

анамнеза сердечнососудистых заболеваний. Для предупреждения реакции Яриша – Геркгеймера очевидно имеет смысл начинать пенициллинотерапию с не трепонемоцидных дозировок препарата в первые дни лечения, например, с внутримышечного введения 1-2 млн ЕД х 2, затем 4, далее 6 раз в сутки по 2 дня на каждую дозировку, затем переходить к полноценному курсу внутривенного введения препарата по 10-12 млн. ЕД дважды в сутки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Родиков М. В., Шпрах В. В. Нейросифилис // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2009. - Т. 109, № 2. - С. 78-81
2. Feng W., Caplan M., Matheus M.G., Papamitsakis N.I. Meningovascular syphilis with fatal vertebrobasilar occlusion // Am. J. Med. Sci., 2009, V. 338, N 2, p. 169-171
3. Lee C.H., Lin W.C., Lu C.H., Liu J.W. Initially unrecognized dementia in a young man with neurosyphilis // Neurologist, 2009, V. 15, N 2, p. 95-97
4. Marra C.M. Update on neurosyphilis // Curr. Infect. Dis. Rep., 2009, V. 11, N 2, p. 127-134
5. Mehrabian S., Raycheva M.R., Petrova E.H. et al. Neurosyphilis presenting with dementia, chronic chorioretinitis and adverse reactions to treatment: a case report // Cases J., 2009, V 2, p 8334

Ю.В. Лобзин, Н.В. Скрипченко

РОЛЬ УЧЕНИЯ В.С. ЛОБЗИНА О НЕЙРОИНФЕКЦИЯХ В РЕШЕНИИ АКТУАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМНЫХ ВОПРОСОВ СЕГОДНЯШНЕГО ДНЯ

ФГУ «НИИ детских инфекций ФМБА России», Санкт-Петербург

В 2009 году медицинская общественность России отмечала 85-летие выдающегося невролога профессора Владимира Семеновича Лобзина [1]. Как ученый-невролог с широким профессиональным кругозором В.С. Лобзин особое внимание уделял проблеме нейроинфекций, рассматривая «инфекционные заболевания нервной системы как область клинической медицины, находящуюся на стыке интересов инфекционистов, педиатров и невропатологов» (1985 г). То есть, проблему нейроинфекций он видел как мультидисциплинарную, в которой важное место уделял педиатрам, поскольку до 70% нейроинфекций встречаются в детском возрасте и именно педиатрам свойственно изучать патологию с учетом анатомо-физиологических особенностей детского организма [2]. В настоящее время совершенно очевидно, что течение и исходы нейроинфекций у детей определяются совокупностью организационных подходов к лечению, реабилитации и диспансеризации. Благодаря многолетнему мониторингу в отделе нейроинфекций НИИ детских инфекций за более чем 5000 случаями заболеваний, выявлено, что в структуре ИЗНС имеют место гнойные (32,7%) и серозные (22,9%) менингиты, вирусные энцефалиты (12,2%), демиелинизирующие заболевания центральной (4,9%) и периферической нервной системы (9,6%), инфекционные поражения спинного мозга (17,7%). Летальность при менингитах составила 6,8%, при энцефалитах – 11%, при демиелинизирующих заболеваниях – 6,7%. У реконвалесцентов в 58% случаев определялись очаговые нарушения в виде центральных парезов по гемитипу.

поражение отдельных черепных нервов, атаксия, гиперкинезы, у 37% – гипертензионный синдром и задержка психомоторного развития, у 5% - симптоматическая эпилепсия [5]. Придавая огромное значение скорости развития патологического процесса в ЦНС при нейроинфекциях, В.С. Лобзин всегда позиционировал необходимость использования в лечении самые передовые технологии своего времени (новые антибиотики при гнойных менингитах, рибонуклеазу – при серозных менингитах). Этой позиции отдел нейроинфекций придерживается и сегодня. В качестве этиотропных препаратов применяются как цефалоспорины 3 поколения, фторхинолоны, так и аномальные нуклеозиды, иммуномодуляторы, интерфероны, внутривенные иммуноглобулины. Поскольку неблагоприятные исходы и тяжелый неврологический дефицит наблюдаются в 80% случаев при нейроинфекциях, сопровождающихся судорожно-коматозным статусом, дислокационным синдромом и септическим шоком, значимое место, как показывают исследования, имеет последовательность лечебных мероприятий при проведении интенсивной терапии уже с догоспитального этапа [1,5]. С этой целью в отделе отработана тактика лечения, включающего борьбу с гиповентиляцией и гипоксией (интубация трахеи, ИВЛ), инфузионную терапию, направленную на адекватную перфузию органов и тканей, применение гормонов, а при госпитализации в стационар - дополнительное введение комплексных нейрометаболитов, целенаправленную антибиотикотерапию, при нормализации ОЦК применение инотропов. В.С.Лобзин особое внимание уделял раннему восстановительному лечению неврологических больных, именно эта идея является постулатом современной реабилитологии, в основе которой лежит концепция о том, что одновременно с повреждением нервной ткани включаются процессы, направленные на ее восстановление. С учетом этого в НИИДИ разработана система поэтапной реабилитации детей, больных острыми нейроинфекциями. На

первом этапе в острый и подострый период заболевания (период ранней реконвалесценции) для оптимизации восстановительных процессов, обязательным является нейтрализация повреждающих факторов мозга. Это достигается адекватным, своевременным воздействием на самого возбудителя путем применения антибиотиков широкого спектра действия или противовирусных препаратов при бактериальных или вирусных нейроинфекциях, внутривенных иммуноглобулинов, проведением плазмафереза при подостром и хроническом течении диссеминированных энцефаломиелитов, при тяжелых полинейропатиях [3, 4]. Одновременно, для купирования сосудистых и метаболических нарушений в центральных и периферических нейронах применяются комплексные нейрометаболиты (трентал, солудексид, актовегин, цитофлавин, мексидол, глиатилин), причем при тяжелых формах заболевания препараты назначаются внутривенно капельно в возрастных дозах в течение 5-7 дней с последующим пероральным применением на протяжении 4-6 недель. Также назначаются антигипоксанты (гипоксен, актовегин), нейровитамины (нейромультивит) и препараты ноотропного действия (пантогам, пирацетам, энцефобол). На втором этапе восстановительного лечения (период поздней реконвалесценции) для стимуляции репаративных и компенсаторных процессов в нервной системе необходимо применение нейропептидов, обладающих нейротрофическим действием (церебролизин, кортексин, семакс). На третьем этапе реабилитации (период остаточных явлений), когда уже сформировалось устойчивое патологическое состояние, связанное с дефектом мозгового вещества, необходимо проведение мероприятий, направленных на адаптацию организма и формирование моторно-гностических функций. С этой целью показано введение вазоактивных нейрометаболитов и нейропептидов локально на область пораженных сегментов и сформировавшихся контрактур путем мазевых аппликаций или электрофореза длительностью 15 - 20 сеансов,

проводимых как в условиях стационара или поликлиники, так и при санаторно-курортном лечении. Обязательным является применение массажа, ЛФК, ортопедической, психологической и логопедической коррекции. Проведение активной медикаментозной терапии на этом этапе малоэффективно и носит симптоматический характер. В.С. Лобзин один из первых отечественных ученых определил роль и место диспансеризации в ведении больных с неврологическим дефицитом после перенесенной нейроинфекции [2]. Принимая во внимание результаты фундаментальных исследований кафедры невропатологии ЛенГИДУВа, которую возглавлял В.С. Лобзин с 1982 по 1992 гг., в НИИ детских инфекций определены приоритетные принципы диспансеризации реконвалесцентов острых нейроинфекций на протяжении 3-5 лет: индивидуальность, комплексность, последовательность, непрерывность и преемственность на всех этапах реабилитации [3,5,6]. Следование данным принципам в отделе нейроинфекций позволило добиться полного выздоровления детей с различными нейроинфекциями в 72-81% случаях (48-53% в начале 90-х годов в зависимости от нозологической формы).

Таким образом, В.С. Лобзин, являясь одним из ведущих отечественных неврологов своего времени, внес бесценный вклад в изучение различных нейроинфекционных проблем, эволюционное развитие которых в настоящее время способствует улучшению исходов нейроинфекций. Это и есть самая высокая оценка жизни и деятельности блестящего Ученого и Учителя Владимира Семеновича Лобзина.

ЛИТЕРАТУРА

1. Материалы Всероссийской Юбилейной НПК «Актуальные проблемы клинической неврологии, посвященной 85-летию В.С. Лобзина, СПб. 29-30.09.2009г, 98 с.
2. Лобзин В.С. Менингиты и арахноидиты./ Ленинград, Медицина, 1983.-187 с.
3. Скрипченко Н.В., Команцев В.Н. Инфекционные заболевания периферической нервной системы у детей. - М.: Медицина, 2006.- 567 с.
4. Скрипченко Н.В., Иванова Г.П. Клещевые инфекции у детей.- М.: Медицина, 2008.- 424 с.
5. Сорокина М.Н., Иванова В.В., Скрипченко Н.В. Бактериальные гнойные менингиты у детей.-М.: Медицина, 2003.- 376 с.
6. Сорокина М.Н., Скрипченко Н.В. Вирусные энцефалиты и менингиты у детей. - М.: Медицина, 2004.- 346 с.