

ҚР ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТРЛІГІ
С.Д.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТИ



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РК
КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА

Кафедра: Неврология және нейрохирургия

Тақырыбы: **Паркинсон ауруы**

Тобы: 628-2к

Бағыты: ЖТД

Дайындаған: Арапбай А

Тексерген: Абдибекова Ж.Б

Жоспары

- * Паркинсон ауруы жайлы түсінік
- * Эпидемиологиясы
- * Этиологиясы
- * Патогенезі
- * Клиникалық көрінісі
- * Емі
- * Пайдаланылған әдебиеттер тізімі

Паркинсон ауруы -қимыл қозғалыстың баяулауымен, бұлшықет ригидтілігімен және тыныштықтағы тремор (діріл) көрінедін жүйке жүйесінің дегенеративті ауруларының бірі.

Эпидемиологиясы:

Ауру жер шарындағы 100000 адамның 60-140 жиілігімен кездеседі. Жас үлкейген сайын оның жиілігі де арта түседі.

Статистикаға сүйенсек паркинсонизммен 60 жасқа дейінгі адамдардың 1% ауырады. Ер адамдар әйелдерге қарағанда жиірек ауырады.

Паркинон ауруының негізінде мидағы қара субстанция (черная субстанция) нейрондарының азаюы және ондағы Леви денешігінің құрылуымен байқалады

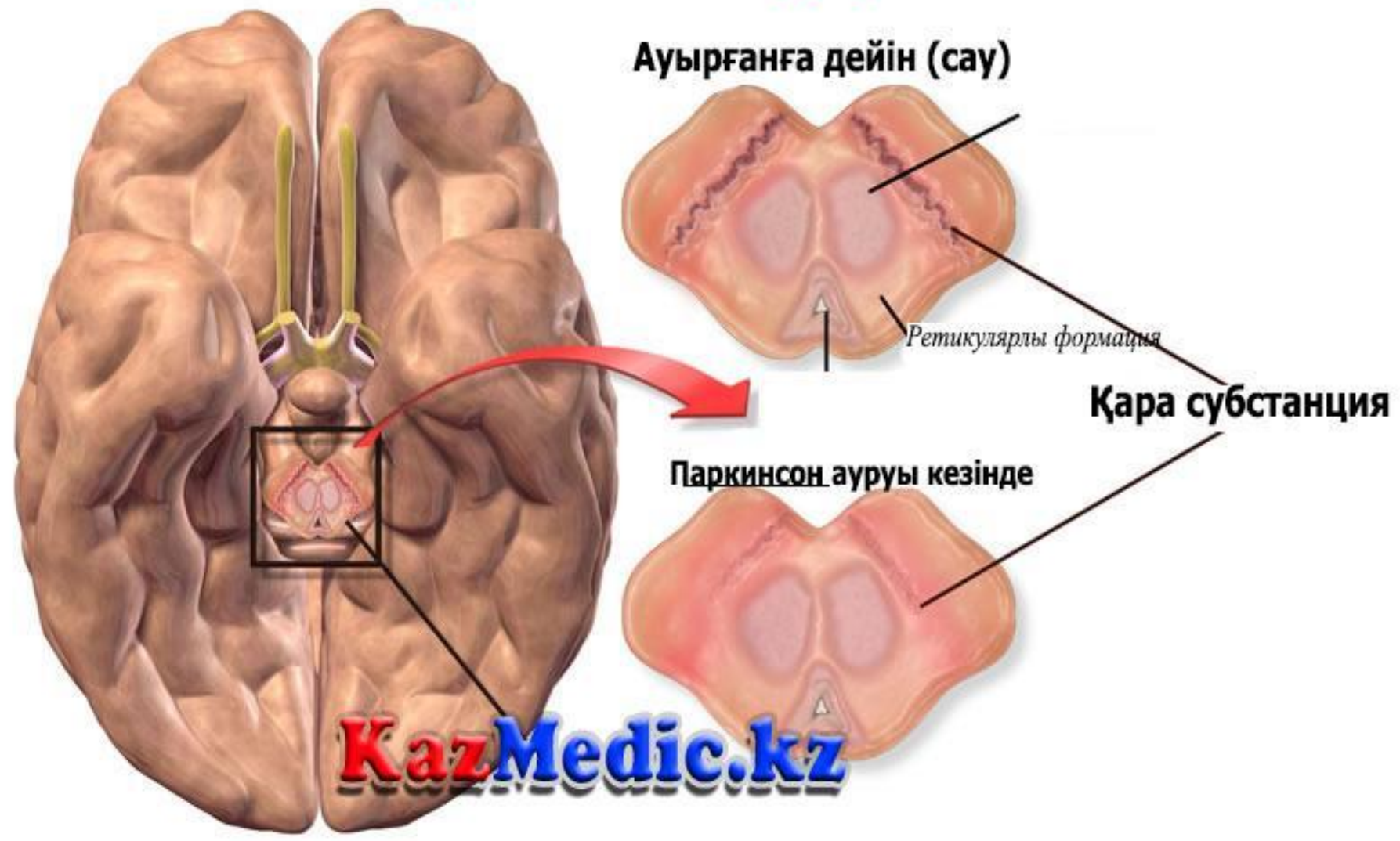
Этиологиясы:

- * Тұқым қуалаушылық, аутосомды доминантты түрде кездеседі.**
- * Жүйке жүйесінің жедел және созылмалы инфекциясынан кейін пайда болуы мүмкін (мысалы кенелік немесе басқа энцефалиттер)**
- * Ми қанайналымының жедел және созылмалы бұзылыстары.**
- * Жүйке жүйесінің травмасы немесе ісіктері (обыр).**
- * Сонымен қатар паркинсонизм кейбір дәрілерді ұзақ тоқтатпай қабылдаудан пайда болуы мүмкін. Оған фенотиазинді топтағы дәрілер (аминазин, трифтазин), метилдофа, кейбір наркотикалық заттар жатады.**

Патогенезі:

Негізгі патогенетикалық звено, экстрапиримидті жүйедегі **дофамин** алмасудың бұзылуы. **Дофамин** бұл қозғалыс актілеріне көмекші және медиаторлы функцияны атқарады, оның негізгі түзілетін орны қара субстанция (**Substantia nigra**). Қара субстанция қызметі бұзылған кезде, бас ми қыртысындағы экстрапирамидалық жүйенің және corpus striatum жіберген сигналдарды жұлынның алдыңғы мүйізіне жетпейді. Сонымен қатар, сол уақытта жұлын алдыңғы мүйізіне бозғылт дене (**pallidum**) және қара субстанцияның ингибирлеуші импульстері келіп тұрады. Нәтижесінде жұлындағы альфа және гамма мотонейрондар циркуляциясы белсеніп, альфа белсенділігі басым бола бастайды. Бұл экстрапирамидалық ригиттілікті тудырады.

Паркинсон ауруы



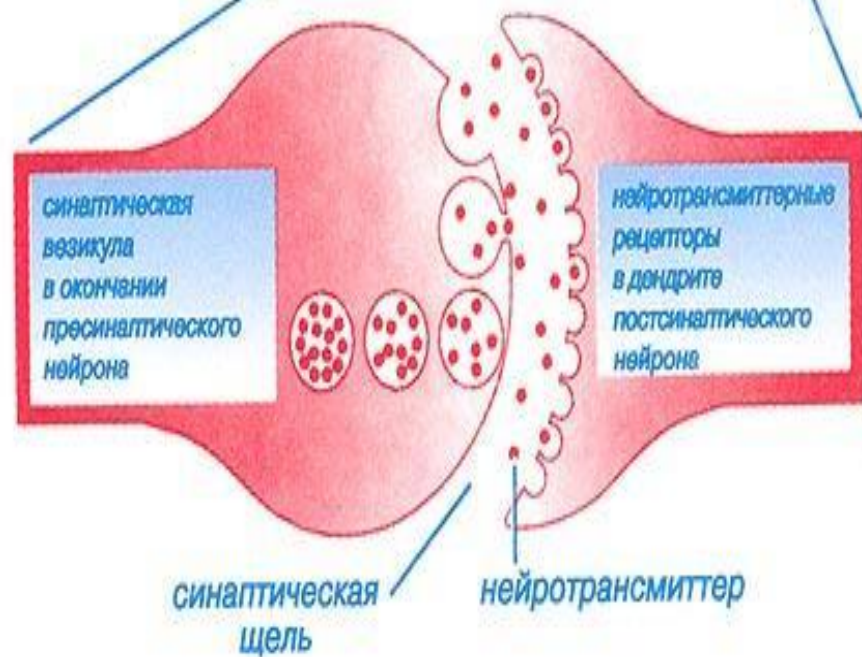
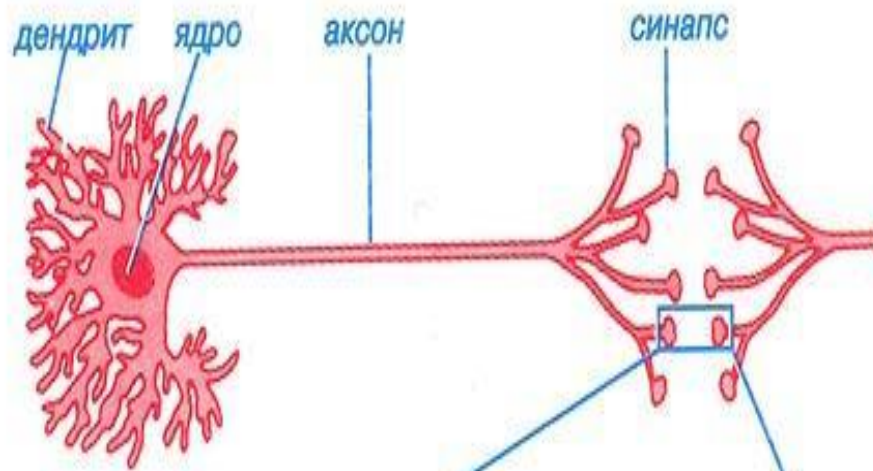
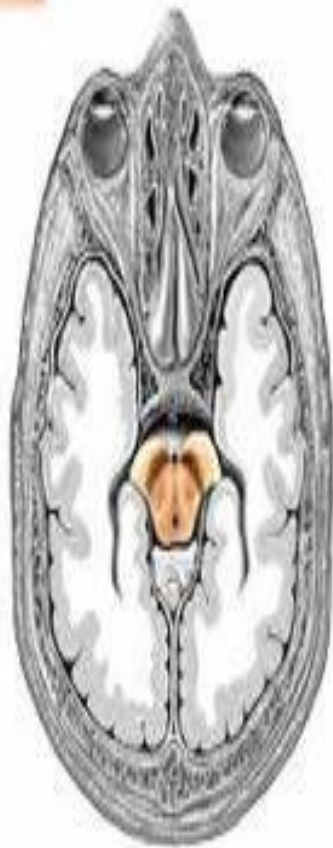
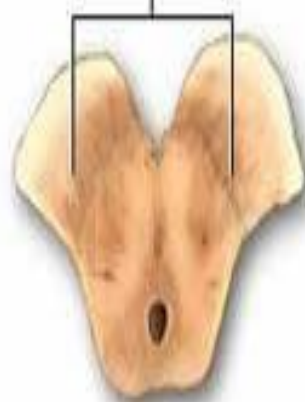


Уровень среза
мозга на котором
видно **чёрную
субстанцию**

Чёрная субстанция



Изменение в
чёрной субстанции
при паркинсонизме



Клиникалық көрінісі

- * Брадикинезия (баяу қимылдауы)
- * Бұлшықет ригидтілігі
- * Тыныштық жағдайда ретті стереотипті тремор
- * Пропульсия, ретропульсия, латеропульсия
- * Ауалы жастық симптомы
- * Қарсыласу феномені
- * Қуыршақ жүрісі
- * Бір қалыпты баяу сөйлеу
- * Жазудың өзгеруі микрография
- * Гипомимия



Клиникалық көрінісі:

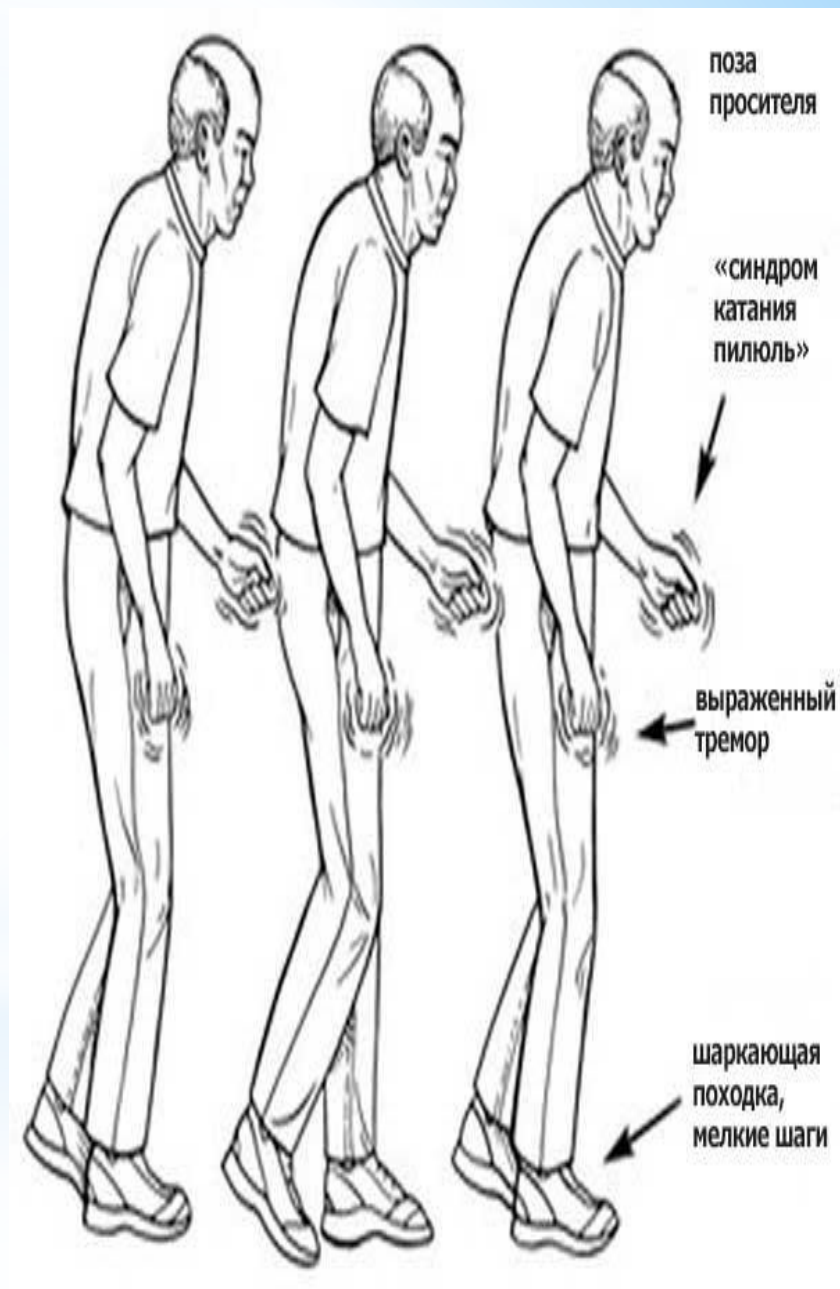
Негізгі клиникалық көрінісі *акинетико-ригидті* немесе *гипертонико – гипокинетикалық синдромдармен* көрінеді. Ол өз кезегінде келесідей триададан тұрады: брадикинезия, **бұлшықет ригидтілігі**, **тремор**.

Науқаста өзіндік бүгілген поза пайда олады: басы және денесі алға қарай еңкейген, қолдары шынтақ, кәріжілік-білезік және фалангалық буындарда бүгілген. Сөйлеуі ақырын, монотонды, модуляциясыз, сөздің соңында ақырындап өшіп қалады (**затухание**). Жүру кезінде қолды қалыпты сілтеп жүру қасиеті жоқ (**ахейрокинез**).+

Клиникалық көрінісі:

Постуральды тұрақсыздық-сырқат жүріп келе жатып тоқтаған кезде аяқтарының қимылын тежей алмай бір орында таптап тұрып қалады. Осы кейіптен қайтадан жүріп кету мүмкіндігі де қиын болады. Егер сырқатты арқасынан нұқып қалса, ол сол бетінде алға қарай ұмтыла жүріп кетеді (**пропульсия**), бүйірінен түртіп қалғанда сол бағытта өзін-өзі ұстай алмай қозғала береді (**латеропульсия**), кеудесінен итеріңкіреп жіберсе артқа қарай жылжи береді (**ретропульсия**).

Діріл(тремор)- Паркинсонизмге тән көріністердің бірі. Әрдайым болатын, ретсіз, санамен реттелуге бағынбайтын, қол, бет бұлшықетінің, бас және төменгі жақтың, тілдің тыныштық кезінде дірілдеуімен көрінеді. Тремор жүру кезінде және басқа да белсенді қозғалыс кезінде жоғалады. Діріл жиілігі 4-6 рет секундына. Дірілдеу мазасыздану, уайымдау кезінде күшейе түсіп, бірақ ұйқы кезінде жоғалады.

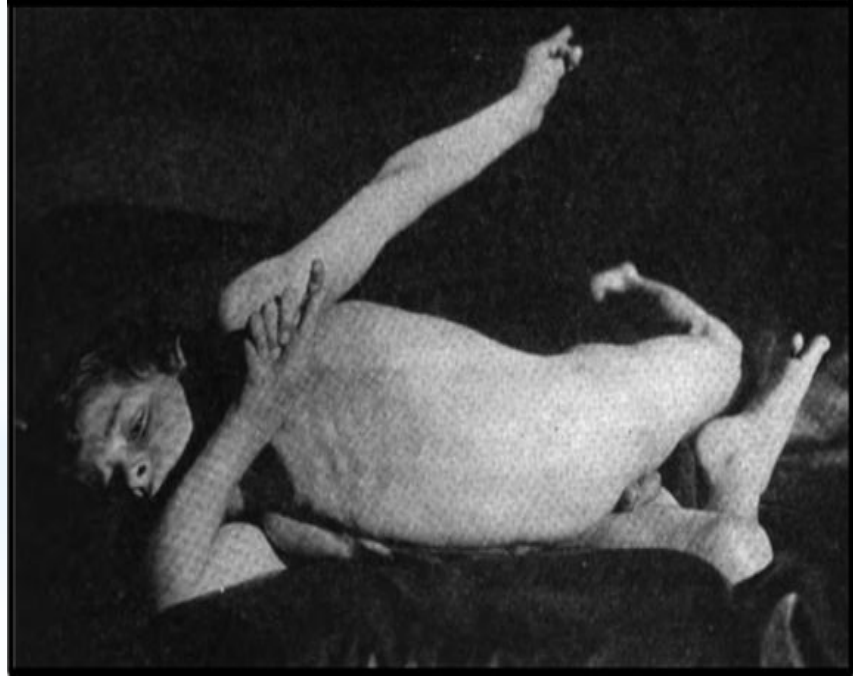


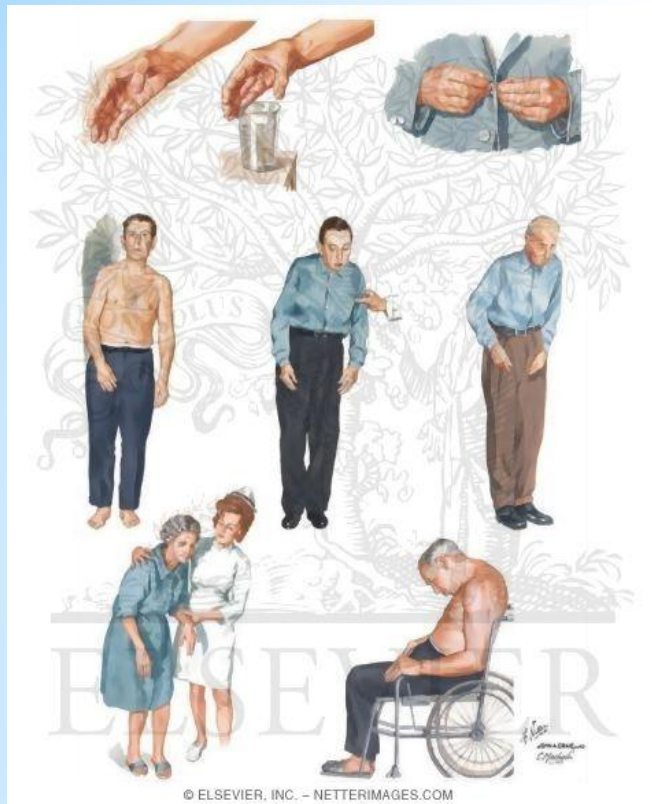
Гипокинезия — спонтанды қозғалыс белсенділігінің төмендеуі. Науқас сағаттап қозғалыссыз отырып қалуы мүмкін. Жалпы байлану тән. Активті қозғалыстардың біраз уақыттан кейін созылыңқы болуы — **брадикинезия**. Науқас кішкентай қадамдар жасайды, тобықтары бір біріне параллельді орналасады — **қуыршақ жүрісі**. Беті маскәтәрізді (**амимия**), қарауы мұздатылған, кейде жыпылықтау байқалады. Күлу, жылау гримасасы кеш басталып кеш қайтады. Паркинсон ауруына «манекен позасы» тән.

Сөйлеу қабілеті төмендеген, монотонды. **Микрография** болады. Бұлшықет тонусын зерттегенде бұлшықет антоногоноисттердің тонусы жоғарылағандықтан қарсыласу байқалады. Мысалы, жастықсыз жатқан науқастың басын қолымызбен көтеріп ұстап тұрып, бірден жіберіп қалсақ, бас төсекке өте баяу түрде түседі. Мұны «**ауалы жастық феномені**» деп (феномен воображаемой подушки) деп атайды.

Гемибаллизм—дененің бір жақ жартысының өрескел қимылдауы. Мұндай қимылдар тас лақтырғандай немесе доп сілтегендей болып көрінеді.

Өрескел қимылдардың дененің екі жағынан бірдей болуын парабаллизм деп атайды. Мұндай қимылдар сирек кездеседі де суда жүзген адамдар тәрізді байқалады. Гиперкинездің бұл түрі Люис көру төмпешігі асты ядро зақымданғанда немесе оның байланыстарының (әсіресе боз шармен) бұзылуына байланысты дененің қарама-қарсы жағында білінеді. Сол себепті боз шар өзінің қызметін тежейтін Люис денесінен ажырасады.





ПРОЯВЛЕНИЕ БОЛЕЗНИ

- наклон головы вперед
- тремор головы
- выражение лица как маска
- слиноотделение
- ригидность
- наклон корпуса
- потеря веса
- тремор
- акинезия (затрудненность в движениях)
- потеря постуральных рефлексов

ЛЕЧЕНИЕ

- Лекарства
- Реабилитация
- Адаптация к новому образу жизни
- Теплые ванны и массаж для расслабления мышц
- Прием специальных препаратов
- Поддержка работы кишечника
- Обустройство быта под новые условия
- Лечебная физкультура

NeuroPlus.ru



Экстрапирамидтік жүйе қызметтін зерттейтін тәсілдер:

1.Түрегеп тұру мен жүрісті тексеру. Сырқатты орнынан тұрғызып, 15-20 секунд шамасында қозғалмай тұруын өтінеді. Бұдан кейін көзі ашық күйінде бөлме ішінде ерсілі-қарсылы жүргізіледі.

2.Жазу қабілетін тексеру. Сырқаттан оның жазуы, қол таңбасы өзгерген-өзгермегендігін сұрайды, бірнеше сөз жаздырып байқайды.

3.Тонустық-постуральдық рефлексдерді тексеру:

Аяқ ұшы феномені (Вестфаль феномені)

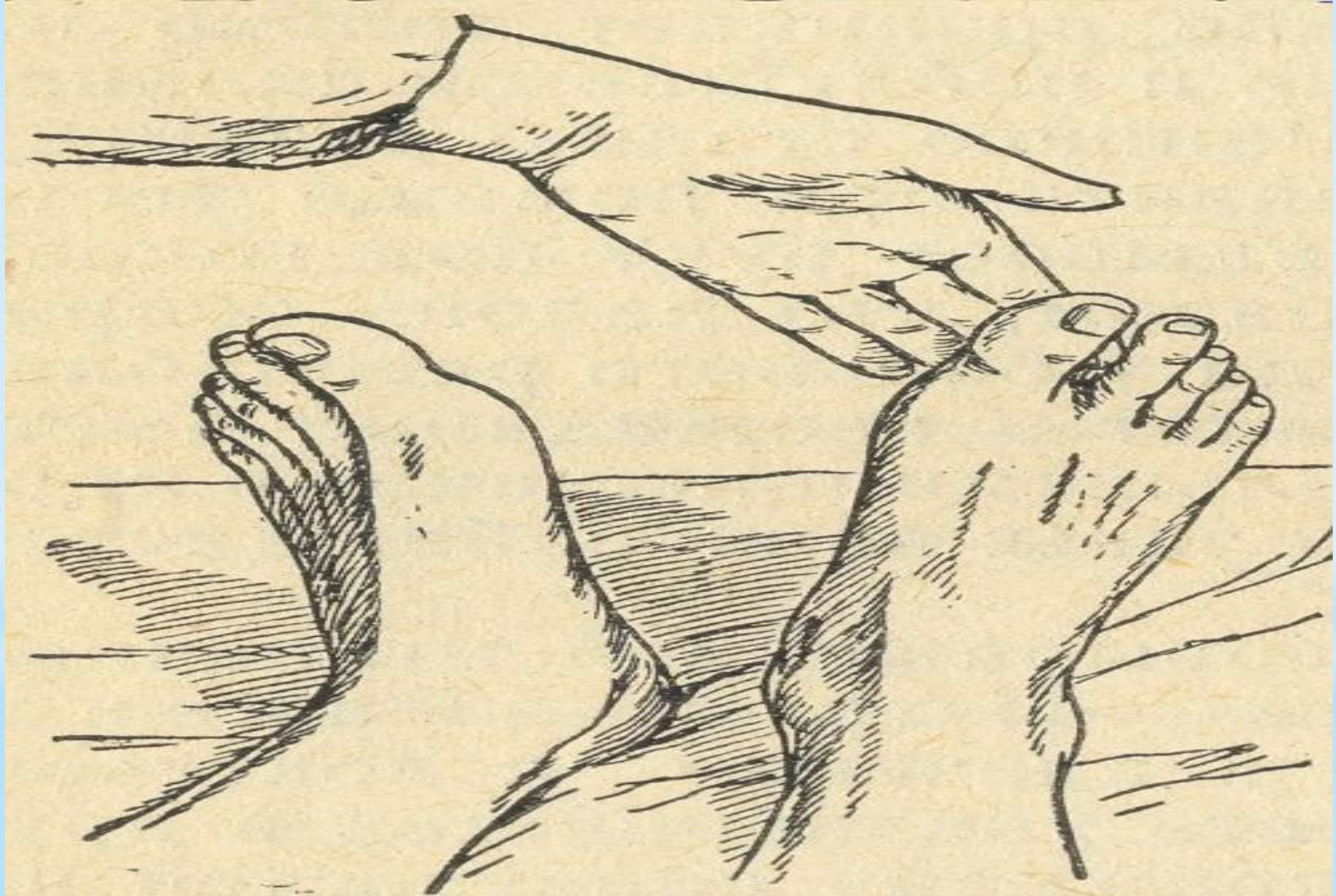
Дәрігер шалқасынан жатқан сырқаттың тізесін мейлінше жазып (созып), босатып жіберсе, экстрапирамидтік жүйесі зақымданбаған адамның аяғының ұшы қалпына келеді, ал науқастікі сол күйінде қалып қояды. Шектен тыс қимылдар (гиперкинез) синдромында аяғының ұшын ұстап тұра алмайды.

Тізе феномені (Фуа-Тевенар феномені)

Дәрігер етпетінен жатқан адамның тізесін бүгіп, өкшесін жамбасына жеткізгенде қалыпты жағдайда оның тізесі жазылып алғашқы қалпына келеді, ал акинетиктік-ригидті синдромда сырқаттың тізесі бүгулі күйінде қалып қояды.

4. Кері жүлқынуы болмайтын симптом (Стюарт-Холмс симптомы). Сырқат көлденеңінен бұрылған қолын бар күшімен шынтақ буынынан бүгеді (білек пен қол ұшы пронация күйінде, жұдырығы түюлі), дәрігер оның білезігінен жазуға тырысады. Дәрігердің қарсылығы кенеттен тоқтаған сәтте тексерілуші кеудесін қолымен соғып алады. Сау адамда мұндай құбылыс болмайды. Үйткені антагонистер тез қарсылық жасап соғылудың болмауын қамтамасыз етеді.

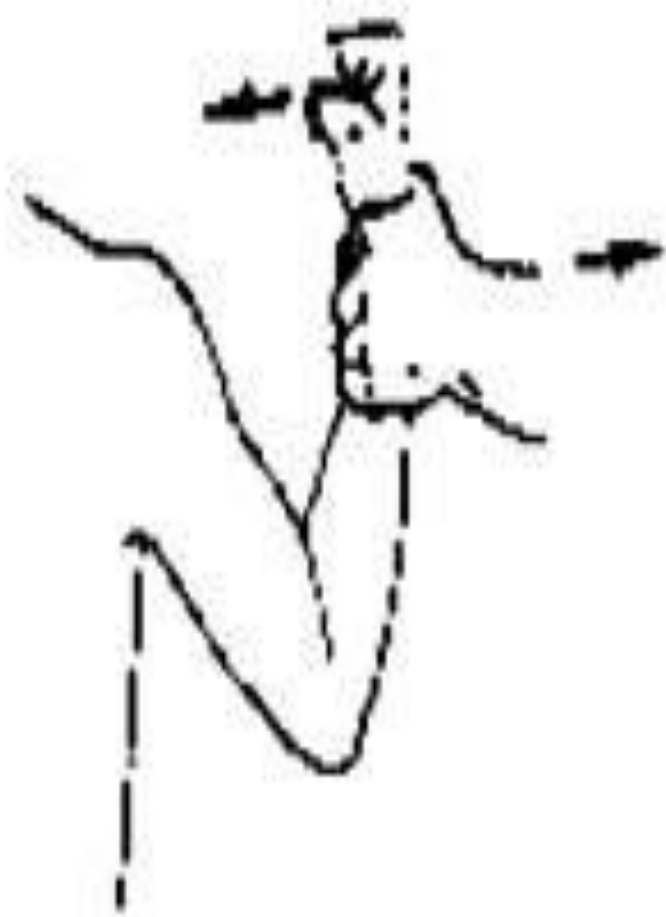
Вестфаль феномені



Фуа-Тевенар феномені



Стюарт-Холмс симптомы



Паркинсон ауруының емі:

Дер кезінде басталған ем, аурудың ағымын баяулата алады.

Дерттің соңғы сатыларында ем нәтижесі азая түспек.+

Паркинсон ауруының бастапқы кездерінде дофаминдік рецептор агонистері (**бромокриптин, пирибедил**), **амантадин**,

моноаминоксидаза В селективті ингибиторлары (**селегилин**),

антихолинэстераздық препараттар (**циклодол**) беріледі.+

Қазіргі уақытта паркинсонизм айқын клиникалық көрінісі бар кезінде **леводопа** препаратына мән беріледі. Бұл препарат ОЖЖ түскеннен кейін, базальді ганглийлердің қалыпты функциясы үшін қажетті дофаминге декарбоксилденіп өз әсерін көрсетеді. Көпшілік жағдайда леводопаны декорбаксилаза ингибиторларымен бірге комбенирленген түрде тағайындайды. Мұндай жағдайдың артықшылығы леводопа мөлшерін азайтып, оның жана әсерін алдын алуға мүмкіндік береді.

Пайдаланылған әдебиеттер:

- 1. С.Қайшыбаев неврология I-том
87-98 бет**
- 2. www.kazmedic.kz сайты**
- 3. studopedia.info**