

Панические расстройства: диагностика и терапия

Дюкова Г. М.

Кафедра нервных болезней ФППО 1 МГМУ им. И. М. Сеченова, Москва, Россия

Пациенты с вегетативными кризами или паническими атаками составляют значительную часть контингента врачей общей практики, поскольку клинические проявления криза и межприступного периода насыщены вегетативно-соматическими симптомами, не всегда во время и верно диагностируются. Фармакотерапия больных с паническими расстройствами предполагает несколько терапевтических стратегий. Эффективность лечения панических расстройств психотерапией - 95%, существенно превосходит таковую при медикаментозной терапии.

Ключевые слова: паническая атака, вегетативный криз, диагностика, лечение.

Вегетативный криз (ВК) или паническая атака (ПА) - это наиболее яркое и драматичное проявление синдрома вегетативной дистонии (СВД) или панических расстройств (ПР).

Терминология

Если традиционный для отечественной медицины термин “вегетативный криз” подчеркивает преимущественное значение в приступе вегетативных симптомов, то термин “паническая атака” предполагает ведущую роль психических проявлений. Зигмунд Фрейд еще в конце прошлого века описывал “тревожные атаки” (anxiety attack), в которых “тревога возникала внезапно, не была спровоцирована какими-либо идеями и сопровождалась нарушениями дыхания, сердечной деятельности и других телесных функций”. Паника, панические атаки, панические расстройства связаны с именем древнегреческого бога Пана. Согласно мифам, неожиданно появившись, Пан вызывал такой ужас, что человек опрометью бросался бежать, не отдавая себе отчета в том, что само бегство может грозить гибелью. Поскольку клинические проявления как самого криза так и межприступного периода насыщены вегетативно-соматическими, а нередко, и неврологическими симптомами, то естественно, что такие больные составляют значительную часть контингента врачей общей практики (терапевтов, неврологов эндокринологов, и др.). В рамках этих специальностей существуют и своя терминология; Так, имея в виду по сути одни и те же состояния, говорят о “сердечно-сосудистом неврозе”, “нейро-циркуляторной дистонии по гипертоническому либо гипотоническому типу”, “гипервентиляционном синдроме”, “вегетативно-сосудистой дистонии” и т. д.

Классификация

Термин “Паническая атака” получил сегодня

признание во всем мире благодаря классификации болезней, предложенной Американской Ассоциацией психиатров в 1980 году (DSM-III). В последующем эта классификация уточнялась и в настоящее время в последней ее версии - DSM-IV и в Международной классификации болезней - МКБ-10 (11, 5) приняты следующие критерии диагностики ПР:

А. Повторное возникновение приступов, в которых интенсивный страх или дискомфорт в сочетании с 4 или более из 14 нижеперечисленных симптомов развиваются внезапно и достигают своего пика в течении 10 минут:

1. Пульсации, сильное сердцебиение, учащенный пульс;
2. Потливость;
3. Озноб, тремор;
4. Ощущение нехватки воздуха, одышка,
5. Затруднение дыхания, удушье;
6. Боль или дискомфорт в левой половине грудной клетки;
7. Тошнота или абдоминальный дискомфорт;
8. Головокружение, неустойчивость;
9. Слабость, дурнота, предобморочное состояние;
10. Ощущение онемения или покалывания (парестезии);
11. Волны жара и холода.
12. Ощущение дереализации, деперсонализации;
13. Страх смерти;
14. Страх сойти с ума или совершить неконтролируемый поступок;

Б. Возникновение ПА не обусловлено непосредственным физиологическим действием каких-либо веществ (напр. лекарственной зависимостью, приемом препаратов) или соматическими заболеваниями (напр. тиреотоксикоз).

В. В большинстве случаев ПА возникают не в

результате других тревожных расстройств, таких как Фобии - “Социальные” и “Простые” “Обсессивно-фобические расстройства”, “Посттравматические стрессовые расстройства”.

В МКБ-10 Панические расстройства входят рубрики “тревожных” и “фобических” расстройств, которые в свою очередь включены в класс “Неврологических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств”.

Эпидемиология.

По данным статистики от 1,5% до 4% взрослого населения страдают ПР в определенные периоды своей жизни. Среди обращающихся за первичной медицинской помощью больные с ПА достигают 6%. Заболевание дебютирует чаще всего в третьем десятилетии и чрезвычайно редко до 15 лет и после 65 лет. Женщины страдают в 2-3 раза чаще мужчин (8).

Основные клинические проявления

Как следует из перечисленных выше критериев ядром ПР являются панические атаки, поэтому уточнение их клинической картины является существенным фактором для как для диагностики заболевания, так и для последующей выработки терапевтических рекомендаций (1,2).

Если суммировать критерии, необходимые для диагностики ПА, то они включают в себя:

1. Пароксизмальность;
2. Полисистемные вегетативные симптомы;
3. Эмоционально-аффективные расстройства.

Очевидно, что основными проявлениями ПА являются вегетативные и эмоциональные расстройства. Уже по выше представленному перечню симптомов видно, что вегетативные симптомы касаются различных систем организма; это дыхательные, кардиальные, сосудистые реакции (центральные и периферические), изменения терморегуляции, потоотделения, желудочно-кишечных и вестибулярных функций. При объективном исследовании в момент ПА, как правило, обнаруживают подъемы артериального давления (иногда до высоких цифр и чаще в первых приступах), выраженную тахикардию, нередко учащение экстрасистол, могут быть подъемы температуры до субфебрильных или фебрильных цифр. Все эти симптомы, появляясь внезапно и “беспричинно” способствуют появлению и фиксации другой группы симптомов - эмоционально-аффективных расстройств. Спектр последних необычайно широк. Так чувство беспричинного страха, достигающего до степени паники, обычно возникает в первом приступе, а затем в менее выраженной степени повторяется и в последующих приступах. Иногда паника первой ПА затем трансформируется в конкретные страхи - страх инфаркта

миокарда, инсульта, утраты сознания, падения, сумасшествия и т. д. У некоторых больных интенсивность страха (даже в первых приступах) может быть минимальна, но тем не менее, при тщательном расспросе больные сообщают о чувстве внутреннего напряжения, тревоги, беспокойства, ощущении, что “что-то взорвется внутри”. В неврологической и терапевтической практике эмоциональные проявления приступа могут существенно отличаться от типичной ситуации. Так, в приступе больной может не испытывать эмоций страха, тревоги; неслучайно такие ПА называют “паника без паники” или “нестраховые панические атаки” (13). Некоторые больные испытывают в приступе чувство раздражения, иногда достигающее степени агрессии; в ряде случаев ощущение тоски, депрессии, безысходности, сообщают о “беспричинном” плаче в момент приступа. Именно эмоционально-аффективные симптомы придают приступу столь неприятный и, даже отталкивающий характер.

У большой категории больных ПР структура приступа не ограничивается вышеописанными вегетативно-эмоциональными симптомами и тогда врач может обнаружить еще один тип расстройств, которые называют “атипичными”. Этими симптомами могут быть локальные или диффузные болевые синдромы (головные боли, боли в животе, в позвоночнике и т. д.), мышечные напряжения, рвоты, сенестопатические ощущения (ощущение жара, “обмороженности”, “шевеления”, “пустоты”) и пр. К атипичным симптомам относятся и психогенные (истерические) неврологические симптомы, перечень которых представлен ниже:

1. Ощущение “кома в горле”;
2. Ощущение слабости в руке или ноге.
3. Нарушение зрения или слуха.
4. Нарушение походки.
5. Нарушение речи или голоса.
6. Утрата сознания.
7. Ощущение, что тело выгибается.
8. Судороги в руках или ногах.

Суммируя вышеописанные симптомы приступа, врач может четко квалифицировать характер приступа. Так, если приступ кратковременный, начинается внезапно и его основу составляют вегетативные симптомы в сочетании со страхами или паникой, то речь идет о типичных ПА; если в приступе наряду с вегетативными симптомами и полиморфными эмоциональными симптомами выявляется большое количество атипичных симптомов, или они являются ведущими в кризе, то мы говорим об атипичной ПА. Если же больной

рассказывает, главным образом, о вегетативных симптомах, а при уточнении оказывается, что в приступе обнаруживаются не менее 4 - 5 психогенных неврологических симптома, то большая вероятность, что речь идет о психогенном (истерическом) припадке.

Почти в трети случаев типичные ПА со временем трансформируются в атипичные ПА либо в психогенные (истерические) припадки.

В межприступном периоде у больных, как правило, развиваются вторичные психо-вегетативные синдромы, структура которых в значительной степени определяется характером пароксизма. У больных с ПА вскоре после появления пароксизмов развивается т.н. агорафобический синдром. Дословный перевод слова “агорафобия” означает страх открытых пространств (агора - рыночная площадь), однако, в случае панических больных страх касается любой ситуации, потенциально “угрожаемой” для развития приступа. Такими ситуациями могут быть: пребывание в толпе, в магазине, в метро или любом другом виде транспорта, отдаление от дома на какое-то расстояние или пребывание одному дома и т. д. Агорафобия обуславливает соответствующее поведение, которое позволяет избежать неприятных ощущений: больные перестают пользоваться транспортом, не остаются одни дома, не удаляются далеко от дома и в конечном итоге, практически становятся полностью социально дезадаптированы т. е. не могут существовать без присутствия кого-то из близких.

Страхи больных с ПА могут касаться определенных заболеваний, с которыми, по мнению больного, связаны тревожащие его симптомы: например страх инфаркта, инсульта и т. д. Навязчивые страхи заставляют больного постоянно измерять свой пульс, проверять артериальное давление, делать повторные электрокардиограммы и изучать соответствующую медицинскую литературу. Речь в таких случаях идет о развитии навязчивых страхов или ипохондрического синдрома.

В качестве вторичных синдромов нередко развиваются депрессивные расстройства, проявляющиеся снижением социальной активности, интереса к окружающему миру, повышенной утомляемостью, постоянной слабостью, снижением аппетита, нарушениями сна, сексуальных мотиваций. У больных с демонстративными припадками, как правило, выявляются истерические личностные расстройства с клиническими проявлениями истерии в соматической либо неврологической сфере. Таким образом, для определения терапевтической тактики врачу необходимо определить характер приступа и вторичного или сопутствующего психо-вегетативного синдрома.

Лечение панических расстройств

Прежде, чем приступить к фармакотерапии необходимо оценить потенциальные резервы немедикаментозного лечения больного паническими расстройствами. В том случае, если пароксизмы появились недавно, а вторичные психо-вегетативные синдромы еще не развились и больной прошел адекватное соматическое обследование, то иногда достаточно разъяснительной беседы врача о сути заболевания, возможно, в сочетании с плацебо-терапией. Специальные исследования, проведенные нами показали, что у 35% - 42% больных, страдающих ПР удалось добиться существенного клинического и психо-физиологического улучшения только с помощью плацебо-терапии (6).

Фармакотерапия больных с паническими расстройствами предполагает несколько терапевтических стратегий:

1. купирование самого приступа;
2. предупреждение повторного возникновения пароксизмов;
3. купирование вторичных психо-вегетативных синдромов.

Купирование ПА

Собственный опыт купирования приступа обычно появляется у больного уже после нескольких ПА. Если для купирования первых, как правило, самых тяжелых пароксизмов больной прибегает к помощи врача (вызов “скорой помощи”), то в последующих приступах, убедившись, что катастрофы не происходит, пациент находит собственные способы купировать атаку. Обычно - это использование нескольких групп препаратов, выбор которых, в значительной степени, зависит от представлений больного о характере болезни и первого опыта общения с медициной. Если ПА расценивается как “сердечный приступ” или “гипертонический криз” то купирующими препаратами будут валокордин, корвалол, гипотензивные препараты либо бета-адреноблокаторы (анаприлин, обзидан); если болезнь расценивается как “нервное расстройство”, то больной предпочитает пользоваться седативными препаратами, обычно - это препараты бензодиазепинового ряда или как их называют “типичные бензодиазепины” (седуксен, тазепам, рудотель и т. д.). Нередко уже на первый прием к врачу больной приходит, имея в кармане “спасительные” таблетки. Действительно, прием типичных бензодиазепинов является наиболее эффективным способом купирования ПА. Однако, при таком симптоматическом способе лечения дозу препарата со временем приходится повышать, а нерегулярный прием бензодиазепинов и связанный с ним фено-

мен отдачи могут способствовать учащению ПА, прогрессированию и хронизации болезни.

Таким образом, можно заключить, что бензодиазепиновые транквилизаторы эффективно купируют проявления ПА, но не предотвращают появление следующих приступов, поэтому являются симптоматическим а не патогенетическим лечением,

Предупреждение повторного возникновения ПА

Многочисленные исследования, выполненные с использованием двойного слепого плацебо-контроля убедительно показали, что наиболее эффективными в предупреждении ПА являются две группы препаратов: это антидепрессанты (АД) и атипичные бензодиазепины (АБД) (4,17,18,19,20).

Сегодня спектр антидепрессантов, эффективных в отношении ПР, значительно расширился и включает по меньшей мере 5 групп препаратов:

1. Трициклические антидепрессанты - Имипрамин (Мелипрамин) Амитриптилин (Триптизол, Нортриптилин), Кломипрамин (Анафранил, Гидифен);

2. Четырехциклические антидепрессанты - Миансерин (Миансан, Леривон), Пиразидол ;

3. Ингибиторы МАО - Моклобемид (Ауририкс);

4. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) - Флуоксетин (Прозак), Флувоксамин (Авоксин), Сертралин (Золофт), Пароксетин (Паксил), Циталопрам (Ципраamil), Эсциталопрам (Ципралекс).

5. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН) - Венлафаксин (Велафакс, Велаксин)

Наиболее вероятной считается теория, которая связывает антипаническую эффективность антидепрессантов с преимущественным влиянием на серотонинэргические системы мозга. Положительного эффекта удастся достичь, применяя небольшие суточные дозы препаратов: 75 mg амитриптилина, 50-75 mg кломипрамина, 30-60 mg миансерина, 20 mg флуоксетина, ципрамила или паксила, 50 mg сертралина. Однако, при использовании АД, особенно, трициклических АД, в первую декаду лечения может наблюдаться обострение симптоматики - тревога, беспокойство, возбуждение, иногда учащение ПА. Побочные реакции на трициклические АД в значительной степени связаны с холинолитическими эффектами и могут проявляться выраженной тахикардией, экстрасистолией, сухостью во рту, головокружением, тремором, запорами, прибавкой веса. Вышеописанные симптомы могут приводить на первых этапах к вынужденному отказу о лечения, тем более, что клинический антипанический эффект,

как правило, отсрочен на 2-3 недели от начала терапии. Значительно меньше побочных реакций наблюдается при использовании препаратов группы СИОЗС. Их лучшая переносимость, возможность однократного суточного приема и безболезненность быстрой отмены при окончании лечения сделали эти препараты лидерами в лечении ПР (6,15).

К атипичным бензодиазепинам относят Клоназепам, Альпразолам и Лоразепам. Показано, что АД (как типичные, так и атипичные) усиливают действие ГАМК (гамма-аминомасляной кислоты), являющейся основным тормозным медиатором в центральной нервной системе. Среднесуточные дозы, позволяющие добиться положительного эффекта 1,5-2 mg клоназепама, 2-3 mg альпразолама и 1-2 mg лоразепама. Существенным достоинством этой группы препаратов является быстрота появления клинического эффекта. В случае АД побочные эффекты проявляют себя, прежде всего седацией, сонливостью, нарушением внимания, которые обычно регрессирует через 3-4 дня по мере продолжения лечения. Феномен отдачи, особенно выраженный у альпразолама, обуславливает необходимость частого приема препарата; наконец, выраженная лекарственная зависимость, особенно при наличии в анамнезе токсикоманий, ограничивают применение этой группы препаратов. Выбор препарата определяется, главным образом, клинической картиной болезни и особенностями действия препарата. При выработке тактики лечения необходимо оценить длительность болезни и симптоматику межприступного периода. Если ПА появились недавно и отсутствует агорафобический синдром, то целесообразно начинать терапию с АД. Если ПА сочетаются с агорафобией или другими вторичными психо-вегетативными синдромами (фобический синдром, депрессия, ипохондрия), то необходимо применение АД. При выборе препарата в первую очередь рекомендуется применять АД с минимальными побочными эффектами. В некоторых случаях требуется сочетанное применение АД и АД, поскольку АД во-первых обеспечивают раннее появление клинического эффекта (практически уже на первой неделе лечения), а во-вторых помогают купировать ПА до начала действия АД (12).

В последнее время в арсенале клиницистов появились антидепрессанты двойного действия, увеличивающие в мозге как серотонин, так и норадреналин. К таковым относятся препарат венлафаксин. Проведенные исследования показали, что венлафаксин замедленного освобождения существенно более эффективен у больных с ПР, чем плацебо (7).

3. Купирование вторичного психо-вегетативного синдрома

В лечении больных ПР нередко приходится комбинировать базовые препараты, направленные на предупреждение повторных ПА, с препаратами, позволяющими воздействовать на вторичные психо-вегетативные синдромы. Как уже упоминалось выше, это могут быть астено-депрессивные, ипохондрические, обсессивно-фобические и истерические синдромы. В этих ситуациях целесообразным является добавление препаратов из группы нейролептиков: Меллерил (Сонапакс), Терален, Неулептил, Эглонил, Хлорпротиксен, Этаперазин, Сероквель и др.

Весьма эффективна в лечении панических расстройств оказалась психотерапия (3, 9,14, 16). Эффективность лечения панических расстройств психотерапией достигала 95%, что существенно превосходило таковую при медикаментозной терапии. Эффект от психотерапии оказался более пролонгированным, что обнаружилось при ка-тамнестических исследованиях (3). В настоящее время психотерапия включена в стандарты лечения панических расстройств.

Таким образом, индивидуальный подбор фармакологических препаратов, применение малых доз, сочетание с когнитивно-поведенческой психотерапией и социальной адаптацией позволяют сегодня успешно справляться с таким распространенным и социально дезадаптирующим страданием как панические расстройства.

Стипок литературы

1. Вегетативные расстройства. Клиника. Диагностика. Лечение. Под редакцией А. М. Вейна. Медицинское информационное агенство. Москва 1998, 749 с.

2. Вейн А.М., Дюкова Г.М., Воробьева О.В., Данилов А.Б. Панические атаки. Руководство для врачей. «Эйдос Медиа» Москва, 2004, с. 403.

3. Вейн А.М., Дюкова Г.М., Попова О.П. Психотерапия в лечении вегетативных кризов (панических атак) и психофизиологические корреляты её эффективности. Социальная и клиническая психиатрия. 1993.№4, 98-108.

4. Воробьева О. В, Дюкова Г.М, Петрова Е. П. Эффективность алпразолама в терапии панических расстройств. Ж. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова-1995 -N4-с.9-13

5. МКБ-10 Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. (Клинические описания и указания по диагностике). ВОЗ/Пер. с англ. под ред. Нуллера Ю.Л., Циркина С.Ю. Россия., Санкт-Петербург, "АДИС". 1994.

6. Bakker A, van Balkom AJ, Spinhoven P. SSRIs vs TCAs in the treatment of panic disorder: a meta-analysis. *Ada Psychiatr Scand* 2002;

7. Bradwejn J, Ahokas A, Stein DJ, Salinas E, Emilien G, Whitaker T. Venlafaxine extended-release capsules in panic disorder: flexible-dose, double-blind, placebo-controlled study. *BrJ Psychiatry* 2005; 187: 352-59.

8. Breier A., Charney D., Heninger C. Agoraphobia with panic attacks. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1986. Vol. 43, N 11. p. 1029-1036.

9. Craske MG, Brown TA, Barlow DH: Behavioral treatment of panic disorder: a two-year follow-up study. *Behav. Ther.* 22:289--304, 1991

10. Djukova G. M., Shepeleva J.P., Vorob'eva O.B. Treatment of vegetative crises (panic attacks). *Neuroscience and Behavioral Physiology*, 1992, V.22, N4, p.343-345

11. DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders. - Washington, 1990.

12. Goddard AW, Brouette T, Almai A, Jetty P, Woods SW, Charney D. Early coadministration of clonazepam with sertraline for panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 681-86.

13. Kushner M.G., Beitman B.D. Panic attacks without fear: an overview. *Behav. Res. Ther.* 1990. V. 28. N 6. P. 469-479.

14. Mitte K. A meta-analysis of the efficacy of psycho-and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia. *J Affect Disord* 2005; 88: 27-45.

15. Otto MW, Tuby KS, Gould RA, McLean RY, Pollack MH. An effect-size analysis of the relative efficacy and tolerability of serotonin selective reuptake inhibitors for panic disorder. *AmJ Psychiatry* 2001; 158:1989-92.

16. Shear M.K., Ball G., Fitzpatrick M., et al.: Cognitive-behavioral therapy for panic: An open study. *J. Nerv. Ment. Dis.* 179: 468-472, 1991

17. Sheehan DV, Raj A: Benzodiazepine treatment of panic disorder. In: *Handbook of anxiety.* Elsevier, Amsterdam, 1990, pp.169-206.

18. Tesar GE, Rosenbaum JF, Pollack MH et al.: Double-blind, placebo-controlled comparison of clonazepam and alprazolam for panic disorder. *J Clin Psychiatry* 1991 ,52: 69-76,

19. Wade A. G. Antidepressants in Panic disorder. *Intern. Clin. Psychopharmacol.* 1999, N14 (Suppl.2) S13-S17.

20. Wilkinson G, Balestrieri M, Ruggeri M, Bellantuono C: Meta-analysis of double-blind placebo-controlled trials of antidepressants. *Psychol. Med.* 21:991-998, 1991

Панічні розлади - діагностика і терапія**Дюкова Г. М.**

Пацієнти з вегетативними кризами або панічними атаками складають значну частину контингенту лікарів загальної практики, оскільки клінічні прояви кризи і міжприс-тупного періоду насичені вегетативно-соматичними симптомами, не завжди вчасно і вірно діагностуються. Фармакотерапія хворих з панічними розладами передбачає кілька терапевтичних стратегій. Ефективність лікування панічних розладів психотерапією - 95%, істотно перевершує таку при медикаментозної терапії.

Ключові слова: панічна атака, вегетативний криз, діагностика, лікування.

Panic disorders - diagnosis and therapy**Dyukova G.M.**

Patients with vegetative crises or panic attacks are a significant part of general practitioners patients. There are a lot of intense vegetative and somatic symptoms in clinical manifestations of the crisis and the between crises period which are not always on time and correctly diagnosed. Pharmacotherapy of patients with panic disorder involves several therapeutic strategies. The effectiveness of psychotherapy treatment for panic disorder - 95%, with a significantly out-performs drug therapy.

Keywords: panic attack, vegetative crisis, diagnosis and treatment.
