

ЕЛЕКТРОКОНВУЛСИВНА ТЕРАПИЯ НА ПЕРИНАТАЛНИ ПСИХИЧНИ РАЗСТРОЙСТВА – КЛИНИЧНА ЕФЕКТИВНОСТ

Р. Владимирова¹, В. Стоянова¹, С. Кръстев¹, В. Миланова¹ и Т. Кондурджиев²

¹Клиника по психиатрия, УМБАЛ "Александровска" – София

²Факултет по обществено здраве, Медицински университет – София

ELECTROCONVULSIVE THERAPY OF PERINATAL MENTAL DISORDERS – CLINICAL EFFICIENCY

R. Vladimirova¹, V. Stoyanova¹, St. Krastev¹, V. Milanova¹ and T. Kondurdjiev²

¹Clinic of Psychiatry, University Hospital "Aleksandrovska", Medical University – Sofia

²Faculty of Public Health, Medical University – Sofia

Резюме. Електроконвулсивната терапия (ЕКТ) е терапевтична опция за психичните разстройства през периода на бременност и след раждане. Целта на настоящото изследване е да обективизира и потвърди ефикасността и безопасността на ЕКТ при овладяване на психични разстройства по време на перипартума и пуерпериума. Проучването е с натуралистичен дизайн и включва 49 пациентки, лекувани в клиниката за 15-годишен период. Ретроспективно и проспективно се оценяват възраст, наличие на бременност и послеродов период, клинична диагноза, тежест на психопатологията, предхождащо психично заболяване, приложени брой ЕКТ процедури и оценка на тежестта на клиничните симптоми в началото и в края на курса. Диагнозата е поставена съгласно критериите на МКБ-10. Най-често ЕКТ се налага при жени с шизоафективна симптоматика или остра психоза (51,0%), при жени с афективнопсихотична симптоматика (40,8%) и при жени с депресивна симптоматика (8,2%). Повече от 50% от жените, постъпили за лечение, са на възраст до 25 години. Тежестта на психопатологичната симптоматика е най-тежко изразена през първото тримесечие от бременността ($p = 0,031$) и първата седмица след раждането ($p = 0,033$), като младата възраст е определено по-рискова. Значима връзка се установи между броя приложени процедури и тежестта на психопатологията в периода след раждане ($p = 0,002$). Ефективността от прилагането на ЕКТ се оцени с CGI. Редукцията на тежестта на психопатологията и в двете субгрупи достига високо ниво на статистическа значимост ($p < 0,001$), като подобрението настъпва още през втората седмица. Резултатите от прилагането на ЕКТ показват добра поносимост, безопасност и ефективност.

Ключови думи: перипартум, пуерпериум, електроконвулсивна терапия, ефективност, безопасност

Summary. Electroconvulsive therapy (ECT) is a therapeutic option for mental disorders during pregnancy and the postpartum period. The aim of the current analysis was to make an objective review and to confirm the efficacy and safety of ECT in the management of mental disorders in the peripartal and puerperal periods. The study has a naturalistic design and includes 49 patients treated in the clinic for a period over 15 years. Retrospective and prospective assessments of the age, the presence of pregnancy and postpartal period, the clinical diagnosis, the psychopathological severity, a preceding mental disorder, the number of ECT procedures applied and the severity of the clinical symptoms at the beginning and at the end of the course were made. The diagnosis was confirmed according to the criteria of ICD-10. Most often ECT is needed in patients with schizoaffective symptoms or with acute psychosis (51.0%), in women with affective-psychotic

symptoms (40.8%) and in women with depressive symptoms (8.2%). More than 50% of the women admitted for treatment were at the age under 25 years. The severity of the psychopathological symptoms is mostly expressed during the first trimester of pregnancy ($p = 0.031$) and the first week after birth ($p = 0.033$), as young age is certainly at higher risk. A significant correlation between the number of procedures applied and the severity of the psychopathology in the afterbirth period ($p = 0.002$) was found. The efficiency of the ECT applied was assessed with CGI. The reduction of the severity of the psychopathology in both subgroups reached high levels of statistical significance ($p < 0.001$), the improvement took place yet during the second week. The results of the ECT applied show good tolerance, safety and efficiency.

Key words: *peripartum, puerperium, electroconvulsive therapy, efficiency, safety*

Увод

Лечението на психичните разстройства по време на бременност и раждане поставя нови предизвикателства пред клиницистите. Електроконвулсивната терапия (ЕКТ) представлява терапевтична опция за психични разстройства в периода на бременност и след раждане. Независимо от доказаната ефективност от ЕКТ, все още остава дискуссионен въпросът за приложението ѝ в клиничната психиатрия и дебатите продължават предимно в сферата на т.нар. специални популации, като младежка възраст, бременност, възрастни или телесно боледуващи пациенти (R. Abrams, 2002).

Въпреки над 70-годишния опит по отношение на индикациите за прилагането на ЕКТ продължава да има различни становища около приложението на метода (J. P. Watson et al., 1984). В този контекст въпросът за лечението с ЕКТ по време на бременност или след раждане е дискуссионен, защото е спорна оценката на съотношението риск-полза, въпреки че бременността е период, асоцииран със съществен риск от появата на тежко изразени психични симптоми (R. Douglas, 2008). Няма сигурни и валидизирани данни за ефективността от прилагането на ЕКТ по време на бременност, тъй като не са правени проспективни рандомизирано контролирани изследвания. Опитът се базира предимно на клинични случаи или ретроспективни изследвания. През 1994 г. L. J. Miller публикува обширен метаанализ върху ретроспективни проучвания, включващ 300 бременни с психични разстройства, лекувани с ЕКТ. Резултатите от проучването установяват, че само при четири жени (1,3%) е настъпило преждевременно раждане, като това не е свързано с прилагането на ЕКТ. При два от случаите (0,6%) е наблюдавано зачестяване на маточните контракции непосредствено след процедура с ЕКТ, като тези резултати не се различават съществено от общата популация (L. J. Miller, 1994).

Американската психиатрична асоциация (2001) препоръчва ЕКТ за пациенти, които имат

предпождащ позитивен отговор към това лечение или не дават отговор при приложение на медикаментозна терапия, както и при пациенти с тежко изразена психиатрична патология, включително депресия с психотични симптоми, суициден риск или мания. Електроконвулсивната терапия показва релативно по-висока безопасност и преимущество пред психофармакотерапия в периодите на бременност и след раждане, като минимизира експозицията ѝ върху плода (Kasar et al., 2007).

През 2013 г. е направен преглед на 169 бременни жени, докладвани в литературата, при които е приложена ЕКТ. Основните диагностични индикации са депресия, биполарно разстройство (вкл. психотични депресии) и шизоафективно разстройство. Резултати показват, че средният брой приложени процедури ЕКТ е 9,4, а средната възраст е 29 години. При повечето от жените ЕКТ е прилагана по време на втория триместър – 53%, и само при 16% – в първия триместър (K. A. Leiknes et al., 2013).

Прилагането на ЕКТ има своите предимства поради по-високата сигурност и намаляването на смъртността от 2-4 на 100 000 лекувани (Royal College of Psychiatrists, 2003). Ефективността е значима и тя се измерва в това, че за кратък период се овладява психичното разстройство, рисково за майката и плода, намалява се процентът на патологично протичане на бременност и раждане, минимализирани са страничните ефекти. Процедурите са стандартизирани и модифицирани и изискват няколко протективни стъпки:

1. Позиция на жената по време на процедурите особено в късните стадии на бременността с оглед избягване на аортокавалната компресия чрез повдигане надясно на ханша и изместване на матката за намаляване на риска от хипоксия на фетуса.

2. По време на третия триместър, ако е необходимо интубация с оглед редуциране на риска от пулмонална аспирация и аспирационна пневмония.

3. Токодинамометрия по време на ЕКТ за мониториране на активността на матката. В случай на контракция токолиза с алфа-2-адренергичен агонист.

4. Обща анестезия и седация на фетуса, АГ мониториране по време на процедурата – стандартната процедура изисква прилагане на краткодействащ анестетик (Thiopental, Profonol, Etomidate) и бързодействащ деполяризиращ мускулен релаксант (Suxamethonium) (Z. Ding, 2002).

Доказана ефективност и много по-бърз ефект има лечението с електроконвулсивна терапия на жени с психични разстройства в периода след раждане, сравнен с ефекта му при психози в други периоди от живота на жената (P. Reed et al. 1999). Описаните ретроспективно в литературата случаи са около 60 при жени с тежки депресии, тежки афективно-смесени състояния, тежки мании или кататонии. Една трета от постнаталните депресии започват още по време на бременността. ЕКТ е ефективно лечение при голям депресивен епизод в рамките на униполярно, биполярно и смесено разстройство (M. Balut et al, 2013). Наличието на психомоторна ретардация, ступор, кататония е индикация за започване на лечение с ЕКТ (S. K. Kar et al., 2013). Специфичното за този период е процесът на кърмене, който трябва да бъде прекратен по време на процедурите с ЕКТ.

Екип от психиатри в Психиатричната клиника на УМБАЛ „Александровска“ активно изучава, практикува и реализира лечение с ЕКТ на психични разстройства при бременни и родилки. Лечението е съобразено със съвременните стандарти за прилагане на ЕКТ, като се спазват принципите за безопасност и ефективност с оглед щадящо овладяване на болестта и протекция както на психично болната жена, така и на плода.

Целите на това изследване са да се обективизират основните индикации за прилагане на ЕКТ; да се оцени резултатът от приложеното лечение в периодите на бременност и след раждане и да се анализира съотношението полза–риск; да се потвърди безопасността при избора на терапевтична опция в специфичната популация на боледуващите бременни и раждащи жени с психични заболявания.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Клиничният контингент включва пациентки с умерено тежки и тежки психични разстройства по време на бременност и/или в послеродов период, хоспитализирани в Психиатричната клиника на УМБАЛ „Александровска“. Дизайнът е

натуралистичен, като ретро- и проспективно се оценени възраст, наличие на бременност (ГС) и послеродов период, клинична диагноза и тежест на психопатологията, наличие на предхождащо психично заболяване, приложеният брой ЕКТ процедури, както и оценка на тежестта на клиничните симптоми в началото на курса, на първата, втората и четвъртата седмица със Скала за цялостно клинично впечатление – тежест и подобрение (CGI-S, CGI-I).

Клиничен метод – включва цялостна клинична оценка на всички пациентки в проучването, оценка на тежестта на психопатологията, индикации за започване на ЕКТ.

Включващи критерии за прилагане на ЕКТ са наличие на изразена тежест на психичното разстройство – афективно-психотични състояния, отказ от храна и течности, дезорганизирано поведение и висок риск от агресия и автоагресия. При всички пациенти този тип лечение е избран по витални индикации и прилаганата медикаментозна терапия е симптоматична и не е водеща в терапевтичното поведение. Подписвано е Информационно съгласие от пациента или от законен негов представител.

Пациентките са консултирани с интернист, анестезиолог, офталмолог и акушер-гинеколог, като са съобразени всички изисквания за прилагане на този тип лечение.

Исключващите критерии съвпадат с общовалидните при прилагане на ЕКТ.

Диагностичната принадлежност е съобразена с критериите на МКБ-10 и DSM-IV, като е използвано MINI – диагностично интервю за отчитане на наличната симптоматика. Разпределението на изследвания контингент жени е според нозологичната им принадлежност, възраст, тежест на клиничните симптоми чрез оценка с CGI-S и CGI-I, наличие или липса на предшестваща анамнеза за психично разстройство, време на приложение на ЕКТ – 1-ви триместър (≥ 13 ГС), 2-ри триместър (14-26 ГС), трети триместър (≥ 27 ГС), седмица (до първи месец) след раждане, 1-3 месеца след раждане, брой процедури ЕКТ. Описани са стандартните процедури за приложения анестетик и миорелаксант, мониторирането на плода и майката, като и нежеланите събития за жената и плода.

Оценъчни инструменти:

– MINI – интернационално невропсихиатрично интервю – кратко структурирано интервю за основните психиатрични разстройства по Ос I на DSM-IV и МКБ-10. Интервюто отчита валид-

ността и възпроизводимостта на наличната психопатология. Използваната версия е Английската 5.0.0 (Y. Lecrubier, D. Sheehan, 1998).

– Скала за цялостно клинично впечатление – CGI скалата включва 4 компонента за оценка на тежест и ход на заболяването – CGI-S за тежест на заболяването; CGI-I за цялостна оценка на промяната в хода на заболяването; третият компонент е за терапевтичен ефект; четвъртият е за странични ефекти (W. Guy, 1976. Modified from J. Rush et al., 2000).

Статистически методи. Използвани са следните статистически методи: описателна статистика – честотни разпределения, средни стойности, стандартно отклонение; графично представяне на резултатите – стълбовидни диаграми; тестове за проверка на статистически хипотези: тест на Колмогоров–Смирнов (Kolmogorov–Smirnov Test) за проверка на честотните разпределения; тест на Фридман (Friedman Test) при сравняване на повече от две повторни измервания; тест на Кръскал–Уолис (Kruskal–Wallis Test) при сравняване на повече от две независими групи; тест на Ман–Уитни (Mann–Whitney Test) при сравняване на две независими групи, рангова корелация на Спирман (Spearman's rho Correlation).

Статистическата обработка е извършена със статистическия пакет SPSS 13, при ниво на значимост 0,05 и статистическа вероятност 95%. Използваното критично ниво на значимост е $\alpha = 0.05$. Съответната нулева хипотеза се отхвърля, когато P-стойността (P-value) е по-малка от α .

РЕЗУЛТАТИ

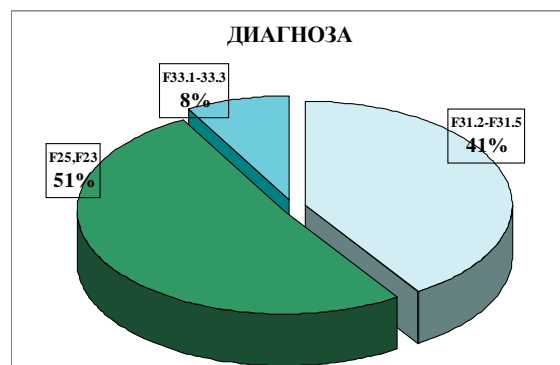
Изследвани са 49 жени с психични разстройства в периода на бременност и след раждане, лекувани с ЕКТ за периода 1998-2013 г., като основните психиатрични диагнози са: биполарно афективно разстройство с психотични симптоми, голямо депресивно разстройство (със или без психотични симптоми), шизоафективно разстройство и остро полиморфно психотично разстройство. В това натуралистично проучване жените са оценени по критериите на МКБ-10, анамнестичните данни са събрани от наличната медицинска документация, от лекуващия психиатър, диагнозите са потвърдени от двама специалисти по психиатрия.

От наличната психопатология се обособиха четири основни диагностични единици според МКБ-10:

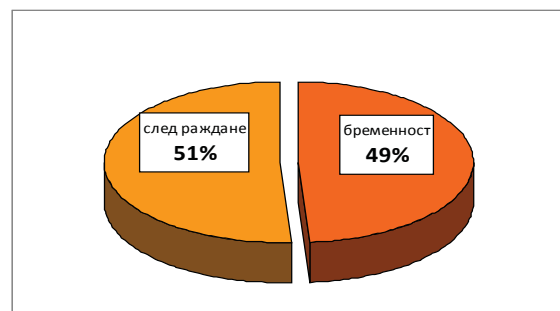
1. Депресивно разстройство – РДР F.33 (8%)
2. Биполарно афективно разстройство с психотични симптоми – F. 31 (41%)

3. Шизоафективни и остри психози – F.20-25 (51%) (фиг. 1).

Извадката от 49 жени е разделена условно на две субгрупи: (24) 49% са с бременност в различни стадии на бременността и (25) 51% са жени в постнаталния период, който обхваща седмица до три месеца след раждането (фиг. 2).



Фиг. 1. Процентно разпределение по диагностични групи



Фиг. 2. Процентно съотношение на лекуваните жени през бременността и след раждането

По отношение на клиничните изяви на психичните разстройства поотделно в двете групи – бременни и родилки, не се установиха статистически значими различия, но като процентно съотношение се установи, че шизоафективна симптоматика и остро настъпили психози са по-често при бременните (58,3%), а при родилките по-често са картините на биполарно афективно разстройство с психотични симптоми (52,0%) (табл. 1).

Средната възраст на жените е 25 (SD \pm 1,8) години. Сравнявайки двете възрастови групи в извадката, се оказа, че пациентките лекувани, с ЕКТ, са повече във възрастта до 25 години – 34, докато жените над 25 години са почти два пъти по-малко. Разглеждайки поотделно двете субгрупи, резултатите показват, че и при бременните (52,9%), и при родилките (47,1%) младата възраст до 24 години е предиспозиция за прилагане на ЕКТ, независимо че не се откри статистически значима корелация (табл. 2).

Таблица 1. Разпределение по диагнози на изследвания контингент, лекувани с ЕКТ

Диагноза		Бременни	Родилки	Общо	р
F31.2,F1.5 БАР с психотични симптоми	n	7	13	20	0,201
	%	29,2	52,0	40,8	
F23,F25 остри психози и шизоафективни	n	14	11	25	
	%	58,3	44,0	51,0	
F33 депресия	n	3	1	4	
	%	12,5	4,0	8,2	
Общо	n	24	25	49	
	%	100,0	100,0	100,0	

Таблица 2. Разпределение по възраст на изследваните субгрупи

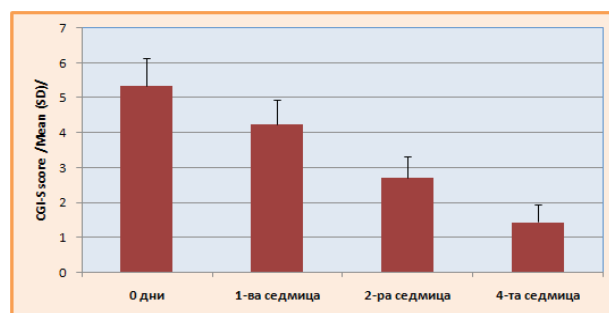
Възрастови групи		≤ 24	>24	общо	р
Бременни	n	18	6	24	0,404
	%	52,9	40,0	49,0	
Родилки	n	16	9	25	
	%	47,1	60,0	51,0	
Общо	n	34	15	49	
	%	100,0	100,0	10,0	

Наличието на предхождаща история за психично заболяване е един от факторите, който може да окаже влияние върху решението за вида прилагана терапия. От лекуваните с ЕКТ жени, епизоди на психично разстройство преди бременността имат 39 (79,6%) от пациентките, а при 10 (20,4%) бременността и раждането са начало на заболяването. До статистически значими различия обаче не се достига (табл. 3).

Таблица 3. Представяне на разпределението по субгрупи на наличието на предхождаща анамнеза за психично заболяване

Предхождаща анамнеза		Бременни	Родилки	Общо	р
Има	n	19	20	39	0,942
	%	79,2	80,0	79,6	
Няма	n	5	5	10	
	%	20,8	20,0	20,4	
Общо	n	24	25	49	
	%	100,0	100,0	100,0	

Тежестта на клиничната картина при всички 49 жени бе определена с помощта на CGI-S преди започване на терапията с ЕКТ и в края на курса. Оценката на тежестта на симптомите (CGI-S) в началото преди започване на лечението е средно – 5,35 (SD = 0,78), като още на втората седмица се променя и спада средно до 2,71 (SD = 0,61), а на четвъртата седмица е 1,45 (SD = 0,50) (фиг. 3). Сравнявайки средния скор, отчитащ тежестта на симптомите в началото, и средния скор още на втората седмица, се установи ниво на значимост $p < 0,001$, което потвърждава не само ефективността, но и бързината на повлияване на клиничната картина от приложената ЕКТ (табл. 4).



Фиг. 3. Динамика на тежестта на симптомите по CGI-S по време на ЕКТ, обобщено за 2-те субгрупи

Таблица 4. Разпределение на скоростите по CGI-S преди лечението и по време на терапията за цялата група

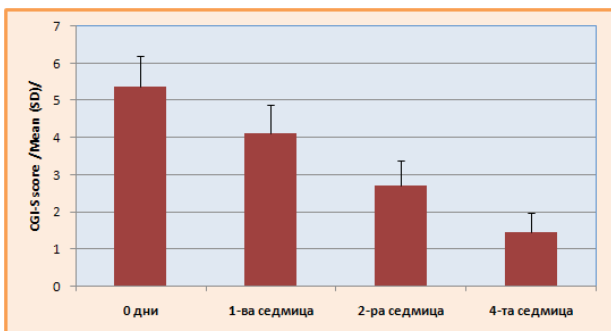
Общо	N	Средно	SD	р
CGI-S начало/край	49	5.35	0.78	< 0.001
CGI-S 1 седмица	49	4.24	0.72	
CGI-S 2 седмица	49	2.71	0.61	
CGI-S 4 седмица	49	1.45	0.50	

Ако разгледаме динамиката в клиничната картина по субгрупи, подобрението е изразено и в двете субгрупи, като достига значителна статистическа достоверност (табл. 5). Графично резултатите са показани на фиг. 4 и 5.

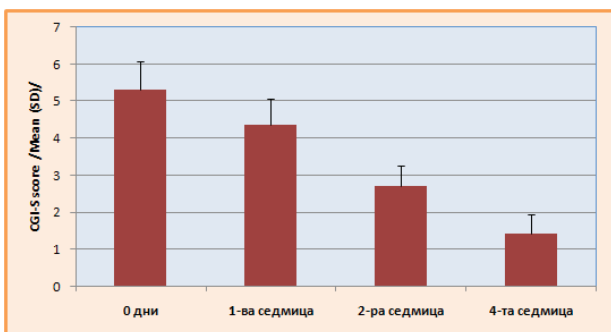
Прилагането на електроконвулсивна терапия при бременните жени е в периодите между 2-рата и 40-ата г.с., като най-много са жените между 14-а и 26-а г.с. Разглеждайки по отделено етапите на бременност и периода след раждане, възрастта на жените и приложеното лечение с ЕКТ бяха открити значими корелации. Статистически значимо струпуване се наблюдава през 1-ви триместър и възраст под 24 г. (табл. 6). В постпарталния период най-много жени са под 24 години и са в периода непосредствено след раждането (табл. 7).

Таблица 5. Динамика на средните оценки по CGI-S в двете субгрупи по време на курса с ЕКТ

Бременни	N	Mean	SD	p	Родилки	N	Mean	SD	p
CGI-S начало/край	24	5.38	0.82	< 0.001	CGI-S начало/край	25	5.32	0.75	< 0.001
CGI-S 1 седмица	24	4.13	0.74		CGI-S 1 седмица	25	4.36	0.70	
CGI-S 2 седмица	24	2.71	0.69		CGI-S 2 седмица	25	2.72	0.54	
CGI-S 4 седмица	24	1.46	0.51		CGI-S 4 седмица	25	1.44	0.51	



Фиг. 4. Динамика на тежестта на симптомите в групата на бременните



Фиг. 5. Динамика на тежестта на симптомите в групата на родилките

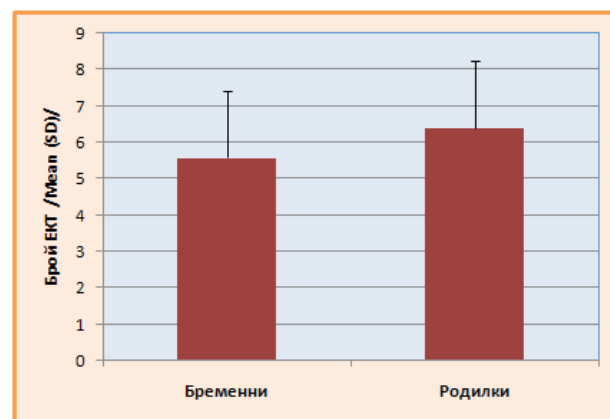
Таблица 6. Разпределение по възраст и период от бременността

Група – бременни		Възрастови групи			p
		≤ 24	> 24	Общо	
Първо тримесечие	n	9	0	9	0,031
	%	50,0	0,0	37,5	
Второ тримесечие	n	7	4	11	
	%	38,9	66,7	45,8	
Трето тримесечие	n	2	2	4	
	%	11,1	33,3	16,7	

Таблица 7. Разпределение по възраст и период от пуерпериум

Група – родилки		Възрастови групи			p
		≤ 24	> 24	Общо	
Седмица след раждане	n	12	2	14	0,033
	%	75,0	22,2	56,0	
Месец след раждане	n	4	7	11	
	%	25,0	77,8	44,0	

Като се сравни броят приложени процедури ЕКТ в субгрупата на бременните и родилките, резултатите показват, че при бременните средно са приложени 5,58 процедури, а при родилките – малко повече – средно 6,4. Тези различия обаче не достигат статистическа значимост ($p = 0,111$) (фиг. 6).



Фиг. 6. Разпределение на процедурите ЕКТ в двете групи

Направеният анализ върху наличната психопатология и продължителността на ЕКТ установи, че при жените с изразена афективно-психотична симптоматика броят приложени ЕКТ е средно 5,9 ($SD = 1,2$), при жените с шизоафективно разстройство и остро настъпва психоза броя средно

е 5,8 (SD = 2,2), а при жените с изразена депресивна симптоматика средният брой процедури е 8 (SD = 1,2). При жените с изразени депресивни симптоми се налага най-дълъг курс с ЕКТ, като се установява гранично ниво на статистическа значимост $p = 0.072$ (табл. 8).

Таблица 8. Разпределение на средния брой ЕКТ процедури по диагнози

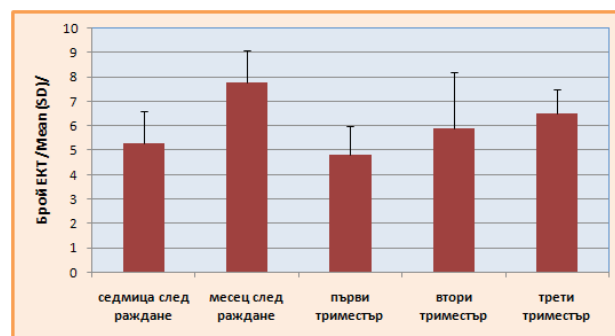
Група	N	Брой ЕКТ		p
		Mean	SD	
F3 БАР с психотични симптоми	20	5.9	1.2	0.072
F2 Шизоафективни и остри психози	25	5.8	2.2	
F33 Депресия	4	8.0	1.2	

Като разгледахме прилагането на ЕКТ в отделните стадии на бременността и след раждането, установихме, че при жените с изразена психопатология седмица след раждането се е наложило курс с ЕКТ средно 5,3 спрямо 7,8 при жените месец след раждането. В периода на бременност разпределението на средния брой процедури е 4,8 за първото тримесечие, 5,9 за второто тримесечие и 6,5 за третото тримесечие (табл. 9). Очевидно най-много процедури се налагат след първия месец от раждането. Различията достигат статистическа значимост. Графично резултатите са представени на фиг. 7.

Таблица 9. Разпределение на приложените ЕКТ процедури според периода на бременност и раждане

Група	N	Брой ЕКТ		p
		Mean	SD	
седмица след раждане	14	5.3	1.3	0.002
месец след раждане	11	7.8	1.3	
първи триместър	9	4.8	1.2	
втори триместър	11	5.9	2.3	
трети триместър	4	6.5	1.0	

Като се разглежда броят на приложените ЕКТ процедури, най-дълъг е курсът при 8 (16,3%) от пациентките – 9 процедури, а най-кратък при 6 (12,2%) от жените – 3 процедури. Стандартният курс от 5 електроконвулсивни процедури са получили 21 (42,9%) от пациентките.



Фиг. 7. Графично представяне на броя ЕКТ процедури, приложени в отделните периоди на бременността и раждането

ОБСЪЖДАНЕ

Планирането на лечението по време на бременност и раждане се свързва не само с клиничните фактори, но и с някои добре познати фактори, като възрастта, историята на заболяване и репродуктивни рискове. Необходимо е да се оцени тежестта на болестта, предхождащият отговор към лечение, времето на поява на рецидив след спиране на поддържащото лечение. Независимо от малкия брой случаи, разгледани в това проучване, смятаме, че те потвърждават изводите в литературата за безопасност и ефективност на ЕКТ по време на бременност и раждане (O. Saatcioglu, N. Tomruc, 2011).

Младата възраст в двете субгрупи е доминираща, като от 49 лекувани жени 34 са на възраст до 24 години, което е логично във връзка с разглеждания репродуктивен период от живота на жената. Прилагането на ЕКТ по правило се налага при спешни състояния, интензивна психопатология и необходимост от бързо повлияване на клиничната картина. Очевидно най-драматични са психичните проблеми в първото тримесечие от бременността ($p = 0,031$) и първата седмица след раждането в пуерпериума ($p = 0,031$), като и при двете субгрупи по-младата възраст определено е по-рискова.

В литературните данни изнесени от E. L. Anderson и сътр. през 2008 г. за приложението на ЕКТ по време на бременност и раждане в периода от 1941 до 2007 г. се обобщават 339 случая. Резултатите показват, че средният брой на приложени процедури ЕКТ е 10,8. Разгледани са периодите на приложение (според гестационната възраст) на ЕКТ, като 15% от пациентките са били в първия триместър, 37% във втория, 19% в третия триместър, а останалият процент жени

са родилки. В 68 от случаите е направена връзка между наличната психопатология и отговора към лечение с ЕКТ. Резултатите показват, че 37 жени са имали депресия (със и без психотични симптоми), 21 са били с шизофрено разстройство, а 10 с остро полиморфно психотично разстройство, като отговор към терапията с ЕКТ са дали 61% (E. L. Anderson et al., 2008)

В нашето проучване, базирайки се на поставените диагнози, лечение с ЕКТ се приложи при жените с шизоафективна симптоматика или остра психоза (51,0%), при жените с афективно-психотични симптоми (40,8%) и при жените с депресивна симптоматика (8,2%). Най-дълъг курс на терапия с ЕКТ изискват жените с депресивна симптоматика, средно 8 процедури. Симптоми, като изразен суциден риск, отказ от храна, тежка и изтощителна психомоторна възбуда, представляват несъмнена заплаха за живота и здравето на болната жена и плода ѝ. Опитът ни от прилагането на ЕКТ при бременни и родилки потвърждава високата лечебна ефективност на този метод и разкрива възможност да се улеснят психиатрите – клиницисти, изправени пред трудното решение за избор на терапевтичен подход.

Няма значима разлика в прилагането на ЕКТ при жените с предхождаща анамнеза за психично заболяване и при жени, за които перинаталният период е отключващ. Следователно можем да заключим, че предходната анамнеза не е указание за по-изразена тежест на психопатологията по време на този период, респ. за прилагането на ЕКТ.

От получените резултати за броя приложени процедури и периода на прилагане на ЕКТ се оказва, че най-изразена статистически значима връзка има в периода след раждане (първата седмица до първия месец след раждане) $p = 0,002$. Повечето от пациентките се повлияха и постигнаха терапевтичен отговор от стандартния курс с 5-7 ЕКТ процедури. При по-тежко изразените клинични прояви се налагат и до 9 ЕКТ процедури. Част от жените, при които се наблюдаваха картини на остро полиморфно психотично разстройство, се повлияха от по-малък брой приложени ЕКТ процедури – 3.

Най-важният показател, свързан с ефективността от приложеното лечение, се оцени със *Скалата за цялостно клинично впечатление* (CGI), като бе установена значима корелация с периода на бременност и раждане. Резултатите потвърдиха досега известните в литературата

данни за бързото повлияване на психопатологичната симптоматика при прилагането на ЕКТ. Динамиката в клиничната картина, оценена чрез скалата за глобални клинични впечатления, демонстрира значителна редуция на тежестта и в двете субгрупи, като това достига високо ниво на статистическа значимост ($p < 0,001$).

Краят на курса се определя според отзвучаването на симптоматиката и наличието на странични ефекти. Не бяха наблюдавани усложнения и нежелани събития както по време на курса лечение, така и след приключването му. Оказва се, че терапията с ЕКТ при бременни жени е много по-ефективна, отколкото лечението с медикаменти. След приключване на лечението с ЕКТ пациентките бяха активно наблюдавани в стационарни условия в рамките на 2 до 3 седмици.

ЕКТ не е противопоказана при бременност и се прилага във всяка нейна фаза, при съблюдаване на съотношението полза–риск и при спазване на всички правила на добрата клинична практика. Електроконвулсивната терпия представлява метод на неинвазивно лечение в съвременната психиатрия (K. Rabheru, 2001). Доказаната висока ефективност и безопасност, особено при застрашаващи живота състояния, наличието на солидно обосновани консесусни правила и стандарти за лечение с ЕКТ, правят прилагането на метода предпочитан при определени специфични популации, като например жените с тежки психични разстройства по време на бременност и след раждане. Много клиницисти, а и пациенти, гледат неохотно и не са склонни към прилагането на тази опция, обезпокоени от факта, че може да бъде наранен плодът или самата жена. В решението си всеки клиницист трябва да оценява тежестта на риска както за жената, така и за настъпване на усложнения при фетуса (R. D. Weiner et al., 2001).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

– Преобладаващата част от пациентките с перинатални психични разстройства, лекувани с ЕКТ, са имали клинична изява с картината на шизоафективно разстройство и остра психоза.

– Младата възраст е прогностичен фактор, асоцииран с необходимост от прилагането на ЕКТ в ранните периоди на бременността и непосредствено след раждането.

– Резултатите от прилагането на ЕКТ показват добра поносимост, безопасност и ефективност, като терапевтичният отговор се наблюдава

още през втората седмица и се задържа трайно през проследявания период.

– ЕКТ предлага ценна алтернатива за лечение на бременни жени, които страдат от тежка депресия и суициден риск, мания, кататония или шизофрения. Фармакотерапията носи рискове от странични ефекти и нежелани последици и изисква дълго време за постигане на ефект.

Библиография

1. Abrams, R. Electroconvulsive therapy: 4th edition. New York: Oxford University, 2002.

2. Anderson, E. L. et I. M. Reti. ECT in pregnancy: a review of the literature from 1941-2007. – *Psychosom. Med.*, **71**, 2009, № 2, 235-242.

3. Balut, M. et al. Electroconvulsive therapy for mood disorders in pregnancy. – *J. ECT*, vol. 00, 2013, 1-2.

4. Carter, D. et X. Kostaras. Psychiatric disorders in pregnancy. – *BCMJ*, **47**, 2005, 96-99.

5. Ding, Z. et P. E. White. Anesthesia for electroconvulsive therapy. – *Anesth. Analg.*, **94**, 2002, 1351-1364.

6. Douglas, R. Is Electroconvulsive Therapy in Pregnancy Safe? – *Am. Coll. Obstetr. and Gynecol.*, **110**, 2008, № 2, 451-452.

7. Guy, W. Clinical Global Impressions (CGI) Scale. Modified From: J. Rush et al., *Psychiatric Measures*, APA, Washington DC, 2000.

8. Kar, S. K., S. Saxena et J. K. Trevedi. Electroconvulsive treatment in catatonia of cerebrovasculocoagulopathy: a case report. – *J. ECT*, **29**, 2013, № 1, 8-9.

9. Kasar, M., O. Saatcioglu et T. Kutlar. Electroconvulsive therapy use in pregnancy. – *J. ECT*, **23**, 2007, 183-184.

10. Leiknes, K. A., S. L. Jarosh-von et B. Hoie. Contemporary use and practice of electroconvulsive therapy world-wide. – *Brain. Behav.*, **2**, 2012, № 3, 283-344.

11. Lovas, A. et al. Anesthesia for electroconvulsive therapy in early pregnancy. – *J. ECT*, **27**, 2011, № 4, 328-330.

12. Miller, L. J. Use of electroconvulsive therapy during pregnancy. – *Hosp. Comm. Psychiatry*, **45**, 1994, 444-450.

13. Rabheru, K. The use of electroconvulsive therapy in special patient population. – *Can. J. Psychiatry*, **46**, 2001, 710-719.

14. Royal College of Psychiatrists. Press release: New accreditation service launched to raise standards for ECT. London RCPsych, 2003.

15. Saatcioglu, O. et N. Tomruc. The use of electroconvulsive therapy in pregnancy: a review. – *Isr. J. Psychiatry Relat. Sci.*, **48-1**, 2011, 6-10.

16. Sheehan, D. V. et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview. – *J. Clin. Psychiatry*, **59**, 1998, (Suppl. 20), 22-33.

17. Stantvana, S. et al. Psychiatric disorders associated with pregnancy. – *J. Obstetr. Gynecol. India*, **55**, 2005, 218-227.

18. Watson, J. P. et al. Psychiatric disorder in pregnancy and first postnatal year. – *Br. J. Psychiatry*, **144**, 1984, 453-462.

19. Weiner, R. D. et al. and American Psychiatric Association. The practice of ECT: recommendations for treatment, training and privileging. 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Press, 2001.

20. Wisner, K. L. et al. Risk-benefit decision making for treatment of depression during pregnancy. – *Am. J. Psychiatry*, **157**, 2000, № 12, 1933-1940.

21. Yellowless, P. M. et T. Page. Safe use of electroconvulsive therapy in pregnancy. – *Med. J. Aust.*, **153**, 1990, № 11-12, 679-680.

✉ Адрес за кореспонденция:

Р. Владимирова
Клиника по психиатрия
УМБАЛ "Александровска"
ул. „Св. Г. Софийски“ № 1
1431 София