


Презентация на тему «Болезнь Паркинсона»



**Подготовила: Лавринович Е.А.,
17 группа медицинский факультет**

Болезнь Паркинсона – хроническое прогрессирующее заболевание головного мозга, преимущественно связанное с дегенерацией дофаминергических нейронов чёрной субстанции с накоплением в них белка альфа-синуклеина и образованием особых внутриклеточных включений (телец Леви), которое проявляется сочетанием гипокинезии с ригидностью, тремором покоя и постуральной неустойчивостью, а также широким спектром немоторных проявлений.

Патоморфология

При болезни Паркинсона поражаются структуры экстрапирамидной системы - базальные ядра, чёрное вещество, голубое пятно и другие. Наиболее выраженные изменения отмечают в передних отделах чёрной субстанции. Характерные для болезни Паркинсона симптомы возникают при гибели 60-80 % нейронов данного анатомического образования.

На аутопсии макроскопически определяется депигментация содержащих меланин областей чёрного вещества и голубого пятна.

При микроскопическом исследовании поражённых областей выявляют уменьшение числа нервных клеток. В них определяется наличие телец Леви. Также происходит гибель астроцитов (разновидности глиальных клеток) и активация микроглии. Наличие телец Леви - один из признаков болезни Паркинсона.

Патоморфология болезни Паркинсона – макроскопический вид

Здоровые



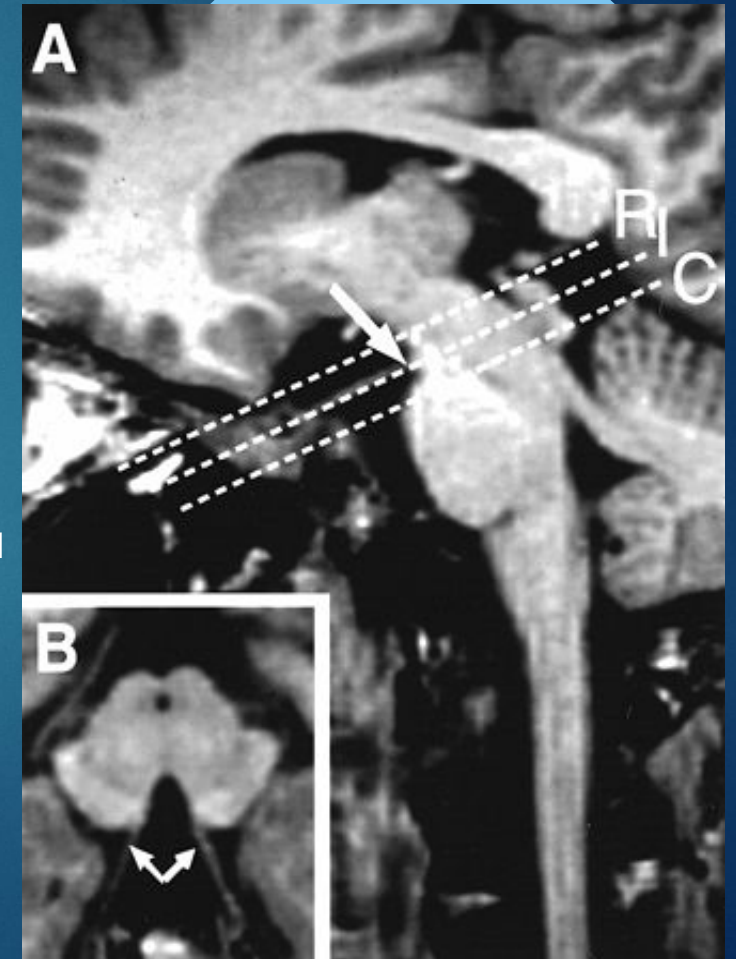
Болезнь Паркинсона



Черное вещество в норме Депигментация черного вещества

А: Роstralная (R), промежуточная (I) и каудальная (C) перекрестные плоскости среднего мозга на сагиттальной МРТ ствола головного мозга.

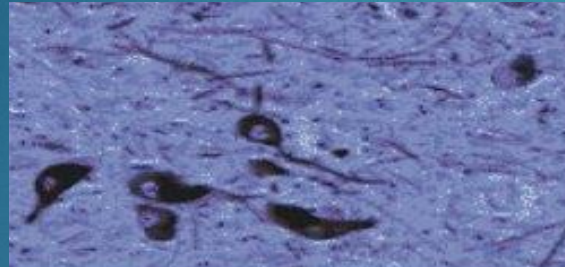
В: МРТ в промежуточной перекрестной плоскости. Стрелки указывают на зону отхождения волокон третьего черепного нерва.



Патоморфология болезни Паркинсона – микроскопический вид

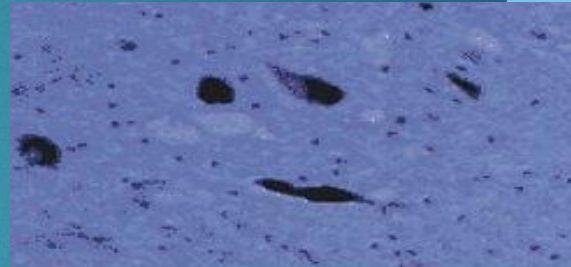
- Утрата пигментированных дофаминэргических нейронов

Здоровые



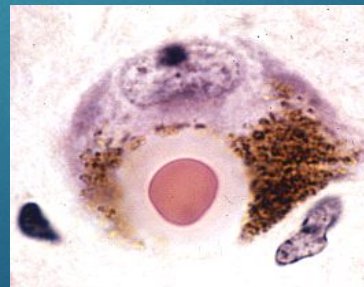
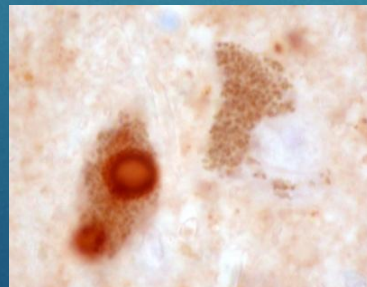
Черное вещество в норме

Болезнь Паркинсона



Дегенеративные изменения

- Гистопатологический признак: тельца Леви



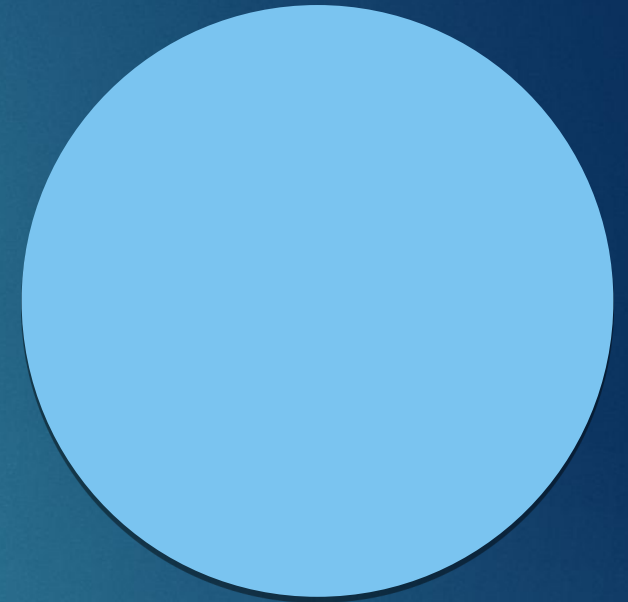
Патогенез

В основе патогенеза болезни Паркинсона лежит прогрессирующая дегенерация дофаминергических нейронов черной субстанции, что приводит к нарушению функционирования базальных ганглиев и развитию характерных двигательных нарушений: гипокинезии, ригидности и тремору покоя. Нарушение функции дофаминергических нейронов приводит к дисбалансу тормозных (дофаминовых) и возбуждающих (ацетилхолиновых) нейротрансмиттеров, что клинически проявляется симптомами болезни Паркинсона.

Клинические проявления паркинсонизма в большинстве случаев начинаются на одной стороне тела, затем, при прогрессировании заболевания, проходят через стадию гемипаркинсонизма с последующим распространением на другую половину тела.

Клиническая картина

- Классическая тетрада моторных признаков:
 - гипокинезия (брадикинезия и олигокинезия);
 - мышечная ригидность (повышение тонуса скелетных мышц по пластическому типу);
 - тремор покоя (голова, губы, подбородок, конечности);
 - постуральная неустойчивость (неспособность удерживать равновесие при изменении позы, шаркающая походка и поза просителя).
- Немоторные симптомы (когнитивные нарушения, психотические явления, депрессия, нарушения сна и др.)



Гипокинезия (брадикинезия) проявляется замедлением и уменьшением количества движений. 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 обуславливает и характерную сутулую позу пациентов с болезнью Паркинсона (т.н. позу "просителя").

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.

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 произвольными, как и все другие рефлексы. При болезни Паркинсона эти рефлексы нарушены, они либо ослаблены, либо вовсе отсутствуют. Коррекция позы является недостаточной или вовсе неэффективной.

Дифференциальная диагностика

В первую очередь болезнь Паркинсона следует дифференцировать с синдромом паркинсонизма.

В клинической практике приходится также дифференцировать и от других дегенеративных заболеваний, относящихся к группе «паркинсонизм плюс»:

- Множественная системная атрофия
- Прогрессирующий надъядерный паралич
- Кортико-базальная дегенерация
- Болезнь диффузных телец Леви
- Комплекс паркинсонизм- БАС-деменция

Критерии, подтверждающие диагноз болезни Паркинсона (не менее трех признаков)

- Одностороннее начало
- Тремор покоя
- Прогрессирующее течение
- Сохранение асимметрии симптоматики с преобладанием на первоначально вовлеченной стороне
- Высокая эффективность препаратов леводопы
- Прогрессирующее течение заболевания
- Наличие выраженной дискинезии, индуцированной леводопой
- Сохранение реакции на леводопу в течение 5 лет и более.
- Длительное течение заболевания (10 лет и более)

Лечение

Лекарственная терапия БП должна быть направлена на приостановление и уменьшение нейродегенеративного процесса в нигростриарных нейронах (нейропротекторная терапия) и устранение биохимического дисбаланса (симптоматическая терапия).

К средствам, предположительно обладающим нейропротекторным действием при БП, относятся: ингибиторы МАО-В, токоферол, глутатион, тиоктовая кислота, дефероксамин; агонисты дофаминовых рецепторов (АДАР); ингибиторы транспорта дофамина.

Лечение предпочтительно начинать с монотерапии, постепенно увеличивая дозу препарата до оптимальной (метод титрования дозы). Если после достижения максимальной терапевтической дозы в течение месяца нет регресса симптоматики или лекарство плохо переносится, необходимо заменить препарат.

Причины смерти

- Смерть при болезни Паркинсона может наступить как в результате патологического процесса, так и от осложнений. Заболевание приводит к расстройству функции сердечно-сосудистой, дыхательной, мочеиспускательной, пищеварительной систем.

Перелом альвеолярных отростков челюстей

По локализации:

1) односторонние, двусторонние;

2) переломы тела челюсти (открытые, т. е. в пределах зубного ряда):

– срединные (в области резцов); – ментальные (в области клыка и премоляров); – в области моляров;

– в области угла челюсти (открытые и закрытые);

3) переломы в области ветви челюсти (закрытые):

– мышцелкового отростка (основания, шейки, головки);

– венечного отростка; – собственно ветви (продольные или поперечные).

По характеру и количеству линий переломов:

1) одиночные (одна линия перелома) 2) двойные (две линии перелома) 3) множественные (три и более);

Открытые (все переломы в пределах зубного ряда) и закрытые (в области ветви: на беззубой

Переломы венечного отростка встречаются редко, чаще при переломе скулового комплекса. Отломленный фрагмент нижней челюсти (венечный отросток) смещается кверху, т. е. в направлении тяги височной мышцы. Изменений прикуса или смещения срединной линии не происходит. Переломы мышцелкового отростка могут быть в области его основания, шейки или головки. При односторонних переломах мышцелкового отростка нижняя челюсть на стороне повреждения подтягивается кверху (за счет тяги височной, жевательной и медиальной крыловидной мышц). Срединная линия смещается в сторону перелома.

Пострадавших практически всегда беспокоят боли на определенном участке нижней челюсти, которые резко усиливаются при ее движении, а особенно при нагрузке на челюсть (жевании, откусывании). Часто больные жалуются на кровотечение из полости рта и нарушение прикуса (не смыкание зубов-антагонистов). Может быть нарушена чувствительность кожи нижней губы и подбородка (за счет травматического неврита нижнечелюстного нерва). Боль и припухлость в области мягких тканей нижней челюсти. Возможны боли при глотании, открывании рта, сжатии челюстей, боли в области слухового прохода. Выдвижение и/или подвижность зубов. На «хруст» в области нижней челюсти при ее движении. Общие и местные жалобы больных изменяются в зависимости от характера травмы, наличия осложнений.

Пальпаторное обследование нижней челюсти нужно начинать с неповрежденной и заканчивать поврежденной стороной, передвигая кончики пальцев по заднему краю ветви и нижнему краю тела челюсти или наоборот и выявляя неровности рельефа (костные выступы или дефекты кости) пальпируемых краев и места их наибольшей болезненности.

Симптом «ступеньки» при пальпации по нижнему краю челюсти и по альвеолярному отростку

Крепитация и подвижность котломков при бимануальном исследовании нижней челюсти

Вводя кончики пальцев в наружный слуховой проход врач определяет амплитуду движения головки мышцелкового отростка в суставной впадине. Головку мышцелкового отростка можно пропальпировать и впереди козелка уха как в состоянии покоя, так и в движении, выявляя смещение головки, отсутствие ее подвижности при открывании рта.

Принципы лечения

Репозиция

Иммобилизация (гладкой шиной-скобой при наличии достаточного количества устойчивых зубов: не менее 2-3 зубов)

Шина-каппа при смещении отломка верхней челюсти книзу

Контроль жизнеспособности пульпы (электрометрия)

Зубодесневая (наддесневая) шина – фиксация из полиамидной нити к неповрежденному участку альвеолярного отростка

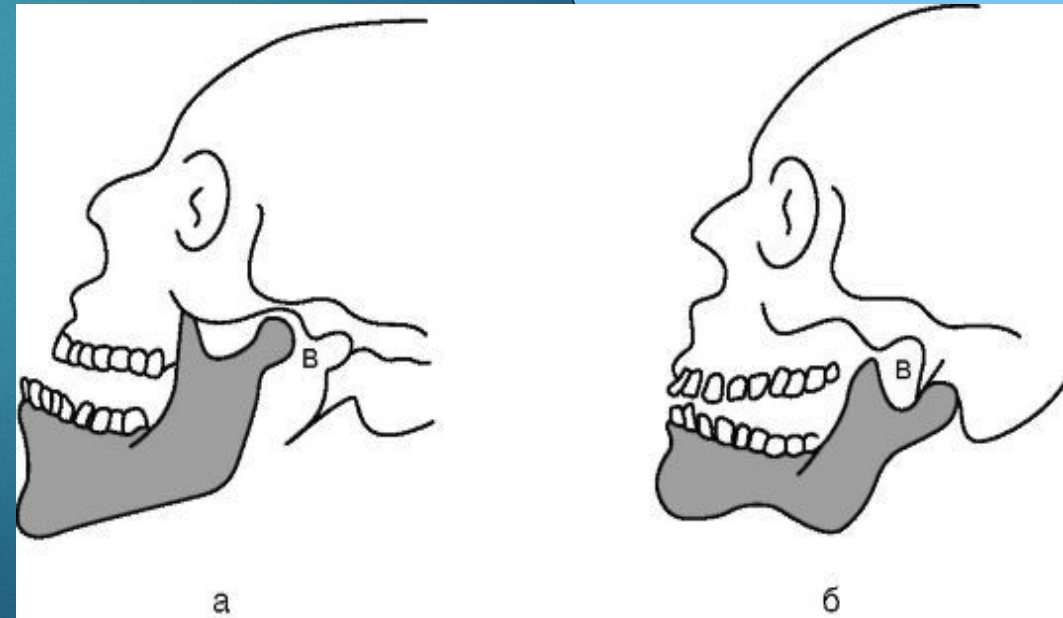
Вывих нижней челюсти

Различают передний и задний вывихи головки нижней челюсти

✓ Передний вывих. Может произойти в результате удара, чрезмерного открывания рта. Речь пациента невнятна, резкие боли в суставе, рот открыт и не закрывается, подбородок смещён в сторону, противоположную повреждению, лицо ассиметрично, щёки уплощены. При пальпации в области наружного слухового прохода определяется западение, образующееся в результате смещения вперёд головки, которая прощупывается под скуловой дугой.

✓ Задний вывих.

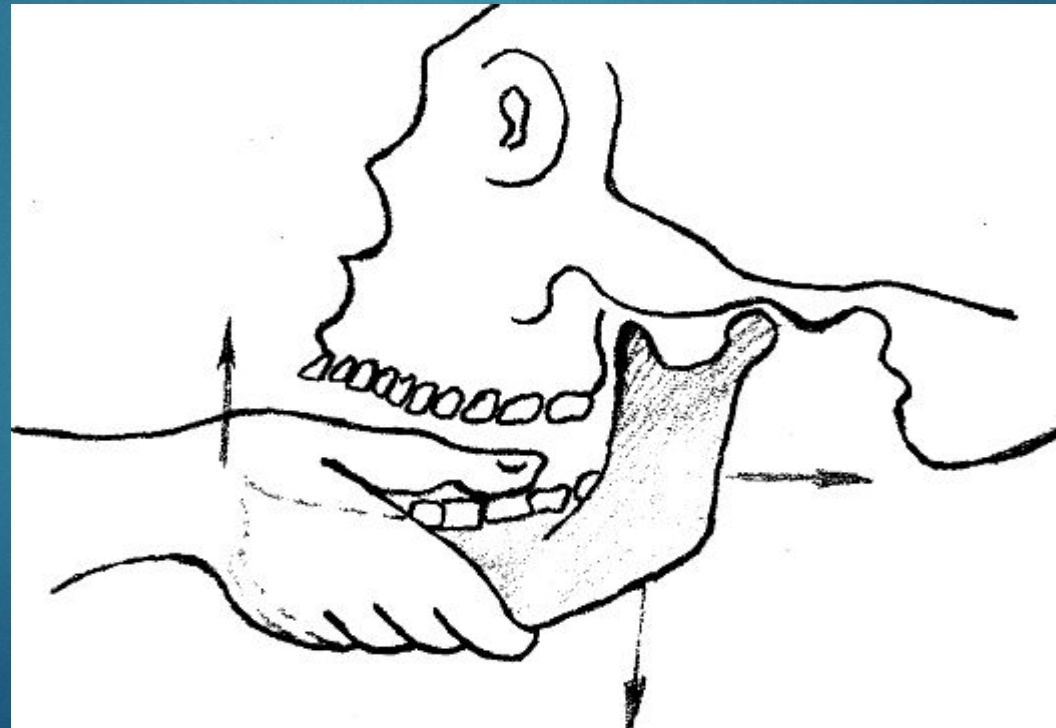
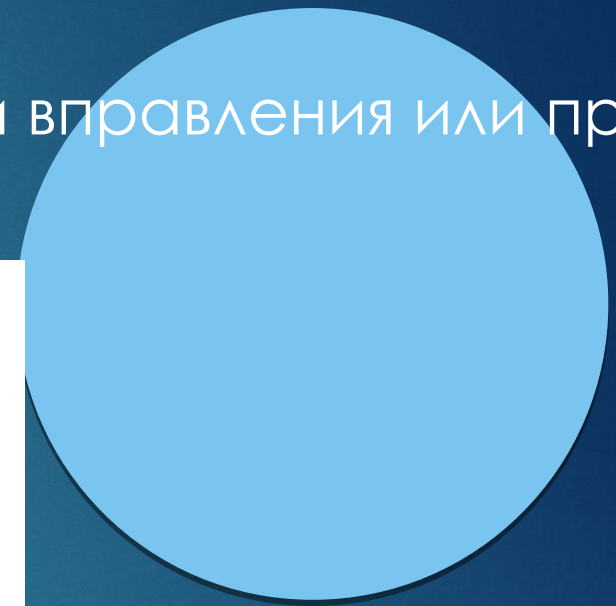
Встречается крайне редко.



Помощь при вывихе нижней челюсти



- ✓ Обезболивание;
- ✓ При **привычных** передних вывихах – вправить вывих
- ✓ Транспортировка в стационар при невозможности вправления или при задних вывихах.



Переломы нижней челюсти

Классификация.

Различают: односторонние, двусторонние, одиночные (переломы ветви мышцелкового и венечного отростка, собственно ветви) и ее тела (в пределах зубного ряда)

Перелом может быть полным (проходящий через всю толщину костной ткани) и неполный (трещина).

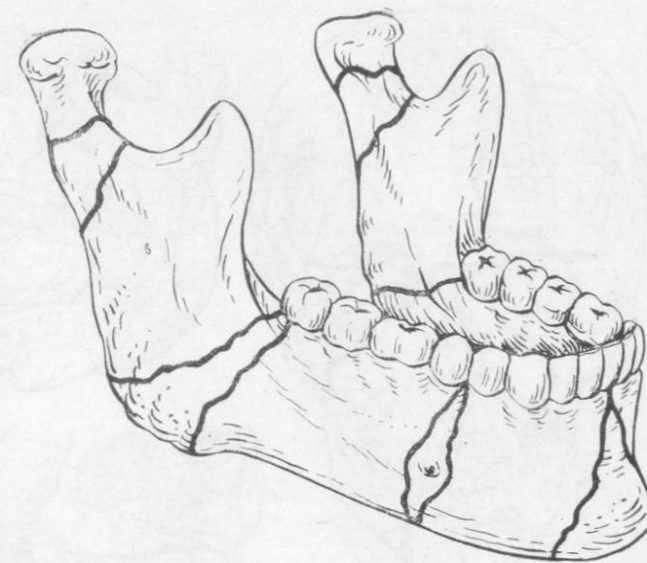
В зависимости от направления щели:

- Поперечные
- Продольные
- Косые
- Зигзагообразные
- Аркообразные

Отделы:

- Подбородочный (между лунками от клыка до
- Боковой (между лунками 87.78. и лункой 88)

Рис. 1. Наиболее часто встречающиеся локализации переломов нижней челюсти.



Жалобы:

- ✓ Могут быть разнообразными в зависимости от локализации перелома и его характера;
- ✓ Боли в определенном участке, усиливающиеся при ее движении;
- ✓ Болезненное откусывание и пережевывание пищи, иногда невозможность пережевывания
- ✓ Некоторые отмечают онемение кожи подбородка и нижней губы;
- ✓ Кровотечение из полости рта;
- ✓ Нарушение смыкания зубов
- ✓ Внешний осмотр:
- ✓ Изменение прикуса (нарушение, неправильное смыкание)
- ✓ Смещение средней линии в сторону перелома
- ✓ Ограничение амплитуды движений (вертикальных и боковых) нижней челюсти
- ✓ При открывании рта подбородок может смещаться в сторону перелома

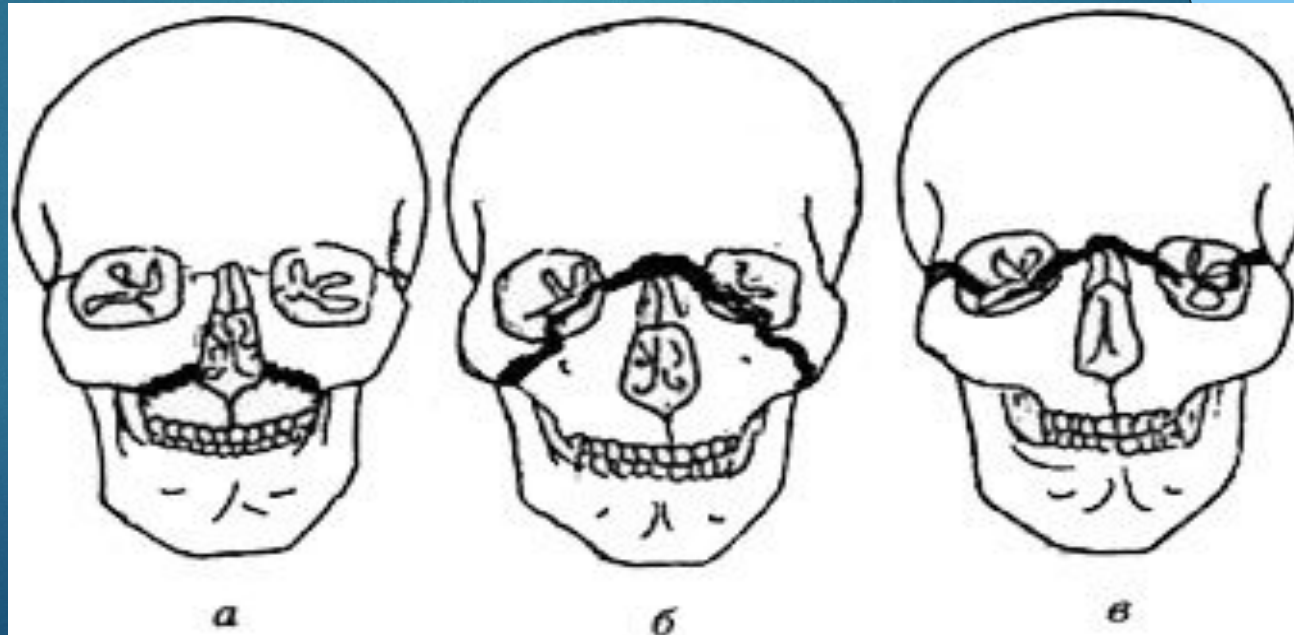
Помощь при переломе нижней челюсти

- ✓ Обезболивание;
- ✓ Транспортная иммобилизация теменно-подбородочной пращевидной повязкой (нижняя челюсть фиксируется повязкой в положении смыкания зубов, чем достигается поддержание отвисающих фрагментов верхней челюсти и предупреждение их смещения)
- ✓ Транспортировка в стационар ЧЛХ.



Перелом верхней челюсти

- ✓ Относятся к наиболее тяжёлым повреждениям, в которых выделяют три типа:
- ✓ Отрыв альвеолярного отростка;
- ✓ Челюстно-лицевое разъединение (перелом на месте соединения в/челюсти с лобной и скуловыми костями);
- ✓ Черепно-лицевое разъединение – перелом через корень носа, глазницу и скуловую дугу.



Клиника перелома верхней челюсти

При переломе альвеолярного отростка:

- боли, кровотечение, возникшая подвижность зубов, невозможность сомкнуть челюсти, нарушение жевания и речи;
- отёк и гематома верхней губы, кровотечение и слюнотечение изо рта, разрывы слизистой оболочки на смещённом участке альвеолярного отростка челюсти, обнажение вершук корней находящихся на нём зубов;
- зубы подвижны;
- при полном отрыве альвеолярного отростка и его смещении вниз определяются удлинение верхней губы, сглаженность носогубной складки, обширное кровоизлияние в слизистую оболочку преддверия рта в области всех зубов.

Клиника перелома верхней челюсти

При челюстно-лицевом разьединении:

- всегда сопряжён с сотрясением и ушибом головного мозга;
- боли, кровотечение изо рта и носа, диплопия (раздвоение зрения);
- открытый прикус (зубы смыкаются только в области моляров);
- отёк тканей подглазничной области и верхней губы;
- гематома нижнего века;
- крепитация в области основания носа;
- по нижнему краю глазницы – симптом «ступеньки»;
- кровоизлияния в слизистую оболочку преддверия рта в области премоляров и моляров.

Клиника перелома верхней челюсти

При черепно-лицевом разьединении:

- осложняется переломом основания черепа и развитием травматического шока;
- кровотечение изо рта, носа и ушей, может быть ликворея;
- мягкие ткани лица отёчны, особенно в области верхней губы и височной области;
- гематомы век – симптом очков;
- лицо становится продолговатым, прикус – открытым;
- крепитация костей носа, неровности костных структур в области наружного края глазницы и скуловой дуги.

Первая помощь

- ✓ Остановка кровотечения;
- ✓ Обеспечение свободного дыхания;
- ✓ Обезболивание;
- ✓ Транспортная иммобилизация. Наиболее эффективная временная иммобилизация отломков верхней челюсти достигается при использовании стандартной шины-ложки.
- ✓ Противошоковая терапия;
- ✓ Транспортировка в стационар.

Переломы скуловой кости и скуловой дуги

Перелом скуловой дуги – нарушение непрерывности височного отростка скуловой кости и скулового отростка височной кости.

Перелом скуловой кости – выделение из сочленения со скуловыми отростками верхней челюсти, лобной и височными костями.



**Рис. 17.4.1. Переломы скулового комплекса:
1-скуловой кости;
2- скуловой дуги.**

Клинически переломы скуловой кости диагностируются на основании следующих признаков:

- ✓ западение скуловой области
- ✓ наличие "ступеньки" в области нижнего края орбиты
- ✓ наличие костного выступа в области скулоальвеолярного гребня
- ✓ расстройства чувствительности в зоне разветвления подглазничного нерва
ограничение подвижности нижней челюсти - непостоянный признак.

Для переломов скуловой дуги характерны наличие западения тканей в области дуги за счет нарушения непрерывности и вдавления дуги, а также более или менее значительное ограничение открывания рта за счет ущемления венечного отростка нижней челюсти и прикрепляющейся к нему височной мышцы

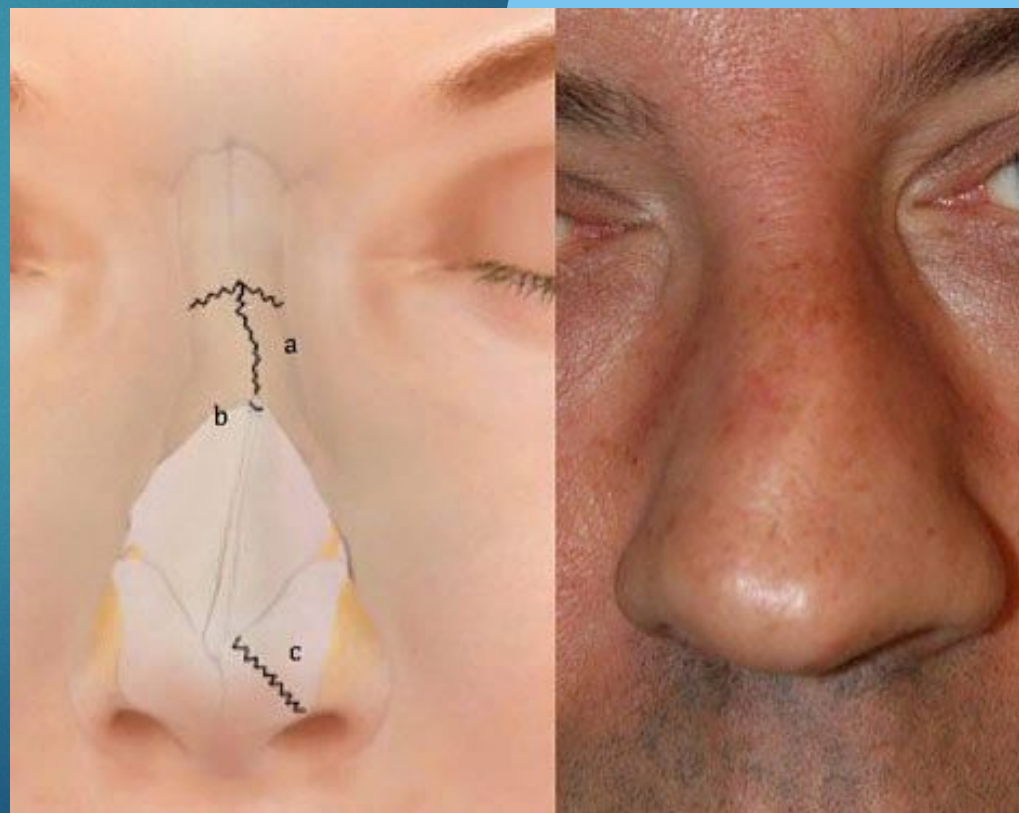
Первая помощь:

- ✓ Обезболивание;
- ✓ Транспортировка в стационар

Переломы костей носа

Наиболее характерными являются два вида повреждений:

- а) без смещения костных отломков и без деформации наружного носа (открытые и закрытые);
- б) со смещением костных отломков и деформацией наружного носа (открытые и закрытые);
- в) повреждения носовой перегородки



Клинически отмечаются уплощение и искривление спинки носа, боковые смещения носовых костей в виде западения или выпячивания, иногда линия перелома проходит продольно костям носа. При нанесении сильного удара тупым предметом может разрушаться перегородка носа с вывихом носовых костей из лобного шва.

При переломах костей носа всегда возникает более или менее значительное кровотечение, уменьшается полость носа за счет отека, деформации тканей и затрудняется носовое дыхание. Быстро развивающийся отек мягких тканей носа нередко может маскировать даже весьма значительные деформации костного и хрящевого отделов носа.

Доврачебная помощь:

- передняя тампонада;
- пращевидная повязка;
- анальгезия;
- при большой кровопотере – инфузионная терапия;
- транспортировка в стационар в положении сидя или с поднятым головным концом носилок.