

Обратимый церебральный вазоконстрикторный синдром: клиническая картина, дифференциальная диагностика, подходы к лечению

Научно-практическая конференция «Возможности и достижения современной фармакотерапии в практике невролога», проходившая 14-15 марта 2019 г. в Харькове, была посвящена инновационным методам диагностики, лечения и профилактики патологий нервной системы, а именно сосудистых, инфекционных, нейродегенеративных и наследственных заболеваний. На заседании «Сосудистые заболевания головного мозга» был представлен доклад заведующей кафедрой неврологии, психиатрии, рефлекс- и мануальной терапии, лечебной физкультуры и спортивной медицины Киевского медицинского университета, доктора медицинских наук Оксаны Олеговны Копчак на тему «Церебральный обратимый вазоконстрикторный синдром: особенности клинического течения и диагностики». Предлагаем вашему вниманию обзор этого доклада.



О.О. Копчак

Обратимый церебральный вазоконстрикторный синдром (ОЦВС) — клинический и радиологически верифицируемый синдром, основными характеристиками которого являются острое начало с выраженной головной болью (ГБ), сегментарная вазоконстрикция церебральных артерий, регрессия в течение трех месяцев. ОЦВС обуславливает появление значительной внезапной ГБ, которая имеет много общего с таковой при субарахноидальном кровоизлиянии (САК), что часто становится причиной диагностических ошибок. Основные осложнения данного состояния — ишемические и геморрагические инсульты. ОЦВС чаще всего встречается у женщин в возрасте 20-50 лет (в среднем — 42-45 лет).

По провоцирующим факторам ОЦВС разделяется на спонтанный и вторичный. Он может быть вызван длительным приемом симпатомиметических, серотонинергических препаратов, селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, амфетаминов. Также данный

синдром нередко возникает в постродовой период, при наличии феохромоцитомы, тромбоцитопенической пурпуры, антифосфолипидного синдрома, травмы шеи, диссекции каротидных артерий и т.д.

Причиной развития ОЦВС является нарушение сосудистого тонуса, которое способно привести к вазоконстрикции, что подтверждается отсутствием у таких пациентов гистологических изменений в виде васкулита вокруг сосудов головного мозга. Нарушение тонуса сосудов мозга может быть спровоцировано гиперактивностью симпатической нервной системы, развитием эндотелиальной дисфункции и оксидативным стрессом. Есть данные о влиянии на тонус сосудов гормональных и биохимических факторов, таких как эстроген, эндотелин-1, серотонин, оксид азота, простагландин, плацентарный фактор роста.

Докладчица подчеркнула, что важную роль играют генетические факторы, влияющие на склонность к ОЦВС

и тяжесть его клинического течения. Выявлена взаимосвязь между специфическим генетическим полиморфизмом (Val66Met) в гене мозгового нейротрофического фактора, отвечающего за выживание нейронов, нейрогенез и синаптическую пластичность, у пациентов, страдающих ОЦВС с выраженной вазоконстрикцией.

ГБ при ОЦВС может сопровождаться плачем, возбуждением, спутанностью сознания, коллапсом из-за нестерпимого, истощающего характера боли, тошнотой, рвотой, фото- и фонофобией, повышением артериального давления (АД). В отличие от ОЦВС, ГБ, связанная с разрывом аневризмы, длится 1-3 часа.

Объем обследований, необходимый при подозрении на ОЦВС, включает сбор анамнеза (стресс, наличие тревожного или депрессивного нарушения, мигрени в анамнезе). Также проводят лабораторные исследования: у пациентов с ОЦВС показатели общеклинического анализа крови, печеночных и почечных проб чаще всего находятся в норме. Могут наблюдаться транзиторные воспалительные изменения показателей крови в случае сопутствующих или предшествующих заболеваний. Для исключения коморбидных состояний и интоксикаций необходимо выполнить тесты на определение ревматоидного фактора, антимононуклеарных и антинейтрофильных цитоплазматических антител, ванилилминдальной кислоты, токсикологические тесты. При проведении

люмбальной пункции стоит учитывать, что ОЦВС может сопровождаться серозным менингитом и САК.

Кроме того, важными являются дуплексное сканирование экстракраниальных (шейных) артерий для исключения диссекции сонных артерий и транскраниальная доплерография для выявления церебральной вазоконстрикции. При этом максимальная усредненная по времени скорость кровотока в средней мозговой артерии в первые дни остается в пределах нормы и начинает повышаться до максимальных показателей через три недели после начала клинических проявлений. Также целесообразно выполнять прямую либо непрямую церебральную ангиографию с характерными сегментами сужения и расширения сосудов в виде «нитки бус». О.О. Копчак подчеркнула, что следует помнить: доплерографические и ангиографические данные не всегда коррелируют между собой.

Об окончательном подтверждении ОЦВС можно говорить только при условии обратимой вазоконстрикции. Сроки 12 недель установлены как диагностический критерий, поскольку

Диагностические критерии достоверного и вероятного ОЦВС

- Выраженная острая, «подобная молнии», ГБ с/без фокального неврологического дефицита и судорог
- Монофазное течение без появления новых симптомов более месяца от начала клинического проявления
- Сегментарная вазоконстрикция сосудов мозга, выявленная с помощью непрямой катетерной ангиографии в режиме магнитно-резонансной (МРТ) / компьютерной томографии (КТ) или прямой
- Отсутствие данных о субарахноидальном кровоизлиянии

- Нормальные или приближенные к нормальным показатели ликвора (содержание белка <100 мг/дл, лейкоцитов <15/мм³)
- Полная или существенная нормализация тонуса артерий относительно первичных данных ангиографии через 12 недель после начала клинических проявлений
- Транзиторный фокальный неврологический дефицит чаще всего наблюдается в виде визуальных, сенсорных, речевых и двигательных нарушений

Диагностические критерии ГБ как проявления ОЦВС

- Острая выраженная ГБ с/без фокального неврологического дефицита и судорог; для уточнения диагноза требуется проведение ангиографии, позволяющей выявить изменения в виде «нитки бус»
- ГБ соответствует одному из ниже приведенных критериев:
 - имеет острое начало, обратимый характер в течение месяца, по локализации чаще всего двусторонняя

- или диффузная, хотя у части больных может быть в области затылка — спровоцирована сексуальной активностью, пробой Вальсальвы, эмоциональными переживаниями, принятием ванны либо душа, родами
- отсутствие другой значимой ГБ в течение месяца после начала проявлений
- отсутствие данных о САК

ТРИТТИКО XR 300 мг

Тразодону гідрохлорид 300мг

мультимодальний модулятор серотонінової системи¹

**НОВІ МОЖЛИВОСТІ
В ЛІКУВАННІ ДЕПРЕСІЇ²**

30 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, пролонгованої дії

Для перорального застосування

Одна таблетка містить тразодону гідрохлориду - 300 мг.

Гарна переносимість для лікування інфекцій, запобігання та лікування захворювань.

- Потужний антидепресивний ефект³⁻⁵
- Швидка відповідь на терапію²⁻⁴
- Високий відсоток досягнення ремісії^{5,6}
- Баланс ефективності й безпеки²
- Швидке повернення до повноцінного життя⁶

Стисла характеристика лікарського засобу Триттіко. Триттіко є похідним тразолопідину. Ефективним для лікування депресивних станів, в тому числі депресій, що поєднуються з тривогою й порушеннями сну, і відрізняється швидким початком дії. Триттіко стабілізує емоційний стан, покращує настрій, послаблює психічну залежність від алкоголю. На відміну від інших психотропних засобів Триттіко не протипоказаний при глаукомі й розладах з боку скочовидальної системи, не має екстрапірамідних ефектів і не потенціює адренергічну передачу. Не має антихолінергічної активності, тому не асоціюється з впливом на функцію серця. Триттіко є антидепресантом із седативними властивостями, що може призводити до сонливості упродовж перших днів прийому препарату. Іноді можуть виникати інші побічні реакції. Для більш детальної інформації ознайомтеся з інструкцією для медичного застосування. Виробник лікарського засобу: Азієнде Кіміке Ріуніте Анжеліні Франческо - А.К.Р.А.Ф. - С.п.А., Віа Веккіо Дел Пінокіо, 22 - 60100 Анкона (АН), Італія.

Р.П. МОЗ України для Триттіко XR 300мг № 1275 UA/15577/01/02 від 24.11.2016.

Інформація для лікарів (і фармацевтів) для використання в професійній діяльності.

1. Stahl S., University of California, San Diego, Debby Ann Morrisette Neuroscience Education Institute «Modulating the serotonin system in the treatment of major depressive disorder-ERRATUM». Article in CNS spectrums. — December 2014.

2. Sheehan D.V., Croft H.A., Gossen E.R. et al. Extended release Trazodone in Major Depressive Disorder: A Randomized, Double-blind, Placebo-controlled Study // Psychiatry (Edmont). — 2009. — 6. — 20-33.

3. Kasper S., Olivieri L., Di Loreto G., Dionisio P. A comparative, randomized, double-blind study of trazodone prolonged-release and paroxetine in the treatment of major depressive disorder // Current Medical Research and Opinion. — 2005. — V. 21. — P. 1139-1146.

4. Munizza C., Olivieri L., Di Loreto G. et al. A comparative, randomized, double-blind study of trazodone prolonged-release and sertraline in the treatment of major depressive disorder // Current Medical Research and Opinion. — 2006. — V. 22. — P. 1703-1713.

5. Eva Ceskova. Чешский опыт лечения депрессии тразодоном // МНЖ. — 2013. — № 7 (61). — С. 161-162.

6. Fagiolini A. et al. Rediscovering Trazodone for the treatment of major depressive disorder // CNS Drugs. — 2012. — 26. — 1033-1049.

Dileo FARMA

04119, м. Київ,
вул. Мельникова, 83-Д, оф. 404
тел.: (044) 538-01-26,
факс: (044) 538-01-27

ANGELINI

у пацієнтів с ОЦВС вазоконстрикція частинно або повністю регресує.

В разі церебральних очагових змін при ОЦВС зображення головного мозку у більшості пацієнтів виглядають нормально незважаючи на зміни на ангиограмі. МРТ також може бути нормальною в початку захворювання в 17% випадків геморагічних форм ОЦВС. Нейровізуалізаційні зміни бувають ознаками конвексального САК, внутримозгового кровоизливу (виникають в першу тиждень появи клінічних проявів), ділянками церебральної ішемії (діагностуються через два тижні після розвитку клінічних проявів і навіть після регресу ГБ) або ж вказувати на оборотний набуття мозку. Інфаркти мозку на МРТ частіше за все розташовані на границях кровопостачання каротидного і вертебробазиллярного басейнів. Ознаки конвексального САК (при ОЦВС частіше за все внаслідок розриву малих піальних судин) зазвичай спостерігаються в період першої тижня від початку клінічних проявів при нормальних первинних даних МРТ.

Лектор перерахувала критерії, які слід врахувати при диференціальній діагностиці САК, асоційованого з ОЦВС, і справжнього САК:

- наявність в анамнезі пацієнта хронічної ГБ, депресивного розладу, вживання антидепресантів;
- наявність вираженої, «подібної блискавки» ГБ, яка поступово регресує;
- невеликий за обсягом конвексальний САК;

- тривала мультифокальна білатеральна сегментарна вазоконстрикція і вазодилатація;

- наявність інфарктів в зоні сусіднього кровопостачання судинних басейнів;

- відсутність даних про розрив судинної мальформації.

О.О. Копчак підкреслила, що в разі неопределенності причин САК золотим стандартом діагностики вважається проведення ангиографії.

Серед ознак, які необхідно приймати до уваги при диференціальній діагностиці ОЦВС, — гострий початок, різка ГБ, зазвичай спровокована триггерами, нормальні дані МРТ у 23–66% пацієнтів, показники ліквору — у 88%. На ангиографії видно судини в вигляді «нитки бус» в 68% випадків, а в стані вазодилатації — в 5%. При первинній ангиї центральної нервової системи слід врахувати «подібну блискавку» ГБ тільки у 6% пацієнтів, а також супутні стани, які зазвичай включають інсульт, судом, енцефалопатію. У 100% хворих відзначаються патологічні зміни на МРТ, частіше за все ішемічного характеру, у 74% — значимі зміни в лікворі, менше за 10% — на ангиографії зміни судин в вигляді «нитки бус» або судин в стані вазодилатації. Вазоконстрикції нерегулярні і розташовані по периферії.

Крім того, доповідачка виклала основні принципи лікування ОЦВС, серед яких виявлення і усунення триггерів на момент лікування і уникнення їх в майбутньому; відпочинок і повний

покой без сексуальної і фізичної активності від кількох днів до кількох тижнів в залежності від клінічного перебігу. В лікуванні обов'язково призначаються антагоністи кальцію, також при необхідності слід застосовувати анальгетики, протисудорожні препарати, перевести пацієнта в палату інтенсивної терапії. В доповнення, важливим є контроль АД — при підвищенні використовуються рекомендації з протоколів по лікуванню ішемічного інсульту з поступовим і акуратним зниженням АД, також необхідно уникати гіпотензії. Для зниження тривоги призначають анксиолітики.

Одним з рекомендованих препаратів для лікування депресії є тразодон (Тритіко) з класу триазолоперидонів з унікальним комплексним дією. Крім антидепресивного, він надає анксиолітичний ефект, сприяє відновленню сну і зменшенню сексуальної дисфункції. Механізм дії препарату реалізується через вплив на серотонінові рецептори.

Переваги тразодона:

- відсутність побічних реакцій, властивих селективним інгібіторам оборотного захоплення серотоніну, таких як ГБ, тривога, сексуальні розлади, розлад сну;
- не протипоказаний при глаукомі, розладах з боку видільної системи; не має екстрапірамідних ефектів, не посилює адренергічну передачу;
- не впливає на функцію серця, так як не має антихолінергічної активності.

Препарат тразодон має властиві дозозалежні ефекти: в малих дозах (50–150 мг/добу) він надає снодійний і анксиолітичний, в високих (150–450 мг/добу) — антидепресивний ефект.

Підводячи підсумок доповіді, О.О. Копчак резюмувала, що ОЦВС — це проявлення транзиторного розладу регуляції судинного тону, що призводить до мультифокальної констрикції і дилатації артерій. ОЦВС маніфестує з вираженою, «подібної блискавки» ГБ, що триває від одного до трьох тижнів і супроводжується нудотою, блюотою, фотобоязню, розбитістю свідомості і розладами зору. Цей синдром може виникати спонтанно або бути викликаний прийомом деяких препаратів, емоційними навантаженнями, гормональними змінами і т.д.

При первинній постановці діагнозу необхідна диференціальна діагностика з артеріями. Частіше за все (в 86% випадків) ОЦВС завершується повним одужанням, однак в 2% (в основному у жінок) можливий летальний результат внаслідок ішемічного інсульту або внутримозгового кровоизливу. У 5% пацієнтів зустрічається повторне виникнення ОЦВС, можуть спостерігатися хронічні помірні ГБ і втоми.

На сьогоднішній день ОЦВС по-прежнему є маловивченим станом, яке часто залишається не діагностованим і потребує проведення подальших досліджень.

Підготувала **Юлія Бабкіна**



Media.med

ШАНОВНІ КОЛЕГИ!!!

Компанія "МЕДІАМЕД" - організатор конференцій, виставок, форумів та конгресів запрошує взяти участь у науково-практичних конференціях, що відбудуться восени 2019 року!

Усі заходи внесено в «Реєстр з'їздів, конгресів, симпозіумів та науково-практичних конференцій, що проводяться в 2019 році МОЗ і НАМН України»

**Науково-практична конференція з міжнародною участю
«ПОДІЛЬСЬКІ ДНІ ОНКОЛОГІЇ» СУЧАСНА ОНКОПРОКТОЛОГІЯ**

6 вересня м. Кам'янець-Подільський

Хмельницький обласний онкологічний диспансер
Українське науково-медичне товариство онкологів

Національний інститут раку

Департамент охорони здоров'я Хмельницької обласної державної адміністрації

**Науково-практична конференція з міжнародною участю
«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ КЛІНІЧНОЇ ІНФЕКТОЛОГІЇ. МЕДИЦИНА ПОДОРОЖЕЙ»
До 100 річчя з дня народження професора Сокол О.С.**

9 жовтня м. Київ

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

**Науково-практична конференція з міжнародною участю
«СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ»**

10-11 жовтня м. Київ

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця МОЗ України

**Науково-практична конференція з міжнародною участю
«ПСИХОСОМАТИЧНА МЕДИЦИНА: НАУКА І ПРАКТИКА»**

1 листопада м. Харків

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії

**Науково-практична конференція з міжнародною участю
«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ЗАГАЛЬНОЇ ТА НЕВІДКЛАДНОЇ ХІРУРГІЇ»**

14 листопада м. Київ

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України

Докладніше про програму науково-практичних конференцій, місце проведення та реєстрацію відвідувачів на офіційному сайті співорганізатора конференцій ТОВ «МЕДІАМЕД»

ВІДВІДУВАННЯ КОНФЕРЕНЦІЙ БЕЗКОШТОВНО

+38 097 632-03-63

E-mail: info@mediamed.com.ua

www.mediamed.com.ua



@mediamedconferences