

Панические атаки в неврологической практике

К.м.н. А.А. Кузюкова, профессор А.П. Рачин

ФГБУ «Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии» Минздрава России, Москва

РЕЗЮМЕ

В статье дана клиническая характеристика панической атаки (ПА), указаны физиологические аспекты ее формирования, приведены диагностические критерии ПА. Рассмотрены различные заболевания, встречающиеся в практике врача-невролога, в структуре которых имеют место ПА и схожие с ними состояния. К таким заболеваниям и состояниям относятся: паническое расстройство, простая (специфическая) фобия, социофобия, посттравматическое стрессовое расстройство, генерализованное тревожное расстройство, соматоформные расстройства конверсионного (истерического) происхождения и др. Описаны разновидности ПА, являющихся причиной непосредственного обращения к неврологам, и психические расстройства с ПА, сопутствующие неврологическим заболеваниям, с иллюстрацией клиническими примерами из практики и особенностями терапии данных состояний. В разделе лечения сделан акцент на свойствах бромдигидрохлорфенилбензодиазепина и алимемазина, описаны особенности их назначения при различных заболеваниях, связанных с ПА. Среди других методов терапии в зависимости от заболевания также применяют: психотерапию в сочетании с общеукрепляющими средствами (физиотерапия, ЛФК, массаж), анксиолитики, антидепрессанты из групп селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина, ингибиторов моноаминоксидазы, трициклических антидепрессантов. Ознакомление с клинической картиной заболеваний, протекающих с ПА, позволит правильно определиться с тактикой терапии.

Ключевые слова: панические атаки, паническое расстройство, тревожные расстройства.

Для цитирования: Кузюкова А.А., Рачин А.П. Панические атаки в неврологической практике // PMЖ. 2017. № 13. С. 986–991.

ABSTRACT

Panic attacks in neurological practice

Kuziukova A.A., Rachin A.P.

Russian Scientific Center for Medical Rehabilitation and Balneology, Moscow

In the article clinical characteristic of panic attack (PA) is given, physiological aspects of its development are described, diagnostic criteria are outlined. Various diseases from neurologists' medical practice are reviewed, which have PA or similar conditions in their structure. Such diseases and conditions include: panic disorder, simple (specific) phobia, sociophobia, posttraumatic stress disorder, generalized anxiety disorder, somatoform disorder of conversion (hysterical) origin and others. Forms of PA are described, which prompt direct referral to a neurologist, as well as psychiatric disorders with PA, concomitant with neurological pathology. That is illustrated by clinical examples from practice and by variety of therapeutic approaches. In the section of treatment emphasis is given to properties of bromdihydrochlorphenylbenzodiazepine and alimemazine and to peculiarities of their usage in different disorders associated with PA. Other methods of treatment may include, depending on the disorder: psychotherapy combined with the general strengthening means (physiotherapy, exercises, massage), anxiolytics, antidepressants from the groups of inhibitors of selective serotonin and noradrenaline reuptake, monoamine oxidase inhibitors and tricyclic antidepressants. Insight into the clinical picture, which includes PA, allows to choose a correct plan of therapy.

Key words: panic attack, panic disorder, anxiety disorders.

For citation: Kuziukova A.A., Rachin A.P. Panic attacks in neurological practice // RMJ. 2017. № 13. P. 986–991.

Термин «паническая атака» часто используется в соматической медицине и неврологии, практически любой врач имеет о нем то или иное представление, что связано с нередкой встречаемостью данного явления – распространенность ПА в течение жизни в общесоматической сети составляет 22,7% [1].

Тем не менее, как показывает практика, представление о данном явлении нередко остается недостаточно четким. В одних случаях ПА расцениваются как серьезная соматическая или неврологическая патология (инсульт, транзиторные ишемические атаки, приступ бронхиальной астмы, инфаркт миокарда и т. п.) [1]. В других случаях, правильно диагностируя ПА, врач находится в затруднительной ситуации – в рамках какого расстройства рассматривать данный симптомокомплекс: чаще всего ставится диагноз «паническое расстройство», что

далеко не всегда совпадает с реальностью. Даже при правильной верификации состояния могут возникать проблемы в плане дальнейшей терапевтической тактики ведения данного пациента (особенно часто это возникает в случаях назначения серотонинергического антидепрессанта, на который пациент в течение первых дней приема реагирует негативно).

В связи с сохраняющейся актуальностью проблемы в статье рассмотрены общие клинические характеристики ПА и предпосылки их формирования, отдельные варианты данного симптомокомплекса, являющиеся нередкой причиной обращения к врачу-неврологу, а также ПА в рамках коморбидного психической патологии у пациентов неврологического профиля и особенности терапии данных состояний.

Для диагностики ПА удобно использовать критерии DSM-4 [2].

Диагностические критерии панической атаки

Четко очерченный период выраженного страха или дискомфорта, сопровождающийся не менее чем 4 из указанных ниже симптомов, которые появляются внезапно и достигают своего пика в течение 10 мин:

1. Сердцебиение, ощущение сердечных толчков или учащение сердечного ритма.
2. Потоотделение.
3. Дрожание или озноб.
4. Ощущение одышки или нехватки воздуха.
5. Ощущение удушья.
6. Боль или неприятные ощущения в груди.
7. Тошнота или неприятные ощущения в животе.
8. Ощущение головокружения или неустойчивости.
9. Дерекреализация (чувство нереальности происходящего) или деперсонализация (отчуждение от самого себя).
10. Страх потерять контроль или сойти с ума.
11. Страх умереть.
12. Парестезии.
13. Волны жара или холода.

ПА представляет собой необъяснимый, мучительный для больного, неожиданно возникающий и быстро, в течение нескольких минут, нарастающий приступ плохого самочувствия, сопровождаемый страхом или тревогой, и/или ощущением внутреннего напряжения в сочетании с различными вегетативными (соматическими) симптомами. Необходимо, чтобы присутствовали 4 и более из 13 перечисленных панико-ассоциированных симптомов.

Критерий, касающийся наличия не менее 4 симптомов из списка, не является абсолютно жестким. Как правило, у пациентов наряду с «развернутыми» атаками наблюдаются частые приступы, ограничивающиеся 2–3 симптомами («малые ПА»).

В одних случаях ПА может сопровождаться выраженным чувством страха, неопишуемого ужаса, в других – на передний план выступают неприятные/необычные физические ощущения, имеет место отчетливое внутреннее напряжение (по меткому описанию данного феномена одной пациенткой: «возникает ощущение, что происходит мобилизация всего организма»), тогда как выраженного чувства страха может и не быть. В данном случае говорят о нестраховых ПА («паника без паники»).

Пример нестраховой ПА. 39-летний мужчина, по профессии программист, страдавший избыточным весом, не соблюдавший режим труда и отдыха (засиживающийся допоздна за работой либо за компьютерными играми), изначально отличающийся плохой выносливостью к длительным нагрузкам, повышенной утомляемостью, неорганизованностью. Летом пациент продолжительное время находился в состоянии нервного напряжения: надо было выполнять много заказов по работе, времени не хватало, засиживался за компьютером, не отдыхал, одновременно испытывал психологический прессинг со стороны супруги, которая упрекала его в недостаточной помощи по хозяйству. Стояла сильная жара. В один из дней пациенту, находившемуся в душном помещении на работе, вдруг стало дурно, закружилась голова, появились сердцебиение, потливость, чувство нереальности окружающей обстановки (воспринималась размыто), не мог вспомнить имя жены, не мог подобрать нужные слова, было ощущение, что они стерлись из памяти. Испуг по поводу данного необычного состояния присутствовал, однако не выходил в клини-

ческой картине на передний план, на котором были общая заторможенность, нарушение речи, жалобы на головокружение, чувство утраты реальности происходящего. С этими жалобами пациент был госпитализирован в отделение неврологии с подозрением на острое нарушение мозгового кровообращения. Тщательное обследование (в т. ч. МРТ головного мозга) никакой патологии не выявило. Пациент был выписан в удовлетворительном состоянии с диагнозом «транзиторная ишемическая атака». Через несколько дней после выписки из неврологического стационара в душном помещении вышеописанный приступ повторился: закружилась голова, усилилось сердцебиение, возникло ощущение утраты чувства реальности, сохранявшееся в течение 30 мин. При повторной консультации невролога данное состояние было квалифицировано как ПА.

Для ПА не характерен период предвестников, ПА развивается внезапно и, как правило, достигает своего пика в течение 10 мин. Длительность ПА исчисляется минутами – в среднем 15–30 мин, хотя некоторые пациенты сообщают и о более длительных приступах.

Многообразие симптоматики и пестрота клинических проявлений при ПА обусловлены тем, что по своей природе они представляют собой вегетативные симпатоадреналовые кризы (в норме реализующиеся при мощных стрессовых угрожающих жизни опасных ситуациях), запускающиеся активизацией коры надпочечников и последующим выбросом в общий кровоток большого количества адреналина и глюкокортикоидов. Изначально основная цель данной древней реакции, носящей защитный характер, направлена на мобилизацию внутренних сил организма, в результате которой у индивида появляются невероятные способности к защите (обороне) либо бегству [3]. Данный феномен реализуется за счет усиления частоты и силы сердечных сокращений, расширения бронхиол и углубления дыхания (для большего насыщения крови кислородом), перераспределения кровотока (отток крови от кожных покровов и внутренних органов, приток – к скелетной мускулатуре и мозгу). Клинически происходящие изменения могут выражаться в возникновении перечисленных в таблице 1 сопровождающих панику неприятных/необычных телесных и психических ощущений и вызывать чувство страха и опасения за свое физическое и психическое благополучие.

Наиболее частые и постоянные телесные ощущения в структуре атаки – это нарушения со стороны сердечной деятельности (нарушение сердечного ритма, дискомфорт в левой половине грудной клетки или боли в сердце). Сердечные и другие телесные признаки паники, как правило, оцениваются пациентами как основное и ведущее проявление болезни, в то время как тревога и страхи зачастую игнорируются. Пациенты при возникновении приступов паники, в зависимости от преобладающих панико-ассоциированных признаков, чаще всего обращаются за помощью к соответствующим специалистам (кардиологам, неврологам, пульмонологам, гастроэнтерологам).

В поле зрения неврологов попадают больные, у которых в период ПА в клинической картине на передний план выступают тремор, неприятные ощущения и чувство онемения в конечностях, затуманивание сознания с утратой чувства реальности и нарушением собственного восприятия, чувство головокружения и неустойчивости. Эти пациенты нередко испытывают выраженную тревогу и страх за состояние своего здоровья, подозревая у себя серьезные заболевания (эпилепсию, опухоль головного мозга, инсульт). При-

сутствующие эмоциональные нарушения оцениваются самими пациентами как адекватная реакция на заболевание.

ПА делятся на ситуационные (возникают в определенных ситуациях, некомфортных для конкретного пациента: при поездке в метро, контакте с животным, публичном выступлении и т. п.) и спонтанные (развиваются без видимой причины). Тем не менее установлено, что и спонтанные ПА чаще всего развиваются в результате объективного стресса (на фоне продолжительно персистирующих истощающих психофизических факторов: недосыпания, изнуряющих нагрузок, нахождения в межличностном конфликте).

Ярким примером спонтанных ПА, развившихся на фоне затяжной стрессовой ситуации, является случай 42-летней пациентки, у которой приступы паники появлялись на фоне полного, как ей казалось, благополучия. Во время беседы с врачом больная сообщила, что у нее все хорошо: есть любящий муж, хорошая работа, они недавно переехали в новую комфортабельную квартиру. Между тем выяснилось, что у пациентки нет детей, вскоре ей предстоит повторная процедура ЭКО, и есть большая вероятность неуспешности данной процедуры.

ПА могут провоцироваться приемом алкоголя, особенно состоянием похмелья. Биологически ПА можно вызвать вдыханием воздуха с большим содержанием углекислого газа либо частым дыханием. ПА могут возникать в любое время суток, бывают состояния, в которых атаки возникают исключительно в ночное время. Частота ПА может варьировать от нескольких приступов в течение суток до 1–2 атак в течение года и реже.

ПА не являются специфичными для какого-либо конкретного заболевания и могут встречаться в структуре различных психических расстройств.

Единично возникшая ПА не может рассматриваться в рамках заболевания и нередко является естественной реакцией на стресс (развивается при попадании в ситуацию, представляющую угрозу для жизни: например, у водителя, который внезапно обнаружил, что на него на большой скорости мчится грузовик).

Следует учитывать, что вегетативные кризы могут встречаться у больных наркологического профиля как в периоды воздержания от психоактивных веществ, так и на высоте интоксикации при парадоксальных реакциях, передозировке.

Схожие с ПА состояния могут возникать при эндокринных заболеваниях (патология щитовидной железы, опухоль надпочечников, опухоль поджелудочной железы и др.); состояниях после обширных ожогов и массивных хирургических вмешательств; патологии ЦНС: опухолях, эпилепсии, нарушении вестибулярного аппарата и др.; заболеваниях сердца и легких, сопровождающихся нарушением сердечного ритма, приступами удушья, затруднением вдоха).

Помимо непосредственного обращения по поводу приступов паники среди пациентов неврологического профиля наиболее часто ПА наблюдаются в структуре сопутствующих неврологической патологии невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств (таких как: паническое расстройство, специфические фобии, генерализованное тревожное расстройство, обсессивно-компульсивное расстройство, посттравматическое стрессовое расстройство). Однако, как показывает практика, в ряде случаев неврологам приходится сталкиваться и с психическими расстройствами более тяжелого регистра – эндогенными де-

прессиями и психотическими состояниями в рамках бредовой шизофрении, в структуре которых имеют место ПА.

Паническое расстройство (ПР) является одним из наиболее известных заболеваний, в клинике которого имеют место ПА, хотя распространенность ПР в течение жизни составляет 1,2% [4].

Основным признаком ПР являются повторные приступы тяжелой тревоги (паники), которые не ограничиваются определенной ситуацией или обстоятельствами и поэтому непредсказуемы. Другим важным критерием является обязательное наличие тревоги или страха, что эти приступы вновь повторятся и вызовут катастрофические последствия; либо имеет место выраженное изменение поведения (пациенты отказываются оставаться одни дома либо, наоборот, боятся выйти из дома, опасаясь оказаться в ловушке, небезопасности, перестать контролировать окружающую среду).

Для достоверного диагноза необходимо, чтобы не менее 2 тяжелых атак вегетативной тревоги возникали на протяжении периода около 1 мес. при обстоятельствах, не связанных с объективной угрозой; атаки не должны быть ограничены известными или предсказуемыми ситуациями; между атаками состояние должно быть сравнительно свободным от тревожных симптомов (хотя тревога предвосхищения является обычной).

Клинический случай транспортной фобии. Пациент 50 лет обратился на консультацию к психотерапевту по поводу затруднений попадания на работу в связи со страхом езды в общественном транспорте в часы пик. При попадании в ситуацию, где присутствовало большое количество людей и имела место вероятность оказаться в автомобильной пробке, у пациента появлялась тревога, что у него может развиваться состояние, угрожающее жизни (инфаркт либо инсульт), и он окажется без доступа к медицинской помощи. Больной в будние дни не пользовался метро и собственным автомобилем, садился за руль только по выходным дням, предварительно тщательно выискивая маршруты без пробок. Дорога до работы была скрупулезно выверена, ездил исключительно на маршрутном такси, держа при себе флаконы с корвалолом и валокордином. Самым страшным участком для пациента была эстакада: всегда сильно волновался, когда маршрутное такси проезжало ее – принимал небольшое количество лекарства при въезде на эстакаду, затем – повторно на середине эстакады. Особенно страшно было попасть в пробку, выработал для себя план действий, как в случае попадания автобуса в пробку он сразу выйдет из него и будет двигаться в сторону работы пешком. По этой причине в общественном транспорте всегда старался держаться ближе к двери. Впервые дискомфорт езды в транспорте возник около 23 лет назад, в этот период пациент находился в некомфортной для себя ситуации, связанной с работой, не хотелось туда ехать («ноги не несли»), часто злоупотреблял спиртным. Однажды утром во время поездки на работу в метро в состоянии похмелья пациенту внезапно стало дурно, появилось сердцебиение, стал задыхаться, закружилась голова. С тех пор стал бояться повторения подобных приступов. Перестал ездить в метро, а в дальнейшем испытывал дискомфорт и при нахождении в других видах транспорта. На консультацию обратился по причине вероятной перемены места работы, до которой добраться можно было только подземным транспортом.

Простая (специфическая) фобия (распространенность данного состояния в течение жизни составляет 4,9% [2]) – это страх одного какого-то конкретного раздражителя или ситуации (страх животных, страх пауков; страх крови, уколов, повреждений; страх болезни; страх природных явле-

ний (высоты, воды); страх замкнутых пространств). Больной понимает, что его тревога необоснованна, но предпочитает не бороться с ней, а избегать устрашающих раздражителей, даже если такое избегание и возникающая в связи с ним тревога мешают нормальной жизнедеятельности и вызывают значительный дискомфорт.

Во время контакта с неприятным раздражителем либо в ожидании этого контакта тревога может достигать высокой степени, вплоть до развития приступов паники (ПА носят ситуационный характер). В отличие от ПР при данном заболевании больные боятся не столько повторения ПА, сколько встречи с неприятным для них раздражителем.

Социофобия (социальная фобия (СФ)), распространенность данного заболевания в течение жизни составляет 2,5% [2]) – это постоянное интенсивное ситуационное (например, во время общественных мероприятий, выступлений) состояние тревоги, возникающее в присутствии посторонних людей или при привлечении внимания окружающих. Больные либо опасаются оказаться смешными или униженными, либо боятся собственного смущения и скованности. Они предпочитают избегать подобных ситуаций, если же это не удается, то тягостные ощущения не оставляют таких больных.

В случаях СФ тревога не должна быть обусловлена объективным состоянием (например, не справиться с лекцией в связи с заиканием). В тяжелых случаях имеет место генерализованный тип СФ, при котором тревога возникает в большинстве ситуаций общения с людьми. В случаях СФ приступы паники возникают перед ситуациями общения.

Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) характеризуется возникающими помимо воли мыслями, образами, представлениями либо действиями (нейтрального либо неприятного мучительного содержания), нередко противоречащими всей сущности больного, при осознании их болезненности.

ПА при ОКР носят ситуационный характер, связаны с болезненными переживаниями.

Пример ОКР с контрастными навязчивостями. 32-летняя пациентка обратилась с жалобами на приступы паники с ощущением выраженного сердцебиения, затруднения дыхания, неприятных ощущений в теле, по поводу которых прошла тщательное неврологическое обследование. Никакой патологии, кроме дисфункции вегетативной нервной системы, установлено не было. В результате расспроса выяснилось, что указанные приступы возникают у пациентки на высоте тревожных переживаний, которые обусловлены появляющимися – контрастными ее сущности – мыслями нанести вред своему горячо любимому ребенку (так, при взгляде на нож на столе у пациентки появлялись мысли ударить ребенка ножом; возле открытого окна возникали мысли выбросить ребенка в окно и т. п.). Пациентка боялась потерять над собой контроль, не справиться с ситуацией и совершить противоречащий ее истинным устремлениям негативный поступок.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) развивается в ответ на психотравмирующие экстремальные воздействия, при которых человек является участником или свидетелем событий, сопряженных с тяжелыми травмами, гибелью или угрозой гибели людей или угрозой ему самому (например, боевые действия, изнасилование); одновременно испытывает сильнейший страх, тревогу, беспомощность. Спустя некоторое время после таких событий возникают па-

тологические проявления, связанные с воспоминаниями о пережитых событиях. Они вызывают выраженный дискомфорт и нарушение жизнедеятельности. Психотравмирующее событие служит предметом постоянных переживаний. Характерны постоянное избегание стимулов, связанных с травмой, а также ряд общих проявлений в виде снижения интереса, замкнутости, отстраненности, эмоциональной тупости, чувства мрачности, безнадежности.

Выявляются постоянные признаки повышенной возбудимости (отсутствовавшие до травмы), такие как: трудности засыпания и поддержания сна, раздражительность или вспышки ярости, нарушение концентрации внимания, повышенная настороженность, усиленный четверохолмный рефлекс.

Все вышеперечисленные признаки должны наблюдаться не менее 1 мес.

При ПТСР ПА может быть спровоцирована нахлынувшими болезненными воспоминаниями и другими стимулами, связанными с тяжелой психической травмой.

Генерализованное тревожное расстройство (ГТР). Распространенность данного заболевания в течение жизни составляет 6,2% [2]. ГТР характеризуется частыми и постоянными опасениями и тревогой, которые возникают по поводу реальных событий и обстоятельств, вызывающих озабоченность человека, но явно чрезмерны по отношению к ним. Например, студенты часто боятся экзаменов, но у студента, постоянно озабоченного возможностью провала, несмотря на хорошие знания и неизменно высокие оценки, можно заподозрить ГТР.

Для диагностики ГТР необходимо наличие чрезмерной трудноконтролируемой тревоги и беспокойства (дурные предчувствия), наблюдающихся почти ежедневно в течение 6 мес. и более. Характерны ощущение взвинченности, состояние на грани срыва, быстрая утомляемость, нарушение концентрации внимания, «отключения», раздражительность, мышечное напряжение, расстройство сна (трудности засыпания, беспокойный сон, частые пробуждения). Направленность тревоги и беспокойства не ограничивается каким-то одним мотивом (как, например, при ПР, СФ, специфических фобиях). Здесь, если образно выразиться, имеет место постоянная внутренняя базовая тревожность – пациент только проснулся, еще ничего в его жизни не случилось, а он уже отмечает у себя избыточное внутреннее беспокойство, готовность к волнениям. Любое, даже нейтральное, известие может послужить поводом для тревоги и беспокойства.

Так, например, у пациентки с ГТР муж отправился в командировку – она начинает беспокоиться за него, рисует в воображении картины крушения поезда, ограбления, потерю билетов и т. п.; узнав из телепередачи статистику заболеваемости раком, больная начинает подозревать его у себя, проходит многочисленные обследования, получив отрицательные результаты, на некоторое время немного успокаивается; однако в дальнейшем, узнав, что сын задержался на занятиях, сразу же начинает представлять хулиганские разборки, ДТП и т. п.

При ГТР тревога, беспокойство в сочетании с другими вышеуказанными признаками вызывают значимый дискомфорт и нарушают жизнедеятельность больного в социальной, профессиональной или иных важных сферах.

ПА в структуре ГТР могут возникать на высоте тревожных переживаний. Например, когда пациент, беспокоящийся за свое здоровье, начинает думать, что у него онкологическое заболевание, его тревога может нарастать и

достичь степени паники. Однако в дальнейшем больной будет переживать не по поводу повторения ПА, а по поводу вновь возникших опасений, касающихся себя и близких.

Следует отметить еще одну форму заболеваний невротического регистра, которые нередко попадают в поле зрения неврологов и психиатров, – это вариант **соматоформных расстройств конверсионного (истерического) происхождения**, проявляющихся комплексом физических ощущений, внешне напоминающих ПА, при этом само состояние нередко имитирует ПР. В отличие от последнего при конверсионном генезе заболевания всегда будет четко прослеживаться вторичная выгода от имеющегося состояния.

Клинический случай соматоформного расстройства конверсионного типа. Г., 34 года, обратилась к психиатру по поводу страха одной ездить в метро и перемещаться по широким пространствам (когда пациентка оказывается одна в указанных местах, у нее начинает кружиться голова, она боится упасть, не имея рядом опоры, к которой можно прислониться в случае возникновения дурноты).

Данное расстройство впервые возникло 4 года назад на эскалаторе: внезапно появилась сильная слабость, закружилась голова, стало закладывать уши, возник страх потерять сознание, упасть. Продолжались эти ощущения 2–3 минуты, которые с трудом выстояла на ногах. С тех пор, опасаясь повторения подобных состояний, боится одна ездить в метро. Немного позже присоединился страх открытых широких пространств.

Пациентка отличается демонстративными чертами характера, «душа коллектива». Работает в воинской части. В 24 года вышла замуж, о первом браке вспоминает, как о кошмарном периоде жизни: отношения с супругом не сложились изначально – муж отличался пассивностью, по дому не помогал, к заработкам не стремился, пациентке приходилось тянуть на себе весь быт, много работать. Через 6 лет ушла от мужа к сослуживцу, который оказался прямой противоположностью супруга: окружил пациентку теплом, заботой и вниманием. Если раньше вынуждена была все решать сама, то теперь житейские проблемы были перевалены на плечи новоиспеченного мужа. После воссоединения с ним страх и появился.

Супруги работают в одной воинской части, работа находится недалеко от дома. На работу и с работы Г. ходит в сопровождении мужа либо с кем-то из коллег (многие живут рядом), в крайнем случае может и сама, как она выражается, «по стеночкам добраться домой». Ранее Г. уже обращалась к врачу за помощью, были назначены лекарства, которые оказали некоторый положительный эффект, но пациентка прекратила принимать их по неизвестной причине.

Пациентка не производила впечатления больной, измученной недугом. Несмотря на, казалось бы, искреннее желание избавиться от своих страхов, было очевидно, что ей это «невыгодно» – слишком приятны после 6 лет неудачной жизни были опека и внимание мужа. Несмотря на клятвенные обещания неукоснительно выполнять рекомендации врача, она очень быстро исчезла из поля зрения.

Помимо вышеописанных невротических состояний (в генезе которых ведущую роль играют внешние неблагоприятные психофизические экзогенные факторы), ПА могут встречаться и в структуре эндогенных психических расстройств (имеющих наследственную предрасположенность и протекающих по внутренним закономерностям, мало зависящим от внешних обстоятельств). К ним относятся депрессивные эпизоды в рамках биполярного и рекуррентного депрессивного расстройства, в структуре которых имеет место выраженный тревожный компонент. Тревога при таких состояниях может достигать степени ажитации (когда человек мечется, не находит себе места)

и сопровождаться приступами паники. ПА здесь носят вторичный характер и возникают на фоне отчетливо выраженного состояния подавленности.

ПА могут встречаться и в рамках бредовой шизофрении, в период обострений, однако в данном случае пациентки будут своеобразно их описывать, как одержимость дьяволом, желание темных сил завладеть ими, они нередко слышат в эти периоды угрожающие слуховые галлюцинации и т. п.

Лечение психических расстройств, в структуре которых имеют место ПА, определяется их регистром. Тем не менее, вне зависимости от нозологической принадлежности, любая ПА хорошо купируется бензодиазепиновыми транквилизаторами. Быстрая (в течение 5–10 мин) редукция вегетативных проявлений ПА после сублингвального приема таблетированных форм бензодиазепинов может служить диагностическим критерием, свидетельствующим в пользу функционального генеза данного состояния (при дифференциальной диагностике с гипертоническим кризом и транзиторной ишемической атакой) [4].

Анксиолитическое действие препарата обусловлено влиянием бромдигидрохлорфенилбензодиазепина на миндалевидный комплекс висцерального мозга (лимбической системы). Проявляется оно в уменьшении эмоциональной напряженности, снятии тревожности, страха и беспокойства. По своим анксиолитическим свойствам препарат значительно превосходит большинство других психотропных средств диазепинового ряда.

Препарат оказывает общее успокаивающее действие на ЦНС, снижая выраженность реакций на внешние раздражители, психомоторную возбудимость, отчасти уменьшая дневную активность, снижая концентрацию внимания, а также скорость психических и моторных реакций и т.д. Чтобы исключить вероятность привыкания и развития лекарственной зависимости, бромдигидрохлорфенилбензодиазепин назначают курсами, продолжительность которых не превышает 2 нед. В отдельных случаях курс может быть продлен до 2 мес. Отмена препарата производится путем постепенного сокращения дозы.

Регулируя функцию ЦНС, бромдигидрохлорфенилбензодиазепин уменьшает интенсивность воздействия различного рода вегетативных, моторных и психоэмоциональных раздражителей, влияющих на механизм засыпания.

В случаях эндогенных заболеваний приоритет отдается биологической терапии: при монополярных депрессиях назначаются антидепрессанты [5, 6]; в случаях депрессивных эпизодов в рамках биполярного расстройства базовыми препаратами являются нормотимики (антиконвульсанты) либо атипичный антипсихотик кветиапин; для лечения шизофрении базовыми препаратами являются нейролептики.

В подобных ситуациях препаратом выбора является алимемазин, который блокирует функциональную активность дофаминовых и адренергических и других рецепторов, за счет чего реализуется несколько терапевтических эффектов, к которым относятся:

- антипсихотическое действие – снижение выраженности проявлений острого психоза;
- седативный (успокаивающий) эффект;
- противорвотное действие;
- противокашлевый эффект;
- снотворное действие;
- гипотермическое действие – снижение повышенной температуры за счет непосредственного воздействия на центр терморегуляции продолговатого мозга.

Терапевтические эффекты начинают проявляться уже через 15–20 мин после приема таблетки, они сохраняются на протяжении 6–8 ч. После приема таблетки алимемазина внутрь действующий компонент достаточно быстро и практически полностью всасывается в кровь из кишечника. Он равномерно распределяется в тканях, проникает в структуры ЦНС через гематоэнцефалический барьер. Алимемазин метаболизируется в печени с образованием неактивных продуктов распада, которые выводятся преимущественно с мочой.

Прием алимемазина показан для восстановления функционального состояния структур ЦНС при различных патологических состояниях, к которым относятся:

- Соматизированные психические расстройства, которые проявляются ощущениями дискомфорта со стороны внутренних органов.
- Неврозы или неврозоподобные состояния, которые могут иметь органическое или эндогенное происхождение и проявляться фобиями (необоснованные страхи), ипохондрией (чрезмерное беспокойство о здоровье), психовегетативными расстройствами, которые характеризуются дополнительными нарушениями функционального состояния внутренних органов и сердечно-сосудистой системы.
- Сенестопатическая депрессия – длительное и выраженное снижение настроения, спровоцированное тягостными ощущениями в области внутренних органов или на поверхности тела.
- Тревожные и депрессивные состояния, спровоцированные ухудшением кровотока в головном мозгу, органической или инфекционной патологией.
- Психопатии, связанные с астеническими или психоастеническими расстройствами (выраженное снижение трудоспособности человека).
- Появление чрезмерного волнения или тревоги при различной соматической патологии.
- Нарушения сна различного происхождения.

При невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройствах приоритетным методом лечения является психотерапия в сочетании с общеукрепляющими средствами (физиотерапия, ЛФК, массаж). Большое значение имеют социальные мероприятия, направленные на ликвидацию конфликтов, психических и физических перегрузок, травмирующих ситуаций. Психотерапия не проводится в случаях, когда расстройство существенно не влияет на социальное функционирование пациентов. Лечение легких форм тревожно-фобических расстройств проводят в виде коротких (1–2 нед.) курсов с использованием анксиолитиков. Могут применяться препараты как бензодиазепинового, так и небензодиазепинового ряда [7].

В более серьезных случаях, существенно отражающихся на жизнедеятельности, выбор психотерапии определяется нозологической принадлежностью. При паническом расстройстве с агорофобией, СФ, обсессивно-компульсивном расстройстве, ПТСР, по данным одних авторов, средством первого ряда являются антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС). При их неэффективности рекомендуется переход на другие антидепрессанты: селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН), трициклические антидепрессанты (ТЦА), ингибиторы моноаминоксидазы (иМАО), которые эффективны при социофобии [8]. Другими авторами изначально рекомендуется комбинированная терапия, включающая анти-

депрессанты (ТЦА, СИОЗС, СИЗСН) в сочетании с типичными и атипичными антипсихотиками, при необходимости добавляются анксиолитики [9].

В отличие от вышеуказанных заболеваний при ГТР препаратами выбора являются средства анксиолитической направленности: бензодиазепиновые транквилизаторы, прегабалин, буспирон. При отсутствии эффекта от вышеуказанных средств назначаются СИОЗС в сочетании с бензодиазепинами либо монотерапия ТЦА [8]. Другой способ терапии ГТР включает в себя комбинацию бензодиазепинов с антипсихотиками, влияющими на соматовегетативную симптоматику (сульпирид, амисульпирид, кветиапин) [7].

В случаях истеро-конверсионных расстройств острые состояния купируются внутривенным введением анксиолитиков. При затяжном характере истеро-фобических проявлений к терапии присоединяется антипсихотик. Лечение в стационаре ни в ком случае не должно носить затяжной характер, формировать представление о тяжелом неизлечимом состоянии [7].

При назначении антидепрессантов, особенно СИОЗС, следует помнить об их нередко плохой переносимости в первые дни начала терапии, с возможным усилением тревоги, беспокойства, способности провоцировать приступы паники даже у тех пациентов, которые раньше их не испытывали. С целью избегания ятрогении необходимо в течение первых 2 нед. терапии СИОЗС по необходимости использовать транквилизаторы для купирования избыточной тревоги и беспокойства.

Таким образом, ПА представляют собой неспецифическую реакцию организма на стрессовый раздражитель и могут встречаться в структуре различных психических расстройств [9]. Схожие с ПА состояния имеют место при соматических, неврологических и наркологических заболеваниях. Более широкое представление о возможных вариантах заболеваний, протекающих с ПА, и принципах их терапии существенно улучшит верификацию этих состояний и позволит правильно определиться с тактикой терапии.

Литература

1. Рачин А.П. Терапия расстройств сна: классификационные и аналитические подходы // Справочник поликлинического врача. 2007. № 6. С. 64–68 [Rachin A.P. Terapija rasstrojstv sna: klassifikacionnyje i analiticheskie podhody // Spravochnik poliklinicheskogo vracha. 2007. № 6. S. 64–68 (in Russian)].
2. Смуглевич А.Б., Коллюцкая Е.В. Невротические и личностные расстройства. Психиатрия. Т. 2. Руководство для врачей / под ред. А.С. Тиганова. М., 2012. 653 с. [Smulevich A.B., Koljuckaja E.V. Nevroticheskie i lichnostnye rasstrojstva. Psihiatrija. T. 2. Rukovodstvo dlja vrachej / pod red. A.S. Tiganova. M., 2012. 653 s. (in Russian)].
3. Карск М.Дж., Барлоу Д.Х. Паническое расстройство и агорофобия. Клиническое руководство по психическим расстройствам / под ред. Д. Барлоу, пер. с англ. проф. Э.Г. Эйденмиллера. СПб.: Питер, 2008. 65 с. [Karsk M.Dzh., Barlou D.H. Panicheskoe rasstrojstvo i agorafobija. Klinicheskoe rukovodstvo po psihicheskim rasstrojstvam / pod red. D. Barlou, per. s angl. prof. Je.G. Jeidenmillera. Spb.: Piter, 2008. 65 s. (in Russian)].
4. Рачин А.П., Юдельсон Я.Б., Сергеев А.В. Функциональные особенности мозга (по данным динамики потенциала Р300) в процессе хронизации ГБН // Патогенез. 2005. № 1. С. 48 [Rachin A.P., Judel'son Ja.B., Sergeev A.V. Funkcional'nye osobennosti mozga (po dannym dinamiki potenciala R300) v processe hronizacii GBN // Patogenez. 2005. № 1. S. 48 (in Russian)].
5. Пантелеева Г.П. Лечение, профилактика и организация помощи больным. Аффективные расстройства. Психиатрия. Т. 2. Руководство для врачей / под ред. А.С. Тиганова. М., 2012. С. 704–706 [Panteleeva G.P. Lechenie, profilaktika i organizacija pomoshhi bol'nym. Affective rasstrojstva. Psihiatrija. T. 2. Rukovodstvo dlja vrachej / pod red. A.S. Tiganova. M., 2012. S. 704–706 (in Russian)].
6. Немеров Ч.Б., Келси Дж.Э. Аффективные расстройства. Фармакотерапия в неврологии и психиатрии / под ред. С.Д. Энна, Дж.Т. Койла, пер. с англ. под ред. проф. О.С. Левина. М.: Медицинское информационное агентство, 2007. С. 162–167 [Nemerov Ch.B., Kelsi Dzh.E. Affective rasstrojstva. Farmakoterapija v nevrologii i psihiatrii / pod red. S.D. Jenna, Dzh. Kojla, per. s angl. pod red. prof. O.S. Levina. M.: Medicinskoe informacionnoe agentstvo, 2007. S. 162–167 (in Russian)].

Полный список литературы Вы можете найти на сайте <http://www.rmj.ru>