Доклад Рабочей группы

АССОЦИАЦИИ КОНВУЛЬСИВНОЙ ТЕРАПИИ

АМБУЛАТОРНАЯ ЭЛЕКТРОСУДОРОЖНАЯ ТЕРАПИЯ

(под редакцией профессора Макса Финка)

2006

www.psychoreanimatology.org

TASK FORCE REPORT

OF THE ASSOCIATION FOR CONVULSIVE THERAPY

AMBULATORY ECT

Task Force: **Max Fink, Chairman**
Richard Abrams
Samuel Bailine
Richard Jaffe

Approved: November 1995; Printed in: Convulsive Therapy, 1996; V. 12(1), P. 41-55
© 1996 Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia

www.psychoreanimatology.org

Амбулаторная электросудорожная терапия. Доклад Рабочей группы Ассоциации конвульсивной терапии. – Пер. с англ. – Набережные Челны: Изд-во..., 2006.

Рекомендовано к изданию Ученым Советом Казанской государственной медицинской академии.

Перевод издан с разрешения правообладателей.

Рецензент: заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии КГМА, доктор медицинских наук, профессор А. М. Карпов.

Оригинал издания на английском языке:
© Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia, 1996
Инициатива русского издания:
© Комиссаров Алексей Геннадьевич, 2003
Первичный перевод с английского:
© Комиссаров Алексей Геннадьевич, 2003
Общая и научная редакция перевода:
© Нельсон Александр Ильич, 2006

ПРЕДИСЛОВИЕ НАУЧНОГО РЕДАКТОРА ПЕРЕВОДА

Есть отрасли науки и практики, в которых Россия имеет свои приоритеты и сохраняет их, несмотря на все трудности. Это космос, авиация, вооружение. Есть отрасли, где мы безнадежно отстали, и, по мнению экспертов, никогда уже не догоним западные страны. Пример – компьютерные технологии («железо», но не программное обеспечение). Но есть такие области деятельности, где мы отстали сильно, но не безнадежно, поскольку в них для ликвидации отставания нужны не миллиардные вложения, а знания, которых нам не хватает.

К таким «небезнадежным» областям в отечественной медицине относится электросудорожная терапия (ЭСТ), и пополнению знаний российских врачей в этом вопросе посвящено настоящее издание. Для того чтобы Россия вновь обрела этот незаслуженно забытый в нашей стране высокоэффективный метод лечения заболеваний головного мозга, нужно распространение знаний о нем, что неминуемо пробудит энтузиазм и творчество специалистов. Этого, как известно, в России не занимать.

За время, прошедшее после изобретения ЭСТ (Италия, 1938), этот метод прошел во всем мире сложный, но плодотворный путь развития. Современная методика ЭСТ (с наркозом, миорелаксантами, мониторингом жизненно важных функций и применением физиологически обоснованных способов электровоздействия на ЦНС) лишилась тех опасностей и осложнений, которые были свойственны начальному периоду. Все преимущества метода (высокая эффективность, быстрота действия, влияние на патогенез болезни) при этом не только сохранились, но и возросли. Благодаря этому ЭСТ смогла удержать и упрочить свои позиции среди лечебных методов. ЭСТ существует и развивается уже 68 лет, вопреки появлению альтернативных методов терапии. Это является уникальным для медицинских технологий и говорит о большом и неслучайном потенциале метода.

Наша страна (в то время СССР) была в числе первых территорий, где была внедрена ЭСТ. 40-е годы были для советской медицины «золотым десятилетием ЭСТ», когда почти все психиатрические больницы овладели этим методом, и десятки тысяч больных с его помощью получили облегчение своих страданий. Начало 50-х – драматический рубеж, на котором в силу политических коллизий того времени развитие ЭСТ в нашей стране приостановилось на десятилетия. Конец XX – начало XXI века знаменует заслуженное восстановление интереса к ЭСТ в России, причем не только в традиционных рамках психиатрии, но и в сферах неврологии и наркологии.

То, что во всем мире ЭСТ признана как эффективный и безопасный метод лечения, знают многие отечественные врачи. Но то, что ЭСТ может применяться не только в стационаре, не только для самых тяжелых больных, не только как противорезистентный метод или «шаг отчаяния», известно далеко не всем. Информация о том, что ЭСТ может рассматриваться как амбулаторный вид лечения – как для острых состояний, так и в качестве поддерживающей терапии, поможет многим отечественным врачам взглянуть под новым углом зрения на этот метод.

Почему в качестве источника сведений об амбулаторной ЭСТ был выбран текст 10-летней давности? И почему именно этот текст? Попробуем ответить на эти вопросы.

Медицинская литература на тему ЭСТ в нашей стране явно не балует читателя изобилием. Долгое время единственной монографией об ЭСТ на русском языке было «Практическое руководство по электросудорожной терапии» (А. И. Нельсон, 1995). Лишь в 2005 г. издана вторая книга на эту тему того же автора. Поэтому всякий добавочный источник знаний об ЭСТ не покажется лишним. Тем более – источник, считающийся в современном мире классическим. Возможно (хочется выразить надежду), что данная публикация откроет серию переводных работ типа «Хрестоматия по ЭСТ», что позволит отечественным врачам лучше познакомиться с опытом, накопленным в данной области нашими зарубежными коллегами. Отсюда – один шаг до перенесения этого опыта на российскую почву, и до преодоления вышеупомянутого отставания.

Первоисточником для данного перевода является коллективный труд американских ученых и практиков, чей вклад в развитие ЭСТ на сегодня признан ведущим в мире.

Для лучшего понимания роли этого документа читателю важно познакомиться с некоторыми американскими реалиями. Американская психиатрическая ассоциация – АПА (American Psychiatric Association, APA) является авторитетнейшей профессиональной организацией психиатров в США. Это не чета Российскому обществу психиатров, о существовании которого отечественные психиатры догадываются только по сдаваемым ежегодно взносам, да по организуемым раз в пятилетку съездам (узнать о которых большинству практиков можно только случайно, а посетить которые удается лишь немногим). АПА обладает функциями реального объединения всех действий американских психиатров – от повседневной практики до регулярного обучения и повышения квалификации. Психиатр, который не является членом АПА, является в США редкостным исключением, и ему закрыты многие дороги профессионального роста и вообще трудоустройства. Документы, публикуемые АПА, отличаются высоким качеством, надежными критериями отбора материала и являются официальными руководствами для практической работы. В США никто кроме АПА (там Министерство здравоохранения играет чисто номинальную бюрократическую роль) не имеет права издавать официальных руководств по психиатрии. Попытки действовать вразрез с этими рекомендациями чреваты для практического врача тяжелыми последствиями (например, в случае судебных исков он не докажет свою правоту, если не придерживался рекомендаций официального руководства АПА). Поэтому рекомендации АПА являются настольными книгами для каждого практикующего врача в США, и каждое их обновление тут же активно изучается и становится руководством к действию.

АПА разделена на секции, или Комитеты (в разное время они назывались по-разному) в соответствии с узкими тематиками рассматриваемых психиатрических проблем. Эти психиатрические организации в разные периоды имели разную степень самостоятельности, но всегда были, как минимум, жестко ориентированы на АПА (даже если и не входили в АПА формально). Одной из таких организаций является Ассоциация конвульсивной терапии – АКТ (Association for Convulsive Therapy – ACT). АКТ действует согласованно с АПА (читатель увидит это по тому, насколько часто цитируются в докладе АКТ документы АПА), и все, что было сказано про АПА, в полной мере относится и к АКТ в тех разделах психиатрической работы, которые касаются применения ЭСТ.

Для решения еще более узких проблем внутри Ассоциаций, Комитетов и других профессиональных объединений периодически формируются Рабочие группы – временные объединения ведущих экспертов по тем или иным вопросам, перед которыми Ассоциации ставят те или иные текущие задачи, например, выработку программных документов. Примером деятельности одной из таких Рабочих групп является создание документа (доклада) об амбулаторной ЭСТ, перевод которого предлагается вниманию читателя. С момента издания этой работы специализированных официальных документов на данную тему не возникало, и она считается действующим на сегодняшний день руководством для практических врачей в США – наряду с разделом об амбулаторной ЭСТ в последнем издании практического руководства по ЭСТ АПА (The practice of electroconvulsive therapy, 2nd edition, APA, 2001).

Текст доклада был опубликован в журнале «Convulsive Therapy» (в настоящее время он переименован в «The Journal of ECT»), периодическом ежеквартальном печатном органе, целиком посвященном вопросам ЭСТ. Хотя он и издается в США от лица АКТ, но является, по сути дела, главным международным журналом об ЭСТ – в нем отражается современное состояние проблемы в изложении ученых разных стран, он является ареной дискуссий на темы ЭСТ, и на его страницах формируется современное представление об ЭСТ в мире. Докладу была предпослана напечатанная в этом же номере журнала редакционная статья об амбулаторной ЭСТ, перевод которой также предлагается вниманию читателя. Характерное название этой статьи («Вторая тихая революция») намекает читателю на неустанную работу американских сторонников ЭСТ, которым удалось совершить «первую революцию» в развитии ЭСТ в 70-е годы, когда благодаря усилиям АПА ЭСТ была возвращена в широкую практику повседневной лечебной работы в клиниках США (Макс Финк считает одним из основных признаков «первой революции» внедрение принципа добровольного согласия на проведение ЭСТ, что было закреплено в докладе Рабочей группы АПА от 1978 г.).

Для более полного впечатления о персоналиях, участвовавших в создании доклада, приводятся сведения о председателе Рабочей группы по амбулаторной ЭСТ – патриархе ЭСТ профессоре Максе Финке. Перевод доклада на русский язык, помимо прочих задач, является данью уважения этому замечательному ученому, который, перешагнув рубеж своего 80-летия, остается активным деятелем на ниве просвещения в области ЭСТ и пропаганды этого замечательного метода.

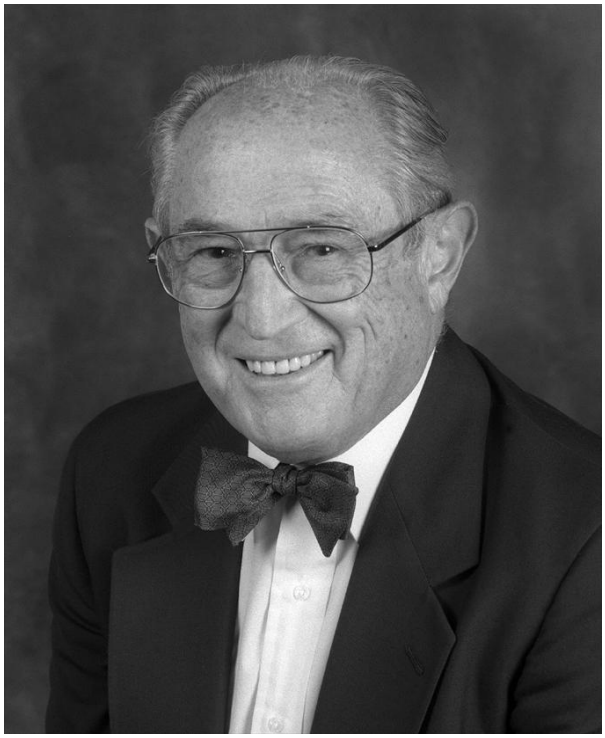
А. И. Нельсон,

кандидат медицинских наук,

заведующий Московским областным Центром психореаниматологии на базе МОПБ № 23,

доцент кафедры психосоматической медицины Российского Университета дружбы народов.

О ПРЕДСЕДАТЕЛЕ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ И ГЛАВНОМ РЕДАКТОРЕ ДОКЛАДА



Родившись в 1923 г. в Вене, Макс Финк в детстве переехал с семьей в США. Степень доктора медицины была получена М. Финком в медицинском колледже Нью-йоркского университета в 1945 году. В 1946-47 гг. он был офицером медицинской службы армии США, после чего прошел специализации по неврологии (1952), психоанализу (1953) и психиатрии (1954). С 1972 по 1997 год Макс Финк был профессором психиатрии и неврологии в университете штата Нью-Йорк (где в настоящее время числится заслуженным внештатным профессором). В 1997 году он перенес свою исследовательскую и преподавательскую деятельность в Лонг-Айлендский медицинский центр, где до настоящего времени является действующим психиатром и профессором психиатрии в медицинском колледже имени Альберта Эйнштейна.

Макс Финк начал свои первые исследования электросудорожной терапии в 1952 году. Он автор более двухсот статей по клиническому применению ЭСТ, результатам электроэнцефалографических исследований ЭСТ, ее эффективности и другим теоретическим и практическим аспектам метода. Среди прочих его работ наиболее известны «Психобиология электросудорожной терапии» (Psychobiology of Convulsive Therapy, 1974), руководство «Конвульсивная терапия: теория и практика» (Convulsive Therapy: Theory and Practice, 1979) и монография «Электрошок: восстановление разума» (Electroshock: Restoring the Mind, 1999).

В 1984 году М. Финк основал ежеквартальный научный журнал «Convulsive Therapy» (в настоящее время журнал выходит под названием «The Journal of ECT») и был его главным редактором до 1993 года. В 1985 году им были выпущены видеофильмы «Информация по ЭСТ для пациентов и их семей» и «Информация по ЭСТ для профессионалов», а в 1999 организован веб-сайт по электросудорожной терапии – http://www.electroshock.org.

Как пишет в 4-м издании своей знаменитой книги «Electroconvulsive therapy» (2002) наиболее известный из учеников М. Финка, американский профессор Р. Абрамс, главное, что сделал М. Финк для ЭСТ – это перевел исследования по ЭСТ на истинно научные рельсы. Уже в начале 50-х, когда публикации по ЭСТ представляли собой в основном описания случаев, М. Финк выполнил и опубликовал работы, отвечающие самым высоким научным критериям, по всем основным разделам этого метода. Эти работы впоследствии стали классикой ЭСТ –

ориентиром и эталоном для последующих поколений ученых. Когда многие в 70-е годы отвернулись от ЭСТ в увлечении «более современными» видами лечения, М. Финк буквально на своих руках внес ЭСТ обратно в американскую психиатрическую практику, доказав ее актуальность и жизнеспособность. За это ему благодарны многие врачи и спасенные этим методом пациенты. Складывается впечатление, что Провидение выбрало его для предотвращения непоправимых научных и исторических ошибок в отношении ЭСТ.

С 1978 по 1990 годы Макс Финк являлся членом Рабочей группы по электросудорожной терапии Американской психиатрической ассоциации. В 1997 году он был председателем Рабочей группы по амбулаторной ЭСТ Ассоциации конвульсивной терапии и главным редактором ее доклада, перевод которого представлен в настоящем издании.

Профессор Макс Финк неоднократно награждался за научные работы по исследованию механизмов действия ЭСТ и за усовершенствования методики ее проведения. Он является признанным авторитетом по ЭСТ не только в США, но и во всем мире. Во многом благодаря именно его усилиям ЭСТ завоевала в сегодняшней медицине устойчивое положение среди других методов лечения заболеваний головного мозга.

Макс Финк является примером научного творческого долголетия. С 2002 г. М. Финк возглавляет Рабочую группу по ЭСТ Всемирной Федерации ассоциаций биологической психиатрии, последовательно отстаивая позиции ЭСТ и в рамках этой международной организации, в которой сильно ощущается ориентация на психофармакологические методы лечения. В 2003 г. вышла его (в соавторстве с профессором Мичиганского университета Майклом А. Тейлором – M. A. Taylor) книга «Клиническое руководство по кататонии» (Catatonia: A Clinician's Guide to Diagnosis and Treatment). В 2004 г. издана книга М. Финка «Этика в электросудорожной терапии» (Ethics in Electroconvulsive Therapy), написанная в соавторстве с известным шведским специалистом по ЭСТ проф. Ж.-О. Оттосоном (Jan-Otto Ottoson). Макс Финк продолжает активную преподавательскую и научную деятельность – совершает зарубежные лекционные туры, читает лекции в университете, регулярно публикует статьи на злободневные темы теории и практики ЭСТ. Многочисленные ученики и последователи этого замечательного ученого в США и других странах формируют национальные школы ЭСТ в современном мире.

Автор этих строк имеет честь и личное удовольствие работать с 2001 г. под руководством Макса Финка в составе международной рабочей группы по ЭСТ Всемирной Федерации обществ биологической психиатрии (Task Force on ECT of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry). В рамках этой работы с помощью Макса Финка был сделан важный шаг для развития ЭСТ в России – проведено исследование состояния дел с ЭСТ в Российской Федерации (Nelson A. I. A national survey of ECT use in the Russian Federation. J ECT 2005;21:151-157).

ВТОРАЯ ТИХАЯ РЕВОЛЮЦИЯ: АМБУЛАТОРНАЯ ЭСТ

M. Fink, C. H. Kellner

Convulsive Therapy 1996; V. 12(1), P. 1-2
© 1996 Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia

Часто, из соображений безопасности пациента и в связи с тяжестью психического расстройства, ЭСТ проводится в стационарных учреждениях. Но так было не всегда. В первые десятилетия ЭСТ широко применялась в рамках амбулаторной помощи. ЭСТ стала применяться только в стационаре, когда анестезия стала неотъемлемой частью процедуры, а интерес к использованию метода сосредоточился на наиболее тяжелых больных, часто требовавших непрерывного наблюдения в связи со склонностью к самоубийству, манией, тяжелыми психозами или неспособностью заботиться о себе.

В прежних руководствах (American Psychiatric Association, 1978) обычно рекомендовались лечебные курсы, состоящие из фиксированного числа сеансов. Но на практике для предупреждения рецидивов практические врачи удлиняли лечебные курсы путем продолжения сеансов в амбулаторных условиях, особенно у пациентов с наиболее тяжелыми заболеваниями и ранними рецидивами в анамнезе. Опрос, проведенный в 1985 году, выявил широкое распространение продленной ЭСТ. За этим сообщением вскоре последовало множество ретроспективных анализов и проспективных исследований, которые подтвердили как преимущества продленного лечения, так и безопасность амбулаторной ЭСТ (Monroe, 1991).

Если ЭСТ выполнима и безопасна в виде амбулаторных курсов, то что же все-таки заставляет зачастую проводить начальный курс ЭСТ в стационаре? Нельзя ли все курсы – и основные, и продленные, проводить амбулаторно? Этот последний вопрос приобретает особое значение в связи с все возрастающей ответственностью организаторов здравоохранения за принимаемые ими решения по лечебным вопросам.

Амбулаторное лечение часто оказывается неприемлемым для пациентов с тяжелыми суицидальными тенденциями, острыми психозами, а также для тех, кому для самообслуживания необходимы мероприятия интенсивного постороннего ухода. Специальные условия также требуются для соматически больных с тяжелыми заболеваниями сердечно-сосудистой, дыхательной и нервной системы. Для кого же конкретно амбулаторная ЭСТ является приемлемой и безопасной? В связи с этими вопросами Ассоциация конвульсивной терапии учредила Рабочую группу по амбулаторной ЭСТ. Ее доклад представлен в данном номере журнала.

В докладе подчеркиваются достоинства ЭСТ как амбулаторного метода – как для основных, так и для поддерживающих курсов. В нем описаны и состояния, при которых все-таки более оправдано стационарное лечение. Сама же техника процедуры для стационарной и амбулаторной ЭСТ практически ничем не отличается.

Подчеркнута важная роль лиц, осуществляющих заботу о больном, для успешного и безопасного проведения амбулаторной ЭСТ. Анестезия и припадок, изменяя функциональное состояние мозга, сказываются на общем состоянии

больного, поэтому следует заранее продумать его доставку к месту проведения амбулаторного лечения и обратно. Важно, чтобы пациент ничего не ел и не пил за 8 часов до лечения, а также избегал некоторых видов деятельности в течение нескольких часов после него. Поэтому так необходимы надежные лица, способные присмотреть за больным до и после каждого лечебного сеанса.

Этот доклад и содержащиеся в нем рекомендации призваны способствовать более широкому использованию амбулаторной ЭСТ – в тех учреждениях, где организован адекватный уход за больными во время и после каждого лечебного сеанса. Но кроме техники ЭСТ, есть еще много вопросов, нуждающихся в ответах.

Какая оптимальная психофармакотерапия должна сопровождать амбулаторную ЭСТ? Что эффективней – психотропные препараты или продолженная ЭСТ – поддерживает успех, достигнутый в основном курсе ЭСТ? Как долго после каждого сеанса нужно ограничивать привычную деятельность больного, и какую деятельность? Необходима ли для проведения каждого амбулаторного сеанса специальная процедура согласия, или существующая практика согласия на серию сеансов может оставаться стандартом при проведении этого лечения? Поскольку в практической медицине накапливаются ответы на эти и иные вопросы, то обобщение этих данных, изложение их в данном докладе в виде рекомендаций и последующее применение, несомненно, послужит делу стандартизации и повышению качества лечения.

Осознавая в полной мере свою ответственность, психиатры вновь возвращаются к выработке руководства по безопасной и эффективной практике. Как и прежние доклады Рабочей группы Американской психиатрической ассоциации (American Psychiatric Association, 1978, 1990), данный доклад поддерживает применение амбулаторной ЭСТ у большего числа пациентов с тяжелыми психическими заболеваниями. Члены Рабочей группы и сотрудники Ассоциации Конвульсивной терапии данным докладом продолжают «тихую революцию» в ЭСТ, которая уже постепенно изменила образ современной психиатрической практики в научных, государственных и частных лечебных заведениях.

Max Fink, M.D. *Nissequoque, New York*
Charles H. Kellner, M.D. *Charleston, South Carolina*

Литературные ссылки:

1. American Psychiatric Association. Electroconvulsive Therapy. Task Force Report #14. Washington, DC. 1978.
2. American Psychiatric Association. Electroconvulsive Therapy. Recommendations for Treatment, Training and Privileging. Washington, DC: APA, 1990.
3. Monroe R. Maintenance electroconvulsive therapy. Psychiatr Clin North Am 1991, 14:947-60.

АМБУЛАТОРНАЯ ЭЛЕКТРОСУДОРОЖНАЯ ТЕРАПИЯ
Доклад Рабочей группы Ассоциации конвульсивной терапии

Convulsive Therapy, 1996; V. 12(1), P. 41-55
© 1996 Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia

ВВЕДЕНИЕ

Доклад Рабочей группы по амбулаторной ЭСТ, опубликованный в данном выпуске журнала *«Convulsive Therapy»,* представляет собою новую инициативу Ассоциации. Это попытка выработать единое мнение среди клиницистов, проводящих ЭСТ, а также повлиять на организаторов здравоохранения.

Почему мы начали с амбулаторной ЭСТ? Во-первых, применение амбулаторной ЭСТ расширяется – главным образом, за счет повышения ее значения при продленной и поддерживающей терапии. Все больше пациентов теперь завершают основной курс ЭСТ в амбулаторных условиях, а некоторые получают и весь курс ЭСТ только амбулаторно. На такое разнообразие применения ЭСТ обратили свое внимание руководители страховых компаний, которые предвидят выгоды (снижение стоимости) от применения ЭСТ вне стационара. Многие врачи, практикующие ЭСТ, в настоящее время ощущают давление со стороны финансирующих организаций, направленное на то, чтобы ЭСТ все чаще и чаще проводилась в амбулаторных условиях. Действительно, идея создания Рабочей группы по амбулаторной ЭСТ родилась как ответ на многочисленные запросы страховых компаний, и как реакция на отсутствие в существующих руководствах рекомендаций по созданию адекватных условий для проведения такой терапии.

В Докладе Рабочей группы амбулаторная ЭСТ определяется как метод, пригодный и для острой (первичной), и для продленной/поддерживающей терапии. В нем отражены клинические показания для стационарной ЭСТ – они определяются диагностическими критериями (такими как суицидальный риск у депрессивных пациентов или нарушения поведения у пациентов с шизофренией), а также техническими соображениями терапии (такими как возможные постприпадочные осложнения у пациентов группы высокого риска). Доклад также предлагает всестороннее описание условий для проведения амбулаторной ЭСТ – от требований к персоналу до оформления согласия на лечение.

Доклад рабочей группы формировался в процессе долгого обсуждения. Первоначальный документ, подготовленный Рабочей группой, был подвергнут изменениям и тщательно отредактирован при участии приглашенных рецензентов и сотрудников Ассоциации конвульсивной терапии. Мы полагаем, что данный Доклад Рабочей группы будет первым в ряду многих последующих докладов Ассоциации конвульсивной терапии. Мы надеемся, что члены Ассоциации, а также врачи, практикующие ЭСТ, найдут рекомендации доклада полезными, поскольку они являются основой для одного из наиболее важных лечебных методов в психиатрии.

Сотрудники Ассоциации конвульсивной терапии:

Richard Jaffe, M.D.; C. Edward Coffey, M.D.; Robert Greenberg, M.D.; Michael Hryvniak, M.D.; Frank Moscarillo, M.D.; Marilouise Venditti, M.D.

АМБУЛАТОРНАЯ ЭЛЕКТРОСУДОРОЖНАЯ ТЕРАПИЯ

Электросудорожная терапия (ЭСТ) является эффективным и безопасным методом лечения многих психических расстройств. Хотя ЭСТ главным образом применяется в стационаре, в настоящее время многие пациенты проходят лечение в амбулаторных условиях, получая при этом как основной, так продленный и поддерживающий курсы. Этот доклад определяет показания и дает рекомендации для проведения ЭСТ в амбулаторных условиях.

ЭСТ раньше проводилась как стационарно, так и амбулаторно. Амбулаторная ЭСТ широко применялась до появления современных психотропных препаратов (Geoghegan and Stevenson, 1949; Hastings, 1961; Holt, 1965; Karliner and Wehrheim, 1965; Stevenson and Geoghegan, 1951). С внедрением этих лекарств в психиатрическую практику ЭСТ почти совсем перестали использовать, возлагая надежды на то, что эти новые средства будут эффективнее при лечении психических расстройств (Fink, 1991). Неудачи психофармакотерапии и признание того факта, что ЭСТ может принести больше пользы при лечении пациентов с тяжелыми заболеваниями и лекарственной резистентностью, возродили интерес к ЭСТ. Попытки издания ограничительных законов для биологического лечения психических заболеваний, в частности, в штате Калифорния, привели к созыву в 1975 году Рабочей группы по электросудорожной терапии Американской психиатрической ассоциации. Ее доклад 1978 года включал в себя рекомендации по применению ЭСТ, описание показаний для ее назначения и оформления процедуры согласия (American Psychiatric Association, 1978). По аналогичным причинам было пересмотрено отношение к ЭСТ в Великобритании – Королевской Коллегией психиатров (Pippard and Ellam, 1981), в Канаде – Канадской правительственной комиссией (Clark, 1985) и в Ирландии – Ирландским отделением Королевской Коллегии психиатров (Latey and Fahy, 1982). Все они поддержали применение ЭСТ и разработали практические рекомендации по повышению эффективности лечения и снижению терапевтического риска. Каждый из докладов был посвящен терапии только стационарных пациентов, а подробности по амбулаторной ЭСТ в них были опущены.

Так как со временем необходимость применения продленной и поддерживающей ЭСТ стала очевидной, то возникла потребность в расширении рамок имеющихся рекомендаций за пределы стационарных подразделений, с разработкой правил для амбулаторной ЭСТ. Опрос 86 психиатров, специалистов по ЭСТ, проведенный в 1985 году, показал, что 60% этих врачей назначают амбулаторную поддерживающую ЭСТ при лечении своих пациентов (Kramer, 1987). Вслед за этим опросом в короткие сроки появилось около 20 докладов, описывающих опыт лечения 150 пациентов из 16 медицинских центров, в каждом из которых подчеркивалась эффективность продленного лечения в поддержании психического здоровья (Abou-Saleh and Coppen, 1988; Aronson et al., 1987; Clarke et al., 1989; Decina et al., 1987; Dubin et al, 1992; Grunhaus et al., 1990; Husain et al., 1993a, 1993b; Jaffe et al., 1990, 1991; Kramer, 1990; Loo et al., 1991; Matzen et al., 1988; Petrides et al., 1993, 1994; Puri et al., 1992; Stephens et al., 1993; Thienhaus et al., 1990; Thornton et al, 1990; Vanelle et al., 1994).

В этой обстановке была созвана вторая Рабочая группа по электросудорожной терапии Американской психиатрической ассоциации. Ее доклад 1990 го-

да (American Psychiatric Association, 1990) признал статус амбулаторной ЭСТ: «Курс электросудорожной терапии может проводиться в амбулаторных условиях, в соответствующим образом оснащенных учреждениях и при тщательном отборе пациентов для лечения» (см. Приложение 2).

Руководство Ассоциации конвульсивной терапии поставило задачу с помощью настоящего доклада ответить на следующие вопросы, посвященные требованиям к амбулаторным условиям проведения ЭСТ:

- при каких состояниях для пациентов допустимо или предпочтительно получать ЭСТ в амбулаторных подразделениях?
- следует ли подходить к амбулаторному лечению иначе, чем к стационарному?
- в каких случаях показаны стационарные условия?

ТЕРМИНОЛОГИЯ

Основной курс ЭСТ[1]. Основной курс ЭСТ – это совокупность последовательно проводимых сеансов, направленных на редукцию симптомов психического заболевания.

Продленная и поддерживающая ЭСТ. Поскольку большинство психических заболеваний являются хроническими и склонны к обострениям, то одной из основных задач терапии является предупреждение рецидивов. После успешно проведенного основного курса ЭСТ дальнейшее продленное лечение обычно складывается из психофармакотерапии или ЭСТ, рекомендуемых большинству пациентов, особенно при тяжелых формах заболевания и высоком риске развития рецидивов. Длительность продленной ЭСТ варьирует в зависимости от тяжести заболевания, известной из анамнеза частоты обострений и степени улучшения состояния, достигнутого в ходе основного курса.

Доклад Американской психиатрической ассоциации (American Psychiatric Association, 1990) дает следующее определение: *«Можно говорить о начале продолженной терапии, когда цель наших усилий смещается от устранения острой симптоматики в сторону предотвращения рецидива… Если не появляются нежелательные эффекты, продленную терапию можно продолжить, по меньшей мере, в течение 6 месяцев»*.

Вообще, когда говорят *«поддерживающее лечение»*, то обычно имеют в виду длительный курс фармакотерапии, напоминающий по своей сути пожизненную терапию солями лития при маниакальных расстройствах или прием антиконвульсантов у больных с припадками. *«Поддерживающая ЭСТ»* определяется как *«Лечение, продолжающееся более 6 месяцев, следующее после завершения самого последнего курса ЭСТ»* (American Psychiatric Association, 1990).

Продленному лечению может логично прийти на смену *поддерживающее*, если у пациентов высока вероятность развития рецидивов.

Продленная ЭСТ проводится как в амбулаторных, так и в стационарных

[1] **Базовый (основной) курс ЭСТ** при депрессивных состояниях состоит обычно из 6-9 лечебных сеансов. Его действие проявляется обычно улучшением состояния, что выявляется клинически и регистрируется по изменению показателей оценочных шкал. За «основным курсом» обычно следует «продленная терапия», которая может быть представлена в виде медикаментозного лечения или продленной ЭСТ (M. Fink, личное сообщение, 2002).

условиях. Несмотря на то, что основной курс ЭСТ обычно проводится в стационаре, а продленная и поддерживающая ЭСТ – амбулаторно, в принципе и основной, и поддерживающий курсы могут быть осуществлены как в стационаре, так и амбулаторно.

Руководства. Это рекомендации и советы, предназначенные для психиатров, руководителей, администраций учреждений и комитетов, в целях выработки стратегии и тактики лечебных подразделений. Руководства не являются конкретными правилами и не отражают определенных стандартов лечения.

Лечащие врачи. Лечащие врачи – это психиатры, несущие ответственность за решение о необходимости проведения ЭСТ, а также отвечающие за применение ЭСТ и за все вопросы по ведению больных в ходе лечебного курса.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Диагностические показания

Показания для основного курса ЭСТ в амбулаторных и стационарных условиях одинаковы. *Первичные* и *вторичные* показания для ЭСТ описаны в докладе Рабочей группы Американской психиатрической ассоциации (American Psychiatric Association, 1990), а также опубликованы в классических работах и последних обзорах (Abrams, 1992; Fink, 1979, 1988; Weiner and Coffey, 1988).

Первичными показаниями для применения ЭСТ являются нарушения настроения, мышления и двигательные расстройства, тяжесть которых служит основанием для активной терапии, и при которых необходим быстрый эффект от лечения. Пациентам с рецидивирующими заболеваниями, а также тем, у которых ранее отмечалась недостаточная реакция на медикаментозное лечение и хороший эффект от ЭСТ, часто рекомендуется сразу проводить электросудорожную терапию без предварительных неудачных попыток медикаментозной терапии. Предпочтение пациента также считается первичным показанием для ЭСТ.

Вторичными показаниями для применения ЭСТ являются нарушения настроения, мышления и двигательные расстройства, которые не поддаются другим видам терапии, и для которых ЭСТ считается эффективной. Не всегда бывает легко преодолеть сомнения, рекомендовать ли пациенту ЭСТ. Чаще всего к такому решению приводят 1-2 безуспешных курса лекарственной терапии, с достаточно длительным применением адекватных дозировок. В последнее время все чаще после успешно проведенного основного курса ЭСТ вместо медикаментозного лечения назначается продленная электросудорожная терапия, особенно если пациент до этого трудно поддавался психофармакотерапии.

В больнице или дома?

Традиционно ЭСТ проводится таким пациентам, которые из-за нарушенного поведения, суицидальных мыслей или соматического состояния нуждаются в госпитализации. По мере того, как лечение начинает действовать, способность пациента к жизни в домашних условиях и к занятиям привычными делами обычно восстанавливается. Принятие решения о выписке из больницы – дело ответст-

венное. При этом нужно учитывать вопросы безопасности и компетентности пациента, а также факт наличия лица, заботящегося о нем. Использование подразделений переходного типа, таких как «дневной стационар» или «дом сестринского наблюдения» способствуют переходу к амбулаторной ЭСТ. Количество стационарных и амбулаторных сеансов терапии различно, и варьирует в зависимости от индивидуальных особенностей пациента.

Многие пациенты с расстройствами мышления и настроения на время лечения вынуждены оставаться в стационарных условиях. Специальные, приближенные к стационарным, условия необходимы для пациентов а) с высоким риском причинения вреда себе или окружающим; б) с обострениями сопутствующих соматических болезней; в) утративших навыки самообслуживания. Пациенты, у которых характер заболевания позволяет осуществлять надзор и уход дома, лечатся в амбулаторных условиях – ЭСТ или другими методами. Некоторые состояния, такие как суицидальная настроенность, агрессивное поведение, соматические болезни и истощение, являются противопоказаниями для амбулаторной ЭСТ.

1. *Суицидальный риск.* Высокую степень суицидального риска представляют пациенты с депрессивными состояниями, маниакально-дисфорическими синдромами и продуктивной психотической симптоматикой. Если такой риск существует, то этим пациентам может потребоваться непрерывное стационарное наблюдение.

2. *Состояния с нарушениями поведения.* Пациенты с делирием, ступором, кататонией, негативизмом, нигилистическим бредом, маниакальной спутанностью, деменцией, возбуждением, растерянностью, расторможенностью и утратой навыков самообслуживания нуждаются в непрерывном постороннем уходе и охранительных мероприятиях. Такие нарушения поведения также могут проявляться при отмене психотропных средств перед проведением основного курса ЭСТ.

3. *Соматические болезни*. Расстройства настроения, особенно депрессии с постоянными суицидальными мыслями и состояния маниакальной спутанности, характерны для некоторых соматических заболеваний и чаще встречаются в пожилом возрасте. Если у пациента выражены проявления деменции или спутанности, то существует опасность, что он не сможет соблюдать инструкции по применению медикаментов и подготовке к ЭСТ, например, не станет выполнять требование не есть 8 часов перед сеансом. Также у таких больных имеется риск падений. Таким образом, если ЭСТ назначена пациентам с соматической патологией, то и саму ЭСТ, и общее ведение этих больных лучше осуществлять в стационаре.

4. *Истощение.* У тяжелых депрессивных пациентов могут возникнуть такие опасные для жизни состояния, как истощение, обезвоживание или анемия, которые требуют назначения им парентерального питания, инфузионной терапии и назначения антибиотиков для профилактики осложнений.

5. *Отсутствие лица, осуществляющего уход*[2]. Отсутствие ухаживающего лица, обеспечивающего заботу о пациенте до и после терапии, в том числе и во время дороги до места лечения и обратно, может потребовать госпитализации больного в стационарное отделение.

Проведение основных курсов ЭСТ нередко бывает комбинированным – в стационарных и амбулаторных условиях. У многих депрессивных пациентов состояние уже после трех-пяти стационарных сеансов ЭСТ позволяет продолжить лечение в амбулаторных условиях. Такие комбинированные курсы способствуют уменьшению частоты проводимых сеансов, что снижает когнитивные побочные эффекты ЭСТ у некоторых уязвимых в этом отношении пациентов, особенно пожилых.

Американским обществом анестезиологов (The American Society of Anesthesiologists – ASA) разработано руководство для оценки безопасности анестезии у пациентов с различными соматическими заболеваниями (Ross and Tucker, 1990). Эта оценка производится с помощью пятибалльной шкалы, где значения от 1 до 2 означают «низкий риск» осложнений анестезии, а от 3 до 5 – «высокий риск»[3]. Пациенты с соматическими заболеваниями и уровнем риска 4-5 баллов по ASA нуждаются в специальных предосторожностях при анестезии, которую следует проводить в стационарных условиях. Пациентам с уровнем риска 3 балла по ASA вопрос о стационарной анестезии решается индивидуально. Первый основной курс ЭСТ у пожилых пациентов чаще проводится в больнице, что способствует детальному лечению сопутствующих заболеваний перед проведением ЭСТ и наблюдению за изменением состояния после ЭСТ.

С улучшением психического состояния пациента после основного курса ЭСТ рассматривается вопрос о продленной ЭСТ. Продленная и поддерживающая терапия обычно проводятся в амбулаторных условиях. Если пациенту долго добираться до больницы, или ему требуется специальная подготовка перед лечением, он может лечь в больницу накануне вечером перед сеансом, или заночевать в ближайшей от стационара гостинице.

Поскольку амбулаторные сеансы непродолжительны по времени, их легко можно проводить в обычных палатах, где есть возможность осуществления кратковременной анестезии с ИВЛ. Кроме специальных приборов ЭСТ, все оборудование, необходимое для электросудорожной терапии обычно имеется в распоряжении любой больницы. Стерильные условия для проведения ЭСТ не являются обязательным требованием.

---

[2] **Отсутствие лица, осуществляющего уход.** Для проведения амбулаторной ЭСТ пациент должен сопровождаться кем либо к месту лечения. Этими людьми могут быть члены семьи или медицинская сестра. Они обязаны забирать пациента домой и оставаться с ним до тех пор, пока его состояние после сеанса остается измененным и он не может полностью обслуживать себя. Эти люди и есть «ухаживающие». Если у пациентов на период лечения не окажется такого члена семьи или назначенного медработника, то нам следует помещать их в больницу в ночь перед сеансом, и мы можем позволить им вернуться домой только в конце того дня, когда проводилось лечение (M. Fink, личное сообщение, 2002).

[3] Аналогичные шкалы анестезиологического риска применяются и в российской анестезиологии-реаниматологии. С ними можно познакомиться в большинстве отечественных учебников по данному предмету – напр., в «Руководство по анестезиологии» под ред. А. А. Бунятяна, 1994 (примечание научного редактора).

Организационные вопросы ЭСТ

1. *Согласие.* Перед проведением основного курса ЭСТ обязательно получить личное согласие пациента на лечение. Процедура получения согласия для добровольно и недобровольно получающих лечение пациентов, рекомендуемая в докладах Рабочей группы (American Psychiatry Association, 1978, 1990) и в последних публикациях (Abrams, 1992, Fink, 1979, 1988; Weiner and Coffey, 1988), применима как при амбулаторном, так и стационарном лечении. Требования к процедуре получения согласия могут быть изменены в соответствии с местными правилами или государственными законами. Практические врачи должны быть осведомлены об отличии местных правил от общегосударственной практики. Когда основной курс ЭСТ завершен, обсуждаются дальнейшие цели лечения и ставится вопрос о повторении процедуры получения согласия – если планируется поддерживающая ЭСТ.

Если количество лечебных сеансов или продолжительность продленной ЭСТ превышает рекомендованные лечебным учреждением параметры, следует получить новое согласие. Правила в лечебных учреждения варьируют, но во многих из них принято подписание нового согласия каждые 6 месяцев.

2. *Подготовка к ЭСТ.* Оценка психического статуса и соматическое обследование как перед основным курсом, так и перед каждым сеансом амбулаторной ЭСТ ничем не отличаются от таковых при стационарной терапии. Психиатры и анестезиологи, проводящие лечение, отвечают за адекватность обследования и интерпретацию его результатов.

2. 1. *Психическое состояние и диагноз.* Очень важным моментом для принятия решения о назначении базового курса ЭСТ является наличие подробного психиатрического анамнеза (где особо следует обратить внимание на предшествующую психиатрическую помощь и ЭСТ) и исследование психического состояния. Результаты стандартного обследования вместе с заключением о причинах назначения ЭСТ записывается лечащим врачом-психиатром. Обосновываются установленные показания для лечения. Для амбулаторной ЭСТ излагаются соображения в пользу именно такого варианта лечения.

Хотя нейропсихологическое исследование когнитивных функций не входит в набор обязательных тестов, но их использование является частью исследования психического статуса, при котором определяются уровень сознания, ориентировка, концентрация, внимание и память (Folstein et al., 1975; Zervas and Jandorf, 1993). Во многих случаях применимы структурированные оценочные шкалы, например «Краткое исследование психического статуса» (Mini-Mental Status Examination – Folstein et al., 1975). Если выявлены нарушения в когнитивной сфере, об этом делается соответствующая запись.

2. 2. *Соматическое обследование до лечения.* Соматическое обследование перед основным курсом терапии одинаково как при стационарном, так и амбулаторном лечении, и проводится для выявления таких состояний, которые могут потребовать специального внимания в связи с анестезией или припадком во время ЭСТ.

Соматическое посистемное обследование проводится врачом, хорошо осведомленным о факторах риска как в связи с возникающими во время ЭСТ припадками, так и в связи с анестезией.

3. *Лечение***.** Такие мероприятия как анестезия, сестринский уход, а также технические особенности (наложение электродов, дозирование энергии, сопутствующее медикаментозное лечение) аналогичны при амбулаторной и стационарной ЭСТ. Используются оба типа наложения электродов: унилатеральное и билатеральное. Поскольку зависимость эффективности терапии от расположения электродов и дозирования энергии до конца не изучена, то решение относительно их использования в каждом конкретном случае, особенно при длительной терапии в рамках продленной ЭСТ, требует частых пересмотров.

Транспортировка пациента, контроль за его состоянием и приемом лекарств перед сеансом, помощь после сеанса – все это требует наличия ухаживающего лица. Всегда полезно обсудить эти обязанности с ухаживающими лицами и обеспечить их конкретными письменными рекомендациями (Приложение3).

Пациентам запрещается пить и есть 8 часов до назначенного лечения. В некоторых случаях пациенту может быть рекомендован прием каких-либо лекарств перед ЭСТ, и такое исключение из правил должно быть разъяснено пациенту и его сопровождающему. Обычно перед ЭСТ лекарства назначаются больным с соматическими заболеваниями или с наличием желудочно-кишечного рефлюкс-синдрома. Лекарства следует принимать перед отъездом из дома и запивать 30 мл (или меньше) воды. Пациентам запрещается принимать какие-либо лекарства, кроме тех, которые прописаны лечащим врачом. На ночь или утром перед ЭСТ им следует помыть голову шампунем. Многие врачи требуют, чтобы пациенты не курили утром в день терапии. Если амбулаторные пациенты во время сеанса одеты в свою личную одежду, то она должна быть свободной и легко стирающейся. На случай неконтролируемых во время сеанса физиологических отправлений следует приносить с собой сменную одежду.

Перед проведением амбулаторной терапии лечащему врачу следует узнать у пациента, были ли у него со времени последнего визита какие-либо изменения соматического или психического состояния. Например, не отмечал ли он изменения в психическом состоянии, в настроении, не имел ли травм или инфекционных заболеваний.

Пациентам не разрешается приходить на лечение без сопровождения, самим приезжать на машине к месту лечения и обратно. Обычно лечащий психиатр получает подтверждение от ухаживающего лица, что все рекомендации были выполнены.

При проведении ЭСТ могут применяться лекарственные средства, влияющие на сердечно-сосудистую и нервную системы (например, гипотензивные или седативные препараты), а также вещества, которые удлиняют период пробуждения. Поэтому тот, кто будет сопровождать пациента, должен быть готов к продолжительному ожиданию окончания любого из сеансов лечения.

Критерии, на основании которых можно отпустить пациента из палаты пробуждения, одинаковы как при стационарном, так и при амбулаторном лечении, и требуют восстановления ориентации, полного бодрствования, устойчивости походки и стабильных показателей жизненно важных функций. У пациента необходимо спросить о наличии головной боли, болях в мышцах, о тошноте и при

необходимости оказать соответствующую помощь. Прием легкой пищи в стенах лечебного учреждения будет способствовать более полному восстановлению нормального состояния. Деятельность пациента после того, как он покинул лечебное учреждение, должна контролироваться сопровождающим его лицом. В некоторых заведениях, пациент может наблюдаться в течение дня после лечения в полустационарном отделении дневного пребывания.

4. *Частота и количество сеансов.* Не существует четких рекомендаций, определяющих частоту, количество сеансов или продолжительность курса амбулаторного лечения, будь это основной курс, продленная или поддерживающая ЭСТ. Эти аспекты терапии не могут быть точно предписаны заранее или надежно определены какими-либо правилами. Каждый пациент требует индивидуального подхода, при котором учитываются предыдущий опыт терапии, сообщения ухаживающих за больным лиц, наблюдения во время каждого лечебного сеанса. Обычно в начале лечения сеансы проводят чаще, а при уменьшении проявлений болезни их частоту уменьшают.

Типичный продленный курс начинается с одного сеанса ЭСТ в неделю с последующим постепенным уменьшением частоты лечебных процедур до 1 раза в месяц, и далее продолжается с этой частотой. Некоторые врачи постепенно увеличивают интервалы между сеансами по мере улучшения состояния пациента, другие придерживаются фиксированного графика на протяжении определенного числа месяцев. Появление в состоянии больного признаков критического улучшения, которое определяется врачом при объективной оценке психического статуса и на основании субъективных сведений от пациента и его близких, является ключевым моментом для подбора дальнейшего оптимального индивидуального графика лечения.

Максимум пользы можно извлечь из поддерживающей амбулаторной ЭСТ только в том случае, если психическое состояние пациента постоянно контролируется для выявления малейших признаков возможного возврата болезненной симптоматики. Профилактика рецидивов будет наиболее эффективной, если поддерживающая терапия будет ориентирована на сведение к минимуму или предотвращение признаков заболевания (Abou-Saleh and Coppen, 1988; Aronson et al., 1987; Clarke et al., 1989; Decina et al., 1987; Dubin et al., 1992; Grunhaus et al., 1990; Husain et al., 1993a, 1993b; Jaffe et al., 1990, 1991; Kramer, 1987, 1990; Loo et al., 1991; Matzen et al., 1988; Petrides et al., 1993, 1994; Puri et al., 1992; Stephens et al., 1993; Thienhaus et al., 1990; Thornton et al., 1990; Vanelle et al., 1994).

5. *Сопутствующее лечение.* Сопутствующее лечение при амбулаторной ЭСТ следует проводить по тем же правилам, которые рекомендованы для стационарной процедуры (American Psychiatric Association, 1990; Fink, 1994; Kellner, 1994). Если пациент получает какую-либо терапию по поводу имеющегося соматического заболевания, ее можно продолжать.

Прием нейролептических средств допускается как во время основного, так и во время продленного курса ЭСТ, т. к. эти два вида терапии могут усиливать действие друг друга, оказывая положительный синергический эффект (Klapheke, 1993; Nobler and Sackeim, 1993). Поскольку нет надежных доказательств, что эффективность лечения повысится от совместного использования антидепрессантов и ЭСТ, то обычно препараты этой группы на период основного курса ЭСТ отменяют, или снижают их дозы (Pritchett et al., 1993). Некоторые врачи назначают ан-

тидепрессанты на период продленной ЭСТ, предвидя возможную необходимость дальнейшего длительного медикаментозного лечения.

Хотя до сих пор возникают дискуссии вокруг вопроса, стоит ли откладывать проведение ЭСТ у пациентов, которые принимали ингибиторы моноаминооксидазы (ИМАО), но из практики последнего времени получены сведения о безопасности совместного применения ЭСТ и ИМАО. Поэтому не требуется откладывать назначение курса ЭСТ до того, как доза ИМАО будет снижена или эти препараты будут отменены (Pritchett et al., 1993).

Литий обычно не назначается в течение основного курса ЭСТ, но он может быть добавлен при проведении продленной и поддерживающей ЭСТ. При этом необходим контроль уровня лития в крови в день лечения. У пациентов с уровнем лития в сыворотке выше, чем 1,0 мЭкв/л, может развиться постприпадочный делирий, длительная спутанность сознания или затяжное апное. Однако, у некоторых пациентов, несмотря на более низкий уровень лития в крови, также может появиться спутанность сознания. Многие врачи отменяют один или два приема лития до процедуры ЭСТ, и возобновляют терапию литием после проведения сеанса (Mukherjee, 1993).

Так как используемые в качестве сопутствующего лечения снотворные и седативные препараты, а также антиконвульсанты (карбамазепин, вальпроевая кислота) снижают общую эффективность проводимой терапии, то их применение во время курса ЭСТ должно сводиться к минимуму (Greenberg and Pettinati,1993).

У пациентов с инсулинзависимой формой сахарного диабета в день проведения ЭСТ может потребоваться коррекция дозы и времени введения инсулина. Подобные поправки также могут потребоваться для пациентов, принимающих теофиллин, стероиды или лидокаин, поскольку эти лекарства могут повлиять на состояние пациента во время проведения лечения.

6. *Кто отвечает за ведение больного.* Лечащий врач-психиатр ответственен за медицинскую помощь на всем протяжении курса амбулаторной ЭСТ: он оценивает динамику симптомов и побочные эффекты, выявляет признаки рецидива, назначает сопутствующую медикаментозную терапию.

Когда наблюдение за пациентом разделено между врачом, проводящим ЭСТ, и курирующим психиатром, они должны заранее договориться об организации лечебного процесса. Оптимальным вариантом является ситуация, когда лечащий врач-психиатр полностью отвечает за больного во время основного курса ЭСТ, а во время продленной и поддерживающей терапии (или при прекращении ЭСТ) он будет принимать вспомогательное консультативное участие.

Ухаживающим лицам следует получить сведения, какая медицинская помощь может понадобиться при побочных явлениях терапии, и к кому обратиться за советом при появлении каких-либо проблем, связанных с изменением состояния пациента после сеанса. Врач, проводящий ЭСТ, и лечащий врач-психиатр должны согласовать между собой и с ухаживающим лицом дату и время следующей явки пациента как на сеанс, так и на осмотр в период между сеансами. В таких случаях очень полезно письменно инструктировать пациента и его близких (Приложение 3).

Если близкие пациента смогут в любое время суток посоветоваться по телефону с лечащим психиатром или другим сведущим специалистом после каждого сеанса ЭСТ, то это повысит качество амбулаторного лечения. С другой сторо-

ны, желательно, чтобы и члены бригады, проводящей ЭСТ, смогли на следующий день после каждого амбулаторного сеанса по своей инициативе связаться по телефону с пациентом или его близкими.

Когнитивные нарушения в течение курса ЭСТ обычно преходящи, но могут помешать нормальной деятельности пациента дома или на работе. Степень и продолжительность когнитивных изменений широко варьирует в зависимости от индивидуальных особенностей пациента, от частоты и количества сеансов ЭСТ, и от того, какой курс получает пациент – основной, продленный или поддерживающий. В ходе курса следует периодически обсуждать с пациентом и его близкими, когда и в какой степени он сможет включиться в домашние дела, работать, водить автомобиль, пользоваться сложными приборами или принимать финансовые решения.

Решение о том, когда пациенту приступить к работе или учебе, принимается в каждом случае индивидуально, и зависит от переносимости терапии. Не существует четко установленных границ периода выздоровления при амбулаторной или продленной ЭСТ. Решение о возврате пациента к обычной жизни должно быть принято совместно – при участии его самого, его близких и врачей – проводящего ЭСТ и лечащего. Такое решение должно основываться, с одной стороны, на оценке степени тяжести заболевания, соматического состояния, когнитивных характеристик, а с другой – на оценке требований, предъявляемых к пациенту на работе.

7. *Завершение продленной и поддерживающей ЭСТ.* Момент окончания основного курса, продленной или поддерживающей ЭСТ определяется эмпирически. Если у пациента возникают частые обострения и рецидивы заболевания, ему может потребоваться более длительное лечение, в некоторых случаях до нескольких лет (Bourne, 1954). Периодически нужно оценивать необходимость в продленном лечении и документировать это при каждом лечебном сеансе. Потребность в поддерживающей ЭСТ должна письменно обосновываться, по крайней мере, раз в полгода.

8. *Лабораторные исследования.* Проведение повторных соматических обследований и лабораторных тестов зависит от общего состояния пациента во время курса ЭСТ и от правил, принятых в данном лечебном учреждении. Пациенты, состояние которых до начала ЭСТ оценивалось как удовлетворительное, и у которых не выявлялись признаки или симптомы соматических заболеваний как до, так и в течение курса ЭСТ, повторяют соматическое обследование и некоторые лабораторные тесты каждые полгода. Остальным больным могут потребоваться более частые обследования.

Пациентам с наличием хронических соматических заболеваний (например, диабет, гипертоническая болезнь) медицинское обследование и лабораторные пробы повторяют согласно индивидуальным показаниям и правилам лечебного учреждения, с интервалом от нескольких недель до полугода. Если же соматическое состояние пациента ухудшается или появляются какие-то новые симптомы, назначаются более частые медицинские осмотры и лабораторные исследования.

9. *Документация.* Документация при амбулаторной ЭСТ ведется так же, как и при стационарной. В ней отражаются показания для лечения, официально утвержденное и подписанное согласие, дата, примененные лекарства, использованное оборудование, параметры стимуляции, длительность припадка, а также

фиксируются физиологические параметры во время каждого лечебного сеанса. Обследование психического состояния до и после ЭСТ тоже является частью медицинской документации каждого сеанса.

Данные соматического обследования и лабораторные показатели вносятся в документацию в начале лечения, а затем так часто, как требуют этого существующие инструкции. Многие практические врачи регистрируют эти данные каждые 6 месяцев.

Помещение и персонал

Требования к помещениям, где проводится амбулаторная ЭСТ, не отличаются от таковых при стационарном лечении, кроме необходимости в помещениях для ожидающих процедуры и для отдыха после ее проведения. Поскольку пациенты и сопровождающие их лица обычно прибывают на лечение раньше, чем следует по расписанию (так как им нужно «зарегистрироваться» у персонала больницы и показаться членам лечебной бригады), то желательно наличие отдельной комнаты ожидания. Хотя помещение для ожидающих может в принципе быть использовано и для отдыха пациентов после лечения, но имеющиеся клинические наблюдения свидетельствуют против совместного пребывания больных, прошедших сеанс, и ожидающих его начала. Так как после лечения у пациентов могут отмечаться спутанность, жалобы на головную боль, тошноту и другие неприятные ощущения, то это может усилить опасения и тревогу у ожидающих терапии. Необходимо обратить внимание на размер, освещенность и близость расположения мест ожидания и отдыха от кабинетов, где проводится терапия. В комнатах отдыха пациенты и сопровождающие их лица должны иметь возможность перекусить.

Сопровождающие. В процессе амбулаторного лечения пациент должен контролироваться сознательным взрослым человеком, который несет ответственность за соблюдение правил лечения и обеспечивает доставку больного к месту терапии и обратно.

Эти правила включают: запрет на прием пищи и воды в течение 8 часов до лечения, контроль за приемом назначенных лекарств, гарантию того, что пациент каждый раз будет приезжать на лечение вовремя и сразу же после лечения не останется без наблюдения ухаживающего лица.

Оплата

Стоимость амбулаторной ЭСТ зависит от объема работы и сложности оказываемой помощи.

По ASA, сложность определяется состоянием пациента, осложнениями в процессе терапии, необходимостью длительного наблюдения после проводимого лечения. В отличие от пациентов стационарных учреждений, где лечащему врачу бывают легко доступны данные о непрерывном наблюдении за пациентом, врачу при амбулаторном лечении приходится тратить дополнительное время на расспросы пациентов и их близких, а также на обследование для оценки изменений психического и соматического состояния пациента, возникших между лечебными сеансами. В некоторых местах страховые суммы для оплаты амбулаторной ЭСТ установлены меньше, чем для стационарной, и это способствует удлинению гос-

питализаций и повышению итоговой стоимости лечения. Такой подход не принимает во внимание сложность и большие затраты времени, необходимые для организации помощи в амбулаторных условиях. Нужно, чтобы страховые суммы покрывали амбулаторную ЭСТ как минимум в такой же степени, как и стационарную.

Организация ЭСТ требует взаимодействия лечащего врача-психиатра, анестезиолога и обученных средних медицинских работников и реабилитологов. Оплата услуг каждого профессионала основана на круге вопросов, входящих в его компетенцию, и на вкладе его в процесс лечения. Если стоимость базового курса вычисляется по принципу «среднего больного» и предусматривает единовременную оплату за некое «среднее» количество сеансов, то при такой системе должны учитываться различия в количестве сеансов, необходимом при разных болезнях, а также различия в соматическом состоянии и степени анестезиологического риска по классификации ASA. Поскольку при усредненных способах оплаты учесть все эти факторы трудно, то такие способы не рекомендуется применять, т. к. это приведет к недолечиванию части пациентов.

У многих пациентов состояние после сеанса улучшается настолько быстро, что это позволяет им в этот же день посетить и своего лечащего психиатра. Такие «сдвоенные» посещения рекомендуются в начале курса, особенно для тех больных, кто сомневается в дальнейшем продолжении лечения и испытывает тревогу и волнение после проведенной терапии. В системах «оплата за услугу» такие визиты должны покрываться страховкой.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Консультанты и члены Рабочей группы

*Richard Abrams, M. D. – UHS/Chicago Medical School, North Chicago, Illinois

*Samuel Bailine, M. D. – Long Island Jewish-Hillside Medical Center, Glen Oaks, New York

Anthony J. Bouckoms, M. D. – Hartford Hospital, Hartford, Connecticut

**Edward Coffey, M. D. – Allegheny Neuropsychiatric Institute, Pittsburgh, Pennsylvania

Raymond R. Crowe, M. D. – University of Iowa Hospitals & Clinics, Iowa City, Iowa

D. P. Devanand, M. D. – Columbia University, New York, New York

Steven L. Dubovsky, M. D. – University of Colorado, Denver, Colorado

Raymond Faber, M. D. – University of Texas HSC, San Antonio, Texas

*Max Fink, M. D. – SUNY at Stony Brook, Stony Brook, New York

Herbert A. Fox, M. D. – Gracie Square Hospital, New York, New York

Robert N. Golden, M. D. – University of North Carolina, Chapel Hill, North Carolina

**Robert M. Greenberg, M. D. – St. Francis Hospital, Jersey City, New Jersey

Donald Hay, M. D. – St. Louis University School of Medicine, St. Louis, Missouri

Paul Helms, M. D. – Eugene, Oregon

**Michael Hryvniak, M. D. – Fairfax, Virginia

** *Richard Jaffe, M. D. – Belmont Center, Philadelphia, Pennsylvania

William Karliner, M. D. – Scarsdale, New York

Charles Kellner, M. D. – Medical University of South Carolina, Charleston, South Carolina

Barry A. Kramer, M. D. – University of Southern California, Los Angeles, California

Martin M. Klapheke, M. D. – Menninger Foundation, Topeka, Kansas

Stuart Levy, D. O. – Friends Hospital, Philadelphia, Pennsylvania

Barry M. Maletzky, M. D. – Portland, Oregon

W. Vaughn McCall, M. D. – Bowman Gray School of Medicine, Winston-Salem, North Carolina

**Frank Moscarillo, M. D. – Chevy Chase, Maryland

Stephen Mueller, M. D. – Baystate Medical Center, Springfield, Massachusetts

Glen Peterson, M. D. – Oakland, California

Charles L. Rich, M. D. – University of South Alabama, Mobile, Alabama

Teresa A. Rummans, M. D. – Mayo Clinic, Rochester, Minnesota

Mark Sedler, M. D. – SUNY at Stony Brook, Stony Brook, New York

Iver F. Small, M. D. – Larue D. Carter Memorial Hospital, Indianapolis, Indiana

Conrad M. Swartz, M. D. – East Carolina University School of Medicine, Greenville, North Carolina

**Marilouise Venditti, M. D. – Atlantic City Medical Center, Atlantic City, New Jersey

Richard Weiner, M. D., Ph. D. – Duke University, Durham, North Carolina

Charles A. Welch, M. D. – Massachusetts General Hospital, Boston, Massachusetts

Michael G. Wise, M. D. – Ochsner Medical Foundation, New Orleans, Louisiana

---

* Член Рабочей группы

** Сотрудник Ассоциации конвульсивной терапии

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Выдержки из доклада Рабочей группы (1990 г.) Американской психиатрической ассоциации: разделы, относящиеся к амбулаторной ЭСТ

11.12. Амбулаторная ЭСТ.

11.12.1. Общие положения.

Курс ЭСТ может проводиться в амбулаторных условиях в специально оборудованных для этого подразделениях при тщательном отборе пациентов. Учреждение, обеспечивающее проведение амбулаторной ЭСТ, должно контролировать правильность и порядок осуществления процедуры.

11.12.2. Критерии отбора пациентов для амбулаторной ЭСТ.

а) Применимы те же показания, противопоказания, требования к получению согласия и необходимые обследования перед курсом ЭСТ, которые изложены в других местах этого руководства.

б) Характер и серьезность психического заболевания пациента во время ЭСТ не являются противопоказаниями для проведения лечения в амбулаторных условиях.

в) Возможный риск, связанный с курсом ЭСТ, вполне можно выявить и снизить до приемлемого уровня как непосредственно в процессе проведения сеансов ЭСТ, так и затем при амбулаторном наблюдении.

г) Пациент должен быть согласен и способен, самостоятельно или с помощью других лиц, соблюдать на протяжении всего периода лечения определенные ограничительные правила (см. Раздел 11.12.3).

д) Назначается курирующий врач, который будет нести общую ответственность за больного в процессе проведения курса ЭСТ. Этот человек, который может быть и лечащим психиатром, должен быть в случае необходимости доступен пациенту, его близким и бригаде ЭСТ.

е) Соответствие пациента этим критериям отбора следует повторно оценивать на протяжении курса.

11.12.3. Ограничения в поведении пациента.

Пациент должен следовать описанным ниже ограничениям в поведении. До начала амбулаторной ЭСТ, каждый пациент (а в необходимых случаях – ответственное за него лицо) должен быть проинструктирован о характере и продолжительности этих ограничений. Полезно применение письменной инструкции для пациента. Выполнение пациентом этих правил поведения следует оценивать в течение курса, и при необходимости инструктирование его должно повторяться.

а) Избегайте занятий, которые могут быть затруднены из-за возможных неблагоприятных когнитивных эффектов ЭСТ, особенно непосредственно в день лечения. Поскольку когнитивные эффекты крайне изменчивы и зависят как от методики ЭСТ, так и от индивидуальных особенностей пациента, ограничения в поведении должны быть адаптированы к каждому индивидуальному случаю и корректироваться по необходимости. Неблагоприятные когнитивные эффекты при относительно длинных интервалах между сеансами (обычных при продленной и поддерживающей терапии) могут исчезать уже на следующий день после сеанса.

б) Сообщайте заранее (до процедуры) лечащему доктору или группе, которая проводит ЭСТ, о любом неблагоприятном эффекте, возникшем при проведении ЭСТ, и (или) заметных изменениях в своем состоянии.

в) Соблюдайте указанную диету, следите за своевременностью опорожнения кишечника и мочевого пузыря и следуйте правилам гигиены перед каждым сеансом ЭСТ.

г) Придерживайтесь назначенного режима приема лекарств, включая особые изменения в приеме лекарств, которые могут потребоваться в день проведения ЭСТ.

11.12.4. Обязанности бригады, проводящей ЭСТ, во время каждого сеанса.

а) До начала ЭСТ проверьте, как больной выполнил инструкции относительно воздержания от пищи, чистоты и сухости волос, опорожнения мочевого пузыря, удаления зубных протезов и посторонних предметов изо рта. Лечебная бригада должна также выяснить, нет ли неблагоприятных эффектов от предыдущих сеансов ЭСТ, а также оценить изменения в текущем соматическом состоянии, которые могут повлиять на соотношение риска и пользы, связанных с ЭСТ.

б) К кабинету должно примыкать помещение, где пациенты после выхода из палаты пробуждения будут находиться под наблюдением до того, как они покинут лечебное учреждение. Наблюдение необходимо обеспечивать при помощи учрежденческого персонала по уходу или друзей и членов семьи пациента.

в) Желательно, чтобы пациенты, получающие амбулаторную ЭСТ, после каждого сеанса покидали учреждение под присмотром родных и близких. Если сопровождающего нет, пациент не может быть отпущен до тех пор, пока кто-либо из членов лечебной бригады или ответственный за лечение не определят, что физические и когнитивные параметры пациента позволяют ему безопасно добраться до дома без посторонней помощи.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Информация для пациентов, получающих ЭСТ в амбулаторных условиях.

Если Вы получаете амбулаторное лечение, существуют некоторые правила, которым Вы должны следовать, потому что Вам предстоит кратковременная анестезия. Лекарство для анестезии Вам введут в вену руки.

Вы не должны что-либо есть или пить с полуночи до времени назначенного Вам сеанса.

Таблетки, которые Вы обычно принимаете по утрам, в день сеанса не принимайте, если Вам не рекомендовали этого делать члены лечебной бригады. Мы рассчитываем, что Вы принесете их с собой и отдадите медицинской сестре, которая выдаст их Вам обратно после проведения лечения.

Если Вы сильно простудитесь во время курса лечения, это состояние может помешать провести Вам анестезию. Поэтому если Вы будете чувствовать себя плохо, попросите кого-нибудь сообщить об этом по телефону в больницу, и Вам скажут, в какой другой день можно будет прийти на сеанс. Наш номер телефона: _____.

Вы не должны водить машину и другое транспортное средство в день, когда получаете лечение.

Родственники или друзья должны отвозить Вас в больницу и забирать домой каждый раз, когда проводится лечение. На лечение нужно приходить к _____час.; домой Вы сможете уехать примерно в _____час.

В день лечения Вы не должны ездить без сопровождения.

Вы не должны возвращаться в пустой дом. Если Вы поедете домой на заказанном для Вас транспорте, попросите родственников или соседей быть у Вас дома, когда Вы прибудете.

Во время ЭСТ Вы не будете испытывать неприятных ощущений, хотя после пробуждения от анестезии может ощущаться сонливость, головная боль или тошнота. Эти симптомы полностью проходят после отдыха.

Лечение не оказывает мгновенного эффекта. Не волнуйтесь, если Вы не почувствуете улучшения после первых сеансов терапии. Всякий раз перед сеансом обсуждайте с врачом изменения Вашего состояния, или делайте это при очередном визите к своему лечащему врачу.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Abou-Saleh MT, Coppen AF. Continuation therapy with antidepressants after ECT. *Convulsive Ther* 1988;4: 263-8.

2. Abrams R. Electroconvulsive therapy, 2nd ed. New York: Oxford University Press, 1992.

3. American Psychiatric Association. Electroconvulsive therapy. Task Force Report #14. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1978.

4. American Psychiatric Association. The practice of electroconvulsive therapy: recommendations for treatment, training and privileging. Washington, DC: APA Press, 1990.

5. Aronson T, Shukla S, Hoff A. Continuation therapy after ECT for delusional depression: A naturalistic study of prophylactic treatments and relapse. *Convulsive Ther* 1987;3:251-9.

6. Bourne H. Convulsion dependence. *Lancet* 1954;2:1193-6.

7. Clark CJ. Report of the Electro-Convulsive Therapy Review Committee. Ministry of Health, Toronto, Canada, 1985.

8. Clarke T, Coffey C, Hoffman G, Weiner R. Continuation therapy for depression using outpatient electroconvulsive therapy. *Convulsive Ther* 1989;5:330-7.

9. Decina P, Guthrie EB, Sackeim HA, Kahn D, Malitz S. Continuation ECT in the management of relapses of major affective episodes. *Acta Psychiatr Scand* 1987;75:559-62.

10. Dubin WR, Jaffe R, Roemer R, Siegel L, Shoyer B, Venditti ML. The efficacy and safety of maintenance ECT in geriatric patients. *J Am Geriatr Soc* 1992;40:706-9.

11. Fink M. Convulsive therapy: theory and practice. New York: Raven Press, 1979.

12. Fink M. Convulsive therapy: A manual of practice. Review of Psychiatry 7: Washington, DC: APA Press. 1988:482-97.

13. Fink M. Impact of the anti-psychiatry movement on the revival of ECT in the U.S. *Psychiatr Clin North Am* 1991;14:793-801.

14. Fink M. Combining electroconvulsive therapy and drugs: A review of safety and efficacy. *CNS Drugs* 1994; 1:370-6.

15. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-Menial State": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-98.

16. Geoghegan JJ, Stevenson GH. Prophylactic electroshock. *Am J Psychiatry* 1949;105:494-5.

17. Greenberg RM, Pettinati HM. Benzodiazepines and electroconvulsive therapy. *Convulsive Ther* 1993;9:262-73.

18. Grunhaus L, Pande A, Haskett R. Full and abbreviated courses of maintenance electroconvulsive therapy. *Convulsive Ther* 1990;6:130-8.

19. Hastings DW. Circular manic-depressive reaction modified by «prophylactic electroshock». *Am J Psychiatry* 1961;118:258-60.

20. Holt WL. Intensive maintenance EST: a clinical note concerning two unusual cases. *Int J Neuropsychiatry*. 1965; 1:391-4.

21. Husain MM, Lewis SF, Thornton WL. Maintenance ECT for refractory obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1993a;150:1899-900.

22. Husain MM, Meyer DE, Muttakin MH, Weiner MF. Maintenance ECT for treatment of recurrent mania. *Am J Psychiatry*. 1993b;150:985.

23. Jaffe R, Dubin W, Shoyer B, Roemer R, Sharon D, Lipschutz L. Outpatient electroconvulsive therapy: efficacy and safety. *Convulsive Ther* 1990;6:231-8.

24. Jaffe R, Rives W, Dubin WR, Roemer RA, Siegel L. Problems in maintenance ECT in bipolar disorder: Replacement by lithium and anticonvulsants. *Convulsive Ther* 1991;7:288-94.

25. Karliner W, Wehrheim HK. Maintenance convulsive treatments. *Am J Psychiatry*. 1965;121:1113-5.

26. Kellner CH (Ed). ECT and drugs: Concurrent administration. *Convulsive Ther* 1994;9:237-351.

27. Klapheke MM. Combining ECT and antipsychotic agents: Benefits and risks. *Convulsive Ther* 1993;9:241-55.

28. Kramer BA. Maintenance ECT: A survey of practice (1986). *Convulsive Ther* 1987;3:260-8

29. Kramer BA. Maintenance ECT in clinical practice. *Convulsive Ther* 1990;6:279-86.

30. Latey RH, Fahy TJ. Electroconvulsive Therapy in the Republic of Ireland, 1982. Galway: Galway University Press, 1982.

31. Loo H, Galinowski A, deCarvalho W, Bourdel MC, Poirier MF. Use of maintenance ECT for elderly depressed patients. *Am J Psychiatry* 1991;148:810.

32. Matzen TA. Martin RL, Watt TJ, Reilly DK. The use of maintenance electroconvulsive therapy for relapsing depression. *Jefferson J Psychiatry* 1988;6:52-8.

33. Mukherjee S. Combined ECT and lithium therapy. *Convulsive Ther* 1993;9:274-84.

34. Nobler MS. Sackeim HA. Augmentation strategies in electroconvulsive therapy: A synthesis. *Convulsive Ther* 1993;9:331-51.

35. Petrides G, Dhossche D, Francis A. Continuation ECT: A retrospective and prospective study. *Convulsive Ther* 1993;9:78-9.

36. Pelrides G, Dhossche D, Fink M, Francis A. Continuation ECT: Relapse prevention in affective disorders. *Convulsive Ther* 1994;10:189-94.

37. Pippard J, Ellam L. Electroconvulsive Treatment in Great Britain. 1980. London: Gaskell, 1981.

38. Pritchett JT, Bernstein HJ, Kellner CH. Combined ECT and antidepressant drug therapy. *Convulsive Ther* 1993;9:256-61.

39. Puri BK, Langa A, Coleman RM, Singh I. The clinical efficacy of maintenance electroconvulsive therapy in a patient with a mild mental handicap. *Br J Psychiatry* 1992;161:707-9.

40. Ross AF, Tucker JH. Anesthesia risk. In: Miller RD, ed. Anesthesia, 3rd ed. New York: Churchill Livingstone, 1990:715-42.

41. Stephens SM, Pettinati HM, Greenberg RM, Kelly CE. Continuation and maintenance therapy with outpatient ECT. In: Coffey, CE, Ed. The Clinical Science of Electroconvulsive Therapy. American Psychiatric Press, Washington DC, 1993;9:143-66.

42. Stevenson GH, Geoghegan JJ. Prophylactic electroshock. *Am J Psychiatry* 1951;107:743-8.

43. Thienhaus O, Margletta S, Bennett J. A study of the clinical efficacy of maintenance ECT. *J Clin Psychiatry* 1990;51:141-4.

44. Thomton JE, Mulsant BH, Dealy R, Reynolds CF. Retrospective study of maintenance electroconvulsive therapy in a university-based psychiatric practice. *Convulsive Ther* 1990;6:121-9.

45. Vanelle JM, Loo H, Galinowski A, deCarvalho W, Bourdel MC, Brochier P, Bouvet O, Brochier T, Olie JP. Maintenance ECT in intractable manic-depressive disorders. *Convulsive Ther* 1994;10:195-205.

46. Weiner RD, Coffey CE. Indications for the use of electroconvulsive therapy. In: Frances AJ. Hales RE, Eds. Review of Psychiatry, 7. Washington, DC: APA Press, 1988:458-81.

47. Zervas IM, Jandorf L. The Randt memory test in electroconvulsive therapy: Relations to illness and treatment parameters. *Convulsive Ther* 1993;9:28-38.