

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 (непровоцированности) 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 ^[3]:

- 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
5. <http://goodmedicine.org.uk/files/panic,%20assessment%20pdss.pdf> -
goodmedicine.org.uk/files/panic, assessment pdss.pdf