

**Астана Медицина Университеті
Неврология кафедрасы**

Паркинсон ауруы



**Орындаған: Ысқақ С.Ғ
Қабылдаған: Балтаева Ж.Ш**

Астана 2017 жыл

Жоспары

- I.** Анықтамасы
- II.** Эпидемиологиясы
- III.** Этиологиясы
- IV.** Патогенезі
- V.** Клиникасы
- VI.** Патоморфологиясы
- VII.** Емі



Паркинсон ауруы-қимыл қозғалыстың баяулауымен, бұлшықет ригидтілігімен және тыныштықтағы тремор (діріл) мен көрінетін жүйке жүйесінің дегенеративті ауруларының бірі. Нейромедиатор дофамин болып қолданылатын орталық жүйке жүйесінің немесе орта мидың қара субстанция нейрондарының бүлініп немесе өліп қалуынан пайда болады.

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.

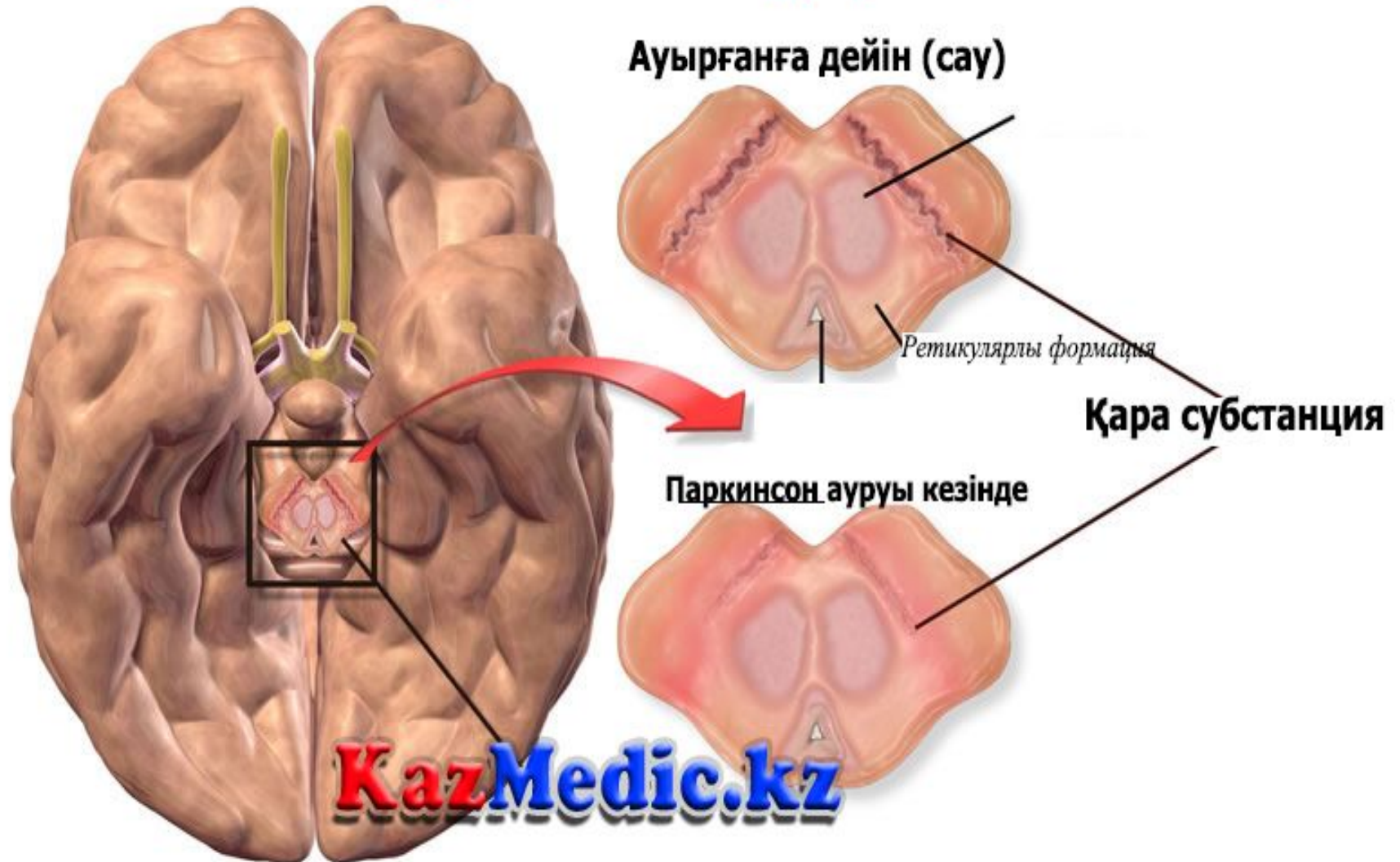
Этиологиясы

- 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



Патоморфологиясы

Паркинсон ауруында негізгі патологоанатомиялық бұзылыстар қара субстанцияда және бозғылт денешікте дегенеративті өзгерістер мен жүйке жасушаларының өлуі байқалады. Өлген жасушалар орнында глиальдік элементтер немесе бос орын қалып қояды.



Клиникалық көріністері

- Олигокинезия
- Брадикинезия
- 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





- Негізгі клиникалық көрінісі **акинетико-ригидті** немесе **гипертонико –гипокинетикалық** синдромдармен көрінеді. Ол өз кезегінде келесідей триададан тұрады: олиго-, барикинезия, бұлшықет ригидтілігі, тремор.
- Науқаста өзіндік бүгілген поза пайда болады: басы және денесі алға қарай еңкейген, қолдары шынтак, қәріжілік-білезік және фалангалық буындарда бүгілген. Сөйлеуі ақырын, монотонды, модуляциясыз, сөздің соңында ақырындап өшіп қалады (затухание). Жүру кезінде қолды қалыпты сілтеп жүру қасиеті жоқ (ахейрокинез).

- ❑ **Постуральді тұрақсыздық** – жүру және қозғалу кезінде ауырлық орталығын (центр тяжести) ұстау шектеледі. Жиі пропульсия –дене қалыпын түзету үшін алға жүгіруге бейім болады. Егер мұндай науқасты сәл алға немесе артқа қарай итеріп қалатын болса, ол сол жаққа қарай өз ауырлық центрін қуып жету үшін, құламас үшін жүгіре жөнеледі. Мұндай жағдайлар отырғанда, басын артқа шалқайтқанда да көрінеді.
- ❑ **Бұлшықет тонусын зерттегенде бұлшықет антогноисттердің 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.

- **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.

- Жоғарыда келтірілген белгілермен қоса баяу ойлау, әрекетсіздік, енжарлық құбылыстары (брадипсихия), сондай-ақ бір айтқан тілегін немесе ренішін әлденеше рет қайталау, айтқанынан қайтпау (акай-рия) байқалады

Емі

Дер кезінде басталған ем, аурудың ағымын баяулата алады. 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.

