

## Границы применения электросудорожной терапии (ЭСТ) в психиатрической практике

(Новый метод комбинированной наркоэлектросудорожной терапии психозов)

М. Я. Серейский

В 1950 г. в докладе на пленуме правления Всесоюзного общества невропатологов и психиатров мы указывали на то, что при целом ряде состояний у больных шизофренией клинико-терапевтический эффект может быть с одинаковым успехом достигнут как с помощью электросудорожной терапии (ЭСТ), так и с помощью инсулиновой и наркотерапии. Высокие гуманистические принципы нашей советской медицины требуют, чтобы при одинаковых результатах предпочтение отдавалось тому из терапевтических методов, при котором наиболее стойкий эффект достигается с наименьшей опасностью для больного, с наименьшей травматизацией его нервной системы и организма в целом. С этой точки зрения ЭСТ должна быть оценена, в первую очередь, со стороны ее безопасности, со стороны возможных и возникающих при ней непосредственных и отдаленных осложнений, причем и в этом плане вопрос должен быть рассмотрен в сравнении с другими лечебными методами.

При ЭСТ могут возникать такие серьезные осложнения, как переломы трубчатых и повреждения коротких костей, как сердечно-сосудистые коллапсы, обострения туберкулеза легких и, главным образом, преходящие расстройства центральной нервной системы. Эти расстройства возникают при ЭСТ значительно чаще, чем так называемые соматические расстройства, и потому им советские психиатры уделили много внимания. Я имею в виду серию экспериментально-гистологических работ, выполненных в лабораториях, руководимых Снесаревым, Савченко, Случевским и др. Все эти исследования показали, что при неосторожном и неразумном пользовании электрошоком (при передозировке и при большом количестве припадков на курс лечения) в мозгу могут возникнуть серьезные патогистологические изменения типа дегенеративно-аноксической энцефалопатии, с функциональными изменениями со стороны сосудистой системы, вплоть до диапедезных кровоизлияний. При разумном же пользовании электрошоком (минимальное пороговое раздражение и небольшое число припадков) дело ограничивается преходящей энцефалопатической реакцией. Тем не менее приходится учитывать возможность серьезной травматизации мозга при электрошоке.

На съезде невропатологов и психиатров нами были представлены материалы, свидетельствующие о том, что круг эффективного применения ЭСТ при шизофрении представляется более или менее широким лишь в том случае, если игнорировать эффективность других методов терапии. Если же учесть и последние (а это учитывать в свете относи-

тельной brutality ЭСТ по сравнению с другими методами активной терапии необходимо), то оказывается, что эффективность ЭСТ при большинстве синдромов шизофрении совпадает с эффективностью инсулинотерапии и лечения длительным сном, которым надо, без сомнения, отдать предпочтение. Из представленной нами схемы видно, что нет ни одного из синдромов шизофрении, кроме депрессивного, при котором инсулинотерапия не давала бы такого же эффекта, как и ЭСТ. Если рассматривать ЭСТ изолированно, вне сравнения с другими видами активной терапии, то круг ее эффективного применения представляется довольно широким — ЭСТ приводит к полной обратимости состояния с острым параноидом, кататоно-онейроидным синдромом, кататоно-параноидным синдромом и острыми галлюцинациями с депрессивным синдромом. Если же рассматривать эффективность ЭСТ хотя бы в плане сравнения с одной инсулинотерапией, то оказывается, что круг применения ЭСТ при шизофрении чрезвычайно узок. Однако отказ от ЭСТ в отношении этого, пусть и узкого, круга больных был бы на нынешнем этапе развития нашей терапии равносильным отказу от лечения этих больных вообще. Но, к счастью, уже миновала пора, когда путем сопоставления процента терапевтических и процента спонтанных ремиссий кое-кто приходил к выводу о «политике невмешательства» в шизофренический процесс.

Но если при шизофрении ЭСТ имеет весьма узкий круг показаний, то при аффективных психозах, в особенности при инволюционной меланхолии, электросудорожная терапия пока еще остается методом выбора. Однако, констатируя успешность электросудорожной терапии инволюционной меланхолии, мы с особой силой подчеркиваем, что большинство осложнений, о которых говорилось выше, наблюдается именно у этих больных. Здесь значительно чаще, чем при шизофрении, отмечаются мнестические расстройства, экзогенные реакции более сложного типа и осложнения со стороны легких.

Легкость и быстрота, с которой при электрошоке купируются фазы циркулярного психоза, в особенности депрессивная, послужили поводом к безудержному и легкомысленному назначению ЭСТ почти всем циркулярным больным, поступающим в психиатрические больницы. Такое положение надо признать совершенно недопустимым. Как можно подвергать риску электросудорожной терапии больных с обычным течением циркулярного психоза, при котором болезненная фаза, ничем не осложненная, сама по себе проходит в течение трех-четырех месяцев, нередко сменяясь годами длящимся светлым промежутком? Простит ли себе советский врач, если в процессе лечения такого больного с абсолютно благоприятным прогнозом возникает одно из серьезных осложнений, которые возможны при электрошоке? Электрошок может применяться при циркулярном психозе лишь в исключительных случаях, которые встречаются в практике редко и могут быть более или менее точно определены. Это — резко протрагированные депрессивные фазы, протекающие с нарастающим истощением и принимающие угрожающий характер.

Резюмируя все изложенное, мы можем сказать, что пока еще электросудорожная терапия представляет собою известную ценность при весьма ограниченном круге шизофренических состояний, при инволюционной меланхолии, в отдельных, наиболее тяжелых случаях циркулярной депрессии и в качестве звена комбинированной инсулино-электросудорожной терапии. Во всех остальных областях психиатрической практики, в том числе при большинстве шизофренических состояний, электросудорожная терапия может и должна быть заменена другими видами активной терапии (инсулин, длительный сон и пр.).

Но этой констатацией наша задача не исчерпывается. Так как на

нынешних  
пользова  
мы обяза  
Советски

«Ко  
и психи  
ние»,—  
комбини  
наш. Ко  
скую су  
отдельн  
ную сис

Оде  
является  
чертах  
в 1948  
сна. Ве  
падка б  
ступает  
тельно  
до 14 ч  
летя о  
ние ды  
припад  
наркоти

Как  
ваются  
содержа  
лограм  
можнос  
ном на

На  
ночной  
тогда ка  
вает но  
вяного  
баний,  
лило с  
улучша  
средств  
при ле  
прибав  
объясне  
ние на  
В поли  
ных ко  
довани  
и исхо  
электро

В  
биохим  
белок,  
гие пор  
тросуд

методами активной ЭСТ при боль-  
вностью инсулино-  
из сомнения, отдать  
что нет ни одного  
котором инсулино-  
Г. Если рассматри-  
дами активной те-  
авляется довольно  
остояния с острым  
атонно-параноидным  
ивным синдромом.  
в плане сравнения  
т применения ЭСТ  
ЭСТ в отношении  
ешнем этапе разви-  
х больных вообще.  
ставления процента  
ое-кто приходил к  
еский процесс.

ий круг показаний,  
инволюционной ме-  
ается методом вы-  
дородной терапии  
ркиваем, что боль-  
аблюдается именно  
шизофрении, отме-  
ии более сложного

купируются фазы  
ослужили поводом  
почти всем цирку-  
льницы. Такое по-  
как можно подвер-  
обычным течением  
ничем не ослож-  
х месяцев, нередко  
Простит ли себе  
ьного с абсолютно  
х осложнений, ко-  
ет применяться при  
ях, которые встре-  
енее точно опреде-  
азы, протекающие  
жающий характер.  
то пока еще элек-  
ную ценность при  
ний, при инволю-  
х случаях цирку-  
ной инсулино-элек-  
х психиатрической  
ических состояний,  
заменена другими  
и пр.).  
ается. Так как на

нынешнем этапе наших терапевтических возможностей мы не можем не пользоваться электрошоком хотя бы в узких границах, очерченных выше, мы обязаны позаботиться о максимальной безвредности этого метода. Советская психиатрия сделала в этом отношении немало.

«Комплексное лечение наиболее принято в медицинской практике, и психиатрия не имеет каких-либо оснований представлять исключение», — писал в свое время В. П. Протопопов, ссылаясь на свой опыт комбинированной терапии, а также на опыт А. Г. Иванова-Смоленского и наш. Комбинированную терапию не следует рассматривать как механическую сумму методов, порознь не дающих эффекта. Комбинированием отдельных методов достигается качественно новое воздействие на нервную систему.

Одним из видов комбинированной наркоэлектросудорожной терапии является разработанный нами в 1947 г. метод, который мы в общих чертах изложили на III Всесоюзном съезде невропатологов и психиатров в 1948 г. Речь идет о сочетании электросудорожной терапии с фактором сна. Вслед за окончанием клонической фазы электросудорожного припадка больному вводят ректально 0,3—0,5 г барбитала, после чего наступает глубокий сон. После припадка сонный период протекает значительно мягче. Длительность послеприпадного сна колеблется от 4—5 до 14 часов, количество часов суточного сна в день процедуры колеблется от 14 до 20. Тяжелое гипнотическое состояние (цианоз, нарушение дыхания и пр.), которое наступает в результате спровоцированного припадка, играет роль охранительного торможения. Барбитураты, влияя наркотически, еще больше усиливают процесс торможения.

Как известно, с увеличением числа судорожных припадков развиваются всякого рода изменения в организме (динамическое повышение содержания общего белка в крови, нарастание аномалий электроэнцефалограммы, нарастание мнестических расстройств и пр.). Одну из возможностей противодействия этим нарушениям мы видим в разработанном нами методе.

Начнем с того, что с первого же сеанса устанавливается хороший ночной сон, который сохраняется и в промежутках между сеансами, тогда как даже однократная дневная доза снотворного нередко расстраивает ночной сон. Далее, динамическое изучение пульса, дыхания, кровяного давления, температуры обнаружило меньшую амплитуду колебаний, чем при электросудорожной терапии (М. С. Зелева). Это позволило сузить круг соматических противопоказаний. У больных быстро улучшалось соматическое состояние, они прибавляли в весе, что непосредственно связано с фактором сна. Этому соответствует тот факт, что при лечении сном больные охотно принимают пищу, что способствует прибавлению в весе (данные Яблонской и наши). Все это находит свое объяснение в том, что снотворные, как правило, ускоряют восстановление нарушенных функций животного организма (Э. А. Асратян). В полном согласии с меньшей амплитудой различных сомато-вегетативных колебаний находятся и результаты наших гематологических исследований: изменения эритропоеза и лейкопоеза выражены не так резко и исходное состояние восстанавливается быстрее, чем при обычной электросудорожной терапии.

В согласии со всеми этими данными находятся и результаты наших биохимических исследований (Л. И. Ландо и М. С. Зелева). Общий белок, альбумино-глобулиновый коэффициент, коэффициент К/Са и другие показатели обнаружили меньшую волну колебаний, чем при электросудорожной терапии. Создается впечатление, что дача снотворных

и вызываемый ими длительный сон способствуют сохранению «постоянства» внутреннего спада.

Указанное различие в биохимических показателях обнаруживается лишь после многократных сеансов терапии; биохимические же изменения, вызываемые первым сеансом электросудорожной терапии и применением комбинированного метода, в значительной степени сходны. Это объясняется тем, что влияние одного из компонентов — фактора сна — еще невелико. Последующие сеансы, протекая на измененном фоне, получают иное отражение в показателях обмена. Это проявляется прежде всего в том, что не отмечается тенденции к повышению уровня общего обмена белка крови от сеанса к сеансу, как мы (Серейский и Ландо) наблюдали при электросудорожной терапии. Между тем нарастание содержания белка не могло нас беспокоить, поскольку гиперпротеинемия типична для многих тяжелых соматических заболеваний, а у наших больных (в частности при шизофрении), несмотря на достаточное питание, нередко наблюдалась резкая потеря веса (данные Яблонской и Игнатова из клиники В. П. Протопопова и наши наблюдения).

Вместе с тем, как правило, сразу после припадка отмечается некоторое увеличение содержания альбуминовых фракций, что, повидимому, является фактором положительного значения, способствующим восстановлению соотношения нарушенных фракций. Как известно, электросудорожная терапия вызывает скопление воды в головном мозгу, увеличение содержания альбуминовых фракций и благоприятствует переходу избытка воды в кровь. У больных с острым нарушением соматического статуса (особенно при заболеваниях печени), а также у больных, не вышедших в ремиссию, наблюдается падение альбумино-глобулинового коэффициента при увеличении содержания глобулиновых фракций. Наступающее после сеанса систематическое снижение содержания альбуминовых фракций и падение альбумино-глобулинового коэффициента обычно сочетается с плохим посттерапевтическим исходом. Величина альбумино-глобулинового коэффициента может, таким образом, служить некоторым прогностическим указателем, дает известные указания относительно целесообразности продолжения курса лечения и помогает пользоваться клинико-физиологическими параллелями. В случаях, когда ремиссии не было, мы обычно наблюдали и большую вариабельность содержания общего белка и величины альбумино-глобулинового коэффициента крови. У давших глубокую ремиссию, как правило, отмечались небольшие колебания обмена белка и альбумино-глобулинового коэффициента. Наблюдавшееся нами (М. Я. Серейский и Л. И. Ландо) нарастание содержания сахара в крови в процессе лечения при шизофрении мы расценивали как положительный факт, поскольку при этом заболевании имеется тенденция к низким показателям содержания углеводов в крови. Спустя один-два месяца после окончания курса лечения общее содержание белка в крови возвращается к исходным величинам. Сущность наркоэлектросудорожного метода мы видим в том, что лечение протекает на более благоприятном соматическом фоне, что этот метод в значительной мере противодействует появлению тех или иных осложнений, в связи с чем суживается круг противопоказаний. Значительно реже наблюдается отмеченное при электросудорожной терапии грубое расстройство памяти.

Наши больные состояли из хроников, преимущественно с циркулярной формой шизофрении и атипичной формой циркулярного психоза. Во всех случаях в клинической картине последнего приступа наблюдались выраженные аффективные расстройства в форме депрессии различной интенсивности и нарушения сна. На этом же фоне у больных отмеча-

лись описанные психотические проявления, чаще в виде развернутых бредовых переживаний с отказом от пищи, галлюцинаторным синдромом, онейроидными картинками, синдромом деперсонализации и пр. Все это были тяжелые больные, требовавшие постоянного надзора. У всех больных улучшение состояния наступало через фазу полного выхода из депрессии или возникновения гипоманиакальных картин. Процент ремиссий у них был не ниже, чем при электросудорожной терапии, а по данным психиатрической больницы им. Кащенко — даже выше.

О. Д. Ротань (Украинский психоневрологический институт), применившая наркоэлектросудорожную терапию у 144 свежезаболевших больных, указывает, что они быстро поддавались лечению и дали высокий процент ремиссий. Автор наблюдал случаи, не давшие положительного результата после обычной электросудорожной терапии, а также больных, резистентных к различным активным методам терапии, но вышедших после наркоэлектросудорожной терапии в полную ремиссию, что указывает на качественную особенность этого метода.

При наркоэлектросудорожной терапии не только не наступало обострений соматического состояния, но как клинические, так и биохимические и гематологические данные указывают на компенсацию функций пораженных органов. Соматическое состояние больных улучшалось от сеанса к сеансу — параллельно с улучшением психического состояния. Через несколько месяцев после окончания курса лечения у больных, вышедших в ремиссию, как правило, отмечалась тенденция к нормализации обмена веществ (белкового, альбумино-глобулинового коэффициента, содержания сахара, молочной кислоты, коэффициента  $K/Ca$ , количества хлоридов); у больных же, давших неполную ремиссию или вовсе не давших ремиссии, наблюдалась нормализация отдельных видов обмена веществ (чаще всего углеводного), в то время как показатели белкового и минерального обмена оставались патологичными. Как правило, курс лечения был короче, чем при электросудорожной терапии, обычно 4—6 сеансов. Улучшение намечалось после первого — третьего сеанса, полный выход из психотического состояния обычно наступал после третьего — пятого сеанса.

Таковы преимущества метода наркоэлектросудорожной терапии.

#### ЛИТЕРАТУРА

- Серейский М. Я., Невропатология и психиатрия, 33, 1952.  
Зелева М. С., Невропатология и психиатрия, 19, 3, 1950.  
Ландо Л. И. и Зелева М. С., Невропатология и психиатрия, 3, 1952.  
Серейский М. Я. и Ландо Л. И., Бюлл. exper. биол. и мед., 24, 1947.

Центральный институт психиатрии, Москва.