

АТГ+ЦФ+МП, 63,6% при ВЕАМ-США), гастроинтестинальная токсичность и гепатотоксичность (70% при АТГ+ЦФ+МП; 54,5% при ВЕАМ-США). В течение 2 лет до проведения ВПХТ+АуТГСК у пациентов ОГ имело место прогрессирование неврологической симптоматики ($\chi^2=28,26$; $p<0,001$). За время наблюдения в посттрансплантационном периоде, которое составило 41,8 (29,0±67,2) мес, статистически значимого увеличения выраженности инвалидизации по шкале EDSS у больных РС не отмечалось. Анализ бессобытийной выживаемости показал, что среди пациентов, которым выполнялась АуТГСК, наблюдалась лучшая выживаемость без обострений и прогрессирования по сравнению с больными КГ ($p<0,05$; критерий Гехана—Вилкоксона: статистический критерий=4,53, $p=0,00001$; F-критерий Кокса: F (18; 38)=6,996, $p=0,00000$). Статистически значимых различий по выраженности инвалидизации после АуТГСК между группой ЦФ+АТГ+МП и группой ВЕАМ-США выявлено не было ($p<0,05$). **Вывод.** Результаты пилотного исследования указывают на эффективность ВПХТ+АуТГСК при РС. Применение этой технологии позволяет снизить темпы инвалидизации и увеличить продолжительность периода без обострений. ЦФ+АТГ+МП и ВЕАМ-США являются сопоставимыми по эффективности и переносимости.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ НА ТЕЧЕНИЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА ТЕРАПИИ БИОАНАЛОГОМ ИНТЕРФЕРОНА-БЕТА-1b (ИНФИБЕТА) В СРАВНЕНИИ С ДРУГИМИ БИОАНАЛОГАМИ ИНТЕРФЕРОНОВ-БЕТА И ДЖЕНЕРИЧЕСКИМ ГАТИРАМЕРА АЦЕТАТОМ

Ф.А. Хабиров^{1,2}, Л.А. Аверьянова², Н.Н. Бабичева², Е.В. Гранатов², Т.И. Хайбуллин^{1,2}

¹Казанская государственная медицинская академия — филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Казань, Россия; ²ГАУЗ «Республиканский клинический неврологический центр», Республиканский клинично-диагностический центр по демиелинизирующим заболеваниям Минздрава Татарстана, Казань, Россия

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность лечения больных рассеянным склерозом (РС) биоаналогом интерферона-β-1b препаратом инфибета в сравнении с другими биоаналогами интерферонов-β и дженерическим препаратом глатирамера ацетат. **Материал и методы.** Обследованы 500 пациентов с диагнозом РС с ремиттирующим (РТ) и вторично-прогрессирующим течением (ВПТ), распределенные на пять групп в зависимости от получаемого лечения препаратами, изменяющими течение РС (ПИТРС): 95 пациентов 1-й группы получали препарат инфибета; 108 больных 2-й группы — интерферон-β-1b; 83 пациента 3-й группы — генфаксон-44; 109 больных 4-й группы — синновекс; 105 пациентов 5-й группы — аксоглатиран ФС. Оценивали клиническую картину, показатели EDSS и MSSS, среднегодовую частоту обострений (СГЧО), результаты МРТ головного мозга, NEDA-3, частоту развития нежелательных явлений (НЯ), среднегодовую частоту прекращения терапии (СГЧПТ). Оценки осуществляли при базовом визите, затем через 12, 24 и 36 мес от начала терапии. **Результаты.** Во всех группах отмече-

но сопоставимое уменьшение СГЧО через 12, 24, 36 мес ($p<0,05$) с лучшими показателями в 1—3-й группах (63—70% против 58% в 4-й и 5-й группах). У пациентов, впервые начавших получать интерфероны-β-1b, через 36 мес терапии отмечены большее снижение СГЧО (более 88% в 1-й и 2-й группах против 77% в 3-й и 4-й группах) и доля пациентов без обострений (72, 83% в 1-й и 2-й группах против 56, 64% в 4-й и 5-й группах). Во всех исследуемых группах было выявлено увеличение показателя по шкале EDSS ($p<0,05$), который был более выраженным в 1—3-й группах, что свидетельствует о наличии в этих группах пациентов с РС ВПТ (52, 45, 37% соответственно). Кроме того, наблюдали более высокий показатель оценки MSSS (5,09 [3,81; 7,08], 5,13 [3,54; 6,62], 5,24 [3,69; 6,81] балла в 1—3-й группах против 3,34 [2,60; 4,55], 3,69 [2,44; 4,96] балла в 4-й и 5-й группах). Динамика показателей NEDA-3 после 12 мес терапии во всех группах существенно не отличалась (23—32%). Но после 24 мес терапии показатели NEDA-3 в большей степени (19%) снизились в 4-й группе, в наименьшей степени (27 и 25%) — в 1-й и 2-й группах. Схожая тенденция прослеживалась и после 36 мес лечения: в 4-й группе — 14%, в 1-й и 2-й группах — 24 и 22% соответственно. Большинство наблюдаемых НЯ было в диапазоне легкой или умеренной степени выраженности по градации СТСАЕ. Локальные инъекционные реакции наблюдали чаще в 3-й и 5-й группах ($p<0,05$). Гриппоподобный синдром отмечали реже в 1-й и 4-й группах ($p<0,05$). Наиболее высокую СГЧПТ (17,8%) по всем причинам наблюдали в 5-й группе, наименьшую (8,9 и 8,2%) — в 1-й и 4-й группах. **Вывод.** Препарат инфибета, обладающий эффективностью высокодозных интерферонов-β, отличается от них лучшим профилем переносимости. Данный факт делает этот препарат одним из оптимальных ПИТРС первого выбора.

ИЗУЧЕНИЕ ПАТОЛОГИИ СЕРОГО ВЕЩЕСТВА ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ

Н.В. Хачанова, А.Н. Бойко

ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия

Понимание тонких механизмов повреждения ЦНС при рассеянном склерозе (РС) позволяет сейчас считать РС не только демиелинизирующим заболеванием, но и нейродегенеративным, с поражением как белого (БВ), так и серого вещества (СВ) головного мозга. Последнее рассматривается в качестве причины когнитивных нарушений и эпилептических приступов. Современные методы иммуногистохимии дополнили ранее полученные данные о более сложной патологии СВ при РС. Вовлечение СВ может быть как очаговым, включая демиелинизацию (варианты корковых очагов), так и диффузным с повреждением нейронов и их отростков (преимущественно аксонов) и синапсов. Поражение СВ может быть первичным, т.е. развивается одновременно и параллельно с изменениями в БВ, либо вторичным, являясь следствием патологического процесса в БВ. В то время как объем БВ остается неизменным в течение болезни, объем СВ прогрессивно уменьшается. Поражение СВ обычно характеризуется относительным отсутствием лимфоцитарной инфильтрации, меньшим отложением антител и белков комплемента, а также отсутстви-