

**КАЗАХСКО-ТУРЕЦКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
имени Х.А.ЯСАВИ
МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ**

Кафедра неврологии, психиатрии и наркологии

СРС

На тему: Паркинсонизм. Хирургическое лечение.

**Выполнила: Досметова З.К
Принял: Бурьшов С.М**

Шымкент 2018

ПЛАН:

I. ВВЕДЕНИЕ.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

II. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

ПАТОГЕНЕЗ

КЛАССИФИКАЦИЯ

КЛИНИКА

ДИАГНОСТИКА

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА

III. ЗАКЛЮЧЕНИЯ

IV. СПИСОК ЛИТЕРАТУР.



ЦЕЛЬ:



Дать общее понятие
и лечению этой болезни ,
также сопровождающиеся
развитие осложнений после
лечения .



ОПРЕДЕЛЕНИЕ

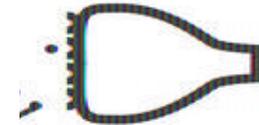
- ▣ **Паркинсонизм** — это состояние, характеризующееся тремором (дрожанием конечностей, головы), скованностью движений и повышенным мышечным тонусом, связанными с различными заболеваниями головного мозга. В отличие от болезни Паркинсона, проявляющейся подобными симптомами и являющейся самостоятельным заболеванием, паркинсонизм может появляться вторично (при травмах головы, отравлениях и т.п.). Поэтому паркинсонизм считают не болезнью, а синдромом (совокупностью симптомов).



shed
ntia nigra



n affected
kinson's



□ Патогенез

Основу всех форм синдрома паркинсонизма составляет резкое уменьшение концентрации допамина в подкорковых узлах и черной субстанции. В норме концентрация допамина в этих образованиях в сотни раз превышает концентрацию допамина в других структурах мозга, что с несомненностью указывает на его важную роль в деятельности экстрапирамидной системы. Разрушение черной субстанции в экспериментах на животных неизменно сопровождается снижением концентрации допамина в полосатом теле. Объяснение этому находят в том, что допамин, вырабатываемый в черной субстанции, по нигростриарным путям поступает в полосатое тело.



- Разрушение черной субстанции патологическим процессом при синдроме паркинсонизма резко снижает уровень допамина и в полосатом теле. Этим нарушается нормальное состояние равновесия между допамином и серотонином с одной стороны и ацетилхолином и гистамином - с другой. Конкретные механизмы реализации биохимических нарушений в двигательные расстройства, характерные для синдрома паркинсонизма, окончательно не установлены. Предполагается, что основной дефект заключается в нарушении соотношений между альфа- и гамма-системами с подавлением гамма- и усилением альфа-активности, что приводит к усилению тонического рефлекса на растяжение и возникновению ригидности и гипокинезии.



КЛАССИФИКАЦИЯ

В зависимости от причины развития заболевания выделяют следующие формы паркинсонизма:

постинфекционный - развивается после перенесенных инфекций (особенно тяжелых, в частности при развитии энцефалитов (воспаления вещества головного мозга)), например, клещевого энцефалита (вирусное воспаление головного мозга, передающееся через укусы клещей рода *Ixodes*), сифилиса (заболевание, передающееся преимущественно половым путем и поражающее все органы и ткани), гриппа (заболевание, передающееся воздушно-капельным путем и характеризующееся поражением дыхательной системы и выраженной интоксикацией);

сосудистый - развивается при остром (инсульт) или хроническом нарушении мозгового кровообращения;

токсический - является последствием токсического воздействия различных веществ на головной мозг.



лекарственный - развивается как следствие применения некоторых лекарственных препаратов (чаще всего это антипсихотики – препараты, применяемые в психиатрии);

посттравматический - развивается как следствие черепно-мозговой травмы, хотя чаще при постоянном травмировании головного мозга (чаще у боксеров);

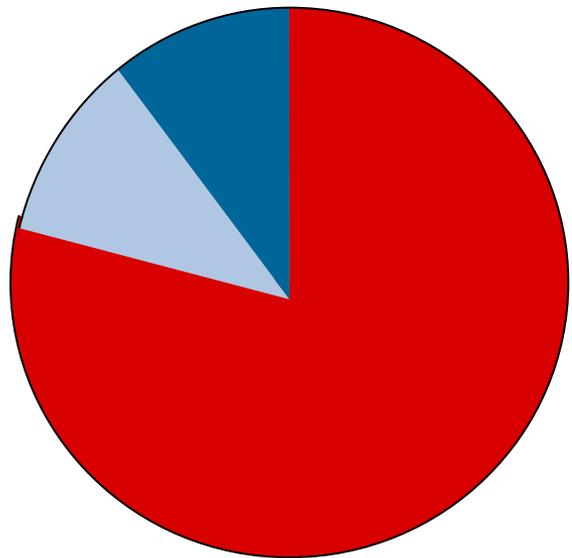
опухолевый - развивается при наличии опухолей головного мозга

идиопатический (с неизвестной причиной) — формально входит в состав болезни Паркинсона, проявляющейся подобной симптоматикой (дрожание, скованность мышц), но не имеющей точно известной причины развития.



ЧАСТОТА ПАРКИНСОНИЗМА

1. Болезнь Паркинсона – 80% (идиопатический паркинсонизм)
2. Вторичный – 10% (симптоматический) паркинсонизм
3. Паркинсонизм в рамках нейродегенеративных заболеваний – 10%



- Болезнь Паркинсона
- Вторичный паркинсонизм
- «Паркинсонизм плюс»

*сосудистый паркинсонизм
3-5%

КЛИНИКА ПАРКИНСОНИЗМА

Тремор (дрожание): проявляется в конечностях, голове. Обычно возникает в покое (когда конечности не выполняют произвольных движений), уменьшается при попытке двигать конечностями.

Повышенный мышечный тонус, скованность в мышцах: усиливается при повторных движениях (каждое движение выполняется все сложнее).

Характерная поза: сгорбленная спина, руки прижаты к туловищу и согнуты, наклоненная вперед голова.

Нарушения походки: человек ходит мелкими шагами (“семенящая” походка), шаркает ногами.

Частые падения.

Затруднения при начале движений: человеку сложно именно начать двигательный акт (например, встать и начать шагать), что вызывает брадикинезию (т.е. бедность двигательной активности).

Замедленность движений.

Бедность мимики (маловыразительность лица, лицо практически не выражает эмоций).

Тихая, монотонная речь.

Интеллектуальные нарушения: ухудшение памяти, мышления.

Эмоциональные нарушения: склонность к ворчливости, подавленное настроение.

Повышенная жирность кожи (блестящая, сальная кожа).

Повышенное слюноотделение, приводящее иногда к слюнотечению изо рта.

Склонность к запорам.

ДИАГНОСТИКА

Анализ жалоб и анамнеза заболевания:

- как давно появилось дрожание в конечностях, замедленные движения, скованность в мышцах;
- усиливается ли дрожание в покое или при движениях;
- были ли в семье у кого-либо подобные жалобы;
- не связана ли профессиональная деятельность пациента с химическими вредностями



- не принимает ли пациент длительно лекарственные препараты (особенно некоторые противорвотные и успокоительные – они способны вызывать симптомы паркинсонизма, особенно часто тремор);
- предшествовало ли появлению дрожания, скованности движений какое-либо тяжелое инфекционное заболевание (например, грипп (заболевание, передающееся воздушно-капельным путем и характеризующееся поражением дыхательной системы и выраженной интоксикацией));
- не было ли раньше травм головы.



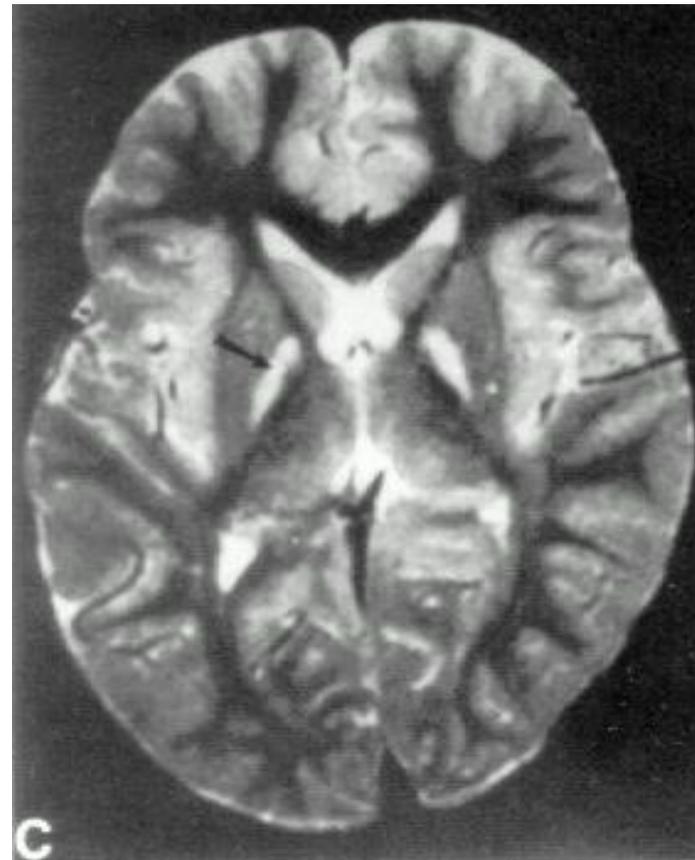
- Неврологический осмотр: выявление признаков неврологической патологии (тремора (дрожание конечностей, головы), скованности движений, повышенного мышечного тонуса, изменения походки).
- Фармакологический тест: пациенту назначают препарат, содержащий дофамин или его предшественники. У пациента с паркинсонизмом это приведет к уменьшению симптомов.
- МРТ (магнитно-резонансная томография) головного мозга: метод, позволяющий послойно изучить головной мозг, в т.ч. в области черной субстанции. При паркинсонизме в этой области можно выявить просветления ткани, что говорит о гибели клеток в ней. Кроме того, при нарушениях мозгового кровообращения можно выявить характерные очаги повреждения ткани головного мозга, при наличии опухоли мозга можно изучить ее размеры и расположение.



МРТ при сосудистом паркинсонизме



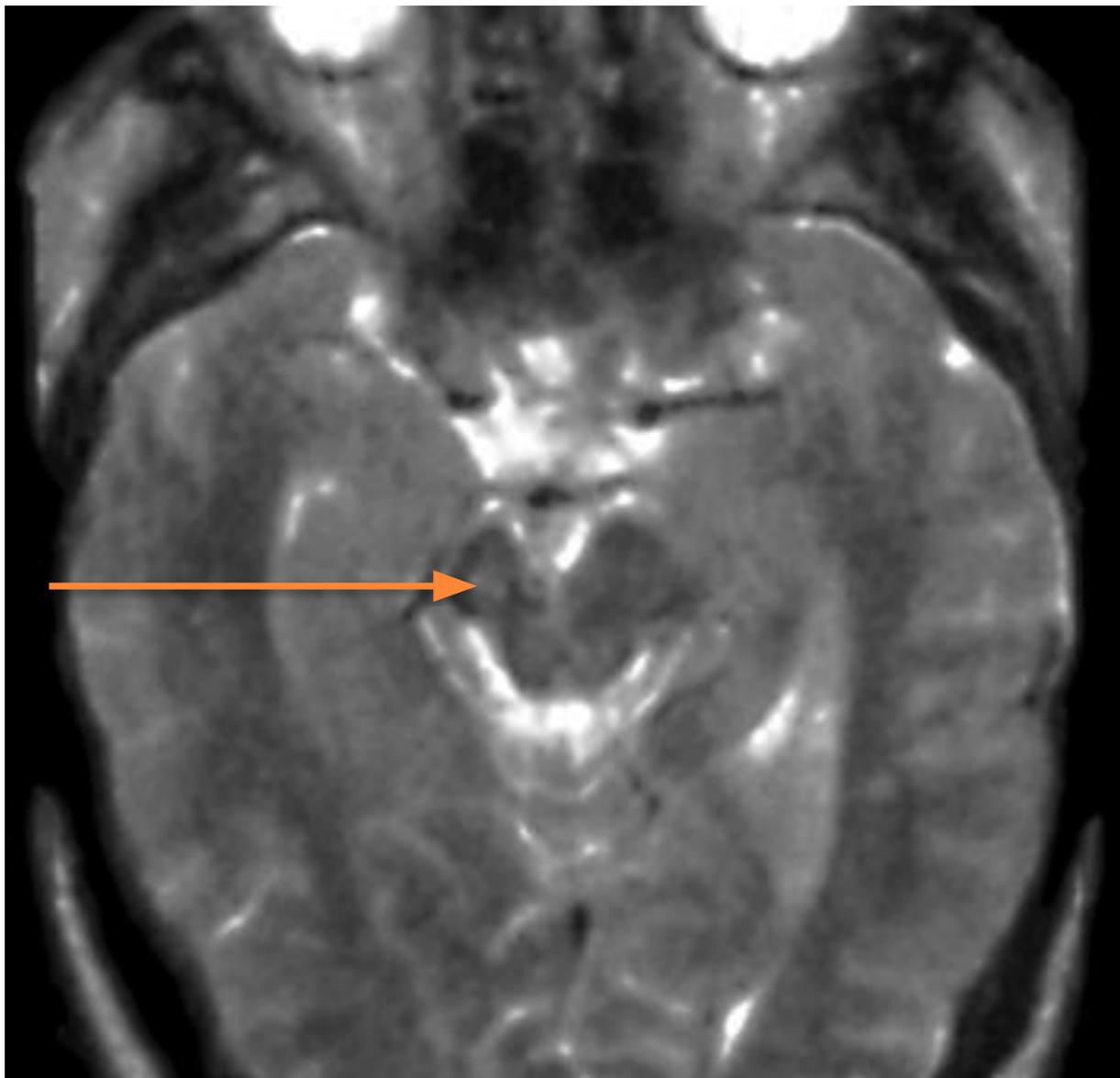
Двусторонние инфаркты
в проекции медиальных
отделов лобных долей



Гипоксическое
двустороннее повреждение
бледного шара



МРТ при сосудистом паркинсонизме



инфаркт правой
ножки мозга



МРТ при сосудистом паркинсонизме



Диффузное поражение
белого вещества



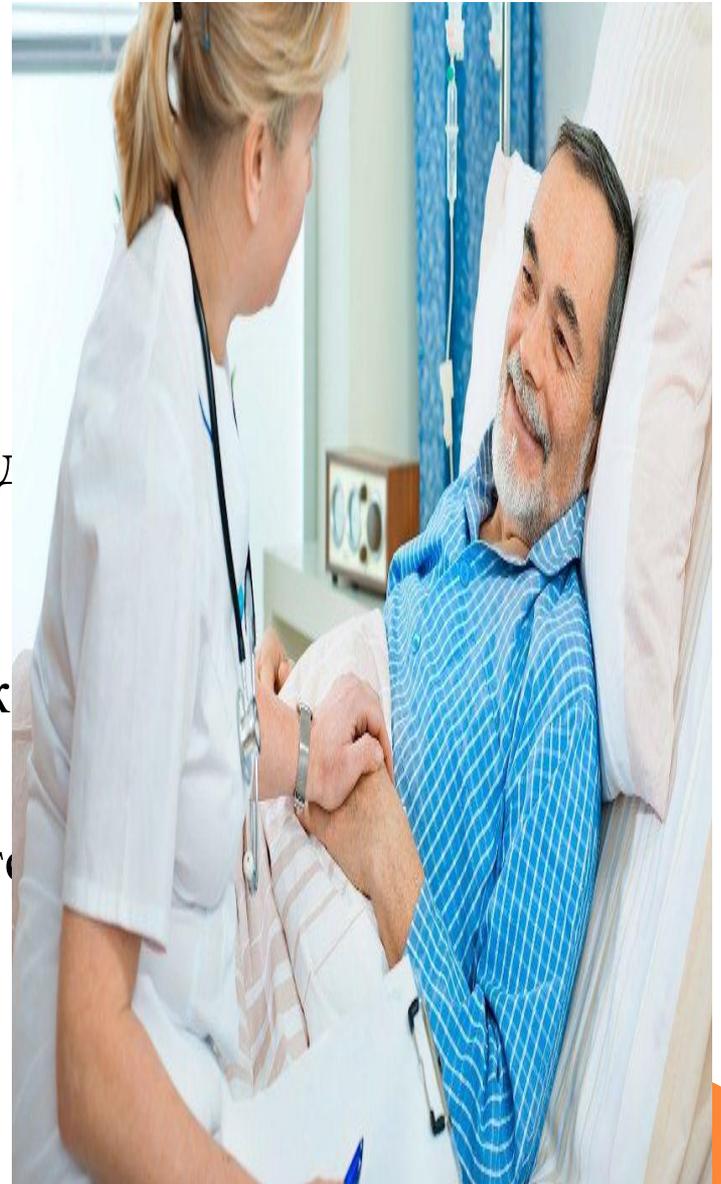
ЛЕЧЕНИЕ ПАРКИНСОНИЗМА

Медикаментозное лечение:

- назначение лекарственных препаратов: содержащих дофамин (или его предшественники, т.е. вещества, превращающиеся в дофамин в организме) — вещество, служащее для передачи сигналов между клетками головного мозга;
- тормозящих разрушение дофамина в головном мозге;
- препаратов, тормозящих гибель клеток головного мозга (нейропротекторы);
- антидепрессантов (препараты, улучшающие эмоциональное состояние): при склонности пациента к подавленному эмоциональному состоянию.



- Лечебная физкультура, подвижные занятия (танцы, ходьба, игры с мячом).
- Глубокая стимуляция мозга: в мозг вводят электроды, соединенные проводами со специальным устройством, который человек всегда носит с собой. Импульсы через эти электроды стимулируют мозг, уменьшая симптомы болезни (дрожь, скованность).
- Хирургическое лечение: применяется при неэффективности медикаментозного лечения.



СТЕРЕОТАКСИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ

Стереотаксические операции бывают двух, координально отличающихся друг от друга, видов: деструктивные, предполагающие разрушение определённой структуры головного мозга, отвечающей за возникновение того либо иного симптома заболевания, и стимуляционные, заключающиеся в имплантации электрода для стимуляции конкретной структуры мозга, что тоже в итоге приводит к исчезновению проявлений паркинсонизма.



- В настоящее время для устранения ригидности и тремора (дрожания) в основном выполняются деструктивные стереотаксические операции, которые уже показали свою высокую эффективность в этом и в ряде других направлений. Как правило, в подобных случаях выполняется стереотаксическая таламотомия. Может вводиться в таламус специальный зонд, наконечник которого имеет очень низкую температуру, что вызывает разрушение клеток, отвечающих за дрожание (криоталамотомия). При тяжёлом треморе и тогда, когда симптомы затрагивают лишь одну половину тела, возможна и стимуляция таламуса. Если же отмечается превалирование ригидности, акинезии или произошло развитие лекарственных дискинезий, моторных флюктуаций, показана паллидотомия (разрушение части бледного шара).



- Оперативные вмешательства осуществляются под местной анестезией, и, таким образом, во время хирургической процедуры больной сам способен контролировать действенность врачебных манипуляций.
- Эффективность такого подхода, согласно статистическим данным, достигает 70-80% и обеспечивает достаточно стойкий результат. Немаловажным является тот факт, что подобная тактика позволяет уменьшить суточную дозу леводопосодержащих лекарственных препаратов, что имеет важное не только клиническое, но и экономическое значение. Осложнения здесь развиваются менее, чем в 1 % всех случаев и носят обычно преходящий, то есть временный характер.
- В настоящее время учёные разрабатывают методику по пересадке допамин-продуцирующих клеток больным паркинсонизмом, что также позволит нивелировать имеющуюся симптоматику заболевания.



Список литературы

1. Гусев Е.И. Неврология. Национальное руководство. Краткое издание. ГЭОТАР-Медиа, 2014.- 688с.
2. Г.А.Акимов, М.М.Одинак – Дифференциальная диагностика нервных болезней, 2001 г.
Руководство для врачей. – 2-е изд., испр. и доп. — СПб.: Гиппократ, 2009. — 664 с.: ил. — ISBN 5-8232-0213-X.
3. Google.com



ВОПРОСЫ К АУДИТОРИИ

- 1. Определение Паркинсонизма?
- 2. Формы Паркинсонизма?



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ !

