассоциация врачей и центров рассеянного склероза и других нейроиммунологических заболеваний

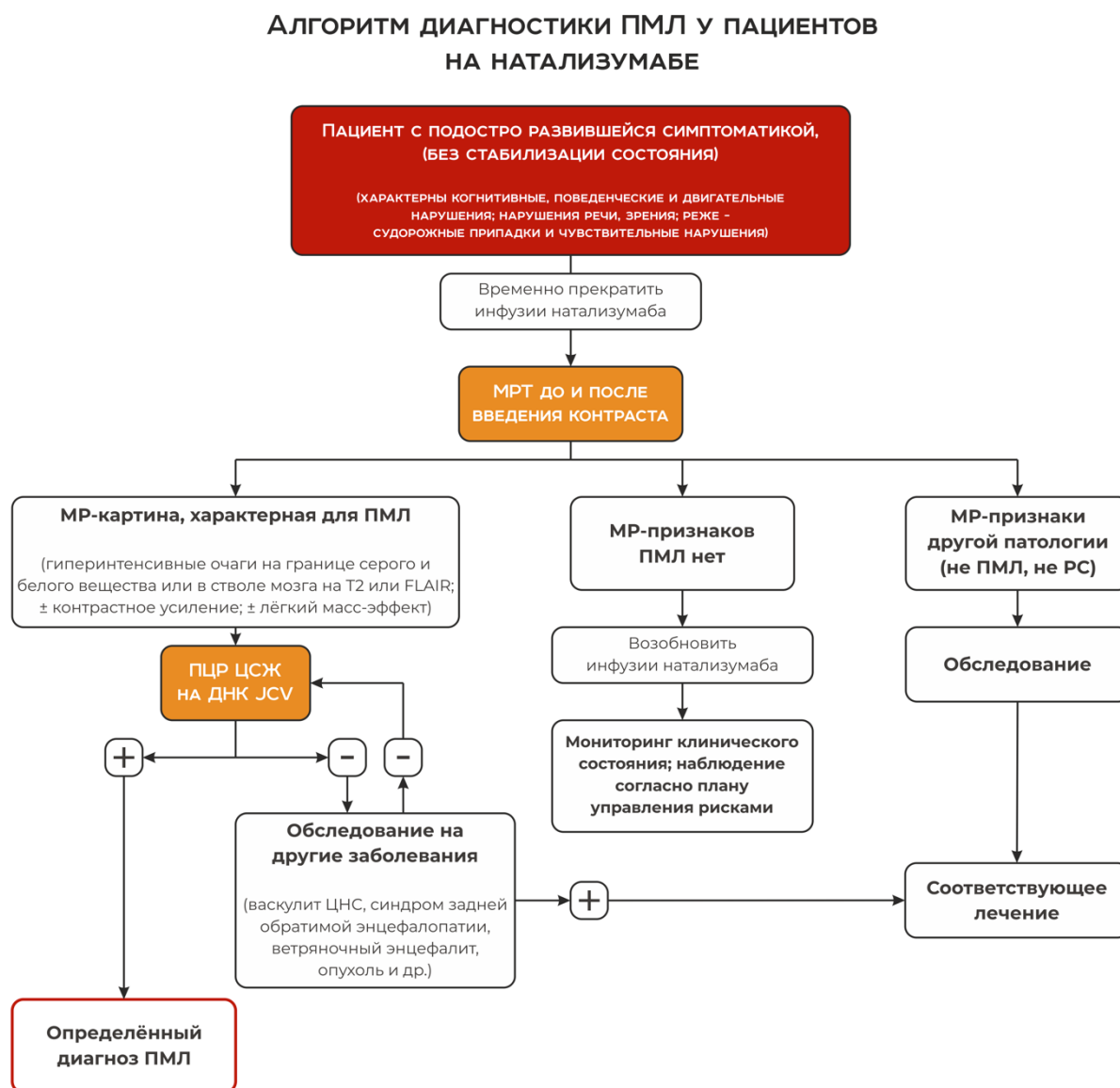
Рисунок А 3.10.2 Рекомендации по ведению пациентов на натализумабе с учетом рисков ПМЛ**



Медицинская ассоциация врачей и центров рассеянного склероза и других нейроиммунологических заболеваний

Клиническое обследование пациента с подозрением на ПМЛ включает несколько этапов (рисунок А 3.10.2).

Рисунок А 3.10.3. Клиническое обследование при развитии новых или усугублении имеющихся симптомов, либо при появлении изменений на МРТ, предположительно указывающих на ПМЛ у пациентов, получающих натализумаб.**



Медицинская ассоциация врачей и центров рассеянного склероза и других нейроиммунологических заболеваний

Приложение А 3.11. Критерии Международной группы по изучению детского рассеянного склероза, 2013 г.

У пациентов младше 18 лет рекомендуется использовать указанные критерии в случаях, определенных соответствующими рекомендациями [18].

Детский рассеянный склероз (любой из следующих):

- Два или более клинических эпизода, разделенные более чем 30 днями, признаки повреждения более чем в одной функциональной сфере центральной нервной системы;
- Одно из клинических событий ассоциировано с изменениями по МРТ, соответствующих критериям диссеминации в пространстве (ДВП) и последующее МРТ показывает, по крайней мере, одно новое поражение в соответствии с критерием диссеминации во времени (ДВВ);
- Через 3 месяца после первых проявлений ОРЭМ-подобной атаки возникает новое клиническое событие, которое связано с новым очагом по МРТ в соответствии с критериями ДВП;
- Клинически изолированный синдром, при котором данные МРТ согласуются с критериями ДВП и ДВВ.

Детский клинически изолированный синдром (КИС) (все обязательно):

- Клиническое событие поражения ЦНС с предполагаемой причиной - воспалительная демиелинизация;
- Отсутствие в анамнезе предшествующего демиелинизирующего заболевания ЦНС;
- Нет данных за энцефалопатию (за исключением случаев, когда можно объяснить лихорадкой);
- Нет соответствия критериям ДВП и ДВВ на базовой МРТ.

Детский острый рассеянный энцефаломиелит (ОРЭМ) (все обязательные):

- Первое полифокальное клиническое событие поражения ЦНС с предполагаемой причиной - воспалительная демиелинизация.
- Энцефалопатия, которая не может быть объяснена повышением температуры тела.
- Нет новых клинических или МРТ событий 3 или более месяцев после первых симптомов;

МРТ головного мозга и патологическими изменениями во время острой фазы (3 месяца) с типичными диффузными плохо разграниченными крупными очагами располагающиеся преимущественно в белом веществе головного мозга.

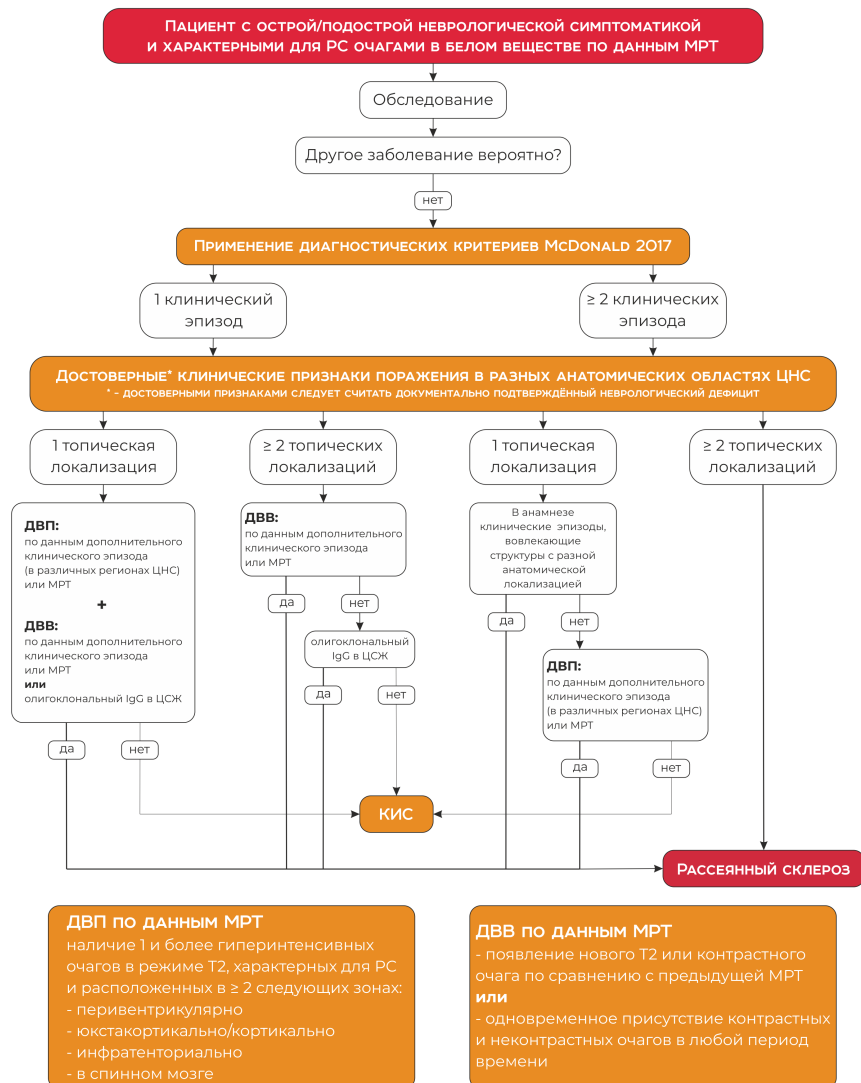
Приложение А 3.12. Критерии оценки тяжести обострений.

Представленная классификация адаптирована из Freedman с соавт. [69] и рекомендована к оценке тяжести обострений для принятия решения о тактике ведения пациентов.

Степень тяжести	Легкая	Средняя	Тяжелая
Стероидная терапия	Не требуется	Требуется лечение амбулаторно	Требуется лечение только в стационаре
Влияние на повседневную активность	Минимальное нарушение	Умеренно выраженное нарушение	Выраженное нарушение
Нарушение функций по функциональным системам (ФС)	1 ФС	1 ФС и более	1 ФС и более
Пирамидная или мозжечковая симптоматика	Нет или легкие нарушения	Умеренная симптоматика пирамидной/мозжечковой недостаточности	Выраженная симптоматика пирамидной/мозжечковой недостаточности

Приложение Б. Алгоритмы действий врача

1. Алгоритм диагностики рассеянного склероза
 - 1.1. Алгоритм установления диагноза РС



Медицинская ассоциация врачей и центров рассеянного склероза и других нейроиммунных заболеваний ©

1.2. Алгоритм постановки диагноз РС, первично-прогрессирующий тип течения

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПЕРВИЧНО-ПРОГРЕССИРУЮЩЕГО РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА (MCDONALD 2017)



Медицинская ассоциация врачей и центров рассеянного склероза и других нейроиммунологических заболеваний ©

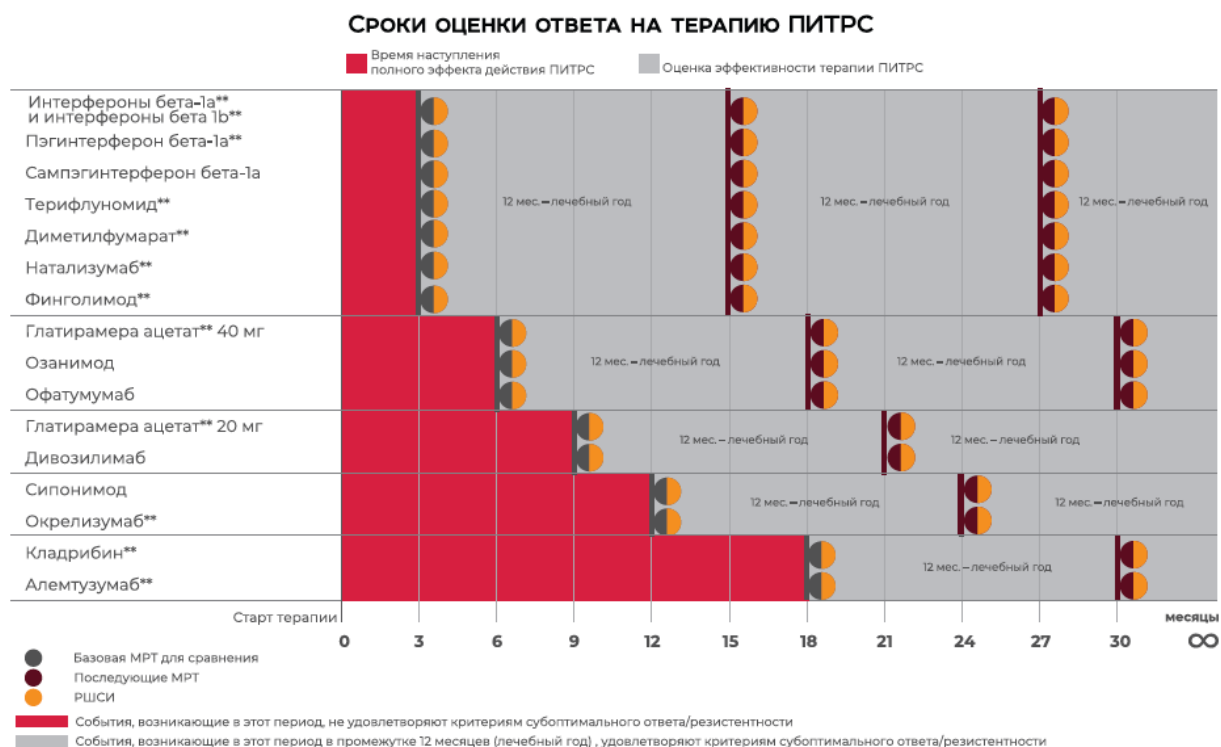
2. Алгоритм ведения пациента с обострением РС

ТЕРАПИЯ ОБОСТРЕНИЯ РС



Медицинская ассоциация врачей и центров рассеянного склероза и других нейроиммунологических заболеваний ©

3. Алгоритм оценки сроков эффективности ответа на терапию ПИТРС



Медицинская ассоциация врачей и центров рассеянного склероза и других нейроиммунологических заболеваний

4. Планы наблюдения за пациентами на терапии ПИТРС

4.1. Рекомендации по наблюдению за пациентами на терапии интерферонами бета-1a** и интерферонами бета-1b**



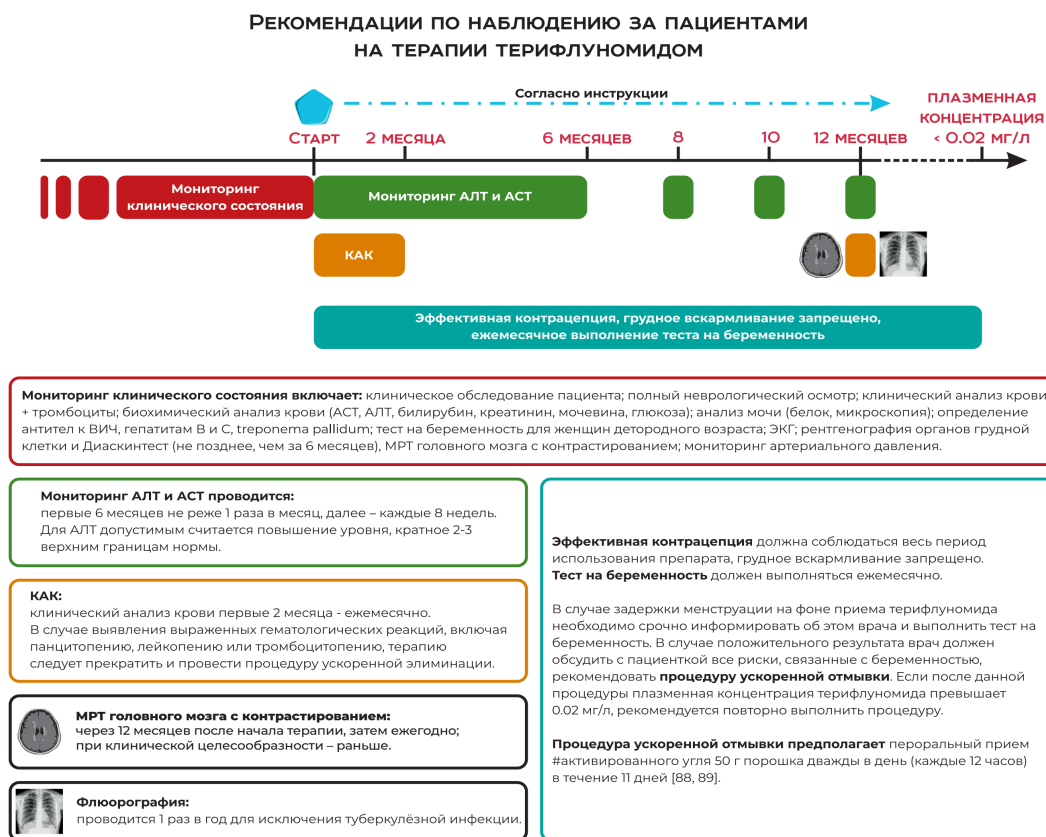
Медицинская ассоциация врачей и центров рассеянного склероза и других нейроиммуннологических заболеваний

4.2. Рекомендации по наблюдению за пациентами на терапии глатирамера ацетатом**



Медицинская ассоциация врачей и центров рассеянного склероза и других нейроиммуннологических заболеваний ©

4.3. Рекомендации по наблюдению за пациентами на терапии терифлуномидом**



Медицинская ассоциация врачей и центров рассеянного склероза и других нейроиммунологических заболеваний ©

4.4. Рекомендации по наблюдению за пациентами на терапии диметилфумаратом**



Медицинская ассоциация врачей и центров рассеянного склероза и других нейроиммуннологических заболеваний ©

4.5. Рекомендации по наблюдению за пациентами на терапии #митоксантроном**

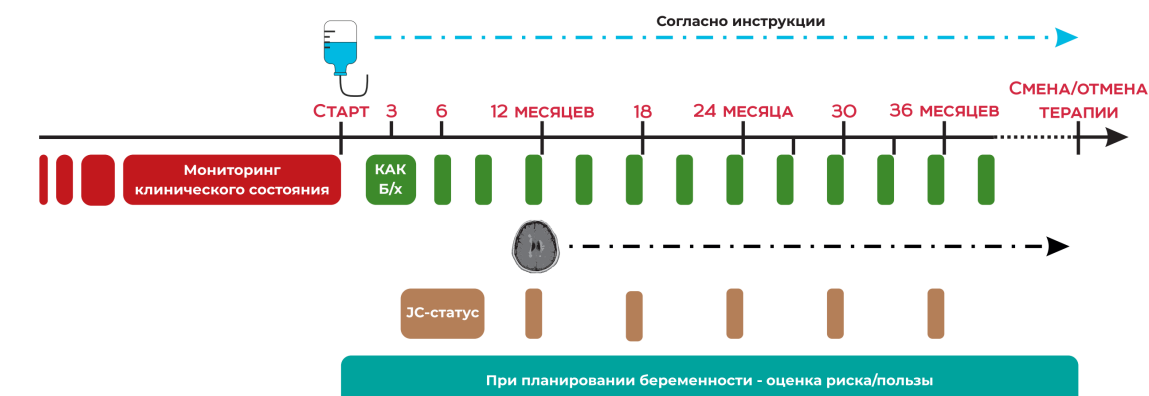
РЕКОМЕНДАЦИИ ПО НАБЛЮДЕНИЮ ЗА ПАЦИЕНТАМИ НА ТЕРАПИИ МИТОКСАНТРОНОМ



Медицинская ассоциация врачей и центров рассеянного склероза и других нейроиммунологических заболеваний ©

4.6. Рекомендации по наблюдению за пациентами на терапии натализумабом**

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО НАБЛЮДЕНИЮ ЗА ПАЦИЕНТАМИ НА ТЕРАПИИ НАТАЛИЗУМАБОМ



Мониторинг клинического состояния включает: клиническое обследование пациента; полный неврологический осмотр; клинический анализ крови + тромбоциты; биохимический анализ крови (АСТ, АЛТ, билирубин, креатинин, мочевины, СКФ, глюкоза); анализ мочи (белок, микроскопия); коагулограмма; определение антител к ВИЧ, гепатитам В и С, *treponema pallidum*; определение наличия антител к JC-вирусу, а также индекса антител; ЭКГ; рентгенография органов грудной клетки и Диаскинтест (не позднее, чем за 6 месяцев), МРТ головного мозга с контрастированием.



МРТ головного мозга с контрастированием:

у **ЖС-негативных** пациентов – 1 раз в год;
у **ЖС-положительных** пациентов (**индекс ≤ 1.5**) – 1 раз в год;
у **ЖС-положительных** пациентов (**индекс > 1.5**) – 1 раз в год;
после 2 лет терапии (а также у пациентов с иммуносупрессией в анамнезе) дополнительно выполняется сокращенный протокол (T2, FLAIR, DWI) каждые 3-6 месяцев; * при клинической целесообразности – раньше

ЖС-статус (определение индекса антител):

у **ЖС-негативных** пациентов – 1 раз в 6 месяцев;
у **ЖС-положительных** пациентов (**≤ 1.5**) – в течение первых двух лет терапии не имеет прогностической значимости, далее – 1 раз в 6 месяцев;
у **ЖС-положительных** пациентов (**> 1.5**) – не имеет прогностической значимости.

КАК, Б/х:

клинический и биохимический (АЛТ, АСТ, билирубин, креатинин, мочевины) анализы крови выполняются 1 раз в 3 месяца.

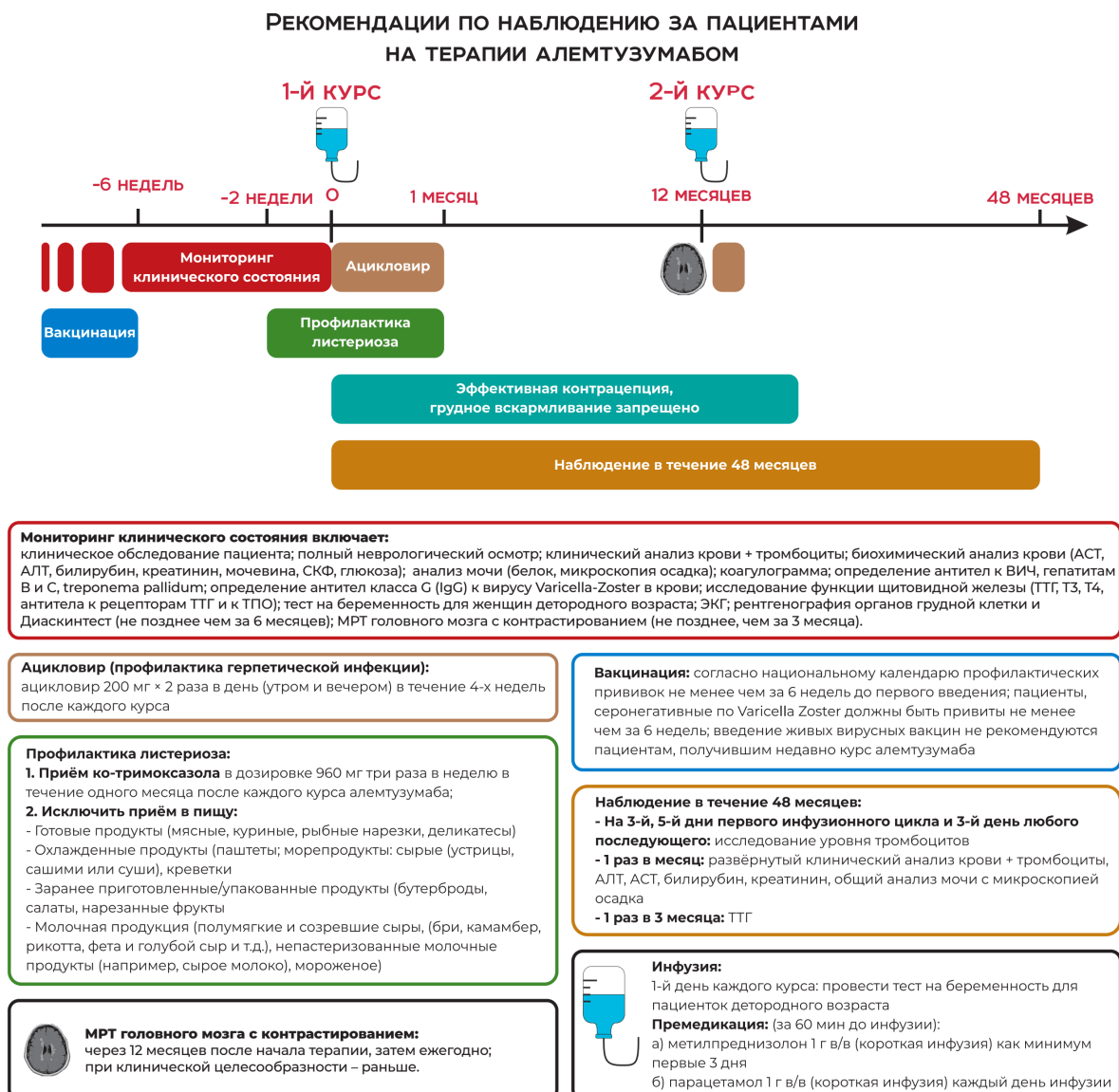
Медицинская ассоциация врачей и центров рассеянного склероза и других нейроиммунологических заболеваний

4.7. Рекомендации по наблюдению за пациентами на терапии финголимодом**



Медицинская ассоциация врачей и центров рассеянного склероза и других нейроиммунологических заболеваний

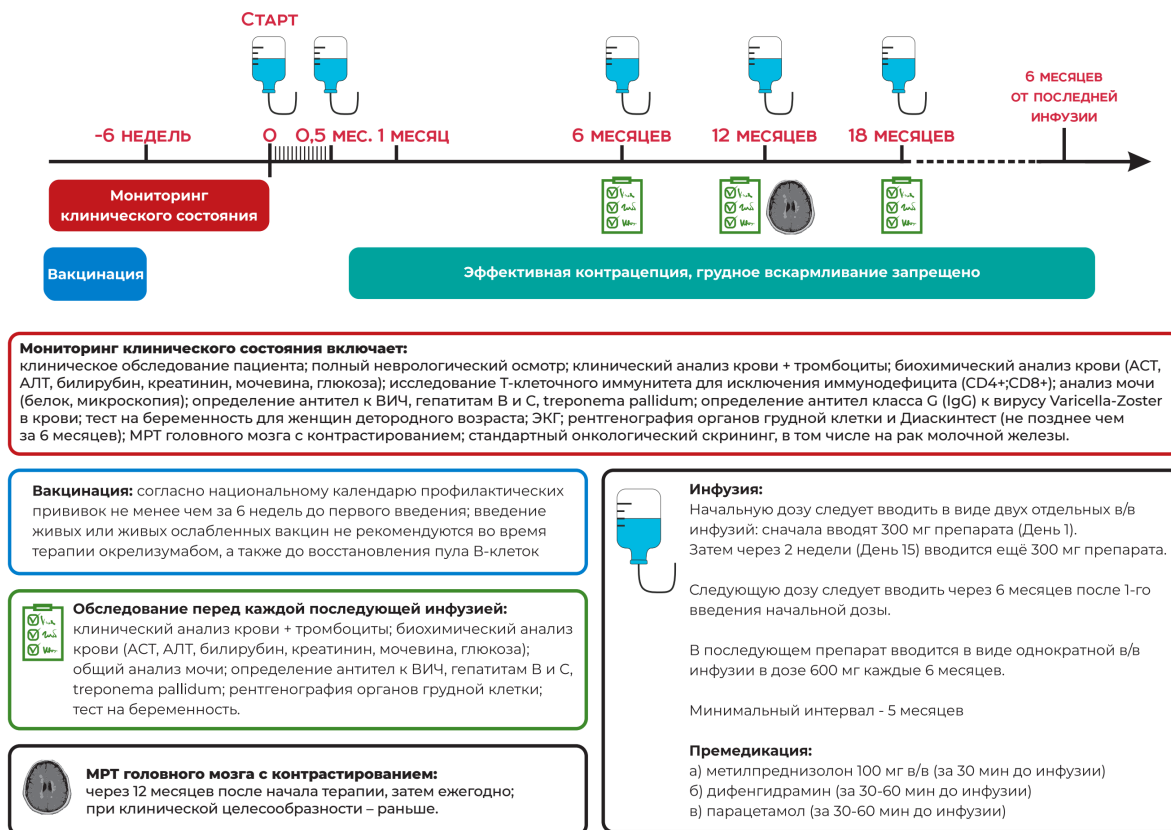
4.8. Рекомендации по наблюдению за пациентами на терапии алемтузумабом**



Медицинская ассоциация врачей и центров рассеянного склероза и других нейроиммунологических заболеваний

4.9. Рекомендации по наблюдению за пациентами на терапии окрелизумабом**

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО НАБЛЮДЕНИЮ ЗА ПАЦИЕНТАМИ НА ТЕРАПИИ ОКРЕЛИЗУМАБОМ



Медицинская ассоциация врачей и центров рассеянного склероза и других нейроиммунологических заболеваний

4.10. Рекомендации по наблюдению за пациентами на терапии кладрибином**

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО НАБЛЮДЕНИЮ ЗА ПАЦИЕНТАМИ НА ТЕРАПИИ КЛАДРИБИНОМ



Мониторинг клинического состояния включает:

клиническое обследование пациента; полный неврологический осмотр; клинический анализ крови + тромбоциты; биохимический анализ крови (АСТ, АЛТ, билирубин, креатинин, мочевины, глюкоза); анализ мочи (белок, микроскопия); определение антител к ВИЧ, гепатитам В и С, *treponema pallidum*; определение антител класса G (IgG) к вирусу Varicella-Zoster в крови; тест на беременность для женщин детородного возраста; ЭКГ; рентгенография органов грудной клетки и Диаскинтест (не позднее чем за 6 месяцев); МРТ головного мозга с контрастированием.

Вакцинация: согласно национальному календарю профилактических прививок не менее чем за 4-6 недель до первого курса; вакцинация против ветряной оспы в случае отсутствия к ней иммунитета; введение живых или живых ослабленных вакцин не рекомендуются во время терапии кладрибином а также до восстановления пула лимфоцитов

Эффективная контрацепция должна соблюдаться весь период использования препарата и 6 месяцев после последнего курса; грудное вскармливание запрещено в течение лечения и 1 неделю после последней дозы.

Тест на беременность должен выполняться ежемесячно.

КАК и ОАМ:

Клинический анализ крови и общий анализ мочи выполняются через 2 и 6 месяцев после каждого курса кладрибина. При снижении уровня лимфоцитов ниже $0.5 \times 10^9/\text{л}$ – активный мониторинг до нормализации значений.

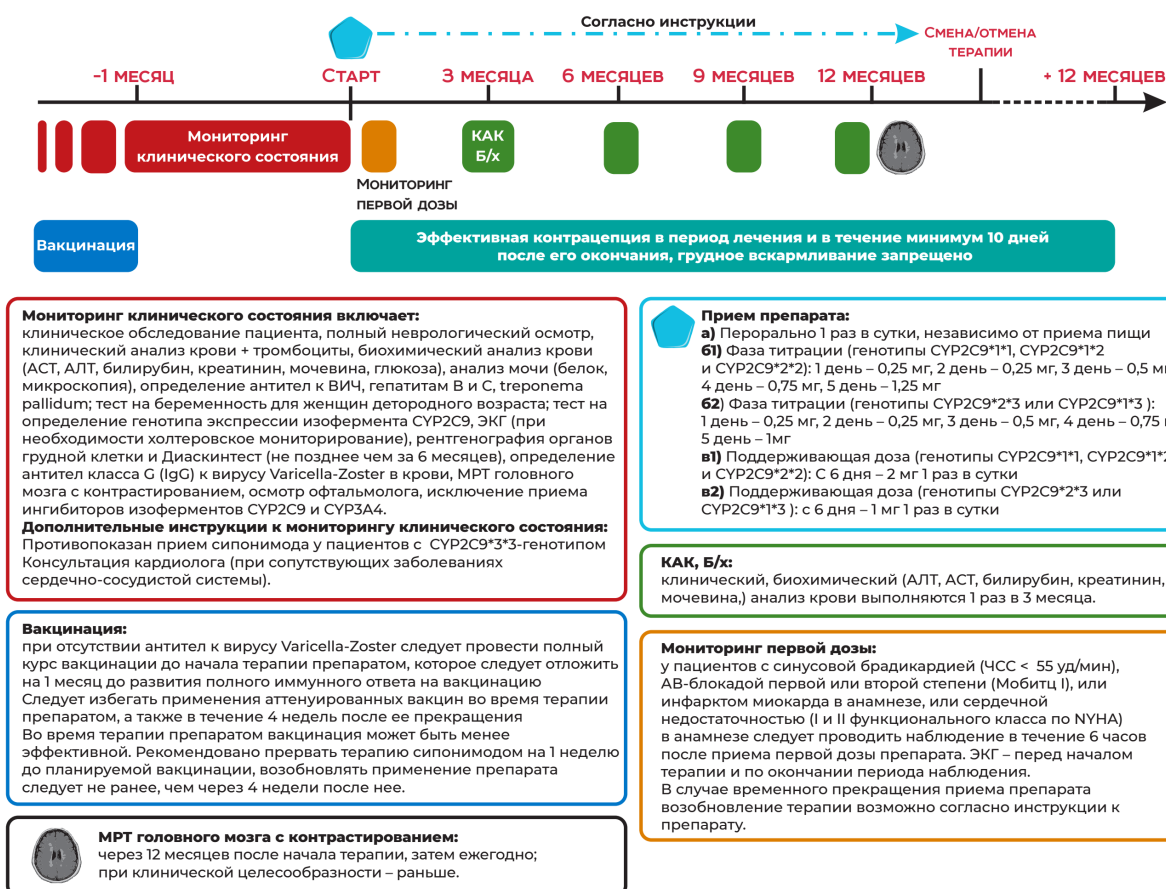


МРТ головного мозга с контрастированием:

через 12 месяцев после начала терапии, затем ежегодно; при клинической целесообразности – раньше.

4.11. Рекомендации по наблюдению за пациентами на терапии сипонимодом**

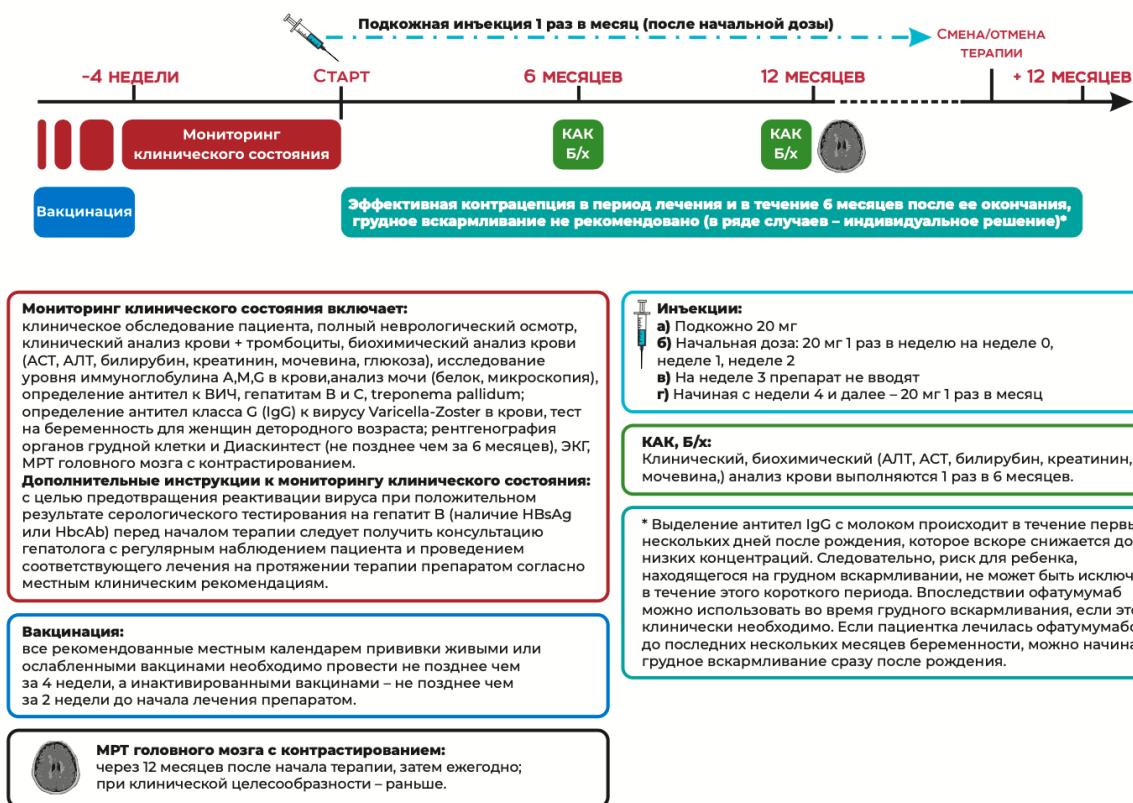
РЕКОМЕНДАЦИИ ПО НАБЛЮДЕНИЮ ЗА ПАЦИЕНТАМИ НА ТЕРАПИИ СИПОНИМОДОМ



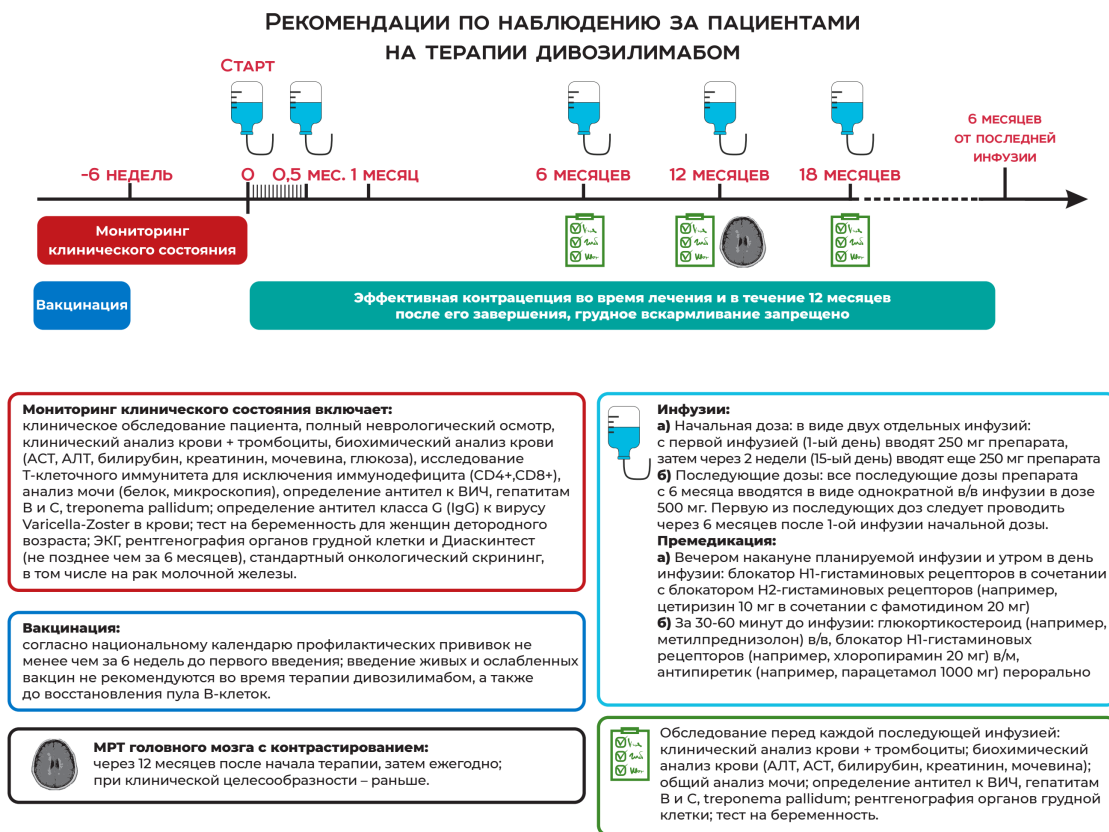
Медицинская ассоциация врачей и центров рассеянного склероза и других нейроиммунологических заболеваний ©

4.12. Рекомендации по наблюдению за пациентами на терапии офатумумабом

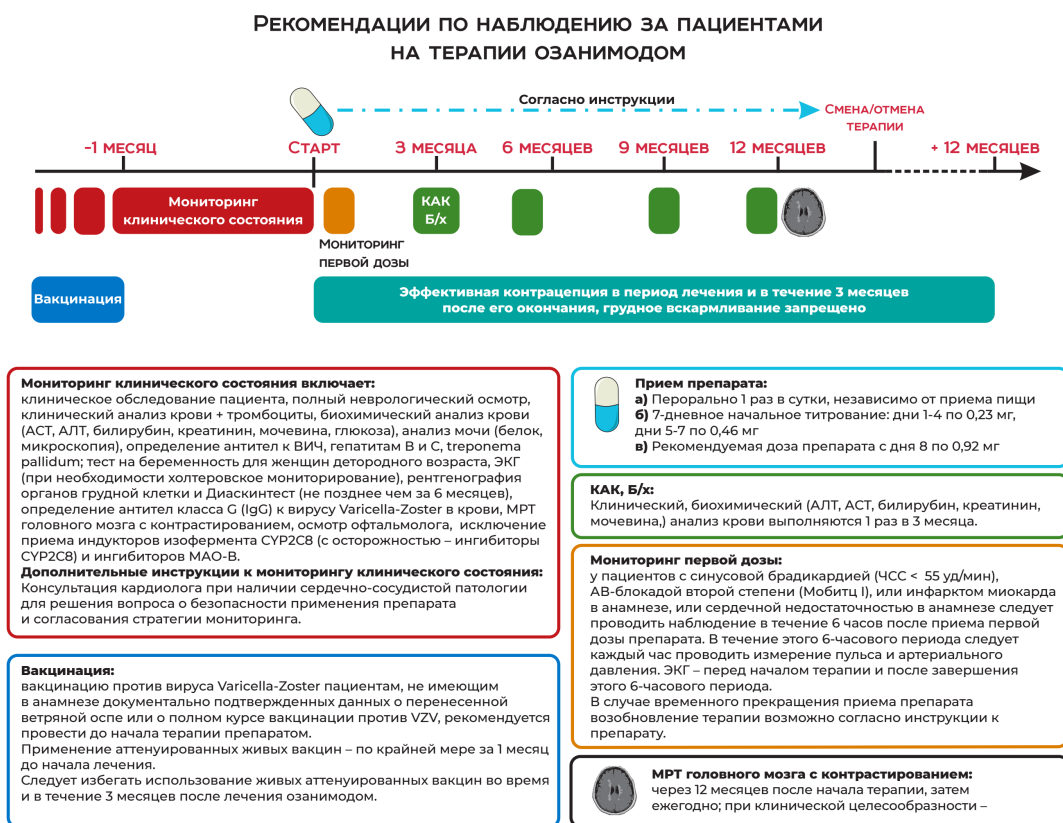
РЕКОМЕНДАЦИИ ПО НАБЛЮДЕНИЮ ЗА ПАЦИЕНТАМИ НА ТЕРАПИИ ОФАТУМУМАБОМ



4.13. Рекомендации по наблюдению за пациентами на терапии дивозилимабом**



4.14. Рекомендации по наблюдению за пациентами на терапии озанимодом



Медицинская ассоциация врачей и центров рассеянного склероза и других нейроиммунологических заболеваний ©

Приложение В. Информация для пациента

1. Информация для пациента на этапе диагностики:

- 1.1. Информация о природе неврологического дефицита при демиелинизирующих заболеваниях, а также о возможных проявлениях РС;
- 1.2. Информация об этиологии РС, факторах риска развития РС;
- 1.3. Информация о риске передачи РС по наследству;
- 1.4. Информация о неблагоприятных прогностических факторах, повышающих риск конверсии в РС после первого обострения и факторах более быстрой инвалидизации
- 1.5. Информацию о профилактике коморбидности и здоровом образе жизни, мотивация отказа от вредных привычек;
- 1.6. Информация о работе локального центра/кабинета РС;
- 1.7. Информация о возможности получить психологическую поддержку, группах поддержки для пациентов, сообществах пациентов, информационных школах для пациентов по вопросам лечения;

2. Информация для пациента на этапе лечения и диспансерного наблюдения:

- 2.1. Информация о возможностях терапии РС с помощью ПИТРС, зарегистрированных на территории Российской Федерации и подходящих для лечения конкретного пациента в соответствии с его типом течения РС (представляется индивидуально для каждого пациента);
 - 2.2. Информация о профиле эффективности и безопасности ПИТРС, выбранного для терапии, а также об альтернативных ПИТРС, профиль их эффективности и безопасности;
 - 2.3. Рекомендации по наблюдению в рамках плана управления рисками: кратность визитов, сдачи лабораторных анализов, выполнения МРТ, вакцинации и других профилактических и лечебно-диагностических мероприятий;
 - 2.4. Информация о возможности получения медицинской и социальной реабилитации;
 - 2.5. Информация о возможности получения инвалидности;
 - 2.6. В случае необходимости смены терапии – предоставить информацию о критериях смены терапии, возможности смены терапии, профиле безопасности и эффективности предложенных для смены ПИТРС;
- 3. На этапе медицинской реабилитации:**
- 3.1. Предоставить информацию о целях реабилитации;
 - 3.2. Предоставить информацию о природе ограничений повседневной жизнедеятельности пациента;
 - 3.3. Индивидуальная программа реабилитации для выполнения в домашних условиях;
 - 3.4. Информация о необходимости использования технических средств реабилитации и возможности их получения.

Приложение Г1 - ГN. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

Приложение Г1 Расширенная Шкала Статуса Инвалидизации (РШСИ)

Название на русском языке: Расширенная Шкала Статуса Инвалидизации (РШСИ)

Оригинальное название (если есть): Expanded Disability Status Scale (РШСИ)

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией):

[№] Степанова А.Д., Евдошенко Е.П., Шумилина М.В., Коробко Д.С., Барабанова М.А., Аброськина М.В., Василенко А.Ф., Юрченко Ю.Н., Давыдовская М.В. Валидация расширенной шкалы статуса инвалидизации (РСШИ) на русском языке для пациентов с рассеянным склерозом в Российской Федерации. *Медицинские технологии. Оценка и выбор.* 2023;45(1):38–46. <https://doi.org/10.17116/medtech20234501138> [26]

www.нейростатус.рф

Тип: шкала оценки

Назначение: оценка тяжести неврологических нарушений

Содержание (шаблон):

1. ЗРИТЕЛЬНЫЕ ФУНКЦИИ

ОСТРОТА ЗРЕНИЯ

Острота зрения определяется по самой нижней строке таблицы Сивцева, при чтении которой с расстояния 5 метров (20 футов) пациент делает не более одной ошибки, используя максимальную доступную коррекцию. В качестве альтернативы возможна оценка корригированной остроты зрения вблизи, что должно быть указано и неизменно проводиться во время последующих осмотров. При проведении последующих осмотров следует избегать переключения с измерения остроты зрения вблизи на измерение остроты зрения вдаль.

ПОЛЯ ЗРЕНИЯ

0 норма

1 только признаки: дефицит выявляется только при осмотре (выполнении конfrontационного теста)

2 умеренный дефицит: пациент осознаёт дефицит, но при осмотре выявляется неполная (квадрантная) гемианопсия

3 выраженный дефицит: полная гомонимная гемианопсия или её эквивалент

СКОТОМА

0 отсутствует

1 маленькая: обнаруживается только при осмотре (выполнении конfrontационного теста)

2 большая: пациент самостоятельно сообщает о ней

* БЛЕДНОСТЬ ДИСКА ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА

0 отсутствует

1 присутствует

Примечание: при определении балла РШСИ оценка Зрительной ФС должен быть преобразована в более низкую оценку следующим образом:

Оценка Зрительной ФС	6	5	4	3	2	1
----------------------	---	---	---	---	---	---

Преобразованная оценка Зрительной ФС	4	3	3	2	2	1
--------------------------------------	---	---	---	---	---	---

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

0 норма

1 бледность диска и/или маленькая скотома и/или максимально корригированная острота зрения хуже видящего глаза ниже, чем 1.0 (20/20), но выше, чем 0.67 (20/30)

2 максимально корригированная острота зрения хуже видящего глаза 0.67-0.34 (от 20/30 до 20/59)

3 хуже видящий глаз с большой скотомой и/или умеренным дефицитом полей зрения и/или максимально корригированной остротой зрения 0.33-0.21 (от 20/60 до 20/99)

4 хуже видящий глаз с выраженным дефицитом полей зрения и/или максимально корригированной остротой зрения 0.2-0.1 (от 20/100 до 20/200); оценка «3» плюс острота зрения лучше видящего глаза 0.33 (20/60) или ниже

5 максимально корригированная острота зрения хуже видящего глаза ниже 0.1 (20/200); оценка «4» плюс острота зрения лучше видящего глаза 0.33 (20/60) или ниже

6 оценка «5» плюс острота зрения лучше видящего глаза 0.33 (20/60) или ниже

* – необязательная часть обследования

2. СТВОЛОВЫЕ ФУНКЦИИ

ГЛАЗОДВИГАТЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ

0 отсутствуют

1 только признаки: малозаметная и едва клинически выявляемая слабость глазодвигательных мышц, пациент не жалуется на нечёткость зрения, диплопию или дискомфорт

2 лёгкие: малозаметная и едва клинически выявляемая слабость глазодвигательных мышц, о которой пациент знает; или очевидный неполный паралич любого движения глаза, о котором пациент не знает

3 умеренные: очевидный неполный паралич любого движения глаза, о котором пациент знает; или полная потеря движения любого глаза в одном направлении взора

4 выраженные: полная потеря движения в любом глазу более чем в одном направлении взора

НИСТАГМ

0 отсутствует

1 только признаки или лёгкий: взор-индуцированный нистагм, менее выраженный, чем «умеренный» (эквивалентно оценке 1 для Стволовой ФС)

2 умеренный: устойчивый нистагм при отведении взора в горизонтальной или вертикальной плоскости на 30°, но не в центральной позиции, пациент может знать или не знать о нарушении

3 выраженный: устойчивый нистагм в центральном положении или грубый стойкий нистагм в любом направлении, влияющий на остроту зрения; полная межъядерная офтальмоплегия с устойчивым нистагмом отведённого глаза; осциллопия

ПОРАЖЕНИЕ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

0 отсутствует

1 только признаки

2 лёгкое: клинически обнаруживаемое онемение, о котором пациент знает

3 умеренное: нарушено распознавание острого/тупого в областях иннервации одной, двух или трёх ветвей тройничного нерва; тригеминальная невралгия (как минимум один приступ за последние 24 часа)

4 выраженное: неспособность различать острое/тупое или полная потеря чувствительности во всей области иннервации одного или обоих тройничных нервов

СЛАБОСТЬ ЛИЦЕВОЙ МУСКУЛАТУРЫ

0 отсутствует

1 только признаки

2 лёгкая: клинически обнаруживаемая слабость лицевой мускулатуры, о которой пациент знает

3 умеренная: неполный паралич лицевой мускулатуры, такой как слабость при закрытии глаз, требующая фиксации века на ночь, или слабость при закрытии рта, приводящая к слюнотечению

4 выраженная: полный односторонний или двусторонний паралич лицевой мускулатуры с лагофталмом или затруднением приёма жидкости (вследствие паралича, но не дисфагии)

ПОТЕРЯ СЛУХА

0 отсутствует

1 только признаки: пациент слышит звук трения пальцев хуже с одной или обеих сторон, и отмечается латерализация в пробе Вебера, но пациент не жалуется на какие-либо проблемы со слухом

2 лёгкая: как в пункте 1, но пациент знает о проблеме со слухом

3 умеренная: пациент не слышит звук трения пальцев с одной или обеих сторон, пропускает несколько произнесённых шёпотом цифр

4 выраженная: пациент пропускает все или почти все произнесённые шёпотом цифры

ДИЗАРТРИЯ

0 отсутствует

1 только признаки

2 лёгкая: клинически выявляемая дизартрия, о которой пациент знает

3 умеренная: очевидная дизартрия во время обычного разговора, нарушающая понимание

4 выраженная: непонятная речь

5 неспособность говорить

ДИСФАГИЯ

0 отсутствует

1 только признаки

2 лёгкая: трудности с приёмом жидкости

3 умеренная: трудности с приёмом жидкости и твёрдой пищи

4 выраженная: постоянные трудности с глотанием; требуется пюрированная диета

5 неспособность глотать

ФУНКЦИИ ДРУГИХ ЧЕРЕПНЫХ НЕРВОВ

0 норма

1 только признаки

2 легкие нарушения: клинически выявляемое нарушение, о котором пациент обычно знает

3 умеренные нарушения

4 выраженные нарушения

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

0 норма

1 только признаки

2 лёгкий или умеренный нистагм и/или умеренные глазодвигательные нарушения и/или другие лёгкие нарушения

3 выраженный нистагм и/или выраженные глазодвигательные нарушения и/или умеренные нарушения функции других черепных нервов

4 выраженная дизартрия и/или другие выраженные нарушения

5 неспособность глотать или говорить

1. ПИРАМИДНЫЕ ФУНКЦИИ

РЕФЛЕКСЫ

0 отсутствует

1 снижен

2 нормальный

3 повышенный

4 неустойчивый клонус (несколько ударов клонуса)

5 устойчивый клонус

* Ладонно-подбородочный рефлекс

0 отсутствует

1 присутствует

Подошвенный рефлекс

0 сгибательный

1 нейтральный или сомнительный

2 разгибательный

СИЛА КОНЕЧНОСТЕЙ

Кожные рефлексы

0 норма

1 снижены

2 отсутствует

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ТЕСТЫ

* Пронаторный дрефт (для верхних конечностей), пронация и смещение вниз:

0 отсутствует

1 лёгкий

2 очевидный

* Позиционный тест (нижние конечности – попросите пациента поднять обе ноги вместе, ноги должны быть полностью выпрямлены в коленных суставах); опускание:

0 отсутствует

1 лёгкое

2 очевидное

3 способен поднять только одну ногу за раз (измерить угол, образованный горизонтальной поверхностью и бедром...°)

4 не может поднять даже одну ногу

* Ходьба на пятках / носках

0 норма

1 нарушена

2 невозможна

* Прыжки на одной ноге 0 норма

1 6 – 10 раз

2 1 – 5 раз

3 невозможны

СПАСТИЧНОСТЬ КОНЕЧНОСТЕЙ (ПОСЛЕ БЫСТРОГО СГИБАНИЯ КОНЕЧНОСТИ)

0 отсутствует

1 лёгкая: слегка повышенный мышечный тонус

2 умеренная: умеренно повышенный мышечный тонус, который можно преодолеть; возможен полный объём движения

3 тяжёлая: выраженно повышенный мышечный тонус, который крайне трудно преодолеть; полный объём невозможен

4 контрактура

СПАСТИЧНОСТЬ ПОХОДКИ

0 отсутствует

1 едва заметная

2 очевидная: незначительное нарушение функции

3 постоянное шарканье: значимое нарушение функции

ОБЩАЯ ДВИГАТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ

0 нормальная

1 избыточная слабость (по сравнению со сверстниками) при выполнении задач, требующих больших усилий, например, при ходьбе на большие расстояния, но без снижения силы конечностей при осмотре (конфронтационном тесте)

2 снижение силы отдельных мышечных групп при конфронтационном тесте

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

0 норма

1 патологические знаки без инвалидизации

2 минимальные нарушения: пациент жалуется на двигательную утомляемость или снижение производительности при требующих напряжения нагрузках (1 в общей двигательной активности) и/или BMRC балл 4 в одной или двух группах мышц

3 лёгкий или умеренный парапарез или гемипарез: обычно 4 балла по шкале BMRC более чем в двух мышечных группах;

и/или 3 балла по шкале BMRC в одной или двух мышечных группах (возможны движения против гравитации);

и/или тяжёлый монопарез: 2 балла или менее по шкале BMRC в одной мышечной группе

4 выраженный парапарез или гемипарез: обычно 2 балла по шкале BMRC в двух конечностях или моноплегия с 0-1 баллом по шкале BMRC в одной конечности;

и/или умеренный тетрапарез: 3 балла по шкале BMRC в трёх и более конечностях

5 параплегия: 0 или 1 балл по шкале BMRC во всех мышечных группах нижних конечностей; и/или выраженный тетрапарез: 2 балла и менее по шкале BMRC в трёх и более конечностях; и/или гемиплегия

6 тетраплегия: 0 или 1 балл по шкале BMRC во всех группах мышц верхних и нижних конечностей

2. МОЗЖЕЧКОВЫЕ ФУНКЦИИ

ТРЕМОР ГОЛОВЫ

0 отсутствует

1 лёгкий

2 умеренный

3 выраженный

АТАКСИЯ ТУЛОВИЩА

0 отсутствует

1 только признаки

2 лёгкая: покачивание с закрытыми глазами

3 умеренная: покачивание с открытыми глазами

4 выраженная: пациент неспособен сидеть без посторонней помощи

АТАКСИЯ КОНЕЧНОСТЕЙ (ТРЕМОР/ДИСМЕТРИЯ^[1]_{SEP} И БЫСТРЫЕ ЧЕРЕДУЮЩИЕСЯ ДВИЖЕНИЯ)

0 отсутствует

1 только признаки

2 лёгкая: тремор или неловкие движения легко заметны, незначительное влияние на функцию

3 умеренная: тремор или неловкие движения влияют на функцию во всех сферах

4 выраженная: большинство функций очень затруднены

ТАНДЕМНАЯ ХОДЬБА (ПО ПРЯМОЙ ЛИНИИ)

0 норма

1 нарушена

2 невозможна

АТАКСИЯ ХОДЬБЫ

0 отсутствует

1 только признаки

2 лёгкая: проблемы с равновесием, осознаваемые пациентом и/или другим близким человеком

3 умеренная: нарушение равновесия при обычной ходьбе

4 выраженная: пациент неспособен пройти больше нескольких шагов без опоры или помощи другого человека вследствие атаксии

ПРОБА РОМБЕРГА

0 норма

1 лёгкая степень: легкая неустойчивость с закрытыми глазами

2 умеренная степень: неустойчив с закрытыми глазами

3 тяжелая степень: неустойчив с открытыми глазами

ДРУГИЕ МОЗЖЕЧКОВЫЕ ТЕСТЫ

0 норма

1 лёгкое нарушение

2 умеренное нарушение

3 выраженное нарушение

ПРИМЕЧАНИЯ: Наличие только выраженных нарушений ходьбы и/или атаксии туловища (без выраженной атаксии в трех или четырех конечностях) оценивается как 3 в Мозжечковой ФС.

Если слабость или сенсорные нарушения мешают оценке атаксии, оцените фактическое состояние пациента. Чтобы указать на возможную роль слабости, проставьте отметку «X» после оценки Мозжечковой ФС.

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

0 норма

1 патологические знаки без инвалидизации

2 лёгкая атаксия и/или умеренная статическая атаксия (проба Ромберга), и/или тандемная ходьба невозможна

3 умеренная атаксия конечностей и/или умеренная или выраженная атаксия ходьбы/туловища

4 выраженная атаксия ходьбы/туловища и выраженная атаксия в трех или четырех конечностях

5 неспособность выполнять координированные движения из-за атаксии

X пирамидная слабость (мышечная сила конечностей 3 балла или меньше по шкале BMRC) или чувствительные нарушения, влияющие на оценку мозжечковых функций

3. СЕНСОРНЫЕ ФУНКЦИИ

ПОВЕРХНОСТНАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ (ЛЁГКОЕ ПРИКОСНОВЕНИЕ И БОЛЬ)

0 норма

1 только признаки: лёгкое ослабление чувствительности (температурной, двухмерно-пространственного чувства) при осмотре, о котором пациент не знает

2 лёгкое снижение: пациент знает о нарушении чувствительности к лёгкому прикосновению или боли, но способен различать острое/тупое

3 умеренное: нарушение различения острого/тупого

4 выраженное: неспособен различать острое/тупое и/или неспособен чувствовать легкое прикосновение

5 полная потеря: анестезия

ВИБРАЦИОННАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ (НА САМОМ ДИСТАЛЬНОМ СУСТАВЕ)

0 норма

1 лёгкое снижение: 5-7 из 8 единиц градуированного камертона; альтернативно, пациент чувствует вибрацию более 10 секунд, но меньше, чем оценивающий

2 умеренное: 1-4 из 8 единиц градуированного камертона; альтернативно, пациент чувствует вибрацию от 2 до 10 секунд

3 выраженное: полная потеря вибрационной чувствительности

МЫШЕЧНО-СУСТАВНОЕ ЧУВСТВО

0 норма

1 лёгкая степень: 1– 2 неправильных ответа, затронуты только дистальные суставы

2 умеренная степень: многочисленные ошибки в определении направления движения пальцев рук и ног; затронуты проксимальные суставы

3 выраженная степень: отсутствие восприятия движения, астазия

*** СИМПТОМ ЛЕРМИТТА**

0 отрицательный

1 положительный

*** ПАРЕСТЕЗИИ (ПОКАЛЫВАНИЕ)**

0 отсутствует

1 присутствует

* – не влияет на оценку Сенсорной ФС

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

0 норма

1 лёгкое снижение вибрационной, или поверхностной (рисование фигур), или температурной чувствительности только в одной или двух конечностях

2 лёгкое снижение чувствительности к прикосновению, или болевой чувствительности, или мышечно-суставного чувства, или умеренное снижение вибрационной чувствительности в одной или двух конечностях;

и/или лёгкое снижение вибрационной чувствительности, или поверхностной (рисование фигур), или температурной чувствительности более чем в двух конечностях

3 умеренное снижение чувствительности к прикосновению, или болевой чувствительности, или мышечно-суставного чувства, или выраженное снижение вибрационной чувствительности в одной или двух конечностях;

и/или лёгкое снижение чувствительности к прикосновению или болевой чувствительности, или умеренное снижение проприоцептивного чувства более чем в двух конечностях

4 выраженное снижение чувствительности к прикосновению или болевой чувствительности в одной или двух конечностях;

и/или умеренное снижение чувствительности к прикосновению или болевой чувствительности и/или выраженное снижение проприоцептивного чувства в более чем двух конечностях

5 полная потеря любого вида чувствительности в одной или двух конечностях;

и/или умеренное снижение чувствительности к прикосновению или болевой чувствительности и/или выраженное снижение проприоцептивного чувства практически во всём теле ниже головы

6 полная потеря чувствительности ниже головы

4. ТАЗОВЫЕ ФУНКЦИИ

ЗАТРУДНЁННОЕ МОЧЕИСПУСКАНИЕ И ЗАДЕРЖКА МОЧИ

0 норма

1 лёгкая степень: не оказывает влияния на образ жизни

2 умеренная степень: задержка мочеиспускания; частые инфекции мочевыводящих путей

3 тяжёлая степень: требуется катетеризация

4 потеря функции: недержание мочи вследствие переполнения мочевого пузыря

ИМПЕРАТИВНЫЕ ПОЗЫВЫ К МОЧЕИСПУСКАНИЮ И НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ

0 отсутствует

1 лёгкая степень: не оказывает влияния на образ жизни

2 умеренная степень: редкое недержание мочи, возникающее не чаще одного раза в а

3 тяжёлая степень: частое недержание мочи, возникающее несколько раз в неделю - несколько раз в день; необходимо использовать мочеприемник или изделия медицинские одноразовые впитывающие

4 потеря функции: потеря контроля над мочеиспусканием

КАТЕТЕРИЗАЦИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

0 нет

1 периодическая самокатетеризация

2 постоянная катетеризация

ДИСФУНКЦИЯ КИШЕЧНИКА

0 отсутствует

1 лёгкая степень: отсутствие недержания, отсутствие влияния на образ жизни, легкие запоры

2 умеренная степень: пациент должен использовать изделия медицинские одноразовые впитывающие или менять образ жизни, чтобы быть рядом с туалетом

3 тяжёлая степень: нуждается в клизме или мануальных приёмах для опорожнения кишечника

4 полная потеря функции

* СЕКСУАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ

Мужчины

0 нет нарушений

1 лёгкая степень: трудности с поддержанием эрекции во время полового акта, но достигает эрекции и способен продолжать половой акт

2 умеренная степень: трудности с достижением эрекции, снижение либидо, способен продолжать половой акт и достигает оргазма

3 выраженная степень: выраженное снижение либидо, неспособность достичь полной эрекции, половой акт затруднён, гипооргазмия

4 потеря функции

Женщины

0 нет нарушений

1 лёгкая степень: легкое снижение естественной лубрикации, сохранена сексуальная активность и достигает оргазма

2 умеренная степень: диспареуния, гипооргазмия, сексуальная активность снижена

3 выраженная степень: выраженное снижение сексуальной активности, аноргазмия

4 потеря функции

ПРИМЕЧАНИЕ: при определении балла РШСИ оценка ФС Тазовых функций должна быть преобразована в более низкую оценку следующим образом:

Оценка ФС Тазовых функций 6 5 4 3 2 1

Преобразованная оценка ФС Тазовых функций 5 4 3 3 2 1

Сексуальная дисфункция может быть задокументирована, но, в целом, не влияет на оценку. ФС Тазовых функций по причине очевидных трудностей в оценке при осмотре врача

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

0 норма

1 лёгкая задержка мочеиспускания, императивные позывы к мочеиспусканию и/или запор

2 умеренно затруднённое начало/задержка мочеиспускания и/или умеренная выраженность императивных позывов /непроизвольного мочеиспускания и/или умеренная дисфункция кишечника

3 частое непроизвольное мочеиспускание или периодическая самокатетеризация; нуждается в клизме или мануальных приёмах при опорожнении кишечника

4 нуждается в почти постоянной катетеризации

5 утрата функции мочевого пузыря или кишечника; наружный или постоянный мочевой катетер

6 утрата функции кишечника и мочевого пузыря

5. ВЫСШИЕ МОЗГОВЫЕ ФУНКЦИИ

ДЕПРЕССИЯ И ЭЙФОРΙΑ

0 отсутствует

1 присутствует: пациент жалуется на депрессию, или депрессия или эйфория выявлена исследователем или близким человеком.

Депрессия и эйфория задокументированы в оценочном листе, но не учитываются при расчете ФС и РШСИ

СНИЖЕНИЕ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ

0 отсутствует

1 только признаки: не очевидны для пациента и/или близкого человека

2 лёгкое: пациент и/или близкие сообщают о легких изменениях в мышлении. Примеры включают в себя: нарушение способности к быстрому ассоциативному мышлению и рассмотрению сложных вопросов; нарушение суждения в определенных ситуациях, требующих больших усилий; способен выполнять рутинные повседневные действия, но не справляется с дополнительными стрессовыми факторами; симптомы проявляются даже при нормальном уровне стресса; снижение работоспособности; склонность к небрежности из-за забывчивости или усталости.

3 умеренное: явные отклонения при кратком тестировании когнитивных функций, но все же ориентирован в личности, месте и времени

4 выраженное: не ориентируется в одной или двух сферах (личности, месте или времени), выраженное влияние на образ жизни

5 деменция, спутанность сознания и/или полная дезориентация

УТОМЛЯЕМОСТЬ

0 отсутствует

1 лёгкая: обычно не нарушает повседневную деятельность

2 умеренная: нарушает повседневную деятельность, но не ограничивает её более чем на 50%

3 выраженная: значительное ограничение повседневной деятельности (снижение >50%)

Поскольку утомляемость трудно оценить объективно, в некоторых исследованиях она не влияет на оценку ФС или балл РШСИ. Пожалуйста, следуйте инструкциям конкретного исследования

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

0 норма

1 только признаки снижения когнитивных функций; легкая утомляемость

2 лёгкое снижение когнитивных функций; умеренная или выраженная утомляемость

3 умеренное снижение когнитивных функций

4 выраженное снижение когнитивных функций

5 деменция

6. АМБУЛАТОРНОСТЬ

Амбулаторность “не ограничена”, если пациент может пройти без посторонней помощи расстояние, которое считается нормальным для здоровых людей аналогичного возраста и физического состояния. В этом случае балл РШСИ может быть любой от 0 до 5.0 в зависимости от оценок ФС.

“Полная самостоятельность” означает, что пациент способен пройти не менее 500 метров без посторонней помощи, но не без ограничений. Балл РШСИ может быть любой от 2.0 до 5.0, в зависимости от оценок ФС. При этом Пирамидная и/или Мозжечковая ФС должна составлять ≥ 2 , чтобы отражать это «ограничение» способности к передвижению.

Если амбулаторность составляет <500 метров, балл РШСИ должен составлять ≥ 4.5 в зависимости от дистанции ходьбы при оценке амбулаторности (смотри следующую страницу) и комбинации оценок ФС. Баллы РШСИ 5.5 – 8.0 определяются исключительно способностью к передвижению и типом требуемой опоры или способностью использовать инвалидную коляску.

Если требуется помощь, определения баллов РШСИ 6.0 или 6.5 включают в себя как описание типа опоры, необходимой при ходьбе, так и дистанции ходьбы. Помощь другого лица эквивалентна двусторонней опоре.

ПРИМЕЧАНИЕ: Оценка амбулаторности представляет собой как описание дистанции ходьбы, так и тип опоры, необходимой для ходьбы. Использование инвалидной коляски учитывается в оценочном листе.

РАССТОЯНИЕ И ВРЕМЯ, СООБЩЕННЫЕ ПАЦИЕНТОМ

Максимальная дистанция ходьбы без посторонней помощи, без отдыха или опоры, сообщенная пациентом (в метрах) и время, необходимое для прохождения максимального расстояния, со слов пациента (в минутах)

ОПОРА

0 Без помощи или опоры (допускается использование ортеза голеностопного сустава без каких-либо других вспомогательных устройств)

1 Односторонняя опора: одна трость/костыль/тutor

2 Двусторонняя опора: две трости/костыли/тutor или помощь другого человека

3 Инвалидная коляска

РАССТОЯНИЕ

Измерьте расстояние, которое пациент способен пройти, в метрах.

Без опоры: оценивайте ходьбу пациента без опоры на расстояние не менее 500 метров и измерьте затраченное время, если это возможно.

С опорой: оценивайте ходьбу пациента с опорой на вспомогательное устройство или другого человека на расстояние не менее 130 метров, если это возможно.

ОЦЕНКА АМБУЛАТОРНОСТИ

0 Не ограничена

- 1 Полная самостоятельность
- 2 ≥ 300 метров, но < 500 метров, без посторонней помощи или опоры (РШСИ 4,5 или 5,0)
- 3 ≥ 200 метров, но < 300 метров, без посторонней помощи или опоры (РШСИ 5,0)
- 4 ≥ 100 метров, но < 200 метров, без посторонней помощи или опоры (РШСИ 5,5)
- 5 Дистанция ходьбы < 100 метров без опоры (РШСИ 6,0)
- 6 Односторонняя опора, ≥ 50 метров (РШСИ 6,0)
- 7 Двусторонняя опора, ≥ 120 метров (РШСИ 6,0)
- 8 Односторонняя опора, < 50 метров (РШСИ 6,5)
- 9 Двусторонняя опора, ≥ 5 метров, но < 120 метров (РШСИ 6,5)
- 10 Использует инвалидную коляску без посторонней помощи; не может пройти 5 метров даже с опорой, существенно ограничен инвалидной коляской; передвигается сам и пересаживается самостоятельно; в инвалидной коляске бодрствует около 12 часов в сутки (РШСИ 7,0)
- 11 Использует инвалидную коляску с посторонней помощью; не в состоянии сделать более нескольких шагов; ограничен инвалидной коляской; может потребоваться некоторая помощь в пересаживании и собственно передвижении коляски (РШСИ 7,5)
- 12 Существенно ограничен кроватью или стулом, или перемещается в инвалидной коляске только с посторонней помощью, но большую часть дня не находится в кровати; сохраняет многие функции по уходу за собой; в целом, эффективно использует руки (РШСИ 8,0)

Ключ (интерпретация): балл для каждой из 8 функциональных систем присваивается на основании данных неврологического осмотра и отражает степень нарушений. Полученные 8 оценок конвертируются в итоговый балл при помощи следующего алгоритма:

- 0 нормальный неврологический статус (0 во всех ФС)
- 1.0 нет инвалидизации, минимальные признаки нарушений в одной ФС (1 в одной ФС)
- 1.5 нет инвалидизации, минимальные признаки нарушений более чем в одной ФС (1 более чем в одной ФС)
- 2.0 минимальная инвалидизация в одной ФС (2 в одной ФС, в других 0 или 1)
- 2.5 минимальная инвалидизация в более чем одной ФС (2 в двух ФС, в остальных 0 или 1)
- 3.0 умеренная инвалидизация в одной ФС (3 в одной ФС, в других 0 или 1) при полной амбулаторности пациента; или лёгкая инвалидизация в трёх или четырёх ФС (2 в трёх/четырёх ФС, в остальных 0 или 1) при полной амбулаторности пациента
- 3.5 полностью амбулаторен, но с умеренной инвалидизацией в одной ФС (3 в одной ФС) и лёгкой инвалидизацией в одной или двух ФС (2 в одной/двух ФС, а в остальных 0 или 1); или полностью амбулаторен и 3 в двух ФС (в остальных 0 или 1); или полностью амбулаторен с 2 в пяти ФС (в остальных 0 или 1)
- 4.0 может пройти без опоры или отдыха ≥ 500 метров; бодрствует и активен около 12 часов в день, несмотря на относительно тяжёлую инвалидизацию, включающую 4 в одной ФС (в других 0 или 1) или комбинации меньшего количества оценок в ФС, превышающие критерии предыдущих баллов РШСИ
- 4.5 может пройти без опоры или отдыха ≥ 300 метров; бодрствует и активен большую часть дня, характеризуется относительно тяжёлой инвалидизацией, обычно включающую 4 в одной ФС и комбинацию меньшего количества оценок в других ФС, превышающие критерии предыдущих баллов РШСИ
- 5.0 может пройти без опоры или отдыха ≥ 200 метров (обычно равноценно наличию 5 как минимум в одной ФС, или комбинация меньшего количества оценок в других ФС, превышающих критерии 4.5 баллов)
- 5.5 может пройти без опоры или отдыха ≥ 100 метров
- 6.0 односторонняя опора (трость или костыль) требуется для прохождения не менее 100 метров с отдыхом или без (см. параграф 8, Амбулаторность)
- 6.5 постоянная двусторонняя опора (трости или костыли) требуется для прохождения не менее 20 метров без отдыха (см. параграф 8, Амбулаторность)

7.0 не может пройти 5 метров даже с опорой, существенно ограничен использованием инвалидной коляски; самостоятельно перемещается в инвалидной коляске и пересаживается; бодрствует в инвалидной коляске около 12 часов в день

7.5 не может сделать более нескольких шагов; ограничен использованием инвалидной коляски; может потребоваться некоторая помощь при пересаживании и перемещении в инвалидной коляске

8.0 существенно ограничен кроватью или стулом или перемещается в инвалидной коляске с посторонней помощью, но большую часть дня проводит вне кровати; сохраняет многие функции самообслуживания; в целом эффективно пользуется руками

8.5 существенно ограничен кроватью большую часть дня; может совершать некоторые эффективные действия рукой/руками; сохраняет некоторые функции самообслуживания

9.0 беспомощный лежачий пациент; может общаться и питаться

9.5 полностью беспомощный лежачий пациент; не способен продуктивно общаться или питаться/глотать

10 смерть вследствие РС

Пояснения: итоговый балл РШСИ присваивается, исходя из комбинаций оценок для каждой из 8 функциональных шкал. Общий балл РШСИ составлять от 0 до 10 баллов и объективно отражает степень неврологических нарушений.

Оценочный лист для стандартизированного количественного
неврологического осмотра и оценки Функциональных Систем и
Расширенной Шкалы Статуса Инвалидизации при рассеянном склерозе



ЛИЧНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

ФИО пациента

Дата рождения пациента - -

Дата осмотра - -

ФИО врача

СИНОПСИС

1. Зрительная ФС ¹ Амбулаторность

2. Стволовая ФС

3. Пирамидная ФС Балл РШСИ

4. Мозжечковая ФС

5. Чувствительная ФС

6. ФС Тазовые функции ¹ Подпись

7. ФС Высшие мозговые функции

1. ЗРИТЕЛЬНЫЕ ФУНКЦИИ

ЗРИТЕЛЬНЫЕ ФУНКЦИИ		OD	OS	Скотомы
Острота	<input checked="" type="checkbox"/> СК <input type="checkbox"/> БК	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Поля зрения		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* Бледность диска зрительного нерва

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ → ¹

2. СТВОЛОВЫЕ ФУНКЦИИ

ИССЛЕДОВАНИЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ НЕРВОВ		
Глазодвигательные нарушения	<input type="text"/>	Потеря слуха <input type="text"/>
Нистагм	<input type="text"/>	Дизартрия <input type="text"/>
Поражение тройничного нерва	<input type="text"/>	Дисфагия <input type="text"/>
Слабость лицевой мускулатуры	<input type="text"/>	Функции других черепных нервов <input type="text"/>

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

3. ПИРАМИДНЫЕ ФУНКЦИИ

РЕФЛЕКСЫ	П	><	Л	
Бицепс	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Разгибатели голени <input type="text"/>
Трицепс	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Подшвенное сгибание (стопы/пальцев) <input type="text"/>
Брахиорадиальный	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Разгибание (стопы/пальцев) <input type="text"/>
Коленный	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	* Позиционный тест для ВК, пронация и смещение вниз <input type="text"/>
Ахиллов	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	* Позиционный тест для НК, опускание <input type="text"/>
Подшвенный	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	* Способен поднять только одну ногу за раз (угол в °) <input type="text"/>
Поверхностные кожные	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	* Ходьба на пятках / носках <input type="text"/>
* Ладонно-подбородочный	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	* Прыжки на одной ноге <input type="text"/>

СИЛА КОНЕЧНОСТЕЙ	П	Л	СПАСТИЧНОСТЬ
Дельтовидная мышца	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Верхние конечности <input type="text"/>
Бицепс	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Нижние конечности <input type="text"/>
Трицепс	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Походка <input type="text"/>
Сгибатели запястья/пальцев	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ОБЩАЯ ДВИГАТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ <input type="text"/>
Разгибатели запястья/пальцев	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ <input type="text"/>
Сгибатели бедра	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Сгибатели голени	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

4. МОЗЖЕЧКОВЫЕ ФУНКЦИИ

ИССЛЕДОВАНИЕ МОЗЖЕЧКОВЫХ ФУНКЦИЙ			
Тремор головы	<input type="text"/>	Быстрые чередующиеся движения ВК	<input type="text"/>
Атаксия туловища	<input type="text"/>	Быстрые чередующиеся движения НК	<input type="text"/>
	П Л	Тандемная ходьба	<input type="text"/>
Тремор/дисметрия верхних конечностей	<input type="text"/>	Атаксия ходьбы	<input type="text"/>
Тремор/дисметрия нижних конечностей	<input type="text"/>	Проба Ромберга	<input type="text"/>
		Другое, например, симптом рикошета	<input type="text"/>
ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ			<input type="text"/>

5. СЕНСОРНЫЕ ФУНКЦИИ

ИССЛЕДОВАНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ			
Поверхностная чувствительность ВК	<input type="text"/>	Мышечно-суставное чувство ВК	<input type="text"/>
Поверхностная чувствительность туловища	<input type="text"/>	Мышечно-суставное чувство НК	<input type="text"/>
Поверхностная чувствительность НК	<input type="text"/>	* Симптом Лермитта	<input type="text"/>
Вибрационная чувствительность ВК	<input type="text"/>	* Парестезии ВК	<input type="text"/>
Вибрационная чувствительность НК	<input type="text"/>	* Парестезии туловища	<input type="text"/>
		* Парестезии НК	<input type="text"/>
ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ			<input type="text"/>

6. ТАЗОВЫЕ ФУНКЦИИ

Затрудненное мочеиспускание/задержка мочи	<input type="text"/>	Дисфункция кишечника	<input type="text"/>
Императивные позывы к мочеиспусканию/недержанию мочи	<input type="text"/>	* Сексуальная дисфункция	<input type="text"/>
Катеризация мочевого пузыря	<input type="text"/>	ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ	<input type="text"/> → <input type="text"/>

7. ВЫСШИЕ МОЗГОВЫЕ ФУНКЦИИ

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЫСШИХ МОЗГОВЫХ ФУНКЦИЙ	
° Депрессия	<input type="text"/>
° Эйфория	<input type="text"/>
Снижение когнитивных функций	<input type="text"/>
+ Утомляемость	<input type="text"/>
ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ	

8. АМБУЛАТОРНОСТЬ

Расстояние, сообщенное пациентом (в метрах)	<input type="text"/>	Опора	<input type="text"/>
Время, сообщенное пациентом (в минутах)	<input type="text"/>	Измеренное расстояние (в метрах)	<input type="text"/>
ОЦЕНКА АМБУЛАТОРНОСТИ		<input type="text"/>	

* – необязательная часть обследования

¹ – преобразованный балл ФС

° Депрессия и эйфория не учитываются при расчете ФС и РШСИ.

+ Поскольку утомляемость трудно оценить объективно, в некоторых исследованиях она не влияет на оценку ФС или балл РШСИ. Пожалуйста, следуйте инструкциям конкретного исследования.

ВК = верхние конечности; НК = нижние конечности; СК = с коррекцией; БК = без коррекции.

Постоянные и временные признаки, не связанные с РС, должны быть отмечены буквой «П» или «В» рядом с соответствующим полем оценочного листа.

Приложение Г2. Шкала баланса Берг

Название на русском: Шкала баланса Берг

Оригинальное название: BergBalanceScale (BBS)

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией): BergK, Wood-DauphineS, WilliamsJ, GaytonD. Measuring balance in the elderly: preliminary development of an instrument. Physiother Can 1989;41(6):304–11.

Тип: шкала оценки

Назначение: оценка способностей человека к статическому и динамическому равновесию

Содержание (шаблон):

Если у больного выраженный когнитивный дефицит или речевые нарушения, препятствующие пониманию команд, следует использовать альтернативные источники коммуникации.

Если пациент находится без сознания, то он получает 0 баллов. Если у пациента ампутирована одна нога, то тест выполняется с протезом отсутствующей части. В случае если протез отсутствует - тест не проводится.

1. Задание: встать со стула

Инструкция: попросите пациента встать со стула. Если при исполнении пациент держится за подлокотники, попросите повторить задание, не используя руки. Следите за тем, чтобы ноги не упирались в край стула. Используйте стул с подлокотниками.

Оценка:

4 – встает самостоятельно без помощи рук и самостоятельно удерживает равновесие;

3 – встает самостоятельно с первой попытки, использует руки, самостоятельно удерживает равновесие;

2 – встает самостоятельно при помощи рук, требуется несколько попыток, чтобы встать;

1 – требуется минимальная помощь для того, чтобы встать со стула или принять устойчивое положение стоя;

0 – для того, чтобы встать требуется помощь (умеренная или значительная).

2. Задание: стоять без поддержки

Инструкция: попросите пациента самостоятельно стоять в течение 2х минут. Пациент не должен касаться ногами стула (отодвиньте стул от пациента). Следите за пациентом, будьте готовы, если он будет терять равновесие.

Оценка:

4 – уверенно стоит в течение 2-х мин;

3 – стоит в течение 2-х мин с вашим контролем (*без мануального контакта с пациентом, вы стоите ближе, чем этого требует выполнение задания на 4 балла*);

2 – стоит без поддержки 30 сек;

1 – требуется несколько попыток для того, чтобы стоять в течение 30 сек;

0 – не может стоять 30 сек без поддержки.

Если пациент стоит уверенно 2 минуты, отметьте высший балл для пункта 3 (выполнять проверку не нужно). Приступайте к пункту 4.

3. Задание: сидеть на стуле, ноги на полу, руки скрещены на груди

Инструкция: сидеть без опоры на спину, руки скрещены на груди, ноги стоят на полу, в коленях 90°, стопы на комфортном расстоянии для пациента в течение 2-х мин. Используйте стул без подлокотников и секундомер.

Оценка:

4 – уверенно сидит в течение 2-х мин;

3 – сидит в течение 2-х мин с контролем со стороны *(без мануального контакта с пациентом, вы стоите ближе, чем этого требует выполнение задания на 4 балла, также для 2 и 1 баллов)*;

2 – сидит 30 сек под контролем со стороны;

1 – сидит 10 сек под контролем со стороны;

0 – не может сидеть 10 сек без поддержки.

4. Задание: перейти из положения стоя в положение сидя

Инструкция: попросить пациента сесть на стул, не используя руки. Тщательно наблюдайте за контактом ног и стула. Отодвиньте стул на 5-8 см от стены, чтобы контакт был очевиден (например, стул сдвинется). Используйте стул с подлокотниками.

Оценка:

4 – уверенно садится, минимально использует руки;

3 – контролирует посадку при помощи рук;

2 – для контроля посадки опирается задней поверхностью ног на стул;

1 – садится самостоятельно, но посадка не контролируется (плюхается на стул);

0 – для посадки требуется помощь.

5. Задание: пересест со стула с подлокотниками на стул без подлокотников и обратно

Инструкция: перемещаться от стула с подлокотниками к стулу без подлокотников и обратно. Поставьте стулья под углом 90°, расстояние между стульями до 10 см. Инструкция дается перед выполнением задания, можно продемонстрировать. Помощь рук означает, что пациент переносит вес на руки. Используйте стул с подлокотниками и стул без подлокотников.

Оценка:

4 – уверенное перемещение с минимальным использованием рук;

3 – уверенное перемещение с некоторым использованием рук (использует руки при вставании и при посадке);

2 – требуются устные подсказки и/или контроль со стороны;

1 – требуется помощь одного человека;

0 – требуется помощь/контроль двумя людьми.

6. Задание: стоять без поддержки с закрытыми глазами

Инструкция: закрыть глаза и стоять неподвижно в течение 10 сек. Ноги на ширине плеч, руки по бокам. Используйте секундомер.

Оценка:

4 – уверенно стоит в течение 10 сек;

3 – уверенно стоит в течение 10 сек при наблюдении *(без мануального контакта с пациентом, вы стоите ближе, чем этого требует выполнение задания на 4 балла)*;

2 – стоит в течение 3 сек;

1 – не может держать глаза закрытыми в течение 3 сек, но стоит уверенно;

0 – нужна поддержка для того, чтобы избежать падения.

7. Задание: стоять без поддержки, ноги вместе

Инструкция: попросите пациента поставить ноги вместе (пятки и носки соприкасаются) и стоять 1 мин. Используйте секундомер.

Оценка:

4 – ноги вместе, может независимо стоять в течение 1 мин;

3 – ноги вместе, может независимо стоять в течение 1 мин при наблюдении *(без мануального контакта с пациентом, вы стоите ближе, чем этого требует выполнение задания на 4 балла)*;

2 – может поставить ноги вместе, но не может продержаться 30 сек;

1 – нужна помощь для принятия позиции (соединить ноги), но может стоять в течение 15 сек. (0) нужна помощь для принятия позиции (соединить ноги), не может стоять в течение 15 сек.

Если пациент не в состоянии сдвинуть ноги вместе по причинам, не связанным с равновесием (т.е. из-за ожирения или Х-образной формы ног), и не снимайте баллы. В таких случаях отметьте положение ног в качестве контрольного для проведения оценивания в будущем.

8. Задание: наклониться вперед с вытянутыми руками

Инструкция: попросите пациента поднять руку на 90°, распрямить/вытянуть пальцы вперед насколько возможно, ноги на ширине плеч, стопы параллельно. Экзаменатор помещает линейку у кончиков пальцев пациента, не касаясь линейкой пальцев пациента.

Далее попросите пациента наклониться вперед с вытянутой рукой вдоль линейки, насколько это возможно, не перемещая ноги. Оценивается расстояние, на которое перемещаются пальцы при максимальном наклоне вперед. По достижении максимального наклона, пациент должен вернуться в исходное положение. Если для малейшего наклона требуется контроль со стороны — это 3 балла. Для выполнения задания потребуется линейка.

Оценка:

4 – уверенно наклоняется вперед на 25 см;

3 – наклоняется вперед от 24 см до 12 см;

2 – наклоняется вперед от 11 см до 5 см;

1 – наклоняется вперед, но нужно наблюдение *(без мануального контакта с пациентом, вы стоите ближе, чем этого требует выполнение задания на 4 балла)*;

0 – нужна поддержка для того, чтобы избежать падения (теряет равновесие).

9. Задание: поднять предмет с пола

Инструкция: попросите пациента поднять с пола ботинок, который следует положить перед пациентом по средней линии. Отведите пациента от стула, чтобы он не упирался в него ягодицами. Пациент может ставить ноги в любом удобном для него положении.

Оценка:

4 – легко и уверенно поднимает тапочек;

3 – поднимает тапочек, но нужно наблюдение;

2 – не может поднять, но самостоятельно наклоняется на 2-4 см от ботинка, удерживает равновесие;

1 – не может поднять, требуется помощь при попытке выполнить задание;

0 – не получается поднять и нужна поддержка для того, чтобы избежать падения.

Если пациент не может выполнить задание из-за избыточного веса, предложите пациенту «присесть» и выполнить задание (в этом случае оценивать выполнение задания следует по предложенным баллам). Если не получается «присесть», задание пропускается. В обоих случаях необходимо сделать пометку о том, как было выполнено или почему было не выполнено задание, для возможности оценке в динамике.

10. Задание: обернуться и посмотреть через левое и правое плечо

Инструкция: попросите пациента обернуться и посмотреть через левое плечо и вернуться в исходное положение. Затем после небольшой паузы повторить через поворот правое плечо. Перемещать ноги нельзя. Стойте напротив пациента, чтобы наблюдать за симметрией поворота головы и шеи и переносом веса тела. Поворот влево или вправо

подразумевает поворот приблизительно на 90°. Можно попросить пациента визуально определить какие-то объекты сзади них, чтобы отметить полный разворот.

Оценка:

- 4 – смотрит по обе стороны, вес тела переносит хорошо;
- 3 – смотрит только через одно плечо, на другой стороне вес тела переносит хуже;
- 2 – поворачивается только в сторону, но удерживает равновесие;
- 1 – при повороте требуется контроль со стороны;
- 0 – нужна поддержка для того, чтобы избежать падения.

11. Задание: обернуться на 360°

Инструкция: попросите пациента обернуться вокруг себя, затем остановиться и обернуться полный круг в другую сторону. Продемонстрируйте пациенту, как следует выполнять задание. Засекайте время каждого поворота отдельно. Повторите попытку, если пациент прикоснулся к стулу. Площадь поверхности пола, которая требуется пациенту для совершения разворота, не имеет значения.

Оценка:

- 4 – может обернуться в обе стороны на 360°, менее чем за 4 сек;
- 3 – может обернуться в одну сторону на 360°, менее чем за 4 сек;
- 2 – может обернуться на 360°, но медленно;
- 1 – требуется наблюдение или устные подсказки;
- 0 – в процессе поворота требуется помощь.

12. Задание: попеременные шаги на подставку

Инструкция: попросите пациента поочередно ступать на подставку, по 4 шага каждой ногой. Поставьте ступеньку перед пациентом, высота ступеньки. Продемонстрируйте пациенту, как следует выполнять задание. Если для выполнения задания потребовалась посторонняя помощь, выберите оценку не более 2 баллов.

Оценка:

- 4 – стоит без поддержки и уверенно, может выполнить 8 шагов за 20 сек;
- 3 – стоит без поддержки, может выполнить 8 шагов больше, чем за 20 сек;
- 2 – совершает 4 шага без помощи под наблюдением;
- 1 – может выполнить меньше шагов (2-3), нужна минимальная помощь;
- 0 – нужна поддержка для того, чтобы избежать падения/ не в состоянии совершить попытку.

13. Задание: устоять в положении «стопы друг перед другом на одной линии»

Инструкция: попросите пациента поставить одну ногу прямо перед второй (пятка одной ноги касается носка другой ноги). Если не получается поставить стопы четко одну перед другой, то возможны варианты расположения стоп относительно друг друга.

Оценка:

4 – получается поставить одну ногу прямо перед второй (пятка одной ноги касается носка другой ноги) и держать равновесие в течение 30 сек;

3 – получается, поставить одну ногу перед второй на расстоянии и держать равновесие в течение 30 сек;

2 – делает небольшой шаг вперед, удерживает равновесие 30 сек;

1 – нужна помощь чтобы сделать шаг вперед, но удерживает равновесие 15 сек;

0 – теряет равновесие при положении стоя или при шаге вперед/не в состоянии совершить попытку.

В случае если не получились поставить одну ногу прямо перед второй (пятка одной ноги касается носка другой ноги) и задание выполнялось в другой позиции стоп, не забудьте отметить и учесть при выполнении повторного тестирования.

14. Задание: стоять на одной ноге

Инструкция: попросите пациента постоять на одной ноге столько, сколько он/она может, не пользуясь посторонней помощью. Ногу необходимо поднимать на заметную высоту, следите за тем, чтобы ноги пациента не касались друг друга. Если потребовалась посторонняя помощь, выберите оценку не более 1 балла. На какой ноге стоять пациент выбирает сам.

Оценка:

4 – может поднять ногу и держаться >10 сек;

3 – может поднять ногу и держаться 5-10 сек;

2 – может поднять ногу и держаться 3 сек;

1 – попытка поднять ногу, но не может держать равновесие в течение 3 секунд, но стоит независимо;

0 – нужна поддержка для того, чтобы избежать падения.

- Если пациент выполнил два пункта подряд на оценку ноль, то дальше тестирование не продолжается.

- Когда пациент получает 4 балла за выполненное задание, экзаменатор должен находиться недалеко, но не настолько близко, чтобы пациент чувствовал поддержку от присутствия экзаменатора рядом. Если Вы стоите очень близко к пациенту, то это оценка не более 3-х баллов.

- Если Вы не уверены, как правильно оценить выполнение задания, например, пациент выполнил задание вроде на 3 балла, но с погрешностями, ставьте балл 2. То есть, если есть сомнения, всегда выбирайте меньший балл.

- Любое задание может быть продемонстрировано вами пациенту, перед его выполнением - Если пациент перемещается с дополнительными средствами опоры (ходунки, трость), то задания из шкалы следует выполнять без дополнительной опоры.

Ключ (интерпретация): менее 43 баллов из 56 – высокий риск падения.

Приложение Г3. Тест функциональной независимости (FIM)

Название на русском: Тест функциональной независимости (FIM)

Оригинальное название: Functional Independence Measure (FIM)

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией): Kidd D, Stewart G, Baldry J et al. The Functional Independence Measure: A comparative validity and reliability study. Disabil Rehabil. 1995;17(1):10-14. doi:10.3109/09638289509166622

Тип: шкала оценки

Назначение: оценка функциональной независимости пациента.

Содержание (шаблон):

Оценка проводится специалистом, наблюдающим пациента постоянно или несколькими специалистами и медсестрами. Шкала заполняется по результатам совокупных наблюдений за пациентом в течение 2-4 дней. Специалисты, проводящие оценку, могут заполнить шкалу в процессе наблюдений поочередно или в процессе консилиума. Шкала функциональной независимости FIM включает 18 пунктов, при этом пункты 1- 13 отражают состояние двигательных функций, а пункты 14-18 - состояние интеллектуальных функций.

Семибалльная градация оценки:

7 – полная независимость в выполнении соответствующей функции (все действия выполняются самостоятельно, в общепринятой манере и с разумными затратами времени);

6 – ограниченная независимость (больной выполняет все действия самостоятельно, но медленнее, чем обычно, либо нуждается в постороннем совете);

5 – минимальная зависимость (при выполнении действий требуется наблюдение персонала, либо помощь при надевании протеза/ортеза);

4 – незначительная зависимость (при выполнении действий нуждается в посторонней помощи, однако более 75% задания выполняет самостоятельно);

3 – умеренная зависимость (самостоятельно выполняет 50-75% необходимых для исполнения задания действий);

2 – значительная зависимость (самостоятельно выполняет 25-50% действий) 1 - полная зависимость от окружающих (самостоятельно может выполнить менее 25% необходимых действий).

Навыки	Баллы
<p>Самообслуживание</p> <p>1. Прием пищи (пользование столовыми приборами, поднесение пищи ко рту, жевание, глотание)</p> <p>2. Личная гигиена (чистка зубов, причесывание, умывание лица и рук, бритье либо макияж)</p> <p>3. Принятие ванны/душа (мытьё и вытирание тела, за исключением области спины)</p> <p>4. Одевание (включая надевание протезов/ортезов), верхняя часть тела (выше пояса)</p> <p>5. Одевание (включая надевание протезов/ортезов) нижняя часть тела (ниже пояса)</p> <p>6. Туалет (использование туалетной бумаги после посещения туалета, гигиенических пакетов)</p>	
<p>Контроль функции тазовых органов</p> <p>7. Мочевой пузырь (контроль мочеиспускания и, при необходимости, использование приспособлений для мочеиспускания - катетера и т.д.).</p> <p>8. Прямая кишка (контроль акта дефекации и, при необходимости, использование специальных приспособлений - клизмы, калоприемника и т.д.)</p>	
<p>Перемещение</p> <p>9. Кровать, стул, инвалидное кресло (способность вставать с кровати и ложиться на кровать, садиться на стул или инвалидное кресло и вставать с них).</p> <p>10. Туалет (способность пользоваться унитазом - садиться, вставать)</p> <p>11. Ванна, душ (способность пользоваться кабиной для душа либо ванной)</p>	
<p>Подвижность</p> <p>12. Ходьба/передвижение с помощью инвалидного кресла: баллу "7" соответствует возможность ходьбы без посторонней помощи на расстояние не менее 50 метров, баллу "1" - невозможность преодолеть расстояние более 17 метров)</p>	

13. Подъем по лестнице баллу "7" соответствует возможность подъема без посторонней помощи на 12-14 ступеней, баллу "1" - невозможность преодолеть высоту более 4 ступеней)	
Двигательные функции: суммарный балл	
Общение 14. Восприятие внешней информации (понимание речи и/или письма) 15. Изложение собственных желаний и мыслей (устным или письменным способом)	
Социальная активность 16. Социальная интеграция (взаимодействие с членами семьи, медперсоналом и прочими окружающими) 17. Принятие решений (умение решать проблемы, связанные с финансами, социальными и личными потребностями) 18. Память (способность к запоминанию и воспроизведению полученной зрительной и слуховой информации, обучению, узнаванию окружающих)	
Интеллект: суммарный балл	
Суммарный балл	

Ключ (интерпретация): каждая из указанных функций оценивается по семибалльной шкале. Таким образом, суммарная оценка по шкале FIM может составлять от 18 до 126 баллов: чем ниже суммарная оценка FIM, тем в большей степени пациент зависим от окружающих в повседневной жизни.

Приложение Г4. Тест 9 колышков и отверстий

Название на русском: Тест 9 колышков и отверстий

Оригинальное название: The Nine-Hole Peg Test

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией): Feys P, Lamers I, Francis G et al. The Nine-Hole Peg Test as a manual dexterity performance measure for multiple sclerosis. Multiple Sclerosis Journal. 2017;23(5):711-720. doi:10.1177/1352458517690824

Тип: шкала оценки

Назначение: оценка моторики рук.

Содержание (шаблон):

Пациент сидит за столом. Контейнер с отверстиями располагается на столе перед пациентом таким образом, чтобы углубление в контейнере для сбора колышков находилось с той же стороны, что и проверяемая рука. Исследование всегда начинается с доминирующей руки. Пациент должен вставить колышки в отверстия и вынуть их по

одному одной рукой. Регистрируется время от начала перемещения первого колышка в одно из 9 отверстий и до складывания последнего колышка в углубление контейнера. Затем нужно повторить все действия другой рукой. Время выполнения теста каждой рукой фиксируется с помощью секундомера.

Если во время выполнения задания колышек падает на стол, тестируемый должен его поднять и продолжить задание; если колышек падает на пол, его поднимает не пациент, а лицо, проводящее обследование.

Ключ (интерпретация): снижение скорости выполнения при повторном тестировании более чем на 20% расценивается как клинически значимое ухудшение.

Приложение Г5. Тест для руки Френчай

Название на русском: Тест для руки Френчай

Оригинальное название: The Frenchay Arm Test

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией): Heller A, Wade D, Wood V, Sunderland A, Hewer R, Ward E. Arm function after stroke: measurement and recovery over the first three months. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 1987;50(6):714-719. doi:10.1136/jnnp.50.6.714

Тип: шкала оценки

Назначение: оценка функции поражённой руки.

Содержание (шаблон):

Если у больного выраженный когнитивный дефицит или речевые нарушения, препятствующие пониманию команд, следует использовать альтернативные источники коммуникации. Если пациент находится без сознания, то он получает 0 баллов.

Инструкция:

- Исходное положение для каждого задания: сидя за столом, руки лежат на коленях
- Все задания выполняются поражённой рукой
- За каждое успешно выполненное задание больной получает 1 балл (максимум 5 баллов)
- За невыполненное – 0 баллов

Задания:

1. Удерживать линейку паретичной рукой и с ее помощью начертить линию, держа карандаш в другой (непораженной) руке. Задание считается выполненным успешно, если линейка удерживается стабильно.

2. Взять в руку цилиндр диаметром 1,2 и длиной 5 см, поставленный вертикально на расстоянии 15–30 см от края стола, поднять на высоту около 30 см и затем опустить на место, не уронив при этом.

3. Взять стакан, наполовину наполненный водой и поставленный на расстоянии 15–30 см от края стола, отпить воды и поставить стакан на место, не расплескав при этом воду.

4. Снять, а затем установить на прежнее место бельевую прищепку, укрепленную на вертикальном кольшке длиной 15 и диаметром 1 см. Кольшек укреплен на квадратной дощечке (длина стороны 10 см), расположенной на расстоянии 15–30 см от края стола. Пациент не должен уронить прищепку или кольшек

5. Причесать волосы (или имитировать причесывание). Пациент должен расчесать волосы на макушке, на затылке, с правой и левой стороны.

Приложение Г6. Индекс мобильности Ривермид

Название на русском: Индекс мобильности Ривермид

Оригинальное название: Rivermead Mobility Index

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией): Whiting S, Lincoln N, Bhavnani G, Cockburn J. Rivermead Perceptual Assessment Battery. Occup Ther Health Care. 1986;3(3-4):209-210. doi:10.1080/j003v03n03_18

Тип: шкала оценки

Назначение: методика для клинической оценки мобильности пациента.

Содержание (шаблон):

Если пациент с афазией или иными проблемами с коммуникацией (Интубация, ИВЛ) тест не проводится.

Если пациент находится в лежачем состоянии тест не проводится.

Если больной не говорит, но способен перемещаться, тест проводится с визуальной подсказкой, по результатам наблюдения за его действиями либо при помощи карточек альтернативной коммуникации (обозначения действия).

Если пациент находится без сознания тест не проводится.

Если у пациента выраженный когнитивный дефицит тест проводится по результатам наблюдения за его деятельностью.

Если пациент не способен понять вопрос и (или) выполнить действие – выставляется оценка 1.

Если у пациента нет когнитивного дефицита и он способен отвечать на вопросы, оценка проводится со слов пациента, либо пациент сам заполняет опросник при помощи опрашивающего специалиста.

Начисляется следующее количество баллов:

- 1 — зависим от посторонней помощи (то есть самостоятельное выполнение действия невозможно, или небезопасно, или требует неразумных затрат времени);
- 2 — требуется присмотр (вербальная помощь и подсказка);
- 3 — независим (может использовать вспомогательные приспособления).

Пункт	Без помощи	Вспомогательные приспособления
Самообслуживание	Баллы	
1. Питье (полная чашка горячей жидкости, пролить допускается не более 1/8 части содержимого чашки)		
2. Чистка зубов (выдавить зубную пасту, нанести ее на щетку, включить водопроводный кран)		
3. Причесывание (достижение ухоженного вида)		
4. Мытье лица/рук (открывание крана, пользование мылом, вытирание)		
5. Бритье/макияж (бритье осуществляется тем способом, к которому привык больной)		
6. Прием пищи (умение пользоваться ножом, вилкой и пр.)		
7. Раздевание (снятие платья, пижамы, носков и ботинок)		
8. Передвижение по квартире (перемещение из одной комнаты в другую с преодолением расстояния не менее 10 м, повороты)		
9. Перемещение с кровати на стул (из положения лежа, будучи укрытым одеялом, переместиться на кресло, которое находится поблизости)		
10. Посещение туалета (дойти до туалета, управиться с одеждой, выполнить необходимые гигиенические процедуры, привести в порядок одежду)		
11. Перемещение за пределами квартиры (преодоление расстояния 50 м, включая наклонные поверхности, перемещение через дверные проемы)		

12. Одевание (не имеются в виду праздничные наряды; одежда должна находиться поблизости, сложенная в стопку, но не в определенном порядке; умение застегивать пуговицы, кнопки, завязывать шнурки)		
13. Мытье в ванне (умение вымыть все тело; пользоваться краном, затычкой в ванне)		
14. Вхождение в ванну и выходение из ванны (ванна не наполнена водой)		
15. Мытье всего тела не в ванне, а пользуясь тазом с водой (в том числе достать из положения сидя стопы и вымыть их, вымыть здоровую руку)		
16. Перемещение с пола на стул (из положения лежа сесть на обычный стул без подлокотников с высотой сиденья 45 см)		
Домашнее хозяйство I		
17. Приготовление горячего напитка (заполнение водой электрического чайника, приготовление чая)		
18. Приготовление легкой закуски — бутерброда с сыром при условии, что все необходимое находится поблизости, мытье посуды и вытирание стола		
19. Умение производить денежные расчеты (подсчет денег, необходимых для уплаты, например, за батон хлеба, упаковку масла и коробку сахара; получение сдачи, например, 34, 50, 72 коп. с 1 руб., 3 руб. 21 коп. с 5 руб.)		
20. Посадка в легковой автомобиль и высадка из машины (переднее сиденье машины любой марки, за исключением спортивной модели)		
21. Приготовление пищи (очистить одну картофелину, поджарить кусок колбасы, разморозить замороженные в морозильнике овощи, открыть банку консервов)		
22. Доставка покупок из магазина домой (принести 250 г масла, банку весом 500 г, сдачу)		

23. Умение перейти дорогу (переход улицы на сигнал светофора, перешагивание бордюра тротуара)		
24. Посещение магазина (дойти до магазина и обратно, преодолев расстояние 1 км)		
25. Пользование общественным транспортом (поездка на автобусе на расстояние не менее 2 км и не менее трех автобусных остановок)		
Домашнее хозяйство II		
26. Стирка (ручная стирка нижнего белья в тазу)		
27. Глажение белья (утюгом без пара, с приготовлением места для глажения на столе или гладильной доски)		
28. Легкая уборка (протираание поверхностей, находящихся на высоте 30—90 см)		
29. Вывешивание выстиранного белья (на перекладине или веревке, расположенной в пределах квартиры, не использовать крючки)		
30. Приготовление постели (застилание постели высотой около 50 см простыней и одеялом, расправление складок)		
31. Более тщательная уборка (уборка комнаты площадью 3 м ² с использованием пылесоса, подметание с применением щетки и совка для мусора, с передвижением только стульев)		
Всего:		

Приложение Г7. Опросник оценки качества жизни SF-36

Название на русском: Опросник оценки качества жизни SF-36

Оригинальное название: The 36-Item Short Form Health Survey questionnaire

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией): Saris-Baglama RN, Dewey CJ, Chisholm GB, et al. Quality Metric health outcomes™ scoring software 4.0. Lincoln, RI: Quality Metric Incorporated, 2010, p. 138.

Тип: шкала оценки

Назначение: опросник для оценки качества жизни пациента.

Содержание (шаблон):

Пожалуйста, ответьте на 36 вопросов обследования состояния здоровья полностью, честно и не прерываясь.

ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ:

В целом Вы бы оценили состояние здоровья как:

☐ Отличное ☐ Очень хорошее ☐ Хорошее ☐ Посредственное ☐ Плохое

Как бы вы оценили свое здоровье сейчас по сравнению с тем, что было год назад?

☐ Значительно лучше, чем год назад

☐ Несколько лучше, чем год назад

☐ Примерно так же

☐ Несколько хуже, чем год назад

☐ Намного хуже, чем год назад

ОГРАНИЧЕНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК:

Следующие вопросы касаются физических нагрузок, с которыми Вы, возможно, сталкиваетесь в течение своего обычного дня. Ограничивает ли Вас состояние Вашего здоровья в настоящее время в выполнении этих физических нагрузок? Если да, то в какой степени?

Тяжелые физические нагрузки, такие как бег, поднятие тяжестей, занятие силовыми видами спорта

☐ Да, значительно ограничивает ☐ Да, немного ограничивает ☐ Нет, совсем не ограничивает

Умеренные физические нагрузки, такие как передвинуть стол, пропылесосить, боулинг или игра в гольф

☐ Да, значительно ограничивает ☐ Да, немного ограничивает ☐ Нет, совсем не ограничивает

Поднять или нести сумку с продуктами

☐ Да, значительно ограничивает ☐ Да, немного ограничивает ☐ Нет, совсем не ограничивает

Подняться пешком по лестнице на несколько пролетов

☐ Да, значительно ограничивает ☐ Да, немного ограничивает ☐ Нет, совсем не ограничивает

Подняться пешком по лестнице на один пролет

☐ Да, значительно ограничивает ☐ Да, немного ограничивает ☐ Нет, совсем не ограничивает

Наклониться, встать на колени, согнуться

☐ Да, значительно ограничивает ☐ Да, немного ограничивает ☐ Нет, совсем не ограничивает

Пройти расстояние более одного километра

☐ Да, значительно ограничивает ☐ Да, немного ограничивает ☐ Нет, совсем не ограничивает

Пройти расстояние в несколько кварталов

☐ Да, значительно ограничивает ☐ Да, немного ограничивает ☐ Нет, совсем не ограничивает

Пройти расстояние в один квартал

☐ Да, значительно ограничивает ☐ Да, немного ограничивает ☐ Нет, совсем не ограничивает

Самостоятельно вымыться, одеться

☐ Да, значительно ограничивает ☐ Да, немного ограничивает ☐ Нет, совсем не ограничивает

ПРОБЛЕМЫ С ФИЗИЧЕСКИМ ЗДОРОВЬЕМ:

Бывало ли у Вас в течение последних 4 недель, что Ваше физическое состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего:

Пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела

☐ Да ☐ Нет

Вы выполнили меньше, чем хотели

☐ Да ☐ Нет

Вы были ограничены в выполнении какого-либо определенного вида работы или другой деятельности

☐ Да ☐ Нет

Были трудности при выполнении работы или других дел (например, они потребовали дополнительных усилий)

☐ Да

☐ Нет

ПРОБЛЕМЫ С ЭМОЦИОНАЛЬНЫМ ЗДОРОВЬЕМ:

Бывало ли у Вас в течение последних 4 недель, что какие-либо из перечисленных ниже проблем вызывали затруднения на работе или другой обычной повседневной деятельности в результате каких-либо эмоциональных проблем (таких как чувство депрессии или беспокойства)?

Пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела

☐ Да

☐ Нет

Вы выполнили меньше, чем хотели

☐ Да

☐ Нет

Выполняли свою работу или другие дела не так аккуратно, как обычно

☐ Да

☐ Нет

ОБЩЕСТВЕННАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ (ДОСУГ):

Насколько Ваши эмоциональные проблемы мешали Вам проводить совместное время с семьей, друзьями, соседями или в коллективе?

☐ Совсем не мешало

☐ Немного

☐ Умеренно

☐ Сильно

☐ Очень

сильно

БОЛЬ:

Насколько сильную физическую боль Вы испытывали за последние 4 недели?

☐ Совсем не испытывал(а)

☐ Очень слабую

☐ Слабую

☐ Умеренную

☐ Сильную ☐ Очень сильную

В какой степени боль в течение последних 4 недель мешала Вам заниматься Вашей нормальной работой (включая работу вне дома и по дому)?

☐ Совсем не мешало

☐ Немного

☐ Умеренно

☐ Сильно

☐ Очень

сильно

ЭНЕРГИЯ И ЭМОЦИИ

Эти вопросы касаются того, как Вы себя чувствовали и каким было Ваше настроение в течение последних 4 недель. Пожалуйста, на каждый вопрос дайте ответ, который наиболее соответствует Вашим ощущениям.

Вы чувствовали себя полным(ой) бодрости?

☐ Все время

☐ Большую часть времени

☐ Часто

- ☐ Иногда
- ☐ Редко
- ☐ Ни разу

Вы сильно нервничали?

- ☐ Все время
- ☐ Большую часть времени
- ☐ Часто
- ☐ Иногда
- ☐ Редко
- ☐ Ни разу

Вы чувствовали себя таким подавленным(ой), что ничто не могло Вас взбодрить?

- ☐ Все время
- ☐ Большую часть времени
- ☐ Часто
- ☐ Иногда
- ☐ Редко
- ☐ Ни разу

Вы чувствовали себя спокойным(ой), и умиротворенным(ой)?

- ☐ Все время
- ☐ Большую часть времени
- ☐ Часто
- ☐ Иногда
- ☐ Редко
- ☐ Ни разу

Вы чувствовали себя полным(ой) сил и энергии?

- ☐ Все время
- ☐ Большую часть времени
- ☐ Часто
- ☐ Иногда
- ☐ Редко
- ☐ Ни разу

Вы чувствовали себя упавшим(ой) духом и печальным?

- ☐ Все время
- ☐ Большую часть времени
- ☐ Часто

- ☐ Иногда
- ☐ Редко
- ☐ Ни разу

Вы чувствовали себя измученным(ой)?

- ☐ Все время
- ☐ Большую часть времени
- ☐ Часто
- ☐ Иногда
- ☐ Редко
- ☐ Ни разу

Вы чувствовали себя счастливым(ой)?

- ☐ Все время
- ☐ Большую часть времени
- ☐ Часто
- ☐ Иногда
- ☐ Редко
- ☐ Ни разу

Вы чувствовали себя уставшим(ой)?

- ☐ Все время
- ☐ Большую часть времени
- ☐ Часто
- ☐ Иногда
- ☐ Редко
- ☐ Ни разу

ОБЩЕСТВЕННАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ (ДОСУГ):

Как часто за последние 4 недели Ваше физическое или эмоциональное состояние мешало Вам активно общаться с людьми (например, навещать друзей, родственников и т.п.)?

- ☐ Все время
- ☐ Большую часть времени
- ☐ Часто
- ☐ Иногда
- ☐ Редко
- ☐ Ни разу

ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ:

Насколько верным или неверным представляется по отношению к Вам каждое из нижеперечисленных утверждений?

Мне кажется, что я более склонен(на) к болезням, чем другие люди

- ☐ Определенно верно
- ☐ В основном верно
- ☐ Не знаю
- ☐ В основном не верно
- ☐ Определенно неверно

Мое здоровье не хуже, чем у большинства моих знакомых

- ☐ Определенно верно
- ☐ В основном верно
- ☐ Не знаю
- ☐ В основном не верно
- ☐ Определенно неверно

Я ожидаю, что мое здоровье ухудшится

- ☐ Определенно верно
- ☐ В основном верно
- ☐ Не знаю
- ☐ В основном не верно
- ☐ Определенно неверно

У меня отличное здоровье

- ☐ Определенно верно
- ☐ В основном верно
- ☐ Не знаю
- ☐ В основном не верно
- ☐ Определенно неверно