ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров’я України
_____№ _____

СТАНДАРТ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

ЕЛЕКТРОСУДОМНА (ЕЛЕКТРОКОНВУЛЬСИВНА) ТЕРАПІЯ

2026

Загальна частина

Назва діагнозу: Цей стандарт медичної допомоги не стосується якоїсь специфічної нозологічної форми, а описує електросудомну терапію, незалежно від причини, що визначила потребу її надання

Коди медичних втручань. НК 026:2021 «Класифікатор медичних інтервенцій»:

14224-00 Електроконвульсивна терапія (ЕКТ), неуточнена латералізація, не визначена як ультра коротка

14224-01 Електроконвульсивна терапія (ЕКТ), неуточнена латералізація, ультра коротка

14224-02 Електроконвульсивна терапія (ЕКТ), одностороння, не визначена як ультра коротка

14224-03 Електроконвульсивна терапія (ЕКТ), одностороння, ультра коротка

14224-04 Електроконвульсивна терапія (ЕКТ), двостороння, не визначена як ультра коротка

14224-05 Електроконвульсивна терапія (ЕКТ), двостороння, ультракоротка

14224-06 Електроконвульсивна терапія (ЕКТ), ≥21 курсів лікування

Розробники:

ГАРМАТА Олена	заступник директора Департаменту-начальник відділу первинної, екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Департаменту медичних послуг Міністерства охорони здоров'я України, заступник голови робочої групи;
МІШИЄВ Вячеслав	директор комунального некомерційного підприємства «Клінічний заклад з надання психіатричної допомоги «ПСИХІАТРІЯ»» виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації), завідувач кафедри загальної, дитячої, судової психіатрії і наркології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, заслужений лікар України, доктор медичних наук, професор, заступник голови робочої групи з клінічних питань (за згодою);
МАРУТА Наталя	заступниця директора з наукової роботи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України», доктор медичних наук, професор (за згодою);
ЧАБАН Олег	директор навчально-наукового інституту психічного здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, заслужений лікар України, доктор медичних наук, професор;

ХАУСТОВА Олена	завідувачка кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії Національного медичного університету імені О.О. Богомольця;
ОМЕЛЯНОВИЧ Віталій	доктор медичних наук, професор, професор кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії Національного медичного університету імені О.О. Богомольця;
КЛИМЧУК Віталій	віце-президент Національної психологічної асоціації, експерт проєкту "Психічне здоров'я для України" (за згодою);
ГУЛЬ Андрій	медичний директор державної установи «Інститут судової психіатрії Міністерства охорони здоров'я України»;
АВРАМЧУК Олександр	доцент кафедри клінічної психології закладу вищої освіти «Український католицький університет» (за згодою);
СУМАРЮК Богдан	асистент кафедри нервових хвороб, психіатрії та медичної психології Буковинського державного медичного університету, експерт проєкту «Психічне здоров'я для України» (за згодою);

Методологічний супровід та інформаційне забезпечення

ГУЛЕНКО Оксана Іванівна	директор департаменту стандартів у сфері охорони здоров'я державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», заступник голови робочої групи з методологічного супроводу.

Рецензенти:

ПИЛЯГІНА Галина Яківна	завідувач кафедри психіатрії, психотерапії та медико-психологічних дисциплін Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л.Шупика, доктор медичних наук, професор;
СКРИПНІКОВ Андрій Миколайович	завідувач кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Полтавської стоматологічної академії, доктор медичних наук, професор.

Дата оновлення стандарту – 2031 рік

Перелік умовних позначень та скорочень

ДВШЛ	допоміжна штучна вентиляція легенів
ЕЕГ	електроенцефалографія
ЕКГ	електрокардіографія
ЕСТ	електросудомна терапія
ЗОЗ	заклад охорони здоров'я
КМП	клінічний маршрут пацієнта
мс	мілісекунда
ХОВ	хвилинний об'єм вентиляції
ФН	фізіологічна норма
ШВЛ	штучна вентиляція легенів
BT	бітемпоральне розташування електродів
BF	біфронтальне розташування електродів
LART	передньоліве та правоскроневе розміщення електродів
RUL	правостороннє одностороннє розміщення електродів

Форма № 003/о	форма первинної облікової документації № 003/о «Медична карта стаціонарного хворого №_» та Інструкція щодо її заповнення, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974
Форма № 025/о	форма первинної облікової документації № 025/о «Медична карта амбулаторного хворого №_» та Інструкція щодо її заповнення, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974

Розділ І. Організація проведення електросудомної терапії в умовах стаціонару

1. Положення стандарту медичної допомоги

Електросудомна (електроконвульсивна) терапія (далі - ЕСТ) як терапевтична медична процедура застосовується для лікування тяжких психічних розладів. Основною метою ЕСТ є швидке поліпшення психіатрічних симптомів шляхом нормалізування біохімічної активність мозку та відновлення балансу нейромедіаторів (серотоніну, дофаміну, норадреналіну тощо), що є основою порушень при більшості психічних захворюваннях.

ЕСТ відноситься до методів, що становлять підвищений ризик для здоров'я пацієнтів, і має застосовуватись з дотриманням вимог Закону України «Про психіатричну допомогу».

ЕСТ проводиться у закладах охорони здоров'я (далі - ЗОЗ), що надають спеціалізовану психіатричну допомогу в умовах стаціонару та оснащені необхідним для проведення процедури обладнанням, фахівцями, які мають відповідну підготовку з ЕСТ: лікарем-психіатром і лікарем-анестезіологом, яким асистують сестра медична / брат медичний.

ЕСТ може бути застосована тільки за наявності показань та відсутності протипоказань за умови інформованої згоди особи з психічними розладами або її законного представника.

Всі дії, що виконуються під час ЕСТ документуються у Карті, наведеній у додатку 1 до цього Стандарту.

2. Обґрунтування

ЕСТ – це індукція серії генералізованих судомних пароксизмів для досягнення терапевтичної мети з використанням техніки коротко-імпульсної стимуляції в умовах анестезії та міорелаксації. ЕСТ передбачає подачу малого електричного струму до мозку, достатнього для індукції контрольованого судомного нападу з терапевтичною метою, коли пацієнт перебуває під анестезією. Механізми терапевтичного впливу ЕСТ достатньо складний.

Основою якісного виконання заходів ЕСТ є знання та використання базових навичок ЕСТ. Лікарі-психіатри, які призначають ЕСТ, повинні бути обізнані із сучасними підходами до лікування, зокрема ефектами, пов'язаними з розміщенням електродів, параметрами стимуляції та дозуванням, а також з їх взаємозв'язком. Лікарі-психіатри проходять навчання з ЕСТ в межах програм післядипломної освіти.

ЕСТ повинна проводитись з повагою до гідності пацієнта, з дотриманням конфіденційності на всіх етапах процедури, в умовах обладнаних окремих зон (приміщень) для проведення самої процедури, очікування, відновлення пацієнта.

Ключовим елементом практики ЕСТ є залучення пацієнтів, їхніх опікунів та/або членів родини. Важливо також враховувати культурологічні особливості, забезпечуючи належну взаємодію з родинами та спільнотами. Необхідно надавити всебічну інформацію щодо процедури ЕКТ, водночас, відверто визнавати потенційні ризики, пов'язані з проведенням ЕСТ, і відкрито обговорювати їх із пацієнтами та їхніми близькими. Такі підходи сприяють

ухваленню свідомого рішення щодо проведення ЕКТ та активному залученню пацієнта для отримання кращих результатів лікування.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) підставою для застосування ЕСТ є:

рішення комісії лікарів-психіатрів про необхідність проведення ЕСТ та її контролю під час застосування методу;

підписана інформована згода особи з психічними розладами або її законного представника після надання достатньої інформації для ухвалення поінформованого рішення, включаючи інформацію про показання до застосування, альтернативні варіанти лікування та наслідки відмови від лікування; відомості про методику та процес лікування, можливі побічні ефекти або небажані наслідки, включаючи ризик тимчасових антероградних та ретроградних когнітивних порушень, а в рідкісних випадках — незворотної ретроградної амнезії, особливо при використанні бітемпоральних (далі - ВТ) методик; інформацію про те, чого можна очікувати до, під час і після проведення лікування;

результати попереднього всебічного сомато-неврологічного та лабораторного обстеження особи з психічними розладами, що свідчать про відсутність протипоказань для застосування ЕСТ;.

2) ЕСТ може проводитись в ЗОЗ за наявності:

відділення (палати), в якому є необхідне обладнання та лікарські засоби для ЕКТ та невідкладної допомоги у разі розвитку ускладнень;

медичного обладнання для проведення ЕСТ, сертифікованого в Україні згідно з чинним законодавством;

умов для забезпечення ретельного обстеження та нагляду за особою з психічними розладами протягом всього курсу лікування в умовах стаціонару;

3) ЕСТ застосовується за наявності показань:

депресивні розлади, включаючи великий депресивний розлад та великий депресивний розлад з психотичними ознаками, депресію з меланхолічними ознаками;

біполярний розлад (маніакальні, змішані та депресивні фази);

гострий і хронічний фармако-резистентний шизофренічний розлад, шизоафективний розлад;

кататонія;

гострий психоз;

психоз після пологів;

нейролептичний злоякісний синдром;

психотичні стани, що супроводжуються стійкою відмовою від прийому їжі та води;

тяжкі і повторювані самопошкодження у пацієнтів з аутизмом;

агресія та збудження у пацієнтів з деменцією;

тяжкий паркінсонізм, який не піддається медикаментозному лікуванню;

феномен «on-off», а також випадкове застосування ЕСТ для лікування епілепсії скроневої частки;

4) протипоказання для застосування ЕСТ:

абсолютні:

тяжкі захворювання серцево-судинної системи (неконтрольована серцево-судинна недостатність, хірургічні втручання на серці в анамнезі, наявність штучного водія ритму, коронарні тромбози, тромбози глибоких вен, інфаркт міокарда протягом трьох попередніх місяців, некомпенсовані пороки серця, аневризми судин мозку та аорти, важкі порушення серцевого ритму, гіпертонічна хвороба III стадії);

пухлини головного мозку;

захворювання легень (відкрита форма туберкульозу, бронхіальна астма у стадії загострення, ексудативний плеврит);

тяжкі органічні ураження центральної нервової системи (в тому числі з судомним синдромом);

глаукома;

внутрішні кровотечі;

відносні (рішення про проведення ЕСТ приймається з урахуванням важкості психічного стану, переносимості та ефективності психофармакотерапії, характеру коморбідної патології):

гіпертонічна хвороба I-II стадії;

легкі форми коронарної недостатності;

виражений атеросклероз;

виразка шлунку у стадії загострення;

бронхоектатична хвороба;

бронхіальна астма в стадії ремісії;

захворювання носоглотки та гортані з порушенням прохідності;

злоякісні новоутворення;

хронічні захворювання печінки та нирок в стадії ремісії;

тимчасові (при цих станах ЕСТ тимчасово відтерміновують, а започатковану терапію переривають): інфекційні та гнійні запальні процеси (пневмонія, холецистит, пієлонефрит, цистит, гнійні запалення носоглотки та інші).

стани підвищеного ризику:

гастроезофагальний рефлюкс (під час ЕСТ можливий закид шлункового соку в трахею з розвитком аспіраційної пневмонії);

цукровий діабет (для зниження ризиків потрібний контроль рівня глюкози; якщо пацієнт отримує лікування інсуліном, ін'єкція робиться перед сеансом);

патологія кісток та суглобів (для зниження ризиків ускладнень необхідно підвищити дозу міорелаксантів).

Бажані:

5) проводити інформаційно-просвітницькі заходи серед населення, в тому числі і серед медичних працівників з метою зниження стигматизації метода ЕСТ,

6) сприяти залученню родини та опікунів до процесу отримання інформованої згоді від пацієнта на проведення ЕСТ.

Розділ ІІ. Підготовка та анастезіологічне забезпечення електросудомної терапії

1. Положення стандарту медичної допомоги

Повне клінічне обстеження пацієнта безпосередньо перед початком лікування методом ЕКТ проводиться з метою встановлення показань та протипоказань до проведення ЕСТ та передбачає: фізикальний огляд, лабораторні та інструментальні методи дослідження, психіатричне обстеження, базовий когнітивний скринінг, а також додаткові обстеження, за необхідності.

Лікарем-анестезіологом перед початком лікування проводиться анестезіологічний огляд, який має бути індивіулізованим, спрямованим на досягнення ефективності процедури та зниженні ризику можливих побічних ефектів або небажаних наслідків. Рішення щодо вибору анестезіологічної тактики повинно прийматись разом лікарем-анестезіологом і лікарем-психіатром.

2. Обґрунтування

Анестезіологічне забезпечення, яке здійснює анестезіолог, є важливою складовою проведення ЕСТ, що при належному виконанні може покращити результати лікування. Перед початком курсу ЕСТ обов'язково має бути проведений анестезіологічний огляд, особливо якщо пацієнт має підвищений ризик медичних ускладнень під час терапії.

Необхідно враховувати, що клінічні особливості кожного пацієнта є індивідуальними, тому рішення щодо вибору анестезіологічної тактики повинно прийматись у тісній співпраці між лікарем-анестезіологом і лікарем-психіатром.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) повне клінічне обстеження пацієнта перед застосуванням ЕСТ включає:

фізикальний огляд;

психіатричне обстеження, базовий когнітивний скринінг;

лабораторні дослідження: загальний аналіз крові, сечовина та електроліти;

інструментальні дослідження - електрокардіографія (далі - ЕКГ), рентгенографія грудної клітки (за наявності показань), нейровізуалізація (за необхідності);

за наявності супутніх захворювань направити на консультації до відповідних фахівців;

2) за наявності у пацієнта серцево-судинної коморбідності (наприклад, артеріальна гіпертензія, тахікардія), мігрені, доцільно заздалегідь провести відповідну медикаментозну підготовку;

3) анестезіологічний огляд, особливо якщо пацієнт має підвищений ризик ускладнень під час терапії, проводиться з метою визначення тактики анестезіологічного забезпечення ЕСТ, яка базується на таких принципах:

уникнення надмірного підвищення порогу судом внаслідок використання лікарських засобів або їх доз;

оптимізація вентиляційного режиму;

мінімізація когнітивного впливу анестезії шляхом вибору відповідних лікарських засобів і методик;

використання стратегій для зниження інших ризиків, таких як дихальна депресія;

усвідомлення специфічних ризиків ЕСТ, зокрема аритмій;

постійний моніторинг фізіологічних параметрів під час процедури;

3) анастезіологічне забезпечення ЕСТ складається з наступних етапів:

премедикацію;

внутрішньовенний короткочасний ввідний наркоз II, за показаннями - III стадії (кетамін або пропофол);

після індукції наркозу, перед подачею стимулу, слід встановити відповідний зубозахисний блок, щоб зменшити ризик травм зубів;

підключення апарату штучної вентиляції легень (далі - ШВЛ) в режимі допоміжної штучної вентиляції легень (далі - ДШВЛ);

введення міорелаксанту короткого терміну дії (суксаметоній); для зменшення міалгії, спричиненої суксаметонієм, перед його введенням можна застосовувати невеликі дози рокуронію (особливо для пацієнтів із дефіцитом псевдохолінестерази);

при припиненні у пацієнта самостійного дихання апарат ШВЛ перемикається з режиму ДШВЛ в режим ШВЛ;

продовження ШВЛ в необхідному режимі проводиться протягом 1,5 - 2 хвилин після введення міорелаксантів;

при відсутності відомостей про особливості судомного реагування пацієнта (перший сеанс ЕСТ), ШВЛ проводиться в режимі помірної гіпервентиляції: хвилинний об'єм вентиляції (далі – ХОВ) = фізіологічна норма (далі – ФН) + 30 % і помірної оксигенації (концентрація кисню у повітряній суміші складає 60-70 %);

за наявності у пацієнта нормального або низького судомного порогу та достатньої або підвищеної тривалості нападу, ШВЛ проводиться в режимі нормовентиляції: ХОВ = ФН; оксигенація (концентрація кисню складає 30-40 %);

при виявленні у пацієнта високого судомного порогу і (або) короткотривалого нападу, ШВЛ в подальших сеансах проводиться в режимі гіпервентиляції: ХОВ = 2-3 ФН і гіпероксигенації повітряної суміші (концентрація кисню складає 100 %); гіпервентиляція підвищує збудливість нейром’язової системи, сприяє генерації судом, покращує результати лікування;

тимчасове (10-20 сек.) припинення респіраторної підтримки у момент електричного розряду;

після відключення електроконвульсатора відновлення респіраторної підтримки на весь період нападу;

після закінчення судомного нападу, продовження штучної вентиляції легень в режимі нормовентіляції з плавним зменшенням додаткової оксигенації дихальної суміші та її відключенням протягом 2-5 хвилин;

ШВЛ припиняється після повного відновлення самостійного дихання;

4) для індукції загальної анестезії зазвичай застосовують: пропофол, тіопентал або кетамін у найнижчій ефективній дозі; додавання реміфентанілу або інших короткодіючих опіоїдів дозволяє зменшити дозу основного анестетика, що потенційно знижує поріг судомної активності;

5) якщо є ризик недостатньої глибини наркозу з розвитком усвідомлення процедури, може бути використана техніка ізольованої кінцівки - пацієнта просять: «Поворушіть правою стопою!» безпосередньо перед стимуляцією, що дає змогу анестезіологу вчасно ввести додаткову дозу анестетика, якщо потрібно;

6) ЕСТ виконується натщесерце, безпосередньо перед сеансом спорожняється сечовий міхур та кишечник. Заздалегідь знімаються зубні протези, слухові апарати, контактні лінзи.

7) перед проведенням сеансу ЕСТ обов'язково має проводитися процедура «time out» – для забезпечення правильного підходу до пацієнта, правильного розташування електродів, правильної дози та тривалості імпульсу, анестетичних лікарських засобів.

8) під час процедури ЕСТ має проводитись постійний моніторинг фізіологічних параметрів;

Розділ ІІІ. Процедура проведення електросудомної терапії (ЕСТ)

1. Положення стандарту медичної допомоги

Вибір техніки проведення ЕСТ має бути направлений на досягнення балансу між ефективністю лікування, необхідністю швидшого одужання, важливістю потенційних когнітивних побічних ефектів. Він визначається за результатами повного клінічного обстеження з урахуванням індивідуальних потреб конкретного пацієнта, характеристик епізоду захворювання, відповіді на ЕСТ.

Ключовим моментом є комбінація дозування, розташування електродів, тривалості імпульсу, частоти сеансів, супутньої фармакотерапії і анестезіологічного підходу.

2. Обґрунтування

Техніки проведення ЕСТ можуть мати значну варіативність у потенційних результатах і побічних ефектах, відносних переваг і ризиків, особливо стосовно когнітивних порушень та ефективності. Існує багато різних підходів до лікування, і немає єдиного «протоколу» для проведення ЕСТ. Клініцисти прагнуть оптимізувати терапевтичні ефекти та мінімізувати небажані побічні ефекти.

Вибір розміщення електродів та дози ЕСТ має визначатися індивідуально для кожного пацієнта, з урахуванням балансу між ефективністю та побічними ефектами. Найчастіше використовуються правостороннє одностороннє (далі - RUL), ВТ та біфронтальне (далі - BF) розміщення електродів. Також описані випадки використання передньолівого та правоскроневого (далі - LART) розміщення електродів. Відносна ефективність кожного методу залежить від дози відносно порогу судомної активності конкретного пацієнта.

Наявні дані, що застосування BF-ECT має хороший терапевтичний

потенціал і сприятливіший профіль побічних ефектів порівняно з BT-ECT. Крім того, BF-ECT має менший вплив на серцевий ритм (під час стимуляції), ніж інші форми ECT

Опубліковані дані щодо застосування ультракороткого імпульсу при двобічних варіантах ECT є вкрай обмеженими, при цьому наявні результати свідчать, що ефективність є нижчою порівняно з ECT із коротким імпульсом у двобічному розміщенні електродів

Пацієнтів та їхніх родин слід заохочувати до активної участі у виборі типу ECT. Лікарі-психіатри повинні пояснювати, що ефективність та побічні ефекти залежать від багатьох факторів. Наприклад, хоча ультракоротка RUL ECT викликає менше когнітивних побічних ефектів, ніж короткоімпульсна RUL ECT, така терапія зазвичай потребує більшої кількості процедур протягом довшого періоду — у середньому 9,6 проти 8,7 процедур. Крім того, у 25–50% пацієнтів така терапія може не призвести до значного клінічного покращення, і може виникнути необхідність переходу до альтернативного методу ECT.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) поріг судомної активності визначається як найнижча електрична доза, яка викликає судому, що реєструється на електроенцефалограмі (наприклад, повільна хвильова активність) та/або спостерігається як видимі моторні рухи;

2) стимуляція на цьому рівні або трохи вище (1.5× порогу) є ефективною для двобічних розміщень електродів (BT, BF), а також для LART;

3) для досягнення ефективності при RUL протягом курсу лікування потрібна доза у п'ять-шість разів вища за поріг (5–6×), оскільки стимуляція на рівні порогу має відносно низьку ефективність при односторонній ECT;

4) необхідно використовувати метод титрування дози, індивідуалізовано, оскільки вікові методики є менш точними при оцінці індивідуального порогу судомної активності;

5) двобічне розміщення електродів BT та одностороння ECT є ефективними при належному дозуванні, однак когнітивні побічні ефекти є більш вираженими при BT-розміщенні та при вищих дозах стимуляції;

6) дози до шести разів вищі за поріг можуть забезпечити максимальну ефективність односторонньої ECT, тоді як для двобічної ECT зазвичай достатньо дози у 1.5× порогу;

7) ECT може викликати ретроградну амнезію; тяжкість і ризик її виникнення та тривалості залежать від способу проведення ECT (розміщення електродів, тривалість імпульсу та рівень дозування), кількості процедур та індивідуальних чинників ризику пацієнта, але не завжди можуть бути передбачуваними;

8) BT-ECT має найвищий ризик ретроградної амнезії та зазвичай не є початковим методом, якщо не існують конкретні клінічні показання, наприклад, відсутність відповіді на інші методи ECT у минулому або потреба у швидкому клінічному ефекті; лікар-психіатр повинен ретельно зважити різні форми ECT, зокрема комбінації розміщення електродів і тривалість імпульсу,

та призначити підхід, найбільш відповідний до клінічного стану конкретного пацієнта;

9) у всіх пацієнтів, яким призначено ЕСТ, має проводитись ретельний моніторинг протягом усього курсу лікування для раннього виявлення когнітивних побічних ефектів з використанням інструментів наведених у додатку 2 до цього Стандарту;

10) застосування BF-ECT має кращий терапевтичний потенціал і сприятливіший профіль побічних ефектів порівняно з BT-ECT; BF-ECT слід розглядати при лікуванні пацієнтів з ризиком розвитку аритмій, індукованих ЕСТ;

11) ЕСТ здійснюється із застосуванням «короткого» імпульсу, який визначається як тривалість імпульсу від 0,5 до 2,0 мс;

застосування ультракороткого імпульсу (0,25–0,3 мс) для RUL ECT дозволяє досягати лікувального ефекту з істотно меншими когнітивними побічними ефектами, хоча ефективність такого підходу може бути дещо нижчою порівняно з RUL ECT із коротким імпульсом, зокрема з повільнішим темпом клінічного поліпшення;

12) клінічні результати (ефективність і когнітивні наслідки) застосування імпульсу тривалістю 0,5 мс (тобто на нижній межі діапазону «короткого» імпульсу) є проміжними між ефектами ЕСТ з імпульсом 1,0 мс і ультракоротким імпульсом 0,3 мс, що слід враховувати при визначенні дози відносно порогу судомної активності;

13) для RUL ECT із тривалістю імпульсу 0,5 мс рекомендована доза становить щонайменше 5× порогу;

у випадку BT та BF ECT із тривалістю імпульсу 0,5 мс доза на рівні 1,5× порогу, є менш ефективною, ніж така ж доза при використанні імпульсу 1,0 мс; підвищити ефективність можна за рахунок дозування у 2–2,5× порогу для BT та BF ECT із імпульсом 0,5 мс;

14) рекомендовані параметри щодо розміщення електродів і тривалості імпульсу та порогу наведено у додатку 3 до цього Стандарту.

Бажані:

15) проведення декількох стимуляцій протягом одного сеансу ЕСТ (multiple ECTs) з індукцією більш ніж одного повноцінного судомного нападу зазвичай не є прийнятною практикою, окрім випадків визначення порогу стимуляції, під час якої лікар-психіатр може прийняти рішення про застосування надпорогової дози з огляду на клінічну необхідність;

надпорогове дозування важливе для досягнення терапевтичного ефекту, тому що може бути ефективним при першій процедурі, навіть за однобічного розміщення електродів, що усуває необхідність повторної стимуляції;

16) якщо прийнято рішення про повторну стимуляцію через недостатність судом, другий імпульс подається після короткої перерви, наприклад 60 - 90 секунд; лікар-психіатр повинен усвідомлювати, що якщо затримка занадто тривала і потрібна додаткова доза анестетика, то отримана стимуляція та судоми можуть бути слабкими, що зведе нанівець потенційну користь від повторної стимуляції, водночас потенційно погіршуючи когнітивні наслідки.

Розділ IV. Моніторинг стану пацієнта протягом ЕСТ

1. Положення стандарту медичної допомоги

За пацієнтами, яким призначена ЕСТ, має здійснюватися ретельний моніторинг протягом усього курсу ЕСТ**,** а динаміка їхнього стану та побічні ефекти —фіксуватися в медичній документації. Клінічна оцінка має проводитися протягом всього курсу ЕСТ для моніторингу ефективності та когнітивного функціонування. Безпека пацієнта має бути головним пріоритетом, а ЗОЗ, що надає послугу ЕСТ, має забезпечити належним чином оцінку якості та безпеки процедури.

2. Обґрунтування

Під час лікування необхідно проводити моніторинг судомної активності. Повторна оцінка ефективності та когнітивного стану, а також рутинна оцінка якості ЕЕГ мають бути частиною моніторингу курсу лікування. Це дозволяє приймати рішення щодо частоти процедур, дозування та методу анестезії. Хоча зазвичай призначають кілька сеансів наперед, не рекомендується планувати весь курс без регулярного перегляду результатів лікування.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) щонайменше один раз на тиждень слід проводити оцінку стану пацієнта з метою моніторингу прогресу та когнітивних ефектів, та, за необхідності, адаптувати процедуру ЕСТ;

2) клінічна оцінка стану пацієнта має проводитись до початку курсу ЕСТ (для визначення базового рівня), під час гострої фази лікування, а також по завершенню курсу;

3) періодичні оцінки проводяться також під час підтримуючої або пролонгованої ЕСТ:

спочатку на електроенцефалограмі (далі – ЕЕГ) з'являється бета - подібна активність (18-22 Гц), потім виникає поширена високочастотна поліспайкова активність (тонічна фаза нападу), нарешті, розвивається низькочастотна (3 Гц) активність типу «пік-хвиля» (клонічна фаза нападу);

однією з достовірних ознак ефективності електросудомного нападу, окрім його тривалості, вираженості м'язових судом і показників ЕЕГ під час сеансу, є поява на ЕЕГ в періоді між нападами виразної дельта- і тета-активності, які спостерігаються у фронтальних відведеннях.

4) всі виявлені ускладнення лікування мають бути задокументовані та обговорені з фахівцями, які беруть участь в лікуванні, зокрема з лікарями-анестезіологами за потреби;

5) під час курсу ЕСТ необхідно враховувати ризик побічних ефектів, зокрема, порушення пам'яті, що потребує мониторингу:

антероградна пам'ять зазвичай відновлюється протягом 2 - 4 тижнів після завершення курсу ЕСТ і може навіть покращитися порівняно з рівнем до початку терапії;

ретроградні порушення (зокрема автобіографічної пам'яті) частіше трапляються при білатеральному розміщенні електродів і можуть зберігатися

тижнями або місяцями після лікування;

у деяких випадках довготривале порушення автобіографічної пам'яті може бути незворотним;

пацієнтів слід поінформувати, що в окремих випадках після курсу ЕСТ можуть виникати суттєві когнітивні побічні ефекти.

6) для оцінки ретроградної амнезії використовуються такі інструменти:

вимірювання часу до повернення орієнтування після кожного сеансу ЕСТ;

Монреальська шкала когнітивного оцінювання - Montreal Cognitive Assessment (MoCA);

7) з метою зменшення ризику тяжкої або тривалої ретроградної амнезії може бути збільшено інтервал між процедурами, застосовано однобічне розміщення електродів або скорочено тривалість імпульсу - хоча такі дії можуть знизити ефективність лікування.

Бажані:

8) для оцінки клінічного стану, включно з ризиком суїциду, слід розглянути використання стандартизованих шкал моніторингу, наприклад, шкали депресії Монтгомері-Асберґа (MADRS);

9) для моніторингу появи антероградної амнезії доцільно використати інструмент когнітивної оцінки, наприклад, шкала короткого когнітивного скринінгу при ЕСТ - Brief ECT Cognitive Screen, який застосовується до початку лікування та після першого тижня, що дозволяє вчасно виявити виникаючі когнітивні порушення і адаптувати лікування.

10) у разі потреби лікар-психіатр має направити пацієнта на нейропсихологічну консультацію для проведення розгорнутого обстеження когнітивного функціонування.

Розділ IV. Курс лікування ЕСТ, підтримуюча та пролонгована ЕСТ

1. Положення стандарту медичної допомоги

Кількість сеансів ЕСТ у курсі лікування визначається прогресом у стані пацієнтів та клінічним покращенням. У деяких випадках пацієнтам може знадобитися пролонговане або підтримувальне лікування за допомогою ЕСТ, якщо інші методи виявилися неефективними для запобігання рецидиву.

2. Обґрунтування

Після завершення курсу ЕСТ рівень рецидивів протягом наступних 12 місяців перевищує 50%, причому більшість рецидивів виникають у перші 6 місяців, навіть за умови продовження медикаментозної підтримки або проведення підтримуючої ЕСТ. Для зменшення ризику рецидиву може бути корисним поступове зменшення частоти процедур у кінці основного курсу лікування замість його раптового припинення.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) при плануванні кількості сеансів, необхідних пацієнтові на курс ЕСТ, слід враховувати, що від сеансу до сеансу відбувається накопичення ефектів окремих сеансів ЕСТ;

2) зазвичай курс складається з 6 - 12 процедур, однак для деяких пацієнтів, які повільніше реагують на ЕСТ, може бути потрібен триваліший курс;

3) планові сеанси ЕСТ проводяться через день, а при стабілізації і поліпшенні психічного стану пацієнта інтервали збільшуються на 1 день після кожного терапевтичного сеансу; максимальний інтервал зазвичай складає не більше 6-7 днів;

4) у невідкладних випадках сеанси можуть проводитись частіше з подальшим зменшенням їх кількості на тлі стабілізації психічного стану пацієнта;

5) рішення про продовження тривалості курсу більш, ніж 12 процедур повинно прийматися комісійно, не менш, ніж двома лікарями-психіатрами;

6) під час проведення курсу більше 12 процедур, має чітко фіксуватись динаміка за результатами регулярного клінічного огляду та обґрунтування продовження лікування;

7) деяким пацієнтам може бути потрібна пролонгована або підтримувальна ЕСТ; тривалість такого лікування визначається клінічними результатами та побічними ефектами, а не попередньо фіксованою кількістю процедур;

8) якщо основний курс ЕСТ виявився ефективним для пацієнта, доцільно розглянути пролонговану ЕСТ, особливо у пацієнтів з тяжким та рецидивним перебігом захворювання; пацієнтам з шизофренією пролонговану ЕСТ слід поєднувати з антипсихотичною терапією;

9) пролонгована ЕСТ складається з лікування, що триває протягом перших 6 місяців після завершення гострого курсу, з метою профілактики рецидиву; зазвичай її частота варіює від одного сеансу на тиждень до одного разу на 3 - 4 тижні, іноді рідше;

10) підтримуюча ЕСТ проводиться після того, як прийнято рішення продовжити лікування ЕСТ у поєднанні з іншими методами терапії після завершення 6-місячного періоду;

11) при плануванні підтримуючої ЕСТ слід регулярно переглядати загальний план лікування, беручи до уваги нові фармакологічні або психотерапевтичні стратегії, які можуть допомогти підтримати стан пацієнта без необхідності подальшого застосування ЕСТ;

12) лікар-психіатр, який пропонує пролонговану чи підтримувальну ЕСТ, має пояснити пацієнту або законному представнику пацієнта обґрунтування такого підходу, надати інформацію про наявні докази ефективності у відповідній клінічній ситуації, альтернативи лікування, а також ризики та переваги кожного з можливих варіантів.

Індикатори якості медичної допомоги

1. Наявність у ЗОЗ, що надає спеціалізовану психіатричну медичну допомогу, клінічного маршруту пацієнта (далі - КМП) з показаннями проведення ЕСТ.

2. Кількість (відсоток) пацієнтів з показаннями проведення ЕСТ, для яких у медичній документації наявний індивідуальний план лікування, спостереження та підтримки.

Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

1. Наявність у ЗОЗ, що надає спеціалізовану психіатричну медичну допомогу, КМП з показаннями проведення ЕСТ.

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього Стандарту.

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Бажаний рівень значення індикатора:

2026 рік — 90%; 2027 рік та подальший період — 100%.

Інструкція з обчислення індикатора.

Організація, яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Джерелом даних для обчислення індикатора є знеособлені дані електронної системи охорони здоров'я (далі – ЕСОЗ). У разі якщо необхідні для обчислення індикатора дані в ЕСОЗ відсутні або є недостатніми, використовуються знеособлені дані, надані ЗОЗ, які надають спеціалізовану психіатричну медичну допомогу пацієнтам з показаннями проведення ЕСТ, які розташовані на відповідній території.

За потреби такі дані надаються ЗОЗ до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій в електронній формі або в інший визначений спосіб.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом обробки та узагальнення знеособлених даних, отриманих з ЕСОЗ, а в частині даних, що в ЕСОЗ відсутні або є недостатніми для обчислення індикатора, – знеособлених даних, отриманих від ЗОЗ. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Чисельник індикатора складає кількість ЗОЗ, що надають спеціалізовану психіатричну медичну допомогу пацієнтам з показаннями проведення ЕСТ, для яких задокументований факт наявності КМП з показаннями проведення ЕСТ.

Джерелом інформації є КМП з показаннями проведення ЕСТ, наданий ЗОЗ.

Знаменник індикатора складає загальна кількість ЗОЗ, які надають спеціалізовану психіатричну медичну допомогу пацієнтам з показаннями проведення ЕСТ, що зареєстровані на відповідній території.

Джерелом інформації для визначення знаменника є знеособлені дані ЕСОЗ, а у разі відсутності або недостатності таких даних – інформація структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій,

сформована на підставі даних, отриманих від ЗОЗ.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

2. Кількість (відсоток) пацієнтів з показаннями проведення ЕСТ, для яких у медичній документації наявний індивідуальний план лікування, спостереження та підтримки.

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього Стандарту.

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Індикатор характеризує повноту планування медичної допомоги пацієнтам з показаннями проведення ЕСТ. Бажаний рівень значення індикатора на етапі запровадження цього Стандарту не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації.

Інструкція з обчислення індикатора.

Організація, яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються ЗОЗ, які надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з показаннями проведення ЕСТ, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом обробки та узагальнення знеособлених даних, отриманих з ЕСОЗ, а в частині даних, що в ЕСОЗ не містяться або є недостатніми для обчислення індикатора, - знеособлених даних, наданих ЗОЗ, які надають спеціалізовану психіатричну медичну допомогу пацієнтам з показаннями проведення ЕСТ.

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій на підставі знеособлених даних ЕСОЗ та, за потреби, знеособлених даних, отриманих від ЗОЗ, які надають спеціалізовану психіатричну медичну допомогу пацієнтам з показаннями проведення ЕСТ, розташовані на відповідній території.

Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Чисельник індикатора складає кількість пацієнтів з показаннями проведення ЕСТ, для яких у медичній документації наявний індивідуальний план лікування, спостереження та підтримки.

Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів з показаннями проведення ЕСТ, які перебували під наглядом або отримували медичну допомогу в ЗОЗ протягом звітного періоду.

Джерелом інформації для визначення чисельника та знаменника є знеособлені дані ЕСОЗ, а у разі відсутності або недостатності відповідних відомостей в ЕСОЗ – дані медичної документації, зокрема форма № 025/о та форма № 003/о.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

Перелік джерел та нормативно-правових актів, використаних при розробці стандарту медичної допомоги

1. Електронний документ Клінічна настанова, заснована на доказах «Електросудомна терапія» 2026 рік, https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi
2. Закон України «Про психіатричну допомогу» від 22 лютого 2000 року за № 1489-III.
3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19 червня 2026 року № 845 «Деякі питання розробки галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я», зареєстровано в Міністерстві юстиції України 30 липня 2026 року за № 1090/46484.
4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.
5. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 липня 2014 року № 527 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу населенню, незалежно від підпорядкування та форми власності» зареєстрований в Міністерстві юстиції України 13 серпня 2014 року за № 959/25736.
6. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 27 липня 2026 року № 1021 «Про затвердження вісімнадцятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».

В.о. директора Департаменту
медичних послуг **Олена ГАРМАТА**

Додаток 1
до Стандарту медичної допомоги
«Електросудомна терапія)»
(пункт 1 розділу І)

Карта електросудомної терапії (ЕСТ)

до медичної катри стаціонарного хворого № _____

хворого (-ї) _____
(прізвище, ім'я, по батькові)

Дата народження _____Вік_____Маса тіла _____

Основний діагноз _____
_____
Супутні діагнози_____
_____
_____
Обгрунтування призначення ЕСТ_____
_____
_____

Результати лабораторних досліджень

Загальний аналіз крові №____від_____: Еретроцити_____

Лейкоцити_____ Тромбоцити _____Гемоглобін_____

Гематокрит____ШОЕ_____Нейтрофіли____Лімфоцити____

Моноцити_____Еозинофіли_____Базофіли_____

Біохімічний аналіз крові №____від_____: Білірубін загальний_____

АЛТ_____АСТ_____Креатинін_____Сечовина _____Сечова кислота_____

Глюкоза сироватки крові _____Гамаглутаматамінотрансфераза_____ Лужна

фосфатаза_____Білок _____Амілаза _____ Кальцій _____Калій_____

Натрій _____

Електроенцефалографія №____від _____20____р.
Висновок_____
_____

Рентгенографія грудної клітини (за показаннями) **№____від _____20____р.**
Висновок_____

Нейровізуалізація МРТ (за показаннями) **№____від _____20____р.**
Висновок_____

Результати фізікального гляду_____

Результати психіатричного огляду_____

Результати базового когнітивного скринінгу _____

Місце проведення ЕСТ:_____

Інформація про обладнання (апарат), що використовується для ЕСТ

Лікар-психіатр _____

Лікар-анастезіолог _____

Сеанс ЕСТ №____дата: _____20____р. час:_____

Дані анастезіологічного огляду (до процедури, в процесі проведення та після завершення)

Премедикація та інші призначення анастезіолога

_____

_____

Спосіб накладення електродів _____

Характеристики електричних імпульсів_____

_____

Кількість електричних імпульсів_____

Описання судомного нападу (генералізований, абортивний, атиповий)

_____

_____

У випадку абортивного нападу та призначення повторного ЕСТ наводяться наступні дані щодо нових характеристик процедури:

Характеристики електричних імпульсів_____

_____

Кількість електричних імпульсів_____

Описання судомного нападу (генералізований, абортивний, атиповий)

_____

_____

Ускладнення, які виникли в процесі проведення ЕСТ (за наявності)

_____

_____

_____

Лікар-психіатр _____

Лікар-анастезіолог _____

Додаткові обстеження в період проведення курсу лікування ЕСТ (за наявності)

Результати лабораторних досліджень

_____
_____
_____
_____

Електроенцефалографія

_____
_____
_____
_____

Нейровізуалізація МРТ (за показаннями)

_____
_____
_____

Результати когнітивного скринінгу

_____
_____
_____

Результати додаткових обстеженть (за наявності)

_____
_____
_____

Обстеження після завершення курсу ЕСТ

Результати лабораторних досліджень

_____
_____
_____
_____

Електроенцефалографія

_____
_____
_____
_____

Нейровізуалізація МРТ (за показаннями)

_____

_____

_____

Результати когнітивного скринінгу

_____

_____

_____

_____

Результати додаткових обстежень (за наявності)

_____

_____

_____

Лікар-психіатр _____

Лікар-анастезіолог _____

_____

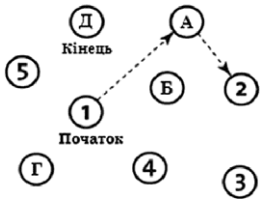
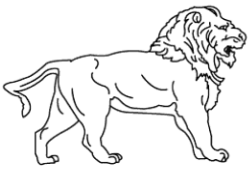
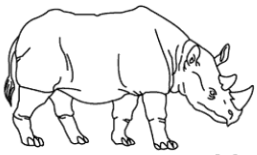
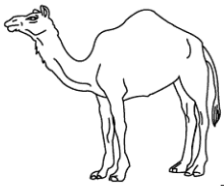
Додаток 2
до Стандарту медичної допомоги
«Електросудомна терапія»
(підпункт 9 пункт 3 розділу III)

Інструменти
для виявлення когнітивних побічних ефектів ЕСТ

Монреальська шкала когнітивної оцінки MoCA — Montreal Cognitive Assessment

Монреальський когнітивний тест (МОСА-тест) був розроблений як швидкий інструмент для визначення ранніх форм когнітивних порушень. Його чутливість до додементних форм когнітивної дисфункції становить 90%, а специфічність методу — 87%. МОСА-тест оцінює різні аспекти когнітивної діяльності: увагу та концентрацію, пам'ять, «лобні функції» (тест з'єднання літер і цифр, швидкість мови, узагальнення тощо), зоро- во-просторовий праксис (куб, годинник), абстрактне мислення, рахунок і орієнтацію. Час виконання МОСА-тесту приблизно 10 хвилин.

Максимально можливий результат — 30 балів. Результат 26 балів і вище розглядається як норма. При цьому сама система оцінки МОСА- тесту не передбачає градацію за важкістю порушень залежно від на- браного бала. Нейропсихологічне тестування є найбільш об'єктивним методом діагностики когнітивних порушень, проте він все ж не абсолютно надійний. Доволі часто суб'єктивні когнітивні порушення є проявом емоційних розладів тривожно-депресивного ряду. Тому пацієнтам із активними скаргами когнітивного характера при негативному результаті нейропсихологічного тестування необхідне ретельне дослідження емо- ційного стану. Враховуючи можливість помилкового результату тесту- вання, у сумнівних випадках доцільні повторні нейропсихологічні дослідження, можливо, із застосуванням більш широкого кола діагностичних критеріїв. У деяких випадках діагноз можна встановити лише в процесі динамічного спостереження за пацієнтом.

Зорово-просторовий праксис/виконавчі функції	Намалюйте годинник,на якому 10 хвилин на дванадцяту (3 пункти)	Бал
 Перемалюйте куб [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] Контур Цифри Стрілки	__/5
Назви    [ ] [ ] [ ]		__/3

Пам'ять Пацієнт повторює прочитані слова. Дається 2 спроби. Повторити питаннячерез 5 хвилин.		обличчя	оксамит	церква	мартаритка	червоний	Немає балів
	1 спроба						
	2 спроба						

Увага Прочитайте ряд цифр (1 цифра/с) Повторіть у прямому порядку [ ] 21854 Повторіть у зворотньому порядку [ ] 742	__/2
Прочитайте ряд літер. Пацієнт повинен хлопнути долонею по столу накожній літері А. Більше 2 помилок — 0 б. [ ] Ф Б А В М Н А А Ж Л Л Б А Ф А К Д Е А А А Ж А М О Ф А А Б	__/1
Серія віднімань від 100 по 7 [ ] 93 [ ] 86 [ ] 79 [ ] 72 [ ] 65	__/3
Мова Повторіть: Я не знаю нічого крім того, що Ваня сьогодні чергує. [ ] Кіт завжди ховався під диваном, коли пес був у кімнаті [ ]	__/2
Вербальна швидкість За одну хвилину назвіть якомога більше слів на літеру «К»[ ]___ (N≥11)	__/1
Абстрактне мислення Доякоїгрупивідносять предмети, наприклад, яблукотаапельсин—фрукти[ ] потяг та велосипед [ ] годинник та лінійка	__/2

Відстрочене відтворення	Без підказки	обличчя [ ]	оксамит [ ]	церква [ ]	мартаритка [ ]	червоний [ ]	Балибез під- казки __/5
Необов'язково для заповнення	Підказкакатегорії						
	Вибір із запропо-нованого						

Орієнтування	[ ] Число [ ] Місяць [ ]Рік [ ] День тижня [ ] Місце [ ] Місто	__/6
Сума балів _____ /30 Додайте 1 бал, якщо освіта ≤12 років		

ІНСТРУКЦІЯ ДО ЗАСТОСУВАННЯ

Альтернативний взаємозв'язок.

Інструкція: екзаменатор інструктує обстежуваного: «Будь ласка, нама- люйте лінію, що йде від цифри до літери у висхідному порядку. Почніть звідси [указати на одиницю] і намалюйте лінію, що йде від цифри «1» до літери «А», потім до цифри «2» і так далі. Закінчите тут [указати на букву «Д»]».

Підрахунок: зараховується один бал, якщо обстежуваний успішно на-малював такий патерн: 1–А-2–Б-3–В-4–Г-5–Д, без пересічних ліній. Бал не зараховується, якщо є будь-яка помилка, що не була негайно само-стійно виправлена.

Зорово-просторовий праксис (куб)

Інструкція: екзаменатор дає такі інструкції, вказуючи на куб: «Нижче,у вільному місці, скопіюйте цей малюнок так точно, як можете».

Підрахунок: зараховується один бал за точно виконаний малюнок.

- малюнок повинен бути трьохмірно-просторовий;
- усі лінії повинні бути скопійовані;
- не повинно бути зайвих ліній;
- лінії повинні бути відносно паралельні й однакової довжини (прямокутні призми прийнятні).

Бал не зараховується, якщо не виконаний будь-який із перерахованих вище критеріїв.

Зорово-просторовий праксис (годинник)

Інструкція: укажіть на праву верхню третину аркуша і дайте такі інструк- ції: «Намалюйте годинник. Поставте на циферблаті усі цифри та вкажіть час 10 хвилин на дванадцяту».

Підрахунок: зараховується один бал за кожний із таких трьох критеріїв:

- контур (1 бал): циферблат повинен виглядати як коло, припустимі тільки незначні викривлення (наприклад, незначний дефект змикання кола);
- цифри (1 бал): повинні бути усі цифри циферблату, не повинно бути до-даткових цифр; цифри повинні розташовуватися в правильному поряд- ку й у відповідних квадрантах на циферблаті; римські цифри прийнятні;
- цифри можуть бути розташовані за межами контуру циферблату;
- стрілки (1 бал): повинно бути дві стрілки, що спільно вказують на пра-вильний час; годинна стрілка повинна бути чітко коротшою, ніж хвилин- на; стрілки повинні розміщуватися в центрі циферблату, та їх з'єднанняповинно бути близько до центру годинника.

Бал не зараховується за даний пункт, якщо будь-який із перерахованихвище критеріїв не дотримано.

Назви.

Інструкція: починаючи зліва, вказуючи на кожний малюнок, запитати: «Назвіть цю тварину».

Підрахунок: один бал присуджується за кожну правильну відповідь:
(1) верблюд, (2) лев, (3) носоріг.

Пам'ять.

Інструкція: екзаменатор читає список із 5 слів із частотою одне слово за секунду, даючи такі інструкції: «Це тест для перевірки пам'яті. Я прочитаю кілька слів, які Ви повинні запам'ятати. Слухайте уважно. Коли я прочитаю, повторіть стільки слів, скільки Ви запам'ятали. Не має значення, у якому порядку Ви їх назвете». Позначте у відповідному полі названі обстежува- ним слова в цій першій спробі. Коли обстежуваний укаже, що він (вона) за- кінчив (повторив усі слова), або не може згадати більше слів, прочитайте список другий раз із наступними інструкціями: «Я прочитаю ті ж кілька слівдругий раз. Спробуйте їх запам'ятати й назвати мені стільки слів, скіль- ки Ви можете, включаючи слова, які Ви назвали перший раз». Позначте у відповідному полі названі обстежуваним слова після другої спроби. Піс- ля закінчення другої спроби проінформуйте обстежуваного про те, що Ви попросите його (її) повторити ці слова знову: «Наприкінці тесту я попрошуВас повторити ці слова знову».

Підрахунок: у цьому завданні бали не присуджуються ні за першу, ніза другу спробу.

Увага.

Повторення цифр у прямому порядку.

Інструкція: дайте такі інструкції: «Я збираюся назвати декілька цифр. Після того, як я їх назву, повторіть ці цифри в тому ж порядку». Прочитай- те п'ять цифр із частотою одна цифра за секунду.

Повторення цифр у зворотному порядку.

Інструкція: дайте такі інструкції: «Тепер я збираюся назвати ще кількацифр, але ви повинні повторити їх у зворотному порядку». Прочитайте три цифри із частотою одна цифра за секунду.

Підрахунок: додайте один бал за кожне правильно виконане завдання (NB: правильна відповідь для завдання з повторення цифр у зворотному порядку 2-4-7).

Пильність.

Інструкція: екзаменатор читає список літер із частотою одна літера за секунду після таких інструкцій: «Я збираюся прочитати ряд літер. Що-разу, коли я назву літеру «А», вдарте долонею по столу один раз. Якщо я назву іншу літеру, не треба ударяти долонею».

Підрахунок: додається один бал, якщо немає помилок або є тільки одна помилка (помилкою вважається удар долонею при називанні іншої літери або відсутність удару при проголошенні літери «А»).

Послідовне рахування.

Інструкція: екзаменуючий дає таку інструкцію: «Тепер я попрошу Вас відняти 7 від 100, потім віднімайте 7 від Вашої відповіді й так доти, поки я Вас не зупиню». Дайте цю інструкцію двічі, якщо необхідно.

Підрахунок: за це завдання може бути максимально присуджено три бали. Бал за одну правильну відповідь, два бали — за дві або три правильні відповіді і три бали, якщо обстежуваний дав чотири або п’ять правильних відповідей. Кожне віднімання оцінюється незалежно; якщо обстежуваний від- повів неправильно, але потім правильно відняв 7 від неправильної відповіді, надайте 1 бал за кожну правильну відповідь. Наприклад, обстежуваний може відповісти «92-85-78-71-64», де «92» неправильна відповідь, але всі інші ви- рахування зроблені правильно. Це одна помилка, й у цьому випадку необхід- но надати 3 бали за це завдання.

Повторення фрази.

Інструкція: екзаменуючий дає такі інструкції: «Я прочитаю Вам речення. Повторіть його з точністю так, як я скажу [пауза]»: «Я не знаю нічого, крім того, що Ваня сьогодні чергує». Після відповіді скажіть: «Тепер я прочитаю Вам інше речення. Повторіть його з точністю, як я скажу [пауза]»: «Кіт завжди ховався під диваном, коли пес був у кімнаті».

Підрахунок: додайте 1 бал за кожне точно повторене речення. Повторен- ня повинно бути абсолютно точним. Не повинно бути пропусків слів (напри- клад: пропуск слів «тільки», «завжди») і заміни/додавання (наприклад: за- міни «ховається» замість «ховався», вживання множинного числа і так далі).

Вербальна швидкість.

Інструкція: екзаменуючий дає такі інструкції: «За одну хвилину назвіть мені стільки слів, скільки зможете, які починаються з певної літери алфавіту, яку я зараз Вам запропоную. Ви можете називати будь-які слова, крім влас- них імен (наприклад: Євген або Київ), чисел і слів, які мають однаковий ко- рінь, але різні суфікси (наприклад: дружба, дружити, друг). Ви готові? [пауза]. Тепер назвіть мені стільки слів, скільки можете, які починаються з літери «К» [60 секунд]. Хвилина закінчилась».

Підрахунок: додається один бал, якщо обстежуваний назвав за одну хви- лину 11 або більше слів. Позначте у відповідному полі кількість названих слів.

Абстрактне мислення.

Інструкція: екзаменатор просить обстежуваного пояснити, до якої групи відносяться предмети, починаючи з прикладу: «Скажіть, що спільного між яблуком і апельсином?» Якщо обстежуваний не дає конкретної відповіді, скажіть ще (тільки один раз): «Скажіть, що ще спільного між ними?» Якщо обстежуваний не дає правильної відповіді (фрукти), скажіть: «Так, ще вони обидва — фрукти». Не давайте додаткових інструкцій і роз’яснень.

Після цього прикладу скажіть: «Тепер назвіть, що спільного між потягом і велосипедом». Після відповіді дайте таке завдання: «Тепер скажіть, що спільно- го між лінійкою й годинником». Не давайте додаткових інструкцій і роз’яснень.

Підрахунок: тільки два останні порівняння оцінюються. Додається 1 бал за кожну правильну відповідь. Такі відповіді прийнятні: потяг — велосипед =

мається на увазі транспорт, засоби пересування, на обох можна їздити. Лінійка — годинник = вимірювальні інструменти, використовуються для ви- міру. Такі відповіді неприйнятні: потяг — велосипед = обидва мають колеса; лінійка — годинник = на обох намальовані цифри.

Пам'ять (відтерміноване відтворення).

Інструкція: екзаменатор дає такі інструкції: «Кілька хвилин тому я прочи- тав Вам декілька слів і попросив їх запам'ятати. Назвіть мені стільки слів, скільки Ви запам'ятали». Позначте правильно названі слова у відповідному полі. Не давайте ніяких підказок.

Підрахунок: додається 1 бал за кожне назване слово без будь-яких підказок.

Необов'язково (опційно): після спроби згадати слова без підказок використовуйте семантичні категоріальні підказки, наведені нижче, для кожного неназваного слова. Якщо обстежуваний не зміг згадати слова після катего- ріальних підказок, зробіть підказку множинного вибору, що складається зі списку слів для вибору, використовуючи таку інструкцію: «Яке із цих трьох слів, на Ваш погляд, було названо: НІС, ОБЛИЧЧЯ, РУКА?» Зробіть позначку в спеціально відведеному місці, якщо обстежуваний згадав слово за допо- могою категоріальної підказки або підказки множинного вибору.

Використовуйте наступні категоріальні підказки й/або підказки множинно- го вибору:

Слово	Категоріальна підказка	Підказка множинного вибору
ОБЛИЧЧЯ:	частина тіла	ніс, обличчя, рука
ОКСАМИТ:	вид тканини	бавовна, синтетика, оксамит
ЦЕРКВА:	вид будинку	церква, школа, лікарня
МАРГАРИТКА:	квітка	троянда, маргаритка, тюльпан
ЧЕРВОНИЙ:	колір	червоний, синій, зелений

Підрахунок: за відповіді з підказками бали не надаються. Підказки ви- користовуються тільки для одержання клінічної інформації й можуть дати екзаменаторові додаткову інформацію про тип розладу пам'яті. При роз- ладі пам'яті, що характеризується утрудненням відтворення інформації, результат може бути покращений за допомогою підказок. При розладі пам'яті, що характеризується утрудненням запам'ятовування й зберіган- ня інформації, результат не покращується за допомогою підказок.

Орієнтація.

Інструкція: екзаменатор дає наступні інструкції: «Назвіть мені сьогод- нішню дату». Якщо обстежуваний не дає повної відповіді, дайте відповідну підказку: «Назвіть рік, місяць, точну дату й день тижня». Після чого скажіть:

«Тепер назвіть мені назву місця, де ми зараз перебуваємо, і назву міста».

Підрахунок: додається один бал за кожну правильну відповідь (рік, місяць, дата, день, місце, місто). Обстежуваний повинен назвати точну дату й точне

місце, де він перебуває (назва лікарні, відділення). Бал за конкретне питання не нараховується, якщо обстежуваний зробив будь- яку помилку при відповіді на це питання.

Обробка результатів: сума балів за кожне завдання підраховуєть- ся на правому боці аркуша. Додайте 1 бал, якщо обстежуваний отримав освіту 12 років або менше.

Максимальний результат за цим тестом — 30 балів. Остаточна сума балів 26 і більше розглядається як норма.

Шкала депресії Монтгомері – Асберг Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS)*

Рейтингова шкала депресії Монтгомері – Асберг — клінічна тестова методика, розроблена як альтернатива Шкали Депресії Гамільтона в 1979 році. MARDS складається з 10 питань, кожне з яких оцінюється в балах від 0 до 6. Чим важче стан хворого, тим більший бал йому присво- юється. Загальний бал за шкалою варіюється від 0 до 60 і знижується в процесі полегшення стану.

Шкала призначена для заповнення фахівцем, що має спеціальну під- готовку в галузі психічного здоров'я і тестування за цією шкалою (при-наймні на рівні курсів тематичного удосконалення або курсів інформації та стажування). Загальний час заповнення може становити до години, враховуючи, що заповнення шкали має ґрунтуватися на оцінці стану па- цієнта під час клінічного інтерв'ю, а не на відповідях на прямі запитання. Інструкція: «Оцінка повинна базуватися на клінічному інтерв'ю від най- менш прямих до уточнюючих запитань про стан і ступінь його тяжкості.

Час, необхідний для заповнення бланка шкали, варіюється від 20 хвилин до 1 години, залежно від стану пацієнта».

1. Смуток, що спостерігається

0 Смуток відсутній	
1	
2 Виглядає пригніченим, але легко відволікається	
3	
4 Сумний і нещасний більшу частину часу	
5	
6 Виглядає сумним постійно, надзвичайно пригнічений і нещасний	

2. Смуток, що висловлюється

0 Нечастий смуток, зумовлений обставинами	
1	
2 Печальний, але легко відволікається	

Примітка: * Практична психосоматика: діагностичні шкали. Навчальний посібник / За заг. ред. О.С. Чабана, О.О. Хаустової. — 4-те видання, виправлене і доповнене. — К.: Видавничий дім Медкнига, 2025. — 248 с. ISBN 978-617-7994-12-0

3	
4 Переважають печальні або похмурі почуття, настрій визначається впли-вом зовнішніх (несприятливих) обставин	
5	
6 Постійний смуток, страждання або відчай	

3. Внутрішня напруга

0 Спокійний; лише швидкоплинне внутрішнє напруження	
1	
2 Не часте почуття внутрішнього дискомфорту	
3	
4 Постійне відчуття внутрішньої напруги або паніки, з яким обстежуванийважко справляється	
5	
6 Сильний жах або мука, непереборна паніка	

4. Погіршення сну

0 Спить як зазвичай	
1	
2 Малопомітні труднощі із засинанням, злегка порушений або перерив-частий сон	
3	
4 Сон порушений принаймні протягом двох годин	
5	
6 Менш ніж дво- або тригодинний сон	

5. Порушення апетиту

0 Нормальний або підвищений апетит	
1	
2 Трохи знижений апетит	
3	
4 Відсутність апетиту, їжа позбавлена смаку	
5	
6 Харчується примусово	

6. Труднощі концентрації

0 Відсутні	
1	
2 Не часте утруднення уваги	
3	
4 Труднощі концентрації, нав’язливі думки, які заважають читати або під-тримувати розмову	
5	
6 Нездатність читати, значні труднощі при бесіді	

7. Втома

0 Труднощі на початку діяльності сумнівні, млявості немає	
1	
2 Труднощі розпочати активну діяльність	
3	
4 Труднощі почати рутинні дії, пов’язані з витрачанням сил	
5	
6 Сильна млявість, нездатність робити хоч щось без допомоги	

8. Нездатність переживати почуття

0 Нормальний інтерес до всього, що оточує, та до людей	
1	
2 Зниження здатності отримувати задоволення від звичайних інтересів	
3	
4 Низький інтерес до всього, що оточує, зниження почуттів до друзів і близьких	
5	
6 Явища емоційного паралічу, нездатність відчувати гнів, горе або задо-волення, болісна відсутність почуттів до родичів і друзів	

9. Песимістичні думки

0 Відсутні	
1	
2 Непостійні ідеї про невдачі, самодокори або самоосуд	
3	
4 Повторюване самозвинувачення або ясні, але раціональні ідеї провиниабо гріховності, наростання песимізму щодо майбутнього	
5	
6 Марення загибелі або неспокутого гріха, абсурдне і непохитнесамозвинувачення	

10. Суїцидальні думки

0 Отримує задоволення від життя або сприймає його таким, як воно є	
1	
2 Втома від життя, швидкоплинні суїцидальні думки	
3	
4 Можлива вигода від смерті, загальноприйняті суїцидальні думки, суїцидрозглядається як можливе рішення, але без спеціальних планів і цілей	
5	
6 Явні суїцидальні наміри (якщо випаде нагода), активна підготовка досамогубства	

Обробка результатів: лікар повинен вирішити, чи відповідає тяжкість симптому основним балам — 0, 2, 4, 6 або проміжним — 1, 3, 5. Якщо не вдається отримати точні відповіді від самого пацієнта, рекомендуєть- ся скористатися іншими джерелами інформації (медична документація, відомості зі слів родичів та ін.). Для оцінки стану в динаміці проводиться повторне тестування через фіксовані проміжки часу.

Інтерпретація результатів: при інтерпретації даних бали розрахову- ються таким чином: кожен пункт шкали оцінюється від 0 до 6 відповідно до наростання тяжкості симптому. Максимальний сумарний бал стано- вить 60 балів. Сума балів відповідає:

- 0-15 балів — відсутності депресивного епізоду;
- 16-25 балів — малому депресивному епізоду;
- 26-30 балів — помірному депресивному епізоду;

- понад 30 балів — великому депресивному епізоду.

Класична інтерпретація:

- Інтервал 0-10 балів — немає депресії;
- 15-24 бали — легка депресія;
- 25-30 балів — помірна депресія;
- 31-43 бали — важка депресія;
- Понад 44 — дуже важка депресія.

Альтернативна інтерпретація — 1:

- 0 до 6 — норма/симптоми відсутні;
- 7 до 19 — легка депресія;
- 20 до 34 — помірна депресія;
- Понад 34 — важка депресія.

Альтернативна інтерпретація — 2:

- Ремісія — ≤ 10 або 12 балів (Zimmerman et al., 2004).
- 9-17 = легка, 18-34 = помірна, ≥ 35 = тяжка (Muller et al., 2000).
- 7 балів HAM-D ≈ 10 балів MADRS; 20 балів HAM-D ≈ 25 балівMADRS (Carmody et al., 2006).

Шкала короткого когнітивного скринінгу при ЕСТ
Brief ECT Cognitive Screen

Шкала короткого когнітивного скринінгу при ЕСТ (BECS) – це новітній короткий інструмент, призначений для вимірювання когнітивних побічних ефектів, що виникають внаслідок ЕСТ. Авутори BECS застосовували його до ЕСТ та після 3 або 4 сеансів ЕСТ. Первинним результатом було зниження показників за Монреальською шкалою когнітивної оцінки (МоСА) на ≥4 бали від періоду до лікування до періоду після ЕСТ. Логістичний множинний регресійний аналіз досліджував BECS та інші відповідні клінічні, демографічні та лікувальні фактори як предиктори. Остаточний аналіз включав 623 пацієнтів з різними показаннями до ЕСТ, включаючи 53,6% з великою депресією та 33,7% з шизофренією або шизоафективним розладом. Вищий загальний бал за шкалою BECS суттєво прогнозував зниження загального балу за шкалою МоСА [B = 0,25 (0,08), p = 0,003]. Дослідження, проведене авторами підтвердило, що BECS має клінічну корисність для виявлення пацієнтів як зі зниженим, так і з підвищеним ризиком несприятливих когнітивних наслідків від ЕСТ.

Інструкція

BECS слід проводити до початку електросудомної терапії (ЕСТ) та щонайменше через 1 день після 3-го або 4-го сеансу ЕСТ.

- Для кожного пункту нижче використовуйте секундомір для вимірювання тривалості.
- Прочитайте інструкції для кожного пункту нижче.
- Розрахуйте загальний час та загальну кількість помилок для обох пунктів.

- Після 3-го або 4-го сеансу ЕКТ обчисліть загальний бал BECS, з 5 сеансу - додавати бали за загальну кількість помилок та загальний час.

1	*Я прошу Вас якомога швидше порахувати у зворотному порядку від двадцяти до одного. Ось так: двадцять, дев'ятнадцять, вісімнадцять і так далі, аж до одного. Почніть зараз.* **20 19 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1**	Помилки	Час (с)
	Для цього останнього завдання я б попросив Вас якомога швидше назвати місяці року у зворотному порядку, починаючи з грудня. Почніть зараз. **Грудень Листопад Жовтень Вересень Серпень Липень Червень Травень Квітень Березень Лютий Січень**		
		Всього помилок	Всього час (с)

ОБЧИСЛІТЬ РІЗНИЦЮ

	Всього помилок	Всього час (с)	
Після ЕСТ 3 **<u>МІНУС</u>** Базовий рівень			
			ЗАГАЛЬНИЙ РАХУНОК BECS
РІЗНИЦЯ			
ОЦІНКА			**/ 5**

<u>Підрахунок балів</u>

Примітка: Підрахунок балів застосовується лише до позитивних значень

Якщо різниця помилок < 1, бал = 0

Якщо різниця помилок = 1, бал = + 1

Якщо різниця помилок ≥ 2, бал = + 2

Якщо різниця часу < 5, бал = 0

Якщо різниця часу ≥ 5, бал = + 1

Якщо різниця часу ≥ 8, бал = + 2

Якщо різниця часу ≥ 12, бал = + 3

Додаток 3
до Стандарту медичної допомоги
«Електросудомна терапія»
(підпункт 14 пункту 3 розділу III)

Рекомендації щодо розміщення електродів ЕСТ, параметрів для тривалості імпульсу та порогу.

Розміщення електродів	**Параметри для тривалості імпульсу та порогу**	
Для правої односторонньої (RUL) ЕСТ	Ультракоротка тривалість імпульсу (0,3 мс) при 6× пороговому значенні	Тривалість імпульсу 1,0 мс при 5–6× пороговому значенні*
	Рекомендована тривалість імпульсу 0,5 мс при порозі 5–6×, враховуючи нижчий рівень доказовості	
Для біфронтальної (BF) ЕСТ	Тривалість імпульсу 1,0 мс при порозі 1,5×	Тривалість імпульсу 0,5 мс при порозі 1,5–2,5×
Для бітемпоральної (BT) ЕСТ	Тривалість імпульсу 1,0 мс при порозі 1,5×	Тривалість імпульсу 0,5 мс при порозі 1,5–2,5×

Примітка: * показано, що нижчі рівні доз (3× поріг) мають нижчу, хоча й клінічно значущу ефективність.