

Панические расстройства

Г.М. Дюкова

Введение

Паническое расстройство (ПР), которым страдает около 5% популяции – это пароксизмальное проявление тревожных расстройств. Ядром заболевания являются панические атаки (ПА) или вегетативные кризы (ВК). Термин “паническая атака” предполагает ведущую роль психических проявлений, в то время как традиционный для отечественной медицины термин “вегетативный криз” подчеркивает преимущественное значение в приступе вегетативных симптомов, которые составляют большую часть клинической картины пароксизма. 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 существует и своя терминология: так, имея в виду по сути одни и те же состояния, говорят о “сердечно-сосудистом неврозе”, “нейроциркуляторной дистонии”, “гипервентиляционном синдроме”, “вегетативно-сосудистой дистонии” и т. д.

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.

Критерии диагностики и классификация

Согласно принятым критериям диагноз ПА (приступ, во время которого

интенсивный страх или дискомфорт в сочетании с 4 или более из 13 нижеперечисленных симптомов развиваются внезапно и достигают своего пика в течение 10 мин) устанавливается на основании следующих симптомов:

- пульсации, сильное сердцебиение, учащенный пульс;
- потливость;
- озноб, тремор, ощущение внутренней дрожи;
- ощущение нехватки воздуха, одышка;
- затруднение дыхания, удушье;
- боль или дискомфорт в левой половине грудной клетки;
- тошнота или абдоминальный дискомфорт;
- головокружение, неустойчивость, легкость в голове, предобморочное состояние;
- ощущение онемения или покалывания (парестезии);
- волны жара и холода;
- ощущение дереализации, деперсонализации;
- страх смерти;
- страх сойти с ума или совершить неконтролируемый поступок.

В МКБ-10 ПА входят в рубрику “Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревога)” (F41.0) [2]. Согласно критериям “паническое расстройство” диагностируется в случае, если:

- 1) панические атаки возникают повторно;
- 2) в течение месяца или более панические атаки сопровождаются следующими симптомами:
 - постоянной обеспокоенностью по поводу возможного повторения атак;
 - озабоченностью по поводу угрожающих последствий ПА (инфаркт, инсульт, возможная утрата сознания и др.);
 - существенными изменениями поведения, связанными с атаками;

3) возникновение ПА не обусловлено непосредственным физиологическим действием каких-либо веществ (например, лекарственной зависимостью, приемом кофеина или других стимуляторов), использованием наркотических веществ (кокаин) или заболеваниями (тиреотоксикоз, феохромоцитома, парциальный комплексный эпилептический припадок).

В МКБ-10 “Панические расстройства” входят в рубрику “Другие тревожные расстройства” (F41), которые в свою очередь включены в класс “Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства” (F40–F48).

Показано, что ПР коморбидны как психическим заболеваниям (обсессивно-компульсивные расстройства, депрессия, посттравматические стрессовые расстройства), так и ряду соматических страданий: кардиальным (пароксизмальная предсердная тахикардия, пролапс митрального клапана), респираторным (бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких), отоневрологическим (болезнь Миньера) [15]. Следует учитывать, что эти заболевания не являются прямой причиной ПА.

Клинические проявления ПР

Поскольку ядром заболевания являются панические атаки, то уточнение их клинической картины важно как для диагностики заболевания, так и для последующей выработки терапевтических рекомендаций [1]. Если суммировать критерии, необходимые для диагностики ПА, то они включают в себя:

- уточнение полисистемности вегетативных расстройств;
- определение пароксизмальности в течении болезни;
- выявление эмоционально-аффективных и поведенческих нарушений.

Галина Михайловна Дюкова – профессор, кафедра нервных болезней ММА им. И.М. Сеченова.

Уже по представленному выше перечню симптомов видно, что вегетативные симптомы составляют 2/3 клинической картины приступа и 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 приступа, как правило, обнаруживают подъемы артериального давления (иногда до высоких цифр и чаще в первых приступах), выраженную тахикардию, увеличение количества экстрасистол, одышку, возможны подъемы температуры до фебрильных значений, ознобы, полиурия. 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 первого приступа в последующем трансформируется в конкретные страхи – страх инфаркта миокарда, инсульта, утраты сознания, падения, сумасшествия и т.п. У некоторых больных интенсивность страха (даже в первых приступах) может быть минимальна, тем не менее при тщательном расспросе больные сообщают о чувстве внутреннего напряжения, тревоги, беспокойства, ощущении, будто “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; не случайно 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 “беспричин-

ном” плаче в момент приступа. Именно эмоционально-аффективные симптомы придают приступу столь неприятный и даже отталкивающий характер.

У большой категории больных ПР, которые обращаются к врачам общей практики, структура приступа не ограничивается вышеописанными вегетативными и эмоциональными симптомами. В этих случаях нередко обнаруживаются симптомы, не включенные в критерии ПА и ПР. Среди подобных симптомов можно условно выделить две группы: болевые и функционально-неврологические расстройства. Первые могут быть представлены локальными или диффузными болями (головные боли, боли в области сердца, в животе, в спине). Боли могут возникать остро в момент приступа или постоянно беспокоить больного (хронический болевой синдром), усиливаясь и обостряясь симптомами панической атаки. Болевые синдромы различной локализации являются основанием для еще большего беспокойства больных и нередко ятрогенного усугубления болезни в связи с ошибочной диагностикой тяжелого заболевания. Так, показано, что каждый четвертый больной молодого возраста, доставленный в отделение неотложной помощи с болями в области сердца, страдает ПР.

В приступе нередко присутствуют функционально-неврологические или психогенные неврологические симптомы, которые ранее обозначали как истерические [18]: ощущение “кома в горле”; ощущение слабости в руке или ноге; нарушение зрения или слуха; нарушение походки; нарушение речи или голоса; утрата сознания; ощущение, что тело выгибается; судороги в руках или ногах.

Если при активном расспросе врач обнаруживает в приступе больного не менее 4–5 функционально-неврологических симптомов, то большая вероятность, что речь идет не о ПА, а о психогенном или истерическом припадке.

В межприступном периоде у больных, как правило, развиваются вторичные психовегетативные синдромы, из которых наиболее актуальным является агорафобический синдром [7].

Дословный перевод слова “агорафобия” означает страх открытых пространств (αγορα – 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 дома в одиночестве 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. Подобный тип поведения обозначают как ограничительное или избежательное. Длительное существование подобного поведения приводит к выраженной социальной инвалидации или “социальной деморализации” с последующим развитием вторичной депрессии. Депрессивные расстройства сопровождаются снижением социальной активности, интереса к окружающему миру, повышенной утомляемостью, постоянной слабостью, снижением аппетита, нарушениями сна и сексуальных мотиваций.

Яркие соматические симптомы в ПА, формирующие у больных конкретные страхи (инфаркта, инсульта, “обморока” и пр.), могут принимать навязчивый характер. Подобные страхи заставляют больного постоянно измерять свой пульс, артериальное давление, делать повторные электрокардиограммы, изучать соответствующую медицинскую литературу. Речь в таких случаях идет о развитии обсессивно-фобического или ипохондрического синдрома.

У четверти больных ПА со временем трансформируются в психогенные или истерические припадки, которые, как правило, сопровождаются и другими клиническими проявлениями истерии в соматической либо неврологической сферах.

Терапия ПР

Подавляющее большинство больных с ПР наблюдаются и получают лечение у общепрактикующих врачей, в том числе у неврологов. Доминирование в клинической картине вегетативных синдромов и скрытый характер эмоциональных расстройств нередко побуждают врачей использовать в терапии преимущественно вегетотропные препараты (анаприлин, пирроксан, беллоид, белласпон), иногда в сочетании с сосудисто-метаболической терапией. В случае явных эмоциональных расстройств в терапию могут быть включены транквилизаторы. Подобная терапия в долгосрочном аспекте обычно оказывается неэффективной, подрывая веру больного в возможность излечения.

Несмотря на то, что наиболее очевидными в клинической картине ПР являются вегетативные нарушения, базовым методом лечения в настоящее время является психофармакология. Существенная роль принадлежит и психотерапии.

Лечение пациентов с ПР предполагает несколько терапевтических стратегий:

- купирование приступа ПА;
- предупреждение повторного возникновения ПА;
- купирование вторичных синдромов (агорафобии, депрессии, ипохондрии);
- предотвращение рецидива заболевания.

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 при последующих приступах, убедившись, что катастрофы не происходит, пациент находит собственные способы купировать атаку. Это могут быть гипотензивные препараты, β-адреноблокаторы, седативные средства (валериана, пустырник) или различные транквилизаторы. Нередко уже на первый прием к врачу

больной приходит, имея в кармане «спасительные» таблетки.

Следует подчеркнуть, что бензодиазепиновые транквилизаторы действительно наиболее эффективны в купировании ПА, причем предпочтение отдается препаратам быстрого действия – диазепаму, клоназепаму и лоразепаму. В случае парентерального введения приступ удастся купировать через 15–20 мин. При необходимости купировать приступ самостоятельно больному можно рекомендовать использование этих препаратов сублингвально. Однако при длительном приеме транквилизаторов по потребности дозу препарата со временем приходится повышать, а нерегулярный прием бензодиазепинов и связанный с этим феномен «отдачи» могут способствовать учащению ПА.

Таким образом, можно заключить, что купирование отдельных ПА с помощью бензодиазепинов не только не приводит к излечению больного, но и способствует прогрессированию и хронизации болезни.

Предупреждение повторного возникновения ПА (антипаническая терапия)

В настоящее время доказано, что наиболее эффективными в лечении ПР являются три терапевтические тактики:

- 1) лечение антидепрессантами (АД);
- 2) применение атипичных бензодиазепинов (АБД) (клоназепам и алпразолам);
- 3) использование психотерапевтических методов.

В 1964 г. английский клиницист и исследователь D.F. Klein опубликовал статью, в которой впервые постулировал, что ПР можно эффективно лечить с помощью трициклических антидепрессантов (ТЦА), в частности имипрамина [12]. Многочисленными двойными плацебоконтролируемыми исследованиями доказано, что эффективны в лечении ПР следующие группы антидепрессантов [15]:

- трициклические антидепрессанты – имипрамин, амитриптилин, кломипрамин;

- ингибиторы моноаминоксидазы – моклобемид;
- селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) – флувоксамин, флуоксетин, сертралин и др.;
- селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН) – венлафаксин.

Преимущество антидепрессантов в том, что они не только предотвращают повторное появление ПА, но и купируют вторичные синдромы: тревогу ожидания приступов, агорафобический синдром, ограничительное поведение, депрессию и ипохондрию [19].

Анализ плацебоконтролируемых исследований антипанической эффективности **трициклических антидепрессантов** показал, что их эффективность на 25% превышает плацебо-эффект. Наши собственные результаты лечения больных ПР амитриптилином в дозе 75 мг в сутки в двойном слепом плацебоконтролируемом исследовании обнаружили его эффективность у 77% больных, при этом что на плацебо отреагировали 42% больных [10]. В то же время при использовании ТЦА в первую декаду лечения может наблюдаться обострение симптоматики – тревога, беспокойство, возбуждение, иногда учащение ПА. Побочные реакции на ТЦА в значительной степени связаны с холинолитическими эффектами, влиянием на норадренергические системы и гистаминовые рецепторы; они могут проявляться кардиотоксичностью (тахикардией и экстрасистолой), постуральной гипотензией, нечеткостью зрения, сухостью во рту, запорами, задержкой мочи, сексуальной дисфункцией, прибавкой в весе и сонливостью. Вышеописанные симптомы могут приводить на первых этапах к вынужденному отказу от лечения, тем более что клинический эффект, как правило, отсрочен на 2–3 нед от начала терапии.

В многочисленных мультицентровых плацебоконтролируемых исследованиях показана эффективность препаратов **СИОЗС** в терапии ПР [9, 15]; кроме того, при использовании препа-

ратов этой группы наблюдается значительно меньше побочных реакций.

Препараты из группы **ингибиторов MAO** проявили эффективность при фобиях, сопровождавшихся паникоподобными симптомами. ТЦА и ингибиторы MAO предлагается использовать в качестве резервных препаратов для лечения больных ПР, резистентных к терапии [14].

Недавние плацебоконтролируемые исследования показали, что представители группы **СИОЗСН** в основном неэффективны при лечении ПР [6].

Сегодня в качестве **препаратов первого выбора** в лечении панических расстройств рекомендуются антидепрессанты из группы СИОЗС. Наиболее обоснованной считается теория, которая связывает антипаническую эффективность антидепрессантов с преимущественным влиянием на серотонинергические системы мозга [5]. Первым препаратом из этой группы был произведен Феварин (флувоксамин) который с 1983 г. стал применяться в клинической практике. В двойных плацебоконтролируемых исследованиях была показана его высокая эффективность у пациентов с ПР [3, 4, 8, 11, 16]. Обнаружено, что Феварин уменьшает не только частоту и тяжесть ПА, но также выраженность тревоги, агорафобии, ограничительного поведения и сопутствующей депрессии [16]. Некоторые особенности Феварина выгодно отличают его от других препаратов группы СИОЗС. Так, заметный эффект в отношении ПА начинается проявляться уже с первой недели приема препарата [3]. Высокая степень селективности в отношении обратного захвата серотонина с минимальным влиянием на обратный захват норадреналина и дофамина, а также слабое сродство к ацетилхолиновым, гистаминовым, 5HT_{1A}- и 5HT₂-рецепторам обуславливают минимальные побочные действия. Следует отметить, что Феварин – единственный препарат из группы СИОЗС, который не влияет на сексуальную функцию. Воздействие Феварина на глутаматергическую систему позволяет положительно влиять на нейротрофические механизмы и

тем самым улучшать когнитивные функции.

Использование небольших доз Феварина (обычно достаточно 1–2 таблеток в сутки) и минимальные побочные эффекты позволяют применять его для длительных курсов лечения и в качестве противорецидивной терапии.

В базовой антипанической терапии используют также препараты из группы **АБД** [17]. Показано, что бензодиазепины усиливают действие ГАМК, являющейся основным тормозным медиатором в центральной нервной системе. Особенностью АБД является их высокое сродство к бензодиазепиновым рецепторам (в 3–4 раза превышающее таковое у типичных бензодиазепинов). Достоинством этой группы препаратов является быстрота появления клинического эффекта (3–4 дня). В случае АБД побочные эффекты проявляются прежде всего седацией, сонливостью, нарушением внимания, которые обычно регрессируют через 3–4 дня по мере продолжения лечения. Однако лекарственная зависимость, особенно при наличии в анамнезе токсикоманий, ограничивает применение этой группы препаратов, а резкое прекращение лечения приводит к синдрому отмены, т.е. обострению симптомов болезни. Препараты этой группы в качестве монотерапии целесообразно назначать в случаях, если длительность болезни незначительная, а вторичные психовегетативные расстройства еще не развились.

При использовании антидепрессантов любого типа очевидный антипанический эффект, как правило, отсрочен на 2–3 нед от начала терапии; более того, в первую декаду лечения может наблюдаться обострение симптоматики – тревога, беспокойство, учащение ПА. В подобных ситуациях требуется сочетанное применение АД и АБД, поскольку АБД, во-первых, обеспечивают раннее появление клинического эффекта (практически уже на первой неделе лечения), во-вторых, помогают купировать ПА до начала действия АД, и, наконец, могут быть использованы как корректоры побочных (анксиогенных) эффектов антиде-

прессантов на первых этапах лечения. Исключением здесь является Феварин, который по сравнению с другими препаратами группы СИОЗС обладает более выраженным противотревожным и седативным действием, что позволяет его использовать без добавления транквилизаторов и назначать в вечернее время для улучшения засыпания.

Необходимость привлечения психотерапии для лечения больных ПР не вызывает сомнений. Собственные исследования показали, что исключительно психотерапией удалось добиться существенного эффекта у 93% больных ПР [1]. В большинстве международных рекомендаций по лечению ПР в качестве стандарта в настоящее время предлагают комбинированное лечение с использованием психофармакотерапии и психотерапии.

Купирование вторичного психовегетативного синдрома

Выше уже было упомянуто, что при ПР в качестве вторичных могут развиваться депрессивные, ипохондрические, обсессивно-фобические и истерические синдромы. В этих ситуациях приходится комбинировать базовые препараты, направленные на предупреждение повторных ПА, с препаратами, позволяющими воздействовать на вторичные психовегетативные синдромы. В частности, целесообразным является добавление препаратов из группы малых нейротропиков: меллерила, тералена, хлорпротиксена, тиапринда и др.

Предотвращение рецидивов заболевания

После отмены лечения возможен рецидив заболевания, что требует возвращения к терапии. Рецидивы после отмены ТЦА возникают у 26–70% пациентов. Пациенты, у которых развиваются рецидивы после каждой попытки отмены препарата, нуждаются по крайней мере в длительной поддерживающей терапии малыми дозами антидепрессантов.

Таким образом, индивидуальный подбор фармакологических препара-

тов и применение малых доз в сочетании с психотерапией и социальной адаптацией позволяют сегодня успешно справляться с таким распространенным и социально дезадаптирующим страданием, как ПР.

Список литературы

1. Вейн А.М. и др. Панические атаки: Руководство для врачей. М., 2004.
2. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем; 10-й пересмотр. Классификация психических и поведенческих расстройств: Клинические описания и указания по диагностике / Пер. с англ. под ред. Нуллера Ю.Л., Циркина С.Ю. СПб., 1994.
3. Asnis G.M. et al. // Psychiatry Res. 2001. V. 103. № 1. P. 1.
4. Bakish D. et al. // Psychopharmacol. Bull. 1996. V. 32. № 1. P. 135.
5. Bell C.J., Nutt D.J. // Br. J. Psychiatry. 1998. V. 172. P. 465.
6. Bradwejn J. // Br. J. Psychiatry. 2005. V. 187. P. 352.
7. Breier A. et al. // Arch. Gen. Psychiatry. 1986. V. 43. № 11. P. 1029.
8. den Boer J.A., Westenberg H.G.M. // Psychopharmacology (Berl.). 1990. V. 102. P. 85.
9. DeVane C.L. // Pharmacotherapy. 1997. V. 17. № 2. P. 282.
10. Djukova G.M. et al. // Neuroscience and Behavioral Physiology. 1992. V. 22. № 4. P. 343.
11. Hoehn-Saric R. et al. // J. Clin. Psychopharmacol. 1993. V. 50. P. 44.
12. Klein D.F. // Psychopharmacologia. 1964. V. 17. P. 397.
13. Kushner M.G., Beitman B.D. // Behav. Res. Ther. 1990. V. 28. № 6. P. 469.
14. Roy-Byrne P.P., Cowley D. // A Guide to Treatments that Work / Ed. by Nathan P., Gorman J. N.Y., 2002. P. 337.
15. Roy-Byrne P.P. et al. // Lancet. 2006. V. 368. P. 1023.
16. Spiegel D.A. et al. // J. Clin. Psychiatry. 1996. V. 57. Suppl. 8. P. 37 (discussion). P. 40.
17. Tesar G.E. et al. // J. Clin. Psychiatry. 1991. V. 52. P. 69.
18. Vein A.M. et al. // Functional Neurology. 1994. V. 9. № 3. P. 153.
19. Wade A.G. // Intern. Clinic. Psychopharmacol. 1999. № 14. Suppl. 2. P. S13. ●



антидепрессант
ФЕВАРИН®

Первый среди Селективных Ингибиторов
Обратного Захвата Серотонина



*Верни жизни – краски,
чувствам – контроль!*

- **Надежное лечение и профилактика депрессий, тревожных состояний и обсессивно-компульсивных расстройств**
- **Безопасность, проверенная временем**
- **Улучшение качества жизни**
- **Препарат выбора у пациентов**
 - с соматической патологией
 - пожилых
 - детей и подростков



**SOLVAY
PHARMA**

119334, Москва, ул. Вавилова, 24, 5 этаж
тел.: (495) 411-6911, факс: (495) 411-6910
E-mail: info@solvay-pharma.ru
www.solvay-pharma.ru