**Реферат на тему:**

**Порушення спінального кровообігу. Етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування**

**Класифікація порушень спінального кровообігу.**

1. Минущі порушення спінального кровообігу:

а) синкопальний вертебральний синдром Унтерхарншейдта;

б) синдром раптового падіння — дроп-атаки;

в) мієлогенна переміжна кульгавість;

г) каудогенна переміжна кульгавість.

1. Гострі розлади спінального кровообігу:

 а) ішемічний спінальний інсульт;

б) геморагічний спінальний інсульт — крововилив у речови­ну спинного мозку; в) крововилив під оболонки спинного мозку.

1. Хронічні порушення спінального кровообігу:

а) дисциркуляційна ішемічна мірєлопатія.

**Етіологія**. Серед причин порушення кровопостачання спин­ного мозку значне місце належить патології серцево-судинної системи вродженого (коарктація аорти, варикоз, артеріо-венозні та артеріальні аневризми, гіпоплазія спінальних судин) або на­бутого (атеросклероз, його поєднання з артеріальною гіпертензі­єю, цукровий діабет, артеріїти, флебіти та інші запальні процеси в оболонках спинного мозку, хвороби серця) характеру.

Частою причиною порушень спінального кровообігу можуть бути процеси, що впливають на судини ззовні: стиснення аорти та її гілок пухлинами в ділянці грудної або черевної порожнини, компресія корінцево-спінальних артерій і корінцевих вен гри­жею дистрофічне зміненого міжхребцевого диска.

Дисгемію може викликати травма аорти або її гілок під час операцій на аорті чи на близько розташованих органах, а також виконання деяких медичних маніпуляцій (епідуральної блокади, спинномозкової анестезії). Провокуючими чинниками бувають легка травма, фізичні перенапруження, різкі рухи, переохоло­дження тощо.

**Патогенез**. По довжині спинного мозку виділяють два арте­ріальні басейни: верхній — на рівні шийних та 1-Й верхніх груд­них сегментів, який отримує кров з хребетних артерій і гілок підключичних, і нижній — всі сегменти спинного мозку, розта­шовані нижче II грудного, який постачається кров'ю сегментни­ми гілками аорти. Сполучаючись, вони утворюють передню спі-нальну артерію Адамкевича, яка кровопостачає більшість груд­них, поперекових і крижових сегментів.

Іноді окремо формується нижня додаткова корінцево-спіна-льна артерія Депрож-Готерона, яка несе кров до конусу та епіко-нусу спинного мозку. Вени спинного мозку проходять паралель­но артеріям, мають зв'язок з венозними сплетеннями, а через них — з венами порожнини тіла. Регуляція спінального кровообігу, як і мозкового, здійснюється за допомогою трьох механіз­мів: біогенного, метаболічного та неврогенного.

За умови недостатності спінального кровообігу найвразливі-ими є ділянки суміжного кровопостачання, проте нерідко вражаються потовщення спинного мозку, які добре постачаються

кров'ю. Безпосередньою причиною розвитку порушень спінального кровообігу є тромбоз чи емболія однієї з корінцево-спінальних артерій на тлі слабкості серцевої діяльності, порушення се­рцевого ритму, розвитку синдрому обкрадання.

**Клініка.** Розрізняють гострі та повільно прогресуючі (хро­нічні) порушення спінального кровообігу. Гострі розлади частіше мають ішемічний характер. Вони перебігають як минущі порушення або як інфаркт (ішемічний інсульт) спинного мозку.

***Минущі порушення спінального кровообігу*** — це клінічна форма, яка розвивається гостро та характеризується регресом вогнищевої симптоматики протягом 24 годин з моменту виникнення. У деяких випадках після минущої ішемії спинного мозку залишається легка органічна неврологічна симптоматик; при відсутності суб'єктивних порушень функції. Клінічна карти на минущих порушень спінального кровообігу залежить від рівня враження та локалізації вогнища ішемії.

Ураження верхнього судинного басейну супроводжується розвитком синкопального вертебрального *синдрому Унтерхарншейдта*: у хворих із шийним остеохондрозом під час різких поворотів голови виникає напад з раптовою короткочасною (на 2-3 хв.) втратою свідомості. Спостерігається також значна слаб­кість у кінцівках, м'язова гіпотонія. Симптоми регресують через 3-5 хвилин. У проміжку між нападами хворі скаржаться на від­чуття тяжкості, тупий біль та оніміння у ділянці шиї та рук. Напад є наслідком ішемії стовбурової частини головного та ший­ного потовщення спинного мозку.

Другий варіант минущих порушень у верхньому спінальному басейні відомий як синдром раптового падіння — *дропатак*. При різкому повороті голови в сторону або вираженому перерозгинанні у шийному відділі (відкидання голови назад) розвивається раптова м'язова слабкість і хворий падає. Напад триває від декількох секунд до 1-2 годин. Свідомості хворий не втрачає. Синдром виникає на тлі дегенеративно — дистрофіч­ного ураження шийного відділу хребта (остеохондрозу) і зумо­влений минущою ішемією сегментів шийного потовщення спин­ного мозку.

Минущі порушення спінального кровообігу у нижньому ар­теріальному басейні, зокрема у руслі артерії Адамкевича, діс­тали назву *мієлогенної переміжної кульгавості*. Вона здебі­льшого виникає після фізичного навантаження, тривалої ходьби і клінічне проявляється слабкістю і онімінням ніг, іноді імпера­тивними покликами до сечовипускання. Після нетривалого від­починку (5-Ю хв) ці явища зникають.

У випадку минущої ішемії у басейні артерії Депрож-Готерона виникає *каудогенна переміжна кульгавість*. Під час ходьби у хворих виникають болісні парестезії у вигляді поколю­вання, оніміння у дистальних відділах ніг та ділянці промежини. Якщо хворий продовжує йти і не відпочиває, з'являється слаб­кість ніг — синдром кінського хвоста. Причиною подібних роз­ладів є остеохондроз поперекового відділу хребта або вроджене звуження хребетного каналу. Нерідко минущі порушення спіна­льного кровообігу повторюються і є передвісниками розвитку стійкої ішемії спинного мозку.

*Ішемічний спінальний інсульт* (інфаркт спинного мозку) розвивається гостро. Захворюванню часто передують короткоча­сна слабкість кінцівок, минущі розлади чутливості (оніміння, печія, неприємні відчуття у м'язах), біль у зоні іннервації ший­них, поперекових або крижових корінців, а також порушення функції тазових органів у вигляді імперативних покликів до се­човипускання або його затримки. Клінічна картина спінального інсульту поліморфна і залежить від локалізації та поширеності вогнища ішемії. Найчастіше інфаркт розвивається у зонах сумі­жного кровопостачання.

Для шийного рівня характерна тетраплегія, розлади чутливо­сті та порушення функції тазових органів за центральним типом.

Ураження грудного відділу спинного мозку проявляється Центральним паралічем ніг, провідниковими розладами всіх ви­дів чутливості та тазовими порушеннями за центральним типом.

При локалізації вогнища на рівні поперекового потовщення виникає млява нижня параплегія з порушенням чутливості в ногах, розладами сечовипускання. Однак, незалежно від рівня, спінальний інфаркт супроводжується грубими трофічними розладами, швидким розвитком пролежнів у ділянці крижів, сідниць, на спині та п'ятах. Порушення функції тазових органів вимагає катетеризації сечового міхура, яка несе за собою інфіку­вання сечового міхура та висхідний пієлоцистит. Пролежні та пієлоцистит є джерелом виникнення сепсису у таких хворих, що робить прогноз для одужання і життя сумнівним.

За сприятливого перебігу захворювання та зменшення явищ ішемії неврологічні симптоми піддаються зворотному розвитку. Однак у хворих спостерігаються стійкі залишкові явища у ви­гляді парезів та порушеннь чутливості.

Геморагічні порушення спінального кровообігу включають *гематомієлію* (крововилив у сіру речовину спинного мозку) та *гематорахіс* (крововилив під оболонки спинного мозку).

Повільно прогресуючі (хронічні) ішемічні порушення спіна­льного кровообігу отримали назву *дисциркуляційної ішеміч­ної мієлопатії*, або вертеброгенної мієлопатії. Для них характе­рні певні клінічні синдроми:

1. аміотрофічний, який супроводжується млявими парезами рук
та ніг, міотрофіями, фібрилярними посмикуваннями м'язів. Захворювання нагадує хронічну форму поліомієліту або біч­ний аміотрофічний склероз;
2. спастичний синдром включає нижній спастичний парапарез;
3. синдром сирингомієлії та задніх стовпів виникає у випадку
порушення кровопостачання у системі задніх спінальних ар­терій.

Для всіх клінічних форм мієлопатії характерним є перева­жання рухових розладів над чутливими.

**Лікування.** У гострому періоді минущих порушень спіналь­ного кровообігу та ішемічного спінального інсульту обов'язкове дотримання суворого ліжкового режиму.

Використовують засоби, які нормалізують серцеву діяльність, артеріальний тиск, покращують мікроциркуляцію (реополіглю-кін, пентоксифілін, плавікс, діпірідамол), кровопостачання (каві­нтон, серміон, ксантинолу нікотинат), метаболізм нейронів тка­нини спинного мозку (пірацетам, церебролізин, актовегін, сол-косерил), запобігають набряку спинного мозку (манітол, фуросемід, гліцерин). При показаннях застосовують глюкокор-тикоїди (дексаметазон, преднізолон), антигістамінні засоби (та-вегіл, супрастин, діазолін), вітамінотерапію. Іноді використову­ють гепарин у малих дозах, фраксипарин.

Для профілактики вторинної інфекції призначають антибіо­тики та сульфаніламіди. При спінальних порушеннях дихання застосовують штучну вентиляцію легенів. Хворі з патологією аорти потребують хірургічного лікування.

У відновному періоді застосовують антихолінестеразні засо­би (прозерин, нівалін), міорелаксанти (сирдалуд, мідокалм, бак-лофен, меліктин), фізичні методи лікування, масаж, лікувальну фізкультуру.

На стадії залишкових явищ спінального інсульту рекоменду­ють санаторно-курортне лікування (Саки, Євпаторія, Хмельник, Миронівка), застосування грязевих аплікацій та ванн.

**Догляд**. Необхідно ретельно слідкувати за шкірою, за чис­тотою натільної та постільної білизни, не менше двох разів на день вмивати та підмивати хворих, обережно годувати з ложеч­ки та напувати з поїльника.

Слід контролювати тазові функції, попереджувати натяг па­ралізованих м'язів і розвиток контрактур, часто повертати хво­рого, укладати паралізовані кінцівки у найкращому фізіологіч­ному положенні з використанням валиків під колінні суглоби та підошви, застосовувати перкусійний масаж з метою профі­лактики пневмонії, проводити УФО ділянок, які постійно трав­муються.

При затримці сечовипускання продиться катетеризація се­чового міхура з постійним промиванням антисептичними розчи­нами (2% колларгол, протаргол, 5% фурацилін) для запобіган­ня циститу та висхідного поширення інфекції. З метою профілак­тики пролежнів протирають шкіру камфорним спиртом, використовують функціональні ліжка зі спеціальними матраца­ми. При появі пролежнів — мазеві пов'язки (мазь каланхое, Мазь Вишневського), асептичні присипки. Некротизовану ткани­ну видаляють хірургічним шляхом.