

---

**В. В. Чугунов, Н. В. Данилевская, А. З. Григорян,**

Запорожский государственный медицинский университет;

кафедра психиатрии, психотерапии, общей и медицинской психологии, наркологии и сексологии.

**V. V. Chugunov, N. V. Danilevskaya, A. Z. Grigoryan,**

Zaporozhe State medical university,

Department of psychiatry, psychotherapy, general and medical psychology, narcology and sexology.

# ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СОЧЕТАННОЙ ЭЛЕКТРОСУДОРОЖНОЙ ТЕРАПИИ С ПОСТИКТАЛЬНОЙ ГИПНОТЕРАПИЕЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОЙ ЭНДОРЕАКТИВНОЙ ДЕПРЕССИЕЙ И ОБСЕССИВНОЙ СИМПТОМАТИКОЙ

**ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ПОЄДНАНОЇ ЕЛЕКТРОСУДОМНОЇ ТЕРАПІЇ З ПОСТІКТАЛЬНОЮ  
ГІПНОТЕРАПІЄЮ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОЮ ЕНДОРЕАКТИВНОЮ  
ДЕПРЕСІЄЮ ТА ОБСЕСИВНОЮ СИМПТОМАТИКОЮ**

**EXPERIENCE OF COMBINED ELECTROCONVULSIVE THERAPY WITH POSTICTAL HYPNOTHERAPY TO  
TREAT PATIENTS WITH DRUG-RESISTANT DEPRESSION AND OBSESSIVE ENDOREACTIVE SYMPTOMS**

УДК 616.89

Статья поступила в редакцию 22.03.2016.

---

## **Резюме**

Проанализированы данные о внедрении авторского подхода к комбинированию электросудорожной терапии с применением постиктальной гипнотерапии. Все результаты подтверждены анамнестическими, катamnестическими, клинико-психопатологическими, патопсихологическими, клинико-нейропсихологическими, лабораторными и вспомогательными консультациями смежных специалистов. В исследовании приняли участие пациенты с эндореактивной депрессией, которые после интервенций отмечали стабилизацию психоэмоционального состояния и когнитивных свойств. Представлен алгоритм и базовые этапы процедур. Применение постиктальной гипнотерапии укрепило пострецидивный результат, что подтверждается катamnезом.

## **Ключевые слова**

*электросудорожная терапия, постиктальная гипнотерапия, фармакорезистентность, эндореактивная депрессия, обсессии.*

## **Резюме**

Проаналізовано дані про впровадження авторського підходу до комбінації електросудомної терапії із застосуванням постіктальної гіпнотерапії. Всі результати підтверджено анамнестичними, катamnестичними, клініко-психопатологічними, патопсихологічними, клініко-нейропсихологічними, лабораторними та допоміжними консультаціями суміжних фахівців. У дослідженні взяли участь пацієнти із ендореактивною депресією, які після інтервенцій відзначали стабілізацію психоемоційного стану та когнітивних властивостей. Представлено алгоритм і базові етапи процедур. Застосування постіктальної гіпнотерапії зміцнило післярецидивний результат, що підтверджено катamnезом.

## **Ключові слова**

*електросудомна терапія, постіктальна гіпнотерапія, фармакорезистентність, ендореактивна депресія, обсесії.*

---

## Resume

The data on the implementation of the authors approach to combining electroconvulsive therapy with postictal hypnotherapy. All results are confirmed by a history, follow-up, clinical, psychopathological, pathopsychological, clinical neuropsychological, laboratory and supportive counseling related professionals. The study involved patients with depression endoreactive that after the intervention has stabilized mental and emotional state and cognitive properties. The algorithm and the basic stages of the procedure. Application postictal hypnotherapy strengthened postrecidive result that cathamnesis it affirms.

## Keywords

*electroconvulsive therapy, hypnotherapy postictal, drug-resistant, endoreactive depression, obsessions.*

---

Терапия расстройств депрессивного спектра является одной из основных проблем современного общества. Не последнюю роль в медико-социальных последствиях депрессии играют её рецидивы, частые случаи регоспитализаций, особенно в ситуациях, когда этиопатогенетические причины депрессии остаются неразрешенными по ряду причин [1 – 3].

Биологические методы лечения депрессии, к которым относится электросудорожная терапия (ЭСТ), издавна зарекомендовали себя как этиопатогенетические – влияющие на базисные компоненты заболевания и способные достичь пролонгированных ремиссий даже в случаях фармакорезистентности [2, 4].

ЭСТ впервые была представлена в 1930-х годах и получила широкое распространение как метод лечения психических заболеваний в 1940-50-х годах. С начала XXI века около 1 млн. больных в год получают ЭСТ при различных заболеваниях. Современная методика ЭСТ – с анестезией и миорелаксацией – позволяет в короткие сроки достичь выраженного улучшения настроения без характерных для классической электросудорожной терапии побочных эффектов [2, 3, 5].

**Цель исследования** – определить эффективность разработанного нами метода лечения больных с терапевтически резистентной эндореактивной депрессией и обсессивной симптоматикой – комбинированной электросудорожной терапии, сочетанной с постиктальной гипнотерапией.

**Материалы и методы исследования.** На базе КУ «ОКНД» ЗОС обследовано 18 пациентов с фармакорезистентной эндореактивной депрессией, которые рандомизированы согласно внедряемым терапевтическим тактикам на две группы. Пациенты первой группы – группы исследования (n = 10) – лечились в соответствии с разработанной сочетанной методикой комбинированной ЭСТ и постиктальной гипнотерапии. Пациентам второй группы – группы сравнения (n = 8) – проводились сеансы ЭСТ без сочетания с другими методами лечения.

Продолжительность курса терапии для пациентов обеих групп составляла 10 сеансов с интервалами в 2 суток.

Использованное оборудование: аппарат для ЭСТ (электроконвульсивной терапии) «NIVIQUE» (Nivique Meditech Private Limited. India. Код УКТЗЕД: 9018 90 75 00. Свидетельство о регистрации №8222/2008, 15.10.2008 года).

Всем пациентам проводились следующие исследования.

1. Анамнестическое и катamnестическое – для установления особенностей и условий развития и течения психического расстройства, результатов терапии, перенесенных болезней и хронических заболеваний.

2. Клинико-психопатологическое – для определения наличествующих у пациентов психопатологических феноменов и коморбидных депрессии состояний.

3. Патопсихологическое – для определения предрасполагающих и провоцирующих депрессивных переживаний, факторов, установления медико-психологических особенностей пациентов.

Для квантификации имеющихся психопатологических проявлений использовались следующие психодиагностические методики:

---

– шкала депрессии Гамильтона (Hamilton Rating Scale for Depression, HRDS, M. Hamilton, 1960) – для выявления и квантификации депрессивных феноменов;

– ассоциативный тест (Ф. Е. Рыбаков, 1910) – для определения доминирующих психотравмирующих мыслей и их эмоциональных коррелятов;

– шкала Йеля-Брауна для обсессивно-компульсивного расстройства (Yele-Braun obsessive-compulsive scale – Y-BOCS, Wayne Goodman et al., 1989) – для определения выраженности коморбидных депрессии обсессивных явлений.

4. Клинико-нейропсихологическое исследование – для определения доминантного полушария головного мозга для определения способа наложения электродов.

5. Лабораторные и инструментальные исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, рентген грудной клетки, электроэнцефалография, магнитно-резонансная томография, эхо-энцефалография – для исключения противопоказаний для проведения ЭСТ.

6. Консультации терапевта, невропатолога, окулиста, анестезиолога для исключения противопоказаний для проведения ЭСТ.

**Результаты исследования.** Уже с первого сеанса пациенты обеих групп отмечали появление приподнятого настроения, становились более активными. Так, в первой группе исследования уровень депрессивных переживаний после первого сеанса достоверно понижался с  $37,75 \pm 1,93$  до  $7,75 \pm 0,28$  баллов по шкале HRDS, что не имело достоверных отличий от группы сравнения, где уровень депрессивных переживаний после первого сеанса понижался с  $36,9 \pm 1,88$  до  $8,40 \pm 0,48$  баллов ( $p \leq 0.05$ ).

Однако, в ряде случаев, на фоне улучшающегося настроения, негативные психотравмирующие переживания могли оставаться и выступать фактором рецидива депрессии.

Это объясняется тем, что в генезе эндореактивной депрессии помимо самого факта эндогенно сниженного настроения, значительную роль играет когнитивный компонент – неприятные мысли и переживания, возникшие как ответ на перенесенную пациентами психотравму.

С целью их коррекции мы разработали сочетанную методику комбинированной электросудорожной терапии и постиктальной гипнотерапии.

Манипуляции, направленные на нивелирование болезненных психотравмирующих переживаний у пациентов с депрессией, которые лечились ЭСТ и постиктальной гипнотерапии, состояли из двух этапов.

Первый этап – за одну минуту перед применением анестезии, пациентам предлагалось сосредоточиться на болезненных переживаниях. Известно, что информация, находящиеся в оперативной памяти незадолго до наркоза, зачастую нивелируется. Данный эффект потенцируется ЭСТ. Это является благоприятным для пациентов в случае, если данная информация является психотравмирующей.

Второй этап включал в себя непосредственно сеанс ЭСТ. Сеанс ЭСТ осуществляется врачом-психиатром, анестезия и миорелаксация – врачом анестезиологом-реаниматологом с помощью медицинской сестры (медицинская сестра-анестезист) и младшего медицинского персонала.

На протяжении всего сеанса ЭСТ проводился мониторинг частоты сердечных сокращений, артериального давления, температуры тела, частоты дыхательных движений, сатурации кислорода (SaO<sub>2</sub>).

Сеанс ЭСТ состоял из восьми подэтапов.

I подэтап – премедикация. Целью премедикации являлась профилактика неблагоприятных эффектов ЭСТ и наркоза. С этой целью в периферическую вену подключалась система для внутривенной инфузии с физиологическим раствором натрия хлорида 0,9% – 200,0 – 400,0 мл. для внутривенного капельного введения. Производилось парентеральное введение холинолитиков – раствор атропина 0,1% – 0,5 мл. в/в; седативных средств – раствора сибазона 0,5% 2,0 мл. внутримышечно; раствора цефукала 2,0 мл. внутривенно медленно (в течение 1 – 2 минут) за 10 минут до ЭСТ.

II подэтап – первая фаза респираторной поддержки. Целью данного подэтапа являлись:

- а) обеспечение следующих фаз респираторной поддержки;
- б) снижение судорожного порога у больного и продолжительности эпилептиформного пароксизма вследствие дополнительной оксигенации.

Для достижения цели проводится подключение аппарата ИВЛ с маской в режиме вспомогательной искусственной вентиляции легких (ДШВЛ) с фракцией вдыхаемого кислорода в газовой смеси (FiO<sub>2</sub>) 1,0.

III подэтап – вводный наркоз. Целью подэтапа являлось выключение сознания больного на период возникновения у него миорелаксации и действия электрического тока во время проведения ЭСТ. Для достижения цели проводится краткосрочной неглубокий мононаркоз II – III стадий (снижение уровня биспектрального индекса (BIS) до 45%). Присоединялось парентеральное введение барбитуратов – тиопентала натрия 400 – 450 мг или пропофола 0,75 – 1,5 мг/кг внутривенно медленно к снижению BIS до 45%.

IV подэтап – обеспечение контрольной пробы Гамильтона (манжетовая проба). Целью подэтапа являлось обеспечение визуальной оценки качества, выразительности и длительности моторного компонента эпилептиформного пароксизма.

V подэтап – искусственная миоплегия. Целью подэтапа – достижение миоплегии – исключение характерных для генерализованного судорожного приступа патофизиологических звеньев. Для реализации цели проводилась кратковременная полная миорелаксация на период эпилептиформного пароксизма (1 – 5 мин) посредством парентерального введения деполяризирующих миорелаксантов быстрого действия – дитилин от 0,5 – 0,75 мг/кг до 1,0 – 1,7 мг/кг.

VI подэтап – вторая фаза респираторной поддержки.

Целями подэтапа являлись:

- а) достижение адекватной оксигенации больного во время миоплегии и эпилептиформного пароксизма;
- б) снижение судорожного порога у больного и продолжительности эпилептиформного пароксизма вследствие гипервентиляции и дополнительной оксигенации.

Начало второй фазы респираторной поддержки совпадало с прекращением у больного самостоятельного дыхания. Аппарат ИВЛ переключался с режима ДШВЛ в режим ИВЛ кислородно-воздушной смесью на период 1,5 – 2 минуты до начала электровоздействия на головной мозг пациента. VII подэтап – индукция эпилептиформного пароксизма. За 10 – 20 с. до электровоздействия прекращалась респираторная поддержка, проводилось наложение электродов и осуществлялась индукция эпилептиформного пароксизма с помощью электрического разряда. В этот же период осуществлялся мониторинг и оценка пароксизма посредством пробы Гамильтона.

VIII подэтап – третья фаза респираторной поддержки. Во время данного подэтапа после отключения электроконвульсатора восстанавливалась респираторная поддержка на весь период приступа и, при необходимости, постприступного состояния.

Третий этап – в первые минуты после выхода пациентов из наркоза больные были подвержены гипнотическому внушению с разработанными лечебными формулами, направленными на коррекцию психотравмирующих переживаний.

Эффективность гипнотерапии подтверждалась данными ассоциативного теста, согласно которым к концу терапии в когнитивной сфере больных отмечалось нивелирование психотравмирующих переживаний, отсутствие сопряженных с ними эмоциональных коррелятов ( $p \leq 0.05$ ).

У больных обеих групп отмечалось достоверное нивелирование обсессивной симптоматики согласно шкалы Y-BOCS к концу терапии (10 сеансов ЭСТ). Так, в первой группе исследования обсессивно-компульсивные явления имели достоверную тенденцию к снижению от  $27,67 \pm 1,41$  баллов перед первым сеансом ЭСТ до  $0,33 \pm 0,14$  баллов после 10 сеанса ЭСТ, что достоверно превышало данные группы контроля, где обсессивно-компульсивная симптоматика регрессировала с  $27,20 \pm 0,91$  до  $1,40 \pm 0,58$  баллов ( $p \leq 0.05$ ).

---

**Выводы.** В результате разработанной методики, мы достигали сразу трех терапевтических эффектов:

1. Вследствие ЭСТ настроение пациентов заметно улучшилось уже с первого сеанса;
2. Вследствие ЭСТ, дополненного постиктальной гипнотерапией, отмечалось нивелирование обсессивных явлений более выраженное, чем в случае изолированной ЭСТ;
3. Вследствие дополнения сеансов ЭСТ постиктальной гипнотерапией эффективно нивелировались психотравмирующие переживания, что позволяло избежать рецидива заболевания – так, по данным ассоциативного теста отмечалось устранение ранее доминирующих в когнитивной сфере больных негативных переживаний.

У всех пациентов первой группы, пошедших курс терапии по разработанной методике, отмечалось полное выздоровление; в течении года наблюдения после терапии рецидивов заболевания не было, что достоверно отличалось от группы сравнения, где рецидивы эндореактивной депрессии были отмечены в 20% случаях в течение первого года после завершения терапии, в основном это относилось к пациентам, у которых психотравмирующая ситуация, выступившая триггером депрессии, оставалась не разрешенной.

Таким образом, разработанная методика комбинированной ЭСТ и постиктальной гипнотерапии доказала свою эффективность в лечении терапевтически резистентной эндореактивной депрессии и может быть рекомендована для лечения пациентов с рассматриваемой патологией.

---

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ:

1. Абриталин Е. Ю. Применение электросудорожной терапии при фармакорезистентных депрессивных расстройствах / Е. Ю. Абриталин // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – №5 (62). – С. 21 – 24.
2. Лікування психічних розладів методом електросудомної терапії. Методичні рекомендації / Н. О. Марута, В. С. Підкоритов, А. Ю. Павлов [та ін.]. – Х., 2011. – 28 с.
3. Grover S. Use of electroconvulsive therapy in an adolescent with systemic lupus erythematosus for management of depression / S. Grover, K. R. Arya, A. Sharma // J. ECT. – 2013. – №29 (3). – P. 50 – 51.
4. Методи лікування, що становлять підвищений ризик для здоров'я особи та їх застосування при надання психіатричної допомоги: методичні рекомендації / П. В. Волошин, С. І. Табачніков, О. К. Напрєєнко [та ін.]. – Х., 2001. – 18 с.
5. Нельсон А. И. Электросудорожная терапия в психиатрии, наркологии и неврологии / А. И. Нельсон. – М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2005. – 368 с.