

КАФЕДРА НЕВРОПАТОЛОГИИ ИМЕНИ АКАДЕМИКА С.Н.ДАВИДЕНКОВА. ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ НЕВРОЛОГИИ

*Н.М.Жулёв, С.В.Лобзин, Т.М.Алексеева, Ю.Д.Бадзгарадзе, В.И.Головкин, И.Г.Заволоков, А.А.Зуев, В.Д.Косачёв,
Т.В.Лалаян, Л.А.Полякова, В.Г.Пустозёров, Л.А.Сайкова*

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава, Россия

CHAIR OF NEUROLOGY NAMED AFTER ACADEMICIAN S.N.DAVIDENKOV. ACHIEVEMENTS AND PERSPECTIVES FOR DEVELOPMENT OF THE CLINICAL NEUROLOGY

*N.M.Zhulev, S.V.Lobzin, T.M.Alexeeva, Ju.D.Badzgaradze, V.I.Golovkin, I.G.Zavolokov, A.A.Zuev, V.D.Kosachev,
T.V.Lalayan, L.A.Polyakova, V.G.Pustozeroz, L.A.Saikova*

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

© Коллектив авторов, 2010 г.

В статье отражены достижения и изложены перспективы развития первой в мире кафедры усовершенствования врачей-неврологов со времени её основания и до наших дней. Особых успехов, благодаря заслугам профессоров и сотрудников, кафедра добилась в изучении, преподавании и лечении наследственных болезней нервной системы и нервно-мышечных заболеваний, миастении, нейроинфекций, сосудистых и дегенеративных заболеваний, рассеянного склероза и эпилепсии, а также болезней периферической нервной системы.

Ключевые слова: академик С.Н.Давиденков, 1-ая в мире кафедра для усовершенствования врачей-неврологов, наследственные заболевания нервной системы, нейрогенетика, нейродегенеративные заболевания, паркинсонизм, миастения и миастенические синдромы, идиопатические воспалительные миопатии, сосудистая патология нервной системы, вертеброгенные и другие заболевания периферической нервной системы, нейроинфекции и демиелинизирующие заболевания нервной системы, эпилепсия, болевой синдром.

The article is devoted to the achievements and perspectives for development of the world's first chair (department) of neurology for the postgraduate education. Main scientific and therapeutic directions are neurogenetics, neuromuscular diseases, myasthenia, parkinsonism, multiple sclerosis, brain vascular diseases, epilepsy, neuropathies, low back pain and many others.

Key words: academician S.N.Davidenkov, the world's first chair of neurology for the postgraduate education, hereditary diseases of the nervous system, neurogenetics, neurodegenerative diseases, parkinsonism, myasthenia and myasthenic syndromes, idiopathic inflammatory myopathies, vascular pathology of the nervous system, vertebro-genic and other diseases of the peripheral nervous system, neuroinfections and demyelinating diseases, epilepsy, pain syndrome.

Кафедра невропатологии имени академика С.Н.Давиденкова — первая в мире кафедра для усовершенствования врачей-неврологов, а также одна из первых среди кафедр Клинического института Великой княгини Елены Павловны — была основана, как самостоятельная, 13 мая 1893 года. На кафедре, в разные периоды её истории трудились выдающиеся ученые, составившие «золотой фонд» и славу отечественной неврологической науки. Среди них профессора О.О.Мочутковский, Л.В.Блуменау, В.В.Семенова-Тяньшанская, С.Н.Доценко, Н.Н.Аносов, В.С.Лобзин.

Безусловно, наиболее яркий след оставило творчество Сергея Николаевича Давиденкова, руководившего кафедрой в очень непростой исторический период (с 1932 по 1961 год). С.Н.Давиденков, обладавший мощнейшим интеллектом и клинической интуицией, по праву считается основоположником отечественной нейрогенетики. Его перу принадлежит приоритет описания ряда неврологических симптомов и синдромов, а также одной из клинических форм миопатии, полу-

чившей название лопаточно-перонеальная амиотрофия С.Н.Давиденкова. Исследования в области нейрогенетики предопределили дальнейшее основное научное направление деятельности кафедры, а клиническое предвидение Сергея Николаевича позже было блестяще подтверждено в 1966 г. Виктором А.Маккьюсиком в виде создания каталога генов человека.

Кафедра, сохраняя традиции, заложенные с момента её основания, в своей работе исходит из насущных потребностей клинической медицины. Научная и педагогическая деятельность кафедры, как головного учреждения усовершенствования врачей-неврологов Северо-Западного региона России направлена на совершенствование методов диагностики и лечения наиболее актуальных проблем современной клинической неврологии.

В ряду важнейших направлений работы кафедры остаются проблемы нервно-мышечной патологии и наследственных болезней нервной системы, сосудистая патология нервной системы, болезни перифери-

ческой нервной системы, нейроинфекции и демиелинизирующие заболевания, соматоневрология, дегенеративные заболевания, эпилепсия, расстройства вегетативной нервной системы.

Для проведения научно-исследовательской работы кафедра активно пользуется лечебно-диагностическими возможностями клинических баз (Александровская больница, Покровская больница, Госпиталь ветеранов войн), ну и, конечно, собственными возможностями клиники неврологии и неврологического отделения МПЦ СПбМАПО. В разработке ряда научных проблем профессорско-преподавательский состав кафедры взаимодействует не только с коллективами других кафедр нашей академии, но и с такими крупными научными центрами, как отдел молекулярной генетики ИЭМ, НИИ гематологии и трансфузиологии, лаборатория пренатальной диагностики НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О.Отта, лаборатория клинической иммунологии СПб Медицинского университета имени акад. И.П.Павлова, городской медико-генетический центр, инфекционная больница № 30 имени С.П.Боткина, а также и другими научно-исследовательскими и лечебными учреждениями.

Традиционно магистральным направлением научной работы кафедры невропатологии имени акад. С.Н.Давиденкова является дальнейшее изучение наследственных заболеваний нервной системы. Продолжается накопление клинического опыта при редко встречающихся заболеваниях нервной и мышечной систем наследственной природы: болезнях экстрапирамидной системы (хорея Гентингтона, Галлервордена — Шпатца, двойной атетоз, торсионная дистония и др.), мозжечковой системы (мозжечковые атаксии, мозжечковая полинейропатия Рефсума, болезнь Фридрейха), нервно-мышечных болезней (различные формы миодистрофий, нервные и спинальные амиотрофии, миоплегии, гликогеноз Мак Ардла и другие гликогенозы), митохондриальные формы болезней (Kearns-Sayre, Melas, Merff и другие). Всё шире при этих заболеваниях осуществляются молекулярно-генетические исследования (профессор Сайкова Л.А., доцент Пустозеров В.Г., врач-невролог генетического центра Ледашева Т.А., к.м.н. Зуев А.А.). Применение современных методов нейровизуализации (МРТ мышц) сделало возможной дифференциацию наследственных и воспалительных миопатий, при которых удалось выявить специфические изменения в виде жировой дистрофии мышц (Зуев А.А., 2007). Докторант кафедры Т.А.Ледашева проанализировала большой клинический материал по миодистрофии Дюшенна — Беккера. На основании молекулярно-генетического анализа определены экзоны в структуре гена миодистрофий, дающие благоприятный или неблагоприятный прогноз течения болезни. Аспирантом кафедры Т.Н.Васильевой проведены клиничко-молекулярно-генетические параллели при дистрофической миотонии, установлен феномен антиципации (усиление действия гена в отдельных семьях), а в некоторых случаях благоприятный прогноз для потомства. Продолжают разрабатываться

методы патогенетической терапии миодистрофий, дистрофической миотонии. Указанные методы (сочетание медикаментозной и оригинальных методик физиотерапии) дают при этих формах положительный терапевтический эффект. В последнее время всё шире применяются современные антигипоксантами и антиоксидантами, что явилось особенно эффективным при врожденных формах миопатий и митохондриальных болезнях (Жулев Н.М., Пустозеров В.Г., Сайкова Л.А., Зуев А.А., 2006).

В настоящее время проводится анализ (совместно с Городским медико-генетическим центром) большого клинического материала по диагностике факоматозов (Ледашева Т.А., Сайкова Л.А.). Материал разделен на 2 группы — факоматозы и ангиоматозы, данный вид патологии представляет собой трудно диагностируемые варианты болезней. Для диагностики этих заболеваний используются современные нейровизуализационные методы (МРТ, КТ, УЗ-диагностика). Разработаны вопросы медико-генетического консультирования этих заболеваний, проведено молекулярно-генетическое исследование для нейрофиброматоза I и синдрома Луи-Бар. Подобные исследования на большом клиническом материале проводятся в России впервые (Ледашева Т.А., 2004–2010).

Исключительно важным при изучении нервно-мышечной патологии является развитие клиничко-молекулярно-генетического направления в виде сопоставления генотипа и фенотипа при наследственных нервно-мышечных заболеваниях (миодистрофии, амиотрофии, невропатии). При проведении исследований (совместно с лабораторией пренатальной диагностики РАМН — зав. — проф. В.С.Баранов), целесообразно определение гетерозиготных носителей болезней, рудиментарных форм, проявлений премутаций.

Продолжается изучение патогенеза, особенностей клиники, методов лечения нейродегенеративных заболеваний с паркинсонизмом, прежде всего болезни Паркинсона, а также ряда других тяжёлых заболеваний, таких как мультисистемная атрофия, прогрессирующий супрануклеарный паралич, кортикобазальная дегенерация, болезнь телец Леви (паркинсонизм-плюс) (Заволоков И.Г., 2010).

В изучении патогенеза болезни Паркинсона в последние годы, наряду с концепциями медиаторного дисбаланса, получают развитие теоретические представления о вкладе в многообразие клинических проявлений этого заболевания физиолого-биохимических нарушений в различных звеньях неспецифических регуляторных систем головного мозга, тесно связанных со снижением энергообеспечения уровня бодрствования, психоэмоционального и двигательного поведения в общей структуре интегративной деятельности.

Бодрствование является сложно градуированным процессом и может изменяться от состояния напряжённой бдительности до расслабленного бодрствования и обеспечивается активирующей восходящей системой, прослеживаемой на всём протяжении ствола мозга и гипоталамуса с особым сгущением в понто-мезэнцефальной области. Известна высокая

чувствительность двигательных проявлений паркинсонизма к эмоциональным факторам. В состоянии расслабленного бодрствования и во сне отмечается выраженный регресс неврологической симптоматики. Напротив, в состоянии напряжённого бодрствования отмечается генерализация двигательных нарушений. Парадоксальные кинезии и эпизоды снохождения, когда практически полностью проходит двигательный дефект, ещё больше показывают нам важнейшее значение неспецифических систем мозга в генезе заболевания. Поэтому изучение механизмов БП невозможно без привлечения для этих целей разнообразных функциональных состояний мозга и их объективизации с помощью современных методов.

Для объективизации нарушений неспецифических систем головного мозга на кафедре используют интегративный психофизиологический подход с оценкой кислородзависимого энергетического потенциала (по показателю устойчивости к транзиторной гипоксии), метод омегаметрии, который включает регистрацию устойчивого потенциала (УП) милливольтового диапазона в отведении вертекс-тенар в исходном состоянии пациента с измерением уровня активного бодрствования (УАБ), при переходе от активного бодрствования к покою и в состоянии оперативного покоя (УОП), его вегетативного и гемодинамического обеспечения (ВИК, МОК, АД, ЧД).

По результатам омегаметрии выявлены особенности нарушений стволовых и корково-подкорковых механизмов регуляции уровня бодрствования и адаптационных механизмов, обеспечивающих переход от активного бодрствования к состоянию оперативного покоя в разной стадии болезни Паркинсона. Установлена тенденция к снижению уровня активного бодрствования у большего числа больных от 1-й ко 2-й стадии заболевания. Выявлено выраженное нарастание количества больных с ареактивностью адаптационных механизмов, обеспечивающих переход от активного бодрствования к оперативному покою в зависимости от усиления степени тяжести болезни. Вскрытые закономерности позволили при каждой стадии БП выявлять больных с сохранностью стволовых и корково-подкорковых механизмов регуляции уровня активного бодрствования. Обнаружение нарушения адаптационных механизмов, обеспечивающих переход от активного бодрствования к оперативному покою в виде их ареактивности, давало дополнительную информацию о дефектах механизмов пластичности нервных процессов исследуемых мозговых систем.

Представляется перспективным дальнейшее изучение адаптационных механизмов и роли вегетативных и неспецифических мозговых систем в патогенезе паркинсонизма.

Классическая клиническая картина болезни Паркинсона (БП) под воздействием современной медикаментозной терапии, в первую очередь препаратов леводопы, претерпела значительные изменения. Проявлениями клинического патоморфоза поздних стадий БП являются различные дискинезии и флуктуации клинических проявлений. И если моторные флу-

ктуации у пациентов с БП достаточно известны, то диагностика немоторных флуктуаций нередко вызывает затруднения. По нашим данным немоторные флуктуации (НФ) встречаются у трети пациентов с леводопаиндуцированным патоморфозом клинической картины БП. У части больных НФ выявляются лишь при целенаправленном расспросе и проявляются преимущественно разнообразными алгиями вегетативного характера в конечностях в «off»-период. С другой стороны, могут наблюдаться достаточно тяжёлые клинические проявления. Поэтому имеется необходимость продолжать изучать особенности клинической картины НФ, условия их возникновения и способы эффективной коррекции.

Рост заболеваемости болезнью Паркинсона, прогрессирующий характер течения болезни, ведущей к инвалидизации, недостаточная эффективность и значительные побочные осложнения от заместительной медикаментозной терапии делает актуальной разработку дополнительных реабилитационных методов лечения. Продолжается изучение применения транскраниальной электрополяризации (ТКЭП) как метода немедикаментозной терапии для коррекции моторных и немоторных проявлений паркинсонизма.

Сеансы ТКЭП проводят с помощью серийно выпускаемого аппарата «Поток-1» 2 раза в неделю. Осуществляется воздействие постоянным током силой 1–2 мА через наочно расположенные электроды в лобно-мастоидальном положении (анод в области проекции полюсов лобных долей). Курс ТКЭП включает в себя 3–4 сеанса, продолжительностью 10–15 минут. Количество сеансов, сила тока и время воздействия определяются клиническими показателями эффективности поляризаций, а также возрастом пациентов (воздействия минимизированы в возрастной группе старше 65 лет). Транскраниальная электрополяризация проводится на фоне приема антипаркинсантов в период «включения». В результате проведения ТКЭП снижается мышечный тонус, нарастает темп движений по двигательным тестам, соответственно, улучшается функция ходьбы, навыки повседневной активности, в том числе, связанные с выполнением мелких, точных движений. Для пациентов с леводопаиндуцированными дискинезиями и флуктуациями значимым оказалось уменьшение этих симптомов в результате проведения ТКЭП. В отношении тремора и постуральной неустойчивости ТКЭП влияния не оказывали.

Представляется интересным изучение эффективности данного метода для коррекции немоторных проявлений заболевания, а также для коррекции симптомов не только при болезни Паркинсона, но и при других тяжёлых нейродегенеративных заболеваниях с паркинсонизмом (паркинсонизм-плюс).

Миастения и миастенические синдромы. В отношении проблемы миастении кафедре принадлежат приоритетные исследования. В.С.Лобзиным была опубликована первая отечественная монография (Миастения. — Л. «Медгиз», 1960. — 160 с.), разработаны методы клинической диагностики, описаны па-

тогномоничные для этого заболевания симптомы и синдромы («феномен патологической генерализации мышечного утомления», получивший название симптом Лобзина), предложены оригинальные методики консервативной терапии, а также совместно с Л.В.Догель, А.С.Чечулиным (1960), М.А.Лушицким и Г.А.Макиенко определен подход к хирургическому лечению. Благодаря В.С.Лобзину на кафедре длительное время успешно функционировал всесоюзный миастенический центр.

Разработка проблемы миастении продолжается при активном участии сотрудников кафедры Н.М.Жулева, Л.Н.Дементьевой, Л.А.Сайковой, Л.А.Поляковой, В.Д.Косачева, Н.В.Цинзерлинг. Опыт диагностики и лечения миастении последнего десятилетия обобщен в докторской диссертации В.Д.Косачева (2007). На основании анализа клинического материала (846 больных миастенией) установлены специфические черты, характерные для этого тяжелого, прогностически неблагоприятного заболевания: патологическая мышечная утомляемость (92,3%) с генерализацией и распространением на мышцы не участвующие в проводимой нагрузке, специфическая формула двигательных расстройств (93%), положительная прозерина проба (77,1%), неустойчивость симптомов в течение дня, недели (71%). В качестве окончательного подтверждения диагноза используются электромиографические методы. Наиболее информативным явился метод ритмической стимуляции двигательного нерва с выявлением специфического декремента (в 70,4%). Это позволило определить наличие заболевания на ранней и субклинической стадии и выявить скрытую генерализацию процесса. Использование ЭНМГ дает возможность дифференциации миастении и миастенического синдрома Ламберта — Итона (при бронхогенном раке). Предложенный метод импедансометрии (В.Д.Косачев) позволил улучшить диагностику локальных форм миастении — глазной (59,5%), глоточно-лицевой (27,3%). В настоящее время достигнуты определенные успехи в лечении миастении, заключающиеся в дифференцированном подходе к лечению различных форм этого заболевания. В комплексной терапии миастении широко используются кортикостероидные препараты в различных дозах — от средних терапевтических до больших (1,5 мг/кг массы тела). В некоторых наиболее тяжелых случаях проводится пульс-терапия. Применяются различные схемы лечения кортикостероидами — изначально большими дозами с ежедневным приемом и дробно-прерывистые с учетом суточных биоритмов. Последняя схема позволяет избежать подавления собственной функции надпочечников и снижает до минимума осложнения в виде стероидного диабета, остеопороза, нарушения менструального цикла у женщин. Важным научным направлением в изучении миастении за последние годы явилась разработка прогностических критериев течения миастении на основе комплексного клинико-неврологического, электрофизиологического, гистологического, гистохимического, иммунологического и иммуногенетического исследо-

ваний. Было доказано, что неблагоприятный прогноз для выздоровления и жизни больных с тяжелой генерализованной и глоточно-лицевой формой миастении, миастенической миопатией и тимомой, а также при так называемых прозеринорезистентных и тимонегативных формах, был обусловлен переходом функциональной асинапсии в органическую (вторая стадия денервации мышечного волокна) по данным изучения потенциалов действия (двигательных единиц) вследствие некомпенсированной блокады мионевральной передачи.

Гистологические и гистохимические исследования биоптатов мышц подтверждали атрофию волокон первого и второго типов и снижение окислительно-восстановительных ферментов и ферментов гликолиза. Прогностически неблагоприятным критерием служило определение маркеров генетической предрасположенности — аллелей HLA, DRB1*03 и B8 (Баранов В.В., Косачев В.Д., 2007) в корреляции с тестами нарушения клеточного и гуморального иммунитета. Своевременная диагностика прогностических критериев неблагоприятного течения миастении способствовала дифференцированному выбору патогенетической терапии (кортикостероидная терапия, плазмаферез, иммунотерапия, применение цитостатиков). Новым и перспективным оказалось изучение нейроэндокринных расстройств, в частности, определение уровня пролактина в сыворотке крови больных миастенией в корреляции с уровнем антител к холинорецепторам постсинаптической мембраны. В этом направлении кафедра в последние годы активно сотрудничает с Каролинским университетом (Швеция) (Цинзерлинг Н.В., 2009). Данный метод направлен на изучение основного патогенетического механизма при миастении — блока нервно-мышечного проведения. Этот метод используется в настоящее время для анализа действия цитостатических средств, таких как азатиоприн, тимопрепрессин и других (Сергеева Т.А., Цинзерлинг Н.В.). Коррекция миастенических расстройств требует использования цитостатиков (азатиоприна, циклофосамида и других). К сожалению, эти средства оказывают негативное влияние на кроветворение, вызывая его гипоплазию, что, в некоторых случаях, ограничивает их использование. В настоящее время разрабатывается дифференцированный подход к их использованию. Наиболее рациональным стало применение другого цитостатического средства отечественного производства — «тимопрепрессин», состоящего из D-аминокислотных остатков глутаминовой кислоты и триптофана (Сергеева Т.В.). Контроль результатов лечения осуществляется не только клинически, но и определением уровня титров антител к мышцам и холинорецепторам. Тимопрепрессин может быть использован для лечения легкой и средней тяжести миастении, не имеет противопоказаний. В клинике неврологии широко применяются методы эфферентной терапии — обменный плазмаферез, гемосорбция, энтеросорбция. После курса обменного плазмафереза положительный терапевтический эффект отмечен в 90% наблюдений, гемосорбции — в 82%, энтеросорбции —

в 62,7%. Разработаны показания и противопоказания к применению этих методов лечения.

Принципиально новым подходом к применению плазмафереза является его использование в предоперационном периоде при проведении тимэктомии, которая является одним из основных радикальных методов лечения, что позволило значительно снизить дозу АХЭП после операции. В диагностике патологии вилочковой железы на современном этапе ведущую роль играет МРТ и КТ органов переднего средостения. В лечении больных миастенией в кризовых состояниях при наличии нарушений дыхания используется специальная аппаратура (дозиметр) для точного определения необходимой дозы АХЭП. В ряде наблюдений использовалась новейшая дыхательная аппаратура, применялись ручные дыхательные аппараты, которые могут применяться и в амбулаторной практике. Таким образом, диагностика и лечение миастении требует индивидуального подхода и разработок схемы ведения каждого конкретного больного, что и осуществляется в настоящее время в клинике неврологии СПбМАПО.

На кафедре в русле исследования мышечной патологии активно продолжается изучение иммунозависимых идиопатических воспалительных миопатий, основными из которых являются дермато- и полимиозит (Догель Л.В., Лобзин В.С., Сайкова Л.А., Алексеева Т.М.). На основании результатов гистологических и гистохимических исследований биоптатов мышц выявлены признаки гибели мышечной ткани, которые одновременно сопровождались явлениями регенерации. Установлены общие, закономерные для всех больных с различными формами идиопатических воспалительных миопатий, изменения иммунного реагирования, которые проявляются лимфопенией, снижением содержания Т-лимфоцитов, изменением их дифференцировки, снижением функциональной активности клеток воспаления, дисбалансом синтеза провоспалительных цитокинов. Доказано, что, наряду с общими изменениями, имеются значительные различия в иммунном реагировании не только между дерматомиозитом и полимиозитом, но и между отдельными клиническими формами полимиозита (Алексеева Т.М. 2009). Соотношение уровней цитокинов разного действия, в частности, ИЛ-10, ИЛ-8 и ФНО имеет значение для оценки тяжести течения, формирования патогенетически обоснованных подходов к лечению и прогнозу ИВМ. При гистоморфологических исследованиях установлено преобладание явлений васкулита при дерматомиозите и воспаления в паренхиме мышц — при полимиозите. Разработаны различные схемы кортикостероидной терапии ИВМ, кроме того, обосновано лечение иммуномодуляторами, оказывающими влияние на показатели цитокинов (лечение воэбанзимом в сочетании с янтарной кислотой), тимопрессином. В тяжелых случаях используется пульс-терапия кортикостероидами и большие дозы препаратов. При ИВМ нашли широкое применение средства метаболической терапии. Перспективным является изучение редких форм ИВМ-перекрестных синдро-

мов (при сочетании полимиозита и склеродермии, ревматоидного полиартрита и полимиозита и др.), а также миозита с включениями, оссифицирующего и эозинофильного полимиозита.

В клинике разработан и апробирован новый метод иммуномодулирующей сорбционной эфферентной терапии ИВМ — плазмообмен криосорбированной аутоплазмой, который оказался предпочтительным по сравнению с традиционно используемым неселективным плазмаферезом.

Сосудистая патология нервной системы. Актуальность дальнейшего изучения сосудистых болезней нервной системы существенно выросла в последние годы и обусловлена их высокой частотой, удручающих показателей заболеваемости, смертности и инвалидизации больных.

Для кафедры невропатологии эта проблема является насущной и первостепенной ещё со времен С.Н. Давиденкова, описавшего в 1919 году яркий клинический феномен «горметонии», развивавшейся при внутримозговых кровоизлияниях в результате прорыва крови в желудочки мозга. Последователи С.Н. Давиденкова активно продолжали изучение цереброваскулярных болезней, как проблемы № 1 современной клинической медицины. Настольными книгами каждого ангионевролога стали монографии профессоров Н.Н. Аносова и Б.С. Виленского «Инфаркт мозга» (1978) и «Инсульт» (1980). Весомым вкладом в научное обоснование патогенетических механизмов и саногенеза при восстановительной терапии больных инсультами стали исследования Н.Н. Аносова, посвященные участию холинергических структур нервной системы в процессах восстановления нарушенных функций. Так, спустя много лет после этих публикаций, базисным нейропротективным препаратом, применяющимся как в остром периоде церебрального инсульта, так и в периоде последствий, стал глиатилин (холина альфосцерат). Перспективным явилось применение антихолинэстеразных препаратов (реминил) и для лечения деменции сосудистого генеза.

На кафедре продолжается активное исследование малоизученных аспектов патогенеза церебральных инсультов у лиц молодого возраста (Лобзин С.В., 2001, Лобзин С.В., Назаров В.В. 2009), установлена негативная роль гипергомоцистеинемии, как наследственной, так и приобретенной для ускоренного поражения эндотелия сосудов и прогрессирования когнитивных нарушений.

Для диагностики острых и хронических форм сосудистых заболеваний головного мозга внедрены, ставшие рутинными, методы нейровизуализации (МРТ, КТ головного мозга, МР-ангиография, как с внутривенным контрастированием, так и без). Перспективным является использование так называемой функциональной МРТ, позволяющей уточнять топико-клинические взаимоотношения при церебральных инсультах и планировать восстановительные мероприятия.

Для оценки некоторых сторон патогенеза цереброваскулярных расстройств в обязательном порядке проводятся ставшие «золотым стандартом» диагностики

сосудисто-мозговых поражений ультразвуковые исследования (транскраниальная доплерография, дуплексное сканирование магистральных сосудов) на аппаратуре фирм Nikolet (США) и EMS (Австрия).

В настоящее время существенно дополнены знания о вертеброгенных цереброваскулярных расстройствах (Лобзин С.В., 2001), синдроме позвоночной артерии и нарушениях кровообращения в вертебрально-базиллярном сосудистом бассейне, а также о развитии нарушений мозгового кровообращения в результате патологии экстракраниального отдела сосудов мозга (Жулев Н.М., Лобзин С.В., Головкин В.И., Акифьева О.В.). Исследования проводились совместно с сосудистыми хирургами (Сокуренок Г.Ю.). Своевременное проведение оперативного вмешательства на сосудах экстракраниального отдела показали эффективность этих методов при своевременной диагностике стенозирующих процессов, выявленных при доплерографии в 60%, в тяжелых случаях с выраженным неврологическим дефектом — улучшение гемодинамики. Продолжаются перспективные исследования в отношении тромболитической терапии острых тромботических инсультов препаратом актилизе на базе Александровской больницы. Кафедра представлена в Европейском Совете по тромболизису. Также весьма перспективным представляется применение клеточных технологий в лечении окклюзирующих и стенозирующих поражений магистральных артерий головы.

Разрабатываются новые схемы нейропротективной терапии дисциркуляторных энцефалопатий. Опыт и результаты исследований были представлены в четырех монографиях (Жулев Н.М., Кандыба Д.В., Сокуренок Г.Ю.). Для практического использования представлен целый ряд учебных пособий и монография «Цереброваскулярные заболевания (профилактика и лечение инсультов)» (Жулев Н.М., Пустозеров В.Г., Жулев С.Н., 2002).

Другим крупным разделом лечебной деятельности кафедры и клиники неврологии последнего времени являются вертеброгенные и другие заболевания периферической нервной системы. Этот аспект был наиболее полно разработан и использовался в клинике неврологии еще профессором В.С.Лобзиным и продолжен его учеником профессором Н.М.Жулевым.

В настоящее время для диагностики и лечения данных расстройств широко используются методы нейровизуализации (МРТ, КТ), позволяющие уточнить причину компрессии нервов и корешков, сдавления и нарушения кровоснабжения спинного мозга и позвоночника и в значительной степени повысить эффективность лечения этой группы заболеваний. В клинике широко используются новые анальгезирующие средства — НПВС, дексалгин, залдиар, лирика и другие. Применяются все виды блокад — паравертебральные, корешковые, невральные, грушевидной и лестничной мышц и другие. Использование блокад в лечении больных с заболеваниями периферической нервной системы подробно разработано и представлено в монографиях В.С.Лобзина, Н.М.Жулева, С.В.Лобзина и обязательно в обучении клинических ординато-

ров кафедры неврологии. Заболеваниям периферической нервной системы посвящены кандидатские диссертации Г.В.Хаджиева, С.Н.Жулева и др. Опыт клиники по изучению заболеваний периферической нервной системы представлен в руководствах для врачей («Остеохондроз позвоночника» Жулев Н.М., Бадзгардзе Ю.Д., Жулев С.Н., 1999; «Невропатии» Жулев Н.М., Осетров Б.А., Жулев С.Н., Лалаян Т.В., 2007), ранее представленной монографией «Нейрорефлекторные синдромы и мануальная терапия» Жулев Н.М., Лобзин В.С., Бадзгардзе Ю.Д., 1992.

На кафедре представлено отделение мануальной терапии и остеопатии, трансформированное в настоящее время в Центр восстановительной медицины (доцент Бадзгардзе Ю.Д.). Ю.Д.Бадзгардзе имеет диплом международного уровня, полученный в Англии. Методы мануальной терапии и остеопатии широко используются при вертеброгенных заболеваниях нервной системы. Использование самых современных методов диагностики позволяет повысить эффективность лечения этих заболеваний, и создают определенный авторитет используемым методам лечения.

На кафедре развивается перспективное научное направление в рамках вертеброневрологии. Доцент Т.В.Лалаян осуществляет систематизацию неврологических синдромов, обусловленных вторичными стенозами позвоночного канала. Получены новые интересные сведения о нарушениях венозного кровообращения, ликвородинамики, различных по феноменологии неврологических спинальных и церебральных синдромов, обусловленных этой патологией. Используются помимо клинических методов сложные высокотехнологичные методики МРТ с оценкой ликвородинамики и флебографии. В значительной части наблюдений цервикальные стенозы ассоциируются с нарушениями вестибулярной функции по данным компьютерной стабилотрии (аспирант Бадзгардзе Л.Ю.). Проводятся совместные исследования с НИИ травматологии и ортопедии по оценке динамики выраженности боли и оценке характера сегментарных нарушений вегетативной нервной системы под воздействием электростимуляции спинного мозга у пациентов с оперированным позвоночником (Лалаян Т.В., Хорошев А.В., Дуганов П.М.). Запланировано совместное исследование в сходном направлении с отделением хирургии позвоночника НИИ фтизиопульмонологии (проф. А.Н.Макаровский). Одним из важнейших патогенетических факторов при патологии периферической нервной системы являются болевые синдромы различной этиологии, в связи с чем назрела насущная необходимость создания на кафедре междисциплинарного противоболевого центра (Т.В.Лалаян). Целью работы таких медицинских подразделений является оказание медицинской помощи пациентам с различными болевыми синдромами. К таким синдромам относятся мышечно-скелетные боли в спине, суставные, головные и лицевые боли, вертеброгенные радикулопатии, туннельные невропатии, стеноз позвоночного канала, тригеминальная невралгия, постгерпетическая невралгия, комплекс-

ный регионарный болевой синдром, «хлыстовая» травма, спортивная травма и др. Большинство из этих состояний имеют хроническое рецидивирующее течение. Для их лечения требуется применение различных терапевтических методов, порой длительное наблюдение за пациентом. Существуют также специальные программы борьбы с болью у пациентов со злокачественными новообразованиями. Противоболевые центры имеют следующие категории:

- а) большие всесторонние;
- б) всесторонние;
- в) синдромально-ориентированные;
- г) модальностно-ориентированные.

Создание центра боли той или иной направленности обычно определяется потребностью различных слоев населения в данном виде медицинской помощи и типом медицинского учреждения (поликлиника, стационар). Большинство из этих центров являются клиниками для лечения пациентов с хронической болью в спине. Отделения решают следующие задачи: дифференциальная диагностика болевых синдромов, локализованных в спине и конечностях; диагностика источников боли при дорсалгиях; экспертиза временной нетрудоспособности; активная комплексная терапия острых и хронических дорсалгий; выбор программы долечивания хронических дорсалгий и профилактики повторных случаев заболевания; методическая работа с врачами общей практики по диагностике и ведению пациентов с болью в спине. Программа борьбы с болью включает следующие направления:

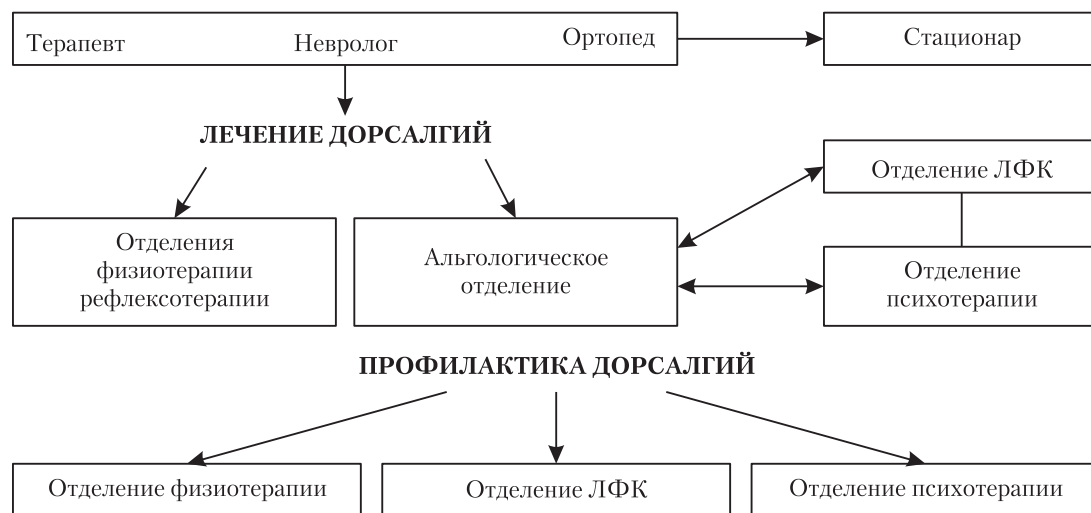
1. Клиническая диагностика — общая, неврологическая, ортопедическая, мышечно-скелетная (мануальная).

5. Профилактические мероприятия: занятия лечебной физкультурой и спортом, массаж, бальнеотерапия, социальная и трудовая адаптация.

Следующие задачи представляются первоочередными при создании альгологических отделений:

- 1) изучение и обобщение отечественного и зарубежного опыта работы альготерапевтических учреждений для создания оптимальных моделей противоболевых подразделений;
- 2) разработка стандартов амбулаторных и стационарных альгологических отделений;
- 3) подготовка специалистов для работы в этих отделениях;
- 4) создание материальной базы альготерапевтических учреждений;
- 5) выработка современных алгоритмов ведения пациентов с болевыми синдромами, учитывающих наличие таких противоболевых подразделений;
- 6) усовершенствование подготовки врачей общей практики (семейных врачей) по вопросам альгологии.

Таким образом, очевидно, что открытие альготерапевтических учреждений должно предваряться большой работой по подготовке медицинских специалистов и материальной базы для оказания качественной лечебной помощи пациентам с болевыми синдромами. На клинической базе кафедры в МПЦ (Заневский пр. д. 1/82) в условиях неврологического отделения работает внештатный центр противоболевой терапии, существует необходимость дополнить материально-техническую базу отделения, организовать кабинет ЛФК, и анестезиологическую поддержку. В перспективе в учебный план кафедры ввести цикл тематического усовершенствования по альгологии (144 часа).



2. Психологическая оценка — клиническая и тестовая.

3. Инструментальные методы исследования: рентгенография, визуализационные методы (КТ, МРТ), ЭНМГ, ЭЭГ, УЗДГ и др.

4. Лечебные воздействия: медикаментозные, физиотерапевтические, психотерапевтические, акупунктура, мышечно-скелетная терапия, массаж, лечебная физкультура, лечебные блокады, имплантация противоболевых стимуляторов, оперативное лечение и др.

Сотрудниками кафедры продолжается активное изучение нейроинфекций и демиелинизирующих заболеваний нервной системы. Проблема рассеянного склероза является традиционной для кафедры. Так, ещё в 1987 г. проф. В.С.Лобзиным на основе собственных 510 наблюдений был издан труд, где описаны 8 новых феноменов клинических диссоциаций, подведены итоги многолетним изучением вирусологии и иммунологии РС, а также на основе ряда диссертационных работ показана эффективность хронобиоло-

гических назначений кортикостероидов, нуклеазных ферментов, гистидина, курантила, левамизола и стимуляции надпочечников дециметровыми волнами. В настоящее время под руководством ученика В.С.Лобзина проф. В.И.Головкина выполняются кандидатские диссертации по изучению афферентных систем при начальных формах РС (Фоминцева М.В.) и возможности предикции терапии дебюта РС на основе протонной магнитно-резонансной спектроскопии очагов демиелинизации и визуально неизмененного белого вещества головного мозга (Мартенс И.С.). Учитывая воспалительно-дегенеративный характер заболевания, на диагностическом этапе внедрены исследования лёгких цепей IgG в СМЖ, определение факторов роста (TGF β) и нейротрофинов (BDNF). С 1997 г. проводится «петидная» терапия РС, при которой отдаётся предпочтение наведению оральной толерантности к ОБМ. Используются отечественные короткие пептиды типа эндогенного нейротолергена S-24. Для митохондриальной нейропротекции под контролем суперпозиционного электромагнитного сканирования используется шунтирование каскада дыхательных ферментов. Перспективным научным направлением определено изучение возможности трансплантации клеток, вырабатываю-

щих миелин, а также поиск индукторов превращения клеток трансплантата в миелинообразующие.

Под руководством проф. С.В.Лобзина продолжается работа по клещевым боррелиозам, изучаются вопросы предилекционности вирусных и бактериальных энцефалитов, клинически изолированных демиелинизирующих синдромов.

В последние годы вновь усилился интерес к проблеме эпилепсии и пароксизмальных расстройств сознания. Получены новые оригинальные сведения (совместно с НИИ гематологии и трансфузиологии) в отношении реакций периферической крови при локально обусловленной эпилепсии (Василенко А.В.), планируется перспективное мультидисциплинарное исследование по фармакорезистентным формам эпилепсии (Первова Е.М.).

Интересным и перспективным представляется совместная с ревматологами работа в области соматоневрологии (неврологических синдромов при системных поражениях соединительной ткани) (Алексеева Т.М., Гречко Н.А.).

Таким образом, кафедра невропатологии имени акад. С.Н.Давиденкова подходит к юбилею нашей академии, бережно сохраняя традиции учителей, оставаясь на переднем крае неврологической науки.