# ГЛАВА 1. ОБРАЗ ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ КАК СОСТАВЛЯЮЩАЯ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ЗАБОЛЕВАНИЕ

## 1.1. ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ И ПОЛЕЗНЫЕ НАВЫКИ

*(при участии Е.В. Поповой)*

После постановки диагноза рассеянный склероз (РС) пациенту необходимо провести переоценку своего мировосприятия — РС обязывает больных вносить определенные изменения в их образ жизни. Есть полезные и вредные факторы, влияющие на течение РС, адекватная коррекция которых во многом зависит от самого пациента.

### 1.1.1. Отказ от курения и ограничение приема алкоголя, другие привычки

Среди вредных факторов особое место занимает курение. В последнее время опубликован ряд исследований, убедительно показавших, что **курение** и является фактором риска развития РС, и способствует более тяжелому течению заболевания. Доказательства этого получены с помощью эпидемиологических, иммунологических, клинических и магнитно-резонансных [магнитно-резонансная томография (МРТ)] исследований.

Первые данные были получены при изучении внешних факторов риска развития РС еще в середине прошлого века,

но эта ассоциация между курением и РС поначалу не привлекла внимание исследователей. Одно из первых исследований было проведено по данным «регистра здоровья» в популяции провинций Хордаланд в Норвегии. Оказалось, что среди 22 312 человек, включенных в регистр, РС был диагностирован у 87, а курильщиков среди них оказалось достоверно больше, чем в популяции в целом (относительный риск был 1,8). В США наблюдение за медицинскими сестрами (200 000 женщин) за период с 1976 по 1996 гг. (зарегистрировано 217 случаев РС) доля активно курящих была в 1,7 раза выше, чем среди никогда не куривших. Так же в Великобритании было проведено несколько подобных исследований. В первом наблюдении за когортой женщин детородного возраста (17 000 женщин) с 1968 по 1991 гг. (более 60 случаев РС) среди женщин с РС оказалось почти в два раза больше лиц, выкуривавших 15 и более сигарет в день, чем в остальной когорте женщин без РС. В другом когортном исследовании в той же популяции (46 000 женщин) за период с 1968 по 1996 гг. (114 случаев РС) частота курящих была в 1,4 раза выше, чем в остальной когорте.

Был проведен метаанализ 6 когортных эпидемиологических исследований (опубликован в 2007 г.) и затем метаанализ 7 исследований по методу случай-контроль (опубликован в 2011 г.), которые подтвердили связь между курением до начала заболевания и риском развития РС (относительный риск варьировал от 1,2 до 1,5).

В большинстве исследований отмечено, что чем моложе возраст при начале курения, тем выше риск развития РС в последующем. Имеет значение активность курения. Но даже пассивные курильщики имеют повышенный риск РС. В общенациональном исследовании во Франции с 1994 по 2003 гг. анализировали риск развития РС у детей. Оказалось, что пассивными курильщиками были 62% детей с РС — курение родителей дома повышало риск развития РС у ребенка более чем в 2 раза.

Курение влияет не только на риск развития РС, но и на тяжесть течения РС у уже заболевших пациентов. Клинико-эпидемиологические исследования в Великобритании, Норвегии, Дании и других странах показали, что у курильщиков с РС быстрее прогрессирует инвалидность, приблизительно в 2 раза был выше риск перехода от ремиттирующего течения

РС к неблагоприятному вторично-прогрессирующему типу. Получены достоверные данные о раннем прогрессировании РС у курящих, особенно у лиц с началом применения сигарет в молодом возрасте. Сравнительное клинико-эпидемиологическое исследование в республике Башкортостан (Россия) выявило более высокий уровень инвалидизации у курящих больных РС. У них была отмечена более высокая скорость прогрессирования заболевания, чаще встречалось первично-прогрессирующее течение РС.

Эти клинические ассоциации были подтверждены при обследовании больных РС с использованием МРТ, позволяющей объективизировать степень очагового и диффузного поражения мозга при РС. В Центре рассеянного склероза в Бостоне (США) проанализировали клинические и МРТ-проявления РС у курящих и некурящих больных на протяжении в среднем 3,3 года наблюдения. Изначально у курильщиков была выше тяжесть заболевания по расширенной шкале оценки степени инвалидизации, выше степень атрофии мозга по данным МРТ, значительно чаще регистрировалось неблагоприятное первично-прогрессирующее течение РС с неуклонным нарастанием тяжести неврологических нарушений. Ко времени окончания наблюдения у курильщиков достоверно чаще отмечена смена типа течения с ремиттирующего на вторичное прогрессирование, был выше прирост количества и объема очагового поражения мозга по данным Т2-взвешенных МРТ-изображений, быстрее нарастала атрофия мозга.

Причины положительной ассоциации между курением и развитием РС могут быть связаны как непосредственно с никотином, так и с повышенной частотой бронхолегочных инфекций у курильщиков. Различные инфекции, в первую очередь бактериальные, могут запускать аутоиммунный процесс у предрасположенных лиц, стимулируя все аутоиммунные реакции неспецифическим образом (механизм «суперантигена»). Никотин способствует повышению проницаемости гематоэнцефалического барьера (ГЭБ) и реализации механизмов воспаления, в том числе оксидантного стресса. Компоненты сигаретного дыма оказывают прямое нейротоксическое действие, а цианиды могут существенно усиливать разрушение миелина.

Негативное действие никотина было в целом подтверждено несколькими исследованиями в Швеции, где и сейчас достаточно распространен нюхательный табак. Риск развития РС оказался несколько выше у лиц, имеющих эту вредную привычку, но не настолько высок, как у курильщиков, т.е. непосредственно никотин, скорее всего, не является веществом, ответственным за положительную ассоциацию курения с РС. Возможно, существуют другие, более важные, чем никотин, компоненты табачного дыма, играющие роль в повышении риска развития РС. Таким образом, курящим больным РС рекомендуется резко ограничить курение, а лучше совсем от него отказаться. Эта вредная привычка достоверно ухудшает течение заболевания.

Противоречивые данные получены о влиянии **алкоголя** на течение РС. Больному, несомненно, не повредит, если он время от времени будет выпивать бокал вина или пива. Небольшое количество вина имеет антидепрессивный эффект. Употребление алкоголя в больших количествах однозначно усиливает процесс воспаления, причем алкоголь стимулирует окисление арахидоновой кислоты. Алкоголь может усиливать проявления РС. Часто на фоне приема алкоголя отмечается повышение температуры тела, что может приводить к нарастанию имеющейся симптоматики у больных РС (хорошо известный феномен «горячей ванны» — при повышении температуры тела замедляется проведение импульса по демиелинизированному волокну и ухудшаются симптомы РС). Типичные признаки злоупотребления алкоголем, т.е. головокружение, неуверенная походка и т.п., у больного РС проявляются намного раньше, чем у здорового. Больному следует категорически отказаться от регулярного, например во время каждого приема пищи, и тем более чрезмерного потребления алкогольных напитков. В противном случае он рискует усугубить свое состояние, помешать восстановительным процессам, вследствие чего нарушение функций, означающее ограничение физических возможностей, проявится раньше или сильнее.

Многие больные РС чрезвычайно плохо переносят сауну и баню, горячие ванны, которые обычно используются как мера предупреждения простудных заболеваний и способ стимуляции кровообращения и тренировки сосудов. При

посещении сауны, как и при иных тепловых процедурах, могут сильнее проявляться имеющиеся функциональные нарушения деятельности нервной системы. При нарушениях кровообращения и для профилактики простудных заболеваний не менее благотворное действие на организм оказывают контрастные ванны и другие водные процедуры; больные РС переносят их, как правило, лучше, чем сауну. В целом, больным РС необходимо отказаться от всех привычек, связанных с перегреванием тела. Следует отказаться от пребывания на солнце с целью получить красивый загар. Солнечные лучи могут оказывать иммуностимулирующее действие, что нежелательно для всех пациентов с аутоиммунными заболеваниями, в том числе с РС.

Часто обсуждается вопрос о том, насколько вредно больным РС длительно смотреть телевизор или работать на компьютере, в том числе об увлечении компьютерными играми. В принципе, при РС нет никаких противопоказаний для просмотра телевизионных передач. Если имеется снижение остроты зрения, не стоит смотреть телевизор до тех пор, пока глаза не устанут, так как это означает перенапряжение и угрозу декомпенсации функции. Занятия на компьютере воздействуют на глаза так же, как и просмотр телепередач, т.е. в обоих случаях важно не переутомлять зрение. Кроме того, некоторые компьютерные игры, при которых требуется быстрота реакции, могут вызвать небезопасное стрессовое состояние и депрессию, что, безусловно, необходимо избегать при РС.

Для многих людей **путешествия** представляют собой удовольствие особого рода, которое вполне может себе доставить больной РС, отличающийся любовью к перемене мест, если ему позволяет делать это его состояние. Однако любые нагрузки необходимо тщательно планировать, чтобы избавить себя от ненужного стресса. При этом следует учитывать специфические нагрузки на организм, например, необходимость акклиматизации и привыкания к существованию в ином часовом поясе. Следует помнить, что подобная перестройка организма может вызвать усиление функциональных расстройств, снижение работоспособности и выносливости. Задумав предпринять дальнее путешествие, целесообразно посоветоваться со своим врачом. Длительным поездкам на автобусе или на

поезде следует предпочитать полеты на самолете. Избрав средством передвижения автомобиль, за день рекомендуется проезжать не более 500–600 км, делая каждые час-два остановки для отдыха, особенно если машиной управляет сам пациент с РС. Путешествуя на корабле, следует учитывать, что больной, перенесший когда-либо обострение, сопровождавшееся головокружением и нарушением равновесия, склонен страдать от морской болезни. Туристические групповые поездки с напряженной экскурсионной программой, когда человек лишен возможности самостоятельно распределять свое время, больным РС не рекомендуются.

Предпринимая длительную поездку, по прибытии на место больной РС должен иметь возможность хорошенько отдохнуть прежде, чем посещать достопримечательности или предпринимать иные действия. Особенно это относится к путешествиям, во время которых происходят значительный сдвиг по времени и соответственно резкое изменение ритма сна и бодрствования, а также к путешествиям в жаркие страны. В результате дефицита сна и воздействия высоких температур состояние усталости у больного наступает быстрее. **В целом не рекомендуется предпринимать поездки в жаркие страны в теплое время года.**

### 1.1.2. Правильный психологический настрой

Правильное формирование «отношения к болезни», психологического настроя имеет огромное влияние не только на качество жизни пациентов с РС, но и на течение заболевания в последующем. Важно с самого начала сформировать сознательное, спокойное, рассудительное отношение пациента и его ближайших родственников к факту болезни с пониманием возможности современной медицины и необходимости сосуществования пациента с болезнью. Важно не вытеснять из сознания этот факт, а внести соответствующие изменения в стиль жизни. При сознательном отношении к болезни больной стремится максимально улучшить свое состояние. Кроме того, при таком подходе больной не окажется совершенно неподготовленным, сталкиваясь с определенными ситуациями, влияние которых на течение болезни неизвестно. Чем увереннее он научится обходиться со своей болезнью, тем меньше страхов он будет испытывать. Это чрезвычайно важно, так как напряженное душевное

состояние, вызванное страхом, депрессией, тревогой, отрицательно влияет на течение РС: в результате тесной связи состояния психики с функциями иммунной и нервной систем уже проявившиеся симптомы могут усугубиться.

Хорошо известно, что **депрессия** часто выявляется у больных РС, от 50 до 80% пациентов во время болезни хотя бы раз имели эпизоды отчетливых депрессивных состояний. Депрессия у больных РС может быть как очаговым симптомом поражения мозга, преимущественно белого вещества лобных и теменных долей больших полушарий головного мозга (чаще левого полушария), так и реакцией больного на саму болезнь как на стрессорный фактор. Ряд лекарственных препаратов, используемых в патогенетическом и симптоматическом лечении РС, также могут усиливать депрессию. В Канаде при изучении причин смерти среди 3126 пациентов, посещавших центры РС, было выявлено, что частота суицидальных попыток в 7,5 раз выше, чем в среднем по общей популяции. В другом ретроспективном наблюдении за 140 больными РС, которые имели суицидальные попытки или намерения, было отмечено, что две трети из этих больных не получали терапии антидепрессантами при наличии отчетливых признаков депрессии, одна треть больных не получала вообще какой-либо психологической помощи.

Анализ большого количества факторов, потенциально связанных с обострениями РС, показал, что **только инфекции и депрессия** достоверно часто предшествуют обострению РС. Молодой возраст, длительность заболевания, прогрессирующие формы РС являются также предикторами депрессии, в то время как пол пациента не влияет на наличие или отсутствие депрессии.

Очень часто при РС одновременно с депрессией выявляется **тревога**. Тревога редко диагностируется, и, соответственно, больные не получают адекватного лечения данного симптома. К факторам риска появления тревоги у больных РС относятся женский пол, наличие коморбидных состояний (депрессия), социальное неблагополучие. В первый год после постановки диагноза РС наблюдается более высокий уровень тревоги у больного и его близких, чем в среднем по популяции. Высокий уровень тревоги в начале заболевания является предиктором высокого уровня тревоги в последующем.