

В С.-Петербурге состоялась конференция «Актуальные проблемы клинической неврологии и нейрохирургии», посвященная 130-летию со дня рождения профессора Михаила Никитина (1879-1937), собравшая более 200 участников. В течение двух дней было заслушано 22 доклада и проведено три сателлитных симпозиума. Одним из генеральных спонсоров данного форума стала фармацевтическая компания «Герофарм».

Неврология и хирургия

Конференция открылась докладом академика РАМН **Александра Скоромца** (С.-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П.Павлова) «Профессор М.П.Никитин и наше время». Под таким же названием под редакцией А.Скоромца был издан юбилейный сборник избранных трудов Никитина с современными комментариями.

Сын рыбинского купца, Михаил Никитин в 1902 г. с отличием окончил Императорскую военномедицинскую академию (ИВМА) и по конкурсу был оставлен в ней на 3 года для усовершенствования. Избрав своей специальностью нервные болезни, он работает в клинике профессора Владимира Бехтерева и пишет диссертацию. После защиты стажировается в неврологической клинике Германа Оппенгейма в Берлине, а по возвращении в Россию получает место ассистента клиники нервных болезней Женского медицинского института (ныне С.-Петербургский ГМУ им. И.П.Павлова). В 1909 г. Михаил Павлович становится приват-доцентом этого института, а в 1915 г. избирается профессором на кафедре нервных и душевных болезней, освободившуюся после ухода В.Бехтерева. Добившись выделения психиатрии в особую кафедру, Никитин руководит кафедрой нервных болезней до конца своей жизни.

Александр Скоромец, возглавляющий эту кафедру в настоящее время, вручал каждому докладчику по красной гвоздике, а присутствовавшей на конференции внучке Никитина Ксении Константиновне Васильевой преподнес целый букет.

Другим докладом на историческую тему стало выступление профессора **Валерия Берснева** (Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт им. А.Л.Поленова) «Становление нейрохирургии в Санкт-Петербурге - Петрограде - Ленинграде». Полемизируя с Бехтеревым и его последователями, Никитин полагал, что в одном лице трудно совместить две специальности (невропатологию и хирургию). Офтальмологи, отиатры и гинекологи смогли овладеть хирургическими методами лишь потому, что их специальности узки, тогда как невропатологам надо следовать примеру терапевтов, которые своих больных сами не оперируют. Начиная с 1933 г. Никитин был консультантом нейрохирургической клиники А.Л.Поленова. При его участии в 1935 г. вышел «Краткий курс хирургической невропатологии» - первое в СССР руководство по данному предмету. Как писал автор некролога в журнале «Невропатология и психиатрия» (№ 4, 1937), «в этой области заслуги М.П. велики. При его участии многие операции, появившиеся в Западной Европе и Америке, были перенесены на нашу почву, причем большинство из них подверглось дальнейшему усовершенствованию и видоизменению».

КТ работает круглосуточно

Оптимизации нейрохирургической помощи при черепно-мозговой травме (ЧМТ) был посвящен доклад председателя Комитета по здравоохранению правительства С.-Петербурга профессора **Юрия Щербука** (см. также «МГ» № 25 от 04.04.2008 и № 11 от 18.02.2009). За 2009 г. в С.-Петербурге зарегистрировано более 50 тыс. больных с ЧМТ, причем почти треть из них относилась к тяжелой ЧМТ (ушибы и сдавления головного мозга). В подавляющем большинстве случаев причиной явился быто-

неврологи во главе с академиком РАМН **Евгением Гусевым**. Сотрудники кафедры неврологии Российского государственного медицинского университета, и других неврологических кафедр данного университета сделали ряд докладов. В частности, профессор **Михаил Мартынов** посвятил свое выступление патофизиологии мозговых инсультов. Методом выбора для лечения геморрагического инсульта является операция (удаление внутримозговой гематомы). Однако возможно консервативное ведение при небольших и глубинно расположенных очагах кровоизлияния без значительной дисло-

ванных клинических испытаниях авторам получать не удавалось, так как не всегда учитывались такие моменты, как лечение за пределами терапевтического окна, проблема доставки препарата к очагу поражения, неадекватное измерение зоны пенумбры и т.д. Докладчик подробно остановился на проблеме валидности шкал, используемых для оценки результатов лечения, таких как шкала Национального института здоровья США (NIH) и шкала Бартель, что также сказывается на результатах. По мнению Е.Мельниковой, тип перестройки кровотока после инсульта важнее, чем размер и локализация ишемического очага.

ледипломного образования) посвятил свое выступление современной терапевтической тактике при боррелиозе. Иксодовые клещевые боррелиозы являются самыми распространенными природно-очаговыми трансмиссивными зооантропонозами в Российской Федерации. Первичные поражения нервной системы (нейроборрелиоз) в острой стадии встречаются примерно в 20% наблюдений, однако в Восточно-Сибирском регионе они наблюдаются примерно в 80% всех случаев клещевого боррелиоза, и манифестируют моно- и полиневропатиями, серьезными менингитами и менингоэнцефалитами, миелорадикулоневрита-

Деловые встречи

Цветы для Никитина

Как соединить академические знания с неврологической практикой?



вой травматизм. Частота инфекционных осложнений при тяжелой ЧМТ велика. Пневмония отмечалась у каждого второго пострадавшего, менингит - у каждого пятого, а уровень внутрибольничной инфекции достигал 15%.

Хотя активные хирургические вмешательства проводились лишь в 5% случаев ЧМТ, ежегодные расходы на оказание помощи таким больным в С.-Петербурге достигли 1 млрд руб. С целью их уменьшения предлагается госпитализировать в нейрохирургические отделения только с теми случаями ЧМТ, которые требуют хирургического вмешательства, а остальных больных либо направлять в неврологическое отделение, либо (при сотрясении головного мозга) наблюдать амбулаторно. По инициативе Ю.Щербука город был поделен на 5 медико-географических зон, в каждой из которых имеется 1000-кочная многопрофильная больница с нейрохирургическим отделением и круглосуточно работающим компьютерным томографом (КТ). В настоящее время в С.-Петербурге имеется 104 томографа, в том числе 60 компьютерных, 39 магнитно-резонансных и 5 позитронно-эмиссионных томографов. Предложены стандарты ведения больных с ЧМТ, включающие КТ головы в первые сутки после травмы (установлен тариф на данное диагностическое исследование в размере 1175 руб.). Доклад был иллюстрирован красочными картинками, демонстрирующими современные возможности диагностики ЧМТ и ее осложнений, включая трактографию, спиральную трехмерную КТ и т.д.

Проблема инсульта

В конференции также приняли активное участие московские

кассии срединных структур головного мозга. Как утверждает М.Мартынов, прорыв крови в желудочки головного мозга является хорошим прогностическим признаком (если только не происходит тампонада желудочков излившейся кровью), поскольку в этом случае внутримозговая гематома дренируется естественным путем. Для консервативного лечения рекомендуются антиоксиданты (мексидол), а также железосодержащие препараты, такие как гистохром (вытяжка из панциря морских ежей).

Лидером в области изучения и лечения инсульта в нашей стране является НИИ инсульта при РГМУ, расположенный на базе городской больницы № 31 и возглавляемый членом-корреспондентом РАМН Вероникой Скворцовой. Именно в этом учреждении впервые в России в 2005 г. был проведен внутривенный тромболизис в остром периоде ишемического инсульта. В настоящее время тромболитическая терапия проведена уже у 228 больных. Доцент **Ирма Шетова** рассказала о современных подходах к ведению больных в остром периоде ишемического инсульта. Для расширения терапевтического окна предлагается активное введение нейротекторов на догоспитальном этапе, в частности кортексина. Для доказательства его эффективности было проведено многоцентровое (в Москве, С.-Петербурге и Екатеринбурге) двойное слепое плацебоконтролируемое исследование, в котором участвовало 62 больных в возрасте от 50 до 85 лет с ишемическим инсультом в каротидной системе. В группе, получавшей кортексин в дозе 20 мг/кг (10 мг + 10 мг) внутримышечно в течение 10 дней, были достигнуты лучшие результаты по сравнению с плацебо, причем эффект был особенно выражен при назначении кортексина в первые 6 часов после дебюта инсульта. Поэтому авторы исследования рекомендуют применение нейротекторов как на догоспитальном, так и на госпитальном этапах. Согласно полученным данным, при этом чаще происходит глиозное перерождение погибшей мозговой ткани, что предпочтительнее, чем образование кист.

Профессор **Елена Мельникова** (С.-Петербургский ГМУ им. И.П.Павлова) выступила с докладом о нейротекции в различные периоды инсульта (см. также «МГ» № 44 от 18.08.2008). Доказательств эффективности нейротекторов в рандомизиро-



Представив собственные результаты многоцентрового исследования по применению кортексина при остром ишемическом инсульте, Е.Мельникова сделала вывод, что данный препарат оказывает церебропротекторное действие, улучшает процессы обучения и памяти, стимулирует репаративные процессы в головном мозгу, ускоряет восстановление функций головного мозга после стрессорных воздействий.

Диагностике и лечению сосудистых когнитивных нарушений был посвящен VI Международный конгресс по сосудистой деменции, недавно состоявшийся в Барселоне (см. «МГ» № 98 от 25.12.2009). На конференции в С.-Петербурге на данную тему также прозвучал ряд докладов. Например, профессор **Евгений Баранцевич** (С.-Петербургский ГМУ им. И.П.Павлова) сосредоточился на когнитивных нарушениях при диабете, который может рассматриваться как модель старения нервной системы. Ультрасетруктурные изменения при экспериментальном сахарном диабете наблюдались преимущественно в глиальных клетках, причем они носили как компенсаторный, так и деструктивный характер. Для лечения когнитивных расстройств при сахарном диабете автор рекомендовал нейротекторы, в том числе и кортексин.

Диапазон нейротекции

Нейротекторы применяют не только для лечения церебральной ишемии, но и при поражениях нервной системы самой разнообразной этиологии, включая инфекционную. Профессор **Сергей Лобзин** (С.-Петербургская медицинская академия пос-

ми, очаговым или распространенным энцефалитом и т.д. В хронической стадии нейроборрелиоза наблюдаются: синдром рассеянного склероза (энцефаломиелита), боррелиозная энцефалопатия, амиотрофии, поражения периферических нервов, психические расстройства (галлюцинации, диссомнии, подострая пресенильная деменция и т.п.). Одним из средств патогенетической терапии хронической стадии нейроборрелиоза являются нейротекторы. В проведенное профессором Лобзиным исследование вошло 76 больных с нейроборрелиозом (длительность заболевания от 3 месяцев до 8 лет). Одна группа получала стандартную этиотропную терапию, а другой группе дополнительно вводился кортексин, при этом в последней группе через 6 месяцев после лечения отмечалось более выраженное улучшение как субъективных (головная боль, диссомния, эмоциональная лабильность, снижение памяти), так и объективных признаков (нарушения рефлексов, чувствительности, координации).

Как считает профессор **Анна Скоромец** (С.-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия), детский церебральный паралич (ДЦП) - это не самостоятельная болезнь, а исход различных заболеваний. По данным МРТ диагноз может быть поставлен уже в младенческом возрасте. Тактика лечения спастических форм ДЦП различна в зависимости от возраста ребенка. По мнению А.Скоромец, в первые месяцы жизни предпочтение следует отдавать нейротропным препаратам, таким как кортексин, который вводится внутримышечно в дозе 10 мг (10 инъекций на курс). В более позднем возрасте (начиная с 2 лет) назначение кортексина может сочетаться с инъекциями миорелаксантов местного действия (таких, как диспорт) в мышцы-мишени.

Таким образом, конференция «Актуальные проблемы клинической неврологии и нейрохирургии» осветила различные аспекты нейротекции, продемонстрировав пример соединения академических знаний с неврологической практикой.

Болеслав ЛИХТЕРМАН,
кандидат медицинских наук.

С.-Петербург - Москва.

НА СНИМКАХ: Михаил Никитин (фото 1930-х годов); Александр Скоромец.