

ГБУ "ПОО АСТРАХАНСКИЙ БАЗОВЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ"

СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ»»

(БОЛЕЗНЬ ПАРКИНСОНА, БАС, БОЛЕЗНЬ
АЛЬЦГЕЙМЕРА)

Предмет: «Сестринское дело неврологии»»

Преподаватель: Соколова Д.К.

СТУДЕНТ ДОЛЖЕН:

1. Иметь представление о нейродегенеративных заболеваниях и их этиологии, основных клинических проявлениях, методах лабораторной и инструментальной диагностики.
2. Знать и понимать этапы сестринского процесса.
3. Иметь элементарное представление о принципах лечения нейродегенеративных заболеваний.

НЕЙРОДЕГЕНЕРАТИВНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- **Болезнь Паркинсона**
- **Болезнь Альцгеймера**
- **Рассеянный склероз**
- **Боковой амиотрофический склероз**
- **Хорея Гентингтона**
- **Атаксия Фридрейха**
- **Спинальная мышечная атрофия**

An artistic illustration of a man's head in profile, facing right. The brain is depicted with a complex network of colorful neural pathways in shades of red, blue, and yellow. The background is a gradient of blue and white, suggesting a bright, clinical or scientific setting.

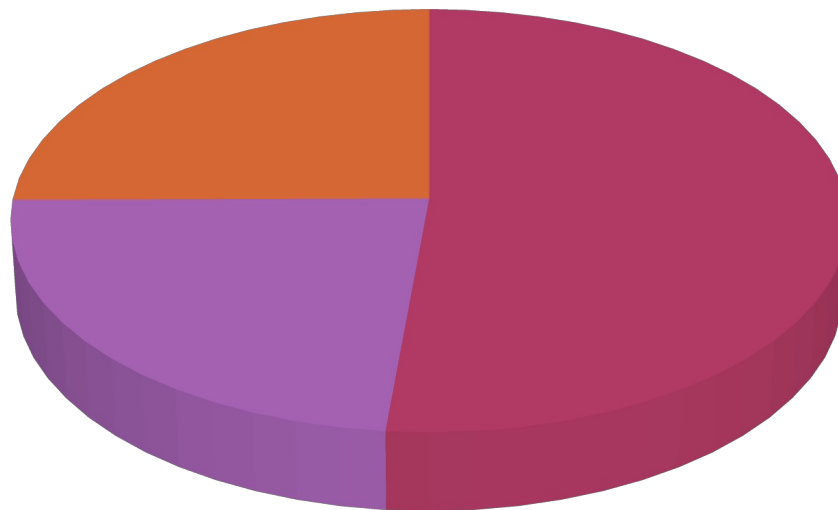
БОЛЕЗНЬ ПАРКИНСОНА

- Хроническое прогрессирующее заболевание головного мозга, связанное с дегенерацией дофаминэргических нейронов черной субстанции
- Как самостоятельное заболевание было описано в 1817 г. врачом Д. Паркинсоном и дополнено в 1860-е гг. французским неврологом Ж.-М. Шарко

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- Болезнь Паркинсона составляет 75-80% случаев синдрома паркинсонизма.
- Частота его колеблется от 60 до 140 на 100000 населения, значительно увеличиваясь с возрастом.
- В возрастной группе старше 60 лет больные составляют 1%, а в популяции старше 85 лет - 4%.
- Начало заболевания чаще в возрасте 55-60 лет, изредка может развиваться до 40 лет (паркинсонизм с ранним началом) или до 20 лет (ювенильный паркинсонизм).
- Мужчины болеют несколько чаще

Этиологические факторы риска



- Генетическая предрасположенность
- Факторы окружающей среды (в т.ч. токсины)
- Процессы старения

Классическая клиническая триада болезни

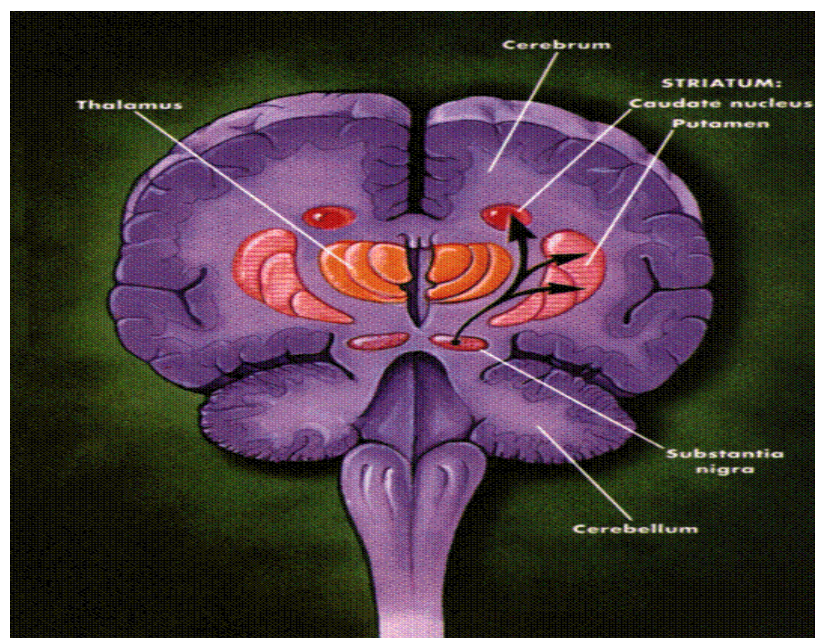
Паркинсона:

- Тремор покоя, который проявляется в покоящейся конечности, уменьшается при ее движении, но усиливается при активных движениях другими конечностями. Наиболее типичны ритмичные движения большого пальца кисти по направлению к остальным, напоминающие счет монет или скатывание пилюль.
- Ригидность (феномены «восковой куклы» и «зубчатого колеса»)
- Гипокинезия (затруднение инициации движений, гипомимия, брадилалия)

В последние годы к этой триаде добавлен четвертый кардинальный признак – постуральные нарушения (нарушения поддержания равновесия)

НЕМОТОРНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

- Вегетативные нарушения
- Ослабление памяти
 - Депрессия
 - Апатия
 - Деменция
- Психотические нарушения



СТАДИИ БОЛЕЗНИ ПО ХЕН И ЯРУ

- 0-двигательные проявления отсутствуют
- 1-односторонние проявления заболевания
- 2-двусторонние проявления заболевания без постуральной неустойчивости
- 3- умеренно выраженная постуральная неустойчивость, возможно самостоятельное передвижение
- 4-значительная утрата двигательной активности, но пациент в состоянии передвигаться
- 5-в отсутствие посторонней помощи пациент прикован к постели или инвалидному креслу

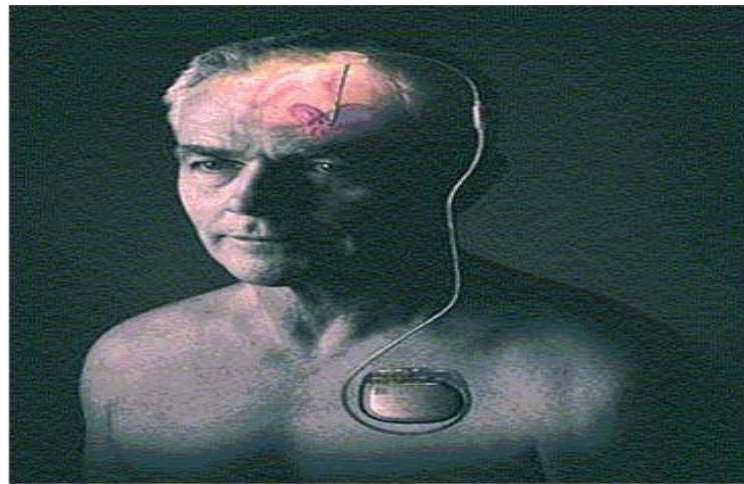
КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- Препараты леводопы (карбидопа, бенсеразид)
- Агонисты дофаминовых рецепторов
(бромокриптин, проноран, достинекс, мирапекс)
- Ингибиторы моноаминооксидазы типа В
(юмекс, азилект)
- Ингибиторы катехол-О-метилтрансферазы
(толкапон, энтакапон)
- Препараты амантадина (мидантан, ПК-Мерц)
- Антихолинергические средства
(акинетон, циклодол)

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Стереотаксические операции - в основе лежит разрушение подкорковых структур, которые участвуют в формировании патологических функциональных систем при болезни Паркинсона.

- Паллидотомия - разрушение отделов внутреннего сегмента бледного шара
- Разрушение вентролатеральных ядер таламуса

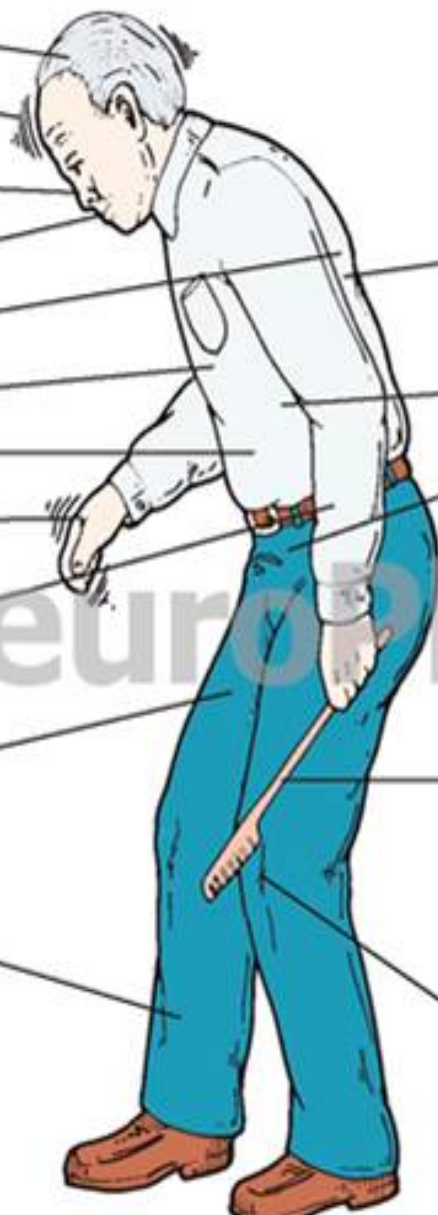


ПРОЯВЛЕНИЕ БОЛЕЗНИ

- наклон головы вперед
- тремор головы
- выражение лица как маска
- слюноотделение
- ригидность
- наклон корпуса
- потеря веса
- тремор
- акинезия (затрудненность в движениях)
- потеря постуральных рефлексов
- шаркающая походка
мелкие шаги


ЛЕЧЕНИЕ


- Лекарства
- Реабилитация
- Адаптация к новому образу жизни
- Теплые ванны и массаж для расслабления мышц
- Прием специальных препаратов
- Поддержка работы кишечника
- Обустройства быта под новые условия
- Лечебная физкультура



БОКОВОЙ АМИОТРОФИЧЕСКИЙ СКЛЕРОЗ

- представляет собой *прогрессирующее нейродегенеративное заболевание с неизвестной этиологией*

 развитие данного патологического процесса обуславливает *избирательное поражение периферических двигательных нейронов передних рогов спинного мозга, корковых нейронов и двигательных ядер ствола мозга*

 по мере прогрессирования заболевания *нарастает степень нарушения двигательной функции и сократимости мышц*

Нормальный нейрон



Нормальное нервное
волокно

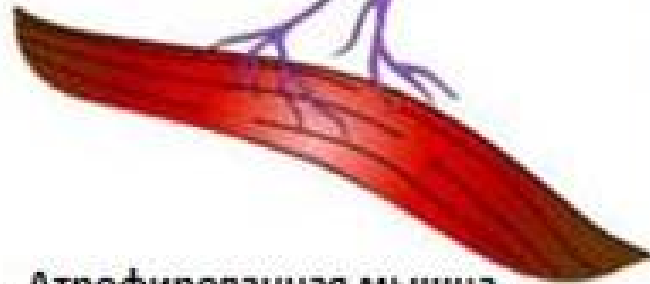


Нормальная скелетная
мышца

Поврежденный нейрон

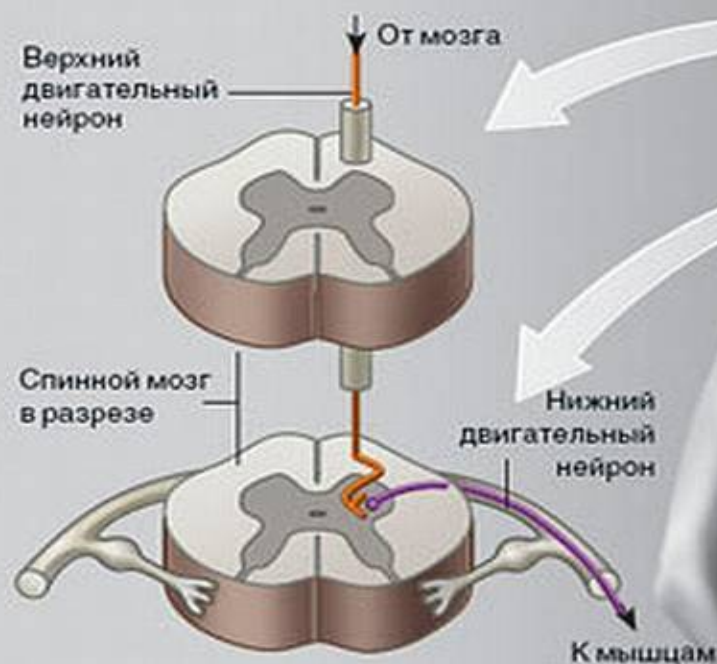


Поврежденное нервное
волокно

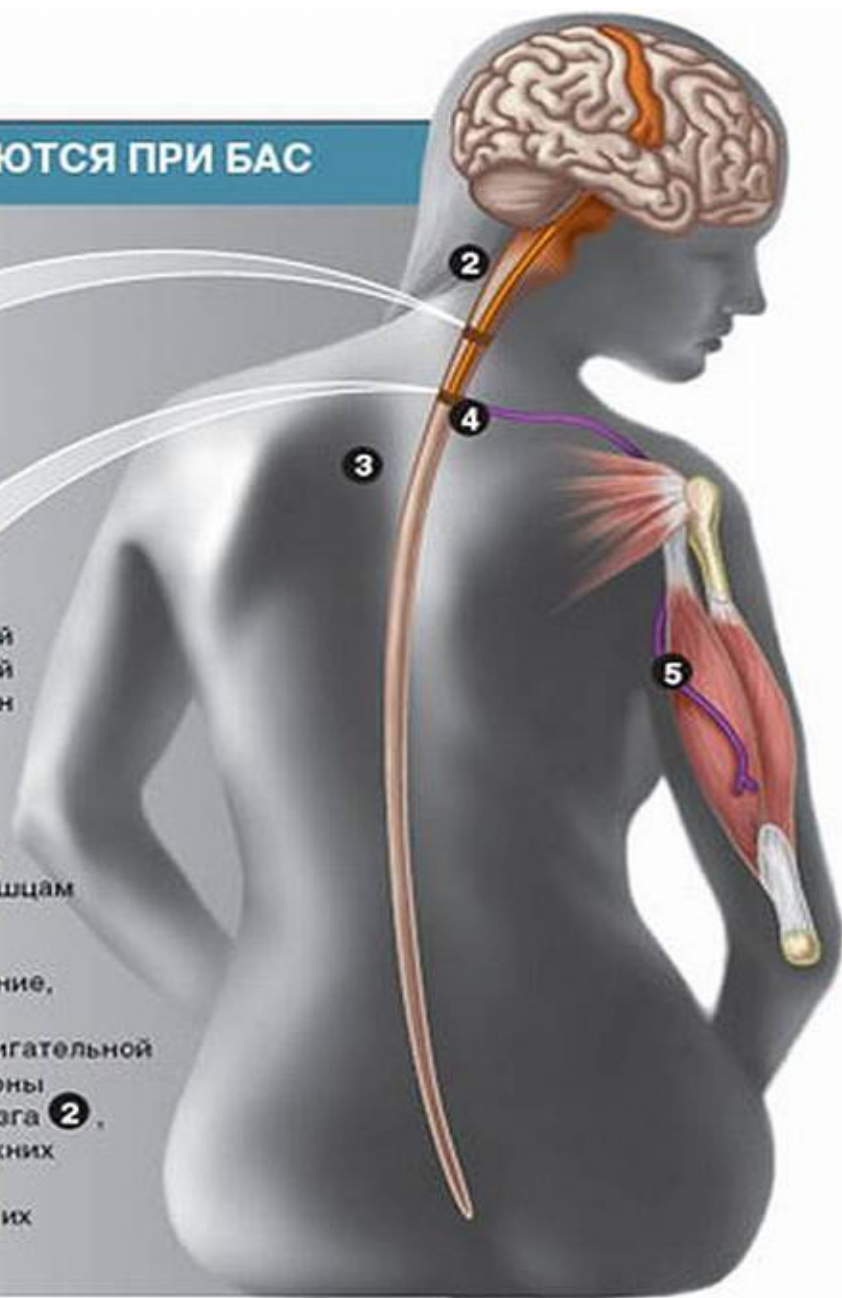


Атрофированная мышца

МИШЕНИ, КОТОРЫЕ ПОРАЖАЮТСЯ ПРИ БАС



У каждого пациента болезнь протекает по-своему, но обычно поражаются как верхние, так и нижние двигательные нейроны. Тела верхних нейронов располагаются в двигательной области коры головного мозга **1**, а их аксоны простираются либо до ствола головного мозга **2**, либо до спинного мозга **3**. Идущие от верхних нейронов импульсы передаются нижним двигательным нейронам **4**, а затем через их аксоны – мышцам разных частей тела **5**



КЛАССИФИКАЦИЯ БАС

В зависимости от локализации очага поражения выделяют следующие разновидности БАС:

- шейно-грудная форма (50%);
- пояснично-крестцовая форма (20-25%);
- бульбарная форма (25%);
- церебральная форма (1-2%).

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Для БАС характерно сочетанное поражение периферического мотонейрона, что проявляется вялым параличом и такими признаками, как:

- 1) парезы
- 2) гипорефлексия
- 3) мышечные атрофии
- 4) фасцикуляции

И поражением центрального мотонейрона (пирамидных путей) и/или пирамидных клеток двигательной коры головного мозга), что проявляется спастическим параличом, и такими признаками, как:

- 1) парезы
- 2) спастичность
- 3) гиперрефлексия
- 4) патологические стопные и кистевые знаки

Особенностью БАС является отсутствие пролежней даже у парализованных лежачих больных

Международные критерии диагностики БАС (El Escorial, 1994 г.)

- ☞ признаки поражения **периферического** мотонейрона (клинические и лабораторные);
- ☞ признаки поражения **центрального** мотонейрона (клинические);
- ☞ неуклонно **прогрессирующее** течение заболевания (с распространением процесса на одном уровне или с его переходом на другие уровни);
- ☞ **отсутствие** другого заболевания, при котором могут быть симптомы поражения мотонейронов.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

- До сих пор заболевание относится к ряду некурабельных (неизлечимых), поэтому самым важным этапом в ведении подобных больных является правильная диагностика. Недопустимо ставить диагноз БАС без наблюдения за пациентом хотя бы в течение нескольких месяцев (3 месяца).
- Рилузол 50-100 мг 2 раза в день (за 1 час до еды или через 2 часа после еды). Препарат доказано уменьшает скорость течения заболевания, однако высокая стоимость препарата по сравнению с весьма скромной эффективностью ведут к редкому его использованию. В рандомизированных плацебо-контролируемых исследованиях показано увеличение длительности жизни на 3-6 месяцев при условии приема рилузола на протяжении 13-18 месяцев.
- Церебролизин в высоких дозах (10-30 мл в/в капе 10 дней повторными курсами). Существует ряд небольших исследований, показывающих нейропротективную эффективность церебролизина при БАС.



- Основное внимание должно уделяться не попыткам патогенетической терапии, а улучшению качества жизни больного. Рекомендуется легкий массаж, рациональная физиотерапия. Ежедневная ЛФК, направленная на поддержание тонуса мышц и профилактику контрактур, может существенно улучшить течение болезни (силовые нагрузки и переутомление исключаются).
- Антидепрессанты: Серталин 50 мг/день или Паксил 20 мг/день или Amitриптилин 75-150 мг/день.
- При выраженном спастическом синдроме рекомендуется баклофен, мидокалм, сирдалуд в качестве симптоматических средств.
- При выраженном болевом синдроме применяют анальгетики (НПВС)
- Для уменьшения слюнотечения применяются М-холиноблокаторы.
- При выраженности нарушения глотания по желанию больного делается гастростомия или назогастральный зонд.
- При появлении дыхательных переводят на аппарат ИВЛ

БОЛЕЗНЬ АЛЬЦГЕЙМЕРА



БОЛЕЗНЬ АЛЬЦГЕЙМЕРА (ДЕМЕНЦИЯ АЛЬЦГЕЙМЕРОВСКОГО ТИПА)



Alois Alzheimer
1864 - 1915

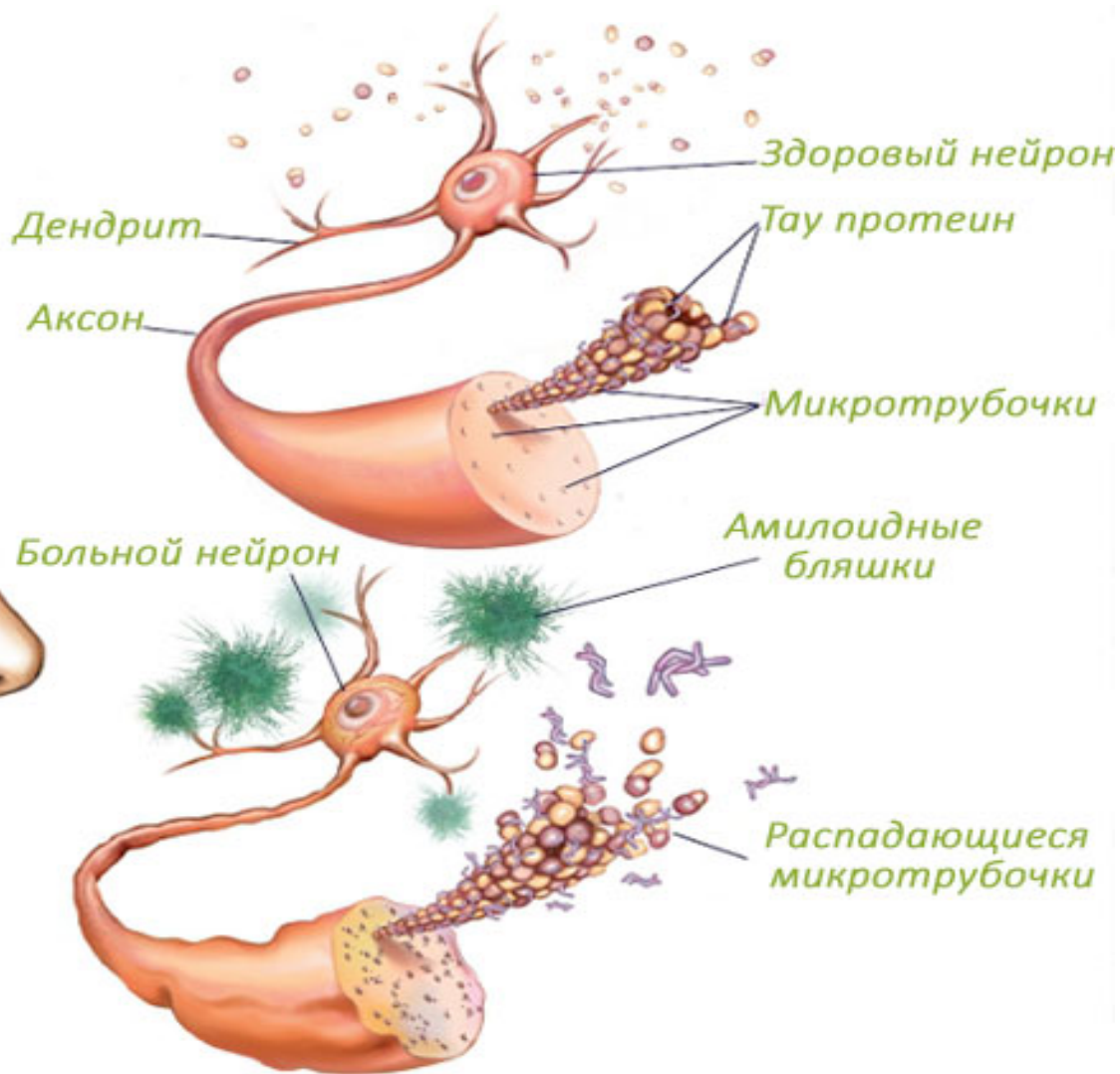
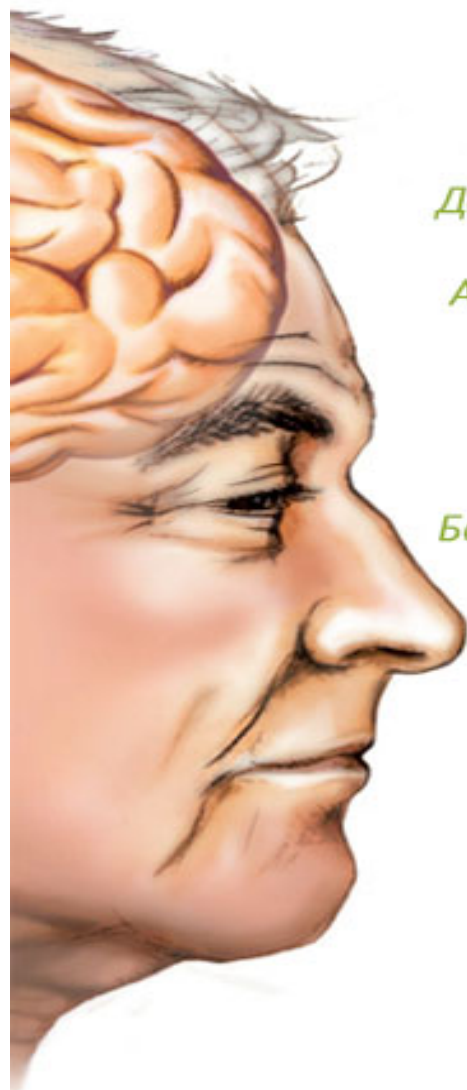
- Хроническое прогрессирующее дегенеративное заболевание головного мозга
- Клинически проявляется прогрессирующими нарушениями памяти и других когнитивных функций (праксиса, речи, и др.), достигающих степени деменции
- Сопровождается образованием в мозге нейрофибриллярных клубочков и амилоидных бляшек



Auguste D.
1850 - 1906

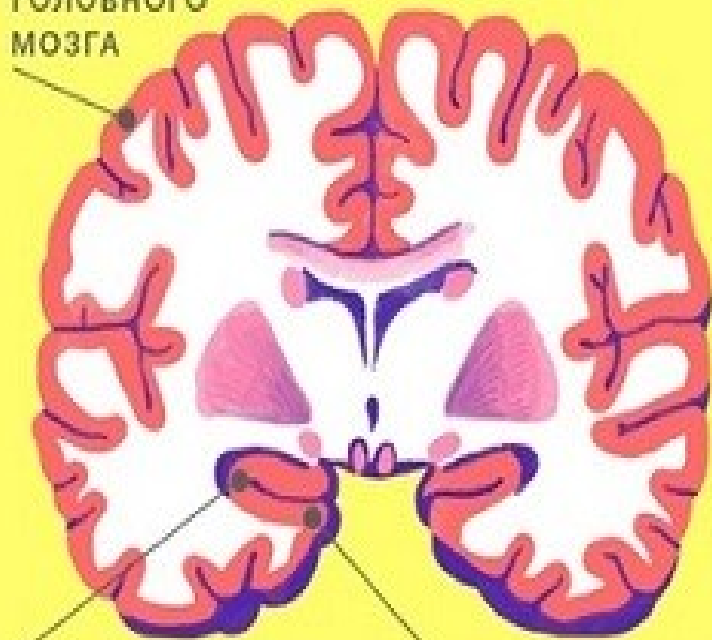
- Болезнью Альцгеймера в мире страдают около 27 млн человек.
- Преимущественно это очень пожилые люди: в США только у 1,6% симптомы болезни появляются до 74 лет, от 74 до 84 — уже у 19%, а после 84 лет — у 42
- На последней стадии больные не способны говорить, ухаживать за собой, двигаться и даже глотать пищу — мозг больше не может руководить телом, и тело умирает.
- В среднем заболевшие живут около 7 лет, в редких случаях — 15-20 лет.

ПАТОГЕНЕЗ



Изменения головного мозга, вызванные болезнью Альцгеймера

КОРА
ГОЛОВНОГО
МОЗГА



ГИППОКАМП

ЭНТОРИНАЛЬНАЯ
ОБЛАСТЬ

МОЗГ ПОЖИЛОГО
ЧЕЛОВЕКА В НОРМЕ

СЖАТИЕ КОРЫ
ГОЛОВНОГО
МОЗГА



УВЕЛИЧЕННЫЕ
ЖЕЛУДОЧКИ

СЖАТИЕ
ГИППОКАМПА

МОЗГ ПРИ БОЛЕЗНИ
АЛЬЦГЕЙМЕРА

КЛАССИФИКАЦИЯ

- Согласно МКБ - 10 выделяют пресенильную и сенильную формы болезни Альцгеймера. (пороговая разница - 65 лет)
- Ранее полагалось, что первичные дегенеративные деменции с началом в раннем и позднем возрасте представляют собой два разных заболевания. Пресенильную форму называли собственно болезнью Альцгеймера, а сенильную форму - сенильной деменцией альцгеймеровского типа или просто сенильной деменцией.
- Сегодня исходя из единства морфологии и пресенильную, и сенильную форму деменции рассматривают как одно заболевание и обозначают термином «болезнь Альцгеймера».

КЛИНИЧЕСКИЕ СТАДИИ БОЛЕЗНИ

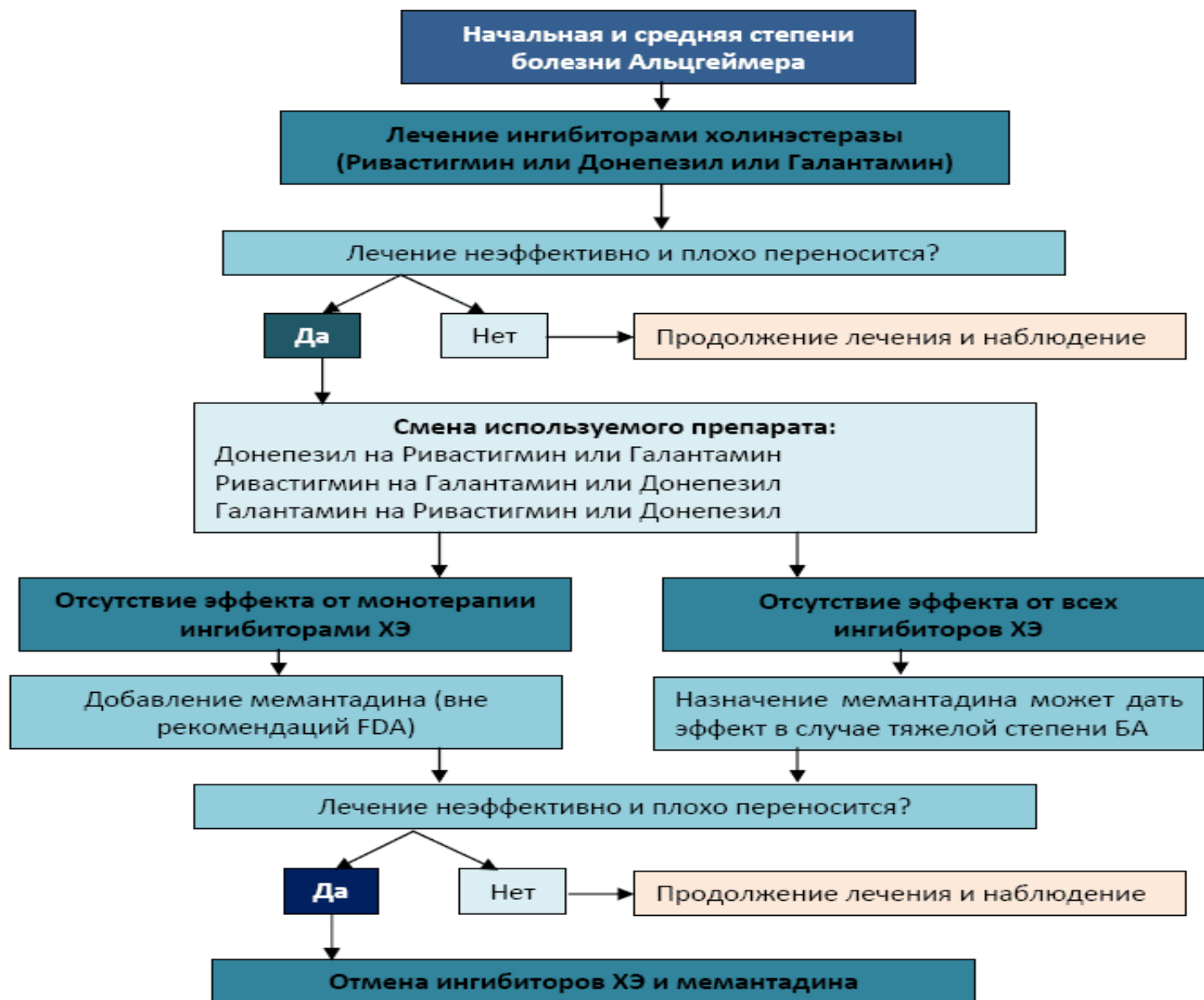
- В течение болезни принято выделять 4 стадии с прогрессирующей картиной нарушения когнитивных функций:
- *Предеменция*
- *Ранняя (мягкая) деменция*
- *Умеренная деменция*
- *Тяжелая деменция*

ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

- *Ослабление памяти*
- *Изменение речи по типу акустико-мнестической афазии*
- *Зрительно-пространственные расстройства*
- *Апраксия*
- *Агнозия*
- *Относительная сохранность поведенческих и двигательных функций вплоть до последних стадий болезни*
- *Паркинсонизм, парезы, эпилептические приступы на последних стадиях заболевания*

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА





СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ НЕЙРОДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Основными задачами медицинской сестры при уходе за больным являются:

- гигиена пациента
- установка распорядка дня
- обеспечение безопасности пациента
- психологическая поддержка пациента и родственников
- поддержание физической и умственной активности пациента

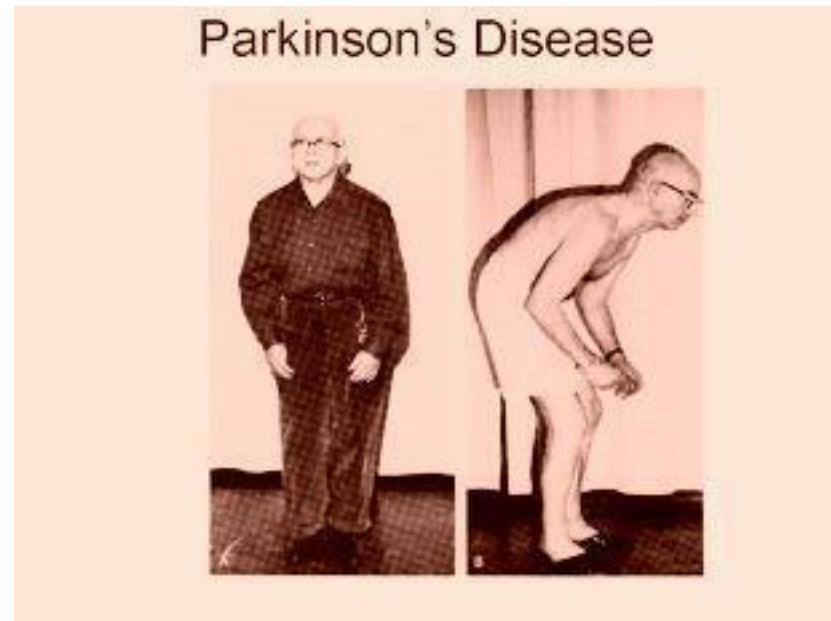
А так же на поздних этапах заболевания:

- смена нательного и постельного белья
- помощь в физиологических отправлениях
- профилактика пролежней и других застойных явлений
- кормление

СЛЕДИТЬ ЗА ПРИЕМОМ ЛС!

- Приём некоторых препаратов способен вызвать побочные эффекты в виде так называемых компульсивных расстройств, поэтому при уходе за пациентами необходимо следить, не появились ли такие симптомы, как:
 - *булимия*
 - *необоснованные траты денег и страсть к шоппингу*
 - *собираание странных вещей и безделушек*
 - *изменение сексуального поведения*
 - *агрессия*

- Помещение, в котором находится пациент с болезнью Паркинсона, должен быть обустроен приспособлениями, облегчающими передвижение - поручнями в ванной и туалете, верёвкой или трапедией для поднятия с постели, стульями с подлокотниками. Не следует отказываться от использования ортопедических средств - тростей, ходунков или специальных кресел.



- При болезни Паркинсона, ввиду двигательных нарушений, уход за больным облегчается, если **правильно оборудовать пространство вокруг пациента для защиты от падений, ушибов и переломов**. С этой целью убирают все острые и твёрдые предметы из комнат, в которых находится пациент. Необходимо обеспечить больного бытовыми приборами, упрощающими гигиенические процедуры - электробритвой, электрической зубной щёткой.

ПРИ УХОДЕ ЗА ПАЦИЕНТОМ С БОЛЕЗНЬЮ АЛЬЦГЕЙМЕРА

- Установите режим, но при этом сохраните привычные занятия больного, упростив их при этом
- Поддерживайте независимость пациента
- Помогайте больному сохранять чувство собственного достоинства
- Позаботьтесь о безопасности пациента
- Создавайте условия для максимального проявления сохранившихся у больного навыков и умений
- Поддерживайте общение с больным
- Используйте различные методики для поддержания памяти пациента



СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

- А.А. Скоромец, А.П. Скоромец, Т.А. Скоромец. Топическая диагностика заболеваний нервной системы., 8-е издание, исп. доп. - СПб.: Политехника, 2012. - 623 с.
- Е.И. Гусев и др. Нервные болезни. -М.: «Медицина», 1988.- 640 с.
- О.Л. Задворнова, М.Х. Турьянова. Справочник медицинской сестры. -М.: ООО «Издательство Новая волна», 1998. - 448 с.



Спасибо

за

внимание!