

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

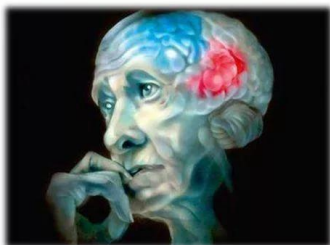


МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РК
КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.
АСФЕНДИЯРОВА

СӨЖ

Тақырыбы: Паркинсон ауруы

Благодарю за
внимание!



MyShared

Орындаған: Таранкызы Жанерке
ЖМ 13-41-1
Тексерген: Кадыржанова .

Жоспары

1. Анықтамасы
2. Эпидемиологиясы
3. Этиологиясы
4. Патогенезі
5. Клиникасы
6. Патоморфологиясы
7. 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

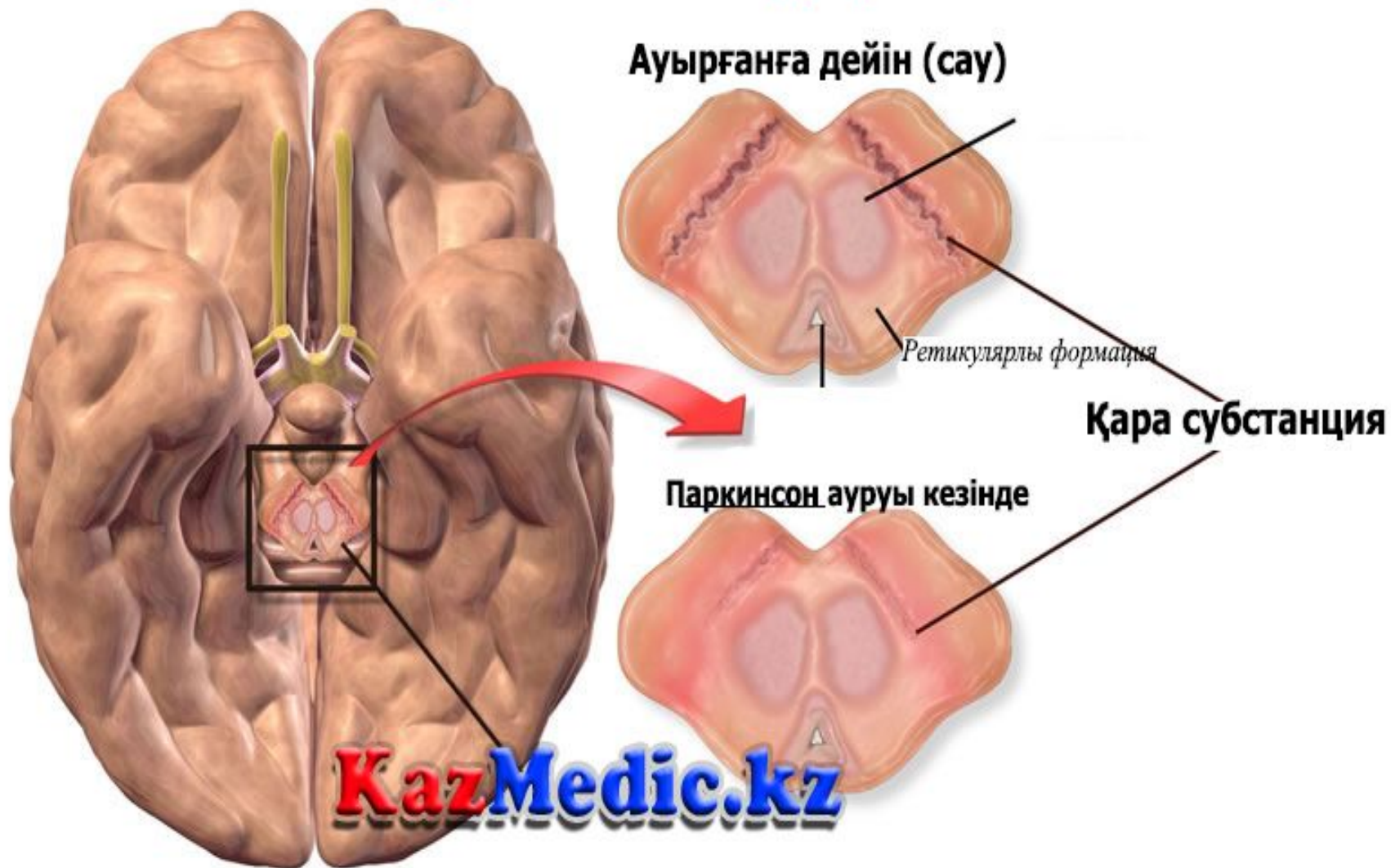
- ▶ Тұқым қуалаушылық, аутосомды доминантты түрде кездеседі.
- ▶ Жүйке жүйесінің жедел және созылмалы инфекциясынан кейін пайда болуы мүмкін (мысалы кенелік немесе басқа энцефалиттер)
- ▶ Ми қанайналымының жедел және созылмалы бұзылыстары.
- ▶ Жүйке жүйесінің травмасы немесе ісіктері (обыр).

Патоморфологиясы

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



Паркинсон ауруы



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






Клинические особенности поздних стадий болезни

Паркин

- Моторные флуктуации
- Лекарственные дискинезии
- Акинетические кризы
- Вегетативные расстройства
- Когнитивные нарушения
- Депрессия



- 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 шынтақ, 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).



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.

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.



Қолданылған әдебиеттер

- С.Қайшыбаев “Неврология II том”, Алматы 2003жыл ,330-345бет
- А.А. Скоромец и др.-Нервные Болезни.(М.: МЕДпресс-информ,2008.)
- Гусев Е. Неврология и нейрохирургия. М, 2000

Назарларыңызға рахмет

Спасибо за внимание!

