Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования "Красноярский государственный
медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-
Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра нервных болезней с курсом ПО

Реферат на тему:

«Нормотензивная гидроцефалия»

Выполнил:
Ординатор 2ого
года обучения
Абдуллаев М.Б.

Красноярск
2022

Введение

Гидроцефалия нормального давления (G91.2 Гидроцефалия нормального давления) или нормотензивная гидроцефалия (НТГ) характеризуется медленным расширением желудочковой системы на фоне формально нормального внутричерепного давления и постепенным развитием клинической триады: нарушение походки, деменция, недержание мочи.

Следует помнить, что полная триада встречается лишь 1/3 случаев. У остальных пациентов встречается комбинирование двух симптомов из триады. Есть упоминания о проявлении НТГ единственным симптомом - нарушением походки.

Этиология

НТГ у взрослых может быть вызвана разными причинами: субарахноидальным и внутрижелудочковым кровоизлиянием, черепно-мозговой травмой, воспалительным процессом (менингитом), перинатальным поражением головного мозга и мозговых оболочек, объемными интракраниальными образованиями (опухоли, аневризмы мозговых сосудов), аномалиями развития мозга (самая частая – атрезия сильвиева водопровода), перенесенными операциями на головном мозге и в других ситуациях, создающих механические препятствия нормальной циркуляции ЦСЖ. Однако примерно в 30-50% случаев в анамнезе у пациентов с НТГ отсутствуют указания на какую-либо причину, в этой ситуации правомочным становится диагноз “идиопатической нормотензивной гидроцефалии взрослых”.

Эпидемиология

Распространенность НТГ достаточно велика. По данным стран, имеющих государственный регистр гидроцефалии, распространенность НТГ составляет 20-22 человека на 100000 населения, что сопоставимо с распространенностью глиальных опухолей головного мозга и превышает распространенность аневризм головного мозга. По данным разных авторов, НТГ выявляется у 6-10% больных с деменцией. Вариабельность частоты связана с различными

диагностическими критериями деменции.

Однако, необходимо помнить, что классическая картина, описанная в 1965 году, наблюдается только у 32-48% пациентов [8, 12]. Нередко выявляются только два симптома, обычно, нарушение походки и деменция (30%). Реже встречаются единичные симптомы, и, как правило, это только ухудшение походки (около 10%). Следует знать, что такая "общеизвестная классическая картина гидроцефалии", как головная боль, тошнота, рвота, нарушение зрения при НТГ вообще не встречается.

Клиническая картина

Наиболее часто встречающимся элементом триады (около 90%) является нарушение походки (R26 Нарушения походки и подвижности). Для больных характерна шаркающая походка на широко расставленных ногах, уменьшение высоты и длины шага, снижение ритма и скорости движения, уменьшение покачивания туловища, "заносы", инертность при поворотах. Такую походку можно охарактеризовать как "магнитная", "шаркающая", "короткий шаг", "приклеивающиеся ноги". Мышечный тонус в ногах, как правило, повышен по пирамидному типу. Нарушения походки, вероятно, обусловлены расширением боковых желудочков головного мозга, преимущественно передних рогов, растяжением пирамидного тракта, разобщением базальных ядер с лобными отделами, дисфункцией лобной коры и нарушением сенсомоторной интеграции. При идиопатической НТГ имеется зависимость между наличием артериальной гипертензии и выраженностью клинической симптоматики, особенно нарушениями ходьбы.

Когнитивные нарушения возникают у подавляющего числа больных в начале заболевания. Эти расстройства проявляются снижением памяти, замедлением скорости психических процессов и психомоторных реакций, снижением способности использовать приобретенные знания, апатией, что связано с дисфункцией передних отделов головного мозга и характерно для так называемой субкортикальной деменции. Лобный характер когнитивных расстройств при НТГ может быть обусловлен преимущественным расширением передних рогов боковых желудочков, сопровождающимся

более значительной дисфункцией глубинных отделов лобных долей и передних отделов мозолистого тела. Когнитивные нарушения чаще не являются основным симптомом. На ранних стадиях гнозис и другие корковые функции, как правило, не нарушены.

Уже на ранних стадиях НТГ при активном, целенаправленном расспросе удастся выявить жалобы больных на учащенное мочеиспускание и никтурию. В дальнейшем присоединяются императивные позывы и недержание мочи. Больные перестают осознавать позывы к мочеиспусканию и индифферентно относятся к факту непроизвольного мочеиспускания, что характерно для лобного типа тазовых расстройств.

При неврологическом осмотре помимо триады Хакима-Адамса у больных с НТГ может отмечаться постуральный тремор, своеобразный акинетико-ригидный синдром, характеризующийся феноменом “замерзания” (англ. – “freezing phenomenon”) [24], отсутствием ахейрокинеза [12], паратоническая ригидность в аксиальных мышцах и в мышцах конечностей, псевдобульбарный синдром, хватательный рефлекс.

Диагностика

МРТ ГМ: Баллонообразное расширение передних рогов боковых желудочков до 30% и более от диаметра черепа. При данной патологии особенно значительно расширены III желудочек, височные и фронтальные рога боковых желудочков, что приводит к появлению характерной формы желудочковой системы в виде “бабочки” на аксиальных срезах. Обнаружение мелких ишемических очагов или лейкоареоза не противоречит диагнозу НТГ, так как возможно сочетание НТГ и цереброваскулярной недостаточности. Признаки микроангиопатического цереброваскулярного заболевания коррелируют с худшим исходом шунтирования. Уменьшение угла мозолистого тела.

Проведение люмбальной пункции с отведением от 30 до 50 мл СМЖ может выступать в качестве диагностической пробы. Улучшение ходьбы, регресс недержания мочи и когнитивных нарушений после отведения СМЖ подтверждают диагноз, однако улучшение может стать очевидным лишь

спустя несколько часов. Дополнительная СМЖ может вытечь после проведения пункции, иногда способствуя неврологическому улучшению.

Лечение

Лечением выбора являются шунтирующие операции с наложением вентрикулоперитонеального и люмбоперитонеального шунтов. При правильном подборе больных положительный эффект достигает 60%. Наиболее вероятен положительный эффект шунтирования в тех случаях, когда клиническая картина НТГ развивается в течение первых месяцев после субарахноидального кровоизлияния, менингита или черепно-мозговой травмы, имеется улучшение после выведения большого количества ЦСЖ при люмбальной пункции, а по данным нейрорадиологического исследования выявляется выраженный вентрикулярный ликвороотток (пульсация). У части больных, у которых не отмечалось улучшения после люмбальной пункции, операция шунтирования также может быть эффективной.