

## КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ НА ЛЕЧЕНИЕ С АРИПИПРАЗОЛ НА АМНЕСТИЧЕН СИНДРОМ ПРЕДИЗВИКАН ОТ АЛКОХОЛ

А. Джорджанова<sup>1</sup>, Г. Момова<sup>2</sup>, К. Цанев<sup>1</sup>

### С.И.Л., мъж, 56год.

Повод за постъпването: Изпълнение на Решение на РС, съгласно чл.162, ал.3 от ЗЗ за задължително стационарно лечение за срок от 3 месеца.

От анамнезата: Касае се за 56-годишен мъж, брат-близък от семейство с три деца, с по-голям брат. Баща - руснак, преселил се от Одеса, майка-българка. Родителите му са починали. До осми клас учил в масово училище редовно, дневно обучение. Средното си образование завършил във Вечерна гимназия. Отбил редовната си военна служба. Оженил се на 25 години, като от брака си има един син. През 1986г. се е развел със съпругата си, заради наличния алкохолен проблем. С трудов стаж - около 30 години, като сервитьор и барман. Прекъснал работа месеци преди хоспитализацията. Живее сам в собствено жилище, подпомаган от двамата си братя. Алкохолният проблем е с дългогодишна давност, с изградена психическа и физическа зависимост към алкохол. Системно злоупотребявал със спиртни напитки, с предпочитания към водка, като консумацията започвала от сутрешните часове/с цел премахване на абстинентните симптоми от сомато-вегетативен и психичен характер/ и продължавала до вечерта, с данни за загуба на ситуативен и количествен контрол, с данни за повишен толеранс/достигал до 1,5л. водка дневно/. В нетрезво състояние често изпадал в безпомощни състояния, често говорел объркано и несъответно, като приемал казаното от него за реал-

ност. Например, често заявявал, че отива на работа, а в действителност не работел. Не се справял сам с поддържането на елементарен ред в домакинството си, не бил в състояние да задоволява ежедневните си битови физиологични потребности. Не бил в състояние да използва досега изградените си навици и умения, дори за поддържане на личната си хигиена или да доведе до край, каквато и да е целенасочена дейност. Не бил в състояние да вземе, каквото и да е решение в различни житейски ситуации. Залагал личната си карта и ключовете на жилището си, като нямал пари да си плати сметките на такситата, които ползвал, „тъй като краката му не го държали”. Движенията му - забавени, бавно и трудно се придвижвал. За почти всичко в ежедневието си е бил зависим от грижите на брат си/близък/. През последния месец преди хоспитализацията не приемал храна, като консумирал само алкохол. От известно време започнал да получава епилептични припадъци-внезапно падал на земята, ръцете и краката му треперели, имал пяна на уста, изпускал се по малка нужда. До преди няколко месеца работил, като сервитьор в кръчма и получаваната минимална заплата изцяло харчел за алкохол. От години при пациента е налице хронично и силно изразено увреждане на паметта за близки и отдалечени във времето минали събития. Нарушено е заучаването на нов материал, налице са антероградна и ретроградна амнезия и намалена възможност за възпроизвеждане на миналите събития в правилен хронологичен ред. Налице е разстройство за усета за време. Говорел за отдавна отминали събития, които приемал за настоящи и реал-

1. Психиатрична клиника, УМБАЛ “Св.Марина”, Варна
2. ДКЦ “Св.Марина”, Варна

ни преживявания. Празнотите в паметта си, запълвал с конфабулации. Отбелязва се сериозен спад на интелектуалните му възможности.

Недиспансеризиран пациент, като първата му хоспитализация в психиатрично заведение е била за провеждане на стационарна СПЕ с диагноза: F 10.6 Амнестичен синдром предизвикан от алкохол. В деня на дехоспитализацията бил приет за дезинтоксикация във Второ Вътрешно отделение, след като бил намерен на улицата в безпомощно състояние вследствие алкохолна интоксикация.

*Придружаващи заболявания:* Епилепсия. Чернодробна стеатоза.

*Фамилно обременен:* няма данни

### При постъпването

*Соматичен статус:* Среден ръст. Астеничен хабитус. Стари оперативни цитатрикси от операция за язва на дванадесетопръстника и апендектомия. Без патологични отклонения по органи и системи. RR-130/80.

*Неврологичен статус:* Анамнезни данни за епилептична болест, полиневропатия.

*Психичен статус:* Психомоторно забавен и ретардиран /без да е приемал психотропни медикаменти/. Ориентиран е задоволително за време, място и собствена личност при клинично ясно съзнание. Липсва съзнание за психическо заболяване. Налице е алкохолна анозогнозия, а именно отричане и липсваща критичност по отношение на наличния алкохолен проблем. Не споделя разстройствата от сферата на възприятно-представната дейност. С бавна по темп реч, използвайки граматически и логически правилно структурирани кратки изречения. Мисловен процес: забавен по темп и протичане, без груби структурни разстройства, апсихотичен. Емоционално-нивелиран, със снижена емоционална амплитуда, безразличен към всичко. Волево-хипобуличен. Памет и интелект са предмет на клинично психологично изследва-

не преди и след завършване на терапевтичния курс с Арипипразол.

### Проведено лечение

Започна се парентерална терапия с глюкозни и водно-солеви разтвори до 1000 мл./дн. и Пирамем по 1000мг./дн.-интравенозно във ВКИ., Диазепам до 20 мг./интрамускулно дневно, която продължи 10 дни. Лечението продължено с Хлорпротиксен до 90 мг./дн., Депакин до 1000 мг./дн., Диазепам до 10 мг./вч., Пирамем до 1600 мг./дн., Милгама по 1 капсула сутрин. Поради флукутация в динамиката на психичното състояние на пациента, се премина към терапия с Арипипразол-табл.от 15 мг./1/2-1/2-0/ с постепенно титриране до /1-1/2-0/, Депакин по 500 мг./вч., Пирамем до 1600 мг./дн. и Милгама по една капсула сутрин. На фона на това лечение за по-малко от един месец пациента, който вечер искаше да ходи на работа в ресторанта и чукаше на вратата, че закъснява за работа, дезориентиран за време и място, с частично съхранена ориентация за собствена личност, с дезорганизирано поведение-завиваше се с мушама, с която покриват дюшеците на леглата и сутрин я намираха в тоалетната, в опит да запуши канализацията с нея. Постепенно състоянието му се подобри-стана контактен, цялостно ориентиран при клинично ясно съзнание. С нормален по темп и структура апсихотичен мисловен процес, не споделящ възприятно-представни разстройства, емоционално-изравнен, нивелиран, хипобуличен. Памет и интелект-с отчетена положителна динамика в показателите им, отразена в психологичното изследване /в таблицата изложена по-горе/.

### Заключение

1. При хронична алкохолна злоупотреба съществените паметови смущения са типични. Те обикновено продължават от 3 седмици до 3 месеца, след което в повечето случаи памет

товите функции се възстановяват, ако употребата на алкохол е спряна.

Сравнителният анализ на резултатите от лечението на представения болен и това на други пациенти с Амнестичен синдром предизвикан от алкохол, в терапевтичната схема на които не е включен Арипипразол показва:

- ❖ Възстановяване на когнитивните функции за по-кратък период /около 40 дни/ особено словесно-логическата памет, при която ясно се проследяват причинно-следствени и симултанно-сукцесивни връзки /подреждане на факти и събития по хронологичен ред във времето/
- ❖ Повлияване на психопатологичните феномени:
- ❖ Устойчиво ясно съзнание
- ❖ Обратно развитие на дезорганизирано поведение
- ❖ Промяната на личността отстъпва, без да изчеза напълно, пред здравето ядро на личността /променя се процентното съотношение/

На базата на сравнителния анализ на степента на възстановяване на когнитивните функции и повлияването на реверзибелните психопатологични феномени се налага сам извода за ефективността от прилагането на атипичния невролептик Арипипразол, което е иновативно и отваря тема за дискусии по въпроса за приложението на медикамента при когнитивни нарушения от функционален и органичен характер.

ПРЕДИ ЛЕЧЕНИЕТО	СЛЕД ЛЕЧЕНИЕТО
<p><b>Внимание:</b> Степен на вработване-добра, лесна уморяемост, бързо изчерпване на активното внимание, затруднения. /”Изваждане на числа”/- Установява се неустойчиво вниманието на фона на забавен психичен темп; типът грешки сочи нарушение в интелекта. Успеваемост по Шулте - 47% - първа степен под нормата, ”значително нарушение”.</p>	<p><b>Внимание:</b> Степен на вработване – добра. Долавят се съпротиви към изследването. Болният очаква изпис-ване от болницата и с мислите си е „ту тук - ту там” - на работното си място. Мотивацията му за постижение е нестабилна, което дава отражение върху качествата на вниманието. Подчертава, че в условията на ежедневните стереотипи е по-концентриран и успяващ. При работа с методиките показва издръжливост; активното внимание не се изчерпва бързо. След 40мин. се наблюдава промяна в концентрацията – умора, грешки, флукуация. Постепенно вниманието се подобрява и болният успешно завършва задачите.</p>
<p><b>Памет:</b> Фиксационна памет: 44% - първа степен под нормата -„значително нарушение“ /по Мечков;/ репродуктивна памет: 0% - „тежко нарушение”. Словесно-логическа памет - не може да се изследва. Резултатите от изследването на паметта са показателни за изразено но отслабване на мнестичните възможности.</p>	<p><b>Памет:</b> Фиксационна словесно-механична - 46% - първа степен под нормата - „значително нарушение” /по Мечков;/ репродуктивна - 0% . Словесно-логическа памет- в норма. Изследваното лице възпроизвежда идеята, отразява вярно причинно-следствените и симултанно-сукцесивните връзки. Компенсира успешно посредством интелекта.</p>
<p><b>Мислене:</b> Задоволително справяне със задачи от нисък ранг на сложност. Налично логическо мислене при проблемно активно внимание и затруднена оперативна памет. Наблюдава се подвеждане по несъществени признаци при ригидна класификацията на предмети, което се коригира след насочване. Недостатъчно добро справяне с по-сложни логически тестове, белези на обща затормозеност на мисловната активност.</p>	<p><b>Мислене:</b> Обособява и назовава с обобщаващо понятие еднородни групи предмети. Класифицира по съществен признак. Понякога се затруднява в намиране на точното обобщаващо название. Във второто изследване борава по-успешно с абстрактно-логически схеми и закономерности. Допуска отделни решения по ситуативен признак.</p>
<p><b>Интелект:</b> /по Рейвън/, приравнен към стандартизираните таблици на на Векслер-Даал IQ 76 -показва гранично ниво на интелигентност. Затруднено справяне с абстрактно-логически схеми и закономерности.</p>	<p><b>Интелект</b> по Рейвън, приравнен към стандартизираните таблици на Векслер-Даал- IQ 70-гранично ниво. На същото ниво се справя със субтест „Мозайка”- успешни решения за удължено време. Известна е високата корелация между този субтест и общата интелигентност.</p>

**Многопрофилен тест за изследване на личността:**

Клиничен профил: Не се установява завишаване на стойности при клиничните скали. Ниските стойности по скалата Хх /хипохондрия/ са показателни за хора, които пренебрегват усещанията или симптомите на заболяванията. Ниските стойности по скала Хи /хистерия/ са показателни за социално отчуждение, цинизъм, изолираност, ограниченост на интересите.

**Личност:** На моменти, макар подобрен в сравнение с резултатите от първото изследване, вътрешният контрол над умствената дейност отслабва. В тези случаи болният показва, че се нуждае от придружаване и насочване, повече като подкрепа на волевото усилие – мотивационно-подбудителната компонента, отколкото за разбиране и интелигентност. Затрудненията и неуспехът провокират у болния дисфоричните тенденции, добре управлявани от него в момента на изследването. Афектите са огрубени, хуморът-в рамките на шаблона.

В личностовото изследване отново се набелязват признаците на затвореност, ригидност на нагласите, едностранчивост и стереотипизиране на социалния опит. При второто изследване обаче е налице подобрена самооценка и самоокуражаване на базата на собствено достойнство и стойност, чувство за принадлежност към фамилията. Болният се намира постоянно в ситуация на избор – коя страна на личността си – здравата или болната - да прояви. На фона на личностната промяна вследствие заболяването изследваното лице избира да се представя със „здравата“ си част. Стреми се към самостоятелно социално функциониране извън лечебната институция. Комуникацията с персонала е в плоскостта „възрастен-възрастен“