

ГИПЕРКИНЕЗЫ

*Выполнил: Типикин Василий
Николаевич*

ГИПЕРКИНЕЗ

- (от греч. hyper – чрезмерно и kinesis – движение) – чрезмерные насильственные непроизвольные движения, возникающие при органических и функциональных нарушениях ЦНС (преимущественно при поражении подкорковых образований). Термином «Г.» обозначается обширная группа двигательных расстройств, среди которых хорей; атетоз – медленные напряженные движения кистей рук; тормозной спазм – аналогичные атетозу непроизвольные выгибания шеи, туловища; миоклония – беспорядочные вздрагивания отдельных мышц; тики.

Этиология

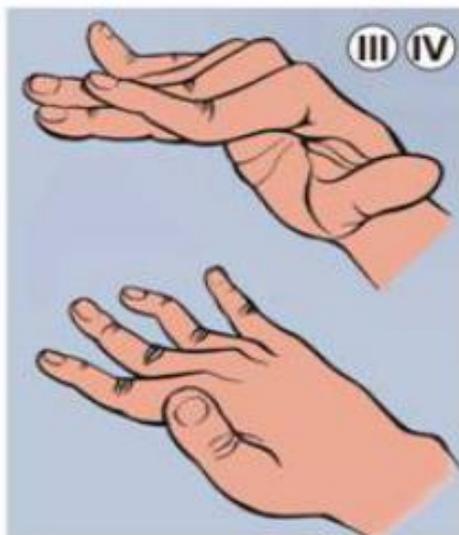
- Проявляются при органических и функциональных поражениях нервной системы:
- коры головного мозга,
- подкорковых двигательных центров или стволовой части мозга.
- Обычно вызванные поражением:
- базальных ганглиев или связанных с ними структур, образующих экстрапирамидную систему (экстрапирамидные гиперкинезы),
- реже поражением периферической нервной системы (периферические гиперкинезы).
- Могут возникать как побочное действие нейролептиков в составе нейролептического синдрома (лекарственный гиперкинез), в связи с их токсическим действием на экстрапирамидную систему.
- Нередко они возникают на фоне инфекционных заболеваний (энцефалит, ревматизм), дисциркуляторной энцефалопатии; после перенесённой черепно-мозговой травмы, интоксикации и др.

гиперкинезов:

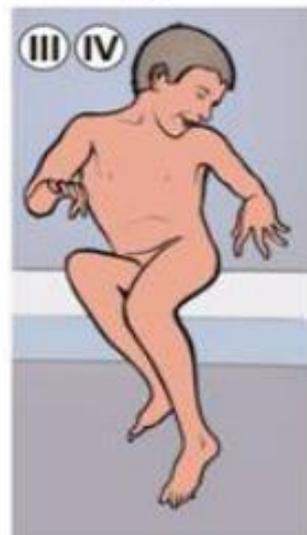
- К гиперкинезам относят атетоз, хорею, дрожательный паралич, миоклонию и др. ↓
- Развивается вследствие поражения нейронов различных структур головного мозга: экстрапирамидной системы таламуса, субталамического ядра, зубчатого ядра мозжечка, красного ядра и их систем связи.
- Выраженность гиперкинезов можно уменьшить или кратковременно прекратить волевыми воздействиями, а также болевыми раздражениями, изменением позы, сном. Во сне гиперкинезы исчезают.

ВИДЫ ГИПЕРКИНЕЗОВ

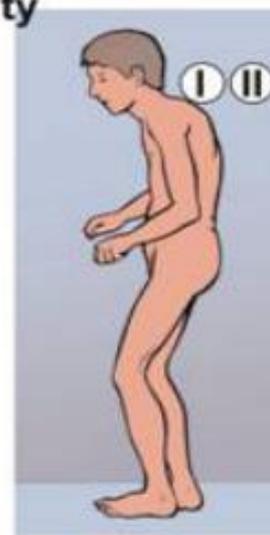
Athetosis



Dystonia



Akinetic rigidity



Hemiballism



Hemitremor



Классификация гиперкинезов

- Тремор (дрожание);
 - Физиологический тремор;
 - Эссенциальный тремор;
 - Паркинсонический тремор;
 - Мозжечковый тремор;
 - Рубральный (мезэнцефальный) тремор, или тремор Холмса;
 - Дистонический тремор;
 - Невропатический тремор;
 - Психогенный тремор;

- Дистония (мышечная дистония);
 - Краниальная дистония;
 - Цервикальная дистония (спастическая кривошея);
 - Вторичная дистония;
 - Лекарственная дистония;
- Хорея;
- Атетоз;
- Баллизм;
- Тики;

● Миоклония;

- Физиологическая миоклония;
- Эссенциальная миоклония;
- Эпилептическая миоклония;
- Симптоматическая миоклония;
- Мультифокальная миоклония;
- Прогрессирующая миоклоническая атаксия;

• Акатизия;

- Поздняя дискинезия;
- Пароксизмальные дискинезии;
 - Пароксизмальная кинезиогенная дискинезия;
 - Пароксизмальная некинезиогенная дискинезия;
- Лицевой гемиспазм;
- Нейромиотония;
- Синдром "болезненные ноги (руки)-движущиеся пальцы"
- Синдром "ригидного человека"

В зависимости от уровня поражения головного мозга выделяют три группы гиперкинезов:

- I. Гиперкинезы преимущественно стволового уровня: тремор, миоклонии, миоритмии, миокимии, тики, спастическая кривошея, лицевой гемиспазм, параспазм мышц лица. Их характерные особенности — стереотипность, ритмичность и относительная простота насильственных движений.
- II. Гиперкинезы преимущественно подкоркового уровня: атетоз, хорей, торсионная дистония, баллизм, интенционная судорога Рюльфа. Их общие черты — полиморфизм, аритмичность, сложность насильственных движений, наличие дистонического компонента.
- III. Подкорково-корковые гиперкинезы: миоклонус-эпилепсия, миоклоническая диссинергия Ханта, кожевниковская эпилепсия, общими чертами которых являются частая генерализация процесса и эпилептические припадки.

Диагностика:

- Диагностика при подозрении на гиперкинез состоит из личного осмотра и сбора анализов. Обязательно во внимание принимается семейный анамнез больного. После личного осмотра, производятся лабораторные и инструментальные анализы. В стандартную программу лабораторных исследований входит только общий и биохимический анализ крови. Что касается инструментальных исследований, то сюда входит следующее: КТ; МРТ; УЗИ органов брюшной полости (если есть подозрение на поражение жёлчного пузыря); электрокардиограмма (если симптоматика указывает на поражение левого желудочка сердца, поражение миокарда); церебральная ангиография; электромиограмма (исследование скорости нервных импульсов).

Лечение:

- Полностью вылечить данную патологию невозможно. Обусловлено это тем, что восстановить повреждённую кору головного мозга невозможно. Поэтому лекарственная терапия направлена на уменьшение симптомов и улучшение жизнедеятельности пациента.

Литература

- 1. *Петрухин А. С.* Неврология детского возраста. М.: Медицина, 2004.
- 2. www.Wikipedia®.ru