

MEDICART

НЕВРОЛОГИЯ И ПСИХИАТРИЯ



Съдържание

- 3** Депресивни разстройства – терминология, диагностика и лечение
Хр. Кожухаров, Ж. Апостолов, Т. Радева
- 6** Duloxetine – нови терапевтични възможности при лечение на депресии
Г. Хранов
- 10** Имунитет, възпаление, депресия
Св. Георгиев
- 14** Сигурността в контекста на личностовите особености
Г. Попов
- 18** Социално-когнитивна биполарност при параноидна шизофрения
Е. Хараланова, С. Хараланов
- 25** Афективност и психомоторика при биполарно афективно разстройство
Св. Хараланов, П. Терзишванова, Е. Хараланова
- 34** Болест на Алцхаймер и профилактика на когнитивните нарушения
Ш. Мехрабян, М. Райчева, К. Стоянова, М. Петрова, Л. Трайков
- 42** Когнитивни нарушения при пациенти с множествена склероза
Т. Кунчев, М. Райчева, Ш. Мехрабян, Х. Крушков, Л. Трайков
- 46** Кортикобазална дегенерация или кортикобазален синдром – клинично предизвикателство
М. Петрова, Р. Мавров, К. Станчева, Л. Трайков
- 51** Вторична профилактика на исхемичните мозъчни инсулти с орални антикоагуланти – фокус върху ривароксабан
М. Димитрова, К. Генов
- 56** Неврологични прояви при болестта на Fabry. Представяне на клиничен случай и преглед на литературата
Т. Чамова, Д. Златарева, С. Черникова, М. Господинова, М. Райчева, Е. Паскалев, И. Търнев
- 65** Лечение на съдово обусловени вестибуларни нарушения с пирацетам
Д. Петрова
- 70** Някои чести усложнения на PEG системата при лечение с Duodora® интестинален гел
Е. Чорбаджиева, И. Миланов, Д. Георгиев, З. Захариева, Е. Стоименова

MEDICART НЕВРОЛОГИЯ и ПСИХИАТРИЯ

Научно медицинско издание
брой 6/2016 г.

Редакционен екип:

Проф. д-р Св. Хараланов
Проф. д-р Г. Попов
Доц. д-р Хр. Кожухаров
Д-р Г. Хранов

Чл.-кор. проф. д-р Л. Трайков
Акад. проф. д-р Ив. Миланов
Проф. д-р Ив. Търнев
Доц. д-р П. Колев

Издател:

„Медикарт Нова“ ООД
Анелия Димитрова
Ивета Ковачевска
Теодора Василева
Момчил Шопов

Коректор:

Даниела Славчева

Представената информация е съгласно чл. 7а ЗДЗДП.

Адрес:

София 1407,
бул. „Дж. Баучер“ 51

тел.:

0878 349 501
0878 943 501

e-mail:

medicart@abv.bg

facebook.com/medicartnova
www.medicart-bg.com

Предпечат: Борис Зл. Павлов

Печат: Алианс принт

ISSN 1312-9384

Отговорността за мненията и становищата е авторските, публикувани в сп. „Медикарт“, както и за достоверността на данните, посочени в тях, принадлежи на авторите им. Припечатване и възпроизвеждане на каквато и да е част от списанието е недопустимо без изрично писмено съгласие от издателя.

Лечение на съдово обусловени вестибуларни нарушения с пирацетам

Д. Петрова

Клиника по неврология, НМТБ „Цар Борис III“, София

Целта на настоящото проучване е сравнителна оценка на ефекта от лечението с пирацетам в комбинирано лечение с бета-хистин хидрохлорид при съдово обусловени вестибуларни нарушения. Изследвани са 50 пациенти с хронична вертебробазиларна недостатъчност и световъртеж от централен произход със съдова генеза на средната възраст $48,3 \pm 3,5$ г., разпределени в случаен ред в 2 групи: I група – 25 пациенти на терапия с 5-дневен инфузионен прием на пирацетам в доза от 3 г и последващо лечение с перорален прием на пирацетам в дневна доза 2×1200 mg и бета-хистин хидрохлорид 3×16 mg; II група – 25 пациенти само с перорален прием на пирацетам и бета-хистин хидрохлорид в същата дозировка. Контролни изследвания бяха проведени преди лечение, на 15-ия и 30-ия ден от лечението. Беше установено, че прилагането на лечение 5-дневен инфузионен прием на пирацетам в доза от 3 г и последващо лечение с перорален прием на пирацетам в дневна доза 2×1200 mg и бета-хистин хидрохлорид в дневна доза 3×16 mg ускорява възстановителния процес и още на 15-ия ден от лечението се наблюдава значително подобрение в състоянието на пациентите.

Чест елемент от клиничната характеристика на мозъчносъдовите заболявания е отоневрологичната симптоматика – от асимптомните исхемични мозъчни нарушения до по-леките и тежки форми на мозъчен инсулт. Световъртежът и/или замайването, съпроводени често с нарушено равновесие, шум в ушите, намаление или загуба на слуха, са основни симптоми на пациенти с отоневрологични заболявания, които в значителна степен ограничават качеството на живот и трудоспособността на пациентите.

В зависимост от структурите, които са засегнати, световъртежът може да бъде от периферен или централен произход.

Периферният световъртеж (vertigo) се появява при нарушения в периферните отдели на вестибуларния анализатор във вътрешното ухо или на вестибуларния нерв (позиционен доброкачествен световъртеж, вестибуларен невронит, лабиринтити, мениерова болест и др.), докато световъртежът от централен произход възниква при увреждане на централни вестибуларни структури (мозъчни ядра, проводни пътища и мозъчна кора) и много рядко се проявява из-

олирано. Често се съпътства с други неврологични симптоми и синдроми като нарушения в говора, двойно виждане, мускулна слабост, загуба на съзнание и др. (1).

Необходими са редица специализирани отоневрологични изследвания и снемане на неврологичен и отологичен статус на пациента за поставяне на точна диагноза, назначаване на адекватно лечение и превенция на ранните форми на мозъчносъдовите заболявания.

Световъртежът, нарушеното равновесие и шумът в ушите са сред първите, а често и единствени симптоми за нарушение в мозъчното кръвообращение. Най-честите причини за появата им са централни разстройства, артериалната хипертония и/или атеросклерозата. Възможна причина са и патологични промени в областта на шийния сегмент на гръбначния стълб (дискови хернии, спондилоартрози, остеохондроза, спондилолистеза или луксации на интервертебралните стави), водещи до хроничното дразнене на симпатиковите нервни сплетения около a. vertebralis и a. basilaris и нарушения в кръвоснабдяването на вътрешното ухо и на мозъчния ствол.

Основни средства, които се прилагат при лечение на острите и хроничните нарушения на слуховия и на вестибуларен анализатор със съдова етиология са комбинация от антивертижни, вазоактивни, ноотропни, антиагреганти, дехидратиращи и при нужда нестероидни противовъзпалителни средства (2). Редица проучвания през последните години показваха, че пирацетам (Piracetam) е ефективен както в лечението на когнитивни мозъчни дисфункции, така и при световъртеж от централен и периферен произход (3 – 5). Предполага се, че терапевтичният ефект на пирацетама при световъртеж се дължи на неговото повлияване на невротрансмитерните системи и подобряване на микроциркулацията и клетъчния метаболизъм (5 – 7). В двойно сляпо клинично изпитване с участието на 143 възрастни пациенти с хронично вертиго с централен или периферен произход приемът на 2,4 g пирацетам дневно за 8 седмици е бил свързан с намаляване честотата на пристъпите, съпоставени с увеличаване на епизодите при контролите. В междупристъпните периоди пирацетамът е имал благоприятен ефект върху равновесието и върху общото неразположение за разлика от плацебо според оценката на пациентите (5).

С доказано действие за оптимизиране на лабиринтното кръвообращение и потискане възбудимостта на вестибуларните ядра е бета-хистин хидрохлорид (beta-histidine hydrochloride), навременното лечение с който води до понижаване силата и честотата на пристъпите на световъртеж, намалява шума в ушите, забавя или спира загубата на слуха (8).

Целта на настоящото проучване е сравнителна оценка на ефекта от комбинирано лечение с пирацетам и бета-хистин хидрохлорид при съдово обусловени вестибуларни нарушения без и със прилагане на 5-дневен инфузионен прием на пирацетам в доза от 3 g.

Контингент и методика

Изследвани са 50 пациенти със хронична вертебробазиларна недостатъчност и световъртеж от централен произход със съдова генеза на средната възраст $48,3 \pm 3,5$ г., разпределени в случаен

ред в 2 групи в зависимост от приложената схема на лечение: I група – 25 пациенти (средна възраст $45,2 \pm 3,7$ г.) с перорален прием на пирацетам в доза 2×1200 mg и бета-хистин хидрохлорид – 3×16 mg, и II група – 25 пациенти (средна възраст $47,1 \pm 2,7$ г.) с 5-дневен инфузионен прием на пирацетам в доза от 3 g и последващо лечение с перорален прием на пирацетам – 2×1200 mg, и бета-хистин хидрохлорид – 3×16 mg. При пациентите със съпътстваща артериална хипертония се прилагаше съответно антихипертензивно лечение.

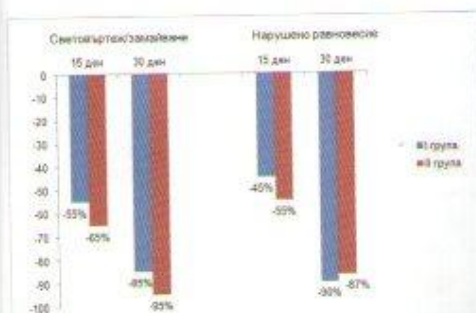
Контролни изследвания бяха проведени преди лечение, на 15-ия и 30-ия ден от лечението в Клиниката по неврология в НМТБ „Цар Борис III“ – София. Пациентите бяха включени в проучването след снемане на неврологичен и отоневрологичен статус, тонална аудиометрия (аудиометър Siemens CDS0) и специализирани изследвания на вестибуларната функция: спонтанни реакции (регистрация на спонтанен, латентен и позиционен нистагъм под очилата на Френцел – Бартелс), статокинетични проби (статично равновесие – стабилнография със и без зрителна обратна връзка), координационни проби (носопоказалечна и проба на Барани – статична и динамична), унтербергерограма, електронистамография и ротаторни провокации. При провокираните проби беше използван връщателен тест със специализиран ротаторен стол при подаване на ъглово ускорение $6^\circ/\text{сек}^2$, плато на въртене 30 сек и внезапен стоп стимул. Беше използвана визуална аналогова скала (ВАС) за оценка на субективните оплаквания от световъртеж и/или замайване и за нестабилно равновесие в скала от 0 до 10 (няма 0, най-силно 10), рангов коефициент на корелация на Спирман и точен критерий на Фишер (Fisher's exact test) за оценка междугруповите разлики с ниво на значимост $p < 0,05$ (Statistica 7,0, Stat Soft Inc., USA, 2004).

Резултати

Преди лечението световъртеж и/или замайване беше установено при 100% от изследваните пациенти, нарушено равновесие – при 65 – 70%, и субективен шум – при 55 – 60%. Не беше установено статистически значимо повлияване на субектив-

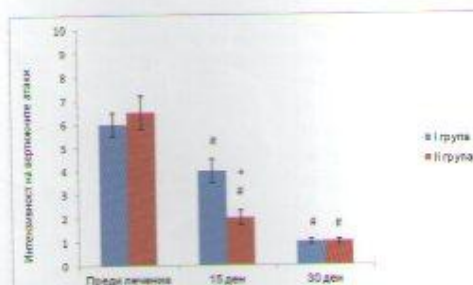
ния шум в ушите и при двете схеми на лечение. На 15-ия ден от лечението беше констатирано значимо намаление на оплакванията от световъртеж и/или замайване и нарушено равновесие и при двете изследвани групи пациенти, като ефектът от лечението на пациентите от II група (5-дневен инфузионен прием на пирacetам в доза от 3 г и последващо лечение с перорален прием на пирacetам – 2 x 1200 mg, и бета-хистин хидрохлорид – 3 x 16 mg) е значимо по-изразен в сравнение с този при пациентите от I група (само перорално пирacetам и бета-хистин) (фиг. 1).

На 30-ия ден от лечението субективните оплаквания от световъртеж и/или замайване остават да персистерат в 15% от пациентите, приемащи само перорално пирacetам и бета-хистин (I група), докато при пациентите с комбиниран инфузионен и перорален прием на пирacetам (II група) този процент е статистически значително по-малък (5%) (Fisher's exact test, $p < 0,05$). И двете схеми на лечение в еднаква степен подобряват нарушеното равновесие. За този показател статистически значими разлики между изследваните групи пациенти (I и II група) не бяха установени (Fisher's exact test, $p < 0,05$) (фиг. 1).



Фиг. 1. Промяна в относителния дял на пациенти със субективни оплаквания в зависимост от продължителността на лечението (I група – терапия с 5-дневен инфузионен прием на пирacetам в доза от 3 г и последващо лечение с перорален прием на пирacetам – 2 x 1200 mg, и бета-хистин хидрохлорид – 3 x 16 mg, и II група – перорален прием на пирacetам – 2 x 1200 mg, и бета-хистин хидрохлорид – 3 x 16 mg)

Беше установена висока корелация между обективно оцененото намаление на световъртеж и/или замайването и нестабилното равновесие и субективната оценка на пациентите, получена с ВАС за интензивността ($r_s = 0,67$) и честотата ($r_s = 0,73$) на вертижните пристъпи. Намалението на интензивността на вертижните атаки за пациентите с комбиниран прием на пирacetам (група II) беше статистически значимо по-голямо на 15-ия ден от прилагане на терапията в сравнение с пероралния прием (група I) (Fisher's exact test, $p < 0,05$) (фиг. 2).



Фиг. 2. Оценка на интензивността на вертижните атаки оценени с ВАС
– Статистически разлики между интензивността на пристъпите преди и след лечение
* – Междугрупови разлики (Fisher's exact test, $p < 0,05$)

Заклучение

Известно е, че пирacetамът подобрява невротрансмисията и микроперфузията в централните вестибуларни структури и подпомага синаптогенезата чрез възстановяване броя и функциите на холинергичните неврони във вестибуларните ядра, както и подпомага централния контрол на равновесието, като подобрява невроналния и съдов мембранен флуидитет в централните вестибуларни структури и ускорява преработката на информацията, постъпваща към вестибуларните и очедвигателни ядра на мозъчния ствол (3). Бета-хистин има способността да активира N1 постсинаптичните рецептори, което води до вазодилатация в басейна на вертебробазиларните артерии, а блокирането на H3 рецепторите

води до увеличено освобождаване на хистамин в туберомамиларните и вестибуларни ядра в мозъка, като нормализира предаването в аферентните неврони (8). Синергичното действие на пирacetам и бета-хистина и прилагането на 5-дневен инфузионен прием на пирacetам при лечение на вестибуларни смущения на пациента с хронична вертебробазиларна недостатъчност и световъртеж от централен произход със съдова генеза ускорява възстановителния процес и още на 15-ия ден от лечението се наблюдава значително подобрене в състоянието на пациентите.

Библиография

1. Brandt T, Dieterich M, and Strupp M. (2004) Vertigo and dizziness: common complains. Springer-Verlag-London.
2. Cesarani A, Alpini D, Monti B, Raponi G. (2004) ENT Department, University of Milan, Milan, Italy. The treatment of acute vertigo. *Neurol Sci*, 25 (Suppl 1), S26-30.
3. Oosterveld WJ. (1999) The effectiveness of piracetam in vertigo. *Pharmacopsychiatry*, 32 (Suppl 1), 54-60.
4. Fernandes CM, Samuel J. (1985) The use of piracetam in vertigo. *S Afr. Med. J.*, 68, 806-808.
5. Rosenhall U, Deberdt W, Frieberg U, et al. (1996) Piracetam in patients with chronic vertigo: results of a double-blind, placebo-controlled study. *Clin Drug Invest.*, 11, 251-260.
6. Malykh AG, Sadale MR. (2010) Piracetam and piracetam-like drugs: from basic science to novel clinical applications to CNS disorders. *Drugs*, 70, 287-312.
7. Ozdemir H, Akinci E, Coskun F. (2013) Comparison of the effectiveness of intravenous piracetam and intravenous dimenhydrinate in the treatment of acute peripheral vertigo in the emergency department. *Singapore Med. J.*, 54, 649-52.
8. Bergquist, Dutia MR. (2006) Central histaminergic modulation of vestibular function – a review. *Acta physiologica clinica* 25, 58 (4), 293-304.