

Памяти Константина Николаевича Монакова (к 155-летию со дня рождения)

О.А. Балунов

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева

В 2008 г. исполняется 155 лет со дня рождения Константина Николаевича Монакова, выдающегося невролога и анатома, видного представителя анатомо-физиологического направления в неврологии.

Он родился 4 ноября 1853 г. в деревне Березово Вологодской губернии, откуда в 16 лет с отцом после смерти матери уехал в Европу и поселился в Швейцарии [3, 4]. В 1877 г. К.Н. Монаков окончил медицинский факультет Цюрихского университета и в 1878–1885 гг. работал врачом в маленькой психиатрической больнице г. Пфаферс кантона св. Галлена [6]. В ней он организовал лабораторию и за семь лет выполнил ряд исследований, которые сделали его знаменитым: по анатомии веревчатого тела, о наружном ядре слухового нерва, о взаимоотношениях зрительной области коры, подкорковых образований и зрительного нерва. В 1885 г. он описал пучок волокон из красного ядра к клеткам передних рогов спинного мозга, названный позже его именем.

С 1885 по 1928 г. К.Н. Монаков читал лекции по неврологии на медицинском факультете Цюрихского университета, в 1888 г. организовал поликлинику для лечения больных с нервной патологией, а в 1891 г. — Институт анатомии мозга, директором и спонсором которого он оставался до 1928 г.

Им было опубликовано свыше 120 научных работ по анатомии мозга, клинике нервных болезней. В последние годы жизни он занимался проблемами психофизиологических корреляций, опубликовал ряд статей философского содержания. При его жизни вышли две монографии — «Патология мозга», выдержавшая два издания (1896 г. и 1905 г.), и «Локализация функций в коре головного мозга» (1914 г.). Кроме выдающихся достижений в изучении мозга он ввел в клинику понятие «диашиз», которое и в настоящее время используется клиницистами, т. к. помогает пониманию процессов изменения функционального состояния мозга при травмах и других острых заболеваниях вследствие одномоментно возникающих очагов перевозбуждения и торможения в различных его отделах.

К.Н. Монаков был одним из организаторов в 1909 г. Цюрихского общества неврологов (и его председателем), основал ведущий научный журнал этой страны — «Швейцарский архив неврологии и психиатрии». Являлся почетным членом 22 иностранных обществ неврологов и психиатров, в т. ч. в Петербурге, Киеве, Риме и Париже.

В 20-х гг. прошлого века он на основании многочисленных опытов на животных обосновал свою точку зрения на дви-

жение cerebro-спинальной жидкости (ЦСЖ): возникнув в сосудисто-эпителиальных сплетениях желудочков, она проникает из них через межклеточные щели эпендимы в ткани мозга, откуда по периваскулярным пространствам выделяется в подпаутинное пространство, далее всасывается в венозное русло мягкой мозговой оболочки [5].

Последующие исследователи этой проблемы, в том числе отечественные [5], не подтвердили эту гипотезу, доказав опытным путем, что ЦСЖ из желудочков мозга перемещается в подпаутинное пространство на основании мозга, откуда меньшая ее часть проникает в подпаутинное пространство спинного мозга, а большая — распространяется по поверхности мозга вперед и проникает в мозговое вещество по интраадвентициальным пространствам кровеносных сосудов и всасывается венолами.

Однако отечественные неврологи практически не знакомы с одной из важных сторон научной и практической деятельности К.Н. Монакова. Многие годы он занимался изучени-

таблица 1: Дифференциально-диагностические признаки мозговых инсультов (цитируется по К.Н. Монакову, 1896 г.)

Эмболия	Тромбоз	Кровоизлияние
Большее число молодых возрастов.	Более старший возраст (если исключен сифилис).	Зрелый возраст, хотя иногда может быть у молодых.
Порок клапанов сердца (недостаточность и стеноз митральных клапанов), атероматоз базальных артерий.	Атероматоз сосудов тела (височных, радиальных и др.), часто нерегулярный пульс, слабые тоны сердца при относительно полном лучевом пульсе, несоответствие частоты сердечных ударов и пульса на лучевой артерии, инфекционные заболевания.	Сердце нормальное или гипертрофированное; вместе с тем кровоизлияния могут происходить и при наличии пороков сердца
Почки по большей части в норме.	Почки обычно в норме.	Часто сморщенная почка и вообще патология почек (в 30% случаев).
Заболеванию предшествует острый ревматизм, инфаркты в других органах.	Сифилис, алкоголизм, свинцовые отравления, отравление окисью углерода могут нередко предшествовать заболеванию.	Часто предшествует алкоголизм, свинцовые отравления, травмы, ожирение, заболевания крови — пурпура, подагра.
Без убедительных предвестников.	Предвестники, как правило, имеют место.	Предвестники крайне редки и кратковременны.
Часто находят инфаркты других органов (почки, селезенка и др.).	Инфарктов в других органах не отмечается.	Как и при тромбозе.

(Продолжение)

Эмболия	Тромбоз	Кровоизлияние
Во время инсульта, как правило, пациент бледнеет. Пульс нормальный и аритмичный (в соответствии с основным заболеванием, реже замедленный).		Гиперемия лица, пульс напряжен, часто замедлен, дыхание храпящее (шумное).
В начале заболевания без существенного повышения температуры как всего тела, так и в паретичных конечностях; при эндокардите м. б. лихорадка и озноб.	В начале инсульта температура тела не понижена, хотя низкая температура тела может предшествовать инсульту. Позже наблюдается умеренное повышение температуры.	Температура тела вначале понижена, через 24 часа повышается; паретичная половина тела более холодная, иногда слегка отечная.
Симптомы повышения внутричерепного давления и очаговые явления могут наступить внезапно. Кома обычно довольно глубокая.	Признаки повышения внутричерепного давления крайне редки. Очаговые симптомы нарастают постепенно. Они, как правило, малостабильны, часто переходящие. Общие мозговые проявления не интенсивные и кратковременные. Кома более 24 часов – крайне редко.	Симптомы сдавления мозга наступают часто и быстро, атака развивается внезапно и бурно. Коматозное состояние продолжается нередко более 24 часов. Пробуждение после комы происходит медленнее, чем при тромбозах. Почти всегда остается гемиплегия или гемипарез. Часто боли в паретичных конечностях.
Судороги предшествуют мозговой атаке (инсульту) довольно часто. Также нередко – склонность к периодическим повторениям эпилептических подергиваний, в частности, на паретичной стороне.	Судорожные припадки бывают, но реже, чем при эмболии.	Судорожные припадки редки, нет склонности к повторениям судорог. При кровоизлиянии в мост могут проявляться беспорядочные тонические и клонические судороги (подергивания). При этом наблюдается значительное сужение зрачков.
Отдаленные последствия не часты.	Отдаленные последствия редки.	Отдаленные последствия часты.
Нарушений психики до инсульта обычно не отмечается. После него нередко – делирий.	Расстройства психики (снижение памяти, интеллекта) задолго предшествуют атакам. После инсульта, иногда до него, отмечаются неустойчивое настроение, состояния возбуждения с делирием. Афазии, глухота, душевная слепота, моноплегии возникают часто по отдельности и ассоциированно.	Нарушения психической сферы перед инсультом очень редки, после него они не учащаются и выражаются лишь в общей слабости. Психическая истощаемость даже после массивных кровоизлияний наступает редко. Специальные формы афазии, моноплегии в целом редки.
Как правило, возникают очаговые нарушения.	Очаговые проявления могут отсутствовать.	Очаговые нарушения отсутствуют редко.
Нет склонности к повторным атакам. Как правило, имеет место один выраженный инсульт.	Наклонность к повторным приступам с парезами, двусторонними симметричными расстройствами (двусторонняя гемиплегия, корковая слепота, псевдобульбарные расстройства нередки).	Симметричные кровоизлияния, в частности, в больших полушариях мозга, крайне редки.
Глазное дно редко изменено, иногда отмечаются эмболы центральной артерии сетчатки.	Могут встречаться атеросклеротические изменения артерий сетчатки глаза.	Кое-где отмечаются очаги кровоизлияния на сетчатке глаза. Могут находить миллиарные аневризмы на сосудах сетчатки, а также другие изменения сетчатки.

ем этиопатогенеза, клиники и дифференциальной диагностики характера острых мозговых инсультов, что нашло отражение в большом разделе его первой монографии «Патология мозга» [15]. В этой книге К.Н. Монаков великодушным языком описал клиническую симптоматику геморрагических и ишемических инсультов, уже тогда выделив особо инфаркт мозга эмболического характера вследствие ревматической патологии. Впервые в мире (другие источники неизвестны) им разработана и приведена в этой монографии таблица диагностических симптомов геморрагических и ишемических инсультов (табл. 1).

При анализе таблицы обращает на себя внимание то, что в ней предлагаются диагностические критерии различных типов инсульта – эмболического, ишемического (тромботического) и геморрагического. Это поражает воображение, т. к. в то время изучение сосудистой патологии мозга делало первые шаги во многих странах, в т. ч. в России, и врачи не располагали точными знаниями об этиологических и патогенетических факторах этой патологии, а учение о локализации функций и их динамическом распределении в различных отделах мозга только начало оформляться. Не случайно, что в именно в конце XIX и в начале XX в. большая часть работ корифеев неврологии – В.М. Бехтерева и К.Н. Монакова, была посвящена анатомо-физиологическим основам организации и деятельности головного мозга (мы не нашли в литературе сведений о возможных контактах этих двух выдающихся ученых). Клиническая наблюдательность, умение анализировать полученные на практике данные, позволили К.Н. Монакову описать важнейшие критерии различных типов инсульта: постепенность начала и возможность развития предвестников (транзиторных ишемических атак) при тромботическом характере ишемического инсульта, внезапность начала эмболий и кровоизлияний в головной мозг, мгновенно наступающие и длительно сохраняющиеся коматозные состояния при геморрагическом инсульте. Одним из первых К.Н. Монаков обратил внимание на сопутствующие патологические изменения сердечно-сосудистой системы, почек, появление симптомов поражения вегетативной нервной системы и т. д. Вышеприведенная таблица легла в основу последующих дифференциально-диагностических схем инсульта [2, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20].

По мере развития новых технологий в диагностические таблицы стали вносить дополнительные признаки, относящиеся преимущественно к лабораторным методам исследования жидкостных сред – ЦСЖ, крови и др. В последнюю треть XX в. неврология обогатилась нейровизуализационными технологиями, которые стимулировали развитие ангиохирургических методов лечения ишемических и геморрагических инсультов. Это вновь поставило перед неврологией проблемы ранней диагностики характера острой сосудистой патологии головного мозга. Но несмотря на новейшие технологические достижения здравоохранения, основная роль в диагностике типа инсульта у постели больного, в выборе профильного лечебного учреждения, в котором ему могут предоставить максимум терапевтической (консервативной) и хирургической помощи в первые часы заболевания, принадлежит врачу (неврологу, специалисту «скорой помощи»).

Приоритет К.Н. Монакова в разработке проблем инсульта и создании таблицы дифференциально-диагностических признаков остается непоколебимым. Вместе с тем известно, что в середине XIX в. в России начали публиковаться

научные работы по различным аспектам острой сосудистой патологии головного мозга. Так, в 1868 г. Г.И. Архангельский опубликовал первую в русской медицинской литературе статью о клинических проявлениях инсульта, посчитав характерным для ишемического типа постепенное развитие заболевания и отсутствие утраты сознания [1.]. В 1889 г. А.Я. Кожевников в своей книге расширил круг диагностических симптомов, описав характерные, по его мнению, признаки кровоизлияния — пожилой возраст, внезапное,

среди полного здоровья, развитие инсульта, мгновенно наступающее бессознательное состояние, гиперемия лица, гипотермия в самые первые часы, мышечная атония [7].

В заключение следует подчеркнуть, что разработанная К.Н. Монаковым таблица дифференциальной диагностики инсультов, дополненная современными знаниями, и в настоящее время может служить инструментом для совершенствования диагностического потенциала невролога.

Список литературы

1. Архангельский Г.И. Медицинский вестник 1868: 30–40.
2. Боголепов Н.К. Сосудистые заболевания нервной системы. Руководство по неврологии. Т. 4, ч. 1. М., 1963: 7–484.
3. Давиденкова Е.Ф. К.Н. Монаков. В кн.: БМЭ. Т. 15. М., 1991: 431.
4. Давиденкова Е.Ф., Розенберг О.А. Памяти Константина Николаевича Монакова (1853–1930). Журн. неврол. и психиатрии им. С.С. Корсакова 1981; 8: 1227–1228.
5. Иванов Г.Ф. Руководство по неврологии. Т. 1, кн. 2. М., 1957: 200–311.
6. Киссельринг Ю. Константин фон Монаков — русский основатель Швейцарского неврологического общества. Журн. неврол. и психиатрии им. С.С. Корсакова 2001; 5: 52–53.
7. Кожевников А.Я. Курс нервных болезней. М., 1889.
8. Кроль М.Б. Невропатологические синдромы. Харьков–Киев, 1933: 413–420.
9. Кроль М.Б. Неврологические синдромы. М.–Л., 1936: 567–585.
10. Лурье З.Л., Вайнштейн И.Г., Коган С.Л. Клинико-анатомические параллели при мозговых инсультах. В кн.: Инфекционные и сосудистые заболевания нервной системы. М., 1950: 211–220.
11. Миртовский Н.В. Нарушения мозгового кровообращения. М., 1958.
12. Wright J.S. Инсульты. Современное состояние диагностики и лечения. В кн.: Современные проблемы кардиологии. М., 1960: 53–68.
13. Членов Л.Г., Лебедева Н.В. Распознавание и лечение мозговых инсультов. В кн.: Острые нарушения мозгового кровообращения. Вып. 1. М., 1960: 44–61.
14. Шефер Д.Г., Капинос И.Ф., Шмушкевич Л.С. и др. Скорая помощь при мозговом инсульте. Свердловск, 1965.
15. Монаков К. Gehirnpathologie. Wien, 1896: 667–877.
16. Hiller F. Die Zirkulationsstorungen des Ruckckenmarks und Gehirn. Handbuch der Neurologie. Herausgegeben von O. Bumke und O. Foerster. Berlin, 1936, Bd. XI: 284–301.
17. Lange J. Die Krankheiten des Gehirns ins seiner Hault. Die Zirkulationsstorungn, Hanbuch die inneren Medizin. Berlin, 1939, Bd. V, Teil I: 429–481.
18. Novotny K. Der zerebrale Insult. Wiener Klinische Wochenschrift 1953; 6551: 1017–1021.
19. Reisner H. Zerebrale Insult in besonderen Hirblick auf die Diffirentialdiagnose gegenuber raumfordernden Prozessen des Schadels. Wiener Medizinische Wochenschrift 1961; 111 (40): 643–647.
20. Reisner H. Die Differentialdiagnos des zerebralen Insults. Wiener Medizinische Wochenschrift 1966; 116 (39): 787–797.