

ка нацелена на выявление не только патологически измененных (или ситуационно расстроенных), но и сохранных сторон личности, а психотерапевтическая помощь направлена на стимулирование способности больных к личностному росту, восстановлению личностного и социального статуса, формированию конструктивных способов совладания с критическими жизненными ситуациями, включая болезнь и ее социально-психологические последствия.

УДК 616.895.8+615.832.3

Рачкаускас Г.С., Радионова С.И.

ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ШИЗОФРЕНИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭЛЕКТРОСУДОРОЖНОЙ ТЕРАПИИ

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки», ГУ
«Луганская республиканская клиническая психоневрологическая больница»

С момента первых попыток использования судорожной терапии для лечения больных шизофренией прошло более 70 лет, а в настоящее время она принадлежит к стандартным средствам лечения в психиатрии, используется при лечении шизофрении с неблагоприятным течением и при безуспешном медикаментозном лечении депрессии.

Несмотря на это, ЭСТ часто называют вне психиатрии противоречивым методом, скорее всего из-за неверного понимания процесса получения информированного согласия. Трудность состоит в том, что не вполне понятен механизм действия ЭСТ, что дискредитирует метод. Нами представлен клинический опыт использования ЭСТ при лечении тяжелых форм шизофрении, проведен обзор данных о нейробиологическом механизме действия ЭСТ на мозг, освещены этические моменты проведения ЭСТ.

Цель и задачи исследования. Нами были рассмотрены данные клинических и функциональных исследований, касающихся механизмов ЭСТ, обсуждены клинические проблемы в процессе проведения ЭСТ, получения информированного согласия.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 26 больных, получивших электросудорожную терапию (9 мужчин, 17 женщин).

Полученные нами данные свидетельствуют, что приступы, нуждающиеся в интенсивных методах лечения ЭСТ, возникают в любом возрасте, причем отмечается возрастная предпочтительность начала основного заболевания в 21 - 30 лет, что совпадает с данными о дебюте эндогенного заболевания в целом. Также установлено, что в ЭСТ нуждаются больные с длительностью заболевания до 5 лет.

В исследуемой группе в 23 случаях основное заболевание протекало приступообразно, в 3 случаях непрерывно.

Оценивание эффективности курса ЭСТ осуществлялось при помощи клинико-психопатологического и психометрического методов. Количественная оценка динамики психопатологической симптоматики проводилась с использованием психометрических шкал: шкала позитивных и негативных синдромов (PANSS), стандартная шкала оценки функционирования (GAFS).

Результаты и их обсуждение: проводилось от 2-х до 10 сеансов ЭСТ, до появления признаков выхода из психоза: больные начинали вступать в контакт, раскрывать свои переживания, принимать пищу, улучшалось настроение, увеличивалась двигательная активность, расширялся круг интересов.

Оценивание проводили перед проведением ЭСТ и после курса терапии. Было выявлено улучшение по общим показателям психопатологического исследования (во всех случаях по шкале PANSS); во всех случаях в течение недели после первого сеанса ЭСТ уменьшение позитивных симптомов было статистически достоверным для больных, которые получили комплексное лечение медикаментами в сочетании с ЭСТ (по шкале GAFS).

Судорожные приступы являются одним из важных и решающих компонентов ЭСТ.

Нами были рассмотрены четыре основных теории механизма действия ЭСТ: теория обмена нейромедиаторных моноаминов, нейроэндокринная теория, нейротрофическая теория и антисудорожная терапия, в результате чего был сделан вывод о необходимости дальнейших нейробиологических исследований, чтобы более полно объяснить влияние ЭСТ на функционирование различных областей мозга.

Первый шаг к проведению ЭСТ – это консультация специалиста в области ЭСТ, которая проводится в стационаре или амбулаторно; основными целями ее являются уточнение диагноза, определение тяжести психологического состояния пациента, уточнение анамнеза, оценка соматического состояния, начало процесса получения информированного согласия.

Информированное согласие получается для проведения нескольких сеансов, а не для каждой процедуры, по возможности в процесс получения согласия вовлекаются члены семьи. Присутствие членов семьи при консультации может стать решающим в принятии решения пациентом. Наличие психоза, расстройств в мышлении или принудительной госпитализации не подразумевает неспособность дать согласие, а если есть сомнения можно комиссионно (комиссия из 3 врачей) решить этот вопрос.

Основываясь на полученных данных, принимается решение о времени начала ЭСТ, использовании необходимых дополнительных обследований и уточнении сопутствующей патологии, использовании других медикаментов. За рубежом ЭСТ часто используют в амбулаторных условиях, привлекают членов семьи для наблюдения и ухода за пациентом после перенесенного электроконвульсивного шока.

В процессе оценки соматического состояния наибольшее внимание следует уделить сердечно-сосудистой, дыхательной системам и ЦНС. Инструментальные и лабораторные исследования накануне проведения ЭСТ обычно включают ЭКГ, общий анализ крови, биохимические исследования крови, тест на беременность. Должен быть проведен стоматологический осмотр для предотвращения риска аспирации.

Решение об использовании медикаментов (как психотропных, так и для лечения соматических заболеваний) принимается совместно с психиатром и другими консультантами. В прошлом на время лечения ЭСТ отменялись психотропные медикаменты, современная практика позволяет не делать этого, появляется необходимость строить лечебную стратегию, особенно после серии ЭСТ, для предотвращения рецидивов.

Литературные источники указывают, что билатеральное размещение электродов обладает большей эффективностью и скоростью наступления терапевтического эффекта, но может вызывать ретроградную амнезию. Назначенная фармакотерапия продолжается на фоне проведения ЭСТ, продолжение терапии после ЭСТ необходимо у всех пациентов, чтобы увеличить наступление более продолжительной ремиссии. Используются комбинации медикаментов различных классов (антидепрессанты, антипсихотики, антиконвульсанты). Требуется индивидуальный подход и клиническое суждение для определения схемы ЭСТ. Курс лечения в острой фазе (три раза в неделю) может быть сокращен до двух или одного сеанса в неделю, а затем до одного сеанса в неделю в течение нескольких недель.

Пациент А., 24 года, студент, проходил лечение в клинике по поводу шизофрении кататонической. Он сообщил, что его мать перенесла послеродовую депрессию. Настоящий эпизод у пациента начался около двух недель назад, он стал подозрительным, имела место суицидная попытка, когда пациент принял большое количество снотворных таблеток, чтобы «успокоиться». Пациент оставался подавленным, нарастала параноидная симптоматика, появились кататонические включения. Он был проконсультирован для проведения ЭСТ в условиях стационара. Пациент прошел курс из 8 сеансов ЭСТ, в течение 2-х суток купировалась кататоническая симптоматика, снизилась актуальность бредовых переживаний. Через два месяца пациент вернулся к своей привычной деятельности и чувствовал себя хорошо на протяжении одного года кататонического наблюдения.

В результате исследования были сделаны выводы о том, что использование ЭСТ и современных препаратов нового поколения позволяет снизить темп и остановить развитие приступа на ранних стадиях заболевания, что существенно видоизменяет картину болезни в целом. Так же установлено, что ЭСТ является безопасным и эффективным методом, однако при тщательной медицинской оценке и получении информированного согласия пациента перед проведением ЭСТ.