

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРОСУДОРОЖНОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ ПРЕОДОЛЕНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

М. С. Шейфер, С. Б. Крюков, В. В. Мороз, Н. Ф. Носенко

ГУЗ «Самарская психиатрическая больница»

Внедрение в последнее время в психиатрическую практику психотропных средств с самым разнообразным фармакологическим и клиническим действием обеспечивает в большинстве случаев купирование продуктивной симптоматики, редукцию и исчезновение других проявлений психических расстройств, нормализацию поведения и социальную реабилитацию больных. Вместе с тем, отмечается рост числа больных с явлениями терапевтической резистентности к психофармакотерапии. Представляется очевидным, что поиск методов, направленных на преодоление этих отрицательных явлений, является чрезвычайно актуальным. Одним из методов выбора преодоления резистентности к психофармакотерапии является электросудорожная терапия (ЭСТ). Применение ЭСТ рекомендуется как с целью изменения чувствительности к ранее неэффективным препаратам и в случае развившейся терапевтической резистентности (короткие курсы 2–3 сеанса), так и с целью собственно редукции психопатологической симптоматики (длительность курса более 10–15 сеансов) (1, 2, 4, 5).

По литературным данным при помощи электросудорожной терапии можно добиться эффекта при упорном вербальном псевдогаллюцинозе, хронических галлюцинаторно-параноидных синдромах, стойких навязчивых состояниях и у больных с явлениями вторичной кататонии (2, 4, 6).

Целью нашего исследования было определение эффективности применения электросудорожной терапии при преодолении терапевтической резистентности у больных параноидной шизофренией с непрерывно-прогредиентным и эпизодическим типом течения и нарастающим эмоционально-волевым дефектом (F20), хроническим бредовым расстройством (F22).

В нашем исследовании электросудорожная терапия проводилась на аппарате «Эликон-01» под внутривенным наркозом с миоплегией. После обеспечения надежного венозного доступа проводилась премедикация 0,1% раствором атропина с расчетной дозой по частоте сердечных сокращений. Вве-

дение в наркоз осуществлялось тиопенталом натрия. Миоплегия проводилась миорелаксантами короткого действия (дитилин, листенон) с индивидуальными рассчитываемой дозой (2, 3, 7). С момента введения в наркоз и до восстановления самостоятельного адекватного дыхания пациентам проводилась искусственная вентиляция легких. Нами применялась как билатеральная, так и унилатеральная методики ЭСТ (рис. 1, 2).

Билатеральная электросудорожная терапия является более универсальным методом, который может быть использован при любом психопатологическом синдроме. Униполярная методика является более избирательной и позволяет воздействовать на конкретный синдром психического расстройства. Правосторонняя ЭСТ показана при тревожных, депрес-

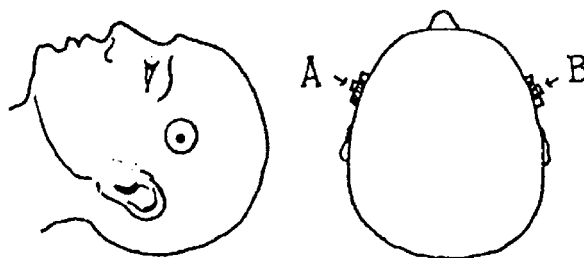


Рис. 1. Точки наложения электродов при проведении билатеральной ЭСТ

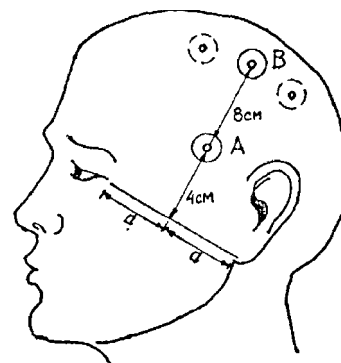


Рис. 2. Точки наложения электродов при проведении унилатеральной ЭСТ

сивных, депрессивно-параноидных и параноидных расстройств. Левосторонняя методика ЭСТ более эффективна при галлюцинаторных и галлюцинаторно-бредовых синдромах, а также для купирования маниакальных состояний и стойкого психомоторного возбуждения (2, 3, 7).

Выбор метода ЭСТ зависел от ведущего психопатологического синдрома пациента. Экспозиция разряда составляла 0,5 сек. Подбор величины импульсов начинался с 80 импульсов при амплитуде тока 550 мА, подбор количества импульсов проводился как в автоматическом режиме, так и вручную. На данном типе аппарата скорость прохождения одного импульса соответствует 1–2 миллисекунде, что совпадает с физиологическим диапазоном нейрона и вызывает развитие припадка. При отсутствии судорожного припадка повторный разряд допускался нами не ранее, чем через 1 сек с увеличением амплитуды тока до 850 мА. Всем пациентам проводился мониторинг их соматического состояния (контроль пульса, артериального давления, процентного содержания кислорода в крови, электрокардиограммы на кардиомониторе) перед сеансом ЭСТ, во время него и по окончании. Введение миорелаксанта исключает видимые мышечные проявления судорожного припадка. Для контроля эффективности проведения процедуры (длительности припадка, выраженности его тонической и клонической фаз) выбирается так называемый контрольный орган, которым чаще всего является рука пациента. Перед введением миорелаксанта на плечо накладывается манжета, сжатием которой прекращается кровоток на конечности, поэтому препарат не поступает в данный орган. В руке развивается изолированный судорожный припадок. При проведении униполярной ЭСТ манжета накладывается на одноименную с наложением электродов сторону для определения генерализации судорожного припадка.

В наше исследование были включены 55 больных, которые находились на стационарном лечении в Самарской психиатрической больнице за период 2004–2006 гг. и которым проводилась электросудорожная терапия в связи с развившейся резистентностью к проводимой психофармакотерапии. Среди них было 29 мужчин и 26 женщин. Возраст пациентов составлял от 18 до 66 лет (в среднем 35,1 лет). Длительность заболевания была от 1 года до 42 лет

Таблица 1

Распределение больных по диагнозам (МКБ-10)

Диагноз	Количество больных
Шизофрения параноидная	44
– непрерывно-прогредиентный тип течения (F20.00)	31
– эпизодический тип течения с нарастающим дефектом (F20.01)	13
Хроническое бредовое расстройство (F22)	11
Всего	55

(в среднем 10,5 лет). Полученные в исследовании данные были подвергнуты стандартной статистической обработке с использованием критерия Стьюдента.

В соответствии с критериями МКБ-10 больные распределялись по диагнозу следующим образом (табл. 1).

Как видно из табл. 1, пациенты с непрерывным типом течения бредовой шизофрении составили наибольшее количество случаев резистентности к проводимому лечению (29 случаев из 55).

Распределение больных по ведущему психопатологическому синдрому представлено в табл. 2.

Как видно из табл. 2, ведущее место при формировании терапевтической резистентности принадлежит тяжелым бредовым и галлюцинаторно-бредовым переживаниям (37 случаев из 55).

Все исследованные нами больные получали лечение нейролептиками, антидепрессантами или их сочетанием в адекватных состоянию дозах не менее 20 дней до начала применения ЭСТ. Средние суточные дозы галоперидола составляли 45–60 мг, азалептина – 300–600 мг, rispолепта – 6–8 мг, солиана – 400–1000 мг, амитриптилина – 200–400 мг, паксила – 40–60 мг, феварина – 150–300 мг, седалита – 0,6–1,2 г. При лечении нередко использовались комбинации препаратов – нейролептиков и антидепрессантов; нейролептиков и транквилизаторов; нейролептиков и солей лития; антидепрессантов и транквилизаторов; нейролептиков, антидепрессантов и транквилизаторов одновременно. Кроме этого, у 6 больных до назначения электросудорожной терапии применялся ряд других методов, направленных на преодоление терапевтической резистентности: плазмаферез, метод одномоментной отмены препарата. При отсутствии клинического эффекта методом выбора преодоления резистентности становилась ЭСТ.

Критерием окончания электросудорожной терапии служила редукция психотической симптоматики с появлением критики к болезненным переживаниям, возможность снижения дозы применяемых психотропных препаратов и улучшение показате-

Таблица 2

Распределение больных по ведущему психопатологическому синдрому

Ведущий психопатологический синдром	Число больных
Галлюцинаторно-параноидный	23
Парафренный	1
Параноидный	7
Галлюцинаторный	2
Параноидный с кататоническими включениями	5
Тревожно-депрессивный	7
Аффективно-параноидный	10
Всего	55

Оценка эффективности ЭСТ в зависимости от ведущего психопатологического синдрома психического расстройства

Синдром	Выраженное улучшение	Существенное улучшение	Незначительное улучшение	Отсутствие эффекта	Всего больных
1. Галлюцинаторно-параноидный	4	5	5	9	23
2. Параноидный	2	2	1	2	7
3. Аффективно-параноидный	3	5	1	1	10
4. Параноидный с кататоническими включениями	3	0	2	0	5
5. Тревожно-депрессивный	3	1	2	1	7
6. Галлюцинаторный	0	0	1	1	2
7. Парафренный	0	0	0	1	1
Всего больных	15	13	12	15	55

лей социального функционирования больных (появление способности включаться в трудовые процессы и реабилитационные программы, редукция негативной симптоматики заболевания). Для закрепления ремиссии после завершения курса электросудорожной терапии всем больным назначалась поддерживающая психофармакотерапия.

Состояние больных оценивалось до начала и после проведения курса электросудорожной терапии. Результаты лечения оценивались в баллах по следующей градации их эффективности: 0 – отсутствие эффекта; 1 – незначительное улучшение, выражающееся в снижении интенсивности психотических переживаний, уменьшении их проекции на поведение больных без критической оценки своего состояния; 2 – существенное улучшение – значительная дезактуализация и редукция психотических переживаний с появлением частичной критики к болезни; 3 – выраженное улучшение – полная редукция психотических проявлений при наличии значительной критики к болезни.

Распределение больных по эффективности применения ЭСТ в зависимости от ведущего психопатологического синдрома заболевания представлено в табл. 3.

Как видно из табл. 3, распределение эффективности применения ЭСТ в зависимости от ведущего психопатологического синдрома заболевания носило неравномерный характер. Прежде всего обращает на себя внимание достаточно высокая эффективность электросудорожной терапии при аффективно-параноидных синдромах. Выраженное и существенное улучшение в нашем исследовании было получено у 8 из 10 больных с аффективно-бредовой симптоматикой. Не менее эффективным оказалось применение электросудорожной терапии у больных с кататонно-параноидной симптоматикой: выраженное улучшение было отмечено у 3 из 5 пациентов, незначительное улучшение – у 2 пациентов. Близкими по эффективности оказались результаты лечения больных с параноидным и тревожно-депрессивным

синдромами: выраженное и существенное улучшение было отмечено у 4 из 7 пациентов в каждой группе расстройств, отсутствие эффекта от применения ЭСТ отмечено в этих подгруппах у 2 и 1 человека, соответственно.

В группе больных с галлюцинаторно-параноидной симптоматикой результат от применения электросудорожной терапии был не столь эффективен. Выраженное и существенное улучшение наблюдалось у 4 больных из 23 включенных в исследование, незначительное улучшение – у 5 человек, отсутствие эффекта от лечения было отмечено нами у 9 пациентов. Наименьший эффект от лечения был получен нами у больных с галлюцинаторным синдромом (незначительное улучшение у 1 пациента) и при парафренном синдроме заболевания (1 клинический случай, эффект от применения ЭСТ не достигнут). Малое количество пациентов в этих случаях не позволило нам сделать какие-либо статистически достоверные выводы, и мы ограничились констатацией факта.

Обращает на себя внимание факт того, что наилучшая эффективность электросудорожной терапии достигалась при аффективно-бредовых состояниях ($p < 0,01$). В этих случаях психотическая симптоматика наиболее быстро и полно подвергалась редукции уже после первых сеансов ЭСТ, что давало возможность уменьшить дозы применяемых антипсихотических препаратов до 25–35% от начального их уровня и сократить сроки госпитализации больных. Так, 28 пациентов в нашем исследовании были выписаны из больницы либо отпущены в лечебный отпуск с выраженным и существенным улучшением после применения ЭСТ через 5–8 дней после окончания курса ЭСТ, тогда как до начала электросудорожной терапии срок их интенсивного стационарного лечения составлял от 21 до 42 дней.

В табл. 4 представлены основные полученные нами данные по оценке эффективности применения ЭСТ в зависимости от диагностической категории

Оценка эффективности ЭСТ в зависимости от диагностической категории психического расстройства

Диагноз	Выраженное улучшение	Существенное улучшение	Незначительное улучшение	Отсутствие эффекта	Всего больных
1. Шизофрения параноидная форма непрерывное течение	8	8	6	9	31
2. Шизофрения параноидная форма эпизодическое течение с нарастающим дефектом	4	5	2	2	13
3. Хроническое бредовое расстройство	5	1	3	2	11
Всего больных	17	14	11	13	55

психического расстройства. Как видно из табл. 4, выраженное и существенное улучшение психического состояния пациентов после применения электросудорожной терапии чаще наблюдалось у больных с эпизодическим типом течения параноидной шизофрении (8 чел. из 13), при непрерывном типе течения заболевания аналогичные показатели эффективности были отмечены у 15 человек из 31, а при хроническом бредовом расстройстве – у 5 из 11. Более выраженная эффективность применения ЭСТ при приступообразном типе течения процесса является статистически достоверной ($p < 0,05$).

Каких-либо осложнений во время проведения сеансов электросудорожной терапии в нашем исследовании отмечено не было.

Выводы

1. Электросудорожная терапия является достаточно эффективным методом преодоления терапев-

тической резистентности при лечении психических расстройств.

2. Электросудорожная терапия наиболее эффективна при терапии аффективных и аффективно-бредовых расстройств.

3. Приступообразный характер течения психического расстройства определяет лучшую курабельность при применении электросудорожной терапии.

4. Тяжелые галлюцинаторно-бредовые синдромы поддаются лечению электросудорожной терапией в меньшей степени.

5. Электросудорожная терапия является достаточно безопасным методом преодоления резистентности к психофармакотерапии.

6. Существует актуальная необходимость выявления корреляции между частотой и амплитудой подаваемого импульса при электросудорожной терапии и эффективностью ее применения при терапии психических расстройств разного диапазона.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных. – М., 1988.
2. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Применение электросудорожной терапии в психиатрической практике. Методические рекомендации, 1989.
3. Деглин В.Л., Лебедев В.А., Исаков М.П. Унилатеральная электросудорожная терапия. – Л., 1987.
4. Корнетов А.Н., Самохвалов В.П., Овсянkin М.И. // Журн. невропатол. и психиатрии. – 1985. – № 2. – С. 249–254.
5. Куколева И.И., Смеловская И.В., Токарева Т.И. Место электросудорожных кризов в общем комплексе и активной терапии психических заболеваний // Труды Куйбышевского медицинского института. – Куйбышев, 1967. – Т. 46. – С. 280–292.
6. Мощевитин С.Ю. Применение ЭСТ при резистентных состояниях аффективной и шизоаффективной структуры в рамках эндогенных психозов // Журн. невропатол. и психиатрии. – 1988. – № 12. – С. 68–73.
7. Нельсон А.И. Электросудорожная терапия в психиатрии, неврологии и наркологии. – М., 2005.

USE OF ECT IN MENTAL DISORDERS RESISTANT TO PHARMACOTHERAPY

M. S. Sheifer, S. B. Kryukov, V. V. Moroz, N. F. Nosenko

Therapeutic resistance to medication happens to be a challenge in contemporary psychiatry. Therefore, professionals are looking for other treatment possibilities, including ECT. The goal of this investigation was to study the effect of ECT in patients with affective, affective-delusional, delusional and hallucinatory-delusional disorders resistant to medication. The subjects were 55 patients (29 male and 26 female), aged 18–66, with duration of disorder from 1 to 42 years, which met the ICD-10 criteria for paranoid schizophrenia F20 (N=40) and organic delusional (schizophrenia-like) disorder F06.2 (N=15). All the patients were being treated in the Samara Psychiatric Hospital. Initially, all the patients had been treated with antipsychotics, antidepressants, tranquilizers and mood stabilizers in different combinations and adequate doses, at least during 20 days. With 6 patients, other methods of breaking through the therapeutic resistance had been used, such as sulfazin and plasmapheresis.

The criterion for stopping ECT was decrease of psychotic symptoms, lower doses of psychotropic drugs and better social functioning of patients (ability to get involved in labor and rehabilitation programs). The patients' condition prior and after the ECT was assessed using a special scale. The

final score was processed using standard statistical procedure and the Student's Criterion. In our investigation, the ECT was performed by means of 'Elicon-1' device, with intravenous administration of an anesthetic to provide muscular relaxation. Uni- or bilateral application depended on the leading psychopathological syndrome. During and after the ECT treatment, the physical state of all the patients was monitored, specifically, their pulse rate, blood pressure, oxygen in blood, electrocardiogram.

ECT seemed to be most effective in affective and affective-delusional conditions ($p < 0.01$). Psychopathological symptoms diminished already after a few ECT treatments, and the dose of antipsychotic medication could be cut by 25–35%, and the hospitalization term could be shortened. The effect was less prominent in severe hallucinatory-delusional disorders, though it was still noticeable. Better results were obtained with recurrent course of the disease ($p < 0.05$). In our study, no complications occurred in the course of the ECT treatment. However, more research is required about correlation between the frequency and the amplitude of the electric impulse during the ECT and the effectiveness of this method.