

УДК 616.895.8

*В.А. Абрамов, А.С. Сницаренко, В.Д. Семёнов, Р.В. Кононова, Д.В. Судья***О КЛИНИЧЕСКИХ ЭФФЕКТАХ ЭСТ ПРИ НЕПРЕРЫВНОМ И ПРИСТУПООБРАЗНОМ ТЕЧЕНИИ ШИЗОФРЕНИИ**

Донецкий медицинский университет, областная психиатрическая больница г. Донецк.

Ключевые слова: ЭСТ, шизофрения, синдром, тип течения, эффективность

Со времени внедрения в клиническую практику электросудорожной терапии [ЭСТ] прошло 60 лет. Естественно, что за прошедшие годы изменились подходы к диагностике и лечению психических расстройств, изменение претерпели и взгляды на роль ЭСТ в лечении психических заболеваний и, прежде всего, шизофрении. Так, если в 30-40 годы ЭСТ являлась практически единственным средством активной терапии шизофренических психозов, то внедрение в клиническую практику нейролептических препаратов, а затем и антидепрессантов, значительно ограничило сферу применения ЭСТ. Однако со временем отчётливо обозначились многочисленные недостатки психофармакотерапии. Формирование нейролептической резистентности, лекарственный патоморфоз шизофрении с тенденцией к хронизации, увеличению числа малосимптомных, латентных, резистентных к терапии форм, многочисленные осложнения психофармакотерапии - злокачественный нейролептический синдром, торзионная дискинезия, токсическое влияние на паренхиматозные органы, сердечно-сосудистую, мочеполовую системы, - вот далеко не полный перечень проблем, возникающих в связи с широким применением психофармакотерапии.

Естественно, что в сложившейся ситуации вполне обоснованным представляется возрастание интереса к немедикаментозным методам лечения, в том числе к ЭСТ. В последние годы достаточно активно изучалась возможность использования ЭСТ для преодоления медикаментозной резистентности [1, 4, 6], эффективность этого метода, как в сочетании с психофармакотерапией, так и с другими, например, эфферентными методами [2, 8, 10], уточнялись клинические показания и методические аспекты ЭСТ [5].

В конечном итоге претерпели изменения представления психиатров не только о клинической сфере возможного применения ЭСТ, но и о её методике, длительности и частоте сеан-

сов. Так, в ранних публикациях [9, 10, 11], обосновывалась необходимость проведения длительных курсов ЭСТ с применением высокого напряжения и длительной экспозиции с непрерывным возникновением судорожных припадков. В публикациях же последнего времени, напротив, рекомендуется более щадящая методика и гибкий подход к назначению, длительности и прекращению курса ЭСТ [3, 5]. В отношении клинических показаний к проведению электросудорожной терапии однозначное мнение, на сегодняшний день, сформировано лишь в отношении депрессивных расстройств и фебрильных шизофренических эпизодов [4, 6, 7]. Значительно меньше изучена целесообразность использования ЭСТ при других психопатологических состояниях. В частности, исследования, посвященные эффективности электросудорожной терапии в лечении параноидных и галлюцинаторно-параноидных состояний при шизофрении, единичны и ограничиваются сравнительным анализом билатеральной и унилатеральной методик [3, 12]. Отсутствуют данные о терапевтической эффективности ЭСТ при различных типах течения шизофрении. Не разработаны научно-обоснованные рекомендации о продолжительности курса лечения, критериях его эффективности и показаниях для отмены ЭСТ при конкретных психических расстройствах.

Естественно, что в сложившейся ситуации, практические врачи прибегают к проведению ЭСТ лишь в случае неэффективности длительной медикаментозной терапии, что приводит к удлинению сроков госпитализации, хронизации течения заболевания, формированию терапевтической резистентности.

Целью настоящего исследования явилось изучение избирательной эффективности ЭСТ и разработка рекомендаций по рациональному и клинически оправданному использованию этого метода при различных типах течения шизофрении.

Материал и методы исследования

Обследовано 109 больных, из них 108 мужчин и 1 женщина в возрасте от 16 до 56 лет (средний возраст 31 ± 5 лет), страдающих шизофренией с преобладанием в клинической картине галлюцинаторных и бредовых расстройств. Распре-

деление больных по типам течения заболевания, ведущему психопатологическому синдрому, общему числу госпитализаций и продолжительности настоящей госпитализации, представлено на таблице 1.

Таблица 1.

Общая характеристика больных

Тип течения	Количество больных	Ведущий синдром		Число госпитализаций (M \pm m)	Длительность госпитализации (койко-дни, M \pm m)
		Параноидный	Кандинского-Клерамбо		
Непрерывный	46	33	13	8,3 \pm 0,78	144 \pm 20
Приступообразный	63	32	31	3 \pm 0,28	70 \pm 5,4

ЭСТ проводилась по общепринятой методике. Использовался электроконвульсатор "ЭКТ-01-ФИЛАТ". После стандартной премедикации производили электросудорожное воздействие при биполярном расположении электродов, напряжении от 85 до 150 В и экспозиции 0,3-0,7 с. Сеансы, как правило, проводили через день. Длительность курса определялась динамикой психического состояния. Во всех случаях ЭСТ сочеталась с психофармакотерапией.

Основным методом исследования был клинический. Сравнительная оценка эффективности ЭСТ проводилась при двух психопатологических синдромах-параноидном и синдроме Кандинского-Клерамбо в структуре острых приступов и при непрерывном течении заболевания. Психическое состояние изучалось до начала курса ЭСТ и после каждого сеанса. Выраженность симптоматики оценивалась в баллах (от 0 до 3) по каждому из расстройств.

Результаты исследования и обсуждение

Анализ клинических проявлений позволил установить различия в структуре основных синдромов, в зависимости от типа течения болезни. Так, если в структуре параноидного синдрома при острых приступах шизофрении преобладали тревожно-фобические, депрессивные расстройства, отрывочные, несистематизированные идеи отношения, преследования, бред инсценировки, ложные узнавания, острый вербальный галлюциноз императивного характера, то у больных с непрерывным течением существенно изменялась как структура самого синдрома, так и характер отдельных расстройств. Тревожно-фобические и депрессивные расстройства сменялись злобно-дисфорическим аффектом с раздражительностью, агрессивными тенденциями, либо дефицитарными апато-абулическими проявлениями. Бредовые идеи отравления, пресле-

дования отличались стойкостью, в ряде случаев являлись продуктом бредовой разработки, с вовлечением в бред множества лиц и организаций, нередко с тенденцией к фантастическому видоизменению фабулы. Галлюцинаторные расстройства отличались стойкостью, малой динамичностью и представляли собой хронический вербальный псевдогаллюциноз комментирующего, антагонистического либо "советующего" характера. В целом, вне зависимости от типа течения, бредовые расстройства преобладали над галлюцинаторными.

Сходные отличия наблюдались и в структуре синдрома Кандинского-Клерамбо. Так, при острых приступах доминировали депрессивные расстройства, тревога, страх, растерянность, аутоагрессивные тенденции, явления дереализации и деперсонализации. Вербальные псевдогал-

люцинации, идеаторные, сенестопатические, моторные и речедвигательные автоматизмы сопровождалась отрывочными нестойкими идеями воздействия, околдования, одержимости, нередко явлениями острой парафрени. Клиническая картина характеризовалась значительной динамичностью, иногда многократно изменяясь в течение суток. В рамках же длительного непрерывного течения заболевания галлюцинаторно-бредовые расстройства сопровождалась меньшим эмоциональным резонансом и, как и в клинике хронического параноидного синдрома, преобладали психопатоподобные либо апато-абулические нарушения. Галлюцинаторные расстройства отличались стойкостью и малой динамичностью. Различные психические автоматизмы, как правило, сочетались с псевдогаллюцинациями. Бредовые идеи были весьма стойкими, достаточно разработанными, нередко с фантастическим характером фабулы. В отличие от параноидного синдрома, при обоих типах течения галлюцинаторные и бредовые расстройства были выражены одинаково, с некоторым преобладанием галлюцинаторных расстройств в рамках непрерывного течения.

В процессе проведения ЭСТ отчетливо обозначалась последовательность регресса психопатологических расстройств. При острых приступах наиболее раннему обратному развитию подвергались аффективные нарушения, причём существенных отличий в их динамике, в зависимости от синдромальной принадлежности, отмечено не было. Так, достаточно быстро, после 2-3 сеансов, купировались тревожно-фобические расстройства, растерянность. Скорость регресса депрессивной симптоматики зависела, главным образом, от структуры депрессии. Так, тревожно-депрессивные расстройства исчезали после проведения 3-4 сеансов, депрессии же с заторможенностью, апатией, идеями малоценности, виновности были более резистентными к терапии и требовали проведения не менее 5-6 сеансов ЭСТ.

Сходные тенденции в динамике эмоциональных нарушений без каких-либо синдромальных различий были выявлены при непрерывном течении шизофрении. Успокоение больных, коррекция психопатоподобного поведения и подавление агрессивных тенденций достигались проведением не менее 4-5 сеансов ЭСТ на фоне терапии седативными нейролептиками. На апато-абулические расстройства проводимое лечение никакого влияния не оказывало. Несколько иные закономерности обнаруживались в динамике галлюцинаторных и бредовых расстройств. Бы-

стрее происходило их обратное развитие в рамках приступообразного течения, однако существенное значение имели синдромальные различия. Так, если острый вербальный галлюциноз, отрывочные идеи отношения, преследования, инсценировки в рамках параноидного синдрома, купировались параллельно аффективным нарушениям после проведения 3-4 сеансов ЭСТ, то явления психического автоматизма в структуре синдрома Кандинского-Клерамбо оказались более резистентными и сохранялись некоторое время на фоне ровного настроения и упорядоченного поведения пациентов, требуя проведения дополнительно 2-3 сеансов, применения в качестве поддерживающей терапии частых инъекций депо-препаратов, в то время как у больных с параноидным синдромом использовали пероральный приём трифтазина.

Подобные тенденции отмечались и при непрерывном течении заболевания. В целом, галлюцинаторно-бредовые расстройства при данном типе течения были более резистентными к терапии, однако и в этой группе больных динамика расстройств во многом зависела от ведущего синдрома. Так, если хронический вербальный галлюциноз или хронический бред преследования уже после 3-4 сеансов ЭСТ становились отрывочными, дезактуализировались и после 6-7 сеансов полностью редуцировались, то явления психического автоматизма (за исключением дезавтоматизации мышления) очень плохо поддавались терапии и полной их редукции не отмечалось даже после 8-10 сеансов. Идеи воздействия, часто фантастического характера, редуцировались очень медленно, качественных ремиссий практически не отмечалось, сохранялась выраженная социальная дезадаптация, удлинялись сроки последующих госпитализаций. Следует отметить, что, как и у больных с острым приступом, при непрерывном течении редукция аффективных и галлюцинаторно-бредовых расстройств происходила параллельно у больных с параноидным синдромом и отмечалось более длительное сохранение явлений психического автоматизма.

Таким образом, эффективность воздействия ЭСТ на галлюцинаторные и бредовые расстройства зависит не только от типа течения заболевания, но и от ведущего психопатологического синдрома. В целом, психические нарушения при синдроме Кандинского-Клерамбо гораздо более устойчивы к воздействию ЭСТ, по сравнению с параноидным синдромом. Можно предположить, что синдром психического автоматизма сопровождается более глубокими изменениями

психической деятельности. Об этом свидетельствует обнаруженная в процессе исследования диссоциация в динамике аффективных и галлюциаторно-бредовых расстройств, что позволяет говорить о более выраженном расщеплении между эмоциональностью и другими психическими функциями, то есть о большей глубине первично-шизофренических дефицитарных расстройств при синдроме Кандинского-Клерамбо.

Весьма своеобразно реагировали на ЭСТ симптомы расщепления (разрыхления) внутренней структуры мышления. Наиболее быстро, независимо от синдромально-динамических особенностей болезни, редуцировались признаки дезавтоматизации мышления (ментизм, шперрунги, симптомы открытости и "отнятия" мыслей). При остро возникших приступах 2-3 сеансов ЭСТ было достаточно для восстановления понятийной структуры мышления, его последовательности, возможности сосредоточиться на объекте мысли. Значительно хуже с резидуальными эффектами, особенно при непрерывном течении заболевания, регрессируют проявления парадоксальности и противоречивости ассоциативной деятельности, отчуждение мыслей, формальное отношение к окружающим. Наиболее устойчивыми к действию ЭСТ оказались специфически шизофренические расстройства мышления: аутизм, паралогичность, резонёрство, что, возможно, свидетельствует о различной природе нарушений ассоциативной деятельности при шизофрении. Практически резистентными к действию ЭСТ были проявления разобщения различных компонентов личности, утрата единства психических процессов и согласованности между ними. В целом, отмечена опережающая редукция симптомов расщепления внутренней структуры различных психических функций, по сравнению с довольно ригидными и резистентными признаками диссоциации цельности личности.

Результаты проведенного исследования позволяют прогнозировать возможную эффективность ЭСТ при различных клинико-динамических особенностях шизофрении. Наилучшие результаты проводимой ЭСТ можно ожидать при острых приступах с высоким удельным весом аффективных нарушений, растерянности, отрывочных бредовых идей, а также при остро возникшем параноидном синдроме, по сравнению с синдромом Кандинского-Клерамбо. Несколько хуже прогноз при непрерывном течении заболевания, однако и в этом случае хронический параноидный синдром прогностически благоприятнее синдрома психического автоматизма.

В литературе долгое время обсуждался вопрос

о сравнительной эффективности ЭСТ в зависимости от характера пароксизмов (судорожные или бессудорожные). Нами в 50,3 % случаев наблюдался бессудорожный пароксизм по типу абсанса, в 49,7 % случаев генерализованный тонико-клонический пароксизм. Каких-либо существенных различий в их влиянии на эффективность ЭСТ отмечено не было. При равной выраженности собственно антипсихотического эффекта судорожные пароксизмы сопровождалась отчётливым седативным эффектом, в то время как бессудорожные-стимулирующим, что в ряде случаев приводило к временному обострению симптоматики. В целом, по силе антипсихотического, седативного и антидепрессивного эффектов, ЭСТ превосходит все известные психофармакологические средства. Сравнительная ЭСТ с последними, можно думать о её "обрывающем" действии на психоз в целом. Универсальность ЭСТ заключается в возможности воздействия на полярно противоположные феномены, такие, как бред, галлюцинации, психомоторное возбуждение и депрессия. Логичным является предположение, что электросудорожный разряд запускает сложную систему нейромедиаторных и иммунных механизмов, нормализуя (уравновешивая) тем самым нейродинамические процессы.

Проведенное исследование показало, что проведение ЭСТ позволяет не только уменьшить дозировки нейролептиков, но сократить сроки госпитализации. Убедительным [$P < 0,01$] подтверждением этому является средняя длительность госпитализации репрезентативных групп больных шизофренией: без проведения ЭСТ- 125 дней, при проведении ЭСТ-102 дня, при начале ЭСТ в первые 15 дней после госпитализации-56 дней. Показаниями к проведению ЭСТ при шизофрении могут быть любые расстройства, в первую очередь острые приступы и отчётливые обострения непрерывного процесса, с высоким удельным весом тревоги, страха, депрессивных расстройств, агрессивных, и аутоагрессивных тенденций. Однако и в случаях длительного безремиссионного течения шизофрении, проведение ЭСТ способствует смягчению клинической картины, преодолению явлений медикаментозной резистентности. Не рекомендуется длительное проведение ЭСТ. Предиктором эффективности может быть положительная клиническая динамика уже после 1-2 сеансов, в случае же не эффективности ЭСТ на протяжении 2-4 сеансов следует исключить возможность попытки воздействия на дефицитарные расстройства, либо, вообще, пересмотреть диагностическое заключение относительно эндогенной природы заболевания.

С нашей точки зрения, оптимальной явля-

ется следующая продолжительность курса ЭСТ: при остром параноидном синдроме-3-4 сеанса; при остром синдроме Кандинского-Клерамбо-5-7 сеансов; при хроническом параноидном синдроме психического автоматизма не менее 8-10

сеансов. При наличии показаний начинать ЭСТ следует с первых дней госпитализации, что позволяет сократить сроки лечения, уменьшить дозировки психофармакологических средств и связанные с ними осложнения.

В.А. Абрамов, А.С. Сніцаренко, В.Д. Семенов, Р.В. Кононова, Д.В. Суддя

КЛИНИЧНИ ЕФЕКТИ ЕСТ ПРИ БЕЗПЕРЕРВНОМУ ТА ПРИСТУПОПОДІБНОМУ ПРОТІКАННІ ШИЗОФРЕНІ

Донецький медичний університет, обласна психіатрична лікарня м. Донецьк

Вивчалось 109 випадків проведення електросудомної терапії хворим на шизофренію з перевагою у клінічній картині галюцинаторних та бредових порушень. У 46 випадках захворювання носило безперервний характер та у 63-приступоподібний. Порівняльна оцінка ефективності ЕСТ проводилась у межах двох психопатологічних синдромів: параноїдного (65 випадків) та Кандинського-Клерамбо (44 випадка).

У процесі застосування ЕСТ відмічалась етапність регресу психопатологічних порушень. Найбільш швидко й без зв'язку з типом протікання та синдромальною приналежністю купіровались тривожно-фобічні та депресивні порушення, суїцидальні тенденції. Динаміка галюцинаторних та бредових порушень залежала як від типу протікання захворювання, так і від ведучого синдрому. Порушення у межах безперервного протікання та синдрому Кандинського - Клерамбо були більш резистентними до терапії. На апато-абулічні дефіцитарні порушення ЕСТ ніякого впливу не відіювала. Достатньо ефективно впливала ЕСТ на симптоми розщеплення внутрішньої структури мислення, не впливаючи на його формальність, паралогічність, резонерство.

Аналіз довів, що найбільшу ефективність від ЕСТ можна очікувати при гострих приступах шизофренії з ведучим параноїдним синдромом. Але й в інших випадках проведення електросудомної терапії дозволяє скоротити лікування, зменшити дозування психофармакологічних засобів. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 1998. - № 1 (4). - С. 57-61).

V.A. Abramov, A.S. Snitsarenko, V.D. Semyonov, R.V. Cononova, D.V. Sudya

CLINICAL EFFECT OF ECT IN CONTINUAL END REMITTED COURSE OF SCHIZOPHRENIA

Donetsk Medical University, Donetsk Regional Psychiatric Clinic.

109 schizophrenic patients with hallucinatory and delusional disorders were investigated. 46 patients were characterised by continual course of illness and 63 patients by remitted course. Psychic state of the patients was characterised as the paranoid syndrome (65 patients) and syndrome by Kandinsky-Clerambo (44 patients).

Were found the consistency of disorders regdes in the process carrying out EST. Most rapidly and without any association with the course of illness and main syndrome anxiously-fobic, depressive disorder and suicidal tendencies had reduced. The dynamic of hallucinatory and delusional disorders was associated with the course and syndrome. Disorders in the continual course and syndrome by Kandinsky-Clerambo were more resistant to therapy. There were no influence of ECT on the negative disorders. Enough effective was the influence ECT on mental-schizyos-symptomes, and not to effective on paralogy and formalism.

More effective ECT was in acute schizophrenia with paranoid syndrome. But, in another cases the using of ECT allows to shorten the terms of treatment and minimisade the dosage of psychopharmacology therapy. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 1998. - № 1 (4). - P. 57-61).

Література

1. Вахов В.П. Рациональность применения ЭСТ для преодоления терапевтической резистентности при лечении больных шизофренией психотропными средствами. / В кн.: Алкоголизм и вопросы лечения нервно-психических заболеваний.- Челябинск.-1997.-С. 100-101.

2. Ефимов О.Е., Варшавский Я.С. и др. Эффективность комбинированной электросудорожной и психофармакотерапии при шизофрении. / В кн.: Шизофрения, новые подходы к терапии. - Харьков.-1995.-т. 2.-С. 35 -36.

3. Корнетов А.Н. и соавт. Синдромы шизофрении и эффективность унилатеральной электросудорожной терапии. // Журнал неврологии и психиатрии.-Москва.-1985.-т. 85.-N 2. С. 249-254.

4. Мосолов С.Н., Мошевитин С.Ю. Применение электросудорожной терапии для обрыва континуального течения терапевтически резистентных аффективного и шизоаффективного психозов. // Журнал неврологии и психиатрии. -Москва.-1990.-т. 90.-N 4. С. 121-125.

5. Мошевитин С.Ю. Место электросудорожной терапии в современном лечении эндогенных психозов. // Журнал неврологии и психиатрии.-Москва.-1989.-т. 89.-N 3. С. 145-153.

6. Мошевитин С.Ю. Применение электросудорожной терапии при резистентных состояниях аффективной и шизоаффективной

структуры в рамках эндогенных психозов. // Журнал неврологии и психиатрии.-Москва.-1988.-т. 88.-N 12. С. 68-73.

7. Мошевитин С.Ю., Цыганков Б.Д., Малин Д.И. Эффективность электросудорожной терапии в свете современных подходов к лечению фебрильных состояний шизофрении. // Журнал неврологии и психиатрии.-Москва.-1990.-т. 90.-N 4. С. 114-121.

8. Пишель В.Я., Полювая М.Ю. и др. Опыт сочетанного применения ЭСТ и плазмафереза в лечении резистентных форм шизофрении. / В кн.: Шизофрения, новые подходы к терапии. - Харьков.-1995.-т. 2.-С. 83-84.

9. Саарма Ю. Клинический опыт электросудорожной терапии шизофреников. / В кн.: Учёные записки Тартуского государственного университета.-Таллин.-1954.-Вып. 36.-С. 65 -74.

10. Целибеев Б.А., Новицкий В.Б. Электросудорожная терапия и аминазин при лечении шизофрении. // Врачебное дело. -К. -1960.-N 9.-С. 114-116.

11. Щербина Е.А., Лякуткина М.Ф. Об электросудорожной терапии психозов. / В кн.: Труды областной психиатрической клинической больницы.-Сталино.-1948.-С. 64-88.

12. Унилатеральный электросудорожный припадок (нейрофизиология, клиника, лечебное действие при психозах). Под ред. Н. Н. Трауготт.-Л.-1979.

Поступила в редакцию 2.04.98г.