Рассеянный склероз

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: G35, G36.9, G37.9 · Всероссийское общество неврологов, Национальное общество нейрорадиологов, Медицинская ассоциация врачей и центров рассеянного склероза и других нейроиммунологических заболеваний

Рассеянный склероз — хроническое демиелинизирующее заболевание ЦНС с аутоиммунно-воспалительными и нейродегенеративными механизмами, приводящее к очаговому и диффузному поражению ЦНС. Рекомендация охватывает диагностику по клинике, критериям диссеминации и МРТ, лечение обострений, выбор ПИТРС, диспансерное наблюдение и реабилитацию.

Главное

- Обострение РС — новый или усилившийся неврологический симптом, типичный для острого демиелинизирующего процесса в ЦНС, с острым/подострым началом и длительностью более 24 часов, при отсутствии лихорадки, инфекции, метаболических нарушений и стресса. Разные эпизоды считают отдельными обострениями, если между началом первого и началом второго есть период стабильного или улучшающегося состояния не менее 30 дней.
- Основные типы течения: ремиттирующий РС, вторично-прогрессирующий РС и первично-прогрессирующий РС. Для ППРС достаточным считают непрерывное нарастание симптомов в течение 1 года; у детей почти всегда встречается РРС, а ППРС в детском возрасте требует особенно тщательной проверки диагноза.
- Диагноз РС нельзя ставить только по МРТ: клиническая картина остается основой, МРТ лишь повышает точность и скорость диагностики. УУР С, УДД 4.
- Для взрослых с подозрением на РС используют критерии МакДональда 2017 года для раннего подтверждения диагноза; при атипичном дебюте указано использовать редакцию 2010 года. УУР А, УДД 2.
- Первый выбор при объективно подтвержденном обострении у взрослых — метилпреднизолон внутривенно 1000 мг/сут в режиме пульс-терапии 3–5 дней, максимально 7 дней. УУР А, УДД 1.
- Перед назначением ПИТРС необходимо установить тип течения и уровень инвалидизации по РШСИ. Эффективность ПИТРС оценивают регулярно, не реже 1 раза в 6 месяцев. УУР С, УДД 5.
- Если РШСИ ≥7,0 и в течение не менее 2 лет нет обострений и МРТ-активности, продолжать ПИТРС не рекомендуется; решение об отмене принимают совместно с пациентом. УУР С, УДД 5.

Диагностика

1. Собрать подробный анамнез: искать прежние острые демиелинизирующие эпизоды, чтобы оценить диссеминацию в пространстве и времени. Дифференциальную диагностику проводят у всех пациентов с подозрением на РС. УУР С, УДД 5 для анамнеза; УУР С, УДД 4 для дифференциальной диагностики.
2. Подтвердить диагноз по критериям: у взрослых — МакДональд 2017; у детей без энцефалопатии/общемозговой симптоматики — МакДональд 2017; у детей с энцефалопатией/общемозговой симптоматикой в дебюте — критерии Международной группы по изучению детского РС 2013. УУР А, УДД 2 для взрослых; УУР С, УДД 5 для детей.
3. При неврологическом осмотре использовать шкалу функциональных систем Куртцке и РШСИ для объективизации дефицита и инвалидизации. УУР В, УДД 2.
4. Назначить базовые лабораторные исследования для исключения сопутствующих заболеваний и подготовки к ПИТРС: развернутый ОАК, биохимию крови, С-реактивный белок, фибриноген, общий кальций, ТТГ, свободный Т4, антитела к тиреопероксидазе, тиреоглобулин, общий анализ мочи с микроскопией, ВИЧ-1/2, маркеры гепатитов В и С, антитела к антигенам ядра клетки и ДНК. УУР С, УДД 5.
5. Выполнить МРТ головного мозга с контрастированием всем пациентам с подозрением на РС; заключение должно быть структурированным. Диагноз не устанавливают только по МРТ. УУР В, УДД 2 для МРТ головного мозга; УУР С, УДД 5 для структурированного протокола.
6. Добавить МРТ спинного мозга с контрастированием при симптомах поражения спинного мозга, при МРТ головного мозга без критериев диссеминации в пространстве, а также у пациентов старше 40 лет с неспецифическими находками на МРТ головного мозга. УУР С, УДД 4; для пациентов старше 40 лет — УУР В, УДД 3.

7. Если по однократной МРТ нельзя подтвердить диссеминацию в пространстве и времени, повторить МРТ головного мозга; при ≥2 демиелинизирующих очагах без контрастного усиления у пациента с острым демиелинизирующим эпизодом — через 6–12 месяцев. УУР В, УДД 2.

Лечение

- При клинических признаках обострения РС, объективно подтвержденных неврологом, рекомендуется терапия обострения; наличие или отсутствие контрастируемых очагов на МРТ не является решающим. Глюкокортикоиды в высоких дозах уменьшают выраженность и длительность симптомов. УУР В, УДД 2 для терапии метилпреднизолоном; УУР А, УДД 1 для высоких доз ГК.
- Взрослым при обострении: метилпреднизолон 1000 мг внутривенно 3–5 дней, максимум 7 дней. Детям: 500 мг при массе 25–40 кг, 750 мг при 40–55 кг, 1000 мг при массе свыше 55 кг. УУР А, УДД 1 для взрослых; УУР С, УДД 5 для детей.
- Если метилпреднизолон невозможен у взрослых, используют дексаметазон внутривенно капельно: 8 мг/сут 7 дней, затем 4 мг/сут 4 дня, затем 2 мг/сут 3 дня. При затруднении парентеральной терапии допустимы пероральные ГК в дозах, эквивалентных 1000 мг метилпреднизолона внутривенно, 3–5 дней; курсы более 5 дней, включая схемы со снижением дозы, не рекомендуются. УУР В, УДД 2 для дексаметазона; УУР А, УДД 1 и УУР А, УДД 2 для пероральных ГК.
- При неэффективности курса ГК проводят высокообъемный плазмаферез до 7 сеансов. Детям при противопоказаниях к ГК можно вводить внутривенный иммуноглобулин человека нормальный в курсовой дозе 2 г/кг за 5 дней. УУР В, УДД 2 для взрослых по плазмаферезу; УУР С, УДД 5 для детей по плазмаферезу; УУР С, УДД 4 для иммуноглобулина.
- Взрослым с РРС, РШСИ ≤6,5 и без критериев агрессивного РС ПИТРС назначают максимально рано. Варианты ПИТРС: интерферон бета-1a 44 мкг подкожно 3 раза в неделю; интерферон бета-1b 0,25 мг подкожно через день; пэгинтерферон бета-1a 125 мкг подкожно 1 раз в 14 дней; глатирамера ацетат 20 мг подкожно ежедневно или 40 мг 3 раза в неделю; терифлуномид 14 мг внутрь 1 раз в сутки; диметилфумарат 120 мг 2 раза в день 7 дней, затем 240 мг 2 раза в день; интерферон бета-1a 30 мкг внутримышечно 1 раз в неделю; сампэгинтерферон бета-1a 240 мкг внутримышечно 1 раз в 14 дней.
- Детям 10–18 лет с РРС, РШСИ ≤6,5 и без агрессивного течения при первом назначении используют: интерферон бета-1a 30 мкг внутримышечно 1 раз в неделю или 44 мкг подкожно 3 раза в неделю; терифлуномид 7 мг/сут при массе ≤40 кг или 14 мг/сут при массе >40 кг; глатирамера ацетат 20 мг подкожно ежедневно; диметилфумарат 120 мг 2 раза в день 7 дней, затем 240 мг 2 раза в день. У детей младше 10 лет эти препараты назначают по решению врачебной комиссии.
- При субоптимальном ответе у взрослых с РРС и РШСИ ≤6,5 терапию меняют на кладрибин 3,5 мг/кг за 2 года, офатумумаб 20 мг подкожно в 0-ю, 1-ю и 2-ю недели, затем с 4-й недели ежемесячно, или дивозилимаб 250 мг + 250 мг через 2 недели, далее 500 мг каждые 6 месяцев. При агрессивном РРС или резистентности применяют ПИТРС, включая натализумаб, финголимод, озанимод, алемтузумаб, окрелизумаб, кладрибин, митоксантрон, дивозилимаб или офатумумаб.
- При ВПРС с подтвержденным прогрессированием и РШСИ ≤6,5 взрослым назначают сипонимод 2 мг/сут внутрь, а при генотипах CYP2C9 2/3 или 1/3 — 1 мг/сут; также рекомендуются окрелизумаб 600 мг с разделением первой дозы 300 мг + 300 мг через 2 недели, затем 600 мг каждые 6 месяцев, или митоксантрон 12 мг/м² каждые 3 месяца как резерв при отсутствии альтернативы. При ППРС у взрослых с РШСИ ≤6,5 показан окрелизумаб по той же схеме. УУР В, УДД 1 для сипонимода; УУР В, УДД 2 для окрелизумаба; УУР А, УДД 2 для митоксантрона.

Когда направить и как наблюдать

- Пациента с РС берут на диспансерное наблюдение в специализированной амбулаторной неврологической службе — кабинет, отделение или центр демиелинизирующих заболеваний. Плановый осмотр проводят не реже 1 раза в 6 месяцев. УУР С, УДД 5 для наблюдения в специализированной службе; УУР С, УДД 4 для частоты осмотров.
- При новой неврологической симптоматике или значимом ухудшении прежних симптомов длительностью более 24 часов нужен неврологический осмотр для подтверждения обострения и исключения инфекции или другой причины ухудшения. УУР С, УДД 5.

- У взрослых обострение легкой степени лечат в дневном стационаре; обострения средней и тяжелой степени — в круглосуточном стационаре. Если госпитализация при обострении средней тяжести затруднена, возможно лечение в дневном стационаре после обсуждения с пациентом. УУР В, УДД 2.
- При расстройствах мочеиспускания направляют к урологу или акушеру-гинекологу, выполняют УЗИ мочевого пузыря с определением остаточной мочи, при необходимости — уродинамические исследования. При остаточной моче более 100 мл рекомендуется периодическая самокатетеризация после обучения. УУР В, УДД 2 для взрослых; УУР С, УДД 5 для детей.
- При планировании беременности пациентку направляют в специализированный центр/кабинет РС для обсуждения течения беременности и послеродового периода; РС сам по себе не является показанием к прерыванию беременности. УУР С, УДД 4.

Частые вопросы

Можно ли поставить диагноз РС только по очагам на МРТ?

Нет. РС устанавливают прежде всего по характерной клинической картине и критериям диагностики; МРТ — дополнительный метод, который помогает подтвердить диссеминацию и исключить другие причины. УУР С, УДД 4.

Как отличить обострение РС от псевдообострения?

Обострение длится более 24 часов и возникает без лихорадки, инфекции, метаболических нарушений и стресса.

Когда делать повторную МРТ при подозрении на РС?

Если первичная МРТ не подтверждает диссеминацию во времени и пространстве, назначают повторную МРТ головного мозга. При клинике острого демиелинизирующего эпизода и двух или более демиелинизирующих очагах без контрастного усиления повторное исследование выполняют через 6–12 месяцев. УУР В, УДД 2.

Чем лечить первое обострение у взрослого пациента?

При объективно подтвержденном обострении препарат первого выбора — метилпреднизолон 1000 мг внутривенно 3–5 дней, максимум 7 дней. Если эффект недостаточен, применяют высокообъемный плазмаферез до 7 сеансов.

Можно ли вакцинировать пациента с РС?

Да, вакцинация считается важной частью ведения: польза у пациентов с РС, включая получающих ПИТРС, превышает возможные риски и не повышает риск обострения или ухудшения состояния. Живые аттенуированные вакцины не рекомендуются пациентам, получающим терифлуномид, диметилфумарат, кладрибин, натализумаб, финголимод, озанимод, сипонимод, алемтузумаб, окрелизумаб, офатумумаб или дивозилимаб. УУР С, УДД 5.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/739-rasseyannyj-skleroz. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/739_2