

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПРИ ПРАВИТЕЛЬСТВЕ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ

СТАВРОПОЛЬСКАЯ КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ
ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 1



ПРОВЕДЕНИЕ ЭЛЕКТРОСУДОРОЖНОЙ ТЕРАПИИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Ставрополь, 2006

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПРИ ПРАВИТЕЛЬСТВЕ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ**

**СТАВРОПОЛЬСКАЯ КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ
ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 1**

**ПРОВЕДЕНИЕ
ЭЛЕКТРОСУДОРОЖНОЙ ТЕРАПИИ
В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ**

Методические рекомендации

Ставрополь 2006

УДК

Составители: Былим И. А., к. пс. н., врач психиатр высшей квалификационной категории, главный психиатр Ставропольского края; Быков Ю. В., врач анестезиолог-реаниматолог, к. м. н.; Задремайлов Г. В. врач анестезиолог-реаниматолог высшей квалификационной категории, заведующий ОГХК СККПБ № 1.

**Проведение электросудорожной терапии в амбулаторной практике.
Методические рекомендации. – Ставрополь: МЗ СК, 2006.**

В методических рекомендациях представлены современные взгляды на показания и противопоказания к электросудорожной терапии (ЭСТ). Описаны процессы подготовки и проведения ЭСТ в стационарных и амбулаторных условиях, а также основные взаимодействия между психиатрическим стационаром и диспансером с целью создания оптимальных условий для осуществления метода. Представлены основные формы медицинской документации при проведении амбулаторной ЭСТ.

Рецензенты:

Кржечковский А. Ю., заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии СГМА, д. м. н., профессор.

Гуревич Л. Г., к. м. н., заслуженный врач РФ, председатель Ставропольской краевой ассоциации психиатров.

Форсиков А. О., к. м. н., внештатный главный анестезиолог-реаниматолог МЗ СК.

Азов С. Х., заведующий кафедрой физиотерапии, восстановительной и традиционной медицины, действительный член (академик) РАМТН, профессор.

Благодарность

Авторский коллектив выражает признательность А. И. Нельсону за помощь в подготовке данной публикации.

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
Предисловие	4
Основная часть	5
Электросудорожная терапия: краткая характеристика метода	5
Основные показания к проведению ЭСТ	7
Основные противопоказания к проведению ЭСТ	8
Амбулаторная ЭСТ: общие положения	11
Для чего необходима амбулаторная ЭСТ?	11
Варианты проведения амбулаторной ЭСТ	11
Подготовка больного к курсу амбулаторной ЭСТ	12
Алгоритм проведения сеансов ЭСТ в амбулаторных условиях	13
Амбулаторная ЭСТ: интервалы между сеансами	14
Приложения	15
Список использованной литературы	

ПРЕДИСЛОВИЕ

Электросудорожная терапия (ЭСТ) является одним из наиболее эффективных методов нефармакологического лечения при различных психических заболеваниях.

Согласно современным отечественным и зарубежным публикациям, интерес к методу в научно-практическом плане возрастает не только в психиатрии, но и в наркологии и неврологии.

С 2003 г. в Ставропольской краевой клинической психиатрической больнице № 1 (СККПБ № 1) при лечении пациентов психиатрического профиля применяется модифицированная (с использованием анестезиологического обеспечения) методика ЭСТ. В отделении гравитационной хирургии крови (ОГХК) СККПБ № 1 ежемесячно проводится от 50 до 100 сеансов ЭСТ при различной психической патологии.

Возрастающий интерес к методике ЭСТ закономерно выявляет определенные трудности, с которыми приходится сталкиваться врачам в их практической деятельности. Особенно актуально стоит организационная проблема проведения ЭСТ в амбулаторной практике. Как оказалось, большинство практикующих психиатров не владеют информацией по поддерживающей и амбулаторной ЭСТ.

Упомянутые обстоятельства послужили причиной составления методических рекомендаций. При этом авторами сделаны акценты именно на вопросах организации проведения амбулаторной ЭСТ, а также на показаниях и противопоказаниях к данному методу лечения. Другие аспекты ЭСТ представлены кратко. Заинтересованный врач-психиатр без труда сможет освоить их самостоятельно. Авторы надеются, что работа принесет определенную пользу практикующим психиатрам, а также специалистам-консультантам (терапевтам и неврологам).

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

Электросудорожная терапия: краткая характеристики метода

Сущность метода ЭСТ заключается в лечебном электровоздействии на мозг с помощью специального медицинского аппарата для электроконвульсивной терапии (конвульсатора). В настоящее время в РФ из аппаратов современного типа (короткоимпульсные) представлен лишь конвульсатор «Эликон-01», выпуск которого прекращен. Ведутся переговоры с американской фирмой «Somatics» о внедрении на российский рынок современного конвульсатора «Thymatron System IV», которому еще предстоит пройти регистрацию и сертификацию в нашей стране.

В Ставропольском крае метод ЭСТ используется нами в отделении гравитационной хирургии крови Ставропольской краевой клинической психиатрической больницы № 1 (СККПБ № 1).

Выбор способа наложения электродов имеет определенное клиническое значение. Используются основные 4 варианта – классическое билатеральное, унилатеральное (G. d'Elia, 1970), лобно-височное LART (С. М. Swartz, 1994) и бифронтальное. Каждый из вариантов имеет особенности соотношения терапевтического действия и побочных когнитивных эффектов метода. В нашей практике мы чаще всего применяем билатеральное наложение.

Дозирование электровоздействия. «Эликон-01» предоставляет возможность выбора одного из 8 вариантов дозировок путем изменения силы тока (850 или 550 мА), частоты следования импульсов (27 или 40 Гц) и их модуляции (непрерывный ряд или сгруппированные импульсы с паузами). Главная идея электровоздействия – вызвать припадок с максимальным терапевтическим эффектом и минимальными побочными действиями. Для этого могут использоваться разные алгоритмы дозирования – «метод реальных доз» (А. И. Нельсон, 2005), когда стимуляция прекращается по визуальному контролю припадков, и методы предварительного назначения доз

(пациенту выдается доза, заранее установленная на аппарате по тем или иным правилам).

Признаками терапевтической эффективности сеанса ЭСТ на практике считаются: эпилептический приступ продолжительностью не менее 20 сек. и пиковая ЧСС не ниже 75% от зарегистрированной в эталонном сеансе. Более точно можно определить признаки эффективности по ЭЭГ (должна достигаться максимальная генерализация индуцированного эпилептического процесса в мозге), записываемой сразу после электровоздействия.

По современным требованиям сеансы ЭСТ проводятся *только* в условиях общей анестезии. Преимущества проведения ЭСТ в условиях общей анестезии с миорелаксантами многократно подтверждены в работах с высоким доказательным уровнем. Современное анестезиологическое пособие обеспечивает вполне приемлемый уровень безопасности и психологического комфорта не только пациента, но и врача. Основные принципы амбулаторной общей анестезии при ЭСТ не отличаются от прочих хорошо известных анестезиологических ситуаций (Дж. Эдвард Морган мл., Мэгид С. Михаил, 2003). Основными компонентами анестезиологического обеспечения при проведении ЭСТ являются:

- *Медикаментозный сон (торможение восприятия).* Для этой цели нами используются барбитураты короткого действия (тиопентал натрия) в средней дозе 150-300 мг внутривенно в виде 1% раствора. По литературным данным (А. И. Нельсон, 2005), в зависимости от особенностей состояния пациента могут быть выбраны и другие препараты (пропофол, кетамин, этомидат и пр.). Главные задачи – обеспечить на короткое время поверхностный сон, с минимизацией неблагоприятного воздействия на гемодинамику и лечебный эпизиндром.
- *Миорелаксация* кратковременная, но полная используется с целью предотвращения мышечных судорог. Достигается применением

миорелаксантов короткого действия (дитилин, листенон) в средней дозе 100-200 мг внутривенно.

- *Респираторная поддержка* с содержанием 50-100% кислорода в дыхательной смеси необходима для а) оптимальной оксигенации в условиях общей анестезии и ИВЛ и б) снижения судорожного порога у пациента. Проводится с помощью аппаратуры для искусственной вентиляции легких (ИВЛ) маской.

Сеанс ЭСТ осуществляется врачом (в ОГХК СККПБ № 1 – врач анестезиолог-реаниматолог) с помощью медицинской сестры (в ОГХК СККПБ № 1 – медицинская сестра-анестезист). Медицинский персонал должен быть специально подготовлен по методике ЭСТ.

Протокол проведения ЭСТ выглядит в нашем отделении следующим образом: в периферическую вену устанавливается система для внутривенной инфузии (физиологический раствор натрия хлорида 200 мл); выполняется премедикация: атропин 0,1%-0,5 мл в/в, при наличии показаний назначается клофелин по 0,000075 (0,00015) г. за 30 мин. до начала манипуляции per os; затем индукция: клофелин 0,01%-1,0 мл; тиопентал натрия 1% – 150-300 мг в/в медленно до утраты словесного контакта с пациентом; на среднюю 1/3 плеча накладывается жгут, затем вводится дитилин 2% – 5-10,0 мл в/в до полной мышечной релаксации; при этом проводится ИВЛ маской наркозно-дыхательного аппарата в режиме умеренной гипервентиляции кислородно-воздушной смесью 1/1 в течение 1,5-2 минут. После этого выполняется электровоздействие с выбранными параметрами и оцениваются тонико-клонические судороги, развившиеся в мышцах, расположенных ниже места наложения жгута. ИВЛ продолжается до восстановления самостоятельного дыхания пациента. После завершения основной части манипуляции вводится пираретам 20% 5-10,0 мл в/в капельно.

После проведения сеанса ЭСТ амбулаторный пациент должен наблюдаться в течение 2 часов, а при наличии показаний (развитие осложнений) – осуществляется госпитализация в стационар.

Основные показания к проведению ЭСТ

На сегодняшний день вряд ли найдутся нозологические формы, которые остались без внимания врачей, практикующих ЭСТ в психиатрической практике. Список заболеваний и психопатологических синдромов, при которых ЭСТ оказывает явное терапевтическое воздействие, очень велик. В ряде случаев ЭСТ превосходит по эффективности психофармакотерапию. Мнение ведущего специалиста по ЭСТ в РФ А. И. Нельсона таково: «Ни при одном психическом заболевании нельзя быть полностью уверенным в том, что ЭСТ не принесет пользы – шанс на успех есть всегда».

Но, тем не менее, ЭСТ имеет терапевтический тропизм к определенным психопатологическим синдромам (в первую очередь, депрессивным и кататоническим), и определенным нозологическим формам (в первую очередь к тем, в основе которых лежат «эндогенные» механизмы, цикличность возникновения и пароксизмальная активность мозга). В психиатрии ЭСТ обеспечивает наиболее явное улучшение при кататонических синдромах, включая фебрильную кататонию, так что без ЭСТ эти состояния теперь лечить не принято. Из неврологических показаний эталонными являются болезнь Паркинсона и паркинсоноподобные состояния разного генеза. В наркологии ЭСТ в последнее время начала с успехом применяться при алкоголизме и наркоманиях.

Существуют плановые и экстренные показания к ЭСТ. В амбулаторной практике ЭСТ чаще применяют в плановых ситуациях – в качестве противорезистентной методики и противорецидивной поддерживающей терапии. Амбулаторно ЭСТ может применяться и в экстренных случаях (для купирования острых состояний) – когда состояние пациента и наличие надзора со стороны родственников допускают возможность избежать

стационара без риска для больного (А. И. Нельсон, 2005; Амбулаторная электросудорожная терапия, 2006).

Основные противопоказания к проведению ЭСТ

Хотя в официальной «Инструкции по применению электросудорожной терапии (ЭСТ) МЗ СССР» от 1979 г., составленной для устаревшей методики («немодифицированная ЭСТ»), было перечислено довольно много противопоказаний¹, но уже и в ней подчеркивалось, что *«Современные технические и методические приемы судорожного лечения требуют дифференцированного подхода к вопросам противопоказаний для проведения ЭСТ»*. Примерно то же можно прочесть и в методических рекомендациях МНИИП МЗ РСФСР и МЗ СССР «Применение электросудорожной терапии в психиатрической практике» от 1989 г.: *«Совершенствование методики проведения ЭСТ, сопровождавшееся уменьшением осложнений, шло параллельно с ограничением противопоказаний к ней»*.

В мировой практике на сегодняшний день доминирует следующее представление: *«Абсолютных противопоказаний к ЭСТ не существует. Единственным относительным противопоказанием является выраженное*

¹ Из Инструкции по применению электросудорожной терапии № 21-59/ПС59-1/ЭТ. Минздрав СССР. М.: 1979:

Абсолютными противопоказаниями к ЭСТ являются тяжелые заболевания сердечно-сосудистой системы: выраженные изменения миокарда; декомпенсированные пороки сердца, стенокардия, выраженный атеросклероз; выраженная форма хронической коронарной недостаточности, нарушения ритма (мерцательная аритмия, брадисистолическая форма); гипертоническая болезнь II и III стадии; аневризма аорты. К абсолютным противопоказаниям также относятся заболевания легких в виде открытой формы туберкулеза, эмфиземы, бронхиальной астмы в стадии обострения и экссудативного плеврита. Лихорадочные заболевания, все острые и хронические инфекции, гнойные заболевания являются абсолютным противопоказанием к проведению ЭСТ. К этому виду противопоказаний следует отнести и язвенное кровотечение, болезни печени и почек, сахарный диабет, гипертиреоз, отслойку сетчатки, глаукому, беременность.

При тяжелых органических поражениях ЦНС (в том числе, с судорожным синдромом), при заболеваниях периферической нервной системы в стадии обострения, при миастении, а также в детском возрасте ЭСТ не проводится.

Относительными противопоказаниями к ЭСТ считаются гипертоническая болезнь I стадии, компенсированные пороки сердца, умеренный атеросклероз, язва желудка вне стадии обострения, тромбофлебиты, бронхоэктатическая болезнь, бронхиальная астма вне обострения, бедренные и паховые грыжи, хорошо сросшиеся старые переломы, заболевания носоглотки и гортани с нарушением проходимости, эндокринные заболевания, различные новообразования с локализацией вне головного мозга.

Все вышеперечисленные заболевания требуют тщательного осмотра соответствующими специалистами для решения вопроса о возможности проведения электросудорожной терапии. При наличии относительных противопоказаний решение о проведении ЭСТ может приниматься только при наличии тяжелого психического состояния, требующего неотложной помощи.

повышение внутричерепного давления с высоким риском вклинения ствола мозга» (The practice of electroconvulsive therapy, 2001; R. Abrams, 2002).

Столь кардинальное изменение взгляда на противопоказания к ЭСТ обусловлено, во-первых, дестигматизацией метода в мировой психиатрической практике; во-вторых, обязательным применением во время ЭСТ современной общей анестезии с миорелаксантами и полноценной респираторной поддержки при непрерывном мониторинге жизненно важных функций, и, в-третьих, переходом от старых конвульсаторов с повреждающим действием к новым, физиологично действующим короткоимпульсным приборам.

Безопасность метода подтверждает тот факт, что при наличии показаний ЭСТ применяется в детской (J. Vital-Herne et al, 2001) и геронтологической психиатрии (Е. С. Авербух, 1971), а также на различных сроках беременности (L. J. Miller, 1994) без каких-либо серьезных осложнений. Высокую безопасность ЭСТ подтверждают многочисленные данные о применении метода у больных с серьезной сопутствующей патологией: ИБС, пороки сердца, бронхиальная астма, черепно-мозговые травмы, онкологические заболевания и др. (R. J. Applegate, 1997, K. G. Rasmussen, 1997, 2002. S. Crow et al, 1996. M. D. Beale et al, 1997).

Поэтому заключение врача-консультанта (невролога, терапевта, окулиста и т.д.) такого содержания, как «проведение ЭСТ противопоказано», является некорректным. При выявлении сопутствующей патологии врач-консультант должен указать на дополнительные факторы риска и рекомендовать методы и средства его снижения.

Осложнения. Сегодня по характеру и частоте осложнений ЭСТ считается самым безопасным методом лечения из всех, проводящихся в условиях общей анестезии (R. Abrams, 2002). За счет применения миорелаксантов ушли в прошлое травмы опорно-двигательного аппарата. За счет внедрения щадящего, учитывающего физиологию нейрона, короткоимпульсного электровоздействия, значительно снизилась частота и

выраженность транзиторных нарушений памяти (Е. С. Авербух, 1969), и преходящих постприпадочных изменений сознания (А. Б. Смулевич, 1985). Анестезиологическое обеспечение позволяет контролировать артериальную гипертензию (Е. Венцовский, 1988) и другие возможные отклонения гемодинамики. Осложнения, связанные с применением общей анестезии (продленное апноэ, нарушения проходимости верхних дыхательных путей, аспирация и др.), редки по литературным данным, и в нашей практике не отмечены.

Амбулаторная ЭСТ: общие положения

Было бы ошибкой полагать, что описываемая авторами методика проведения сеансов ЭСТ в амбулаторном режиме является нововведением для психиатрии. Методика амбулаторной ЭСТ в теории давно известна и в нашей стране (Г. Я. Авруцкий, 1975). Надеемся, что, с учетом недостаточного освещения практической амбулаторной ЭСТ в отечественной литературе, наш опыт дополнит знания врачей на эту тему.

Для более ясного понимания сути амбулаторной ЭСТ для начала нужно определиться: *для чего необходима амбулаторная ЭСТ?*

Известно, что прекращение курса ЭСТ может привести к возобновлению и прогрессированию психопатологической симптоматики. Переход к поддерживающей ЭСТ (1-2 сеанса в месяц) во многих случаях позволяет предотвратить рецидивы болезни и связанные с ними повторные госпитализации. Понятно, что поддерживающая ЭСТ должна выполняться в амбулаторных условиях.

Поддерживающая ЭСТ получила признание за рубежом, как безопасное лечение с доказанной клинической эффективностью и экономическими преимуществами (С. Andrade, S. Kurinji, 2002). При этом продолжительность такого лечения может исчисляться месяцами и годами.

Варианты проведения амбулаторной ЭСТ

Вариант № 1. Амбулаторная ЭСТ, как продолжение стационарного лечения.

Сущность данного варианта заключается в том, что сеансы ЭСТ проводятся в амбулаторном режиме *после того*, как больной прошел курс стационарного ЭСТ и выписался из больницы.

Вариант № 2. Амбулаторная ЭСТ, как основная составляющая лечебного процесса.

В этом случае методика ЭСТ *изначально* проводится в амбулаторном режиме. Наиболее типичным примером здесь может служить устойчивая к психофармакотерапии депрессия, при которой пациент сразу начинает получать ЭСТ в амбулаторных условиях.

Подготовка больного к курсу амбулаторной ЭСТ

При планировании амбулаторной ЭСТ многое будет зависеть от того, по какому из вариантов будет происходить лечение больного.

Если пациент будет изначально получать сеансы ЭСТ в амбулаторном режиме, то подготовительные мероприятия выглядят в ОГХК СККПБ № 1 следующим образом:

1. Заявление пациента или его представителя на имя главного врача больницы с просьбой провести курс ЭСТ в амбулаторных условиях (см. приложение 1-2).

2. Консультации и заключения специалистов (терапевт, окулист, анестезиолог).

3. При выявлении сопутствующей патологии дополнительное обследование пациента осуществляется согласно рекомендациям специалистов.

4. Решение *врачебной комиссии* о целесообразности проведения ЭСТ.

В том случае, если пациент переводится на амбулаторный режим ЭСТ после стационарного лечения, подготовительный процесс выглядит проще,

поскольку подготовительные мероприятия уже осуществлены в стационаре. В выписке из истории болезни указывается необходимость продолжения лечения методом ЭСТ, о чем в амбулаторной карте делается соответствующая запись участковым психиатром.

Алгоритм проведения сеанса ЭСТ в амбулаторных условиях

Действия пациента и медицинского персонала в день проведения сеанса ЭСТ выглядят следующим образом.

Пациент приезжает в больницу в сопровождении ответственного родственника или близкого человека в утренние часы, в день, назначенный для проведения амбулаторного сеанса ЭСТ, *натощак*. Пациента осматривает врач психиатр. По данным литературы, это может быть психиатр специально выделенной службы ЭСТ, или психиатр амбулаторной психиатрической службы, или психиатр подразделения, проводящего ЭСТ в стационаре. В нашей практике функция осмотра пациента в день сеанса возлагалась на психиатра, который лечил пациента в стационаре. Этот врач решает следующие задачи:

1. Оценить психическое состояние и его динамику.
 2. Определить необходимость коррекции психофармакотерапии.
- Помимо прочего, для успеха ЭСТ важно *обязательно отменить бензодиазепины и другие антиконвульсанты*, если они были назначены.
3. Назначить следующую явку для проведения амбулаторной ЭСТ.
 4. Провести с пациентом и его родственниками беседу и выдать на руки специальную памятку (см. Приложения 5-6).

После этого пациент с амбулаторной картой (в которой есть заключение лечащего врача диспансера) поступает в отделение стационара (в нашем случае ОГХК), оснащенное для проведения модифицированной ЭСТ.

После проведения сеанса ЭСТ пациент в сопровождении родственника и медработника отправляется в профильное отделение стационара, где в

течение 2 часов, а при наличии показаний – до 24 часов за ним осуществляется наблюдение.

Покинув лечебное учреждение, пациент весь день после проведения амбулаторного сеанса ЭСТ должен находиться под наблюдением родственников или близких. В этот день ему нельзя водить машину.

Амбулаторная ЭСТ: интервалы между сеансами

Четких указаний о количестве и частоте проведения сеансов амбулаторной ЭСТ на сегодняшний день не существует. *График проведения амбулаторной ЭСТ определяют психическое состояние пациента и клиническая динамика заболевания.*

Могут быть даны следующие рекомендации.

Если амбулаторная ЭСТ проводилась в качестве «основного» курса, то есть как противорезистентное мероприятие или как средство для лечения острого состояния, то принципы определения интервалов между сеансами не отличаются от таковых при стационарном курсе ЭСТ.

Если пациент получал «основной» курс стационарно, то, переходя к поддерживающей амбулаторной ЭСТ, он обычно выписывается из больницы при частоте сеансов «один раз в неделю». Далее пациенту чаще всего назначают первый сеанс амбулаторной ЭСТ «через две недели после выписки», а потом «1 раз в месяц». Еще раз отметим, что эти сроки условны, и определять частоту сеансов ЭСТ будет в первую очередь клиническая динамика заболевания. Возможны разные варианты последующего поддерживающего курса – например, с постепенным урежением сеансов, или гибкий график с учащением сеансов в периоды, чреватые сезонными обострениями, и урежением в «холодный» период.

Вариант
**заявления пациента на проведение
электросудорожной терапии в амбулаторных условиях**

Главному врачу

лечебного учреждения

(ФИО)

Заявление

Прошу Вас разрешить провести мне на базе Вашего лечебного учреждения курс электросудорожной терапии под общей анестезией в амбулаторных условиях.

Дата _____ Подпись _____

Вариант
**заявления законного представителя пациента
на проведение электросудорожной терапии
в амбулаторных условиях**

Главному врачу

лечебного учреждения

(ФИО)

Заявление

Прошу Вас разрешить провести моему родственнику (подопечному) (ФИО)_____ на базе Вашего лечебного учреждения курс электросудорожной терапии под общей анестезией в амбулаторных условиях.

Дата_____ Подпись_____

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА ПРОВЕДЕНИЕ АМБУЛАТОРНОЙ ЭЛЕКТРОСУДОРОЖНОЙ
ТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ**

Я (ФИО) _____ даю согласие на проведение электросудорожной терапии (ЭСТ) под общей анестезией в амбулаторных условиях.

Мне сообщено о целях, характере воздействия, продолжительности, ожидаемых результатах, а также о возможном риске, осложнениях, побочных эффектах лечения.

«_____» _____ 200__ г. _____

(подпись пациента)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ЗАКОННОГО
ПРЕДСТАВИТЕЛЯ НЕДЕЕСПОСОБНОГО ИЛИ
НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО ПАЦИЕНТА НА ПРОВЕДЕНИЕ
ЭЛЕКТРОСУДОРОЖНОЙ ТЕРАПИИ ПОД ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИЕЙ В
АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

Я _____ согласен
(ФИО)

на _____ предложенное _____ моему _____ родственнику/подопечному

(ФИО)

лечение методом электросудорожной терапии (ЭСТ) под общей анестезией в амбулаторных условиях.

Мне сообщено о целях, характере воздействия, продолжительности, ожидаемых результатах, а также о возможном риске, осложнениях, побочных эффектах лечения.

« _____ » _____ 200__ г. _____

(подпись представителя)

Вариант
памятки для пациента, получающего ЭСТ
в амбулаторных условиях

Я (ФИО)_____информирован(а) моим лечащим врачом о том, что следующий раз я должен(на) прибыть на амбулаторный сеанс ЭСТ: число _____, месяц _____. Мне известно, что процедура проводится в утренние часы, натощак.

В случае ухудшения моего состояния я в обязательном порядке поставлю об этом в известность моего лечащего врача.

Дата _____ Подпись _____

Вариант

**памятки для законного представителя пациента,
получающего ЭСТ в амбулаторных условиях**

Я (ФИО) _____, представитель пациента (ФИО) _____, информирован(а) лечащим врачом о том, что в следующий раз он(она) должен(на) прибыть на амбулаторный сеанс ЭСТ: число____, месяц____. Мне известно, что процедура проводится в утренние часы, натощак.

В случае ухудшения состояния моего подопечного/родственника я в обязательном порядке поставлю об этом в известность лечащего врача.

Дата _____ Подпись _____

Список использованной литературы

1. Авербух Е. С. Расстройства психической деятельности в позднем возрасте. Л.: 1969; с. 251-256.
2. Авербух Е. С. Сравнительная эффективность антидепрессантов и электросудорожной терапии при депрессиях в позднем возрасте. В кн.: Биологическая терапия при психических и нервных заболеваниях. Труды Ленинградского научно-исследовательского института, Т.56. Л.: 1971; с. 13 – 18.
3. Авруцкий Г. Я., Вовин Р. Я., Личко А. Е., Смулевич А. Б. Биологическая терапия психических заболеваний. – М.: Медицина, 1975. – С. 153-177.
4. Амбулаторная электросудорожная терапия: Доклад Рабочей группы Ассоциации конвульсивной терапии / Пер. с англ. А. Г. Комиссаров, А. И. Нельсон. – Набережные Челны: Изд-во Камской госуд. инж.-экономич. акад., 2006. – 43 с.
5. Венцовский Е. Электросудорожная терапия. В кн.: Руководство по психиатрии, Т.22. Под ред. Г. В. Морозова. М.: Медицина; 1988; с. 535-542.
6. Инструкция по применению электросудорожной терапии № 21-59/ПС59-1/ЭТ. Минздрав СССР. М.: 1979.
7. Малин Д. И. Сравнительная эффективность плазмафереза и электросудорожной терапии в лечении резистентных к психофармакотерапии состояний у больных эндогенными психозами. Социальная и клиническая психиатрия 1993; 3 (1):97-101.
8. Мосолов С. Н., Мощевитин С. Ю. Применение электросудорожной терапии для обрыва континуального течения терапевтически резистентных аффективного и шизоаффективного психозов. Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова 1990; 90 (4): 121-125.

9. Нельсон А. И. Электросудорожная терапия в психиатрии, наркологии и неврологии. – М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2005 – 368 с.
10. Применение электросудорожной терапии в психиатрической практике. Методические рекомендации. Министерство здравоохранения СССР, Управление специализированной медицинской помощи, Московский НИИ психиатрии Минздрава РСФСР. М: 1989; 34 с.
11. Смулевич А. Б. Электросудорожная терапия. В кн.: Справочник по психиатрии. Под ред. А. В. Снежневского. М.: Медицина, 1985; Сю 278 – 283.
12. Цыганков Б. Д. Сравнительная эффективность методов лечения больных фебрильной шизофренией. В кн.: Вопросы социальной и клинической психиатрии и наркологии. Под ред. Проф. Б. Д. Цыганкова. М: 2000b; с. 130-146.
13. Эдвард Морган – мл. Дж, Мэгид С. Михаил. Клиническая анестезиология: книга 3-я, пер с англ.– М.: Изд-во БИНОМ, 2003, 304 с.
14. Abrams R. Electroconvulsive Therapy. 4th edition. New York: Oxford University Press; 2002.
15. Andrade C., Kurinji S. Continuation and maintenance ECT: a review of recent research. J ECT 2002; 18: 149-158.
16. Applegate R. J. Diagnosis and management of ischemic heart disease in the patient scheduled to undergo electroconvulsive therapy Convuls Ther 1997; 13(3): 128-144.
17. Beale M. D., Kellner C. H., Parsons P. J. ECT for the treatment of mood disorders in cancer patients. Convuls Ther 1997; 13(4): 22-226.
18. Crow S., Meller W., Christenson G., Mackenzie T. Use of ECT after brain injury. Convuls Ther 1996; 12(2): 113-116.
19. d'Elia G. Comparison of electroconvulsive therapy with unilateral and bilateral stimulation. II: Therapeutic efficacy in endogenous depression. Acta Psychiatr Scand 1970; 215 Suppl: 30-43.

20. Freeman C. P. Electrode placement: unilateral versus bilateral. In Freeman C. P., editor. The ECT Handbook. The second report of the Royal College of Psychiatrists' Special Committee on ECT (Council Report CR39). London: Royal College of Psychiatrists; 2000. P. 37-38.
21. Miller L. J. Use of electroconvulsive therapy during pregnancy. Hosp Community Psychiatry 1994; 45(5): 444-450.
22. Rasmussen K. G. Electroconvulsive therapy in patients with aortic stenosis. Convuls Therapy 1997; 13(3); 196-199.
23. Rasmussen K. G., Rummans T. A. Electroconvulsive therapy in the management of chronic pain. Curr Pain Headache Rep 2002; 6(1): 17-22.
24. Swartz C. M. Asymmetric bilateral right frontotemporal left frontal stimulus electrode placement for electroconvulsive therapy. Neuropsychobiology 1994;29(4):174-178.
25. The practice of electroconvulsive therapy: recommendations for treatment, training and privileging. A task force report of the American Psychiatric Association. 2nd edition. Washington DC: APA; 2001.
26. Vital-Herne J., Orendian G., Ramos-Morel L., DeFrancisci L., Pearlman R. ECT in children and adolescents. World J Biol Psychiatry 2001; 2 (Suppl 1): 158.