

Забродец В.Г.¹, Федулов А.С.¹, Борисов А.В.¹, Алексеевец В.В.², Леончук И.П.², Супрун В.Е.²

¹ Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

² Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии, Минск, Беларусь

Трудности диагностики синдрома внутричерепной гипотензии: описание клинического случая

Введение. Головные боли занимают важное место в практике невролога. Важное значение имеет правильное проведение дифференциальной диагностики для подбора эффективного метода лечения, с учетом особенности каждого случая. В данной статье рассмотрен клинический случай пациентки с диагнозом «спонтанная внутричерепная гипотензия».

Цель. Описание случая синдрома внутричерепной гипотензии.

Материалы и методы. Проведены сбор, систематизация и анализ данных научных исследований по вопросам диагностики и лечения синдрома внутричерепной гипотензии с использованием международных баз данных (PubMed, Scopus и Google Scholar). Представлено описание клинического наблюдения пациентки с синдромом внутричерепной гипотензии, находившейся на лечении в неврологическом отделении МНПЦ ХТиГ.

Результаты и выводы. Спонтанная внутричерепная гипотензия — состояние, проявляющееся ортостатической головной болью, ввиду потери цереброспинальной жидкости (ЦСЖ) и снижения внутричерепного давления. Частота спонтанной внутричерепной гипотензии составляет 5 случаев на 100 000 человек населения. Соотношение женщин и мужчин составляет 2:1. Головная боль при данной патологии обычно сопровождается напряжением мышц шеи и субъективными слуховыми симптомами. Среди предрасполагающих факторов, приводящих к спонтанной потере ЦСЖ, выделяют дефекты твердой мозговой оболочки (чаще всего обнаруживаются в грудном и поясничном отделах), заболевания соединительной ткани ввиду врожденных особенностей. Спонтанная гипотензия может развиваться как при чрезмерных физических нагрузках, так и на фоне повседневной активности.

Диагностические критерии головной боли, связанной со спонтанной внутричерепной гипотензией согласно Международной классификации головных болей 3-го издания (МКГБ-3) от 2018 года включают следующие пункты:

- a) Головная боль, отвечающая критериям «7.2 Головной боли, связанной с низким давлением ликвора» и критерию С.
- b) В анамнезе отсутствуют медицинские процедуры или травмы, которые могут быть причиной истечения ЦСЖ (ликворной фистулы).

-
- с) Головная боль развивается в тесной временной связи с понижением давления ЦСЖ или появлением ее истечения, или привела к диагностике этих состояний.
- д) Не соответствует другому диагнозу МКГБ-3.

Для диагностики данной патологии необходимо проведение МРТ позвоночника. Результаты исследования могут включать эпидуральное истечение ЦСЖ, наличие менингеальных дивертикулов, скопление жидкости во внеменингеальной полости и сморщивание дурального мешка в дополнение к расширению эпидурального венозного сплетения. Однако не всегда можно определить точную локализацию дефекта, вызывающего истечение ЦСЖ.

Выбор метода лечения спонтанной внутричерепной гипотензии осуществляется индивидуально. При легкой или умеренной тяжести головной боли рекомендуется придерживаться консервативных методов лечения: симптоматической терапии, постельного режима. Если симптомы сохраняются после 1–2 недель консервативного лечения или интенсивность головной боли высокая, терапией первой линии является эпидуральная кровяная заплата – метод «blood patch». Другими вариантами лечения являются применение фибринового клея и хирургическая коррекция дефектов.

В рассматриваемом клиническом случае пациентка Ю., 38 лет, врач по профессии, отметила давящую головную боль в области лба и глаз до 5 баллов по нумерологической оценочной шкале (НОШ) вскоре после пробуждения, физические нагрузки отрицает. В анамнезе: мигрень без ауры с редкими пароксизмами. Головная боль не купировалась приемом ибупрофена в дозе 400 мг. В первые сутки пациентке была выполнена КТ головного мозга. Данных за острое нарушение мозгового кровообращения не выявлено. В горизонтальном положении пациентка отметила полное прекращение головной боли. В общем анализе крови, общем анализе мочи и биохимическом анализе крови показатели в пределах нормы. Пациентка обратилась в Городскую клиническую инфекционную больницу с целью исключения менингита. Наблюдалась рвота при попытке вертикализации и нарастание интенсивности головной боли до 6–7 баллов по НОШ, сохранении боли меньшей интенсивности в горизонтальном положении. Диагноз «менингит» был исключен. Исследование ЦСЖ не проводилось. Несмотря на терапию, пациентка отмечала нарастание интенсивности головной боли, в связи с чем была доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение МНПЦ ХТиГ.

Окончательный диагноз был установлен спустя 2 недели от начала заболевания, что существенно повлияло на качество ее жизни и увеличило сроки нетрудоспособности. На момент госпитализации в неврологическое отделение МНПЦ ХТиГ, пациентка была крайне астенизирована и отмечала диффузную головную боль до 8 баллов по НОШ вне зависимости от положения в пространстве.

Неврологический статус: сознание ясное. Глазные щели равновелики, зрачки $D=S$, реакция зрачков на свет сохранена, движения глазных яблок в полном объеме. Лицо симметрично. Мягкое небо подвижно. Глоточный рефлекс умеренный. Язык по средней линии. Глубокие рефлексы с конечностей $D \geq S$, средней живости. Парезов нет. Мышечный тонус не изменен. Чувствительность не изменена. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. В позе Ромберга пошатывается. Менингеальные симптомы отсутствуют.

На МРТ грудного отдела позвоночника были обнаружены признаки истечения ЦСЖ на протяжении позвонков Th2-Th11. Однако место дефекта твердой мозговой оболочки не визуализировалось. Пациентке в условиях операционной выполнено контрастирование заднего эпидурального пространства с целью поиска дефекта, в результате чего была визуализирована фистула на уровне Th8. Ввиду того, что консервативная терапия была неэффективна, было выполнено закрытие дуральной фистулы 20 мл аутокрови с повторным пунктированием на том же уровне и введением 15 мл аутокрови и контрастного вещества омнипак, пункционное дренирование дурального мешка на поясничном уровне L3-L4 штатным набором для спинномозговой анестезии. Далее пациентка 5 дней находилась строго в горизонтальном положении. На вторые сутки после процедуры пациентка начала отмечать уменьшение выраженности головной боли вплоть до 2–3 баллов по НОШ, на четвертые сутки головная боль прекратилась. На шестые сутки выполнена вертикализация, пациентка не предъявляла жалоб и была выписана для продолжения наблюдения на амбулаторном этапе.

Таким образом, при осмотре пациента с ортостатической головной болью важно заподозрить и своевременно диагностировать синдром внутричерепной гипотензии и оказать пациенту необходимую помощь. Результаты лечения напрямую зависят от слаженной командной работы неврологов, специалистов лучевой диагностики и нейрохирургов.

Международный научно-практический журнал

НЕВРОЛОГИЯ и нейрохирургия

Восточная
Европа

2024, том 14, № 1. Приложение

Neurology and Neurosurgery Eastern Europe
International Scientific Journal

2024 Volume 14 Number 1 Supplement



Екатерина Борченко и Эрнест Латыпов в балете «Баядерка».
Хореография Начо Дуато по мотивам Мариуса Петипа, музыка Людвиг Минкуса,
либретто Мариуса Петипа и Сергея Худекова. Сцена Михайловского театра, февраль 2020 года.

Тезисы XXIII Республиканской научно-практической
конференции с международным участием
молодых специалистов

«СОВРЕМЕННЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ НЕВРОЛОГИИ И НЕЙРОХИРУРГИИ»

Минск, 24 мая 2024 года

ISSN 2226-0838 (Print)

ISSN 2414-3588 (Online)



9 772226 083006



ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ
ИЗДАНИЯ