

соматической патологии. Ведь Хемингуэй страдал сахарным диабетом и гипертонической болезнью.

Если рассматривать классификацию БАР, предложенную американским психиатром Д.Клерманом, который выделил 6 подтипов БАР, то нужно отметить, что для Э.Хемингуэя характерно смена БАР 1 типа (чередование маний и депрессий) в БАР 3 типа (циклотомия).

Таким образом, сначала у писателя отмечались легкие колебания настроения, и длительные гипоманиакальные состояния носили творчески продуктивный характер. Постепенно, несмотря на проводимое лечение электросудорожной терапией и лекарственными препаратами болезнь прогрессировала настолько, что уже наблюдались психотические приступы.

### **Выводы**

Таким образом, анализируя клиническую картину Э. Хемингуэя, отмечается смена биполярного аффективного расстройства на монополярный депрессивный синдром с присоединением галлюцинаций. Алкоголизм, коморбидность маниакально-депрессивного синдрома с соматической патологией (сахарный диабет, артериальная гипертония) Э.Хемингуэя подтверждает медико- социальное значение БАР.

### **Список литературы:**

1. Грибанов Б.Т. Эрнест Хемингуэй. Жизнь и творчество // Наш путь.- 2014. -Т 2. - С. 45-47
2. Диборн М. Эрнест Хемингуэй. Первая полная биография.-Москва: Эксмо, 2018. - 241-230 с.
3. Марачев М.П. Атипичная депрессия при биполярном и монополярном аффективном расстройстве (клиника и фармакотерапия) [Электронный ресурс] // Электронная библиотека диссертаций. - 2013г URL: <http://www.dissercat.com/content/atipichnaya-depressiya-pri-bipolyarnom-i-monopolyarnom-affektivnom-rasstroistve-klinika-i-fa> (дата обращения: 15.01.2019).
4. Никитин Н. Большой папа .Эрнест Хенггуэй в словах и поступках // Личности. - 2014. – Т. 72 . -№8. - С. 15-17.
5. Тювина Н.А. Биполярное аффективное расстройство: особенности течения и поддерживающая фармакотерапия / Смирнова В.Н // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.- 2013. - №1. - 87-95 С.

УДК 616.892

## **Хасанова Д.Г., Федотовских А.В. НЕЙРОЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

Кафедра психиатрии, психотерапии и наркологии  
Уральский государственный медицинский университет

Екатеринбург, Российская федерация

**Khasanova D.G., Fedotovskikh A.V.**  
**NEUROELECTROSTIMULATION IN ALCOHOL**  
**ENCEPHALOPATHY. CLINICAL CASE**

Department of psychiatry, psychotherapy and narcology  
Ural state medical university  
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: DianaGilzatulovna@yandex.ru

**Аннотация.** В статье описан клинический случай алкогольной энцефалопатии у пациента с алкоголизмом.

**Annotation.** The article describes a clinical case of alcoholic encephalopathy in a patient with alcoholism.

**Ключевые слова:** алкогольная энцефалопатия, нейроэлектростимуляция, корсаковский синдром.

**Key words:** alcoholic encephalopathy, neuroelectrostimulation, Korsakovsky syndrome.

### **Введение**

Алкогольная энцефалопатия (АЭ) – это тяжелая форма алкогольного психоза, развивающегося в основном в третьей стадии алкоголизма. Является следствием острого токсического повреждения головного мозга и характеризуется стойкими, необратимыми психическими нарушениями, характеризующейся в первую очередь снижением памяти, ослаблением понимания и недержанием аффектов. Прогноз для реабилитации крайне неблагоприятный в виду почти полной необратимости поражения определенных структур мозга и связей. Пациенты, как правило, остаются беспомощными, нуждаются в постоянном уходе, часто впадают в беспамятство.

Существуют разновидности АЭ в виде отдельных состояний и синдромов. Алкогольный амнестический синдром (Корсаковский синдром) проявляется выраженной фиксационной амнезией, являющейся следствием тяжелого повреждения таламо-кортикальных связей [1]. Корсаковский психоз – понятие, включающее Корсаковский синдром в сочетании с полинейропатией и возбужденным состоянием. Энцефалопатия Гайе-Вернике – состояние, начинающееся также с алкогольного делирия со слабо выраженными галлюцинациями, бредом и тревожным фоном настроения; в последствии пациенты практически не приходят в сознание, из-за слабости возбуждение у них присутствует только в пределах постели, проявляется однообразными движениями рук, имитирующими профессиональные навыки этого пациента. Алкогольный псевдопаралич проявляется слабоумием, снижением памяти и повышенным фоном настроения с идеями величия, для данного состояния

характерны дрожание кончика языка, мимической мускулатуры; возможны как острые, так и хронические состояния.

Актуальность проблемы обусловлена высокой распространенностью среди определенных групп населения (например, территория крайнего севера РФ), сложностью дифференциальной диагностики, отсутствием эффективных лечебно-реабилитационных мероприятий, и, как следствие, неблагоприятным исходом заболевания.

**Цель исследования** - демонстрация клинического случая алкогольной энцефалопатии у пациента с алкоголизмом и результатов лечения методом нейроэлектростимуляции.

#### **Материалы и методы исследования**

Исследование осуществлялось на базе ГБУЗ СО «Психиатрическая больница №6» г. Екатеринбурга. Была проанализирована история болезни пациента А., результаты лабораторных и инструментальных исследований. Проведена оценка общесоматического и психоневрологического статуса пациента. Проводилось клиническое наблюдение во время лечения методом нейроэлектростимуляции.

Было проведено 4 курса по 10 процедур нейроэлектростимуляции медицинским аппаратом «СИМПАТОКОР-01» [3,4]. Каждая процедура длительностью 45 минут. Не более одной процедуры в день.

#### **Описание клинического случая**

Пациент А., 1957 г.р., 61 год находился на стационарном лечении в ГБУЗ СО «Психиатрическая больница №6» г. Екатеринбурга с 1.03.2015 г. по 24.11.2017 г. с диагнозом тяжелая деменция в связи со смешанными заболеваниями (токсическая, посттравматическая, сосудистая).

Поступил в отделение в тяжелом состоянии, истощенный, ослабленный. Из направительных документов было известно, что длительное время алкоголизировался, вел асоциальный образ жизни, в опьянении неоднократно получены черепно-мозговые травмы с признаками сотрясения головного мозга. На момент поступления пациент был грубо дезориентирован, возбужден, моторно беспокоен, постоянно порывался идти, пытался встать; в вертикальном положении был не устойчив, поэтому неоднократно применялась мягкая фиксация. Пациент продуктивному контакту был не доступен ввиду нечленораздельной речи, инструкции не выполнял. Во время осмотра активно сопротивлялся хаотичными движениями верхних конечностей. Физиологические отправления не контролировал. Гигиенические мероприятия выполнял только по настоянию и при помощи медицинского персонала.

Заключение невролога (3.03.15): энцефалопатия смешанного генеза. Церебральная атрофия. В нейрохирургическом вмешательстве не нуждается. MMSE 0 баллов.

Заключение МРТ (от 5.03.15): МР-картина нормотензивной гидроцефалии, при наличии триады Хакима-Адамса. Консультация нейрохирурга. Кистозно-глиозные изменения вещества мозга.

Заключение ЭПИ (10.03.17): грубое снижение всех когнитивных функций. Частично сохранена память на отдаленные события, кратковременная память грубо нарушена. Нарушение речи в виде моторной афазии.

В течение месяца удалось стабилизировать соматическое и психическое состояние, панические атаки купированы (перестал судорожно искать выход); начал самостоятельно принимать пищу; периодически контролировал физиологические отправления, но нерегулярно. Однако пациент оставался растерянным, не был доступен контакту (речь невнятная, смазанная).

После 4-х месяцев лечения стандартными препаратами (ноотропы, витамины группы В) значительной положительной динамики не наблюдалось. Пациент оставался дезориентированным, бестолковым, малоподвижным и безынициативным. Большую часть времени проводил в постели, вставал только для приема пищи. С окружающими не контактировал, речь оставалась дизартричной, малопонятной. Сам пациент с трудом понимал обращенную речь, инструкции выполнял после повторного предъявления. Обследовать пациента с помощью психологических методик не представлялось возможным. В виду безучастного отношения родственников и невозможности применения препаратов, не включенных в список ОМС, была проведена нейростимуляция аппаратом «СИМПАТОКОР-01», за весь период 4 курса не более 1 сеанса в сутки.

Получил первый курс нейростимуляции медицинским аппаратом «СИМПАТОКОР-01» из 10 процедур (каждая процедура длительностью по 45 минут). Через 5 месяцев с начала лечения (через 3 недели после окончания курса нейростимуляции) появились первые отдельные внятные слова. Продуктивного контакта с врачом не было, с окружающими в контакт не вступал, оставался замкнут. Начал самостоятельно регулярно контролировать физиологические отправления.

Через три месяца был повторно проведен курс нейростимуляции из 10 процедур. В течение 6 месяцев постепенно увеличивался словарный запас пациента, научился идентифицировать свою личность (называл ФИО), однако возраст, дату рождения, анамнестические сведения сообщить не мог. Наблюдалась положительная динамика функции речи: пациент научился выражать примитивные просьбы отдельными словами. В целом речь оставалась малопонятной, пациент менял местами слоги в словах, испытывал трудности с подбором слов и произношением; когда отчаивался быть понятым, прекращал говорить. Оставался замкнутым, ни с кем из пациентов не общался.

Далее с интервалом в 3 месяца проводились последующие 2 курса нейростимуляции из 10 процедур (каждая процедура длительностью по 45 минут). Статус через год от поступления: сознание не помрачено, называет имя и фамилию, возраст не знает, где находится - не понимает. Во времени грубо дезориентирован, не помнит названий времен года, месяцев. Идеомоторно несколько заторможен, медлителен. Контакт малопродуктивный по причине глубокого интеллектуально - мнестического снижения и нарушений речи. Пациент немногословен, на вопросы отвечает не всегда по существу, в

замедленном темпе, короткими фразами, нуждается в побуждении, повторении вопросов. Отмечаются конфабуляции, потребовавшие дополнительных назначений: пациент заявлял, что у него хотят отобрать всё имущество, жаловался, что кто-то переговаривается и обсуждает планы по его устранению. Фон настроения снижен, мимика однообразная. Вял, пассивен, безынициативен. Суицидальные мысли отрицает. Мышление конкретное, ригидное. Выявляет устойчивые признаки фиксационной амнезии. На момент осмотра обманы восприятия не выявлены, впечатления загруженного болезненными переживаниями не производит. Критики к состоянию не обнаруживает. Без агрессивных и аутоагрессивных тенденций.

В последующем в динамике отмечается, что речь стала более понятной, удалось выяснить большую часть анамнестических данных. Отрывочно сообщал сведения о родственниках, крайне спутанно сообщал профессиональный маршрут. В последующем пояснил врачу неврологу, что не контактирует с окружающими, так как работал в полиции и поэтому опасается расправы со стороны пациентов, находившихся ранее в местах лишения свободы (что является признаком осознанной мыслительной деятельности). Пациент начал ориентироваться в месте и времени, узнает сотрудников отделения, опрятен в одежде, обзавелся предметами личной гигиены.

Сохраняется шаркающая походка. Тазовые функции контролирует.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

При поступлении обращали на себя внимание выраженные нарушения памяти: тяжелая фиксационная амнезия (забывал, что только что употребил в пищу, не мог повторить имя лечащего врача) с развитием грубой прогрессирующей дезориентировки в месте и времени собственной личности. MMSE при поступлении 0 баллов.

В настоящее время на фоне полученной пациентом терапии удалось достичь компенсации неврологических нарушений, улучшения когнитивных функций и памяти (пациент ориентируется в месте и времени, узнает сотрудников отделения, обслуживает себя элементарно, опрятен). MMSE в динамике 7 баллов.

Судьбой пациента никто не интересуется, силами социального работника отделения удалось восстановить документы. 10.11.17 пациент был впервые освидетельствован на медико-социальной экспертизе, бессрочно установлена I группа инвалидности. В связи с получением путевки переведен в ГАУ «Первоуральский ПНИ». Рекомендовано принимать терапию: галоперидол перорально 1,5 мг 2 раза в день, глицин перорально 200 мг 1 раз в сутки вечером, эналаприл перорально 2,5 мг 1 раз в сутки вечером.

#### **Выводы**

Приведенный клинический случай демонстрирует высокую эффективность метода неинвазивной многоканальной нейроэлектростимуляции для лечения алкогольного амнестического синдрома по результатам клинического наблюдения. Одним из вероятных механизмов реализации клинического эффекта нейроэлектростимуляции является активация процессов

нейропластичности. Таким образом, наилучшая эффективность может быть достигнута за счет курсового применения комбинации электростимуляции с нейрометаболическими фармакологическими средствами.

Для отработки эффективной программы комплексной терапии необходимы дальнейшие исследования в сравнительных группах.

#### **Список литературы:**

1. Ретюнский К.Ю. Новый метод терапии корсаковского (амнестического) психоза: нейростимуляция в виде симпатокоррекции/ К.Ю. Ретюнский, В.С. Кубланов, Т.С. Петренко, А.В. Федотовских // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. – 2015. - №4. – С.3-8.

2. Сиволап Ю.П. Энцефалопатия Вернике и Корсаковский психоз: клинко-патогенетические соотношения, диагностика и лечение/Ю.П. Сиволап, И.В. Дамулин // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 2013. - №6. – С.20-26.

3. Kublanov V.S. New Principles for the Organization of Neurorehabilitation/ V.S. Kublanov, M.V. Babich, T.S. Petrenko // Biomedical Engineering. - Vol. 52. - 2018. - № 1. - P. 9 - 13.

4. Kublanov V.S. Recovery of the Cognitive Function by the Non-Invasive Multichannel Neuro-Electrostimulation for Patients with Amnesic Syndrome/ V.S. Kublanov, T.S. Petrenko, M.V. Babich, K.YU. Retyunskiy// В NEUROTECHNIX - Proceedings of the 4th International Congress on Neurotechnology, Electronics and Informatics. - 2016. – P. 25-30.

5. Kopelman M.D. The Korsakoff syndrome: clinical aspects, psychology and treatment/ M.D. Kopelman, A.D. Thomson, I. Guerrini, E.J. Marshall// Alcohol Alcohol. – 2009. - 44: 2 – P.148-154.

УДК 616.89-008.11, 616.891.6

**Холманских Е.О., Шипачева Т.Н., Петренко Т.С.**  
**БОЛЕЗНЬ И ТВОРЧЕСТВО ЭДГАРА АЛЛАНА ПО**  
Кафедра психиатрии, психотерапии и наркологии  
Уральский государственный медицинский университет  
Екатеринбург, Российская Федерация

**Kholmanskikh E.O., Shipacheva T.N., Petrenko T.S.**  
**DISEASE AND CREATIVITY OF EDGAR ALLAN POE**  
Department of psychiatry, psychotherapy and narcology  
Ural state medical university  
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: tanya9996@mail.ru

**Аннотация.** В статье приводятся краткая биография и динамика развития психического расстройства писателя Эдгара Алана По, создателя детективно-