

ТРАНСПОРТНА МЕДИЦИНА



1; 2026

МИНИСТЕРСТВО НА ТРАНСПОРТА
НАЦИОНАЛНА МНОГОПРОФИЛНА ТРАНСПОРТНА БОЛНИЦА
„Цар Борис III”

НАЦИОНАЛНО СПИСАНИЕ ТРАНСПОРТНА МЕДИЦИНА

1/2026

Главни редактори:	Христо Цеков Иван Груев
Зам. главен редактор:	Красимира Икономова
Секретари:	Николина Колева Мария Атанасова
Редакционна колегия:	Валентина Минчева Веселин Власов Шери Таджер Антоанета Тончева Андрей Андреев Владимир Янев Елена Шипковенска Цанко Цанков Хайрабед Дереджян Анелия Лукова

ISSN 2682-9738

MINISTRY OF TRANSPORT AND COMMUNICATIONS
NATIONAL MULTIDISCIPLINARY TRANSPORT HOSPITAL
„TSAR BORIS III“

NATIONAL JOURNAL
TRANSPORT MEDICINE

1/2026

Chief Editors:	Christo Tsekov Ivan Gruev
Deputy editor-in-chief:	Krasimira Ikonomova
Secretaries:	Nikolina Koleva Maria Atanasova
Editorial board:	Valentina Mincheva Veselin Vlasov Sherry Tajer Antoineta Toncheva Andrey Andreev Vladimir Yanev Hayrabad Deredjian Anelia Lukova Tsanko Tsankov

ISSN 2682-9738

ИЗИСКВАНИЯ КЪМ АВТОРИТЕ

Приемат се за публикуване: оригинални статии, обзори, клинични случаи, реферати, рецензии, кратки научни съобщения (писма до редактора и др.). Първите три жанра са обект на **рецензиране** (със стандартизирани формуляри), а останалите подлежат на експертна преценка от страна на редколегията.

Кореспондиращият автор посочва свои данни за контакт (електронен адрес, по желание – пощенски адрес и телефон) и **декларира, че материалът не е публикуван досега**, освен като резюме на съобщение, изнесено на научна проява, и не е предложен за публикация другаде. Авторите носят отговорност за съдържанието на публикациите. Представените материали и описанията в тях изследвания следва да съответстват на утвърдените **етични стандарти** относно провеждането на клинични и/или експериментални проучвания с хора (декларация от Хелзинки) и опитни животни. Не трябва да се споменават пациенти с техните имена, инициали или да се предоставя снимков материал, на който те могат да бъдат разпознати. Съблюдава се стриктното спазване на авторското право – текстове с над 10% дословно повторение на чужда публикация се връщат за преработка.

Обем (приблизителен) на предлаганите публикации:

Вид публикация	Брой думи в основния текст	Брой думи в резюмето	Брой референции
Оригинална статия	2500-5000	200-300	30
Обзор	3000-6000	100-200	50
Клиничен случай	1000-3000	100-200	20
Кратко научно съобщение, реферат, рецензия	500-1000	-	10

Приемат се файлове на програма **MS Word**. Няма специфични изисквания за размер и вид на шрифта, разстояние между редовете, полета и друго оформление.

Всяка статия започва със заглавие (без съкращения), имена на авторите (без посочване на академични и други титли), тяхната месторабота, обозначена с цифров индекс, резюме в посочения обем, ключови думи. На **английски език** се превеждат заглавието, резюмето, ключовите думи, местоработата, а имената на авторите се транскрибират.

В **резюмето** на всяка оригинална статия се посочват: цел и обект на изследването, основни данни за методиката, резултати и изводи. Резюметата към другите видове статии включват кратка информация без обособена структура.

Ключовите думи за всеки вид публикация са между 3 и 8 на брой, като могат да бъдат единични думи или кратки словосъчетания, общоприети в конкретната област на познание.

Оригиналните научни статии имат задължително обособени раздели: „Въведение“, което включва цел на изследването, „Материал и методи“, „Резултати“, „Обсъждане“ и „Изводи/Заклучение“. Могат да бъдат добавени „Благодарности“ (към лица или институции, които са допринесли интелектуално или са оказали техническа, материална или финансова помощ и др.).

Обзорите обикновено включват „Въведение“, тематични подраздели и „Заклучение/изводи“. **Клиничните случаи** съдържат „Въведение“, „Описание на клиничния случай“, „Обсъждане“ и „Изводи“.

Кратките научни жанрове следват приблизително структурата на оригиналната статия.

Писмата до редактора обсъждат критично научен проблем, нерешен към момента, или дискутират друга публикация.

Цитиранията на **библиографските източници** в текста се обозначават с цифри в квадратни скоби по реда на появата им. **Библиографията** се подрежда по реда на поява на източниците в текста.

Изписването на всеки източник е на нов ред с арабска номерация. Данните се оформят по следния начин (Ванкувър стил):

– *Статии*: Автор(и). Заглавие на статията. Заглавие на списанието (съкратено по Index Medicus), година, том (volumen), номер на книжката (брой) в скоби, страници (от-до). *Пример: Yakub YN, Freedman RB, Pabico RC. Renal transplantation in systemic lupus erythematosus. Nephron, 2019, 27(1):197-201.*

– *Публикации* от сборник: Автор(и). Заглавие. В: (за латиница In:) Заглавие на сборника. Поредност на изданието, редактори. Место-издаване (град), издателство, година на издаването, страници (от-до). *Пример: Wilkinson AH. Evaluation of the transplant recipient. In: Handbook of Kidney Transplantation. 6th ed. G. M. Danovitch (Ed.). Boston, Little, Brown and Co., 2019, 109-122.*

– *Книги*: Автор(и). Заглавие. Местоиздаване (град), издателство, година на издаването, страници (от-до). *Пример: Шейтанов Й. Системни васкулити. С., Мед. и физк., 2019, 8-11.*

– При цитиране на *електронни публикации*, ползвани от интернет, към авторите и заглавието се добавя и линк към публикацията заедно с датата, на която тя е била достъпна.

Ако авторите са до трима, се изписват фамилиите, последвани от инициалите им (без точки). Когато авторите са повече от трима, след името на третия се пише „и др.“ (за латиница – „et al.“). *Настойчиво се препоръчва цитирането (познаването) и на български източници.*

Илюстративният материал (таблици, фигури, снимки) се поставя на съответните места в текста със заглавия и легенди на български език. Заглавията на фигурите не трябва да са включени в изображението. Необходимо е снимките да бъдат с добро качество (поне 300 dpi) и подходящ формат (.jpg, .tif, .png). Таблиците трябва да бъдат предоставени във формат, който може да се редактира, а не като изображения.

Използваните в текста специфични **съкращения** се въвеждат в скоби при първата поява на цялото наименование.

Мерните единици следва да са по системата SI.

Авторско право:

Отговорността за точността и достоверността на публикуваните данни, заявени мнения и позиции във всички публикации на списание „Транспортна медицина“ принадлежат на автора.

Авторските права върху публикуваните материали принадлежат на издателя.

Каталожен номер: Сп 32 (ОН)

ISSN: 0204-9120

Материалите се изпращат на e-mail на организационните секретари:

1. linadkoleva@gmail.com

2. dr.maria_atanassova@abv.bg

REQUIREMENTS TO AUTHORS

Accepted for publication: original articles, reviews, clinical cases, abstracts, reviews, short scientific communications (letters to the editor, etc.). The first three genres are subject to review (using standardized forms), and the rest are subject to expert judgment by the editorial board.

The corresponding author indicates his contact details (e-mail address, if desired - postal address and telephone) and declares **that the material has not been published before**, except as an abstract of a presentation given at a scientific event, and is not proposed for publication elsewhere. The authors are responsible for the content of the publications. The presented materials and the research described in them should comply with established **ethical** standards regarding the conduct of clinical and/or experimental studies with humans (Declaration of Helsinki) and experimental animals. Patients should not be mentioned by their names, initials, or provide photographic material in which they can be recognized. Strict compliance with copyright is observed - texts with more than 10% verbatim repetition of a foreign publication are returned for revision.

Volume (approximate) of publications offered:

Type of publication	Number of words in the main text	Number of words in the abstract	Number of references
Original article	2500-5000	200-300 30	30
Overview	3000-6000	100-200	50
Clinical case	1000-3000	100-200	20
Short scientific communication, abstract, review	500-1000	-	10

MS Word files are accepted. There are no specific requirements for font size and type, line spacing, margins, and other layout.

Each article begins with a title (without abbreviations), names of authors (without indicating academic and other titles), their place of work indicated by a numerical index, an abstract in the specified volume, keywords. The title, abstract, keywords, place of work are translated **into English**, and the authors' names are transcribed.

The abstract of each original article states: purpose and object of the study, basic data on the methodology, results and conclusions. Abstracts for other types of articles include brief information without a particular structure.

The keywords for each type of publication are between 3 and 8 in number, and can be single words or short word combinations generally accepted in the specific field of knowledge.

Original scientific articles must have separate sections: „Introduction“, which includes the purpose of the study, „Materials and methods“, „Results“, „Discussion“ and „Conclusions/Conclusion“. Acknowledgments (to persons or institutions who have contributed intellectually or provided technical, material or financial assistance, etc.) may be added.

Reviews usually include an „Introduction“, thematic sub-sections and a „Conclusion/conclusions“. Clinical cases contain „Introduction“, „Clinical case description“, „Discussion“ and „Conclusions“.

Short scholarly genres roughly follow the structure of the original article.

Letters to the editor discuss a critical scientific issue not currently resolved or discuss another publication.

Citations of **bibliographical sources** in the text are indicated by numbers in square brackets in the order of their appearance. The **bibliography** is arranged in the order in which the sources appear in the text.

The writing of each source is on a new line with Arabic numbering. The data is formatted as follows (Vancouver style):

– *Articles*: Author(s). Title of the article. Journal title (abbreviated by Index Medicus), year, volume (volumen), book number (issue) in brackets, pages (from-to). Example: **Yakub YN, Freedman RB, Pabico RC. Renal transplantation in systemic lupus erythematosus. Nephron, 2019, 27(1):197-201.**

– *Proceedings Publications*: Author(s). Title. In: (for Latin In:) Title of collection. Publication order, editors. Place of publication (city), publisher, year of publication, pages (from-to). Example: **Wilkinson AH. Evaluation of the transplant recipient. In: Handbook of Kidney Transplantation. 6th ed. G. M. Danovitch (Ed.). Boston, Little, Brown and Co., 2019, 109-122.**

– *Books*: Author(s). Title. Place of publication (city), publisher, year of publication, pages (from-to). Example: **Sheitanov J. Systemic vasculitis. S., Med. and Phys., 2019, 8-11.**

- When citing *electronic publications* used from the Internet, a link to the publication is added to the authors and title along with the date it was accessed. If there are up to three authors, the last names are written, followed by their initials (without periods). When there are more than three authors, the name of the third is followed by „etc.“ (for Latin - „et al.“). *Citation (knowledge) of Bulgarian sources is strongly recommended.*

Illustrative material (tables, figures, photos) is placed in the appropriate places in the text with titles and legends in Bulgarian. Figure titles should not be included in the image. Photos must be of good quality (at least 300 dpi) and a suitable format (.jpg, .tif, .png). Tables should be provided in an editable format, not as an isocode.

Specific **abbreviations** used in the text are entered in parentheses at the first occurrence of the full name.

Units of measurement should be in the **SI** system.

Copyright on published material belongs to the publisher.

Catalog number:

SP 32 (OH)

ISSN: 0204-9120

The materials are sent to the e-mail of the organizational secretaries:

1. linadkoleva@gmail.com

2. dr.maria_atanassova@abv.bg

СЪДЪРЖАНИЕ/CONTENTS

ОБЗОРИ И ОРИГИНАЛНИ СТАТИИ/REVIEWS AND ORIGINAL ARTICLES

Хр. Цеков, М. Таджер, В. Андонов

Хирургични стратегии в лечението на заболяванията на дебелото черво.

Totalna colectomia или хемиколектомия?.....9

Chr. Tsekov, M. Tadjer, V. Andonov

Surgical strategies in the treatment of diseases of the colon.

Total colectomy or hemicolectomy?.....9

Анелия Лукова

Моделът лиезон психиатрия: клъстер или фрагмент от стационарните психиатрични грижи.....15

Anelia Loukova

Liaison psychiatry: a cluster or fragment of inpatient psychiatric care.....15

Анелия Лукова

За дисхармоничното поведение в болнични условия и качеството на живот на възрастните пациенти.....23

Anelia Loukova

Disharmony behavior in hospital settings and quality of life in elderly patients.....23

В. Минчева, М. Минчев, Н. Колева

Липопротеин (а) – “state of the art”28

V. Mincheva, M. Minchev, N. Koleva

Lipoprotein a – state of the art.....28

Добромир Танев

Клиничен случай на полиморбиден пациент с полимиалгия ревматика.....34

Dobromir Tanev

Clinical case of a polymorbid patient with polymyalgia rheumatica.....34

ХИРУРГИЧНИ СТРАТЕГИИ В ЛЕЧЕНИЕТО НА ЗАБОЛЯВАНИЯТА НА ДЕБЕЛОТО ЧЕРВО. ТОТАЛНА КОЛЕКТОМИЯ ИЛИ ХЕМИКОЛЕКТОМИЯ?

Хр. Цеков, М. Таджер, В. Андонов
НМТБ "Цар Борис III" - София

SURGICAL STRATEGIES IN THE TREATMENT OF DISEASES OF THE COLON. TOTAL COLECTOMY OR HEMICOLECTOMY?

Chr. Tsekov, M. Tadjer, V. Andonov
National Multifunctional Transport Hospital, Sofia, Bulgaria

Резюме:

Въпросът за хирургическата стратегия при лечението на широк спектър от усложнени дебелочревни заболявания, в чийто център е колоректалния рак във всичките му проявления тумори, спешност (обтурация, перитонит), рецидиви, преканцерози - наследствен неполипозен карцином на колона (ННКК), наследствена аденоматозна полипоза (НАП) и др. е актуален и днес. Дилемата - сегментна резекция или тотална (субтотална) колектомия през последните години се намира в центъра на дискусия, която намира основания в желанието да се съчетаят висока преживяемост с високо качество на живот.

Предлага се обзор на съвременните тенденции, съпоставен в български контекст с авторски анализ.

Ключови думи: Колоректален рак, Хемиколектомия, Тотална колектомия

Summary

The question of the surgical strategy in the treatment of a wide range of complicated colon diseases, the center of which is colorectal cancer in all its manifestations, tumors, urgency (obturation, peritonitis), recurrences, precancers - hereditary nonpolyposis colon carcinoma (NNPC), hereditary adenomatous polyposis (NRA) etc. is still relevant today. The dilemma - segmental resection or total (subtotal) colectomy has been at the center of a discussion in recent years, which finds grounds in the desire to combine high survival with high quality of life.

An overview of contemporary trends is offered, compared in the Bulgarian context with an author's analysis.

Key words: Colorectal cancer, Hemicolectomy, Total colectomy

Въведение

Въпросът не е от днес, не е и от вчера. Той е винаги актуален когато избираме хирургическата си стратегия по отношение на лечението на широк спектър от дебелочревни заболявания, в чийто център, с редки изключения, стои колоректалния рак във всичките му проявления – синхронни и

метахронни тумори, спешност (обтурация, перитонит), рецидиви, преканцерози - наследствен неполипозен карцином на колона (ННКК), наследствена аденоматозна полипоза (НАП) и др.

Обзор

Според литературните данни от последните години в опит да бъде систематизиран и прогнозиран колоректалният карцином предлаганите алгоритми за лечение неотменно се опират на познатите класически репери - епидемиологичните особености – пол, географско разположение, локализация на заболяването, преживяемостта. Отчитат се всички етиологични и рискови фактори – на заобикалящата среда, храненето, възпалителните заболявания и най-вече безспорната връзка с т. нар. преканцерозни заболявания.

Друга отправна гледна точка към проблема колоректален рак е прецизното стадиране, базиращо се на дълбочината на туморната инвазия в чревната стена, броя на обхванатите лимфни възли, наличието/липсата на далечни метастази, детайлната патологоанатомична характеристика. Важен белег на модерния подход за вземане на решение са генетичните изследвания и скринингът, за които в България все още няма общоприет стандарт, за разлика от Европейския съюз и САЩ където комбинацията между теста за окултно кървене плюс колоноскопия, сред рисковите групи от ранна възраст, а сред останалото население над 50 годишна възраст е задължително.

Дилемата - сегментна резекция или тотална (субтотална) колектомия през последните години се намира в центъра на оживена дискусия, която намира основания в повсеместното желание на ангажираните медицински среди да съчетаят висока преживяемост с високо качество на живот. За тази цел множество научни групи, представители на водещи научни школи се опитват да утвърдят единен модел за вземане на отговорно решение за обема на дебелочревната резекция. Подходите са различни, единомислие все още няма, но са налице тенденции при болни от рискови групи към разширяване на премахваните обеми.

В съобщение от 2019 година научна група от Кливланд, Охайо (Сегментна или тотална колектомия при наследствен дебелочревен неполипозен рак Матю,Калуди, Елън,Макганън, Джон Вогел; Clivland Clinic,

Ohio) си поставя за цел да анализира риска при пациенти с НПКК. Поради съществуващият почти 80% риск за развитие на наследствен неполипозен рак при пациенти с Амстердам критерии се препоръчва тотална пред сегментна колектомия, поради високия риск от рецидиви. Ефективното наблюдение след сегментна колектомия за предотвратяване на рецидив е добре документирано и проследено. Проучването отбелязва резултатите от подробно проследяване. В базата данни за наследствен неполипозен рак са разгледани пациенти претърпели сегментна или тотална колектомия по повод дебелочревна неоплазия. Демографските данни, хирургичното поведение и следоперативното проследяване са документирано последователно. Според резултатите в изследването са включени 311 пациенти с дебелочревна резекция, от които 79 са лекувани в клиниката, а 232 са проследени от националния регистър на САЩ. Сто петдесет и седем (157) от тях са с десностранна локализация. Средна възраст - 52 години. Двеста петдесет и четири (254) пациенти са били подложени на сегментна колектомия, 191 от тях са проследени с колоноскопия. Останалите пациенти са третирани с тотална колектомия. В 105 от 191 (55%) случая са имали последваща полипектомия с премахване на 198 аденома, 95 от тях са били високорискови. 51 пациенти от 191 (27%) са развили рецидив 120 месеца след сегментна колектомия. Стадите при вторичната резекция са били I - 21; II - 16; III - 14. Само 5 от 57 пациенти (8,8%) са развили рецидив при тотална колектомия! Изводи - пациенти с Амстердам критерия за наследствен неполипозен рак имат висок риск от рецидив след сегментна колектомия, вкл. аденоми в напреднал стадий. Авторите считат, че тоталната колектомия е метод на избор. При пациенти със сегментна колектомия проследяването веднъж годишно с ендоскопия е задължително.

Според В.М. Stephenson, А.А. Shandal, L.R. Farouk, G.Grifth; 8.10.2021 British Journal of Surgery. В статията Субтотална/тотална колектомия или сегментна резекция при неоплазия на ляв колон твърдят, че от 60 пациенти с остро настъпила обструкция от карцином на левия колон, 49 са били под-

ложени на спешна радикална субтотална/ тотална колектомия (31 пациента гр. А) или на радикална сегментна резекция (18 - гр. Б), от които 3 с първична анастомоза след интраоперативен дебарасаж и 15 поетапни резекции. Оперативния леталитет е 3% в гр. А и 11% в гр. Б (без статистически значима разлика). Въпреки това се наблюдават значителни различия в затегнатия следоперативен период (6% срещу 44% в гр. А и гр. Б, респективно $P < 0,01$) и продължителността на болничния престой (17 дни в гр. А срещу 35 дни в гр. Б - $P < 0,05$). И при тримата пациенти от гр. Б с първична анастомоза и дебарасаж, поради инсуфициенция на анастомозата, се налага вторична операция за извеждане на стома. При 6 пациенти (19%) от гр. А се налага антидиарично лечение в непосредствения следоперативен период. Въпреки това незабавно подобрене след терапията е настъпило при всеки от тях. В заключение – метод на избор при обструктивна неоплазия на левия колон е субтотална/ тотална колектомия, тъй като ясно се визуализират по благоприятния следоперативен период, нисък леталитет и по-добро качество на живот.

Според данни на Асоциацията по колопроктология на Великобритания и Ирландия, базиращо се на мултицентрично проучване сред страни от Британската общност (Goldberg, Stupart, Algar, Ramesar-University of Cape Town, 2020. Хирургия на колоректалния рак при наследствения неполипозен рак на колона - тотална или сегментна колектомия). След отчитане на високия риск от рецидив при пациенти с наследствен неполипозен рак на колона се препоръчва тоталната колектомия като предпочитана операция за първичен рак на дебелото черво, но въпросът за това остава спорен. Нито едно проучване не проследява точно преживяемостта след сегментна или тотална колектомия. Целта на изследването е била да се определи риска от развитие на рецидив (метакронен карцином) при пациенти с генетично доказан наследствен неполипозен рак след тотална или сегментна колектомия, както и да се сравни и дългосрочната им преживяемост.

В проспективното кохортно проучване

са включени всички пациенти в клиниките, участващи в проучването с доказан генетичен дефект (germline mismatch repair gene defect), които между 1995-2009 година са претърпели резекция на аденокарцином на дебелото черво. Всички пациенти са проследени същата година с ендоскопия. Според резултатите от 600 пациенти в проучването, 390 са били с тотална колектомия, а 210 - със сегментна резекция. След 6 годишно проследяване рецидиви са настъпили при 80 (21%) със сегментна колектомия и в нито един с тотална колектомия ($p = 0, 048$). Т.е. като цяло рискът от рецидив е 20% след 5 годишно проследяване. При колоректалния рак специфичната преживяемост е по-добра при пациенти с тотална колектомия ($p = 0, 048$), но общата преживяемост от 2-те групи е сходна ($p = 0, 29$). Заключение: на това голямо проучване е, че пациентите с наследствен неполипозен дебелочревен карцином имат значителен риск от рецидив след сегментна колектомия. Това се елиминира чрез извършване на тотална колектомия като метод на избор при дебелочревен рак.

Във авторитетно съобщение клиниката Mayo, САЩ - Ендоскопско проследяване при колоректален рак - клиника по гастроентерология, хепатология и колопроктология. Mayo Clinic, Rochester, Minnesota, 12.10.2022. аргументите се уплътняват. Тази статия е важна, защото потвърждава необходимостта от тотална колектомия и интензивно постоперативно наблюдение при пациенти с наследствен неполипозен рак, поради високия риск от рецидив, вследствие приложените сегментни резекции. Авторите докладват резултати на 296 пациенти, които отговарят на Амстердам критериите за наследствен неполипозен рак и са били подложени на различни дебелочревни резекции (253 със сегментна и 43 с тотална колектомия). Тези пациенти са били проследени с ендоскопия. От 221 пациенти, участващи в проследяването след сегментна колектомия, при 46% от тях е последвала полипектомия. Новопоявилите се полипи са с риск от малигнизация в 22%. След 69 месечно проследяване 25% от пациентите са развили рецидив. От 38 пациенти, които са проследени след тотална колектомия, 26% са имали последваща по-

липектомия и 8% са развили рецидив. Като цяло 37% от всички пациенти с наследствен неполипозен рак са развили високо рискови аденоми или рецидив. Една слабост на това проучване е, че се набляга на клиничните критерии (Амстердам) повече, отколкото на генетичното потвърждение за наследствен неполипозен рак. Въпреки това се отчита, че при 37% налице твърде висок риск за развитие на аденом или карцином, въпреки хетерогенното население. Това проучване показва, че рискът за развитие на рецидив при сегментна колектомия в диагностицираните с наследствен неполипозен рак е удивително висок и метод на избор трябва да е тоталната пред сегментната колектомия. Регулярните контролни ендоскопии са задължителни за проследяване. Дори и след тотална колектомия при пациентите с наследствен неполипозен рак имаме данни за 8% рецидив.

Сравнителният анализ между двете хирургически възможности през призмата на риска от възрастта е обект на изследване и съобщение в статия на S. Grassia, Spezia, Carlomagno, Dodaro, Renda - Lecce, Italy, 2020 от Института по гериатрична хирургия. Противопоказана ли е тоталната колектомия при пациенти в напреднала възраст?

Според авторите все повече и по-често пациенти в напреднала възраст се оперират по повод колоректален рак. За извършването на тотална колектомия са показани селектирани случаи като синхронни тумори, рак при НАП, наследствен неполипозен рак или по спешност. Поставя се факторът "напреднала възраст" като рисков при тотална колектомия по повод дебелочревна неоплазия. Проследени са 27 пациенти с тотална колектомия между 2000 и 2010 година. Показанията са били синхронни тумори, рак при НАП, наследствен неполипозен рак и колоректален рак с обтурация (по спешност). Пациентите са разделени на 2 групи в зависимост от възрастта. Единайсет (40,7%) < 65 г. Са поставени в А гр., а 16 > 65 г. В Б гр.. И в двете групи са проследени съпътстващите заболявания и рискове: планов или спешен; коморбидитет; ASA score и хирургичната операция. Следоперативните усложнения, свързани със системни нарушения (белодробни, сърдечни, бъбречни и

чернодробна недостатъчност, БТА, инфекции на пикочните пътища) и специфичните хирургични усложнения (инсуфициенция на анастомозата, кръвоизлив, следоперативна анемия, супурация, следоперативен илеус > 2 дни) са били сравнени между двете групи. Коморбидитетът е бил по-висок при възрастните пациенти. Намира се различно разпределение на ASA score в двете групи. В първата група 5 (45, 5%) пациенти са били < 2, а 6 (54, 5%) с > 3, а във втората група 10 (62, 5%) са с 3, а 6 (37, 5%) са били с 4. Извършени са 2 (7, 4%) тотални колектомии с постоянна илеостома, при 1 (3, 7%) пациент - тотална колектомия с временна илеостома и реституция в последствие, при 24 (88, 9%) болни тотална колектомия с илеоанална анастомоза. Наблюдавани са 1 кръвоизлив при пациент от гр. А с ASA - 2. Системните усложнения са по-високи при група Б. Не са отчетени сигнификантни разлики в хирургичните усложнения, но следоперативната анемия е била по-често срещана в група Б. Средният болничен престой е сходен (11, 2 срещу 12, 8 дни). При леталитета (гр. А - 2/27-7,4%; гр. Б - 2/16 - 12, 5%) не се забелязва статистически значима разлика. В заключение авторите считат, че при прилагане на тоталната колектомия за колоректален рак се наблюдава съвсем леко повишаване на следоперативните усложнения и леталитета в напреднала възраст. Въпреки това, те смятат това повишение (най-вече при системните усложнения) за приемливо, чиято основна зависимост е от периоперативните рискови фактори. В заключение се подчертава, че след точна предоперативна оценка, възрастта не е противопоказана за тотална колектомия.

Заклучение

Трябва да се признае, че създаването на единен модел за вземане на решение все още е трудно. Факт е, че мнозинството от пациентите с дебелочревен рак не познават генетичния си статус (предоперативно в огромното си мнозинство никой не изпраща тези хора дори за установяване на ММР генетичен дефект). В този контекст работната група на Takafumi Maeda, Rebecca R Cannom, Robert W Beart Jr, David A Etzioni, *Journal of clinical Oncology. Decision model of SEC with TAC for colon cancer, 2022.*, цитирайки множество съвременни автори смятат, че и двете методи запазват мястото си в арсенала на хирургията особено при млади хора. Авторите предлагат при пациенти с несигурен генетичен статус сегментната резекция да остане метод на избор, защото в техните проучвания двата метода са статистически равностойни по отношение на преживяемостта и еквивалентни като оперативна стратегия за млади хора с рак на колона, дори и при известен генетичен риск. При напреднала възраст сегментната резекция, според тях, отново е за предпочитане. И в този смисъл изборът на обемно премахване трябва да бъде много прецизно индивидуализиран, с подчертано отчитане на възможностите на пациента за едно бъдещо интензивно проследяване.

В български контекст смятаме, че изборът между хемиколектомия и тотална колектомия трябва да остане строго индивидуализиран (такава стратегия не противоречи на съвременните разбирания по въпроса).

При НАП са възможни следните намеси:

- Тотална проктоколектомия с извеждане на дефинитивен илиачен анус;
- Тотална колектомия с илеоректоанастомоза (IRA);
- Тотална проктоколектомия с илеумпауч – анална анастомоза (IPAA);

Нашият избор понастоящем е IPAA. Тъй като рискът за развитие на карцином на ректума след IRA достига до 29% при пациенти до 60-годишна възраст е установено, че IPAA удължава статистически сравнимо живота със средно припл. 2 години.

При синдром на Линч (ННКК) са възмож-

ни следните оперативни намеси:

- Резекция съгласно онкологичните изисквания в зависимост от клиничната находка и локализацията на тумора/туморите;
- Разширена резекция (колектомия) с профилактична насоченост след диагностициране на първия тумор;
- Профилактична резекция преди появата на първия тумор;

Не се препоръчва тотална колектомия при пациенти с ННКК - генотип, но с нормален колон, поради непълната пенетрантност на гена (операция не е нужна при около 19% от пациентите), както и поради факта, че водеща проява може да бъде и екстраколичен тумор, а при жени рискът от развитие на ендометриален карцином е равен или превишава риска от развитие на колоректален карцином. В напреднала възраст тоталната колектомия влошава качеството на живот, без да води до статистически значимо увеличаване на преживяемостта.

Установяването на колоректална неоплазия при пациенти, изпълняващи Амстердамските критерии или с ННКК - генотип е показание за хирургична намеса в профилактичен обем. Извършването на профилактична субтотална колектомия при млади пациенти с ННКК води до статистически значимо удължаване на живота в сравнение с хемиколектомията. За разлика от тях при пациенти над 60-годишна възраст субтоталната колектомия не е свързана със статистически значимо удължаване на живота, а дори влошава качеството му. Хемиколектомията е операция на избор в тази група. Поради наличния риск за развитие на ректален карцином от 3% за всеки 3 години, през първите 12 години след колектомия следва да се извършват рутинни контролни ректоскопии.

Библиография

1. Алгоритми за лечение на онкологични заболяваниял Българско хирургическо дружество, СБАЛО, 2009.
2. Stupard, Goldberg, Baqrie,Alqar, Ramesar. Surgery for colonic cancer in HNPCC:total vs segmental colectomy. Colorectal unit, Department of Surgery, University of Cape Town, South Africa.; 2020.
3. Kalady, Mcgannon,Vogel, Fazio, Church Segmental instead of Total Colectomy in Colon Cancer Patients Meeting Amsterdam Criteria:It's not Worth the Metachronous Risk. American Surgical Association-Annual Meeting Cleveland Clinic, Cleveland,Ohio, 09.2021.
4. Heidi Chua and Kellie Mathis Risk of colorectal adenoma and carcinoma after colectomy for colorectal cancer in patients meeting Amsterdam criteria Gastroenterology, Mayo Clinic, Rochester,USA, 2022.
5. Ross, Z. Krukowski, A. Munro, I.T. Russel . Single-stage treatment for malignant left-sided colonic obstruction: A prospective randomized clinical trial comparing subtotal/total colectomy with segmental resection following intraoperative irrigation. 8.12. British Journal of Surgery, 2011.
6. Grassia S., Spezia, Carlomagno, Dodaro, Renda. Total colectomy in advanced ages. Istituto chirurgia geriatric. Renda-Lecce 2012.
7. Lynch HT, De la Chapelle (2009) Hereditary colorectal cancer. N Engl J Med 348:919-932.
8. Takafumi Maeda, Rebecca R Cannon, Robert W Beart Jr and David Etzioni. Decision model of SEG compared with TAC for colon cancer. American Society of Clinical Oncology. Journal of Clinical Oncology, 2022.

Адрес за кореспонденция: Проф. д-р Христо Цеков, дм; НМТБ "Цар Борис III"; бул. "Мария Луиза" № 104, София 1233; Хирургична клиника
e-mail: christo.tsekov@abv.bg

Correspondence to:

Prof. Christo Tsekov MD, PhD; NTH "Tsar Boris ";
blv. 104 "Maria Louisa" Sofia, Bulgaria 1233; Clinic of Surgery
e-mail: christo.tsekov@abv.bg

МОДЕЛЪТ ЛИЕЗОН ПСИХИАТРИЯ: КЛЪСТЕР ИЛИ ФРАГМЕНТ ОТ СТАЦИОНАРНИТЕ ПСИХИАТРИЧНИ ГРИЖИ

Анелия Лукова
УМБАЛСМ „Н.И.ПИРОГОВ“-ЕАД

LIAISON PSYCHIATRY: A CLUSTER OR FRAGMENT OF INPATIENT PSYCHIATRIC CARE

Anelia Loukova
UMBALSM „N.I. Pirogov“

Резюме:

Материалът разглежда характерните особености на лиезон психиатричната дейност в болнични условия. Представено е собствено проучване с обобщение на практикуването на лиезон психиатрия за двадесетгодишен период. Акцентира се върху интегралния модел на психиатрична намеса в лечебните заведения.

Ключови думи: лиезон, психиатрия, умения, психиатрична намеса

Summary

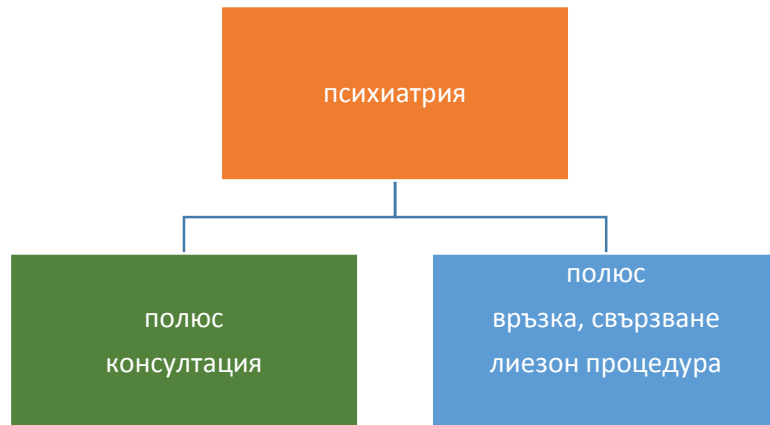
The material discusses the specifics of liaison psychiatric activity in a hospital setting. A self-study is presented, summarizing the practice of liaison psychiatry over a twenty-year period. The focus is on the integrated model of psychiatric intervention in medical facilities.

Key words: liaison, psychiatry, skills, psychiatric intervention

Лиезон психиатрията е част от клиничната специалност психиатрия. Разглежда психиатричните проблеми, манифестирани при пациенти на други медицински специалности. В основата е био-психо-социалната парадигма, която включва съвкупността от соматични, социални и психични аспекти на медицинския проблем при всеки отделен пациент. Лиезон психиатрията инкорпорира възникналите по време на лечение в общата болница и/или предхождащите психиатрични проблеми на хоспитализираните болни. Практикуването ѝ води до редуциране на изследванията провеждани по повод на телесни симптоми, намаляване продължителността на болничния престой, овладяване симптомите на дистрес и спомага за подобряване качеството на живот на пациентите. Като приложна форма на общата болнична психиатрия терминът лиезон психиатрия се използва предимно във френската научна

литература. Значимостта ѝ се определя и от високата честота на психичните разстройства в многопрофилните болници /около 30% от пациентите/. Следва да се отбележи, че около 20% от хоспитализираните мъже имат проблеми, свързани с алкохола. Манифестиране на психологични проблеми чрез соматични симптоми се среща при около 20% от болните [1, 14, 16, 20].

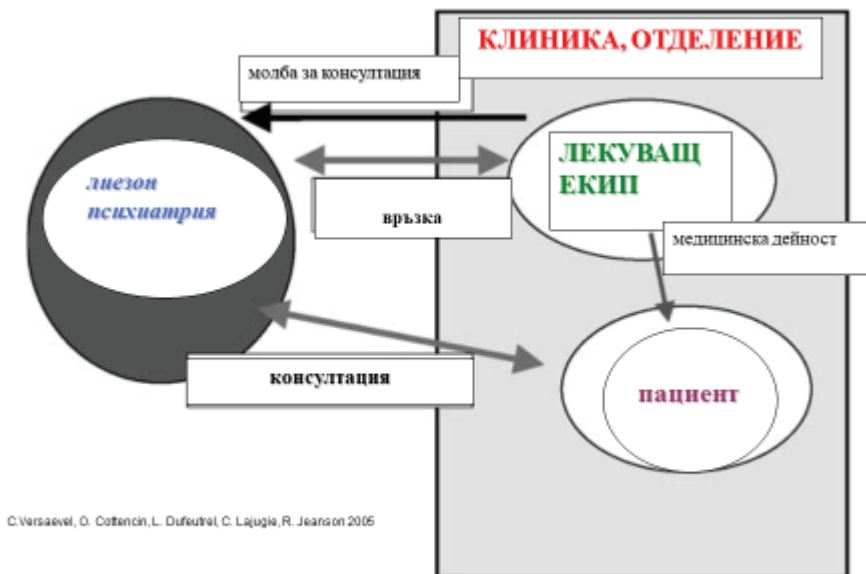
Характерна особеност на лиезон психиатричната дейност е нейния фундаментален биполяритет. Своеобразният двуполусен модел включва традиционната психиатрична интервенция на психиатъра, която е центрирана към пациента, и прилагането на основните методи на изследване в психиатрията, а именно психиатричното интервю и наблюдението. Вторият полюс е представен от лиезон процедура с включване на психиатъра в работата на мултидисциплинарния медицински екип [Фиг. 1].



Фиг. 1. Психиатрична дейност в болницата.

По този начин психиатърът работи не само с пациента, осъществявайки консултация, но и съвместно с медицинския екип за соматични грижи, формирайки връзка.

Съдържанието на действието е представено на следващата схема [10,11, 18].



Упражняваната лиезон психиатрична дейност обединява интервенции с:

- диагностичен и терапевтичен характер - психиатрична спешност, кризисни интервенции;
- прагматичен характер – насочване за следващо лечение, дискусии;
- преподавателски и научно-изследователски характер – публикации, епидемиология на сомато-психична коморбидност [4].

Профилът на практиката включва пациенти с:

- Психиатрична експресия на соматични заболявания
 - Психични усложнения на соматични заболявания или лечение
 - Психологични реакции при соматично страдание или лечение
 - Соматична експресия на психично разстройство
 - Соматични усложнения на психично разстройство или лечение
 - Соматична и психична коморбидност, пациенти лекуващи се поради телесно заболяване, при които е налице същевременно и психично разстройство
- Суицидни опити в общи отделения [1].

В настоящия материал представяме ретроспективно проучване на демографския и клиничен профил на всички пациенти, получили експертизата на лиезон психиатър в спешната болница за период от 20 години. Изследването е емпирично и е извършено е изцяло самостоятелно от автора. Същият е осъществил психиатричен преглед, психиатрична оценка и/или лечение на всеки от участниците. Целта на представеното изследване е да се направи обобщение стационарната психиатрична дейност в УМБАЛСМ «Н.И.Пирогов» ЕАД за период от 01.01.2001 до 31.12.2019 г. Задачата е да се направи анализ на извършената психиатрична активност на територията на болницата с оглед оптимизиране на възможностите за диагностика, терапия и прогноза на психичните разстройства. Обект на научната разработка са пациенти, лекувани в УМБАЛСМ «Н.И.Пирогов» ЕАД, на които след заявка от лекуващ лекар е проведено психиатрично изследване и е осигурена съответна психиатрична помощ. Амбулаторните психиатрични консултации в болницата на нехоспитализирани лица не се обсъждат. Обемът на извадката обхваща пациенти във възрастов диапазон от 7 до 98 години. Признаците на наблюдение са пол, възраст, нозология на психичното разстройство, клиника в структурата на болницата, изискваща прегледа. Приложени са следните статистически методи: дескриптивен анализ /в табличен вид е представено честотното разпределение на разглежданите признаци/ и графичен анализ /за визуализация на получените резултати/. Използвани са също така социологически и клинични методи на изследване. Направен е анализ на документи, като случаите са обработени посредством извличане на необходимите данни от медицинските документи на пациентите. Източник за набиране на първичната социологическа информация е абулаторен психиатричен журнал, където болните са вписани по: име, пол, възраст, изискваща прегледа клиника, вид консултативна дейност /първичен преглед, вторичен преглед, проследяващ преглед, насочване към други психиатрични структури извън лечебното заведение/. За психиатричната диагноза се използват диагностичните кри-

терии на МКБ -10 и прегледа се отразява в историята на заболяването на болния. клиничен метод на изследване. За проучения период от време общо са реализирани 18374 рутинни и спешни прегледа. Разпределението по пол на посочения контингент е следното: 8898 /48.43%/ мъже и 9476 /51.57%/ жени. При преобладаващата част от болните е проведен еднократен преглед с цел диагностично уточняване, терапевтично поведение и при необходимост насочване за продължаваща психиатрична грижа. Вторична психиатрична дейност за проследяване на състоянието, оценка и/или корекция на терапевтичната ефективност е извършена при 3356 пациенти (18.26%). Документираните причини за насочване към психиатрично изследване чрез заявка от лекуващ лекар през проучения период от време включват: преди всичко „нарушение в поведението” - неподчиняемо, дезорганизирано, агресивно; последвано от „объркване”; „психоза”; „проблеми с настроението – раздразнителност, депресивност”; както и „психосоциални причини”; „опит за самоубийство-съмнение или сигурен”; конфликтни ситуации между пациент и медицински персонал или между близки на болния и медицински персонал. Макар, че при повечето причини за насочване разпределението по пол е равнопоставено между мъже и жени, при проблеми с настроението са регистрирани повече жени. Нашите констатации са съответствие с проучването, направено от Rastogi et al (2011), в което е установено, че поведенческите проблеми и агресията, свързана с психоза, са водещите причини за насочване към лиезон психиатрична експертиза [15].

Разпределението на психиатричните прегледи според изискващи психиатрична помощ клиники или отделения е представено на таблица 1.

Таблица 1: Честотно разпределение на извършените психиатрични прегледи според заявка от лекуващ лекар в клиника или отделение на Болницата

Клиника/Отделение	N	(%)
Токсикология-възрастни	5260	28.62
Токсикология-деца	697	3.79
Хирургия	2562	13.94
Гнойно-септична хирургия	742	4.04
1- ва ортопедия и травматология	2610	14.20
2- ра ортопедия и травматология	2187	11.90
Неврохирургия - възрастни	1009	5.49
Неврохирургия - деца	115	0.63
Спешни вътрешни болести	873	4.75
Спешна кардиология	362	1.97
Изгаряне и пластична хирургия	278	1.51
Урология	311	1.69
Детска ортопедия и травматология	58	0.32
Детска хирургия	22	0.12
Интензивно лечение - ЦР	179	0.97
Неврохирургична реанимация	148	0.81
Изгаряне - реанимация	62	0.34
Детска реанимация	41	0.22
Противошокова зала - възрастни	56	0.30
Хирургия на ръката	139	0.76
Оперативна гинекология	129	0.70
Отделение по диализно лечение	19	0.10
Спешно отделение -възрастни	375	2.04
<i>Създадени след 2010 година:</i>		
Неврология	73	0.40
Оториноларингология	21	0.11
Гастроентерология	43	0.23
Педиатрия	3	0.02
Общо	18374	100.0

Абревиатура: * N - брой единици; † % - относителна честота.

От таблицата се вижда, че около 30% от психиатричните прегледи са осъществени на територията на Клиника Токсикология – възрастни и деца, следвана от Първа и втора клиника ортопедия и травматология (26%), Клиника по хирургия (18%) и Клиника по неврохирургия (6.2%). Немалкият обемът на консултативната и лиезон психиатрична активност в Клиника Токсикология е свързан с необходимостта от компетентна специализирана подкрепа на мнозинството болни, хоспитализирани поради регистрирани суи-

цидни действия (умишлено самоотравяне с медикаменти). Нашите данни по отношение разпределението на психиатричните прегледи според изискващи психиатрична помощ клиники или отделения в Болницата кореспондират с констатациите на Christodoulou et al. (2008), които съобщават за водещи соматични причини при пациентите като нараняване, отравяне, фрактура (30%) [2].

Разпределението на изследвания контингент по нозологична принадлежност е показано на таблица.2.

Таблица 2: Честотно разпределение на пациентите по по нозологични единици

Нозологична единица	N	%
Делир, непредизвикан от алкохол или медикаменти	2456	13.37
Деменция - болест на Алцхаймер, съдова деменция, неуточнена деменция	1018	5.54
Леко когнитивно разстройство	183	0.10
Посттравматичен органичен мозъчен синдром	308	1.68
Синдром на зависимост от алкохол	1267	6.90
Синдром на зависимост от психоактивни вещества /извън алкохол/	923	5.02
Абстинентно състояние с делир, предизвикано от алкохол	1028	5.59
Абстинентно състояние при синдром на зависимост от психоактивни вещества /извън алкохол/	871	4.74
Шизофрения, шизотипни и налудни разстройства	1128	6.14
Афективни разстройства	2470	13.44
Тревожни разстройства - фобийни, паническо разстройство, генерализирана тревожност	2217	12.07
Реакции на тежък стрес и разстройства в адаптацията	1683	9.16
Дисоциативни разстройства	307	1.67
Соматоформни разстройства	631	3.43
Личностови разстройства	617	3.36
Умствена изостаналост	119	0.65
Епилепсия	346	1.88
Клинично здрави	802	4.36
общо	18374	100

Най-често поставяните диагнози са от групата на органични психични разстройства – 21%. На второ място са прегледи на пациенти, които демонстрират синдроми от афективния спектър - 13.44%, следвани от тревожни разстройства – 12%. Нашите данни съвпадат с тези от проучване на Meagher (2001), който съобщава за делир възникнал при уязвима популация като възрастните хора с честота около 15%. Много изследвания както в Индия, така и в Китай потвърждават, че органичните психични разстройства са водещият фактор в психиатричната диагноза [9, 12, 17].

В достъпната литература са описани различни модели на лиезон психиатрия. Моделите с фокус върху консултациите, включват:

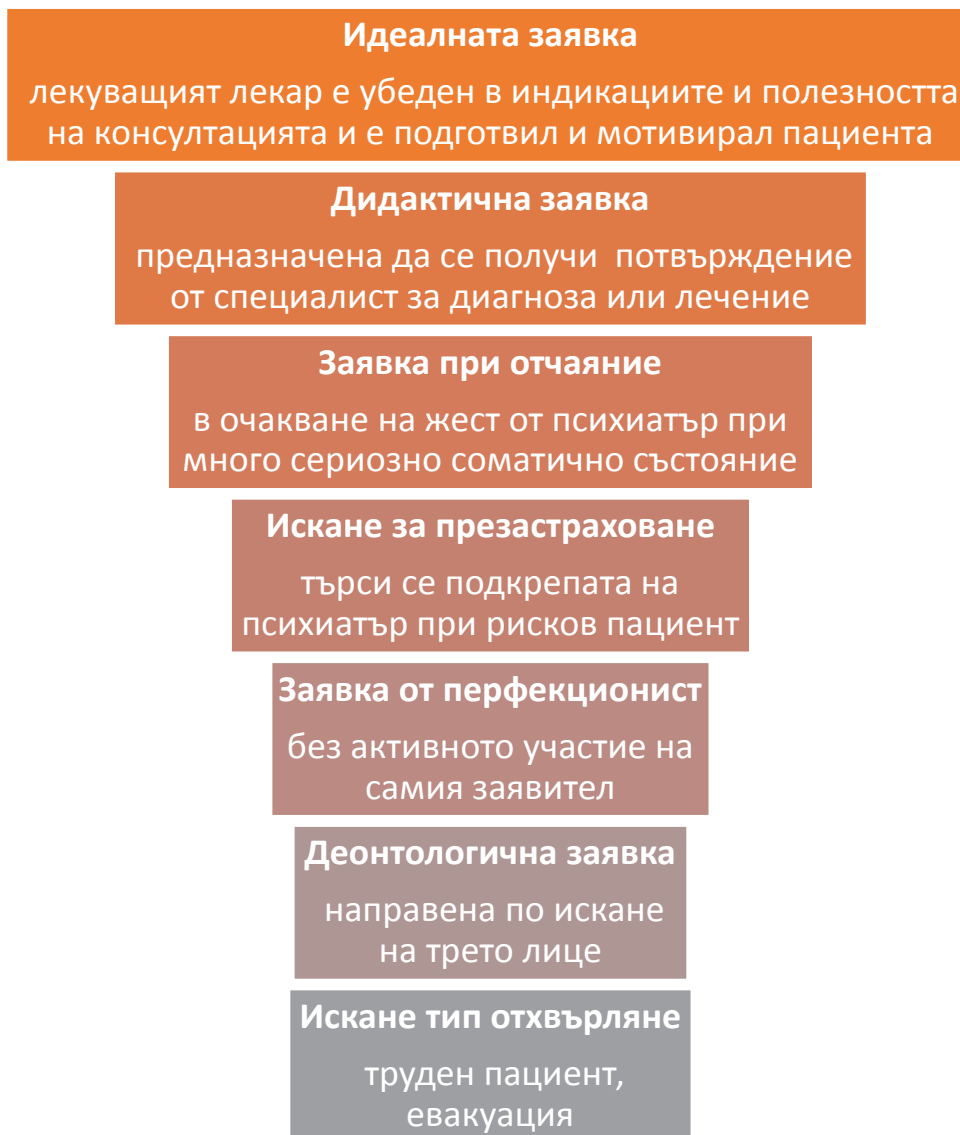
- подход, ориентиран към пациента,
- кризисно ориентиран подход
- подход, ориентиран към консултанта,
- подход, ориентиран към ситуациято и
- разширен модел на психиатрична консултация.

В зависимост от фокуса на работа различните лиезон психиатрични намесисе обособяват биологичен модел, модел на средата и интегрален модел. Биологичният модел поставя акцент върху невронауката, психофармакологията и психологическия мениджмънт. Моделът на средата се основава на междуличностните взаимодействия, реакцията на персонала и разбирането на обкръжаващата среда. Интегралният модел обикновено включва предоставянето на психологична помощ като неразделен фактор на клиничната и административната работа и е представен на фигура 2 [6,7,13,19].



Фиг. 2. Интегрален модел на психиатрична намеса.

Gunn-Sechehaye изследва мотивите и градацията на изискваната психиатрична консултация. Обобщението представяме както следва [8].



Уменията на лиезон психиатъра предполагат наличие на солидни психиатрични знания и опит, възможност за многоосева диагностика, екзактна преценка на нивото на спешност, идентифициране на стресорите, избор на интервенция за най-бързо разрешаване на даден проблем, интелектуално любопитство и добра обща медицинска култура. Характерните нагласи на лиезон психиатрите в многопрофилната болница са свързани с възможност за ефективно функциониране в различни роли в ежедневната медицинска практика като медицински експерт, комуникатор, сътрудник, мениджър, учен и професионалист. Лиезон психиатрите успяват да интегрират широк спектър от медицински, правни и фармакологични

умения [3,4,5].

Известно е, че всички лекари имат основно задължение да се придържат строго към принципите на медицинската етика. В лиезон психиатрията основен постулат е защитата на поверената информация относно пациента. Психиатричният запис е най-добър, когато е кратък и е с фокус върху грижата на лекуващия лекар за пациента. Лиезон психиатъра неизбежно е въввлечен в различни конфликтни ситуации, които изискват внимателно обмисляне относно вземането на етични решения. Днес клиничната етика надхвърля проблемите на правната компетентност и теоретичните етични принципи. От самото начало една от целите е постигане на по-добри холистични грижи за паци-

ентите чрез преминаване от традиционно консултативния подход към интегрирани медицински грижи. Лиезон психиатрията е атрактивна дисциплина, която се стреми да

отстоява своята идентичност в условията на общата болница. Практикуването на лиезон психиатрия е истинско професионално предизвикателство.

Библиография

1. Chocard AS, Malka J, Tourbez G, Duverger P, Gohier B, Garré JB. Psychiatrie de liaison: Quelles sont les qualités exigibles d'une équipe de psychiatrie de liaison?. In Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique 2005 Oct 1 (Vol. 163, No. 8, pp. 691-696). Elsevier Masson.
2. Christodoulou C, Fineti K, Douzenis A, et al. Transfers to psychiatry through the consultation-liaison psychiatry service: 11 years of experience. Ann Gen Psychiatry 2008;7:10.
3. Consoli SM. Psychiatrie à l'hôpital général. Paris: Elsevier, EMC « Psychiatrie »; 1998 (37-958-A-10 : 11 p).
4. Consoli SM. La psychiatrie de liaison, de ses définitions à la diversité de ses pratiques : quelles perspectives ? Nervure 2000;15-22 (Tome XIII).
5. Consoli SM. In: Transmettre sans trahir : une impérieuse nécessité pour la psychiatrie de liaison. Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale. Tome VII; 2003. p. 7-13.
6. Greenberg IM. Approaches to psychiatric consultation in a research hospital setting. Arch Gen Psychiatry 1960;3:691-7.
7. Greenhill MH. The development of liaison programs. In: Usdin G, editor. Psychiatric Medicine. New York: Brunner Mazel; 1977. p. 115-91.
8. Gunn-Sechehaye. A propos de l'activité d'un service de consultation psychiatrique à l'hôpital général. Med Hyg. 1967;25:889-891
9. Ji J, Ye C. Consultation-Liaison psychiatry in China. Shanghai Arch Psychiatry 2012;24:124
10. Lipowski ZJ. Consultation-liaison psychiatry in a general hospital. Compr Psychiatry 1971;12:461-5.
11. Lipowski ZJ. Current trends in consultation-liaison psychiatry. Can J Psychiatry 1983;28:329-38.
12. Meagher DJ. Delirium: Optimizing management. BMJ, 2001, 322 (7279):144-149
13. Meyer E, Mendelson M. Psychiatric consultations with patients on medical and surgical wards: Patterns and processes. Psychiatry 1961;24:197-220.
14. Pablo RY, Lamarre CJ: Psychiatric consultation on a general hospital. Can J Psychiatry 1988; 33:224-230
15. [84]. Rastogi R, Madhusudan K, Verma P, et al . Psychiatric referral characteristics at a tertiary care Hospital: a fresh appraisal. Indian J of Social Psychiatry 2011;27:165-9
16. Strain JJ: Needs for psychiatry in the general hospital. Hosp Community Psychiatry 1982; 33:996-1002
17. Tekkalaki B, Tripathi A, Arya A, et al. . A descriptive study of pattern of psychiatric referrals and effect of psychiatric intervention in consultation-liaison set up in a tertiary care center. Indian J Soc Psychiatry 2017;33:165
18. Versaevel C, Cottencin O, Dufeutrel L, Lajugie C, Jeanson R. Évaluation d'une action pédagogique dans le cadre de la psychiatrie de liaison. In Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique 2005 Mar 1 (Vol. 163, No. 2, pp. 118-126).
19. Weisman AD, Hackett TP. Organization and function of a psychiatric consultation service. Int Rec Med 1960;173:306-11.
20. Zumbrennen R. Psychiatrie de liaison. Paris: Masson « Collection Médecine et Psychothérapie »; 1992.

Адрес за кореспонденция:

Доц. Анелия Лукова, дм

УМБАЛСМ „ПИРОГОВ“, Клиника токсикология, София, Тотлебен 21, aloukova@gmail.com

ЗА ДИСХАРМОНИЧНОТО ПОВЕДЕНИЕ В БОЛНИЧНИ УСЛОВИЯ И КАЧЕСТВОТО НА ЖИВОТ НА ВЪЗРАСТНИТЕ ПАЦИЕНТИ

Анелия Лукова
УМБАЛСМ „Н.И.ПИРОГОВ“-ЕАД

DISHARMONY BEHAVIOR IN HOSPITAL SETTINGS AND QUALITY OF LIFE IN ELDERLY PATIENTS

Anelia Loukova
UMBALSM „N.I. Pirogov“

Резюме:

В условия на интегрирани болнични медицински грижи от особено голямо значение е успешното управление на често срещания при хоспитализирани възрастни пациенти делирозен синдром. С акцент върху терапевтичните стратегии в материала се обръща внимание към мултимодалния подход превенция на състоянието. Последствията при възрастни пациенти от преживяно делирозно състояние в болнични условия са свързани с риск от дългосрочни когнитивни увреждания. Всичко това налага идентифициране и прилагане на ефективни интервенции за подобряването на психосоциалното функциониране и поддържане качеството на живот на отделния пациент.

Ключови думи: дисхармонично поведение, делир, превенция, възрастни пациенти, качество на живот.

Summary

In the context of integrated hospital medical care, the successful management of the delirious syndrome, which is common in hospitalized adult patients, is of particular importance. With an emphasis on therapeutic strategies, article focuses on the multimodal approach to preventing the condition. The consequences of experiencing delirious conditions in hospital settings in adult patients are associated with a risk of long-term cognitive impairment. All this requires the identification and implementation of effective interventions to improve psychosocial functioning and maintain the quality of life of the individual patient.

Key words: disharmonious behavior, delirium, prevention, elderly patients, quality of life.

Въведение

Нарастващата продължителност на живота и намаляващата раждаемост определя важен демографски проблем, свързан с повишаване на показателя за средната възраст на населението. Напредването на хронологичната възраст е биологично обусловен естествен процес в индивидуалното развитие на човека. Стандартите на ООН определят хората над 60 години за възрастно население. Директивите на Европейската комисия означават като възрастни лицата на възраст 65-79 години, а

тези на възраст 80 и повече години като стари. Според Световната здравна организация напреднала възраст е възрастовата група 75-89 години, а над 90 години се счита за дълголетие. [1, 6].

Тезата за дисхармонично поведение е клинично хетерогенна, пряко свързана с клинични явления като ажитация, психомоторна възбуда, агресия и неподчиняемост. Трябва да се отбележи подчертано високата й значимост в множество диагностични области на меди-

цинската наука. Изисква бързо разпознаване, подходяща оценка и мениджмънт. Ажитацията представлява ексцесивна целенасочена словесна и/или двигателна активност. Агресията включва поведение водещо до вербално или физически увреждане на друго лице. Проблемът за психомоторната възбуда и неподчиняемо поведение при пациенти, особено при възрастни, е свързан с висок потенциален риск както от автоагресия, така и от хетероагресия. Това практически е част от спешните медицински интервенции. Определя се като „временно прекъсване на колаборацията между лекар и пациент, която пречи на оценката и лечението, в период, когато е това е необходимо“. Относителната честота при зависимост към алкохол е 25 %, при когнитивен дефицит /деменция/ – 24%-45%, при тревожни разстройства – 20%-30%. [3, 5, 18, 19, 20].

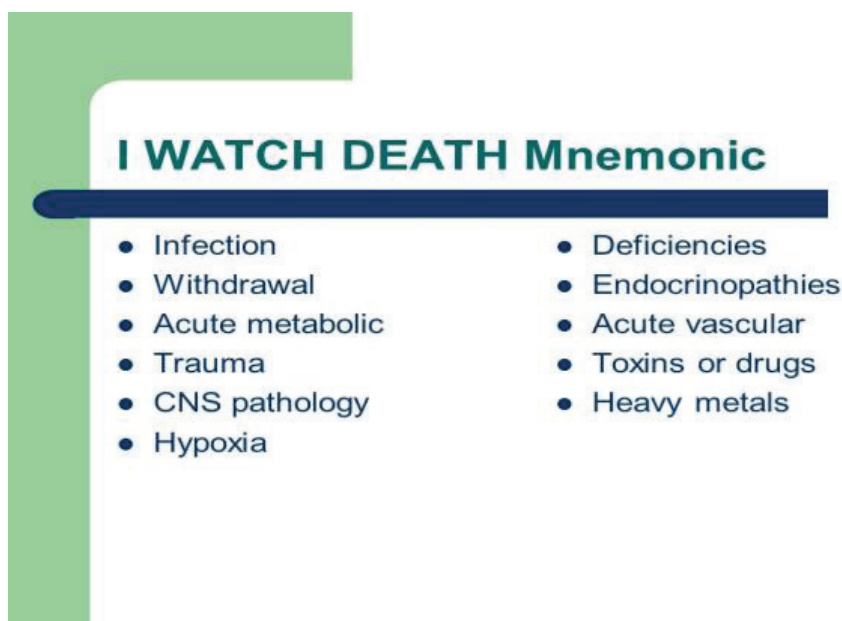
За да се улесни правилният клиничен мениджмънт на дисхармоничното поведение при хоспитализирани възрастни хора се препоръчва строго разграничаване на етиологичните фактори - психомоторна възбуда, свързана с ендогенен психотичен процес /шизофрения, биполярно афективно разстройство/, психомоторна възбуда от непсихотичен тип /при тревожни разстройства, личностни разстройства, умствена изостаналост, конфликт с

персонала или други пациенти/, или соматогенна причина за състоянието. Целта на тази първоначална оценка е да се постигне бързо стабилизиране на състоянието на пациента, да се осигури най-малко рестриктивната форма на лечение, да се постигне терапевтичен съюз с пациента. [4, 17].

С акцент върху терапевтичните стратегии при хоспитализирани възрастни пациенти обръщаме внимание към мултимодалния подход, включващ превенция на възможни усложнения на заболяванията. В условия на интегрирани болнични медицински грижи от особено голямо значение е успешното управление на често срещания при хоспитализирани възрастни пациенти делирозен синдром.

Разпространението му сред възрастните болни е 10–24% и засяга 37–46% от общата хирургична популация /коремна хирургия 10 - 33%, офталмология 7 - 9%/. В ортопедичната хирургия, особено възстановяване на фрактури на тазобедрената става, се наблюдава висока честота на делир между 43% и 61%. Болничният леталитет е 22-76% и е съпоставим с леталитета при миокарден инфаркт и сепсис, като при пациенти над 70 години, преживели делир в болнични условия, рискът от смърт е 62% през следващата година [15].

Рисковите фактори за делир са представени от Inouye [59] [Фиг.1].



Фиг. 1. Рискови фактори за делир.

Патофизиологичният механизъм за възникване на състоянието е свързан с остър централен холинергичен дефицит и допаминергичен излишък. Клиничното идентифициране на делирознния синдром е свързано с разстройство на съзнанието от качествен тип, невъзможност за фокусиране, поддържане и превключване на вниманието, зрителни халюцинасторни изживявания, дезориентация за време, а в по-тежките степени - и за място и собствена личност, афект на тревога, страх, или раздразнителност, нарушение на цикъла бодърствуване – сън с влошаване на симптомите през нощта, тревожни съновидения или кошмари [13, 21].

Мениджмънтът на състоянието е свързан с три вектора, а именно идентификация, лечение и превенция. Диагностицирането на делир при възрастни хора изисква системен подход при разпознаване на синдрома. Повечето лекари оценяват делир въз основа на две характеристики: дезориентация /за време, място/ и дисхармонично поведение. Един от валидираните скринингови диагностични инструменти е използването на метода за оценка на объркаността /кратък, широко използван структуриран въпросник с висока чувствителност/ въз основа на данни за остро начало, нарушено внимание, дезорганизирано мислене, промяна в ясотата на съзнанието. [14, 23].

Клиничната необходимост изисква последваща бърза и ефективна фармакологична терапия на делирознния синдром. Интервенцията е с фокус върху острите симптоми, овладяване на опасното поведение и възстановяване на нормална връзка лекар-пациент. Нито една група от атипични антипсихотици не се очертава като алтернатива на приложението на конвенционалния антипсихотик халоперидол [7, 9, 16, 22].

Протоколът за превенция на делир при възрастни хоспитализирани пациенти включва прилагането на поведенчески и фармакологични мерки. Макар че редукцията на рисковите фактори е фундаментален момент, от изключителна важност е осигуряване на психосоциална подкрепа, включваща комплекс от въздействия върху индивида за стимулиране и поддържане оптималното му ниво на когнитивно, емоци-

онално, поведенческо и социално функциониране. Поведенческият подход включва реориентация на пациента /осигуряване на часовник, календар/, недопускане на сензорна депривация /използване на очила и слухови апарати/, успокояване на болния чрез словесен стимул. Присъствието на членове на семейството или личен асистент до болничното легло има позитивен психологичен ефект. Фокусираната към решенията кратка психотерапия терапия дава възможност на близките на болния да приемат новата ситуация и да развият стратегии за справяне с проблемите в следболничния етап. При фармакологичния подход екзогенната добавка на мелатонин може да подобри качеството на съня и по този начин да помогне за превенция на делир. Мениджмънтът на болката е от изключително важно значение [10, 11].

Конструктивните действия в болнична помощ включват тестове за изследване на когниция при постъпване в лечебно заведение и през периода на хоспитализацията, адекватен прием на течности и храна, ранна рехабилитация чрез раздвижване, елиминирани или ограничаване на употребата на потенциално проблемни медикаменти с висок антихолинергичен потенциал. Хоспитализацията е идеалното време за извършване на промени в приема на дългосрочно приеманите лекарства. Програмите за управление на заболяванията предполагат активен консенсус при селекцията на най-правилния път на поведение към пациентите, индивидуализиране на извършваните медицински дейности и технически процедури. Последствията при възрастни пациенти от преживяно делирозно състояние в болнични условия са свързани с риск от дългосрочни когнитивни увреждания, които обикновено продължават седмици или месеци. Нарушена е способността да се разпознават и обработват по адекватен и икономичен начин сложни задачи т.е. да се възприема, мисли, учи. Затруднени са моторните умения, памет, внимание, ексекутивни функции, използване на информация. Функционалната когнитивна цялост и се запазва по-добре при хора с по-висок социално-икономически статус и образователни постижения [2, 8, 20].

Всичко това налага идентифициране и прилагане на ефективни интервенции за подобряването на психосоциалното функциониране и поддържане качеството на живот на отделния пациент. Интересът към концепцията качество на живот в последните десетилетия е голям и има отношение към здравните политики и оценката на ефективността на редица интервенции в общественото здраве. Успешните терапевтични интервенции не винаги води до подобрения в удовлетвореността на хората от условията им на живот впоследствие поради възможна инвалидизация или развитие на хронично соматично заболяване и влошен психосоциален статус. Последните оказват влияние върху ежедневието, защото са продължителни по време, често с прогресивен ход. Решаваща роля има отношението на самия пациент към болестта, неговата субективна оценка извън предоставената медицинска услуга и формулирането на определени потребности след болничното лечение.

Усилията на здравната система трябва да бъдат насочени към осъществяване на холистичен подход при подобряване на здравния статус на възрастните хора.

Заклучение и практико-приложни изводи:

Делирът е сложен медицински проблем, свързан с висока заболеваемост и е независим рисков фактор за повишена смъртност сред възрастни пациенти. Това е сериозно, социално-значимо, често срещано, невинаги диагностицирано усложнение при хоспитализирани възрастни пациенти, изискващо екзактна клинична оценка и незабавно лечение. Ранното откриване на заболяването подобрява ползите от лечението, намалява продължителността на болничния престой и предотвратява негативните медико - социални последици за болния и близките.

Библиография

1. Георгиева Л. Здравно и ролево функциониране в напреднала възраст. Варненски медицински форум, т. 6, 2017, 2, 449-454
2. Славов Ч., Микова О., Демирев М. Психиатрични проблеми в хирургичната практика. Психиатрия и соматична медицина.363-368
3. Allen, M. H. Managing the agitated psychotic patient: a reappraisal of the evidence. J. Clin. Psychiatry, 2000, 61(Suppl. 14), 11-20.
4. Garriga M, Pacchiarotti O, Kasper S, et al. Assessment and management of agitation in psychiatry: expert consensus. World J Biol Psychiatry. 2016;17:86-128.
5. Citrome L, Volavka J. Clinical management of persistent aggressive behavior in schizophrenia, part I. Definitions, epidemiology, assessment and acute treatment. Essen Psychopharmacol. 2002;5:1-6.
6. Cornoni-Huntley JC, Foley DJ, White LR, et al. Epidemiology of disability in the oldest old: methodologic issues and preliminary findings. The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society. 1985 Apr 1:350-76.
7. Dubin, W. R., Feld, J. A. Rapid tranquilization of the violent patient. Am. J. Emerg. Med. 1989, 7, 313-320
8. Ehlenbach WJ, Hough CL, Crane PK, et al. Association between acute care and critical illness hospitalization and cognitive function in older adults. JAMA. 2010;303(8):763-770.
9. Garriga M, Pacchiarotti O, Kasper S, et al. Assessment and management of agitation in psychiatry: expert consensus. World J Biol Psychiatry. 2016;17:86-128.
10. Gower LE, Gatewood MO, Kang CS. Emergency department management of delirium in the elderly. West J Emerg Med. 2012 May;13(2):194-201.

11. Inouye SK, Bogardus ST Jr, Charpentier PA, et al. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *N Engl J Med* 1999; 340 : 669-76.
12. Inouye SK. Predisposing and precipitating factors for delirium in hospitalized older patients. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 1999;10:393–400.
13. Inouye SK. Delirium in older persons. *N Engl J Med* 2006; 354 : 1157-65.
14. Laurila JV, Pitkala KH, Strandberg TE, et al. Confusion assessment method in the diagnostics of delirium among aged hospital patients: would it serve better in screening than as a diagnostic instrument? *Int J Geriatr Psychiatry* 2002; 17 : 1112-9.
15. Maldonado JR. Delirium in the acute care setting: characteristics, diagnosis and treatment. *Crit Care Clin.* 2008;24(4):657–722
16. Mantovani, C., Migon, M. N., Alheira, F. V. et al. Management of the violent or agitated patient. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2010, 32(Suppl.2), 96–103
17. Pacciardi B, Mauri M, Cargioli C, et al. Issues in the management of acute agitation: how much current guidelines consider safety? *Frontiers in psychiatry.* 2013 May 7;4:26.
18. Swanson, J., Hozler, C., Ganju, V. Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the epidemiologic catchment area surveys. *Hosp. Community Psychiatry* 1990,41, 761–770.
19. Tardiff, K., and Sweillam, A. Assaultive behavior among chronic inpatients. *Am. J. Psychiatry,* 1982, 139, 212–215. Vieta, E., Garriga, M., Cardete, L. et al. Protocol for the management of psychiatric patients with psychomotor agitation. *BMC Psychiatry,* 2017, 17, 328
20. Wacker P, Nunes PV, Cabrita H, et al . Post-operative delirium is associated with poor cognitive outcome and dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 2006;21(4):221–227.
21. WHO. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders - clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, 1992
22. Zeller SL, Rhoades RW. Systematic reviews of assessment measures and pharmacological treatments for agitation. *Clin Ther.* 2010;32:403–25
23. Zou Y, Cole MG, Primeau FJ, et al. Detection and diagnosis of delirium in the elderly: psychiatrist diagnosis, confusion assessment method, or consensus diagnosis? *Int Psychogeriatr* 1998; 10 : 303-8.

Адрес за кореспонденция:

Доц. Анелия Лукова, дм

УМБАЛСМ „ПИРОГОВ“, Клиника токсикология, София, Тотлебен 21, aloukova@gmail.com

ЛИПОПРОТЕИН (А) – “STATE OF THE ART”

В. Минчева, М. Минчев, Н. Колева
НМТБ “Цар Борис III”

LIPOPROTEIN A – STATE OF THE ART

V. Mincheva, M. Minchev, N. Koleva
National Multifunctional Transport Hospital

Резюме:

Липопротеин(а) (Lp(a)) е вариант на липопротеин с ниска плътност, съдържащ протеин, наречен аполипопротеин(а). Apo(a) е подобен на плазминогена протеин, който придава някои патологични характеристики на Lp(a). На съвременния етап се обсъжда значението на (Lp(a)) като рисков фактор за атеросклероза, сърдечно-съдови заболявания и инсулт, като в обзора се посочват налични доказателства за това. Отразени са провеждащи се проучвания, които изследват терапевтичните възможности за повлияване нивата на (Lp(a)).

Ключови думи: Липопротеин(а) (Lp(a)), риск за сърдечно-съдови заболявания, съвременни проучвания за (Lp(a)).

Summary

Lipoprotein(a) (Lp(a)) is a variant of low-density lipoprotein containing a protein called apolipoprotein(a). Apo(a) is similar to the plasminogen protein, which confers some pathological characteristics to Lp(a). The importance of Lp(a) as a risk factor for atherosclerosis, cardiovascular disease, and stroke is currently being debated, and the review outlines the available evidence. Ongoing studies investigating therapeutic options for influencing Lp(a) levels are reviewed.

Key words: Lipoprotein(a) (Lp(a)), risk for cardiovascular disease, current studies on (Lp(a)).

Въведение

Липопротеин (а) (Lp(a)) е вариант на липопротеин с ниска плътност, съдържащ протеин, наречен аполипопротеин (а). Apo (а) е подобен на плазминогена протеин, който придава някои патологични характеристики на Lp(a). (Lp(a)) е открит през 1963 г. От Kare Berg [1]. Човешкият ген, кодиращ аполипопротеин (а), е успешно клониран през 1987 г.[2]

Генетични и епидемиологични проучвания са идентифицирали (Lp(a)) като рисков фактор за атеросклероза и свързани с нея заболявания, като коронарна болест на сърцето и инсулт. Данните обяснимо насочват вниманието към този лабораторен показател. [3-6].

Lp(a) се произвежда главно в черния дроб и има широк спектър от характеристики, включително атерогенност, тромбогенност и провъзпалителни свойства. Неговата фи-

зиологична функция е била тема на дебат и се смята, че играе роля в заздравяването на рани. Въпреки това, много хора имат неоткриваеми нива на Lp(a), което насочва вниманието към неговата функция. Смята се, че около 20-25% от населението в световен мащаб има повишени нива на Lp(a) [7]. Нивата на Lp(a) са генетично определени, с незначително влияние от факторите на околната среда или начина на живот, а тези при възрастни се достигат още в детска възраст, обикновено до 5 години. Lp(a) показва широки расови вариации, като лицата с африкански произход имат значително по-високи нива, отколкото лицата с азиатски или бял произход. Нивата при лица с латиноамерикански произход са сравними с тези с бял произход. Сред хората от латиноамерикански етнически произход, тези от американски произход имат по-ниски нива от тези със западноафрикански произход [8].

Проучванията показват, че възпалителни състояния [9] бременност [10] хипотиреоидизъм [11] терапия с растежен хормон [12] и бъбречни заболявания [13] повишават нивата на Lp(a). Последните са намалени при тежки състояния в остра фаза [14] хормонозаместителна терапия след менопауза [15] хипертиреоидизъм и чернодробни заболявания [16]. Следователно е препоръчителна изследване на Lp(a) извън тези състояния.

Както се посочи по-горе, Lp(a) е установен независим рисков фактор за атеросклероза, сърдечно-съдови заболявания (ASCVD) включително калцифицираща аортна стеноза, подкрепен от резултатите от епидемиологични и проспективни проучвания [17, 18]. Налични са доказателства за силна връзка между нивата на високочувствителния C-реактивен протеин (CRP) и Lp(a) като съвместни предсказващи фактори за големи нежелани сърдечно-съдови събития. Това акцентира върху разширяване на изследванията, включително с терапевтична цел.

Проучванията върху животни показват, че Lp(a) може директно да допринесе за атеросклеротично увреждане чрез увеличаване на размера на плаките, възпаление, нестабилност и растеж на гладкомускулни клетки [19]. Генетичните данни също подкрепят теорията, че Lp(a) причинява сърдечно-съдови заболявания [20].

Високите нива на Lp(a) в кръвта корелират с коронарна болест на сърцето (CHD), сърдечно-съдови заболявания (ССЗ), атеросклероза, тромбоза и инсулт. Връзката между нивата на Lp(a) и инсулт обаче не е толкова силна, колкото тази между Lp(a) и сърдечно-съдовите заболявания [21]. Както бе посочено, концентрациите на Lp(a) могат да бъдат повлияни от някои болестни състояния, но се променят незначително от диета, физически упражнения и фактори на околната среда.

Високите нива на Lp(a) корелират с ранна атеросклероза, независимо от други рискови фактори за сърдечни заболявания, включително LDL холестерол. При пациенти с напреднало сърдечно-съдово заболяване, Lp(a) показва коагулантен риск от тромбоза. Apo(a) съдържа домейни, много подобни на плазминоген (PLG). Lp(a) се натрупва в съдовата стена и инхибира свързването на PLG с клетъчната повърхност, намалявайки

генерирането на плазмин, което увеличава съсирването. Това инхибиране на PLG от Lp(a) също така стимулира пролиферацията на гладкомускулни клетки. Тези уникални характеристики на Lp(a) предполагат образуване на съсиреци и атеросклеротични промени [22].

През годините Lp(a) е застъпен в редица световни препоръки за контрол на дислипидемията и атеросклеротичните сърдечно-съдови заболявания [23-26].

Европейското дружество по атеросклероза препоръчва при пациенти с умерен или висок риск от сърдечно-съдови заболявания да бъдат проверени нивата на Lp(a). Всеки пациент с един от следните рискови фактори трябва да бъде скриниран:

преждевременно сърдечно-съдово заболяване;

фамилна хиперхолестеролемия;

фамилна анамнеза за преждевременно сърдечно-съдово заболяване;

фамилна анамнеза за повишен Lp(a);

рецидивиращо сърдечно-съдово заболяване въпреки лечението със статини;

≥3% десетгодишен риск от фатално сърдечно-съдово заболяване според европейските насоки [27].

Приблизителните нива на риск са посочени от резултатите по-долу, въпреки че понастоящем съществуват различни методи за измерване на Lp(a). Разработен е стандартизиран международен референтен материал, който е приет от Експертния комитет по биологична стандартизация на СЗО и Международната федерация по клинична химия и лабораторна медицина. Както се посочва, въпреки че е необходима по-нататъшна стандартизация, разработването на референтен материал е важна стъпка към стандартизиране на резултатите. [28-30].

Нива на Lp(a):

Желателно: <14 mg/dL (<35 nmol/L)

Граничен риск: 14–30 mg/dL (35–75 nmol/L)

Висок риск: 31–50 mg/dL (75–105 nmol/L)

Много висок риск: >50 mg/dL (>105 nmol/L)

Американската академия по педиатрия препоръчва всички деца на възраст между девет и единадесет години да бъдат изследвани за хиперлипидемия. Нивата на Lp(a)

трябва да се имат предвид при деца с фамилна анамнеза за ранно сърдечно заболяване или високи нива на холестерол в кръвта. Въпреки това се посочва, че няма достатъчно проучвания, определящи кои терапии биха могли да бъдат полезни.[31].

В табл. 1. [32] е представена новата пре-

поръка на Европейското дружество по кардиология, отразяваща връзката между увеличаването на риска от сърдечно-съдови заболявания и нивата на Lp(a). За повишени стойности се смятат стойности на Lp(a) ≥ 50 mg/dL (≥ 105 nmol/L) (засягащи поне 20 % от глобалното население).

Таблица 1. Препоръки за измерване на Lp(a)

Препоръки	Клас ^a	Ниво ^b
Препоръки за измерване на липопротеин(a)		
Нивата на Lp(a) над 50 mg/dL (105 nmol/L) трябва да се разглеждат при всички възрастни като фактор, повишаващ сърдечносъдовия риск, като по-високите нива на Lp(a) са свързани с по-голямо увеличение на риска.	IIa	B

CV-сърдечносъдов, Lp(a)- липопротеин a, ^aКлас на препоръка, ^bНиво на доказателство

Най-често предписваните лекарства за намаляване на липидите имат малък или никакъв ефект върху концентрацията на Lp(a). Резултатите от употребата на статини са смесени в повечето проучвания, въпреки че мета-анализ, публикуван през 2012 г., предполага, че аторвастатин може да е от полза [33]. Доказано е, че ниацинът (витамин B3)

значително намалява нивата на Lp(a) при хора с високи нива на нискомолекулен Lp(a). [34, 35]

На съвременния етап няма утвърдена терапия за повлияване нивата на Lp(a). Няколко нови лекарствени молекули, понижаващи Lp(a) в момента се оценяват в клинични изпитвания. Табл. 2. [36].

Таблица 2.

Drug	Modality	Mechanism	Dosing / administration	Clinical trial	Trial endpoints
Pelacarsen	Antisense oligonucleotide	Targets LPA mRNA	Subcutaneous injection once monthly	Phase 3 – Lp(a) HORIZON ^[73]	Time to first occurrence of cardiovascular death, non-fatal myocardial infarction, non-fatal stroke, or urgent coronary revascularization requiring hospitalization
Olpasiran	siRNA (GalNAc-conjugated)	"	Subcutaneous injection every 12 weeks	Phase 3 – OCEAN(a)-Outcomes ^[74]	Time to first occurrence of coronary heart-disease death, myocardial infarction, or urgent coronary revascularization
Zerlasiran	siRNA	"	Subcutaneous injection; dosing under study (e.g., every 16–24 weeks)	Phase 2 – ALPACAR-360 ^[75]	Placebo-adjusted, time-averaged percent change in Lp(a) from baseline through ~36 weeks
Lepodisiran	siRNA (extended-duration)	"	Infrequent subcutaneous dosing (under study)	Phase 2 ^[76]	Placebo-adjusted, time-averaged percent change in serum Lp(a) from day 60 to day 180
Muvalaplin	Oral small-molecule	Inhibits Lp(a) assembly	Oral, once daily in trials	Phase 2 – KRAKEN ^[77]	Percent change in Lp(a) from baseline at 12 weeks

КЪМ Табл. 2. (73) Clinical trial number *NCT04023552* for "Assessing the Impact of Lipoprotein (a) Lowering With Pelacarsen (TQJ230) on Major Cardiovascular Events in Patients With CVD (Lp(a)HORIZON)" at ClinicalTrials.gov; (74) Clinical trial number *NCT05581303* for "Olpasiran Trials of Cardiovascular Events and Lipoprotein(a) Reduction (OCEAN(a)) - Outcomes Trial" at ClinicalTrials.gov; (75) Clinical trial number *NCT04606602* for "Evaluate SLN360 in Participants With Elevated Lipoprotein(a) at High Risk of Atherosclerotic Cardiovascular Disease Events" at ClinicalTrials.gov; (76) Clinical trial number *NCT06292013* for "A Study to Investigate the Effect of Lepodisiran on the Reduction of Major Adverse Cardiovascular Events in Adults With Elevated Lipoprotein(a) - ACCLAIM-Lp(a)" at ClinicalTrials.gov; (77) Clinical trial number *NCT05563246* for "A Study of LY3473329 in Adult Participants With Elevated Lipoprotein(a) at High Risk for Cardiovascular Events" at ClinicalTrials.gov

В периода 29 август – 1 септември 2025 г. в Мадрид се проведе юбилейният Европейски кардиологичен конгрес (като се отбелязва 75 години от създаването на Европейското дружество по кардиология), съвместно със Световния конгрес по кардиология, В центъра на вниманието на международната кардиологична общност беше глобалното здраве и динамично променящата се роля на сърдечно-съдовите заболявания в световен мащаб. Конгресът предложи изключително богата научна програма във всички аспекти на кардиологията. Представени бяха пет нови ръководства, включително за поведение при дислипидемии [37]. Сред клю-

В заключение:

Липопротеин(а) (Lp[a]) е независим рисков фактор за атеросклеротично сърдечно-съдово заболяване (ССЗ) и калцифицираща клапна аортна стеноза.

Lp(a) показва значителни расови/етнически вариации, като нивата са най-високи сред лицата от африкански произход.

Нивата на Lp(a) обикновено не се променят след 5-годишна възраст, освен по време

човите новини от конгреса беше акцентът върху Lp(a) като независим рисков фактор за сърдечно-съдови заболявания. Новите препоръки подчертават, че Lp(a) трябва да се измерва поне веднъж в живота на всеки възрастен, особено при пациенти с фамилна анамнеза за преждевременна атеросклеротична болест или повишен сърдечно-съдов риск. Бяха представени нови данни, които потвърждават връзката между високите нива на Lp(a) и неблагоприятните клинични събития. Подчерта се необходимостта от подобро обучение на пациенти и клиницисти относно тестването и управлението на Lp(a).

на значително възпаление, чернодробно заболяване или бъбречно заболяване; следователно нивата трябва да се тълкуват предпазливо през тези периоди.

Настоящите насоки подкрепят еднократно измерване в живота при повечето хора с повишен риск от атеросклеротично ССЗ.

Разработват се нови линии на терапия, включително насочени към генната трансдукция на липопротеин (а) .

Библиография

1. Berg K (1963). „A new serum type system in man-the Ld system“. *Acta Pathologica et Microbiologica Scandinavica*. 59 (3): 369–382. doi:10.1111/j.1699-0463.1963.tb01808.x. PMID 14064818.
2. McLean JW, Tomlinson JE, Kuang WJ, Eaton DL, Chen EY, Fless GM, et al. (1987). „cDNA sequence of human apolipoprotein(a) is homologous to plasminogen“. *Nature*. 330 (6144): 132-37. Bibcode:1987Natur.330..132M. doi:10.1038/330132a0. PMID 3670400. S2CID 4344313.
3. Nordestgaard BG, Chapman MJ, Ray K, Borén J, Andreotti F, Watts GF, et al. (December 2010). „Lipoprotein(a) as a cardiovascular risk factor: current status“ . *European Heart Journal*. 31 (23): 2844–2853. doi:10.1093/eurheartj/ehq386. PMC 3295201. PMID 20965889.
4. Kamstrup PR, Tybjaerg-Hansen A, Nordestgaard BG (April 2011). „Lipoprotein(a) and risk of myocardial infarction--genetic epidemiologic evidence of causality“.

- Scandinavian Journal of Clinical and Laboratory Investigation. 71 (2): 87–93. doi:10.3109/00365513.2010.550311. PMID 21231777. S2CID 23045050.
5. Smolders B, Lemmens R, Thijs V (June 2007). „Lipoprotein (a) and stroke: a meta-analysis of observational studies“. *Stroke*. 38 (6): 1959–1966. doi:10.1161/STROKEAHA.106.480657. PMID 17478739.
6. Amiri M, Raeisi-Dehkordi H, Verkaar AJ, Wu Y, van Westing AC, Berk KA, et al. (May 2023). „Circulating lipoprotein (a) and all-cause and cause-specific mortality: a systematic review and dose-response meta-analysis“. *European Journal of Epidemiology*. 38 (5): 485–499. doi:10.1007/s10654-022-00956-4. PMC 10164031. PMID 36708412.
7. Tsimikas S, Marcovina SM. Ancestry, lipoprotein(a), and cardiovascular risk thresholds: JACC review topic of the week. *J Am Coll Cardiol* 2022;80:934-46.
8. Joshi PH, Marcovina S, Orroth K, et al. Heterogeneity of lipoprotein(a) levels among Hispanic or Latino individuals residing in the US. *JAMA Cardiol* 2023;8:691-6
9. Simantiris S, Antonopoulos AS, Papastamos C, et al. Lipoprotein(a) and inflammation-pathophysiological links and clinical implications for cardiovascular disease. *J Clin Lipidol* 2023;17:55-63.
10. Fanshawe AE, Ibrahim M. The current status of lipoprotein(a) in pregnancy: a literature review. *J Cardiol* 2013;61:99-106.
11. Kotwal A, Cortes T, Genere N, et al. Treatment of thyroid dysfunction and serum lipids: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Endocrinol Metab* 2020;Dec 1:[ePub ahead of print].
12. Laron Z. Increase of serum lipoprotein(a), an adverse effect of growth hormone treatment. *Growth Horm IGF Res* 2022;Sep 9:[ePub ahead of print].
13. Kronenberg F. Causes and consequences of lipoprotein(a) abnormalities in kidney disease. *Clin Exp Nephrol* 2014;18:234-7.
14. Dzobo KE, Kraaijenhof JM, Stroes ESG, Nurmohamed NS, Kroon J. Lipoprotein(a): an underestimated inflammatory mastermind. *Atherosclerosis* 2022;349:101-9.
15. Salpeter SR, Walsh JM, Ormiston TM, Greyber E, Buckley NS, Salpeter EE. Meta-analysis: effect of hormone-replacement therapy on components of the metabolic syndrome in postmenopausal women. *Diabetes Obes Metab* 2006;8:538-54.
16. Jung I, Kwon H, Park SE, et al. Serum lipoprotein(a) levels and insulin resistance have opposite effects on fatty liver disease. *Atherosclerosis* 2020;308:1-5.
17. „Lp(a) and atherosclerotic cardiovascular disease: Guidelines - Lp(a) Forum“ . 2024-03-20. Retrieved 2025-07-09.
18. Nordestgaard BG, Chapman MJ, Ray K, Borén J, Andreotti F, Watts GF, et al. (December 2010). „Lipoprotein(a) as a cardiovascular risk factor: current status“. *European Heart Journal*. 31 (23): 2844–2853. doi:10.1093/eurheartj/ehq386. PMC 3295201. PMID 20965889.
19. Kamstrup PR, Nordestgaard BG (October 2009). „Lipoprotein(a) should be taken much more seriously“. *Biomarkers in Medicine*. 3 (5): 439–441. doi:10.2217/bmm.09.57. PMID 20477514.
20. Kamstrup PR, Tybjaerg-Hansen A, Nordestgaard BG (April 2011). „Lipoprotein(a) and risk of myocardial infarction--genetic epidemiologic evidence of causality“. *Scandinavian Journal of Clinical and Laboratory Investigation*. 71 (2): 87-93. doi:10.3109/00365513.2010.550311. PMID 21231777. S2CID 23045050
21. Nordestgaard BG, Chapman MJ, Ray K, Borén J, Andreotti F, Watts GF, et al. (December 2010). „Lipoprotein(a) as a cardiovascular risk factor: current status“. *European Heart Journal*. 31 (23): 2844–2853. doi:10.1093/eurheartj/ehq386. PMC 3295201. PMID 20965889.
22. Caplice NM, Panetta C, Peterson TE, Kleppe LS, Mueske CS, Kostner GM, et al. (November 2001). „Lipoprotein (a) binds and inactivates tissue factor pathway inhibitor: a novel link between lipoproteins and thrombosis“. *Blood*. 98 (10): 2980–2987. doi:10.1182/blood.V98.10.2980. PMID 11698280.
23. Lipoprotein(a) in atherosclerotic cardiovascular disease and aortic stenosis: a European Atherosclerosis Society consensus statement. August 2022. *European Heart Journal* 43(39) DOI:10.1093/eurheartj/ehac361.

24. 2021 Canadian Cardiovascular Society Guidelines for the Management of Dyslipidemia for the Prevention of Cardiovascular Disease in Adults. 0828-282X/© 2021 Canadian Cardiovascular Society. Published by Elsevier Inc.
25. A focused update to the 2019 NLA scientific statement on use of lipoprotein(a) in clinical practice. 1933-2874/©2024 National Lipid Association. Published by Elsevier Inc.
26. 2019 ESC/EAS guidelines for the management of dyslipidaemias: Lipid modification to reduce cardiovascular risk. *European Heart Journal*, Volume 41, Issue 1, 1 January 2020, Pages 111–188.
27. Nordestgaard BG, Chapman MJ, Ray K, Borén J, Andreotti F, Watts GF, et al. (December 2010). „Lipoprotein(a) as a cardiovascular risk factor: current status“. *European Heart Journal*. 31 (23): 2844–2853.
doi:10.1093/eurheartj/ehq386. PMC 3295201. PMID 20965889
28. Marcovina SM, Albers JJ, Scanu AM, Kennedy H, Giaculli F, Berg K, et al. (December 2000). „Use of a reference material proposed by the International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine to evaluate analytical methods for the determination of plasma lipoprotein(a)“. *Clinical Chemistry*. 46 (12): 1956–1967.
doi:10.1093/clinchem/46.12.1956. PMID 11106328.
29. Dati F, Tate JR, Marcovina SM, Steinmetz A (2004). „First WHO/IFCC International Reference Reagent for Lipoprotein(a) for Immunoassay--Lp(a) SRM 2B“. *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine*. 42 (6): 670–676. doi:10.1515/CCLM.2004.114. PMID 15259385. S2CID 24696473.
30. Ryan GM, Torelli J (2005). *Beyond cholesterol: 7 life-saving heart disease tests that your doctor may not give you*. New York: St. Martin's Griffin. pp. 91. ISBN 978-0-312-34863-2.
31. „Expert panel on integrated guidelines for cardiovascular health and risk reduction in children and adolescents: summary report“. *Pediatrics*. 128 Suppl 5 (Suppl 5): S213 – S256. December 2011. doi:10.1542/peds.2009-2107C. PMC 4536582. PMID 22084329
32. 2025 Focused Update of the 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: Developed by the task force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS) *European Heart Journal*, ehaf190, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaf190> Published: 29 August 2025
33. Takagi H, Umemoto T (January 2012). „Atorvastatin decreases lipoprotein(a): a meta-analysis of randomized trials“. *International Journal of Cardiology*. 154 (2): 183–186. doi:10.1016/j.ijcard.2011.09.060. PMID 21996415.
34. Sahebkar A, Reiner Ž, Simental-Mendía LE, Ferretti G, Cicero AF (November 2016). „Effect of extended-release niacin on plasma lipoprotein(a) levels: A systematic review and meta-analysis of randomized placebo-controlled trials“. *Metabolism: Clinical and Experimental*. 65 (11): 1664–1678. doi:10.1016/j.metabol.2016.08.007. PMID 27733255.
35. Artemeva NV, Safarova MS, Ezhov MV et al.(May 2015). „Lowering of lipoprotein(a) level under niacin treatment is dependent on apolipoprotein(a) phenotype“. *Atherosclerosis Supplements*. 18: 53–58 doi:10.1016/j.atherosclerosissup.2015.02.008. PMID 25936305
36. De Los Reyes C, Rikhi RR, Doherty S, Hernandez S, Mirzai S, Shapiro MD, et al. (December 2025). „Current Clinical Trials for Treating Elevated Lipoprotein(a)“. *Current Cardiovascular Risk Reports*. 19 (1): 7. doi:10.1007/s12170-025-00759-8. PMC 12282488. PMID 40703143
37. François Mach, Konstantinos C Koskinas et al. 2025 Focused Update of the 2019 ESC/ EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: Developed by the task force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS) *European Heart Journal*, Volume 46, Issue 42, 7 November 2025, Pages 4359–4378, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaf190>.

Адрес за кореспонденция:

vmmincheva@yahoo.co.uk

КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ НА ПОЛИМОРБИДЕН ПАЦИЕНТ С ПОЛИМИАЛГИЯ РЕВМАТИКА

Добромир Танев

Национална Многопрофилна Транспортна Болница „Цар Борис III“,
Клиника по Вътрешни Болести, Отделение по Ревматология

CLINICAL CASE OF A POLYMORBID PATIENT WITH POLYMYALGIA RHEUMATICA

Dobromir Tanev

National Multiprofile Transport Hospital „Tsar Boris III“,
Clinic of Internal Diseases, Department of Rheumatology

Резюме:

Полимиалгия ревматика (ПМР) е често срещано ревматологично заболяване, което се наблюдава предимно при пациенти над 50 г. и се характеризира с повишени възпалителни маркери, ставни и мускулни болки най-вече в областта на врата и раменете при негативна имунология.

Настоящият клиничен случай показва полиморбиден пациент, диагностициран с полимиалгия ревматика на фона на множество сърдечно-съдови усложнения, предозирание с индиректен антикоагулант и пернициозна анемия. Включването на ниска доза кортикостероид наред с витамин B12, както и корекцията на антикоагулантната терапия води до бързо подобрене на клиничните и лабораторните показатели.

В заключение, грижата за полиморбидни пациенти в напреднала възраст изисква улеснен достъп до различни специалисти и стриктно мониториране за странични лекарствени ефекти и медикаментозни взаимодействия с оглед постигане на оптимална медицинска грижа.

Ключови думи: полимиалгия ревматика.

Summary

Polymyalgia rheumatica (PMR) is a common rheumatological disease, which is observed mainly in patients over 50 years of age and is characterized by increased inflammatory markers, joint and muscle pain, especially in the neck and shoulders, with negative immunology. The present clinical case shows a polymorbid patient diagnosed with polymyalgia rheumatica on the background of multiple cardiovascular complications, overdose with an indirect anticoagulant and pernicious anemia. The inclusion of a low dose of corticosteroid along with vitamin B12, as well as the correction of anticoagulant therapy leads to a rapid improvement in clinical and laboratory parameters. In conclusion, the care of polymorbid patients in the elderly requires facilitated access to various specialists and strict monitoring for side effects and drug interactions in order to achieve optimal medical care.

Key words: polymyalgia rheumatic.

Въведение

Полимиалгията е второто най-често срещано ревматологично заболяване след ревматоидния артрит. Наблюдава се предимно при пациенти над 50г. и често е съпътствано от гигантоклетъчен артериит (Camellino et al., 2019). Характеризира се с възпаление и болки в областта на врата и раменете и по-рядко в таза, като най-често пациентите съобщават, че дискомфорта е най-изразен сутрин, като се облекчава при движение през деня. Синдромът може да протече също с неспецифични мускулно-скелетни оплаквания (Mahmood et al., 2020). Най-честото лечение на заболяването остават кортикостероидите, като ремисия при негово спиране се наблюдава при 76% от пациентите (Iorio et al., 2025).

Варфаринът действа като антагонист на витамин К, като потиска неговото рециклиране и ефекта му върху съсирването на кръвта. Има широко приложение като антикоагулант за профилактика на тромбозирание при предсърдно мъждене, кардиомиопатия и други състояния. Нивата на варфарин, оптимални за пациента, са трудни за дефиниране и проследяване, затова предозирането е много разпространено (Levine et al., 2014). В случай на предозиране често се наблюдава обилно кървене (Sahin et al., 2019).

Клиничният случай, който представяме, цели да покаже полиморбиден пациент с полимиалгия ревматика, който в допълнение е предозиран с антикоагулант. Бихме искали да наблегнем на важността полиморбидните пациенти да имат достъп до различни медицински специалисти, които следва да работят в екип с оглед оптимална грижа.

Клиничен случай

Пациент на 84 години с оплаквания от изявен болков ставен синдром, миалгии, ангажиращи проксимални мускулни групи, лесна умора, слабост и отпадналост е насочен към Отделение по Ревматология. Симптомите са започнали преди няколко месеца, с най-изразени болки в двете раменни стави, шийния и лумбалния отдел на гръбначния стълб, както и в коленните стави. Налице е

ограничаване на движенията на пациента наред със сутрешна скованост.

Болният страда от множество придружаващи сърдечно-сърдови заболявания, като артериална хипертония II степен, исхемична болест на сърцето, пристъпно предсърдно мъждене, сърдечна недостатъчност III ФК. Преживял е два исхемични мозъчни инсулта и страда още от хронична бъбречна недостатъчност и пернициозна анемия. С оглед заболяванията си приема антихипертензивна терапия и аспеносуларол (Синтром) 1/2т дневно, но не проследява често коагулационния си статус.

От физикалното изследване правят впечатление масивни кръвоносядания по двете ръце и гърдите (Фигура 1), които пациентът споделя, че е получил след проведен активен масаж в опит за повлияване на ставните оплаквания. Болният поддържа абсолютна аритмия при предсърдно мъждене с честота около 100/минута и е нормотензивен под антихипертензивна терапия. Наблюдава се ограничаване на движенията в двете раменни стави, шийния и лумбален отдел на гръбначния стълб, както и в тазобедрените и коленните стави. Липсват други съществени отклонения в общия статус.

Лабораторните изследвания са показани на Таблица 1.

Фигура 1. Кръвонасядания след масаж при пациент на антикоагулантна терапия.



При болния е поставена диагноза полимиалгия ревматика при съпътстващи данни за анемия, свързана с дефицит на витамин В12 и кръвоизливи след предозиране с индиректния антикоагулант. Терапията със Синтром е коригирана, като е включена и суплементация с вит. В12. С оглед полимиал-

гията е включен курс с метилпреднизолон с постепенно намаляване на дозата до 1 табл/дн. На този фон в рамките на 2 месеца пациентът е със значително подобрене на общото състояние, редукция на ставните болки и подобрене на лабораторните показатели (Таблица 1).

Таблица 1. Лабораторни показатели на пациента преди и след лечение. КК креатинкиназа; RF-ревма фактор

	CRP g/l (норма до 5,0)	СУЕ mm/h	Креатинин μmol/l	КК (норма<195)	INR	ANA	RF (норма <20)
02.2025	61.61	60	164.36	776.38	4.09	Отр.	Отр.
	Еритроцити 10 ¹² /L (3,8-5,4)	Хемоглобин G/L (110-160)	Левкоцити 10 ⁹ /L (3.5-10.9)	Тромбоцити 10 ⁹ /L (140-440)	MCV	MCH	Пик. к-на
02.2025	2.48	78	9.21	270	111.7	31.5	490.27
	CRP g/l (норма до 5,0)	СУЕ mm/h	Креатинин μmol/l	Вит. Б12	INR	ANA	RF (норма <20)
04.2025	20.0	16	136.86	483	1.71	Отр.	Отр.
	Еритроцити 10 ¹² /L (3,8-5,4)	Хемоглобин G/L (120-160)	Левкоцити 10 ⁹ /L (3.5-10.9)	Тромбоцити 10 ⁹ /L (140-440)	MCV	MCH	Пик. к-на
04.2025	3.83	124.0	6.99	261	102.9	32.4	288.8

Дискусия

Настоящият случай показва пациент, диагностициран с полимиалгия ревматика (ПМР), с бързо подобрене след включване на терапия с кортикостероиди. Съгласно съвременните класификационни критерии, пациенти на възраст 50 или повече години, с двустранна болка в раменете и повишени възпалителни маркери, са суспектни за ПМР при наличие на продължителна сутрешна скованост, болки в тазобедрената става, както и при отрицателна серология за ревматоиден артрит (Dasgupta et al., 2012). Понастоящем причините за заболяването са неизвестни, но се счита, че някои инфекции, причинени от микоплазми, парвовирус В19 или Epstein-Barr вирус, може да се свържат с повишена честота на ПМР (Acharia et al., 2025). Генетичната предиспозиция също е от значение, като се има предвид, че две трети

от пациентите с ПМР са носители на генотип HLA-DRB1*04 (Weyand et al., 1994). В някои случаи диагнозата ПМР може да бъде предизвикателство дори за специалистите поради много широката диференциална диагноза (Palta et al., 2023). При пациенти със симптоматика на ПМР следва да се изключат заболявания като ревматоиден артрит, някои спондилоартропатии, скапулохумерален периартериит, фибромиалгия и различни постинфекциозни, туморни и ендокринни състояния, протичащи с проксимална мускулна слабост (Kniazkova et al., 2018). Затова съвременните международни препоръки подчертават необходимостта от максимално бързо насочване на пациенти със съмнение за ПМР към специализирана ревматологична помощ (Keller et al., 2024). Съгласно указанията на European League Against Rheumatism/ American College of

Rheumatology терапия на първи избор при ПМР е кортикостероидното лечение (12.5-25 мг преднизолонов еквивалент като начална доза), докато нестероидни противовъзпалителни средства следва да се употребяват само при изразена болкова симптоматика за кратко (Dejaso et al., 2015). Съответно при нашия пациент се обективизира бързо подобрение на клиничните оплаквания и лабораторните показатели на фона на терапия с кортикостероиди, която постепенно беше намалена до физиологична. При пациентите с ПМР съществува риск от рецидиви при твърде бързо намаляване на кортикостероидните дози, което може да наложи повторни курсове с преднизолон или употреба на други медикаменти като метотраксат и биологични терапии (Castañeda et al., 2019). С оглед на това честото наблюдение на пациента е от голямо значение.

Честотата на ПМР зависи от възрастта, като 96.5% от пациентите са по-възрастни от 50 години, а една трета от тях са на повече от 70 години (Tanaka et al., 2023). Това означава, че при повечето от засегнатите пациенти ПМР се съчетава със значителна коморбидност, която може да повлияе протичането на заболяването и неговата терапия (Ahmed et al., 2023). Принципно, употребата на кортикостероиди може да предизвика прокоагулантно състояние и да увеличи тромбозния риск при пациенти с инфламаторни заболявания, особено при наличие на допълнителни подлежащи рискови фактори (Majoor et al., 2016; Orsi et al., 2021).

В нашия случай обаче опитите на пациента да подобри ставните си оплаквания с масажи беше довело до значителни подкожни хеморагии и анемичен синдром на фона на предозиране с антикоагулант и съпътстващ вит. В12 дефицит. Аспеносуагол е показан за лечение при предсърдно мъждене и венозна тромбоемболия, като прицелните нива на INR следва да се поддържат между 2 и 3. Данните от проучванията обаче сочат, че при до 38% от лекуваните може да е наличие предозиране (Kechaou et al., 2025). В допълнение, предозирането с аспеносуагол

е най-честата причина за хоспитализация, свързана с лекарствена интоксикация, при лица над 75 години (Alcántara et al., 2025). Интоксикацията с медикамента налага промяна в дозата, приложение на витамин К и рядко други специализирани подходи (Dzik et al., 2012). Тесният терапевтичен спектър на кумариновите антикоагуланти създава сериозен риск от кървене при възрастни пациенти, което може да наложи включване на по-нови класове антикоагуланти като например директни инхибитори на фактор Ха. Те обаче нямат специфичен антидот, поради което отново честото наблюдение остава ключово за предотвратяването на нежелани реакции (Crowther et al., 2008).

Нашият пациент страдеше още от пернициозна анемия, като не приемаше редовно вит. В12. Дефицитът на В12 може да съучаства в ставната болкова симптоматика, поради повлияване на сигналните болкови неврологични пътища (Buesing et al., 2019). Дефицитът на витамин В12 засяга 10-15% от хората над 60 години, докато честотата на недиагностицирана пернициозна анемия е 1.9% (Baik et al., 1999; Carmela et al., 1996). Оценката в насока хранителни дефицити е важна част от комплексната грижа за пациентите в напреднала възраст.

В заключение, нашият клиничен случай представя пациент, с множество сърдечно-съдови усложнения, диагностициран с ПМР, предозиране с антикоагулант и вит. В12 дефицит. Включването на ниска доза кортикостероид наред с витамин В12 е свързано с подобрение на клиничните и лабораторните показатели. Грижата за полиморбидни пациенти в напреднала възраст изисква улеснен достъп до различни специалисти и стриктно мониториране за странични лекарствени ефекти и медикаментозни взаимодействия.

Библиография

1. Camellino D, Giusti A, Girasole G, Bianchi G, Dejaco C. Pathogenesis, Diagnosis and Management of Polymyalgia Rheumatica. *Drugs Aging*. 2019;36(11):1015-1026.
2. Mahmood SB, Nelson E, Padniewski J, Nasr R. Polymyalgia rheumatica: An updated review. *Cleve Clin J Med*. 2020;87(9):549-556.
3. Iorio L, Bond M, Padoan R, Dejaco C. Advances in the treatment of polymyalgia rheumatica. *Rheumatology (Oxford)*. 2025;64(Supplement_1):i48-i54.
4. Levine M, Pizon AF, Padilla-Jones A, Ruha AM. Warfarin overdose: a 25-year experience. *J Med Toxicol*. 2014;10(2):156-164.
5. Sahin T, Oner U, Baser O, Kurtuncu I. Spontaneous bladder rupture secondary to warfarin overdose: a case report. *BMC Emerg Med*. 2019;19(1):80.
6. Dasgupta B, Cimmino MA, Maradit-Kremers H, Schmidt WA, Schirmer M, Salvarani C, Bachta A, Dejaco C, Duftner C, Jensen HS, Duhaut P, Poór G, Kaposi NP, Mandl P, Balint PV, Schmidt Z, Iagnocco A, Nannini C, Cantini F, Macchioni P, Pipitone N, Amo MD, Espígol-Frigolé G, Cid MC, Martínez-Taboada VM, Nordborg E, Direskeneli H, Aydin SZ, Ahmed K, Hazleman B, Silverman B, Pease C, Wakefield RJ, Luqmani R, Abril A, Michet CJ, Marcus R, Gonter NJ, Maz M, Carter RE, Crowson CS, Matteson EL. 2012 provisional classification criteria for polymyalgia rheumatica: a European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology collaborative initiative. *Ann Rheum Dis*. 2012;71(4):484-492.
7. Acharya S, Musa R. Polymyalgia Rheumatica. [Updated 2024 Feb 25]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537274/>
8. Weyand CM, Hunder NN, Hicok KC, Hunder GG, Goronzy JJ. HLA-DRB1 alleles in polymyalgia rheumatica, giant cell arteritis, and rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 1994;37(4):514-520.
9. Paltta J, Suuronen S, Pirilä L, Palomäki A. Differential diagnostics of polymyalgia rheumatica in a university hospital in Finland. *Scand J Rheumatol*. 2023;52(6):689-695.
10. Kniazkova I, Shapovalova L, Bogun M. A case report of polymyalgia rheumatica. *Reumatologia* 2018; 56, 190 - 193.
11. Keller KK, Mukhtyar CB, Nielsen AW, et al. Recommendations for early referral of individuals with suspected polymyalgia rheumatica: an initiative from the international giant cell arteritis and polymyalgia rheumatica study group. *Ann Rheum Dis*. 2024 ;83(11):1436-1442.
12. Dejaco C, Singh YP, Perel P, et al.; European League Against Rheumatism; American College of Rheumatology. 2015 recommendations for the management of polymyalgia rheumatica: a European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology collaborative initiative. *Arthritis Rheumatol*. 2015;67(10):2569-2580.
13. Castañeda S, García-Castañeda N, Prieto-Peña D, Martínez-Quintanilla D, Vicente EF, Blanco R, González-Gay MA. Treatment of polymyalgia rheumatica. *Biochem Pharmacol*. 2019;165:221-229.
14. Tanaka Y, Tanaka S, Takahashi T, Kato N. Clinical features of polymyalgia rheumatica patients in Japan: Analysis of real-world data from 2015 to 2020. *Mod Rheumatol*. 2023;34(1):201-207.
15. Ahmed S, Ahmad S, Pan H. Case Report and Literature Review of an Atypical Polymyalgia Rheumatica and Its Management. *International Medical Case Reports Journal*. 2023; 16.
16. Majoor CJ, Sneeboer MM, de Kievit A, Meijers JC, van der Poll T, Lutter R, Bel EH, Kamphuisen PW. The influence of corticosteroids on hemostasis in healthy subjects. *J Thromb Haemost*. 2016;14(4):716-723.

17. Orsi FA, Lijfering WM, Geersing GJ, Rosendaal FR, Dekkers OM, le Cessie S, Cannegieter SC. Glucocorticoid use and risk of first and recurrent venous thromboembolism: self-controlled case-series and cohort study. *Br J Haematol.* 2021;193(6):1194-1202.
18. Kechaou I, Hamdi MS, Tekaya A, Taouay A, Cherif E, Hassine LB. Management of Acenocoumarol in Tunisian elderly population : Risk factors of overdose and bleeding. *Ann Cardiol Angeiol (Paris).* 2025;74(3):101894.
19. Alcántara, A., Quirós, V., & Arranz, A. PS-013 Analysis of polymedicated elderly patients admitted with drug toxicity. *European Journal of Hospital Pharmacy.* 2014; 21.
20. Dzik WS. Reversal of drug-induced anticoagulation: old solutions and new problems. *Transfusion.* 2012;52 Suppl 1:45S-55S.
21. Crowther MA, Warkentin TE. Bleeding risk and the management of bleeding complications in patients undergoing anticoagulant therapy: focus on new anticoagulant agents. *Blood.* 2008;111(10):4871-4879.
22. Buesing S, Costa M, Schilling JM, Moeller-Bertram T. Vitamin B12 as a Treatment for Pain. *Pain Physician.* 2019;22(1):E45-E52.
23. Baik HW, Russell RM. Vitamin B12 deficiency in the elderly. *Annu Rev Nutr.* 1999;19:357-377.
24. Carmel R. Prevalence of undiagnosed pernicious anemia in the elderly. *Arch Intern Med.* 1996;156(10):1097-1100.

Адрес за кореспонденция:

Д-р Добромир Танев, дм
Национална Многопрофилна Транспортна
Болница „Цар Борис III“,
Клиника по Вътрешни Болести,
Отделение по Ревматология.
бул. „Княгиня М. Луиза“ №108,
София 1233
Тел. (02) 932 32 32;
Mail: dobri_tanev@yahoo.com

Address for correspondence:

Dobromir Tanev, MD, PhD
National Multiprofile Transport Hospital “Tsar
Boris III”, Internal Medicine Clinic, Department
of Rheumatology
108 “Princess M. Louisa” Blvd., Sofia 1233
Tel. (02) 932 32 32;
Mail: dobri_tanev@yahoo.com

