

УДК: 616.832:089.82-02:616.857

DOI: 10.21802/2304-7437-2019-5(57)-82-84

ПІСЛЯПУНКЦІЙНИЙ ГОЛОВНИЙ БІЛЬ ТЯЖКОГО СТУПЕНЯ: ВИПАДОК З ПРАКТИКИ

Т. І. Негрич, С. Я. Кирилюк, М. І. Боженко

*Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького;
кафедра неврології; м. Львів, вул. Пекарська, 69, Україна;
e-mail: sinitska@ukr.net*

Головний біль є одним з найчастіших ускладнень після проведення люмбальної пункції чи епідуральної анестезії. У статті описується випадок післяпункційного головного болю тяжкого ступеня у 26-річної жінки тривалістю 25 днів. За допомогою проведення магнітно-резонансної томографії головного мозку підтверджено інтракраніальну гіпотензію, виявлено гіпофіз із незначно випуклим верхнім контуром і округлу форму поперечного венозного синусу. Відзначено позитивний вплив застосування регідрації, анальгетиків, нестероїдних протизапальних і протиблювотних засобів та препаратів кофеїну при лікуванні післяпункційного головного болю.

Ключові слова: *головний біль, люмбальна пункція, лікування.*

Найчастішим ускладненням проколу твердої оболонки спинного мозку при поперековій пункції чи епідуральній анестезії є головний біль. Післяпункційний головний біль – це двобічний головний біль, що виникає не пізніше п'ятого дня після люмбальної пункції та зникає переважно через 14 днів, появляється чи посилюється не пізніше, ніж через 15 хвилин після вертикалізації пацієнта, а зменшується не пізніше, ніж через 15 хвилин після переходу в горизонтальне положення [1; 2; 4]. Причиною цього стану є витікання спинномозкової рідини крізь отвір у твердій оболонці, внаслідок чого знижується тиск ліквору. Лікворна гіпотензія призводить до рефлекторного розширення внутрішньочерепних судин та зміщення і тракції чутливих до болю структур (судин, оболонок, V, IX, X черепно-мозкових нервів, верхніх шийних спинномозкових нервів) у вертикальному положенні внаслідок просідання головного мозку [1; 2].

Ризик розвитку післяпункційного головного болю становить до 70% і залежить від наступних факторів: вік 20-40 років, низький індекс маси тіла пацієнта, головний біль в анамнезі, жіноча стать, вагітність, діаметр пункційної голки (ризик 70% при розмірі голки 16-19G, 40% при розмірі 20-22G, 12% при розмірі 24-27G), перпендикулярний напрямок голки до волокон твердої мозкової оболонки, використання стандартних пункційних голок зі зрізаним кінцем, витягання голки без ма-

ндрену, повторне виконання процедури люмбальної пункції [1; 2; 3; 4]. Для діагностики післяпункційного головного болю проводять магнітно-резонансну томографію (МРТ), з метою виявлення інтракраніальної гіпотензії та ознак зміщення головного мозку, а також повторну люмбальну пункцію, у якій знаходять низький тиск ліквору, незначно підвищені білок та кількість лімфоцитів [1; 2]. Хронізація головного болю, інтракраніальні крововиливи (субдуральна гематома, субарахноїдальний крововилив), вклинення головного мозку, порушення слуху та функції окоорухових нервів можуть бути ускладнення післяпункційного болю голови [1; 4].

Мета роботи – вивчити особливості клінічного перебігу, діагностики та лікування післяпункційного головного болю тривалістю 25 днів.

Матеріали і методи. Клінічний випадок післяпункційного головного болю у 26-річної жінки, діагностика та методи лікування.

Результати. Хвора Б., 26 років, госпіталізована до неврологічного відділення Львівської обласної клінічної лікарні у жовтні 2018 р. з метою верифікації демієлінізуючого захворювання головного мозку. Скарги при поступленні на тиснучий головний біль у лобній ділянці та періодичне затерпання нижніх кінцівок. Пацієнтка астеничної будови тіла, вагою 51 кг. Артеріальний тиск 100/70 мм.рт.ст. У неврологічному статусі патологічних змін не виявлено. На МРТ головного мозку встановлено дрібно-вогнищеві зміни білої речовини лобних відділів. Проведено діагностичну люмбальну пункцію та забір спинномозкової рідини для виявлення олігоклональних Ig G-смуг. Процедура люмбальної пункції була проведена без ускладнень. Спинномозкова рідина витікала під нормальним тиском. Загальний та біохімічний аналізи ліквору без патології.

На наступний день у пацієнтки розвинувся головний біль тиснучого, пульсуючого характеру в лобно-потиличних ділянках, що зменшувалася у горизонтальному положенні, а посилювалася у вертикальному та при рухах головою, 8 балів за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ). Через 2 дні біль став генералізованим, турбував дзвін у вухах, запаморочення, нудота. При повторному МРТ обстеженні головного мозку встановлено ознаки легкої інтракраніальної гіпотензії – гіпофіз із незначно випуклим верхнім контуром, округла форма поперечного венозного синусу. Рекомендовано ліжковий режим, регідратація до 3 л денно (орально та внутрішньовенно сольові розчини), парацетамол 500 мг кожні 4-6 годин, метоклопраміду гідрохлорид 10 мг 3 рази на день при нудоті, кофеїн 400 мг per os 2 рази на день. Після призначеної терапії стан хворої протягом тижня покращився. Біль голови за шкалою ВАШ становив 6 балів. Пацієнтка не відзначала дзвону в вухах, нудоти та запаморочення. Проте, генералізований біль голови, який посилювався у вертикальному положенні, при рухах головою та при легкому фізичному навантаженні турбував ще протягом двох тижнів. Цей стан жінки вимагав ліжкового режиму та подальшого призначення регідратації сольовими

розчинами, парацетамолу та препаратів кофеїну. На фоні проведеного лікування, головний біль турбував 25 днів (4 бали за шкалою ВАШ на 14 день, 2 бали на 21 день).

Висновки

Головний біль є очікуваним ускладненням поперекової пункції та епідуральної анестезії, який, незважаючи на традиційну терапію, може бути вираженого ступеня тяжкості та значної тривалості. З метою виявлення інтракраніальної гіпотензії, можна рекомендувати проведення МРТ головного мозку. Доцільно використовувати регідrataцію, анальгетики, нестероїдні протизапальні і протиблювотні засоби та препарати кофеїну при лікуванні післяпункційного головного болю.

Література

1. Фесенко В.С. Післяпункційна цефалгія: етіологія, патогенез, вияви. // Біль, знеболювання і інтенсивна терапія. – 2015. – №4. – С. 34–47.
2. Ahmed S.V., Javarma C., Jude E. Post lumbar puncture headache: diagnosis and management. // Postgrad Med J. – 2006. – V.82(973). – P.713–716.
4. Haller G., Cormet J., Boldi M.O. [et al.] Risk factors for post-dural puncture headache following injury of the dural membrane: a root-cause analysis and nested case-control study // Int. J. Obstet. Anesth. – 2018. –V.36. – P. 17–27.
5. Peralta F., Devroe S. Any news on the postdural puncture headache front? // Best Pract Res Clin Anaesthesiol. – 2017. – V.31(1). – P. 35–47.

Стаття надійшла до редакційної колегії 27.02.2019 р.

Рекомендовано до друку д.м.н., професором Семчуком Я.М., д.м.н., професором Волошиним О.І. (м. Чернівці)

SEVERE POSTDURAL PUNCTURE HEADACHE: CASE OF PRACTICE

T. I. Negrych, S. Ya. Kyryliuk, M. I. Bozhenko

Lviv National Medical University named after Danylo Halytskyi; department of Neurology, Lviv, Pekarska str., 69, Ukraine; e-mail: sinitska@ukr.net

Headache is one of the most common complications after lumbar puncture or epidural anesthesia. The article presents a clinical case of post dural puncture headache in a 26-year-old woman, 25 days long. An intracranial hypotension was confirmed by the help of magnetic resonance imaging of the brain, a pituitary gland with a slightly convex upper contour and a rounded form of transverse venous sinus were found. Positive effect of rehidratation, analgesics, non-steroid anti-inflammatory and antiemetic drugs and drugs of caffeine in the treatment of post-dural puncture headache was noted.

Key words: lumbar puncture, epidural anesthesia, headache.