

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО

Реферат.

Панические атаки.

Выполнила:

Ординатор кафедры Нервных болезней  
с курсом медицинской реабилитации ПО

Ставер В.К.

Красноярск

## **Содержание:**

1. Введение
2. Этиология и патогенез
3. Клиническая картина
4. Диагностические критерии
5. Группы ПА
6. Лечение.
7. Список литературы.

## **Введение**

**Паническая** представляет собой необъяснимый, мучительный для больного, приступ тяжёлой тревоги, сопровождаемый страхом, в сочетании с различными вегетативными (соматическими) симптомами.

Отечественные врачи долгое время использовали и используют сейчас термины «вегетативный криз», «симпатоадреналовый криз», «кардионевроз», «ВСД (вегетососудистая дистония) с кризовым течением», «НЦД — нейроциркуляторная дистония», отражающие представления о нарушениях вегетативной нервной системы в зависимости от ведущего симптома. Термины «*паническая атака*» и «паническое расстройство» имеют мировое признание и введены в Международную классификацию болезней 10-го пересмотра.

Паническое расстройство, согласно МКБ-10, — вариант тревожных расстройств, доминирующим признаком которого являются повторяющиеся психовегетативные пароксизмы, или панические атаки (эпизодическая пароксизмальная тревожность). В происхождении панического расстройства, наряду с психогенными факторами (особенности личности, повторяющиеся стрессогенные жизненные ситуации, ранний детский опыт разлуки с близким человеком), важную роль играют биологические механизмы.

## **Этиология и патогенез**

В прошлом вегетативные кризы связывали почти исключительно с патологией гипоталамуса. Но в последующем выяснилось, что лишь в небольшой части случаев кризы можно объяснить с органическим поражением гипоталамуса или других структур головного мозга (в этом случае они обычно возникают не изолированно, а на фоне других неврологических или нейроэндокринных нарушений).

Иногда кризы бывают первым проявлением серьёзного психического заболевания (например, шизофрении или маниакально-депрессивного психоза) или возникают при соматических или эндокринных нарушениях, а также под влиянием лекарственных средств (психостимуляторов или симпатомиметиков). Но в большинстве случаев кризы наблюдаются в отсутствие явных причин или клинических признаков иного заболевания. В подобных случаях их иногда рассматривают как выражение своеобразного невротического расстройства. Но в их происхождении наряду с психогенными факторами

(например, повторяющимися стрессами, психологическими конфликтами) важную роль играют биологические механизмы.

Доказано существование наследственной предрасположенности, которая, возможно, выражается в снижении порога возбуждения норадренергических и серотонинергических ядер ствола мозга, нарушении нейромедиаторных процессов в лимбической системе, а также недостаточности периферических вегетативных структур.

### **Клиническая картина**

Вегетативные кризы обычно возникают в возрасте 20—40 лет. Женщины болеют в 2 раза чаще мужчин. Первый криз часто появляется на фоне полного здоровья, но иногда его провоцируют стресс, злоупотребление кофе, наступление месячных.

Интенсивность основного критерия панической атаки (приступов тревоги) может варьироваться в широких пределах: от выраженного состояния паники до ощущения внутреннего напряжения. В последнем случае, когда на первый план выступает вегетативная (соматическая) составляющая, говорят о «нестраховой» ПА или о «панике без паники». Атаки, обеднённые эмоциональными проявлениями, чаще встречаются в терапевтической и неврологической практике. Также, по мере развития заболевания, уровень страха в атаках снижается. Некоторые из этих симптомов связаны с активацией симпатико-адреналовой системы (например, тахикардия и тремор), другие — с активацией парасимпатической системы (например, дурнота и дискомфорт в брюшной полости). Многие симптомы криза (например, чувство нехватки воздуха и предобморочное состояние) вызваны гипервентиляцией — неизбежным спутником тревоги

Длительность приступов может варьироваться от нескольких минут до нескольких часов, составляя в среднем 15 — 30 мин. Частота приступов — от нескольких в день до 1 — 2 раз в месяц. Большинство пациентов говорят о спонтанности (неспровоцированности) атак. Однако активный расспрос позволяет выявить наряду со спонтанными атаками еще и ситуационные приступы, возникающие в потенциально «угрожаемых» ситуациях. Такими ситуациями могут быть: пользование транспортом, пребывание в толпе или замкнутом пространстве, необходимость покинуть собственное жилище и т. д.

Человек, впервые столкнувшийся с этим состоянием, сильно пугается, начинает думать о каком-либо тяжелом заболевании сердца, эндокринной или нервной систем, пищеварения,

может вызывать «скорую помощь». Он начинает ходить по врачам, пытаясь найти причины «приступов». Трактовка пациентом панической атаки, как проявления какого-либо соматического заболевания, приводит к частым посещениям врача, многократным консультациям у специалистов различного профиля (кардиологи, невропатологи, эндокринологи, гастроэнтерологи, терапевты), неоправданным диагностическим исследованиям, и создаёт у пациента впечатление о сложности и уникальности его заболевания. Неверные представления пациента о сути заболевания ведут к появлению ипохондрических симптомов, способствующих утяжелению течения болезни.

Врачи-интернисты, как правило, не находят ничего серьёзного; в лучшем случае, рекомендуют посетить психотерапевта, а в худшем — лечат несуществующие болезни или разводят руками и дают «банальные» рекомендации: побольше отдыхать, заняться спортом, не нервничать, попить витамины, валериану или новопассит. Но одними приступами дело не ограничивается. Первые атаки оставляют неизгладимый след в памяти больного, что ведёт к появлению синдрома тревоги «ожидания» приступа, который, в свою очередь, закрепляет повторяемость атак. Повторение атак в сходных ситуациях (транспорт, пребывание в толпе и т. д.), способствует формированию ограничительного поведения, то есть избегания потенциально опасных, для развития ПА, мест и ситуаций. Тревога по поводу возможного развития атаки в определённом месте (ситуации) и избегание данного места (ситуации) определяется термином «агорафобия». Нарастание агорафобической симптоматики приводит к социальной дезадаптации пациента. Из-за страха пациенты могут быть не в состоянии покинуть дом или оставаться в одиночестве, обрекают себя на домашний арест, становятся обузой для близких. Наличие агорафобии при паническом расстройстве указывает на более тяжелое заболевание, влечёт худший прогноз и требует особой лечебной тактики. Также может присоединиться и реактивная депрессия, которая тоже "утяжеляет" течение заболевания, особенно если пациент долго не может понять, что именно с ним происходит, не находит помощи, поддержки, не получает облегчения.

### **Диагностические критерии**

#### **DSM-IV-TR**

Согласно диагностическому и статистическому руководству DSM-IV-TR панические атаки не рассматриваются как отдельное заболевание, а кодируются в составе диагноза других тревожных расстройств <sup>[3]</sup>:

- Во время приступа наблюдаются не менее четырех из вышеперечисленных симптомов
- Приступ возникает неожиданно и не спровоцирован повышенным вниманием к больному со стороны окружающих,
- Четыре приступа в течение месяца,
- Хотя бы один приступ, в течение месяца после которого наблюдается страх нового приступа,

Согласно МКБ-10, для достоверного диагноза необходимо, чтобы

- несколько тяжелых атак вегетативной тревоги возникали на протяжении периода около 1 месяца:
- 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).

### **Дифференциальная диагностика**

Паническое расстройство необходимо отличать от панических атак, возникающих как часть установленных фобических расстройств). Панические атаки могут быть вторичными по отношению к депрессивным расстройствам, особенно у мужчин, и если выявляются критерии депрессивного расстройства, паническое расстройство не должно устанавливаться как основной диагноз

### **Панические атаки подразделяются на три группы:**

1. Спонтанные — не имеют видимой причины возникновения и не привязаны к конкретным объектам.
2. Ситуационный — имеют своей точкой отсчёта психотравмирующую ситуацию и в дальнейшем наступают при ожидании повторения данной ситуации или при появлении отдельных, запомнившихся черт данной ситуации.
3. Условно-ситуационные — возникают в следствие химических или биологических стимулов, которыми выступают алкоголь и прочие психоактивные вещества; смена внутреннего гормонального фона и т. д.

Также подразделяют **на типичные и атипичные** — в зависимости от клинической картины, однако сложность подобного разграничения заключается в крайне высокой вариативности как частной симптоматики, так и её сменой при каждом отдельном приступе.

**Типичные** варианты ПА связывают с сердечно-сосудистой симптоматикой, которая и является причиной обращения за медицинской помощью и выражается в тахикардии, дискомфорте в груди и прочих жалобах на сердечную деятельность, а уже после проведения медицинской диагностики, при отсутствии соматических заболеваний у обратившегося, ему рекомендуют обратиться к психологу, так как предполагаемая причина ощущений имеет психосоматический характер.

**Атипичным** ПА свойственны судороги в мышцах, раскоординация двигательной активности, сенсорные нарушения — прежде всего слуха и зрения — афазия, потеря сознания, рвота.

Такие ПА возникают быстро, прогрессируют моментально, достигая пика ощущений, и при этом происходят внезапно. Это, также, является отличием от соматических заболеваний.

Происходят ПА чаще всего в период бодрствования. Если же ПА возникает во время сна, то отличается как длительным временем протекания, так и крайне тяжелым процессом протекания.

Длительность и частота ПА является весьма изменчивой. В среднем, время приступа длится не дольше получаса, однако может продолжаться как несколько минут, так и несколько часов. Частота ПА также отличается высокой вариабельностью: от нескольких в день до одного в месяц.

## **Лечение**

Несмотря на обязательное присутствие вегетативной дисфункции в приступе и часто неявный характер эмоциональных расстройств, основными методами лечения ПР являются психотерапия и психофармакология. Используются антидепрессанты группы СИОЗС (флуоксетин, пароксетин) — длительно, не менее 6 мес и транквилизаторы (алпразолам, клоназепам), коротким курсом — до 14 дней.

Использование так называемых вегетотропных препаратов (анаприлин, пирроксан, беллоид, белласпон) в сочетании с сосудисто-метаболической терапией (циннаризин, кавинтон, трентал, ноотропил, пирацетам, церебролизин) неэффективно, что в свою очередь подрывает веру в возможность излечения и способствует хронизации заболевания. Не все классы психотропных препаратов одинаково эффективны в отношении паники. При правильном подходе паническое расстройство хорошо поддается лечению. Необходим индивидуальный план лечения для каждого больного, который следует разработать пациенту вместе со своим лечащим врачом.

С точки зрения психотерапии основной причиной панического расстройства считаются вытесненные психологические конфликты, которые не находят выхода, не могут быть осознаны и разрешены человеком вследствие различных причин. С помощью психотерапевта или психолога можно осознать психологическую проблему, увидеть способы ее решения, проработать психологический конфликт. Важную роль в психотерапии панических атак занимает обучение релаксации и эмоциональной саморегуляции.

## **Прогноз**

Затяжному течению Панического расстройства способствуют неадекватные и несвоевременные лечебные мероприятия. Тревожные расстройства, в том числе паническое, диагностируются лишь у 50% пациентов с очевидными симптомами. Меньше чем 50% пациентов получают какое-либо лечение и меньше 30% — адекватную терапию.



Список использованной литературы:

1. Холмогорова А. Б., Гаранян Н. Г. Интеграция когнитивного и психодинамического подходов на примере психотерапии соматоморфных расстройств // Московский психотерапевтический журнал. — 1996 г. — №3 С. 141-164
2. Анохин П. К. Узловые вопросы теории функциональной системы. — М.: Наука, 1990 г.
3. Лурия А. Р. Нейропсихология памяти. — М., 1974. Т.1; М., 1976 г.
4. Диагностические критерии для панической атаки: Диагностическое и статистическое руководство DSM-IV-TR - [www.mentalhealth.az/default.aspx?m=Article&id=31&l=1](http://www.mentalhealth.az/default.aspx?m=Article&id=31&l=1)
5. <http://goodmedicine.org.uk/files/panic,%20assessment%20pdss.pdf> -  
[goodmedicine.org.uk/files/panic, assessment pdss.pdf](http://goodmedicine.org.uk/files/panic, assessment pdss.pdf)