Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Реферат на тему « Болезнь Паркинсона»

Выполнила:

Ординатор 2 года обучения

Кафедры нервных болезней с курсом ПО

Специальности 31.08.42 неврология

Протасюк Екатерина Николаевна

Красноярск, 2022

Содержание

1)Введение

2) Этиология

3)Формы Паркинсонизма

4) Основные признаки

5)Клиника

6)Диагностика

7)Список литературы

Введение

Болезнь Паркинсона впервые описал английский врач Джеймс Паркинсон в 1817 году в своем "Эссе о дрожательном параличе", в котором обобщил результаты наблюдений за шестью пациентами.

Дж. Паркинсон описывал это заболевание как "дрожательный паралич" со следующими характерными проявлениями: "непроизвольные дрожательные движения, ослабление мышечной силы, ограничение активности движений, туловище больного наклонено вперед, ходьба переходит в бег, при этом чувствительность и интеллект больного остаются сохранными".

С тех пор болезнь была детально изучена, конкретизированы все её симптомы, однако портрет заболевания, составленный Дж. Паркинсоном, остается по-прежнему точным и емким.

В России, по разным данным, насчитывается от 117000 до 338000 больных болезнью Паркинсона. После деменции, эпилепсии и церебрососудистых заболеваний БП является наиболее частой проблемой пожилых людей, о чем свидетельствует ее распространенность в России (1996 год):

1.8 : 1000 в общей популяции

1.0: 100 в популяции тех, кому за 70

1.0 : 50 в популяции тех, кому за 80

Средний возраст начала БП - 55 лет. В то же время у 10% больных заболевание дебютирует в молодом возрасте, до 40 лет. Заболеваемость паркинсонизмом не зависит от половой и расовой принадлежности, социального положения и места проживания.

Предполагают, что с увеличением среднего возраста населения в ближайшие годы распространенность БП в популяции будет увеличиваться.

На поздних стадиях заболевания качество жизни больных оказывается существенно сниженным. При грубых нарушениях глотания пациенты быстро теряют в весе. В случаях длительной обездвиженности смерть больных обусловлена присоединяющимися дыхательными расстройствами и пролежнями.

Этиология:

Происхождение БП остается до конца не изученным, тем не менее в качестве причины заболевания рассматривается сочетание нескольких факторов:

• старение;

• наследственность;

• некоторые токсины и вещества.

*Старение*

Тот факт, что некоторые проявления БП возникают и при нормальном старении, заставляет предполагать, что одним из причинных факторов паркинсонизма может быть возрастное снижение количества мозговых нейронов. В действительности каждые 10 лет жизни человек теряет около 8% нейронов. Компенсаторные возможности мозга настолько велики, что симптомы паркинсонизма появляются лишь при потере 80% нейронной массы.

*Наследственность*

Уже в течение многих лет обсуждается возможность генетической предрасположенности к БП. Генетическая мутация, как предполагают, может быть вызвана воздействием некоторых токсинов в окружающей среде.

*Токсины и другие вещества*

В 1977 году было описано несколько случаев тяжелого паркинсонизма у молодых наркоманов, принимавших синтетический героин. Этот факт свидетельствует о том, что различные химические вещества могут "запускать" патологический процесс в нейронах головного мозга и вызывать проявления паркинсонизма.

*Другие причины БП включают:*

* вирусные инфекции, приводящие к постэнцефалитическому паркинсонизму;
* атеросклероз сосудов головного мозга;
* тяжелые и повторные черепно-мозговые травмы.
* Длительный прием некоторых препаратов, блокирующих высвобождение или передачу дофамина (например, нейролептиков, резерпинсо-держащих средств), может также привести к появлению симптомов паркинсонизма, поэтому всегда следует уточнить, какую терапию получал больной до установления диагноза БП.

Формы паркинсонизма

Классификация болезни Паркинсона проводится по форме, стадии и темпу прогрессирования заболевания.

Формы заболевания.

 В зависимости от преобладания в клинической картине того или иного симптома выделяют следующие формы: смешанную (акинетико-ригидно-дрожательную), акинетико-ригидную и дрожательную.

Смешанная форма выявляется в 60-70 % случаев болезни Паркинсона, акинетико-ригидная - в 15-20 % случаев болезни Паркинсона, дрожательная - в 5-10 % случаев болезни Паркинсона. По мере прогрессирования заболевания его форма может меняться.

 Стадии заболевания.

 Общепризнанной является классификация стадий болезни Паркинсона, предложенная Hoehn и Yarh (1967):

Стадия 1. Односторонние проявления заболевания (только конечности).

Стадия 1.5. Односторонний процесс (конечности и одноименная сторона туловища).

Стадия 2. Двустороннее заболевание без постуральной неустойчивости.

Стадия 2.5. Начальные проявления двустороннего процесса с возвращением к норме при исследовании.

Стадия 3. Умеренно выраженная постуральная неустойчивость, возможно самостоятельное передвижение.

Стадия 4. Значительная утрата двигательной активности, пациент не в состоянии передвигаться без посторонней помощи.

Стадия 5. В отсутствие посторонней помощи пациент прикован к постели или инвалидному креслу.

Темп прогрессирования.

Выделяют три варианта темпа прогрессирования болезни Паркинсона (при условии адекватного лечения): быстрый темп прогрессирования, при котором смена стадий заболевания (первая - вторая или вторая - третья) происходит в течение 2 или менее лет; умеренный темп прогрессирования, при котором смена стадий происходит более чем за 2 года, но не более чем за 5 лет; медленный темп прогрессирования со сменой стадий более чем через 5 лет. паркинсон болезнь нейродегенеративный дрожательный

Основные признаки болезни Паркинсона

* *гипокинезия:*
* ригидность;
* тремор (дрожание);
* постуральные расстройства.

*Гипокинезия(брадикинезия)*

Проявляется замедлением и уменьшением количества движений. Обычно пациенты описывают брадигипокинезию как ощущение слабости и быстрой утомляемости, в то время как сторонние наблюдатели в первую очередь отмечают значительное обеднение мимики и жестикуляции при общении с больным. Особенно трудно для пациента начало движения, а также координированное выполнение двигательного акта. На более поздних стадиях заболевания пациенты отмечают затруднения при смене положения тела во время сна, который вследствие возникающих болей может нарушаться. При пробуждении таким больным очень трудно встать с постели без чужой помощи.

Гипокинезия наиболее часто проявляется в туловище, конечностях, мышцах лица и глаз.

*Ригидность*

Клинически проявляется повышением мышечного тонуса. При исследовании пассивных движений у пациента ощущается характерное сопротивление в мышцах конечностей, получившее название феномена "зубчатого колеса". Повышенный тонус скелетной мускулатуры обусловливает и характерную сутулую позу пациентов с болезнью Паркинсона (т.н. позу "просителя"). Ригидность может вызывать боль, и в некоторых случаях боль может стать тем первым симптомом, который заставляет пациентов обратиться за медицинской помощью. Именно из-за активных жалоб на боль таким пациентам первоначально может быть поставлен неверный диагноз ревматизма.

*Тремор*

Не обязательно сопутствует паркинсонизму. Он возникает из-за ритмического сокращения мышц-антагонистов с частотой 5 колебаний в минуту и представляет собой тремор покоя. Дрожание более всего заметно в кистях рук, напоминает "скатывание пилюль" или "счет монет" и становится менее выраженным или исчезает при выполнении направленного движения. В отличие от паркинсонического дрожания, эссенциальный или семейный тремор присутствует всегда, не уменьшаясь при движении.

*Постуральная неустойчивость*

Изменения постуральных рефлексов в настоящее время рассматриваются как одни из основных клинических проявлений болезни Паркинсона наряду с тремором, ригидностью и гипокинезией. Постуральные рефлексы участвуют в регуляции стояния и ходьбы и являются непроизвольными, как и все другие рефлексы. При болезни Паркинсона эти рефлексы нарушены, они либо ослаблены, либо вовсе отсутствуют. Коррекция позы является недостаточной или во-все неэффективна. Нарушение постуральных рефлексов объясняет частые падения больных паркинсонизмом.

Для постановки диагноза БП должны присутствовать как минимум два из четырех названных выше проявлений.

Клиника

Для болезни Паркинсона характерна совокупность моторных и немоторных симптомов.
К моторным (или двигательным) проявлениям заболевания относятся:

* дрожание (тремор): для болезни Паркинсона характерен ”тремор покоя”, то есть больше всего дрожание беспокоит в расслабленном состоянии и уменьшается при движениях;
* замедленность движений, которая проявляется в виде нарушений походки - она становится медленной, укорачиваются шаги, появляется шарканье при ходьбе, на более поздних стадиях - топтание на месте и невозможность сделать следующий шаг; в руках нарушается мелкая моторика, что приводит к изменению почерка (становится более мелким и неровным), становится сложно заниматься привычными делами - чистить зубы, завязывать шнурки, доставать мелкие вещи из карманов; менее живой становится мимика, замедляется и становится более монотонной речь;
* ригидность или повышение тонуса, которые ощущаются как скованность и тугоподвижность в мышцах и могут приводить к болевому синдрому в конечностях;
* постуральными нарушениями: сутулость, наклон туловища вперед или в сторону, шаткость при ходьбе, которая может приводить к падениям.
* Не менее важными являются многочисленные немоторные проявления заболевания:
* потеря или снижение обоняния;
* запоры;
* нарушения мочеиспускания и половой функции: учащенное и императивное мочеиспускание, неполное опорожнение мочевого пузыря, затруднение инициации мочеиспускания, эректильная дисфункция, снижение либидо;
* ортостатическая гипотензия: резкое падение артериального давления при вставании, физической нагрузке, после приема пищи, что может проявляться потемнением в глазах, головокружением, слабостью, сонливостью после приема пищи;
* нарушение пото- и слюноотделения;
* нарушение сна: расстройство засыпания и поддержания сна (бессонница), повышенная дневная сонливость, а также особое состояние – "нарушение поведения в фазе сна с быстрыми движениями глаз", которое проявляется сноговорением и криками, активными движениями конечностей и туловища во время сна, во время кошмаров больные могут вскакивать с постели, наносить удары, при этом после пробуждения пациенты не помнят того, что происходило;
* эмоциональные нарушения - снижение фона настроения, депрессия, тревожность, апатия (более подробно в брошюре общества по расстройству движений);
* когнитивные нарушения (более подробно в брошюре общества по расстройству движений).

Для болезни Паркинсона характерен определенный порядок развития симптомов. Сначала, как правило, развиваются немоторные проявления заболевания - снижение или потеря обоняния, запоры, нарушения сна, эмоциональные нарушения. Они могут возникать за несколько лет и даже десятилетий до двигательных проявлений БП. Моторные симптомы возникают позже и сначала, как правило, затрагивают только одну конечность (это может быть как рука, так и нога), затем вовлекается вторая конечность с этой же стороны тела и только потом противоположные конечности. Первоначально пораженная сторона обычно функционирует хуже на протяжение всего заболевания.

Диагностика

При болезни Паркинсона отсутствуют характерные лабораторные тесты, также как отсутствуют патогномоничные изменения при МРТ и КТ головного мозга. Тем не менее нейровизуализационные методы могут быть использованы в случае подозрения на вторичный паркинсонизм, у пациентов с атипическими проявлениями паркинсонизма, у пациентов, не самым оптимальным образом отвечающих на терапию. Позитронная эмиссионная томография и гамма томография могут быть использованы для подтверждения диагноза болезни Паркинсона начиная с ранней стадии заболевания. Тем не менее, нет необходимости в их проведении в типичных клинических случаях. К тому же эти исследования крайне малодоступны в клинической практике.

*Дифференциальная диагностика болезни Паркинсона*

·Вторичный паркинсонизм (синдром паркинсонизма)

·Болезнь Альцгеймера

·Кортикобазальная дегенерация

·Прогрессирующий надьядерный паралич

·Мультисистемная атрофия

·Эссенциальный тремор

·Нормотензивная гидроцефалия

·Лобно-височная деменция с паркинсонизмом

·БАС - паркинсонизм - лобная деменция

·Болезнь диффузных телец Леви

·Болезнь Геллервордена - Шпатца

·Ювенильная форма хореи Гентингтона

Список литературы

Пономарев, В.В. Диагностика болезни Паркинсона на ранних стадиях заболевания / В.В. Пономарев, Е.В. Мазуренко // Мед. новости. - 2012.

Слободин, Т.Н. Современные представления о патогенезе болезни Паркинсона / Т.Н. Слободин // НЕЙРОNEWS. - 2011

Шток, В.Н. Экстрапирамидные расстройства: рук-во по диагностике и лечению / В.Н. Шток, И.А. Иванова-Смоленская, О.С. Левин. - М.: МЕДпресс-информ

.Шток, В.Н. Экстрапирамидные расстройства: рук-во для врачей / В.Н. Шток, О.С. Левин, Н.В. Федорова. - М.: Мед. информ. агентство

Яхно, Н.Н. Современные принципы терапии болезни Паркинсона / Н.Н. Яхно, М.Р. Нодель // Рус. мед. журн. - 2000