

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПО ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННЮ ПОСТПУНКЦІЙНОГО ГОЛОВНОГО БОЛЮ В АКУШЕРСТВІ (Великобританія, 2014)

Джерело: https://www.oaa-anaes.ac.uk/assets/_managed/cms/files/Clinical%20Guidelines/PDPH_Stevenage?2014.pdf

Переклад: Дмитро Папишев

Вступ

Ліквор діє як подушка для підтримки та захисту головного та спинного мозку. Витік ліквору з субарахноїдального простору через дефект твердої мозкової оболонки (ТМО) може призвести до втрати цієї підтримки. Як результат, відбувається натягування мозкових оболонок що супроводжується головним болем та називається постпункційним головним болем (ППГБ). Зазвичай ППГБ з'являється на перший або другий день після пункції та триває менше семи днів. Іноді біль може бути настільки інтенсивним, що заважає матері займатися повсякденними справами та доглядати за новонародженим. В таких випадках консервативна терапія є неефективною, і методом вибору може бути пломбування епідурального простору аутокров'ю (за відсутності протипоказів). Частота виникнення ППГБ напряму пов'язана з діаметром та типом голки, якою проводилася пункція. Більшість випадків пов'язані із застосуванням голки Tuohy, в той час як при використанні голок малого діаметру із кінчиком pencil point («олівець») спостерігалось значне зменшення випадків ППГБ. В той же час, хоча головний біль проходить спонтанно, треба завжди пам'ятати про імовірність розвитку субдуральної гематоми у випадку, якщо дефект ТМО не ліквідовано.

Симптоми ППГБ

Найчастіше біль має лобно-потиличну локалізацію та супроводжується ригідністю м'язів шиї. Іноді біль розповсюджується на скроневу ділянку, ретроорбітально, та мати розсіяний характер. Зазвичай ППГБ залежить від положення хворої: підсилюється в сидячому або вертикальному та полегшується в горизонтальному положенні. Залежність від положення в просторі відрізняє ППГБ серед інших внутрішньочерепних причин головного болю, таких як субдуральна гематома. Можливий розвиток і інших симптомів, таких як нудота, блювання, диплопія, світобоязнь, втрата слуху, дзвін у вухах, запаморочення та втрата свідомості. Тяжкість головного болю можна поділити за допомогою модифікованої класифікації Lybecker (1):

Незначний:

- незначне обмеження повсякденної діяльності,
- пацієнтка не прикута до ліжка,
- немає супутніх симптомів,
- добре реагує на ненаркотичні аналгетики.

Помірний:

- значне обмеження повсякденної діяльності,
- хвора перебуває в ліжку більшість дня,
- можлива наявність деяких супутніх симптомів,
- потребує додавання опіатів.

Сильний ППГБ:

- повне обмеження повсякденної діяльності,
- пацієнтка прикута до ліжка весь день,
- супутні симптоми присутні,
- не реагує на консервативне управління.

Початок

90% головних болей розвивається протягом 3 днів після процедури (2). Проте інколи ППГБ може розвинути протягом 14 днів, а в поодиноких випадках – одразу.

Тривалість

В більшості випадків не лікований ППГБ проходить спонтанно впродовж 7 днів (4,5). У деяких пацієнтів він може стати персистуючим та тривати роками.

Діагностика

Як правило, для постановки діагнозу достатньо симптомів ППГБ та пункції в анамнезі. Для уточнення діагнозу можливе проведення МРТ з метою виключення інших причин головного болю. При МРТ дослідженні можливе виявлення ознак зниженого тиску спинномозкової рідини та джерела витоку ліквору. Доплерівське УЗД показує підвищення кровотоку в судинах головного мозку.

Диференційний діагноз ППГБ

Загострення симптомів у вертикальному положенні не відбувається при інших формах післяпологового головного болю, за виключенням пневмоенцефалії. Стани з якими проводиться диференціальна діагностика ППГБ:

1. Неспецифічний післяпологовий головний біль.
2. Мігрень (мігрень в анамнезі, односторонній пульсуючий головний біль).
3. Прееклампсія (може виникнути протягом 10 днів після пологів).
4. Септичний та асептичний менінгіт (головний біль що посилюється, нудота, блювота та ригідність шиї).
5. Внутрішньочерепна кровотеча/органічне ураження (ознаки внутрішньочерепної гіпертензії).
6. Тромбоз церебральних вен (інтенсивний головний біль, судоми, внутрішньочерепна гіпертензія, пригнічення свідомості та підвищення температури, МРТ ознаки).
7. Післяпологова депресія.
8. Пневмоенцефалія (раптовий головний біль, що виникає внаслідок введення повітря в субарахноїдальний або субдуральний простір при пункції епідурального простору із застосуванні техніки втрати опору з повітрям. Біль посилюється у вертикальному положенні. Проходить спонтанно за кілька годин).

Подальше обстеження

1. Необхідно контролювати маркери інфекції – температуру тіла, лейкоцитоз, С-реактивний білок. Якщо є ознаки інфекції, зробити бакпосів крові та сечі. Слід пам'ятати, що рівень лейкоцитів може підвищуватися в 3-му триместрі вагітності (до 16 Г/л) та в пологах і ранньому післяпологовому періоді (може сягати 20 - 30 Г/л).

2. Якщо виникає підозра, що біль має інший генез, ніж ППГБ, необхідна консультація невролога та радіолога для проведення додаткових досліджень (КТ, МРТ).
3. Діагностичне значення може мати аудіометрія (до виконання пломбування аутокров'ю), оскільки у жінок з ППГБ знижується слух.

Пацієнти з ППГБ мають бути достатньо проінформовані про свій стан, план обстеження та лікування.

Лікування ППГБ

1. Про всі випадки ППГБ має бути проінформований завідувачий анестезіологічною службою.
2. Всі пацієнтки, в яких розпізнана ненавмисна пункція ТМО мають щодня оглядатися анестезіологом.
3. При встановленні діагнозу ППГБ оцінити важкість, час появи та тривалість болю.
4. Обсудити за пацієнткою можливі методи лікування та їх ефективність.

Лікування може бути консервативним та активним (пломбування епідурального простору аутокров'ю).

1. Консервативне лікування призначається з метою полегшення симптомів ППГБ до тих пір, поки біль не мине спонтанно або не буде проведене пломбування.

Положення. Постільний режим або певне положення тіла зменшує симптоми ППГБ, хоча і не попереджає його розвиток. Пацієнтка повинна заохочуватись до прийняття позиції, яку вона вважає найбільш комфортною. Пацієнтки, в яких головний біль настільки інтенсивний, що вони прикуті до ліжка, мають застосувати компресійний трикотаж та антикоагулянти (еноксапарини) в профілактичній дозі. Еноксапарин має призначатися не пізніше, ніж в 18:00, щоб не затримувати пломбування аутокров'ю на наступний день.

Гідратація. Хоча немає достатніх доказів ефективності споживання великої кількості рідини, потрібно заохочувати пацієнтку вживати достатню кількість рідини, оскільки не можна допускати зневоднення.

Медикаментозна терапія.

Анальгетики. Регулярного прийому парацетамолу і НПЗЗ (якщо вони не протипоказані) може бути достатньо у легких випадках. Наркотичні анальгетики можуть бути призначені при помірному та сильному ППГБ.

Суматриптан. У контрольованому дослідженні не знайдено доказів ефективності суматриптану при лікуванні ППГБ.

Епідурально фізіологічний розчин/декстран 40. Дослідження показали, що порівняно з пломбуванням аутокров'ю, вони не продемонстрували будь-якої довгострокової ефективності.

Кофеїн. Оскільки ППГБ розвивається зокрема і внаслідок розширення внутрішньочерепних вен, кофеїн, як церебральний вазоконстриктор, в деяких випадках є ефективним. Він може бути призначений, коли анальгетики неефективні, а пломбування аутокров'ю протипоказане. Рекомендована доза 300-500 мг перорально або внутрішньовенно двічі на добу. Необхідно пам'ятати, що вказані дози можуть викликати аритмію та/або судоми. Кофеїнмісні напої (чай, кава, кола, «енергетики») можуть використовуватися як альтернатива внутрішньовенному введенню кофеїну. Приблизний вміст кофеїну у:

- 200мл натуральної кави – 160 мг;
- 200 мл розчинної кави – 120 мг;

- Чашка еспресо – 100 мг;
- Чашка чаю – 40 мг;
- Банка Red Bull – 80 мг;
- Банка коли – 35 мг.

2. Пломбування епідурального простору аутокров'ю.

Висока ефективність (68-90% після першої спроби і 97% після другої) та низька частота ускладнень визначили пломбування епідурального простору аутокров'ю, як метод вибору при лікуванні ППГБ. Застосування пломбування в перші 24 години після пункції показує значно нижчу ефективність та асоціюється з більшим ризиком бактеріємії. Профілактичне введення аутокрові в епідуральний простір також не рекомендується.

Техніка виконання та наступний догляд.

1. Жінка має надати письмову інформовану згоду на процедуру, при цьому їй детально роз'яснюються суть маніпуляції, можливі серйозні ускладнення, шанси на успіх та можливість повторного проведення пломбування.
2. Пацієнтці рекомендується погодувати дитину та спорожнити сечовий міхур, оскільки після виконання процедури їй показаний ліжковий режим.
3. Процедура виконується в палаті або маніпуляційному кабінеті в суворо асептичних умовах. Якщо жінка отримує еноксапарин в профілактичній дозі, необхідно переконатися, що від попереднього введення минуло 12 або більше годин.
4. Присутні два анестезіолога та анестезиста.
5. Процедура переважно виконується у бічному положенні для зменшення витoku ліквору і, таким чином, розведення введеної крові.
6. Оскільки кров в епідуральному просторі розповсюджується переважно в краніальному напрямку, пункція має бути виконана на нижчому рівні, ніж попередня пункція ТМО (за технічних труднощів – на тому ж самому рівні).
7. В асептичних умовах виконується пункція периферичної вени для забору двох порцій венозної крові по 20 мл: перша порція – для введення в епідуральний простір, друга – на бакпосів. Заборонено забір крові для пломбування епідурального простору з наявних у пацієнтки венозних катетерів.
8. Виконується пункція епідурального простору голкою Tuohy за стандартною методикою. Кров треба повільно вводити в епідуральний простір, не більше 20мл. Якщо пацієнтка поскаржиться на біль в спині або парестезії в ногах, необхідно призупинити введення крові до зникнення симптомів.
9. Пацієнтка може відмітити негайне полегшення, до утворення пломбуючого згустку, оскільки введена кров створює позитивний тиск за рахунок об'єму.
10. Якщо перша спроба виявилася неефективною або головний біль з'явився знову, має бути запропонована повторна маніпуляція.
11. По завершенню, пацієнтка переводиться в палату під спостереження, де має знаходитися в лежачому положенні. Через 2 години жінці дозволяється підійматися з ліжка та повернутися до звичайного режиму.
12. Наявність постпункційного головного болю не є показом для пролонгування госпіталізації.
13. Перед тим як їхати додому, пацієнтка інструктується про необхідність негайно звернутися за медичною допомогою у випадку виникнення будь-яких ускладнень. Зокрема детально роз'яснюється про особливості перебігу синдрому кінського хвоста та епідуральної гематоми.
14. Жінці слід уникати навантажень протягом 2х діб.

15. Призначається повторний огляд та консультація через 4-6 тижнів.

Ризики та ускладнення:

1. Втрата працездатності або рецидив ППГБ.
2. Біль у спині, від легкого до помірного ступеня тяжкості, може статися приблизно в 16% випадках і може тривати від кількох днів до трьох місяців. Нечасто повідомлялося про радикуліт з інтенсивним болем у спині, що іррадіює в ногу.
3. Повторна ненавмисна пункція ТМО.
4. Тимчасове (1:1000) або постійне (1:13000) пошкодження нерва.
5. Вкрай рідкісні ускладнення: менінгіт, епідуральний абсцес, епілептичні випадки.

Протипокази:

1. Системна інфекція та лихоманка.
2. Локалізована інфекція на спині.
3. Коагулопатія.
4. Відмова пацієнта.

Посилання:

1. Lybecker H et al. Postdural puncture headache: Onset, duration, severity and associated symptoms. An analysis of 75 consecutive patients with PDPH. Acta Anaesth Scand 1995; 39: 605-12.
2. Reynolds F. Dural puncture and headache. Br Med J 1993; 306: 874-6.
3. Leibold RA, Yealy DM, Coppola M, Cantees KK. Post-dural puncture headache: Characteristics, management, and prevention. Ann Emerg Med 1993; 22: 1863-70.
4. Vandam LD, Dripps RD. Long-term follow up of patients who received 10098 spinal anaesthetics. JAMA 1956; 161: 586-91.
5. Costigan SN, Sprigge JS. Dural puncture: the patient's perspective. A patient survey of cases at a DGH maternity unit 1983-1993. Acta Anaesth Scand 1996; 40: 710-14.
6. Vakharia SB, Thomas PS, Rosenbaum AG, Wasenko JJ, Fellows DG. MRI of CSF leak and tamponade effect of blood patch in post dural puncture headache. Anesth Analg 1997; 84: 585-90.
7. Gobel H, Klostermann H, Linder V et al. Changes in cerebral haemodynamics in cases of post-lumbar puncture headache: a prospective transcranial Doppler ultrasound study. Cephalgia 1990; 10: 117-22.
8. Sudlow C, Warlow C. Epidural blood patching for preventing and treating post-dural puncture headache. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, issue 2.
9. Sechzer PH. Post-spinal anaesthesia headache treated with caffeine. Evaluation with demand method Part2. Curr Ther Res 1979; 26: 440-8.
10. Sechzer PH, Abell. Post-spinal anaesthesia headache treated with caffeine. Evaluation with demand method part1. Curr Ther Res 1978; 24: 307-12.
11. DDAVP, a synthetic analogue of vasopressin in prevention of headache after lumbar puncture and lumbar pneumoencephalography. Acta Neurol Scand 1997; 60: 183-8.

12. Connelly NR, Parker RK, Rahimi A, Gibson CS. Sumatriptan in patients with post-dural puncture headache. *Headache* 2000; 40: 316-9.
13. Bart AJ, Wheeler AS. Comparison of epidural saline placement in the treatment of postlumbar puncture headache. *Anesthesiology* 1978; 48: 221-3. Hansen PE, Hansen JH.
14. Ostheimer GW, Palhaniuk RJ, Shnider SM. Epidural blood patch for post-lumbar puncture headache. *Anesthesiology* 1974; 41: 307-8.
15. Crawford JS. Experience with epidural blood patch. *Anaesthesia* 1980; 61: 304-2.
16. Abouleish E, de la Vega S, Blendinger I, et al. Long-term follow-up of epidural blood patch. *Anesthesia and Analgesia* 1975; 54: 459-63