



Daghestan State Medical University
Department of Neurological Diseases, Medical Genetics and Neurosurgery

Daghestan Association (Union) of Neurologists, Neurosurgeons and
Rehabilitation Specialists

The Society of Neurologists and Neurosurgeons of the Republic of Daghestan

STROKE IN DAGHESTAN: PREVENTION, TREATMENT, STATISTICS

Materials of the seminar
in memory of Sh.M. Mutaev

Makhachkala
2020

Дагестанский государственный медицинский университет
Кафедра нервных болезней, медицинской генетики и нейрохирургии

Дагестанская ассоциация (Союз) неврологов,
нейрохирургов и специалистов по реабилитации

Общество неврологов и нейрохирургов Республики Дагестан

ИНСУЛЬТ В ДАГЕСТАНЕ: ПРОФИЛАКТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, СТАТИСТИКА

Материалы круглого стола
памяти Ш.М. Мутаева

Махачкала
2020

УДК 616.831-005.1(470.67)

ББК 56.1

И-34

Редакционная коллегия:

Б.А. Абусуева (глав. ред.), К.Б. Манышева (отв. ред.),

З.Р. Умаханова

Составитель:

К.Б. Манышева

*Рекомендовано к печати Дагестанской ассоциацией (Союзом)
неврологов, нейрохирургов и специалистов по реабилитации.*

И-34

Инсульт в Дагестане: профилактика, лечение, статистика: Материалы круглого стола памяти Шихшуната Мутаевича Мутаева / Глав. ред. Б.А. Абусуева. – Махачкала: ПБОЮЛ «Зулумханова», 2020. – 64 с.

В сборник вошли материалы научно-практического круглого стола, посвященного памяти известного дагестанского невролога Шихшуната Мутаевича Мутаева.

Издание адресовано практикующим врачам, клиническим ординаторам, аспирантам и студентам.

УДК 616.831-005.1(470.67)

ББК 56.1

*В оформлении обложки использовано фото Ш.М. Мутаева
2019 года из архива кафедры нервных болезней,
медицинской генетики и нейрохирургии ДГМУ*

ISBN 978-5-6045113-5-0

© К.Б. Манышева (сост.), 2020.

© Авторы статей, 2020.

СОДЕРЖАНИЕ

<i>Б.А. Абусуева.</i> Предисловие	7
---	---

РАЗДЕЛ I. ИНСУЛЬТ: ПРОФИЛАКТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, СТАТИСТИКА

<i>Б.А. Абусуева.</i> Современные представления о нейровизуализации ишемического инсульта в острейшем периоде	13
<i>Э.С. Агабекова.</i> Ишемический инсульт и приверженность пациентов к профилактической терапии	18
<i>В.В. Борисенко, Н.Э. Фулиди, Н.И. Коломиец.</i> Восстановительная терапия в подостром периоде инфаркта головного мозга	22
<i>Э.Н. Исмаил-Заде, П.Р. Камчатнов, Е.А. Арутюнова.</i> Вторичная профилактика ишемического инсульта и комбинированная антиагрегантная терапия	26
<i>К.Б. Манышева.</i> Синдром нарушения произвольных движений у женщин с ишемическим инсультом в Дагестане	32
<i>Ю.В. Панюков.</i> Антитела к NR2-пептиду как биомаркер инфаркта мозга	35
<i>А.А. Ханов, А.Г. Амирханов, Н.А. Гамидова.</i> Прогностическая роль измерения очагов ишемического инсульта	38

РАЗДЕЛ II. ВОСПОМИНАНИЯ

<i>Ш.М. Мутаев.</i> Страницы воспоминаний	45
---	----

Сведения об авторах	60
Summary	62

ПРЕДИСЛОВИЕ

Сборник материалов круглого стола посвящен вопросам острой сосудистой патологии головного мозга. На протяжении последних лет организацией помощи больным с ОНМК и подозрением на инсульт занимался Шихшунат Мутаевич Мутаев – руководитель Регионального сосудистого центра.

Сегодня с нами нет Шихшуната Мутаевича, но масштаб его фигуры и значимость его деятельности невозможно переоценить. Успешно завершив обучение в Дагестанском мединституте, он по окончании клинической интернатуры сразу приступил к практической деятельности в качестве врача-инфекциониста в Избербаше. Трудовую деятельность в неврологии он начал в качестве старшего лаборанта курса нервных болезней ДМИ под руководством доцента Владимира Абрамовича Лихтенштейна, активно участвовал в научно-практической деятельности кафедры.

С первых дней организации отделения неврологии в Детской республиканской клинической больнице руководил его работой. Грамотный подбор специалистов, тщательный диагностический поиск, оптимальная и точная терапевтическая тактика, коррекция ведения пациентов с учетом современных научных изысканий, бережное отношение к пациентам, умение находить общий язык с родителями больных сделали его отделение одним из лучших в республике.

Сотни спасённых жизней детей и предупрежденных ограничений социализации – результат кропотливой работы Ш.М. Мутаева.

Организаторский талант и профессиональные качества способствовали его привлечению к работе в качестве заведующего отделением неврологии в Республиканской клинической больнице. Разнообразные нозологии, сложные клинические случаи, труднокурабельные пациенты, увеличивающийся поток больных – все это стало профессиональным вызовом для Шихшуната Мутаевича. Долгие годы он был главным внештатным специалистом министерства здравоохранения республики. В современных реалиях неврологическая служба РКБ формировала отдельные узкоспециализированные подразделения, включающие в себя отделы других лечебных учреждений республики. И, конечно же, самый сложный участок был вверен Шихшунату Мутаеву. Его усилиями и стараниями был организован и начал работу Региональный сосудистый центр. Координация деятельности скорой помощи, приемного отделения, лабораторной службы, визуализации, отделений интенсивной терапии и ОНМК, рентгенэдоваскулярных и хирургических методов лечения, реабилитационных и физиотерапевтических подразделений, первичных сосудистых отделений и не имеющих в своём составе служб по ведению больных с ОНМК районных и городских лечебных учреждений – это лишь неполный список работы, выполняемой Ш.М. Мутаевым.

Шихшунат Мутаевич пронёс через всю жизнь преданность традициям отечественной и дагестанской неврологической школы, его созидательный потенциал заряжал энергией сотрудников, внушал веру в победу над недугом больным людям и их родным! Именно таким он остался в нашей памяти – человеком, полным жизни и планов, старшим другом и наставником, готовым делиться с коллегами накопленным опытом, эрудитом и оптимистом.

Заданный им уровень профессионализма и гуманности поддерживать непросто, но у нас есть прекрасные примеры для подражания. Нужно лишь следовать избранному пути.

*Бурлият Абусуева,
кандидат медицинских наук,
доцент, заведующий кафедрой нервных болезней, медицин-
цинской генетики и нейрохирургии ДГМУ*

РАЗДЕЛ I

ИНСУЛЬТ: ПРОФИЛАКТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, СТАТИСТИКА

Б.А. Абусуева

**СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О
НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИИ ИШЕМИЧЕСКОГО
ИНСУЛЬТА В ОСТРЕЙШЕМ ПЕРИОДЕ**

Вопросы оказания помощи пациентам с ишемическим инсультом, в том числе и условия, необходимые для постановки диагноза и выбора стратегии лечения, регулируют приказы и другие нормативно-правовые акты министерств здравоохранения, клинические рекомендации разных стран и организаций, стандарты оказания специализированной медицинской помощи [1; 2; 3].

Всем пациентам, поступающим в стационар с подозрением на острый церебральный инсульт, по прибытии в больницу незамедлительно должно быть выполнено нейровизуализационное исследование головного мозга. В большинстве случаев неконтрастная КТ предоставляет необходимую информацию по установлению типа инсульта и позволяет судить об объеме неотложной помощи, который нужно оказать данному пациенту.

КТ является относительно недорогим диагностическим методом, проведения которого достаточно для определения стратегии ведения пациента. Хотя МРТ в режиме диффузионно-взвешенного изображения (DWI) является более

чувствительной, чем КТ, для выявления острой церебральной ишемии, рутинное её использования у всех пациентов с острым ишемическим инсультом (ИИ) экономически невыгодно, а также требует больших временных затрат. Неконтрастная КТ всех пациентов с острым инсультом эффективна с финансовой точки зрения, поскольку она выявляет внутримозговое кровоизлияние (ВМК) и позволяет не проводить антитромбоцитарную терапию таким пациентам.

Работа сосудистого центра должна быть организована в клинике таким образом, чтобы визуализационное исследование головного мозга могло быть выполнено в течение 20 минут после прибытия в стационар, хотя бы для каждого второго пациента, которому потенциально может быть необходима внутривенная тромболитическая терапия (ТЛТ) и/или эндоваскулярная терапия (ЭВТ) – механическая тромбэкстракция.

Польза этих методов лечения прямо зависит от времени, так как более раннее начало терапии в терапевтическом окне приводит к пропорционально лучшим результатам. Таким образом, проведение КТ для исключения ВМК крайне важно для пациентов, которые потенциально могут получить внутривенную ТЛТ, то есть сокращение временного интервала от поступления в сосудистый центр до визуализации мозга может сократить время до начала лечения. Среднее время от двери до визуализации менее 20 минут достижимо в клиниках совершенно разного уровня.

КТ и МРТ, включая режимы перфузии, не должны задерживать начало внутривенной ТЛТ. При этом степень и тя-

жесть ранних ишемических изменений на КТ, а также повышенный сигнал от средней мозговой артерии (СМА) не должны выступать критерием отказа от внутривенной ТЛТ.

Проведение рутинного МРТ для исключения церебральных микрогеморрагий перед проведением внутривенной ТЛТ не показано.

Если предполагается ЭВТ, то пациенту начинают внутривенную ТЛТ, после которой проводится неинвазивная церебральная ангиография.

Пациентам, которые являются потенциальными кандидатами на ЭВТ, целесообразна визуализация экстракраниальных сонных и позвоночных артерий, в дополнение к церебральной ангиографии, для решения вопроса о проведении ЭВТ. Знание анатомии сосудов и наличия диссекций, стенозов и окклюзий экстракраниальных сосудов может помочь в планировании эндоваскулярных процедур или отсеивании пациентов, не подходящих для данного метода лечения из-за извилистости сосудов или невозможности получить доступ к внутричерепной сосудистой сети.

Пациентам с ишемическим инсультом при отсутствии симптомов заболевания в течение 6–24 часов, на фоне окклюзии крупного сосуда в бассейне передней циркуляции рекомендуется проведение КТ-перфузии, МРТ в режимах DWI и перфузии, чтобы определить возможность проведения ЭВТ.

В исследовании DAWN использовалось клиническое несоответствие изображений (комбинация NIHSS и результатов визуализации на КТ-перфузии или МРТ-DWI) в каче-

стве критерия отбора пациентов с окклюзией крупного сосуда в переднем бассейне циркуляции на механическую тромбэктомии без симптомов инсульта в течение 6–24 часов. Это исследование продемонстрировало общее улучшение функциональных результатов в группе лечения через 90 дней (оценка mRS 0–2, 49% против 13%). В исследовании DEFUSE 3 в качестве критерия визуализации для отбора пациентов с окклюзией крупного сосуда в бассейне передней циркуляции для механической тромбэктомии без симптомов инсульта в течение 6–16 часов выступало несоответствие перфузионного ядра и ядра ишемии. Результатом исследования было ясно показано улучшение функционального исхода через 90 дней в группе лечения (оценка mRS 0–2, 44,6 % против 16,7 %). Преимущество проведения ЭВТ в такие сроки не зависит от соответствия или несоответствия пациентов критериям DAWN. DAWN и DEFUSE 3 являются единственными рандомизированными контролируемые испытаниями, которые демонстрируют преимущество механической тромбэктомии, проводимой более чем через 6 часов после начала заболевания. Поэтому для отбора пациентов следует использовать критерии только одного из этих испытаний. В настоящее время в клинической практике необходимо строго соблюдать требования DAWN или DEFUSE 3.

ЛИТЕРАТУРА

1. Порядок оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения (утвержден приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации

от 15 ноября 2012 г. № 928н) // Режим доступа: <https://minzdrav.gov.ru/documents/9104-poryadok-okazaniya-meditsinskoj-pomoschi-bolnym-s-ostrymi-narusheniyami-mozgovogo-krovoobrascheniya-utv-prikazom-ministerstva-zdravoohraneniya-rossiyskoj-federatsii-ot-15-noyabrya-2012-g-928n>

2. *Pierot L., Jayaraman M.V., Szikora I. et al.* Standards of practice in acute ischemic stroke intervention: international recommendations // *Journal of NeuroInterventional Surgery*. – 2018. Vol. 19 (11). – P. 1121–1126.
3. *Powers W.J., Rabinstein A.A., Ackerson T. et al.* Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association // *Stroke*. – 2019. Vol. 50. Iss. 12. Режим доступа: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STR.0000000000000211>

Э.С. Агабекова

ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ К ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Во всем мире инсульт ежегодно поражает от 5,6 до 6,6 млн человек и уносит 4,6 млн жизней. Каждые 1,5 мин. в России у кого-то впервые развивается инсульт [1]. Помимо высокой летальности, он влечет за собой стойкое нарушение трудоспособности: от 15 до 30 % больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), остаются стойкими инвалидами.

С целью профилактики ОНМК по ишемическому типу применяют лекарственные препараты из разных фармакологических групп – антигипертензивные, антитромбоцитарные, статины и др. Их роль в снижении риска развития первичного ишемического инсульта (ИИ) неоспорима [3]. Тем не менее, у многих пациентов, получающих профилактическое лечение, возникает ИИ. Приверженность пациентов к лечению оказывает влияние не только на эффективность проводимой профилактической терапии, но и на её исход [2].

Мы повели исследование для изучения влияния приверженности пациентов к профилактической терапии и факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) на течение и исход острого ИИ.

В исследование были включены 62 пациента с ИИ, из них 37 мужчин и 25 женщин, госпитализированные в острейшем периоде. Возраст больных составил от 45 до 75 лет, средний возраст – $59,3 \pm 13,2$ года. Очаги ИИ, верифицированного с помощью нейровизуализации, локализовались в каротидном или вертебрально-базилярном бассейнах. У 46 (67,7 %) имел место ИИ в каротидной системе, у 16 (32,3 %) – в вертебрально-базилярной системе. Атеротромботический подтип ИИ отмечался у 28 (46,2 %) больных, лакунарный – у 19 (30,6 %), неуточненный – у 12 (19,4 %), кардиоэмболический – у 3 (4,8 %). У 52 (83,9 %) больных имел место первичный, а у 10 (16,1 %) – повторный ИИ. У 60 (96,8 %) больных ИИ развился на фоне артериальной гипертензии, у 28 (46,2 %) – при сочетании с атеросклерозом, и у 3 (4,8 %) – с мерцательной аритмией.

На 1, 7 и 14-е сутки каждому пациенту проводили клинический осмотр, оценку уровня бодрствования по шкале комы Глазго и неврологического дефицита по шкалам NIHSS, Европейской шкале инсульта, индексу Бартел.

До развития ИИ терапию препаратами для лечения ССЗ не получали 27 (43,5 %) больных. Антигипертензивная терапия была назначена 29 (46,8 %) больным, антиагрегантная – 30 (48,4 %) больным. Комбинированная терапия применялась 22 (35,5 %) больными. Непрямые антикоагулянты (варфарин) получал 1 больной.

В ходе исследования установлено, что среди получавших лечение ССЗ больных реже встречались повторные ИИ ($p < 0,05$), признаки атрофии головного мозга ($p < 0,05$), изменения по типу сосудистой энцефалопатии. Приверженность их к терапии ассоциирована с меньшим риском развития когнитивных нарушений ($p < 0,05$) и более высокой степенью независимости в повседневной жизни по индексу Бартел ($p < 0,05$). Не установлено связи между предшествующей терапией и выраженностью неврологического дефицита за время пребывания в стационаре. Вместе с тем, функциональный исход заболевания у таких пациентов оказался лучше, что связано с высокой приверженностью не только к лекарственной терапии, но и к полноценному проведению восстановительного лечения.

Приверженность к терапии в значительной степени препятствует развитию и прогрессированию дисциркуляторной энцефалопатии, изменениям структуры мозгового вещества и когнитивных нарушений.

У больных, получающих регулярно антигипертензивную и антиагрегантную терапию, чаще встречаются лакунарные инфаркты и реже – атеротромботические.

Полученные нами результаты свидетельствуют о взаимосвязи приверженности пациентов к профилактической терапии и течения цереброваскулярной патологии, в частности, острого ИИ, её влиянии на исход ИИ, что позволяет повысить качество жизни таких пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Парфенов В.А., Вербицкая С.В.* Антитромбоцитарная терапия во вторичной профилактике ишемического инсульта // Медицинский совет. – 2015. № 5. – С. 6–10.
2. *Hamed Asadi H., Dowling R., Yan B., Mitchell P.* Machine Learning for Outcome Prediction of Acute Ischemic Stroke Post Intra-Arterial Therapy // PLoS One. – 2014. Vol. 9. Iss. 2. – P. 1–11.
3. *Lip G.Y.H., Skjøth F., Rasmussen L.H., Larsen T.B.* Affiliations expand Oral Anticoagulation, Aspirin, or No Therapy in Patients With Nonvalvular AF With 0 or 1 Stroke Risk Factor Based on the CHA2DS2-VASc Score // Journal of the American College of Cardiology. – 2015. Vol. 65. Iss. 14. – P. 1385–1394.

В.В. Борисенко, Н.Э. Фулиди, Н.И. Коломиец

ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В ПОДОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА ГОЛОВНОГО МОЗГА

В подостром периоде инфаркта головного мозга важными становятся вопросы реабилитации двигательной функции и речи. Восстановление моторики руки имеет значение в вопросах самообслуживания как для повседневной жизни, так и для психологической реабилитации. Благодаря близости корковых центров, реабилитация моторики правой руки способствует восстановлению моторной речи. Эти особенности учитывались нами при проведении реабилитационной терапии.

Механотерапия с использованием резинового мяча, каштана, карандаша, мягкой игрушки, герметично закрытого пластикового пакета с жидким наполнителем применялась для восстановления функции паретичных конечностей. Приёмы механотерапии (прокатывание предмета на опоре, перебирание в руке, подбрасывание предмета вверх) вызывают раздражение экстеро- и проприорецепторов конечностей, активации периферических, а затем по типу обратной связи и корковых мотонейронов [2, с. 69]. Совместно с фармакотерапией эти мероприятия способствуют улучшению перифокальной микроциркуляции, уменьшению размеров

очага гипоксии в головном мозге. Работа с бытовыми, домашними, знакомыми предметами является положительным «эмоциональным якорем», способствующим формированию мотивации к занятиям. Способ рисования на песке применяется нами как способ тренировки мелкой моторики руки в условиях наименьшего сопротивления, а также оказывал седативное воздействие на больного [1, с. 155]. Сочетание данных способов реабилитации с дыхательной гимнастикой оказывает благотворное воздействие путём улучшения оксигенации крови и нервных тканей. Приёмы артикуляционной гимнастики используются при моторных нарушениях речи. Артикуляционная гимнастика основана на глобальном повторении отдельных простых слов определённой фонетической конструкции с поверхностной артикуляцией. Для растормаживания речи применяется простой счёт. Метод основан на фонетическом подходе к подбору слов и использовании автоматизированных речевых рядов. При функциональной возможности двигательных движений в правой кисти артикуляционная гимнастика подкрепляется написанием печатных букв и цифр. Таким образом, написание букв и цифр проговаривается больным. Происходит активация корковых центров моторной речи и моторной графии, восстановление корковых взаимоотношений, ускоренная реабилитация как моторной речи, так и тонкой функции правой кисти. Ярким проявлением непроизвольного сочетания дыхательной и артикуляционной гимнастики является применение лечебного пения при моторных нарушениях речи. Вначале воспроизводится несколько раз

знакомая больному песня в нормальном ритме, потом с выделением паузой отдельных слов, затем отдельных слогов. Пение оживляет ритм и мелодику каждого слова, растормаживая речевую функцию пациента, непроизвольно стимулирует дыхание. Кроме благотворного влияния на речь, лечебное пение улучшает настроение, снимает депрессивный фон, вызванный тяжёлой болезнью, улучшает когнитивные функции [3, с. 121, 213]. Обычно наши пациенты с большим удовольствием поют любимые песни, песни своей молодости, активной зрелости. Пение дарит им радостные воспоминания, улучшает эмоциональный фон, дарит уверенность в скором выздоровлении.

В подостром периоде мы активно сочетаем все элементы вышеперечисленных методик. Обычно проводим 4–6 занятий по 8–10 минут 2–3 раза в день. Первые занятия проходят с врачом ЛФК с привлечением, по возможности, родственников, затем занятия проводят родственники вместе с пациентами, затем и сами пациенты. Применение их в течение двух недель способствует как увеличению объёма активных движений и силы в правой кисти, нивелированию дефектов моторной речи, улучшению спонтанной речи, так и положительно влияют на общее психологическое состояние больных, повышает качество лечения. Мы использовали данные методики при лечении 135 больных. У 98 (72,6 %) больных наблюдалось выраженное улучшение в виде увеличения объёма активных движений на 2 балла и моторной речи с воспроизведением слов, содержащих буквы р, с, шипящих звуков. У 37 (27,4 %) больных наблюдалось относительное улучшение в виде увеличения объёма активных

движений на 1 балл. У всех больных улучшился эмоциональный статус. Применение реабилитационных методик позволило повысить эффективность лечения на 39,5 %, привело к сокращению времени пребывания больных в стационаре на 3,2 дней. Эти методики были рекомендованы больным для дальнейшей и длительной реабилитации в домашних условиях.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Никитина А.В.* Нетрадиционные техники рисования. – М.: Корона-Век, 2015.
2. *Петрова Е.С.* Развиваем моторику руки. – М.: Шанс, 2016.
3. *Шохор-Троцкая М.К.* Стратегия и тактика восстановления речи. Нейропсихологическое введение в логопедию. – М.: Эксмо-пресс, 2017.

Э.Н. Исмаил-Заде, П.Р. Камчатнов, Е.А. Арутюнова

**ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ИШЕМИЧЕСКОГО
ИНСУЛЬТА И КОМБИНИРОВАННАЯ
АНТИАГРЕГАНТНАЯ ТЕРАПИЯ**

В настоящее время для предупреждения повторного атеротромботического ишемического инсульта (ИИ) наиболее широко используются препараты ацетилсалициловой кислоты (АСК). Опыт ее клинического применения насчитывает более 110 лет, при этом около полувека она назначается в качестве препарата, уменьшающего активность тромбоцитов и снижающего риск тромбообразования. Колоссальный опыт клинического применения АСК позволяет рассматривать ее в качестве эталонного антиагреганта, обладающего удовлетворительными фармакоэкономическими показателями. Результаты целого ряда масштабных рандомизированных клинических исследований убедительно свидетельствуют о способности АСК достоверно уменьшать частоту повторных случаев как ИИ, так и инфаркта миокарда и сосудистой смертности. Вследствие подтвержденной эффективности АСК препарат входит в большинство региональных стандартов ведения пациентов, перенесших ИИ. Серьезную проблему, ограничивающую эф-

фективность применения АСК в качестве средства вторичной профилактики ИИ, представляет резистентность к ней, которая встречается у 10–20 % пациентов [1]. Со снижением антитромбоцитарного эффекта АСК связаны низкая биодоступность препарата, усиленное образование тромбоцитов, индуцированная стрессом избыточная выработка циклооксигеназы-2 тромбоцитами, повышенная чувствительность тромбоцитов к индукторам агрегации.

Указанные особенности поведения тромбоцитов нередко генетически детерминированы. Чувствительность к АСК снижена у пациентов с острой ишемией различных органов, сахарным диабетом, курильщиков. Причем повышение суточной дозы препарата не устраняет проблему, связанную с резистентностью к АСК. Установлено, что ее антитромбоцитарная активность не носит дозозависимого характера, но с повышением дозы препарата значительно возрастает риск гастроинтестинальных осложнений. Выходом из этой ситуации является отказ от приема АСК, что может быть ассоциировано с целым рядом негативных последствий, или одновременное назначение с АСК другого антитромбоцитарного препарата, имеющего отличный от нее механизм действия. На сегодняшний день таким препаратом является дипиридамо́л (Курантил), который за счет угнетения активности фосфодиэстеразы тромбоцитов повышает концентрацию в них цАМФ и цГМФ, оказывая тем самым антитромбоцитарный эффект.

Одним из первых масштабных исследований, посвященных оценке возможности вторичной профилактики ИИ после перенесенных ИИ и (или) транзиторной ишемической

атаки (ТИА) с применением комбинации АСК и дипиридамола, является ESPS-1 (European Stroke Prevention Study – 1) [2]. Полученные результаты продемонстрировали достоверно бóльшую эффективность комбинированной терапии по сравнению с плацебо. Кроме того, исследование показало, что эффективность дипиридамола в отношении предупреждения риска повторного ИИ близка к таковой у АСК, тогда как эффект в отношении снижения риска развития острого инфаркта миокарда значительно менее выражен.

Задачами последующих исследований явилось изучение эффективности и безопасности комбинированной терапии с применением АСК и дипиридамола с целью вторичной профилактики ИИ, а также сравнение эффективности такой стратегии с применением других антитромбоцитарных препаратов. Интерес вызывают результаты рандомизированного контролируемого многоцентрового исследования ESPS-2 (European Stroke Prevention Study – 2). В соответствии с дизайном исследования в него были включены 6602 больных, перенесших ИИ/ТИА, которые на протяжении более чем 24 месяцев получали малые дозы АСК (50 мг в сутки), дипиридамола (400 мг в сутки) как в режиме монотерапии, так и в условиях комбинированной терапии, при этом группа сравнения получала плацебо. Более значимый эффект был зарегистрирован в группе получавших комбинированную терапию, где уменьшение числа ИИ составило 37%, а ИИ и (или) летального исхода – 24 %. Необходимо отметить, что ни один из режимов терапии не сопровождался снижением общей смертности, обусловленной раз-

личными причинами. Авторы отметили сопоставимую эффективность применения как АСК, так и дипиридамола в указанных дозах, при том, что комбинированная терапия оказывала более выраженный эффект. В последующем было установлено, что систематическое применение такой лекарственной комбинации сопровождается примерно двухкратным снижением риска развития ИИ или ТИА по сравнению с монотерапией.

На рубеже 1990–2000 годов комбинированная терапия широко использовалась в клинической практике в странах Западной Европы с целью вторичной профилактики эпизодов острой церебральной ишемии. В 2008 году были опубликованы результаты масштабного мультицентрового рандомизированного клинического исследования PROFESS, посвященного оценке эффективности различных стратегий вторичной профилактики ИИ [3]. Всего в данном исследовании приняли участие 20332 пациента, находившихся под наблюдением на протяжении 2,5 лет. При сравнении эффективности комбинации АСК (50 мг в сутки) и дипиридамола (400 мг в сутки), с одной стороны, и клопидогрела (75 мг в сутки), с другой, оказалось, что на фоне лечения ИИ развился в 9,0 и 8,8% случаев соответственно. Также не было существенных различий в частоте других точек исследования (острый инфаркт миокарда, смертность от заболеваний сердечно-сосудистой системы). Полученные данные свидетельствуют о сопоставимой эффективности двух режимов терапии, используемых в качестве средства вторичной профилактики ИИ.

Последующие исследования были посвящены изучению патогенетических подтипов ИИ, при которых от применения дипиридамола возможно ожидать максимального превентивного эффекта. Как свидетельствуют результаты систематизированного Кокрейновского обзора, максимальную и несомненную пользу от приема дипиридамола получают больные с симптомным поражением крупных экстра- или интракраниальных артерий (атеротромботический патогенетический подтип ИИ), перенесшие ИИ без выраженного очагового неврологического дефицита или с хорошим восстановлением нарушенных функций. Оказалось, что применение комбинации АСК и дипиридамола сопровождалось существенным достоверным снижением риска развития повторного ИИ, острого инфаркта миокарда или смерти.

Более сложным оказался вопрос о целесообразности проведения антиагрегантной терапии с целью предупреждения повторного ИИ у пациентов, перенесших лакунарный инфаркт. Монотерапия различными антиагрегантами (АСК, дипиридамолом, клопидогрелом, тиклопидином и пр.) в равной степени достоверно снижает риск развития повторного ИИ у таких пациентов.

Не все исследования продемонстрировали эффективность такой терапии для снижения частоты острого инфаркта миокарда или общей смертности. Антиагрегантная терапия, в том числе с применением дипиридамола или комбинации дипиридамола + АСК, позволяет снизить риск развития повторного ИИ у пациентов, перенесших лакунар-

ный ИИ. Учитывая роль артериальной гипертензии в качестве важного фактора риска развития лакунарного ИИ, очевидна необходимость строго контроля уровня артериального давления у таких пациентов с целью предупреждения дальнейшего поражения сосудистого русла.

ЛИТЕРАТУРА

1. Камчатнов П.Р., Абусуева Б.А., Исмаил-Заде Э.Н., Манышева К.Б. Антитромбоцитарная терапия как средство вторичной профилактики ишемического инсульта // Медицинский алфавит. – 2017. Т. 2. № 15. – С. 57–62.
2. Diener H., Cunha L., Forbes C. European Stroke Prevention Study 2. Dipyridamole and acetylsalicylic acid in the secondary prevention of stroke // Journal of the Neurological Sciences. – 1996. Vol. 143. – P. 5–13.
3. Sacco R., Diener H.-C., Yusuf S. et al. Aspirin and Extended-Release Dipyridamole versus Clopidogrel for Recurrent Stroke // The New England Journal of Medicine. – 2008. Vol. 359. – P. 67–74.

К.Б. Манышева

**СИНДРОМ НАРУШЕНИЯ ПРОИЗВОЛЬНЫХ
ДВИЖЕНИЙ У ЖЕНЩИН С ИШЕМИЧЕСКИМ
ИНСУЛЬТОМ В ДАГЕСТАНЕ**

Центральные парезы и параличи различной степени выраженности – один из наиболее распространенных и ведущих симптомов инсульта. Их сохранение в процессе реабилитации и в периоде стойких резидуальных явлений часто обуславливает не только утрату трудоспособности и инвалидность, но и неспособность к самообслуживанию пациентов, перенесших инсульт [3].

Для определения частоты встречаемости и степени выраженности синдрома нарушения произвольных движений у женщин с ишемическим инсультом (ИИ) на базе Регионального сосудистого центра нами проведен анализ 75 случаев ИИ у женщин. Средний возраст пациенток составил – $65,4 \pm 11,3$ лет. Средняя длительность нахождения в стационаре – $13,4 \pm 4,9$ дней.

Всем пациенткам был проведен соматический и неврологический осмотр. Наличие двигательных нарушений и оценку их глубины проводили по шкале Британского совета медицинских исследований (ШБСМИ). Уровень сознания оценивали по шкале комы Глазго (ШКГ). Диагноз ИИ был

верифицирован в каждом случае с помощью методов нейровизуализации. Поученные результаты были обработаны статистически при помощи программного пакета Microsoft Office Excel 2007.

Локализация сосудистых очагов по бассейнам кровоснабжений у пациенток следующая: у 32% пациенток – в вертебрально-базилярной системе (ВБС), у 68% – в каротидной системе, из них более чем у половины – в бассейне правой средней мозговой артерии (СМА).

Первичный ИИ имел место у 86,67% женщин. У остальных отмечался второй или третий в жизни ИИ.

На момент госпитализации уровень сознания у всех пациенток составил 15 баллов по ШКГ.

Синдром двигательных нарушений имел место у 73,33 % больных. У 40 % пациенток с инсультом в бассейне СМА парезов не отмечалось. Правосторонний и левосторонний гемипарез встречался с одинаковой частотой среди остальных больных с очагом в бассейне СМА. Среди женщин с ИИ в ВБС парезы наблюдались лишь в 24 % случаев.

При оценке мышечной силы по ШБСМИ у 37,33 % пациенток мышечная сила была сохранена, у 53,33% женщин наблюдался равномерный гемипарез. У половины из них она составила 4 балла, у 25 % – 3 балла, у 5 % – 2 балла, у 10 % – 1 балл, у 10 % – 0 баллов. У 10 % пациенток парез был неравномерным – в руке сила мышц составляла 0 баллов при силе мышц в ноге от 2 до 4 баллов.

Заболеваемость цереброваскулярными болезнями в 2018 г. в России составила 7209,5 случаев на 100000 населения [1]. Инсульт у женщин протекает тяжелее, чем у мужчин, а

вероятность инвалидизации и смертности в его исходе у женщин выше [2, 3]. Синдром нарушения произвольных движений в виде центральных парезов и параличей при инсульте встречается часто и является ярким симптомом, включенным в мнемоническое правило определения признаков инсульта, – FAST (face, arm, speech, time) в англоговорящих странах и УДАР (улыбка, движение, артикуляция, решение) в России. Но более чем в четверти случаев у женщин с ИИ в нашем исследовании этот симптом отсутствовал. Следовательно, существует необходимость придавать значение и другим, менее заметным и популярным симптомам, обнаружение которых обеспечит пациенткам с ИИ раннюю госпитализацию и возможность получения системной тромболитической терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Здравоохранение в России. 2019: Статистический сборник. – М.: Росстат, 2019.
2. *Маньшева К.Б.* Гендерные особенности острых нарушений мозгового кровообращения // Медицинский алфавит. – 2018. № 1. – С. 45–49.
3. *Маньшева К.Б., Абусева Б.А., Алиева А.Д., Исмаил-Заде Э.Н.* Клинико-эпидемиологическая характеристика ишемического инсульта в Республике Дагестан // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2018. Т. 118. № 3 (2). – С. 20–24.

Ю.В. Панюков

АНТИТЕЛА К NR2-ПЕПТИДУ КАК БИОМАРКЕР ИНФАРКТА МОЗГА

Стеноз или тромбоз церебральных сосудов приводят к нарушению поступления глюкозы и кислорода к нейронам, что является причиной их дисфункции и гибели.

Чрезмерное высвобождение глутамата как следствие церебральной ишемии вызывает гиперактивацию различных рецепторов, в том числе глутаматных NMDA-рецепторов. NMDA-рецепторы являются основными возбуждающими рецепторами в нервной системе, регулирующими передачу электрических импульсов между нейронами и поддерживающими функционирование микрососудистого церебрального кровотока.

В результате процессов гиперактивации и гиперпродукции NMDA-рецепторы расщепляются серинпротеазой, образуя NR2-субъединицы – пептиды, которые проникают через несостоятельный вследствие ишемии гематоэнцефалический барьер и попадают в системный кровоток.

Вследствие иммунной изолированности головного мозга общая иммунная система организма воспринимает их как чужеродные агенты и начинает вырабатывать антитела к NR2-пептиду. Эти антитела сохраняются в кровотоке до 3-

6 месяцев после одного или нескольких эпизодов церебральной ишемии.

В норме концентрация антител к NR2-пептиду в крови здоровых взрослых людей составляет менее 2,0 нг/мл. Более высокая их концентрация коррелирует с риском возникновения повторных транзиторных ишемических атак или инфаркта мозга.

Тестирование на антитела к NR2-пептиду позволяет на доклиническом уровне установить факт наличия и степень хронической церебральной ишемии.

Основными показаниями к применению теста являются хроническая церебральная ишемия, сопровождающаяся цефалгией, вертиго, мнестическими и эмоциональными расстройствами и очаговыми клиническими нарушениями; факторы риска острых сердечно-сосудистых событий: артериальная гипертензия, дислипидемия, атеросклероз, сахарный диабет, аритмии;

При определении уровня антител к NR2-пептиду возможно дифференцировать степень риска развития ишемического инсульта: риск низкой степени (2,0-3,0 нг/мл), средней (3,0-5,0 нг/мл) и высокой ($> 5,0$ нг/мл);

Антитела к NR2-пептиду возможно использовать с целью контроля эффективности профилактической терапии у пациентов со средним и высоким уровнем риска развития ишемического инсульта; для определения риска развития повторного ишемического инсульта, контроля эффективности профилактической терапии в подостром и отдаленном периодах заболевания и во вторичной профилактике при

наличии в анамнезе перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения по ишемическому типу, а также как маркер ранее перенесенного асимптомного инфаркта мозга и выраженности хронической ишемии мозга.

А.А. Ханов, А. Г. Амирханов, Н.А. Гамидова

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ РОЛЬ ИЗМЕРЕНИЯ ОЧАГОВ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Ежегодно инсульт обуславливает более 10 % всех смертей в мире. Ишемический инсульт встречается в 4 раза чаще, чем геморрагический. Во всем мире действуют общие принципы, на которых базируется стратегия ведения пациента, перенесшего инсульт: диагноз верифицированного инсульта устанавливается строго после проведения томографического исследования головного мозга, дифференцированная терапия проводится строго после установления типа инсульта, а большие размеры очага ишемии служат противопоказанием для проведения внутривенной тромболитической терапии [1].

С целью определения размеров патологических очагов мы проанализировали 20 случаев МР-томографии ишемического инсульта. Диагноз ишемического инсульта в каждом случае был подтвержден в острейшем периоде МР-томографией головного мозга в режиме диффузионно взвешенного изображения (DWI).

В исследование вошли 13 мужчин и 7 женщин, из них 9 человек молодого возраста, 5 – среднего, 5 – пожилого и 1

– старческого. У 10 пациентов инсульт произошел в бассейне васкуляризации средней мозговой артерии (СМА) (по 5 справа и слева), у 10 – в вертебрально-базилярном бассейне (ВББ).

Обнаруженные при визуализации патологические очаги были разделены по объему на следующие категории: большой очаг (более 50 см³) – у 2 пациентов (56,61 см³ и 58,45 см³), очаг среднего размера (от 10 до 50 см³) – у 5 больных (16,7–23,4 см³) и мелкий очаг (до 10 см³) – в 13 случаях (0,7–5,1 см³).

Большие очаги локализовались в бассейне васкуляризации СМА. Среди очагов среднего объема 3 были выявлены в каротидном бассейне кровоснабжения (2 справа и 1 слева), а 2 – в ВББ. Мелкие очаги встречались в каротидном бассейне (справа – 5, слева – 3) и в ВББ – 5.

У мужчин мелкие очаги были почти в 70 % случаев, в то время как у женщин довольно часто обнаруживались очаги среднего и крупного размера.

В формировании исхода ишемического инсульта играют роль возраст, пол, сопутствующая соматическая патология, в том числе артериальная гипертония, время начала дифференцированной терапии, эмоциональное состояние пациента. Важную роль в тактике ведения таких больных и в исходе заболевания играют размеры и локализация ишемического очага, хотя статистически значимая зависимость между этими факторами выявляется не во всех случаях [3; 4; 5].

Инсульты происходят чаще у мужчин, чем у женщин, но их течение бывает более легким, а исход благоприятнее [2].

Кроме того, прогресс реабилитации после перенесенного инсульта у мужчин бывает более заметным, и достигается в более короткие сроки, чем у женщин. Можно предположить, что такой исход обусловлен меньшим размером очага церебральной ишемии, который лучше подвергается реваккуляризации и требует меньших усилий для задействования нейропластичности.

Мы считаем, что уже в процессе проведения нейровизуализации при определении размеров первичного очага ишемии можно предположить реабилитационный потенциал пациента и скорость достижения результатов реабилитации.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Кузнецов А.Н., Кучеренко С.С., Виноградов О.И.* Ишемический инсульт. Диагностика, лечение и профилактика. – М.: РАЕН, 2012.
2. *Манышева К.Б.* Гендерные особенности острых нарушений мозгового кровообращения // Медицинский алфавит. – 2018. Т. 1. № 1. – С. 45–49.
3. *Манышева К.Б., Хуталиева С.М.* Прогностические возможности измерения очагов острой церебральной ишемии // Метрولوجическое обеспечение инновационных технологий. Международный форум: Сборник тезисов конференции. – СПб.: СПбГУАП, 2020. – С. 233.
4. *Ханов А.А., Хуталева С.М.* Некоторые визуализационные характеристики острой церебральной ишемии // Неврология: взгляд молодых. Материалы круглого стола, посвященного 95-летию со дня рождения профессора Рашидбека Умахановича Умаханова / Глав. ред. Б.А. Абусуева. – Махачкала: ДГМУ, 2020 – С. 63–65.

5. *Юсупова А.Н.* Влияние размера и локализации очага церебрального ишемического инсульта на состояние жизнедеятельности больных трудоспособного возраста в условиях внедрения в клиничко-экспертную практику международной классификации функционирования. Автореф. дисс... канд. мед. наук. – СПб.: [б.и.], 2014.

РАЗДЕЛ II

ВОСПОМИНАНИЯ

Ш.М. Мутаев

СТРАНИЦЫ ВОСПОМИНАНИЙ¹

С детства я видел больных, потому что моя мама работала медсестрой. Всегда думал, что врач – это благородное дело, и решил пойти в мединститут. Особо я не выбирал. Сдал документы и поступил.

У нас были очень хорошие преподаватели. Юсуп Ахмедханович Шамов – инфекционист, на первом курсе – Николай Емельянович Ковалев, Николай Алексеевич Курдюмов. Всех и не перечислить, некоторые из них до сих пор работают. Все они очень хорошо читали лекции, и я с удовольствием их слушал. Костюков – гистолог красиво читал лекции и очень доходчиво. Ну, естественно, хирургию нам преподавали Рашид Пашаевич Аскерханов и Далгат Манафович Далгат.

Первая же лекция по невропатологии Владимира Абрамовича Лихтенштейна на 4 курсе меня покорила. Владимир Абрамович, без сомнения, был лучшим лектором нашего мединститута. Уже позже, работая лаборантом на кафедре,

¹ Частично опубликовано: *Acta Neurologica Daghestanica. Сборник статей к 110-летию со дня рождения В.А. Лихтенштейна / Глав. ред. Б.А. Абусуева. – Махачкала: ДГМУ, 2019. – С. 199–205.*

я увидел его подготовку к лекциям изнутри. После первой же лекции Владимира Абрамовича мне понравилась эта неизвестность, трудность, таинственность неврологии. И если в других областях, например, в терапии, можно было пощупать, рентген посмотреть и увидеть, то в неврологии тогда же нейровизуализации не было, мы основывались только на топике. Эта сложность, неоднозначность, загадочность – все-таки в неврологии множество различных заболеваний, некоторые из них, не поддающиеся лечению, наследственные заболевания, которые мне и были интересны. Хирург, допустим, разрезал, увидел, прооперировал – и до свидания. А у нас этого тогда не было. Как говорил Владимир Абрамович, окулист может увидеть, дерматолог – взять соскоб, терапевт послушать, а вот в неврологии надо знать всю проводящую систему. Особенно надо было много знать для топической диагностики. Более сложной дисциплиной мне она казалась, более таинственной, поэтому я её и выбрал.

Практические занятия у меня вели попеременно Тажудин Магомедович Мугутдинов и Аида Гаджиевна Сулейманова, так и менялись. Уже тогда я понял, что ежедневное изучение вопросов топической диагностики и клиники мне безумно интересно.

Владимир Абрамович запомнился своей интеллигентностью, мягкостью, грамотностью, коммуникабельностью, человечностью, никакого зазнайства, высокопарности, выскомерия. Он всегда с нами, с молодежью, как с равными разговаривал, к нему можно было обратиться в любое время дня, суток. Потом, в последующем работая уже врачом, мы с ним связывались по телефону, консультировали тяжелых

больных, и если надо было, то без всякой машины он сам пешочком приходил в клинику, смотрел больных.

При кафедре действовал студенческий кружок, которым руководил сам Владимир Абрамович. Здесь мы разбирали наиболее интересных и тяжелых больных, осваивали азы работы на термопульсаторе, а вместе с Таисией Ивановной Мироновой занимались капилляроскопией. Все ассистенты на кафедре были чрезвычайно доброжелательными к студентам.

Очень скоро я стал старостой кружка. Мы занимались разными направлениями: атеросклерозом сосудов, терморепцепторами, что с какой стороны, откуда идет и передается, изучали рефлексогенные зоны – назолабиальные и шейные. Галя Шубаева, Аминат Ибрагимова и я занимались шейной рефлексогенной зоной. Наша работа была доложена на Всесоюзном научном студенческом конкурсе в 1971 году. Я докладывал результат нашего исследования, а руководил секцией и комментировал наши выступления доцент Георгий Бурд с кафедры академика Боголепова. Я помню, что мой доклад произвел на него благоприятное впечатление.

* * *

После окончания института я работал Каспийске. Владимир Абрамович ежемесячно приезжал на обходы, для которых я готовил ему наиболее сложных больных. В Каспийске мне пришлось проработать года полтора, но связи с родной кафедрой я никогда не прерывал. Когда Тажудин Магомедович стал ассистентом, то на вакантное место старшего лаборанта взяли меня. Владимир Абрамович сам хлопотал за

меня перед ректором М. Максудовым, и меня взяли на кафедру.

В мои обязанности как старшего лаборанта входило техническое обеспечение лекций Владимира Абрамовича: я и фильмы крутил, слайды, таблицы, на магнитофон записывал речевые нарушения и демонстрировал их. Иногда наиболее интересных пациентов приводили на лекцию, показывали их студентам.

Владимир Абрамович очень ответственно готовился к лекциям. Если он шёл на лекцию, в 12 часов прекращал приём. Брал все, что нужно и планировал каждый шаг, так что никаких неожиданностей, казусов никогда не было, да и просто не могло быть – он так тщательно готовился к лекции, как к телевизионной передаче: каждое движение, каждое слово у него было выверено, и экспромтов он не признавал.

Лекции читали все ассистенты. Арип Магомедович Магомедов читал тогда, будучи аспирантом, Паризат Рамазановна Тидулаева читала, Таисия Ивановна Миронова как доцент читала тогда лекции все время, в основном, педиатрическому факультету. Аркадий Ефимович Соломянский читал, Тажудин Магомедович Мугутдинов – все читали, но отдельные, избранные лекции. Но на лечебном факультете все лекции читал Владимир Абрамович.

* * *

Интернатуру мы за счёт министерства здравоохранения проходили. У меня руководителем была Тамара Григорьевна

евна Мухтарова, заведующая отделением. Владимир Абрамович как клиницист занимался с нами, интернами, наравне с клиническими ординаторами, за ним закреплены были 4 клинических ординатора и 5 интернов. Я взял программу для клинических ординаторов и за год полностью её прошёл. И ему же, Владимиру Абрамовичу, сдавал экзамен, он был председателем комиссии, принимал у нас экзамен. И те же самые обходы – мы учились, очень доброжелательное отношение было к нам всех врачей.

Тамара Григорьевна была прекрасным человеком – кавалер Ордена Ленина, участник войны. Она всегда старалась нам помочь: доверяла и больных смотреть, и консультации проводить, будучи в интернатуре по санавиации, тогда обслуживали санавиацию наши доктора, неоднократно ездили мы, я помню, и в Казбековский район, и в Тляратинский район с Арипом Магомедовичем, и в Дербент, и в Бабаюрт летали. Ходил я в библиотеку, книги по специальности брал. Мне литературу давала и сама Тамара Григорьевна – руководство по неврологии, большие такие тома серого цвета. Тогда в 11 или 12 томах было. Сейчас почему-то всего лишь два. И в каждом – нейроинфекции, наследственные заболевания, нервно-мышечные заболевания, сосудистые заболевания и так далее.

Владимир Абрамович был прекрасный врач-клиницист, практик. Он ежедневно делал обходы в какой-то палате, и мы с удовольствием на них ходили. И я, уже будучи интерном, ходил на все его обходы, потому что это была целая школа. Он разбирал каждого больного, разложив «по по-

лочкам» каждый симптом, откуда что получается. Естественно, нас тоже спрашивал, и нам очень неудобно было неготовыми идти туда: краснели-бледнели, вся кафедра, все ассистенты стояли. И вот так у постели, в палате проходил разбор всех больных, как на клинических конференциях. В палате обычно бывало 10 человек, отделение – это 4 палаты, всего 40 коек, и каждый день мы одну палату обходили, так шла учеба. И в научную деятельность вовлекал.

Владимир Абрамович клинические конференции проводил очень демонстративно, ярко, на примерах реальных больных – сначала обсуждали клинику, потом теоретическую часть, он сам докладывал. Он был большим авторитетом для всех, истиной в последней инстанции.

Теоретической частью с нами занимался Владимир Абрамович, да и практической мы у него учились. Тамара Григорьевна – она организатором была, она учила нас блокады делать, люмбальные пункции. А остальное – теоретическая часть и диагностика – всегда Владимир Абрамович.

* * *

Сотрудники кафедры принимали самое деятельное участие в организацией работы отделения: они всегда интересовались, что получили, какие лекарства есть, как обстоят дела. Владимир Абрамович мог пойти спокойно к главному врачу и сказать: «Уважаемый главный врач, то-то и то-то нам надо сделать, а вот этого для работы не хватает». У нас ведь не было особых возможностей в диагностике: рентген был, ну и биохимические исследования, а больше ничего. И я помню, у нас сложный случай был: рентгенолог заболел.

Сильные боли в правой ноге, корешковых симптомов не было, сам был врачом, а оказался пациентом. Рентген сделал, и нейрорентгенолог сказал, пойдя, говорит, к заведующей отделением Сак. Она внимательно так посмотрела, и сказала, что это саркома подвздошной кости. Были очень интересные случаи: и сложные полирадикулонейропатии, и тяжёлые формы инсультов. К сожалению, 40-какоечное отделение не могло вместить всех нуждающихся, и у нас в коридоре лежали многие больные. Я брал этих больных, описывал, Тамара Григорьевна мне разрешала. А потом их переводили в палаты. Вот так, без больных, мы не занимались, только у постели больного.

Дело в том, что неврология – это сначала терапия, а потом она неврология. И не зная терапию лезть в неврологию нельзя. Неврология – это такой синтез, все заболевания терапевтические отражаются на нервной системе. Если ты плохо знаешь терапию, то и инсульты – это тоже эпизод хронического прогрессирующего сердечно-сосудистого заболевания. И если я не буду знать артериальную гипертонию, если я не буду знать пороки и заболевания сердца, то я не поставлю правильного диагноза, поэтому с терапией надо дружить и всё время заниматься терапией, и, естественно, неврологией.

* * *

Я, когда ушел в детскую неврологию, был заведующим отделения, мог в любое время подойти и обсуждать больных. Я помню, один случай: у меня была очень сложная в

диагностическом плане девочка, у которой была вегетативная полинейропатия. Она прямо от боли засовывала пальцы в снег зимой. Я тогда на «горке» работал. Я созвонился, приехал за Владимиром Абрамовичем, показал ему больную, а потом все её посмотрели. Вегетативную нейропатию так и поставил. Этиологию так нам и не удалось определить. Потом, когда у нее уже образовались гнойнички между пальцами, дерматологи взяли и назначили ей стрептоцидовую мазь, после чего она впала в кому, появились у нее эпилептические припадки и ярко-красная моча. Уже в реанимации мы тогда порфирийную полинейропатию поставили, я пришел к Владимиру Абрамовичу, говорю, что у девочки оказалась печеночная порфирия. Целую семью больных нам тогда удалось выявить. Он радовался постановке диагноза вместе со мной, похвалил меня, и вызвал своих ассистентов и напомнил об этом случае.

* * *

Я не защитил диссертацию. Я уже был женат, у меня дети появились, а ставка лаборанта 80 рублей мне не позволяла содержать семью, поэтому мне пришлось уйти с кафедры. Естественно, я шел работать с этой целью лаборантом, но для этого уже не было материальной возможности. Мне, к сожалению, некому было помочь. У меня появился интерес к экстрапирамидным заболеваниям, я ими хотел заниматься. В Москве тогда был Лев Сергеевич Петелин, я с ним связался, даже написал ему, сдал кандидатский минимум по философии. Но потом решил стать практическим врачом. Потом я ушел в детскую неврологию, а там непочатый край

работы – отделение, усовершенствование. Я думаю, лучше быть хорошим практическим врачом, чем плохим ученым. Как говорят, ученым можешь ты не быть, но кандидатом быть обязан. И потом, сейчас проще защитить диссертацию. А тогда что у нас было? Кроме электроэнцефалографии и биохимии ничего же не было.

И тогда на кафедре Владимиром Абрамовичем был придуман особый аппарат под названием «термопульсатор».

Он применялся больше для лечения: при атеросклерозе, при неврозах он помогал очень хорошо. Был термопульсатор № 2, термопульсатор № 3. Когда термопульсатор подключали к дыханию: если вдох делал, он включался, выдох – отключался, вот такой был. И потом интервал выставляешь, какой ты хочешь. Он еще мог давать тепло. Тепло – индифферентное – тепло – индифферентное. А был и тепло – холод, вот такой. На заводе «Металлист» у Владимира Абрамовича был знакомый инженер по фамилии Паперный, который и собирал разные модели термопульсатора. Первый – такой немножко он был простой: шток, который ходил туда и сюда, он то пускал холодную воду, то теплую, то снова холодную. Было поставлено снятое с холодильника охлаждающее устройство и термод, который грел воду. И вот так, через трубки, через шланги резиновые вода шла в латунные термоды. А потом мы делали сеточки: тоненькие трубки распиливали – разного диаметра. Я сидел все время лобзиком работал.

Последней версией был ламповый термопульсатор, который использовали при рефлексотерапии. Наби Вахидович Гитинов применял его для снятия астматических приступов

у детей. Так даже в Гуниб он возил этот аппарат. Владимир Абрамович все время что-то новое придумывал – то сеточки, то связанное с дыханием – надо тебе, ты одеваешь, допустим, и вдох делаешь – включается, выдох – он выключается. И манжету надевали, с воздушной (камерой) он соединен был. А энцефалограф был ламповый тогда, лампы меняли, он и выходил часто из строя, на телевидении мы просили у них эти лампы, меняли, Владимир Абрамович связь с ними поддерживал, я ходил за лампами. Мы уже научились сами здесь его разбирать – собирать, чинить.

* * *

Владимир Абрамович и сотрудники кафедры и клиники занимались самым широким спектром научных и практических проблем. Например, полинейропатиями, тяжелые случаи были описаны, тогда называли это состояние акроостеолизис, когда происходило растворение костной ткани тоже, сейчас это наследственный вид полинейропатии. Семью с таким заболеванием описали с Аркадием Ефимовичем Соломянским, опубликовали в журнале. Калиев защитился по нейробруцеллезу, Аида Гаджиевна тоже по нейробруцеллезу, Таисия Ивановна по нейробруцеллезу, Паризат Рамазановна – по изменениям глазного дна при инсультах, и так она проверяла, Бася Ильягуевна – по-моему, по термopульсации, Тажудин Магомедович тоже использовал термopульсацию, у него по вегетативной нервной системе была докторская диссертация, у Арипа Магомедовича тоже была тема термоасимметрии, у Зинаиды Никфоровны и Аркадия Ефимовича – по температурным процессам.

* * *

Владимир Абрамович рассказывал о войне, иногда вспоминал сложные случаи. Допустим, про столбняк он рассказывал, и про этот молоточек, который у него есть. Он привез его из Германии. И по его подобию всем нам сделали такие на заводе «Дагдизель». У каждого из наших тогдашних врачей такой молоточек был, и у Тамары Григорьевны. Вот на моем написано «Т.Г.», мне его ее племянница Татьяна Васильевна отдала. Она ей передала, а та мне.

* * *

Я помню, у нас была больная летом, все были, в основном, в отпусках, поступила из Дербента: судороги и не совсем типичные. Даже Арип Магомедович, который оставался на кафедре, поставил энцефалит. А я вызываю один раз инфекциониста, вызываю второй раз инфекциониста, они отрицают, что это столбняк. Ну, я, естественно, говорю, Владимир Абрамович, такой случай, он больше похож на столбняк, но они, говорю, не нашли подтверждения. Он связался с Ю.А. Шамовым, они оба пришли посмотреть и поставили диагноз столбняка. К сожалению, эта женщина умерла. На вскрытии оказалось, что у нее была распадающаяся опухоль матки. Почему столбняк не ставили, а потому что не было у нее ранений, ничего. Так что всегда Владимир Абрамович нас выручал, во всех сложных, необъяснимых делах.

* * *

Учителем Владимира Абрамовича был академик Маньковский, он ведь в Киеве учился, о котором тот очень тепло отзывался. В Киеве он отучился, а потом после войны сюда приехал. После профессора Доброхотова сразу стал заведующим кафедрой. Про его супругу, сына Володю, внука Игоря – всегда мы все знали про их дела, успехи. Да, у них была домработница, она умерла раньше Владимира Абрамовича, и он ее хоронил как члена семьи. Сначала уложили в больницу, лечили, но ничего не получилось, к сожалению. Владимир Абрамович заказал гроб, мы все поехали на кладбище, и похоронили ее. Это человек был высокой порядочности, для него она не какая-то прислуга была, это был член семьи. Она приехала с ними вместе с Украины, во время войны с ними жила, все по хозяйству делала. И они очень тепло к ней относились. Я забыл ее имя, к сожалению, но отношение к ней прекрасно помню.

* * *

Всегда, когда Владимир Абрамович уезжал в отпуск, а он любил ездить на Балтийское взморье, в Юрмалу, мы его провожали все, и встречали тоже всем коллективом. А в новый год у него был день рождения, он всех приглашал, мы у него сидели за столом, отдыхали с удовольствием. Между нами не было непреодолимой дистанции. Мы, конечно, знали, что не может быть никакого панибратства, но отношения были человеческие, дружеские. Владимир Абрамович прекрасно умел ладить со всеми. Я не видел, чтобы он кого-то оскорбил или унизил. Но замечания, конечно, нам делал. Однажды мы с ним договорились о встрече, но я не

смог пойти по какой-то причине, и он мне сказал: «Милок, у меня есть мое время, у тебя есть твое время. Если договорились, то надо выполнять обещанное. Надо ценить время другого человека». Этого мне было достаточно. Да, вот так он сказал, и все, я больше никогда его не подводил, ни разу.

Это были, как сказать, врачи, наверное, того поколения, наши, российские, разносторонние, умеющие все таланты: ведь Доброхотов играл на фортепиано, например, он лучшие черты вобрал в себя человеческие, и я не видел ничего плохого от Владимира Абрамовича абсолютно. Я сказать что-то там негативного про него не могу. Наши отношения всегда были доброжелательными. Я не забуду, как у Владимира Абрамовича проходил день рождения, все мы ходили поздравлять его и общаться.

Я с большой теплотой вспоминаю то время. И когда я хожу по этому отделению, аура нашего учителя присутствует здесь. Почему я именно сюда и вернулся: крутился, крутился и сюда все равно вернулся. Как бы там ни было, думаю, это наша клиника. Хотя я и мог где-то еще остаться. Да, хорошие воспоминания, прекрасные. Мы очень дружили, и Ибрагим Джабраилович Калияев великолепный, и Тажудин Магомедович Мугутдинов, все ассистенты, и Аркадий Ефимович Соломянский, и Арип Магомедович Магомедов. Такие дружные, ни разу не бывало у нас конфликтов, интриг, с открытой душой, все помогали друг другу, старались. Это, естественно, привил нам Владимир Абрамович. Ибрагим Джабраилович на всех мероприятиях был бесшумным тамадой. Если посмотреть на наши старые фото, то там везде обязательно можно его найти – он был душой

кафедры и клиники. Когда я уже стал врачом, то мои родственники ходили лечиться не ко мне, а к Аркадию Ефимовичу, например.

Аркадия Ефимовича я его помню с раннего детства, когда он работал в Урахинской участковой больнице. Я был маленьким мальчиком, тогда малярия гуляла и всех лечили хинином. Помню, давал он мне витамины, а потом сразу после них горький хинин. Его очень любили в Урахи и Сергокале.

А наши женщины – и Таисия Ивановна, и Зинаида Никифоровна, и Евгения Исаковна. Она такая эксцентричная дама была, но никогда не выходила за рамки, громко говорила, что-то доказывала. Ее дочерей, Ольгу, Марину и Наташу, мы знали все, и на свадьбах их мы гуляли. Если какие-то там торжества у кого-то – мы обязательно ходили, принимали очень деятельное участие. Такой коллектив был очень дружный, Владимир Абрамович так воспитал нас, мы не отличали, что это наш, а этот – не наш.

* * *

Все время ездили по санавиации. Тогда же не было неврологии нигде практически. Это сейчас у нас в Дагестане 600 неврологических коек, почти везде есть томографы. А тогда у нас было 40-коечное отделение, потом 20 коек открыли во второй городской больнице в Махачкале, уже в 70-х годах открыли отделение в Дербенте, которым стал заведовать бывший ординатор Зинаиды Никифоровны Рамис Мамедов. Открыли отделение в Хасавюрте, потом в Кизляре и так далее. А в сельской местности тогда не было

ничего. Даже неврологов как специалистов не было. Поэтому и на самолетах, и на машинах – мы все время крутились по республике. И я тоже, будучи еще старшим лаборантом, летал и лечил больных, ну а когда, конечно, ординатором был, это уже само собой. Бывало 15–17 вызовов в месяц выполняли – мужчины сначала, а потом женщины наши, молодые. Было интересно.

Я не жалею, что стал неврологом. И большая заслуга в этом Владимира Абрамовича Лихтенштейна.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Абусуева Бурлият Абусуевна – кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой нервных болезней, медицинской генетики и нейрохирургии Дагестанского государственного медицинского университета, г. Махачкала.

Агабекова Элина Славиковна – врач-невролог Городской клинической больницы № 1, г. Махачкала.

Амирханов Амирхан Гайдарбекович – студент лечебного факультета Дагестанского государственного медицинского университета, г. Махачкала.

Арутюнова Елена Александровна – студентка лечебного факультета Дагестанского государственного медицинского университета, г. Махачкала.

Борисенко Виктория Владимировна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры нервных болезней и нейрохирургии Луганского государственного медицинского университета им. Святителя Луки, г. Луганск.

Гамидова Нижават Абдулазизовна – студентка лечебного факультета Дагестанского государственного медицинского университета, г. Махачкала.

Исмаил-Заде Эльмира Низамиевна – аспирант кафедры нервных болезней, медицинской генетики и нейрохирургии Дагестанского государственного медицинского университета, г. Махачкала.

Камчатнов Павел Рудольфович – доктор медицинских наук, профессор кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики лечебного факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, г. Москва.

Коломиец Наталья Игоревна – врач-ординатор неврологического отделения для больных с нарушением мозгового кровообращения Луганской городской многопрофильной больницы № 7, г. Луганск.

Манышева Ксения Борисовна – ассистент кафедры нервных болезней, медицинской генетики и нейрохирургии Дагестанского государственного медицинского университета, г. Махачкала.

Панюков Юлий Валерьевич – кандидат биологических наук, научный сотрудник Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, г. Москва.

Фулиди Наталья Эдуардовна – заведующая неврологическим отделением для больных с нарушением мозгового кровообращения Луганской городской многопрофильной больницы № 7, г. Луганск.

Ханов Абдурахман Асадуллаевич – студент лечебного факультета Дагестанского государственного медицинского университета, г. Махачкала.

SUMMARY

The collection includes materials of the scientific and practical seminar "Stroke in Dagestan: prevention, treatment, statistics". By tradition, the seminar is timed to coincide with the World Stroke Day.

This year, the Department of Nervous Diseases, Medical Genetics and Neurosurgery of the Dagestan State Medical University dedicated a scientific seminar to the memory of the famous Dagestan neurologist Shikhshunat Mutaev.

Published articles highlight various aspects of vascular pathology of the brain.

The collection includes materials of scientists from Moscow, Makhachkala and Lugansk.

The second part contains the memoirs of Shikhshunat Mutaev about the time of his studies at the institute and work in the clinic of nervous diseases.

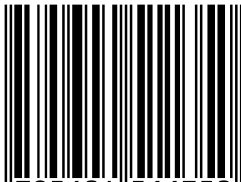
Научное издание

**ИНСУЛЬТ В ДАГЕСТАНЕ:
ПРОФИЛАКТИКА, ЛЕЧЕНИЕ,
СТАТИСТИКА**

Материалы круглого стола памяти Ш.М. Мутаева

Под редакцией Б.А. Абусуевой, К.Б. Манышевой

ISBN 978-5-6045113-5-0



9 785604 511350

Отпечатано в издательско-полиграфическом центр ДГМУ.
г. Махачкала, ул. Ш. Алиева, 1.