



CALL-FLEMING SINDROMINING DIAGNOSTIK MEZONLARI

<https://doi.org/10.5281/zenodo.10593821>

Abdukadirova D.T

dotsent, t.f.n

Andijon Davlat Tibbiyot Instituti

Neurologiya kafedrası

O'zbekiston Respublikasi , Andijon sh.

Abdukadirov U.T

dotsent, t.f.n

Andijon Davlat Tibbiyot Instituti

Neurologiya kafedrası

O'zbekiston Respublikasi , Andijon sh.

Hamidov Sh

magistratura talabasi

Andijon Davlat Tibbiyot Institut

Neurologiya kafedrası

O'zbekiston Respublikasi , Andijon sh.

ANNOTATSIYA

Ushbu tadqiqot ishi Call-Fleming sindromining zamonaviy, samarador diagnostik mezonlari ni ishlab chiqish, bunda neyrovizual tekshiruv usullarining ahamiyati, uning qiyosiy tashxisi, qo'zg'atuvchi omillarning ahamiyati va ba'zi preparatlarning davolashdagi samaralari haqida so'z yuritadi.

Kalit so'zlar

Call-Fleming sindromi, momaqaldiroqsimon bosh og'riq

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ СИНДРОМА КАЛЛА-ФЛЕМИНГА

Абдукадирова Д.Т

доцент,

к.м.н кафедра неврологии

Андижанский Государственный медицинский институт

Республика Узбекистан, г. Андижан

Абдукадилов У.Т

доцент,

к.м.н кафедра неврологии

Андижанский Государственный медицинский институт



Республика Узбекистан, г. Андижан

Хамидов Ш.

студент магистратуры

кафедра неврологии

Андижанский Государственный медицинский институт

Республика Узбекистан, г. Андижан

АННОТАЦИЯ

Данная научно-исследовательская работа посвящена разработке современных, эффективных критериев диагностики синдрома Колла-Флеминга, значению методов нейровизуального обследования, его сравнительной диагностики, значению провоцирующих факторов и эффективности некоторых препаратов в лечении.

Ключевые слова

синдром Колла-Флеминга, грозовая головная боль.

Abdukadirova D.T

assistant professor, Ph.D

Andijan State Medical Institute

Department of Neurology

Republic of Uzbekistan, Andijan

Abdukadirov U.T

associate professor, Ph.D

Andijan State Medical Institute

Department of Neurology

Republic of Uzbekistan, Andijan

Khamidov Sh

graduate student

Andijan State Medical Institute

Department of Neurology

Republic of Uzbekistan, Andijan

ABSTRACT

This research work is about the development of modern, effective diagnostic criteria of Call-Fleming syndrome, the importance of neuroimaging methods, its comparative diagnosis, the importance of provoking factors and the effectiveness of some drugs in treatment.

Key words

Call-Fleming syndrome, thunderclap headache

Kirish. Bosh og'rig'i muammosi hamon zamonaviy nevrologiyaning dolzarb muammolaridan biri bo'lib qolmoqda. Bugungi kunda birlamchi bosh og'rig'i muammosi butun dunyo bo'ylab ko'plab olimlar tomonidan o'rganilib kelinmoqda. Ammo davom etayotgan tadqiqotlarga qaramay, bu sohada hali ham javoblari mavhumligicha qolayotgan bir qancha savollar mavjud. Shunday bosh og'rig'i bilan bog'liq muammolardan biri bu -Call-Fleming sindromidir [1, 2].

Call-Fleming sindromining klinik ko'rinishlariga quyidagilar kiradi: kuchli bosh og'rig'i, vaqti-vaqti bilan fokal yoki umumiy miya simptomlari, konvulsiv paroksizmlar. Call-Fleming sindromining hamisha topiladigan belgisi bu neyrovizual tekshiruv usullarida ko'rinadigan miya arteriyalarining ko'p segmentar spazmi bo'lib, bu belgi 3 oy ichida o'z-o'zidan yo'qolib ketadi (Ducros, 2013) [3, 5, 8]. Call-Fleming sindromining klinik va neyrovizual belgilari 10 yildan ko'proq vaqt oldin adabiyotlarga kiritilganligiga qaramasdan bu sindrom radiologiya mutaxassislari tomonidan juda ham kamdan-kam hollarda tashxislanadi.

Epidemiologik ma'lumotlarga ko'ra kasallik turli xil populyatsiyalarda keng tarqalgan. Ko'pincha Osiyo populyatsiyalarida, jumladan, xitoyliklar orasida eng ko'p uchraydi [6]. Kasallik ayollarda erkaklarga qaraganda ko'proq kuzatilib, uchrash nisbati 2:1 dan 10:1 gacha [7]. Ba'zi mualliflarning ma'lumotlarida neyrotrofik omil polimorfizmi bilan bog'liq bo'lgan Call-Fleming sindromining rivojlanishida aniqlangan genetik moyillik masalalari muhokama qilinadi, nuqtali mutatsiya Val66Met - vazokonstriksiya rivojlanishidagi ba'zi klinik xususiyatlarni tushuntirib beradi [7].

Birlamchi Call-Flemingsindromi (40%) idiopatik sindrom bo'lib, bosh miya yoki somatik patologiyalar, jarrohlik aralashuvlari yoki vazoaktiv moddalarni qo'llash bilan bog'liq emas. Biroq anamnezni sinchkovlik bilan o'rganish davomida bemorlarning 80% da kasallik rivojlanishiga turtki bo'ladigan bir qancha holatlar aniqlanadi: kuchli jismoniy/jinsiy faoliyat, sezilarli hissiy stress, yo'tal, defekatsiya, issiq va sovuq kabi termal ta'sirlar.

Ikkilamchi Call-Fleming sindromi (simptomatik) gormonal disbalans, erta tug'ruqdan keyingi davrning angiopatiyasi, o'smalar (feoxromositoma, bronxial karsinoma), giperqlikemiya, porfiriya, boshning shikastlanishi, ekstrakranial va intrakranial tomirlarning patologiyasi, shu jumladan serebral arteriya disseksiyasi va spirtli ichimliklarni haddan tashqari ko'p iste'mol qilishdan keyin yuzaga keluvchi karaxtlik sindromi tufayli yuzaga kelishiga oid ko'plab ma'lumotlar mavjud [6, 7].

Giyohvand moddalarni qabul qilish natijasida kelib chiquvchi Call-Fleming sindromi yuzaga kelishida quyidagilardan qay birining foydalanilishi bilan



bog'liqligiga ko'ra farqlanadi: vazoaktiv moddalar, nasha, kokain, amfetamin, lisergik kislota dietilamidi, serotonin qayta so'rib olinishi selektiv ingibitorlari, noradrenalin, simpatomimetiklar(burun spreyi), immunosupressantlar, sitostatiklar, triptanlar, vazn yo'qotishda foydalaniladigan mahsulotlar, ergot alkaloidlari, jenshen va nikotinli plasterlarni qo'llash [1].

Tadqiqot maqsadi: Call-Fleming sindromining diagnostik mezonlarini o'rganish.

Materiallar va usullar: Tadqiqot davomida biz 18-65 yoshdagi 13 bemorni kuzatdik, ulardan 10 tasi o'rtacha yoshi 37.8 ± 10.9 yosh bo'lgan ayollar, 3tasi o'rtacha yoshi 34.2 ± 9.2 yosh bo'lgan erkaklardir. Call-Fleming sindromi tashxisi diagnostik mezonlarga muvofiq amalga oshirildi. Bunda MR angiografiya yoki KT angiografiyasi paytida "tasbeh" yoki "munchoq" ko'rinishidagi miya arteriyalarining segmental vazokonstriksiyasi mavjudligi(vazokonstriksiya belgilarining yo'qolishi 12 hafta ichida sodir bo'ladi), xarakterli bosh og'rig'i fonida ekanligi (to'satdan, momaqaldiraqsimon), momaqaldiraqsimon bosh og'rig'i bilan kechuvchi subaraxnoid qon ketish yo'qligigaga bosh va orqa miya suyuqligining tahlili normada ekanligini tekshirish orqali ishonch hosil qilish bilan tashxis qo'yildi.

Barcha bemorlar klinik va nevrologik tekshiruvdan o'tkazildi, qon bosimi tekshirildi, EKG, klinik tahlil, muntazam biokimyoviy qon testlari, 3 bemorda anevrizmal subaraxnoid qon ketishini istisno qilish uchun lumbar punksiya o'tkazildi. Barcha tekshiriluvchilar 15 dan 35 kungacha miyaning MRT/KT, MR angiografiya, KT angiografiyasidan o'tkazildi, 5 nafar bemorda magnit-rezonans venografiyasi o'tkazildi, bu xuddi shunday klinik ko'rinishga ega venoz patologiyani istisno qilishga imkon berdi.

Natijalar va uning muhokamasi. Birlamchi Call-Fleming sindromi tekshiriluvchilarning 37,8% da aniqlangan, tekshirilgan bemorlarda qo'zg'atuvchi omillar, xususan, jismoniy va jinsiy faoliyatdan so'ng, psixologik stressdan va saunaga borishdan keyin klinik belgilarning paydo bo'lganligi aniqlangan.

Ikkilamchi Call-Fleming sindromi rivojlanishini qo'zg'atadigan eng keng tarqalgan dorilar simpatomimetiklar (burun spreyi), ayollarda - gormonal terapiyada qo'llaniluvchi dorilar (og'iz orqali kontratseptivlar), serotonin qayta so'rib olinishi selektiv ingibitorlari (paroksetin va boshqalar) bo'lib, ular 62.3% hollarda trigger omil ekanligi aniqlangan. Ayollarning 2% dagina bunday trigger omillar aniqlanmagan.

Call-Fleming sindromining klinik ko'rinishida xarakterli belgi bu bosh og'rig'i bo'lib, u tekshirilgan barcha bemorlarda kuzatildi. Ko'pgina bemorlar to'satdan paydo bo'luvchi, kuchli va tez o'sib boruvchi, ko'pincha ikki tomonlama - oksipital sohadan diffuz tarqalishi bilan ifodalangan momaqaldiraqsimon bosh og'rig'iga



shikoyat qilishgan. Ammo 17% ayollar sefalgiyaning bir tomonlama ekanligini qayd etgan. Barcha bemorlarda kasallikning boshlanishi momaqaldiroqsimon bosh og'rig'i (1-3 daqiqa ichida eng yuqori cho'qqiga chiquvchi og'riq), kuchli intensivlik (vizual analog shkala - VASh bo'yicha 7-9,5 ballgacha), bosh og'rig'ining davomiyligi 1-3 soatgacha davom etishi qayd etilgan. Kuchli bosh og'rig'ining takroriy epizodlari ham barcha bemorlarda kuzatilgan, oyiga o'rtacha 4 tagacha epizod, takroriy epizodlar odatda 6-7 kundan keyin rivojlandi, kuchli bosh og'rig'ining cho'qqilari orasida o'rtacha og'riq saqlanib qoldi. Kamroq kuchli bosh og'rig'i davri $6,5 \pm 4,8$ kun (1-24 kun). Bosh og'rig'i tekshirilganlarning 35,9%da ko'ngil aynishi, qusish, 39,1% da bosh aylanishi, 17,2%da qo'zg'alish, 26,6%da fonofobiya, 25,8%da fotofobiya, 4,7%da yig'lash bilan birga kelgan.

Bemorlarning aksariyati gipotenziv/normotenziv bo'lishiga qaramaymomaqaldiroqsimon bosh og'rig'i bilan qon bosimi ko'tarildi: sistolik arterial bosim 130-150 gacha, diastolik arterial bosim 85-90 mm Hg ustunigacha. Bir qator mualliflar Call-Fleming sindromi bilan kasallangan bemorlarning 8-43% da 1 daqiqadan 4 soatgacha davom etadigan vaqtinchalik fokal nevrologik simptomlarning paydo bo'lishini ko'rsatadilar. Bizning tadqiqotimizda 3 soatdan ortiq davom etmaydigan nevrologik nuqson kuzatildi: 13,1% odamlarda ko'rish buzilishi, 9,4% da hissiy buzilishlar. Adabiyotlarda bemorlarning 1-17%da bosh og'rig'ining boshlanishida paydo bo'ladigan bir martalik konvulsiv paroksizmlar ehtimolini ko'rsatiladi. Biz tekshirgan bemorlarda bunday talvasalar bo'lmadi. Kuzatuvlarimizda vizual buzilishlar va hissiy buzilishlar ko'rinishidagi fokal simptomlar 3 daqiqadan 1 soatgacha bo'lgan oraliqda o'z holiga qaytdi. Differentsial tashxis birinchi navbatda o'tkir serebrovaskulyar gemorragik patologiya hisoblangan subaraxnoid qon ketishga, shu bilan birgalikda ishemik tomir patologiyasi, amiloid angiopatiya, miya yarim sharlari tomirlari trombozi, miya angiiti, migren bilan o'tkazildi.

Neyrovizual tekshiruv natijalari. Call-Fleming sindromining o'tkir davrida miyaning MRT tekshiruvida bemorlarning aksariyatida hech qanday patologiya aniqlanmadi. Miyaning MRT tekshiruvi T1-, T2-, T2-Flair rejimlarida amalga oshirildi. Magnit-rezonans venografiya 104 bemorda o'tkazildi (80%).

Call-Fleming sindromi asoratlari erta va kechkiga bo'linadi. Kuzatishlarimizda 4 nafar bemorda Call-Fleming sindromining murakkab kechishi aniqlangan: 4-kuni paydo bo'lgan o'ng chakka bo'lagining chuqur qismlarida intraserebral gematoma (28 yoshli ayol, bosh og'rig'i xuruji jinsiy aloqa bilan qo'zg'atilgan); 44 yoshli erkakda burun spreyi qo'llash natijasida 3-kuni sodir bo'lgan noanevrizmal subaraxnoid qon ketish; 36 yoshli ayolda saunaga tashrif buyurganidan keyin kuchli bosh og'rig'i paydo bo'lgan; 27 yoshli ayolda ishemik insult vaqtida amalga



oshirilgan trombolitik terapiyadan so'ng gemorragik o'zgarishlar natijasida Call-Fleming sindromiga xos bo'lgan bosh og'rig'ining rivojlanishi sodir bo'lgan.

Magnit rezonans angiografiya ushbu guruhbemorlar uchun majburiy tekshiruv amaliyotihisoblanadi. Magnit rezonans angiografiya ma'lumotlari Call-Fleming sindromining zaruriy belgilarini aniqlashga imkon beradi. Ko'pincha intrakranial arteriyalarning distal qismlarida ko'plab, asosan ikki tomonlama, "tasbeh" yoki "munchoq" ko'rinishidagi segmentar torayishlar ko'rinadi. Shuni ta'kidlash kerakki, bemorlarning 26,1%da qon tomirlarining neyrovizual tekshiruvi kuchli bosh og'rig'i boshlanganidan boshlab dastlabki uch kun ichida o'tkazilganda MR angiografiyada o'ziga xos o'zgarishlar aniqlanmadi. Ammo kuchli bosh og'rig'i epizodining boshlanishidan 3-4 hafta o'tgachqayta tekshiruvdan so'ngtomirlarda xarakterli o'zgarishlar ko'rildi, bu esa Call-Fleming sindromi tashxisini tasdiqlash imkonini berdi. MR angiografiyada qon tomirlardagi o'zgarishlar klinik belgilar boshlanganidan 15 kun o'tgach yaqqol namoyon bo'ladi. Hozirgi vaqtda intrakranial arteriyalarning turli xil shikastlanishlarining differentsial diagnostik usullari taklif qilingan bo'lib, kontrastning to'g'ridan-to'g'ri qon tomir devorida to'planishini vizualizatsiya qilish asosida aniqlash shular jumlasidandir. Ammo ushbu tadqiqot doirasida braxiosefalik arteriyalar devorini kontrastli o'rganish hali amalga oshirilmagan. Adabiyotga ko'ra, dupleks skanerlashni CVV ni tasdiqlashning o'ziga xos usuli sifatida tavsiya qilish mumkin emas. Buning sababi serebrovaskulyar patologiyani tashxislashning ushbu invaziv bo'lmagan va keng tarqalgan usuli vazospazm sohalarining intrakranial lokalizatsiyasi, arteriyalarning kichik kalibrlari va vazospazmning qisqa joylariga nisbatan past sezuvchanligi bilan bog'liq bo'lishi mumkin. All-Fleming sindromini davolashda, birinchi navbatda, qo'zg'atuvchi omillarni (jismoniy / jinsiy faoliyatni cheklash, qo'zg'atuvchi omillarni va ularning kombinatsiyasini yo'q qilish, vazoaktiv dorilarni qabul qilishni to'xtatish va buyurmaslik) bartaraf qilish tavsiya etiladi. Call-Fleming sindromi bilan og'rigan bemorlarni davolashda asosiy vazifa vazospazmga qarshi kurashishdir, chunki bizning tadqiqotimizdagi bemorlarda antisefalgik dorilarni qabul qilishdan hech qanday o'zgarish kuzatilmagan. Call-Fleming sindromini davolash nuqtai nazaridan adabiyotda arterial spazmni kamaytirish uchun magniy sulfatdan foydalanish imkoniyati muhokama qilinadi. Davolashning munozarali varianti bu - glyukokortikoidlarning qisqa kursidan foydalanishdir. Chunki gormonal terapiya prognozni yomonlashtirishi mumkin, shuning uchun bunday terapiyadan qochish kerak. Kalsiy kanal blokatorlaridan nimodipinni qo'llash samarali hisoblanadi. Biz ushbu preparatni barcha bemorlarda qo'llaganmiz. Biroq kuzatilgan bemorlarning aksariyati gipotenziv bo'lganligi sababli, terapiya qon bosimini doimiy nazorati ostida nimodipin dozasi sozlashni talab qildi. Terapiya davomida ijobiy klinik natija kuzatildi.



Ko'pchilik bemorlarda 2-3 kunlarda bosh og'rig'i regressiyasining ijobiy dinamikasi kuzatildi. Nimodipinni qabul qilish kursini tugatgandan so'ng, MR angiografiya ma'lumotlari vaqt o'tishi bilan baholandi. Vazokonstriksiyaning neyrovizual belgilarining regressiyasi 3 oydan keyin MR angiografiya tekshiruv natijalari bilan tasdiqlandi.

Shunday qilib, Call-Fleming sindromi bilan og'rigan bemorlarga nimodipinni qo'llash nafaqat klinik, balki neyrovizual tekshiruv ma'lumotlarida ham ijobiy o'zgarishlarni ko'rsatdi.

Xulosa. Call-Fleming sindromi radiologiya mutaxassislari tomonidan juda kamdan-kam hollarda tashxis qilinadi. Call-Fleming sindromi tashxisini aniqlash va tasdiqlash bilan ushbu tadqiqot 18-65 yosh oraliq'idagilar kasallikka chalinishi mumkinligini va bular orasida ayollarning ulushi ustunligi (75,8%) aniqladi. Tashxis qo'yishda momaqaldiroqsimon bosh og'rig'ining boshlangan vaqtini aniqlash va mavjud bo'lgan ehtimoliy qo'zg'atuvchi omillarni aniqlash katta ahamiyatga ega. Shubilan bir qatorda, zaruriy neyrovizual tekshiruvlar ham muhim bo'lib, kasallik boshlanganidan 3-4 hafta ichida MR angiografiyada arteriyalarning ko'pgina, ikki tomonlama segmental torayishi belgilari ("tasbeh", "munchoq") aniqlanadi. O'tkir davrda Call-Fleming sindromiga shubha qilingan bemorlar chuqur neyrovizual tekshiruvlardan o'tishlari kerak: miyaning MRT, MR venografiyasi va agar kerak bo'lsa, travmatik, yuqumli, o'tkir miya tomirlari patologiyasi va bosh og'rig'ining boshqa sabablarini istisno qilish uchun lumbar punksiya. Magnit-rezonans angiografiya natijalari segmental vazospazmni aniqlab berish orqali arterial vazokonstriksiyaning og'ir oqibatlarini oldini olishga, ijobiy klinik ta'sirga va vazospazm belgilarining regressiyasiga yordam beradigan kalsiy kanal blokatorlarini o'z vaqtida buyurishga imkon beradi. Bu dinamik MR angiografiya tekshiruvlari bilan tasdiqlangan ma'lumot.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR:

1. Call G.K., Fleming M.C. et al. Reversible cerebral segmental vasoconstriction // *Stroke*. 1988. Vol. 19. P. 1159-1170.
2. Dodick D.W., Brown R.D.Jr, Britton J.W., Huston J. Nonaneurysmal thunderclap headache with diffuse, multifocal, segmental, and reversible vasospasm // *Cephalalgia*. 1999. Vol. 19. P. 118-123.
3. Ducros A., Boukobza M., Porcher R. et al. The clinical and radiological spectrum of reversible cerebral vasoconstriction syndrome. A prospective series of 67 patients // *Brain*. 2007. Vol. 130. P. 3091-3101.



4. Calabrese L.H., Dodick D.W., Schwedt T.J., Singhal A.B. Narrative review: reversible cerebral vasoconstriction syndromes // *Ann. Intern. Med.* 2007. Vol. 146. P. 34–44.

5. Ducros A. Reversible cerebral vasoconstriction syndrome: distinction from CNS vasculitis // *Presse Med.* 2013. Vol. 42. P. 602–604.

6. Сергеев А.В., Осипова В.В., Табеева Г.Р. Синдром обратимой церебральной вазоконстрикции // *Неврологический журнал.* 2012. № 3. С. 4–11.

7. Toshkenov E. , Rahimbaeva G. S., Abdukadirova D.T.. Reversible cerebral vasoconstrictive syndrome and differential diagnostics of migraine. «Nevrology and neurological disorders» июль 12-13 2018 г., Париж, Франция.

8. Singhal A.B., Hajj-Ali R.A., Topcuoglu M.A. et al. Reversible cerebral vasoconstriction syndrome: analysis of 139 of cases // *Arch. Neurol.* 2011. Vol. 68. P. 1005–1012.