



**XXIII КОНГРЕСС  
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ  
ДАВИДЕНКОВСКИЕ  
ЧТЕНИЯ  
НЕВРОЛОГИЯ**

**МАТЕРИАЛЫ**

**23-24 СЕНТЯБРЯ 2021**  
[www.davidenkovreadings.ru](http://www.davidenkovreadings.ru)



## XXIII КОНГРЕСС С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ ДАВИДЕНКОВСКИЕ ЧТЕНИЯ

1 месяц  $25.5 \pm 6.0$  баллов, через 2 месяца  $20.6 \pm 3.9$  баллов. Анкетирование пациентов по опроснику QuickDASH позволило количественно оценить степень влияния клинических проявлений СКК на функцию пораженной руки с помощью вопросов, в которых пациентам предлагалось оценить уровень сложности выполнения нескольких задач, включая открытие герметичной банки и мытье спины, а также уровень ощущаемой боли до и после консервативного лечения. Для усовершенствования прогноза эффективности консервативной терапии, опираясь на данные опросника QuickDASH (копирование болевого синдрома и восстановление функции кисти) по результатам анкетирования пациентов с СКК нами были предложены клинические предикторы эффективности консервативной терапии СКК. Так вот копирование болевого синдрома и восстановление функции кисти по данным опросника QuickDASH  $\leq 10$  баллов считается благоприятным прогнозом консервативной терапии пациентов с СКК, если хороший эффект не достигнут (сохранение болевого синдрома и функция кисти по данным опросника QuickDASH  $> 10$  баллов) необходимо направлять пациентов на консультацию хирурга для принятия решения об оперативном вмешательстве.

Таким образом, валидированный русский вариант опросника QuickDASH довольно широко применяется в профессиональной русскоязычной среде для оценки пациентов с патологией верхней конечности еще с 2005 г. В нашей работе с пациентами СКК мы пользовались опросником QuickDASH, что позволило включить ее в качестве стандарта оценки выраженности симптомов и нарушения функций верхних конечностей. Было продемонстрировано, что опросник обладает отличной переносимостью, надежностью и валидностью у пациентов с заболеваниями верхних конечностей. QuickDASH является действительным, надежным и оперативным, и можно использовать в клинических и / или исследовательских целях.

## ВОЗМОЖНОСТИ АФФЕРЕНТНОЙ НЕЙРОМОДУЛЯЦИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

Нарышкин А.Г.<sup>1,2,3</sup>, Горелик А.Л.<sup>1,2</sup>, Галанин И.В.<sup>1</sup>, Орлов И.А.<sup>1</sup>,  
Ляскина И.Ю.<sup>1</sup>, Иванова А.Е.<sup>1</sup>, Скоромец Т.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и нейрологии им. В.М. Бехтерева,

<sup>2</sup>Институт эволюционной физиологии и биохимии им. И.М. Сеченова,

<sup>3</sup>Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова,  
Санкт-Петербург

Болезнь Паркинсона (БП) является нейродегенеративным заболеванием, в основе развития которого лежит нарушение обмена с избыточным накоплением белка  $\alpha$ -синуклеина не только в черной субстанции, но и в других структурах головного мозга. БП в большинстве случаев имеет спорадический характер и ее развитие все чаще в последние годы связывают с мутацией в гене лизосомального фермента  $\beta$ -глюкоцереброзидазы А.

Несмотря на все достижения современной неврологии и нейрохирургии, проблема лечения БП далека от своего окончательного решения, поэтому использование и поиск новых возможностей коррекции состояния пациентов является высокоактуальной за-

XXIII КОНГРЕСС С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ  
ДАВИДЕНКОВСКИЕ ЧТЕНИЯ



дачей. В последние 2 десятилетия для коррекции различных симптомов клинической картины заболевания используются различные способы модуляции сенсорных входов головного мозга, которые можно объединить под единым понятием афферентная нейромодуляция.

В настоящее время, методики афферентной нейромодуляции при БП можно разделить на три группы:

1. Методы стимуляции проприоцепторов (Forced Exercise – принудительные упражнения);
2. Методы переключения сенсорной информации (cueing – сенсорные подсказки);
3. Методы вестибулярной деафферентации (вестибулярная дерепрезция, вестибулярная анодная гальванизация, холодовая вестибулярная стимуляция).

В двигательных актах, в процессах регуляции позы и мышечного тонуса участвуют проприоцепторы мышц и вестибулярный аппарат в качестве афферентных составляющих этих процессов. Неслучайно Ч. Шеррингтон считал, что эти два вида рецепции «образуют одну функциональную рецепторную систему» (1906). Первый и третий методы адресованы непосредственно к этому рецептивному полю. Второй метод воздействует на другие рецептивные системы, потому назван нами методом переключения.

1. Forced Exercise (принудительные упражнения) заключается в пассивном или активном вращении педалей устройства, которое превышает собственные возможности пациента (на залатентованном тренажере MOTO med viva 2 частота вращения педалей в пассивном режиме составляет 90 оборотов в минуту). Это очень важная деталь, так как при вращении педалей в ритме произвольного, удобного для больного режима эффекта не наблюдалось. Курс лечения составляет 8 недель с периодичностью процедуры 2 раза в неделю, сеанс длился 40 минут. При необходимости допускались 5-минутные перерывы. При таких воздействиях у пациентов ригидность уменьшалась на 41%, трепор – на 38%, а гипокинезия – на 28%. При контрольном осмотре через 1 месяц после окончания курса лечения достигнутый эффект сохранялся. Эффективность метода определяется стимуляцией проприоцептивных рецепторов нижних конечностей.

2. Методы сенсорных подсказок (cueing) направлен главным образом на коррекцию ходьбы при БП, нарушения которой имеют большое значение в симптоматике заболевания. Впервые на этот феномен обратил внимание Н.А. Бернштейн (1947) в своих исследованиях изменения ходьбы у больных БП в разлинованном поле. В настоящее время для коррекции ходьбы используются различные технические приспособления: лазерная трость, лазерная обувь, «умные» очки, которые разлиновывают пространство впереди от пациента. В данном случае трудности при ходьбе преодолеваются за счет переключения информации с проприоцептивного на зрительный анализатор. Используются также ритмические слуховые воздействия и электрические ритмические подпороговые болевые воздействия на кожные покровы живота или нижних конечностей. При использовании этих приемов удается существенно уменьшить нарушения походки у больных БП.

3. Вестибулярная дерепрезция, вестибулярная анодная гальванизация и вестибулярное холодовое воздействие имеют один и тот же механизм действия – они снижают активность отолитового аппарата лабиринта. При нарушениях в деятельности проприоцептивного анализатора, характерных для БП основную роль в регуляции мышечного тонуса и позы берет на себя фило- и онтогенетически более ранний отолитовый аппарат. Его активность при БП во многом определяет диффузность развития и организации симптоматики заболевания. При проведении этих воздействий значительно снижается



## ХХIII КОНГРЕСС С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ ДАВИДЕНКОВСКИЕ ЧТЕНИЯ

мышечный тонус, бради- и олигокинезия, улучшается походка. Эффект в отношении тремора хотя и присутствует, но выражен в меньшей степени.

### ЗНАЧЕНИЕ СПОНГИОЗНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЦНС

**Недзьведь М.К., Гузов С.А., Недзьведь Н.А.**

*Белорусский государственный медицинский университет,  
г. Минск, Беларусь*

Врач-невропатолог, изучая изменения головного и спинного мозга, сталкивается с таким морфологическим понятием как спонгиоз. Спонгиозные изменения нервной ткани представляют собой гидропическую дистрофию - появление вакуолей в различных структурах нервной ткани, и диагностируются, главным образом, микроскопически. Подобные изменения головного и спинного мозга большинством патологоанатомов длительное время расценивалось как артефакт вследствие погрешностей изготовления микропрепараторов. Терминальные состояния сопровождаются отеком и набуханием вещества головного мозга, что еще больше затрудняет оценку гистологических препаратов. Однако эти процессы необходимо дифференцировать.

**Цель исследования.** Изучение особенностей спонгиозных изменений нервной ткани в наблюдениях прионных и вирусных заболеваний.

**Материал исследования.** Составили 25 наблюдений болезни Крейтцфельдта-Якоба (БКЯ), 27 наблюдений амиотрофического лейкоспонгиоза (АЛ), 89 наблюдений хронического герпетического менингоэнцефалита (ХГМЭ) и 15 наблюдений ВИЧ-инфекции.

Возраст умерших от БКЯ колебался от 39 до 81 года и в среднем составил 57,2 года (мужчин-13, женщин – 12, длительность болезни от двух до 35 месяцев, в среднем составив 12,2 месяца). Возраст умерших от АЛ (мужчин 13, женщин 14) от 29 до 64 лет (в среднем 41 год). Длительность болезни от 6 месяцев до 3,5 лет. Возраст умерших от ХГМЭ (мужчин 43, женщин 46) от 17 до 81 года (в среднем 50,88). Длительность болезни зависела от клинической формы (от месяца до нескольких лет). Возраст умерших от ВИЧ-инфекции (7 мужчин, 8 женщин) от 29 до 48 лет. Средний возраст – 36 лет.

Для морфологического исследования вырезались кусочки из коры больших полушарий (поля 4,10,17,21,39), подкорковых ядер, стволовых отделов и мозжечка. Гистологические препараты окрашивались по общепринятым нейрогистологическим методикам, включая окраску на миelin по Клювер-Баррера.

В наблюдениях БКЯ спонгиозные изменения значительно преобладали в коре головного мозга и локализовались в нейропиле всех исследуемых полей, в зависимости от длительности болезни. Выраженность спонгиозных изменений нейропиля также зависела от длительности заболевания. Наиболее выраженным спонгиоз был при быстром течении заболевания. В таких случаях местами в коре вакуоли сливались в крупные баллоноподобные структуры, хороши видимые при небольших увеличениях микроскопа. При более длительном течении усиливались процессы пролиферации астроцитов и количество спонгиозных вакуолей уменьшалось. В собственных наблюдениях не было