

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	7
Список сокращений и условных обозначений	9
Глава 1. Диагностика и лечение психических расстройств	11
Диагностика	11
Основные психические синдромы	17
Тревога	17
Депрессия	18
Сочетание тревоги и депрессии	21
Психометрические шкалы	22
Соматические симптомы	25
Систематика психических расстройств	33
Оформление диагноза	35
Лечение	36
Психофармакотерапия	38
Анксиолитики	40
Антидепрессанты	43
Антипсихотики	48
Психотерапия	52
Разъяснительная и поддерживающая терапия	55
Когнитивная терапия	58
Поведенческая терапия	59
Когнитивно-поведенческая терапия	61
Психодинамическая терапия	62
Психоэмоциональная саморегуляция	63
Психологическая защита	64
Психофизиологические методы	65
Стратегии поведения	66
Стратегии совладающего поведения	66
Жизненные приоритеты	66
Религия	67
Другие терапевтические подходы	69
Фитотерапия	70
Плацебо и ноцебо	71
Приверженность лечению	77
Глава 2. Психические расстройства	79
Тревожные или связанные со страхом расстройства	79
Генерализованное тревожное расстройство	80

Паническое расстройство	85
Фобии	94
Агорафобия	95
Социальное тревожное расстройство	97
Специфические фобии	100
Обсессивно-компульсивное и сходные расстройства	103
Обсессивно-компульсивное расстройство	103
Ипохондрия	108
Аффективные расстройства	113
Депрессивные расстройства	114
Дистимическое расстройство	127
Биполярное расстройство	131
Циклотимическое расстройство	138
Расстройства, связанные со стрессом	139
Расстройство адаптации	141
Затяжная патологическая реакция горя	145
Посттравматическое стрессовое расстройство	148
Нейрокогнитивные расстройства	155
Делирий	155
Болезнь Альцгеймера	159
Расстройства личности	168
Расстройства с соматическими симптомами	175
Телесный дистресс	175
Имитированное расстройство применительно к себе	183
Расстройства вследствие употребления психоактивных веществ	187
Расстройства вследствие употребления алкоголя	189
Алкогольная интоксикация	190
Употребление алкоголя с вредными последствиями	195
Синдром отмены алкоголя	201
Алкоголь-индуцированный делирий	205
Алкогольная зависимость	207
Расстройства вследствие употребления никотина	215
Употребление никотина с вредными последствиями	216
Синдром отмены никотина	219
Зависимость от никотина	220
Расстройства вследствие употребления опиоидов	227
Интоксикация опиоидами	228
Употребление опиоидов с вредными последствиями	230
Синдром отмены опиоидов	232
Зависимость от опиоидов	234

Расстройства вследствие употребления каннабиса	237
Интоксикация каннабисом	238
Употребление каннабиса с вредными последствиями . .	239
Синдром отмены и зависимость от каннабиса	241
Расстройства вследствие употребления кокаина	243
Интоксикация кокаином	243
Употребление кокаина с вредными последствиями	244
Синдром отмены кокаина	246
Зависимость от кокаина	247
Глава 3. Психосоматическая медицина	249
Психосоматические связи	249
Положительное психическое здоровье	252
Качество жизни	254
Личностные особенности	255
Физиология психосоматических отношений	257
Психические расстройства, связанные с соматическими факторами	262
Тревога, связанная с соматическими болезнями	263
Депрессия, связанная с соматическими болезнями	264
Стрессовые расстройства, вызванные соматическими болезнями	266
Психические расстройства, вызванные лекарствами	267
Перинатальная депрессия	268
Психические расстройства старческого возраста	269
Депрессия старческого возраста	269
Психозы старческого возраста	271
Функциональные заболевания	272
Функциональная диспепсия	274
Синдром раздраженного кишечника	275
Синдром хронической усталости	279
Фибромиалгия	280
Психологический дистресс и соматические заболевания	281
Сердечно-сосудистые заболевания	282
Артериальная гипертензия	282
Инсульт	287
Хронические коронарные синдромы	290
Острые коронарные синдромы	298
Хроническая сердечная недостаточность	303
Фибрилляция предсердий	307

Эндокринные заболевания	310
Гипертиреоз	310
Гипотиреоз	312
Менопаузальный переход	314
Сахарный диабет 2-го типа	316
Ожирение	322
Респираторные болезни	324
COVID-19	324
Хроническая обструктивная болезнь легких	328
Бронхиальная астма	331
Ревматические заболевания	334
Ревматоидный артрит	334
Системная красная волчанка	336
Гастроинтестинальные болезни	338
Язвенная болезнь	338
Хронический вирусный гепатит	340
Воспалительные болезни кишечника	342
Другие заболевания	345
Хроническая болезнь почек	345
Злокачественные новообразования	347
Смертность	350
Депрессия	352
Тревога	355
Стресс	356
Значение психических факторов у пациентов с соматическими болезнями	357
Литература	359
Рекомендации и руководства	359
Статьи	363

Величайшая ошибка при лечении болезней та, что есть врачи для тела и врачи для души, в то время как то и другое неразделимо.

Платон

ПРЕДИСЛОВИЕ

Исследования показывают, что психическими расстройствами страдают от 10 до 50% пациентов, посещающих участковых терапевтов и врачей общей практики. В этих случаях врачи обычно испытывают большие трудности в диагностике и лечении таких расстройств.

Очевидно, что ведение таких пациентов нельзя признать удовлетворительным, в то время как ранняя диагностика, своевременно начатое адекватное лечение психических нарушений способствуют повышению качества жизни, более полному и быстрому восстановлению работоспособности, снижают частоту посещений врача и уменьшают затраты здравоохранения.

Как улучшить ситуацию? Направить пациента к психиатру? Однако подавляющее большинство пациентов не пойдут на такую консультацию, да и существующая психиатрическая служба не способна обеспечить помощь даже десятой части таких пациентов. Тем не менее интеграция психиатрической службы в терапевтические лечебные учреждения остается важнейшим направлением улучшения помощи пациентам с психическими расстройствами.

Современная тенденция развития медицинской науки и практики заключается во все большем понимании целостности человека, органически включающей соматическую и психическую составляющие. Именно поэтому квалифицированный врач-интернист наряду с соматическими проблемами должен уметь оценивать душевное состояние пациента, своевременно выявлять пациентов с психическими расстройствами, самостоятельно проводить лечение нетяжелых психических расстройств, направлять пациентов к психиатрам и психотерапевтам.

Учитывая недостаток современной литературы, адаптированной для врачей непсихиатрических специальностей, автор предпринял попытку поделиться опытом изучения основных психических расстройств и психосоматических отношений. Значительная часть рекомендаций по диагностике и лечению в области психосоматики

основана на данных наблюдательных исследований и требует проверки в более надежных исследованиях со случайным распределением групп пациентов.

Большее число психосоматических исследований представлено в программе MedCatalog для компьютеров и мобильных устройств, которую можно скачать на сайте (<https://therapy.irkutsk.ru/prog1.htm>) или в популярных магазинах приложений вместе с еженедельно обновляемой базой ссылок.

Большую поддержку автору оказали замечательные психиатры Василий Самуилович Собенников, Елена Владимировна Сенько, Ольга Вячеславовна Петрунко, Герман Геннадьевич Симуткин. Трудно переоценить важность знаний и понимания душевных расстройств, полученных при общении с Анатолием Болеславовичем Смулевичем, Валентином Яковлевичем Семке, Николаем Григорьевичем Незнанным и сотрудниками, которые часто приезжают с образовательными программами на ежегодные психосоматические конференции Байкальской психосоматической ассоциации. Весьма полезным для автора стал опыт сотрудничества со специалистами из Asian College of Psychosomatic Medicine.

Многие рекомендации, изложенные в книге, обсуждались и уточнялись с коллегами в ходе дискуссий на конференциях и встречах. Следует учитывать, что основную часть научных данных по психосоматике составляют наблюдательные исследования, надежность которых снижена влиянием неконтролируемых факторов.

Настоящее издание дополнено данными современных клинических рекомендаций, результатами более 300 новых исследований. Систематика психических расстройств приведена в соответствии с Международной классификацией болезней 11-го пересмотра.

ГЛАВА 2

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

В настоящее время общепринятой в России является Международная классификация болезней, рекомендованная Всемирной организацией здравоохранения и включающая критерии психических расстройств. В определенной степени классификация является компромиссом между взглядами различных специалистов и предназначена для статистической унификации психических расстройств и проведения эпидемиологических исследований. Для интерниста более важны тревожные, депрессивные, стрессовые, нейрокогнитивные расстройства и телесный дистресс.

ТРЕВОЖНЫЕ ИЛИ СВЯЗАННЫЕ СО СТРАХОМ РАССТРОЙСТВА

Критерии тревожных расстройств в течение последнего года определили у 10% населения по данным эпидемиологического исследования NESARC.

Тревожные расстройства выявляются врачами общей практики только в 45% случаев, а если они не использовали дополнительные инструменты (шкалы, опросники), то доля выявленных случаев снизилась до 30% (Olariu E. et al., 2015).

Считается целесообразным проведение скрининга тревожных расстройств у взрослых в возрасте 19–65 лет (USPSTF).

Международная классификация болезней 11-го пересмотра

6B00 Генерализованное тревожное расстройство.

6B01 Паническое расстройство.

6B02 Агорафобия.

6B03 Специфические фобии.

6B04 Социальное тревожное расстройство.

6B05 Сепарационное тревожное расстройство.

6B06 Селективный мутизм.

6B23 Ипохондрия.

6E63 Вторичный тревожный синдром.

Генерализованное тревожное расстройство

Критерии ГТР в течение года определяют у 1,7–3,4% населения (ECNP/EBC; NCS-R; Ruscio A. et al., 2017). Начинается расстройство обычно в 15–35 лет, две трети пациентов составляют женщины (рис. 2.1). В 25% случаев расстройство наблюдается у ближайших родственников.

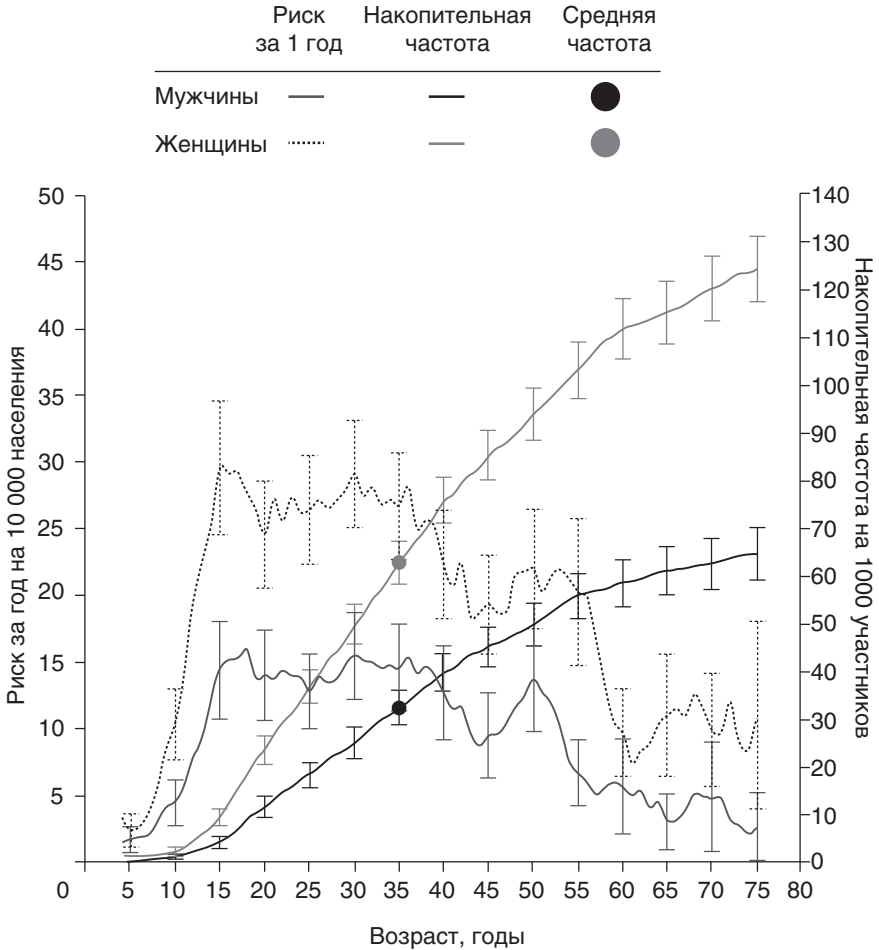


Рис. 2.1. Возраст и частота генерализованного тревожного расстройства (McGrath J. et al., 2023)

Международная классификация болезней 11-го пересмотра

Генерализованное тревожное расстройство характеризуется наличием выраженных симптомов тревоги, которые длятся на протяжении нескольких месяцев большую часть дней и проявляются либо общими опасениями или значительным беспокойством по поводу различных нежелательных повседневных событий, касающихся семьи, здоровья, финансов, учебы или работы.

Эти проявления сопровождаются дополнительными симптомами, такими, как мышечное напряжение или двигательное беспокойство, вегетативные нарушения, субъективное ощущение нервозности, трудности концентрации внимания или нарушения сна.

Симптомы не являются проявлением другого нарушения состояния здоровья или следствием воздействия психоактивных веществ или лекарственных средств на центральную нервную систему.

Клиническая картина

Интенсивность тревоги может сильно варьировать в зависимости от различных обстоятельств. Тревога способна скрываться под маской подчеркнутой самоуверенности. Опасения потерять поддержку окружающих могут привести к преувеличенному дружелюбию, любезности и готовности помочь.

Тревога может усиливаться при визитах к врачу, проведении обследования. Например, у пациентки с ГТР при суточном мониторинге АД работа аппарата с периодическим надуванием манжетки привела к нарастающему усилению тревоги с дискомфортом при надувании манжетки, озабоченностью частыми измерениями, нарушением сна (рис. 2.2). Соответственно ночью регистрировалось высокое АД, и такие данные нельзя использовать для оценки тяжести артериальной гипертензии.

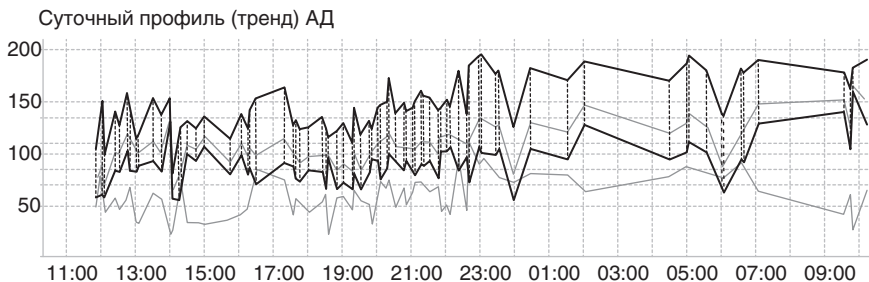


Рис. 2.2. Суточное мониторирование артериального давления у пациентки С. 57 лет с генерализованным тревожным расстройством

Основные соматические проявления тревоги — сердцебиение и одышка — обусловлены симпатической гиперактивностью и гиперчувствительностью к низкому уровню адренергической стимуляции (Teed A. et al., 2022).

Заболевание протекает хронически и обычно сохраняется в течение всей жизни. Во второй половине жизни наблюдается улучшение, нередко со слабовыраженными симптомами. По данным исследования NEMESIS-2, средняя продолжительность эпизода составила 15 мес, у 39% пациентов тревога сохранялась в течение 12 мес, у 30% — 3 года (Ten Have M. et al., 2021).

При отсутствии лечения ГТР часто развиваются осложнения в виде депрессии, злоупотребления анксиолитиками, алкоголем или наркотиками.

Коморбидность ГТР с рекуррентным депрессивным расстройством составляет 30%, паническим расстройством — 56%, обсессивно-компульсивным расстройством — 35%, социальной фобией — 32–42%.

Дифференциальная диагностика

Следует отличать ГТР от тревоги ожидания при паническом расстройстве, смущения перед публикой при социальной фобии, страха загрязнения при обсессивно-компульсивном расстройстве, тревоги при ПТСР.

Телесный дистресс (расстройство с соматическими симптомами, соматоформное расстройство) характеризуется тревогой по поводу состояния здоровья, доминированием разнообразных жалоб, фиксацией больных на своих симптомах, требованиями медицинского обследования.

В отличие от фобии, тревога бессодержательна и постоянна. Тревогу пациенты могут связывать с различными и меняющимися факторами (free floating anxiety status), например необоснованными опасениями несчастного случая или заболевания, финансовыми проблемами, затруднениями на работе и в семье и т.д.

У 30% пациентов с рекуррентным депрессивным расстройством состояние соответствует критериям ГТР. Генерализованная тревога выявляется нередко в prodrome, во время и после депрессивного эпизода.

Если в анамнезе у пациента обнаруживаются неожиданные приступы тревоги, следует ставить диагноз панического расстройства, так как приступы тревоги не являются характерными для ГТР. Отметим, что в большинстве случаев панических расстройств в дальнейшем развивается генерализованная тревога.

Должны быть также исключены соматические причины тревоги (например, тиреотоксикоз или феохромоцитома).

Лечение

Пошаговое лечение нетяжелых тревожных расстройств, включающее рекомендации по самопомощи, когнитивно-поведенческую терапию и лекарственные препараты, может быть оптимальным с точки зрения затрат и эффективности (Stiles J. et al., 2019).

Психофармакотерапия. Целью лечения является снижение выраженности тревоги до приемлемого уровня. Метаанализ рандомизированных исследований показал, что прием антидепрессантов на 41% увеличил частоту снижения тревоги (>50% шкалы тревоги Гамильтона) у пациентов с ГТР (Cochrane Reviews).

Для длительного лечения чаще применяют СИОЗС, включая сертралин, флуоксетин и эсциталопрам, а также иОЗСН (венлафаксин, дулоксетин), мirtазапин, буспирон и прегабалин (NICE; Baldwin D. et al., 2011; Slee A. et al., 2019; **рис. 2.3**). Препараты обычно назначают в минимальной дозе и постепенно увеличивают ее каждые 2–4 нед до терапевтической.

Следует отметить, что противотревожный эффект усиливается при увеличении дозы СИОЗС, но не зависит от дозы иОЗСН (Jakubowski E. et al., 2019). Оценку эффективности лечения и побочных эффектов препаратов проводят каждые 2–4 нед в первые 3 мес и далее каждые 3 мес (NICE).

Эффективность ТЦА близка к СИОЗС, но повышенная частота неблагоприятных событий ограничивает широкое использование препаратов этой группы. Поскольку тревожные больные очень чувствительны к холинолитическому действию ТЦА, то необходимо начинать с дозы 12,5–25 мг/сут с последующим ее повышением каждый раз не более чем на 25 мг/сут. Назначают препараты один раз на ночь (имипрамин, amitриптилин в средней дозе 50–150 мг/сут, миансерин в дозе 30–60 мг/сут, тразодон в дозе 200–400 мг/сут). Устойчивый противотревожный эффект развивается не ранее 4–6 нед лечения.

Если лечение эффективно, то целесообразно продолжить прием антидепрессантов не менее 12 мес, что позволяет уменьшить риск рецидивов расстройства (Rickels K. et al., 2010).

Для кратковременного уменьшения острых симптомов тревоги, прорвавшейся через базисную терапию антидепрессантами, используют до 5–7 дней анксиолитики (диазепам, алпразолам, клоназепам, гидроксизин).

Для длительного лечения в ряде случаев можно использовать небензодиазепиновые препараты буспирон и фабомотизол, которые не вызывают заметной седации, нарушения психомоторной активности, зависимости и синдрома отмены (Сюняков Т.С., Незнамов Г.Г., 2016).

Эффект этих препаратов развивается относительно медленно — через 1–2 нед. Гидроксизин недостаточно изучен в длительных исследованиях и обладает заметным седативным эффектом (Cochrane Reviews).

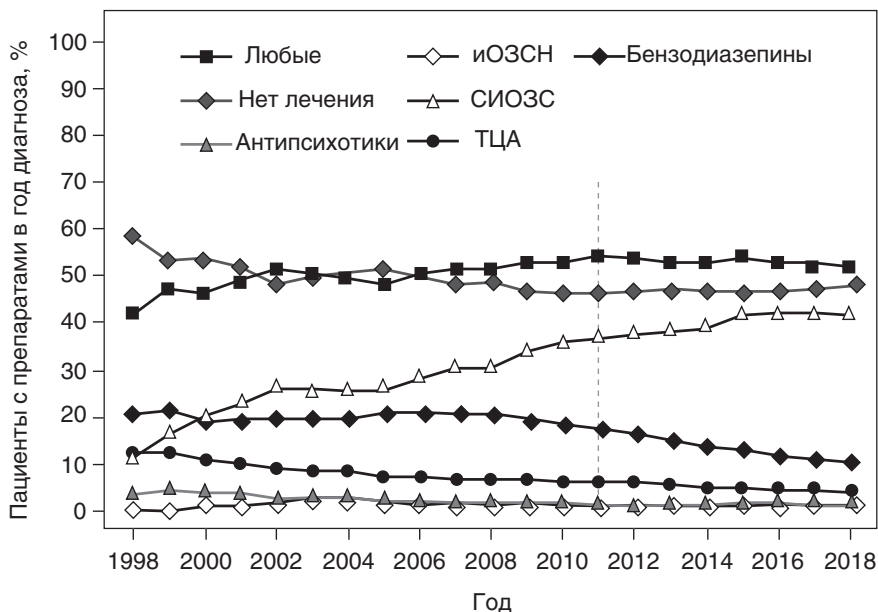


Рис. 2.3. Лечение пациентов с генерализованным тревожным расстройством в первый год (Slee A. et al., 2021)

Серьезную проблему представляет необходимость длительного применения анксиолитиков при отсутствии ремиссии расстройства в связи с частым формированием зависимости у принимавших бензодиазепины. Исследования показывают, что противотревожный эффект препаратов сохраняется в течение 2–6 мес. В рекомендациях FDA указано, что применение бензодиазепинов более 4 мес хорошо не изучено, поэтому через 4 мес следует постепенно снизить дозу препаратов и сделать перерыв.

Для купирования периферических проявлений тревоги полезны β -адреноблокаторы, например метопролол в дозе 50–200 мг/сут.

В ряде тяжелых случаев при отсутствии эффекта анксиолитиков и антидепрессантов могут быть использованы антипсихотики. Наиболее изучен кветиапин, эффективность которого сопоставима с антидепрессантами, однако переносимость хуже (Frazier J., 2011;

Maneeton N. et al., 2016). Обычно используют длительно действующий кветиапин в дозе 50–150 мг/сут.

Следует рекомендовать пациентам отказаться от приема барбитурат-содержащих препаратов, включая популярные капли для приема внутрь, которые при частом употреблении могут сформировать психическую и физическую зависимость.

Психотерапия. Лечение ГТР начинают обычно с психотерапевтических методов, которые бывают часто достаточными при нетяжелом расстройстве, особенно у молодых (Carl E. et al., 2020).

Можно выделить несколько ситуаций, вызывающих наибольшую тревогу, и использовать методы лечения, описанные в разделе фобий, например систематическую десенсибилизацию.

Когнитивно-поведенческая терапия уменьшает тревожные клинические проявления и может сохранять свой эффект до двух лет после окончания лечения, как, впрочем, и лекарственные препараты (Cochrane Reviews; Bandelow B. et al., 2018; Papola D., 2024).

Контроль стресса, основанный на осознании (mindfulness-based stress reduction), позволяет контролировать тревожные расстройства так же эффективно, как и эсциталопрам в дозе 10–20 мг/сут (Hoge E. et al., 2023).

В группах развития уверенности в себе вырабатывают уверенное поведение, используя ролевые игры, моделирующие ситуации.

В методике курации тревоги также используются объяснение симптомов тревоги, тренинг переключения и упражнения по уравниванию тревожных мыслей разумными и успокаивающими, медитацию, самогипноз.

Другие методы лечения. Для снижения тревоги применяют мышечную релаксацию, биологическую обратную связь и физические упражнения. Однако эти методы оказывают лишь временный эффект (Papola D. et al., 2024).

Найдены двунаправленные связи между регулярной физической активностью и тревогой (Azevedo Da Silva M. et al., 2012). С одной стороны, пациенты с тревожными симптомами быстрее утомляются и реже выполняют рекомендации по физической активности, а с другой — регулярные физические аэробные нагрузки могут помочь в контроле симптомов тревоги (Ramos-Sanchez C. et al., 2021).

Паническое расстройство

Распространенность панического расстройства среди населения в течение года составляет 1,8–2,7% (ECNP/EBC; NCS-R). Расстройство без агорафобии встречается почти так же часто, как с агорафобией.

Эти больные составляют 15% всех лиц, обращающихся к кардиологу, и 7% амбулаторных пациентов (Barsky A. et al., 1999).

Преобладают женщины (75%), и чаще расстройство начинается в детском возрасте, а после 40 лет возникает редко (рис. 2.4).

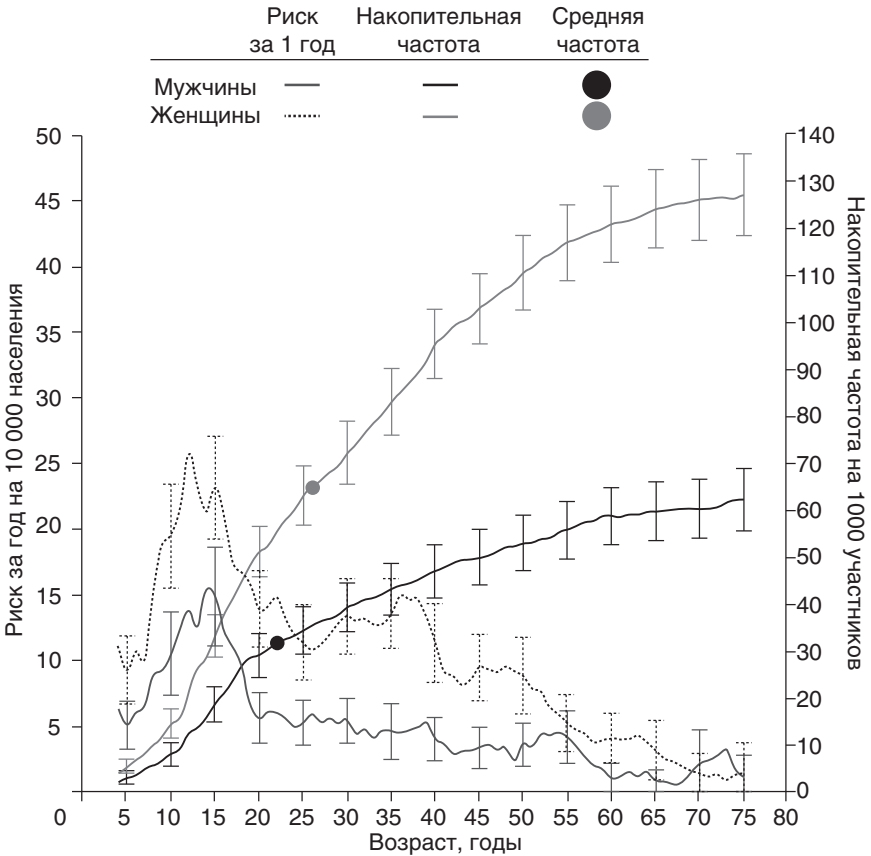


Рис. 2.4. Возраст и частота панического расстройства и агорафобии (McGrath J. et al., 2023)

Отмечают наследственную предрасположенность — у 18% ближайших родственников пациента можно выявить такое же нарушение.

Международная классификация болезней 11-го пересмотра

Паническое расстройство характеризуется повторяющимися приступами паники, которые не ограничиваются конкретными стимулами

или ситуациями. Панические приступы являются отдельными эпизодами, для которых свойственно быстрое и одновременное появление нескольких типичных симптомов (например, учащение сердцебиения, повышенная потливость, нехватка дыхания, боль в груди, тошнота, головокружение, озноб, приливы жара, страх неминуемой смерти).

В дополнение к этому паническое расстройство характеризуется постоянным беспокойством по поводу повторения или негативных последствий таких приступов и поведением, направленным на то, чтобы избежать их повторения, что приводит к выраженному дистрессу и значительным нарушениям в личной, семейной, социальной, учебной, профессиональной и других важных сферах функционирования.

Симптомы не являются проявлением другого нарушения состояния здоровья или следствием воздействия психоактивных веществ или лекарственных средств на центральную нервную систему.

Клиническая картина

Чаще всего приступы паники появляются спонтанно и не связаны с объективной угрозой, стрессом или каким-либо провоцирующим фактором. У некоторых пациентов определенные ситуации, например прием кофе или курение марихуаны, могут провоцировать приступ. Помощь в диагностике ситуационной зависимости может оказать ведение дневника, имеющее и терапевтическое значение. У 30% больных приступы возникают во сне при возрастании уровня углекислого газа в крови.

При суточном мониторинговании физиологических показателей в предшествующий час отмечается вариабельность вегетативных и респираторных параметров, повышение сопротивления кожи (Meuret A. et al., 2011). В ближайшие минуты перед атакой снижается жизненный объем легких и резко возрастает $p\text{CO}_2$ в крови, а затем повышается ЧСС, дыхательный объем и снижается $p\text{CO}_2$.

Эпизод тревоги достигает пика в течение 10 мин и постепенно проходит, обычно в течение 20–30 мин. Минимальная продолжительность приступа составляет несколько минут, и он редко держится более одного часа. Если больной говорит о длительном приступе, то это обычно либо состояние возбуждения или разбитости, длящееся несколько часов после приступа, либо волнообразно повторяющийся приступ, либо это вообще не паническая атака, а другое расстройство, например агитированная депрессия.

Отмечаются сильные индивидуальные отличия выраженности тревоги, фобических избеганий, соматических симптомов. Например, пациенты могут жаловаться преимущественно на сердечно-сосудистые (сердцебиение, кардиалгии) или психические (деперсонализация, страх

сойти с ума) симптомы. Около 40% пациентов с паническими расстройствами, которые обратились к врачу с жалобами на боли в сердце, не отмечали признаков тревоги (non-fearful panic disorder). Наблюдение в течение 9 лет за такими пациентами выявило в 18% случаев развитие типичных панических приступов (Bringager C. et al., 2008).

Многие пациенты убеждены в наличии серьезного заболевания сердца, легких или желудка. Они часто обследуются, нередко вызывают бригаду скорой помощи и госпитализируются с соматическими диагнозами.

Часто пациенты весьма чувствительны к соматическим ощущениям, вызванным побочным действием лекарств, и нередко прекращают прием психотропных препаратов. Полагают, что тревога усиливает соматические ощущения вплоть до неприятных и тягостных, последние, в свою очередь, усиливают тревогу.

Паническое расстройство часто сопровождается агорафобией — страхом ситуаций, из которых трудно немедленно выбраться и где трудно оказать помощь (например, в театре). Более подробно агорафобия рассмотрена в соответствующем разделе ниже.

Приступы паники, особенно с агорафобией, могут привести к нарушению или разрыву межличностных отношений, снижению трудоспособности и уходу с работы.

С диагностической целью можно вызвать приступ паники внутривенным введением натрия лактата, изопреналина или вдыханием углекислого газа. При внутривенном введении натрия лактата приступ развивается у 50–70% больных, в то время как у здоровых людей положительная реакция на препарат встречается только в 5–10% случаев. При вдыхании 5% углекислого газа паническая атака развивается в 60–70% случаев.

По мере прогрессирования паническое расстройство часто проходит следующие стадии: симптоматически бедные приступы, приступы паники, тревога о здоровье, ограниченные фобические избегания, обширные фобические избегания, вторичная депрессия. В половине всех случаев расстройство начинается с первой стадии — появления приступов с одним или большим числом соматических симптомов — с наличием тревоги или без нее. Позднее несколько симптомов возникают вместе, сопровождаясь значительной тревогой (истинный приступ паники). В остальных случаях заболевание дебютирует со второй стадии.

Приступы возникают обычно два-три раза в неделю (от ежедневных до одного раза в несколько месяцев). Нередко периоды частых приступов (многочисленные приступы в течение месяца

или по несколько раз в день в течение недели) сменяются многомесячными ремиссиями.

Отказ от посещения кино, театров, общественных мероприятий (агорафобия) в последующем расширяется, приводя к обширным фобическим избеганиям, — пациенты не выходят из дома неделями и месяцами, они убеждены, что стоит покинуть дом, как тут же возникнет приступ паники. Может сформироваться вторичная депрессия.

При наблюдении за паническим расстройством в течение 4–6 лет симптомы исчезли в 30% случаев, в 40–50% симптомы уменьшились, а в 20–30% выраженность симптомов не изменилась или даже увеличилась (Roy-Byrne P., Cowley D., 1995).

У большинства пациентов имеется другое психическое расстройство: рекуррентное депрессивное расстройство (10–30%), ГТР (20%), социальная фобия (15–30%), специфические фобии (10–20%), обсессивно-компульсивное расстройство (8–10%). У 50% больных с паническим расстройством выявляются симптомы соматизации и тревога о здоровье, а у 20% — зависимость от лекарств и алкоголя.

Дифференциальная диагностика

Многие терапевтические заболевания и синдромы имеют сходную клиническую картину с паническими атаками:

- пароксизмальная тахикардия;
- гипертонический криз;
- стенокардия;
- обострение бронхиальной астмы;
- гипогликемия;
- феохромоцитома;
- тиреотоксикоз;
- тромбоэмболия легочной артерии;
- мигрень;
- транзиторные ишемические атаки;
- эпилепсия;
- болезнь Меньера.

В отличие от астмы, при эпизодах нехватки воздуха (синдром гипервентиляции) нет экспираторного характера одышки, свистящих хрипов, связи с триггерами, снижения пиковой скорости выдоха или объема форсированного выдоха за 1 с, эффекта бронходилататоров. Для выявления гиперреактивности бронхов проводят тест с метахолином или гистамином.

Боли в области сердца при панической атаке могут отдавать в левую руку и сохраняться более 30 мин, напоминая инфаркт миокарда,

который у молодых женщин встречается очень редко. На электрокардиограмме возможны нарушения реполяризации в виде депрессии сегмента *ST* и отрицательного зубца *T*, однако уровень тропонинов в плазме находится в пределах нормы.

Паническая атака нередко сопровождается возрастанием АД, в то же время следует отметить повышение в 1,2–3,3 раза частоты панических атак у пациентов с артериальной гипертензией по сравнению с отсутствием последней (Bladowski M. et al., 2021).

Нередко за признаками панической атаки скрывается пароксизмальная тахикардия. Например, в исследовании Т. Lessmeier и соавт. выявили критерии панической атаки у 68% пациентов с пароксизмальной реципрокной наджелудочковой тахикардией. Диагноз аритмии был установлен при первом осмотре лишь в 55% случаев и в среднем — через три года после первого осмотра. Именно поэтому в случае сердцебиения нужно зарегистрировать электрокардиограмму во время приступа. Для тревожного сердцебиения характерно постепенное повышение и снижение ЧСС, при этом вегетативные и тревожные симптомы опережают или синхронны с ощущением сердцебиения (рис. 2.5).

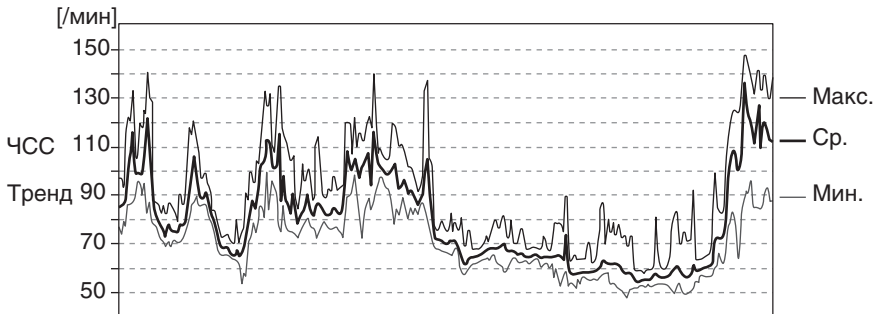


Рис. 2.5. Суточное мониторирование электрокардиограммы у пациентки Г. с паническими атаками и генерализованным тревожным расстройством

Описаны случаи сочетания приступов паники и пароксизмальной наджелудочковой тахикардии, которые требуют различного лечения (Domschke K. et al., 2010).

При диагностике панического расстройства следует выяснить, имеет ли место другое психическое расстройство, которое может обусловить развитие приступа паники (алкоголизм, депрессия и т.д.). В этом случае эффективно лечение основного заболевания.

Панические расстройства может провоцировать ситуация повышенного внимания со стороны других людей или иные фобии.

Диагноз исключается, если имеется реальная угроза для жизни больного, влияние определенных веществ (алкогольная абстиненция, синдром отмены лекарств, кофеиновая или наркотическая интоксикация).

Лечение

Купирование паники. Обычно приступ паники проходит спонтанно до 30 мин. Для облегчения полезен контроль тревожных мыслей с помощью самовнушения: «Это обычный приступ тревоги. Он захватит меня, достигнет своего пика, а затем пройдет. Он не причинит мне никакого вреда. Если я буду спокойно сидеть и медленно дышать, то скоро почувствую себя лучше. Это похоже на волну неприятных ощущений, но я переступлю через нее, и все будет в порядке. Я смогу это преодолеть, все пройдет само собой. Дышу медленно и перед новым вдохом даю возможность легким полностью освободиться от оставшегося там воздуха. Расслабляю мышцы, и пусть все идет как идет. Просто стараюсь не обращать внимания на тревожные мысли. Я смогу с этим справиться. Ничего ужасного со мной не случится».

Можно использовать методы замедленного брюшного дыхания и релаксации, но у некоторых пациентов релаксация может ухудшить состояние.

Для ускорения окончания приступа можно применить пропранолол (40–80 мг сублингвально), уменьшающий сердцебиение, или анксиолитик (например, орально диспергируемые бромдигидрохлорфенилбензодиазепин в дозе 0,25–0,5 мг или алпразолам). При явлениях гипервентиляции рекомендуют подышать в бумажный или целлофановый пакет.

Психотерапия. Показаниями к назначению длительного приема лекарственных препаратов служат:

- недавние частые или тяжелые панические расстройства;
- панические приступы, мешающие жить и работать;
- возникновение деморализующих и суицидальных мыслей;
- формирование избегающего поведения и злоупотребление алкоголем.

Для лечения можно использовать СИОЗС, иОЗСН, ТЦА и бензодиазепины с близкими показателями эффективности (табл. 2.1; Cochrane Reviews). При оценке эффективности лекарственных препаратов нужно учитывать плацебо-эффект, достигающий 40–75% в течение 6–12 нед.

Метаанализ плацебо-контролируемых исследований показал, что у ТЦА чаще встречаются неблагоприятные эффекты, чем у СИОЗС (Cochrane Reviews; Chawla N. et al., 2022).

Таблица 2.1. Препараты для лечения панического расстройства (ПА)

Группа	Международное название	Начальная доза, мг/сут	Терапевтическая доза, мг/сут
СИОЗС	Флуоксетин	5–10	20–60
	Флувоксамин	25–50	100–200
	Сертралин	25	100–200
	Пароксетин	10	20–40
	Циталопрам	10	20–40
	Эсциталопрам	5–10	10–20
ТЦА	Имипрамин	10	10–300
	Кломипрамин	10–25	50–150
иОЗСН	Венлафаксин	37,5	150–225
	Дулоксетин	20–30	60–120
Бензодиазепины	Алпразолам	0,75–1	2–4
	Клоназепам	0,5–1	1–2
	Лоразепам	1,5–2	4–8

При этом эффективность антидепрессантов достаточно скромная — нужно пролечить семь пациентов, чтобы только у одного был достигнут дополнительный эффект относительно плацебо.

Обычно антидепрессанты эффективны в дозах в половину меньших, чем для лечения депрессивного эпизода.

В первые дни приема серотонинергических препаратов возможно парадоксальное учащение панических симптомов и тревоги, поэтому начинают с малых доз препаратов. Прием флуоксетина начинают с суточной дозы 5 мг и через 2 нед увеличивают дозу до 20 мг. Сертралин начинают с дозы 25 мг/сут и обычно повышают до 50–100 мг/сут.

Дозу ТЦА (кломипрамин, дезипрамин, имипрамин) повышают примерно в два раза медленнее, чем при лечении депрессии, ввиду большей чувствительности пациентов к побочным эффектам. Например, препараты назначают с 12,5 мг/сут и через 3–4 дня повышают дозу на 12,5 мг. Можно использовать и более медленный темп. Средняя терапевтическая доза составляет 100–150 мг/сут. У некоторых пациентов препарат может быть эффективен в более низких дозах (25–50 мг/сут).

Существенное снижение частоты приступов и уменьшение тревоги ожидания достигается не ранее 4-й недели, а нередко и 6–8-й недели

лечения. Именно поэтому после достижения средней дозы рекомендуют продолжить лечение до 4-й недели для оценки эффекта. На 8–14-й день лечения у половины больных панические приступы учащаются, усиливается тревога с вегетативными проявлениями.

У пациентов без эффекта СИОЗС добавление длительно действующего антипсихотика кветиапина не повысило эффекта (Goddard A. et al., 2015).

Бензодиазепины дают быстрый эффект уже на первой неделе. Эффект бензодиазепинов, по-видимому, сопоставим с антидепрессантами, но толерантность и риск развития физиологической зависимости препятствуют длительному применению.

Рекомендуют прием бензодиазепинов до наступления эффекта антидепрессантов и для предупреждения нередкого усиления тревоги в первые 1–2 нед лечения антидепрессантами.

Алпразолам применяют начиная с 0,25–0,5 мг три раза в сутки и повышают суточную дозу на 0,25–0,5 мг через каждые три дня до средней дозы 3–6 мг/сут в три приема. Можно использовать другие бензодиазепины: клоназепам начиная с 0,25 мг, через три дня 0,5 мг дважды, диазепам в дозе 2–5 мг два-три раза в сутки, лоразепам в дозе 1 мг два-три раза, а также небензодиазепиновый гидроксизин в дозе 25–50 мг два раза. Для однократного приема можно использовать клоназепам в дозе 0,5–1 мг с началом действия через 15–30 мин.

β -Блокаторы подавляют тревогу ожидания, которая не поддается лечению антидепрессантами, но не снижают частоту панических атак и не влияют на фобии. Кроме того, β -блокаторы уменьшают беспокоящее пациентов сердцебиение.

Кроме приема лекарственных препаратов, рекомендуется прекратить курение. Основанием для такой рекомендации служит факт повышения в 2,7 раза частоты панических атак у пациентов с никотиновой зависимостью (Isensee B et al., 2003). Вместе с тем возможен вторичный характер курения.

Купирование острой тревоги, соматовегетативных симптомов происходит обычно за 4–8 нед, но иногда может потребоваться и 2–3 мес. Далее в течение 12–18 мес проводится стабилизирующее лечение, которое закрепляет достигнутый эффект, способствует полному восстановлению, социальной адаптации, предотвращению ранних рецидивов, преодолению агорафобии.

Если несколько недель приступы отсутствуют и нет даже мысли об их возникновении в ситуациях, которые пациент раньше избегал, можно постепенно отменить препарат. В 70% случаев после отмены препарата в течение 3 мес возможно усиление симптомов. В целом

после прекращения приема лекарственных препаратов в 30–45% случаев симптомы не возобновляются, в 15–50% развивается рецидив заболевания. В 20–40% случаев требуется постоянный прием лекарственных препаратов.

Психотерапия. Когнитивно-поведенческая терапия продемонстрировала сопоставимый эффект с приемом лекарственных препаратов (Cochrane Reviews; Papola D. et al., 2022). Выбор лечения зависит от индивидуальных особенностей ситуации, включая переносимость препаратов. В любом случае пациент должен быть полностью проинформирован о преимуществах и недостатках каждого подхода, чтобы сделать осознанный выбор.

Когнитивно-поведенческая терапия является симптом-ориентированным методом лечения и включает следующие компоненты: психологическое обучение (объяснение природы симптомов), длительное мониторингирование симптомов (дневник), методы контроля тревоги (управляемое брюшное дыхание, прогрессивная мышечная релаксация), когнитивное реструктурирование (переоценка негативных последствий приступов), экспозиция пугающих ситуаций.

Обычно применяется индивидуальный подход, однако не менее эффективны и групповые занятия. Например, групповая когнитивно-поведенческая психотерапия у пациентов с легкими формами панического расстройства эффективно предупреждала появление развернутых форм расстройства (Meulenbeek P. et al., 2010).

По данным метаанализа исследований, в острой фазе расстройства и позднее комбинированное лечение психотерапией и психотропными препаратами более эффективно, чем только прием лекарств (Cochrane Reviews).

Физические аэробные нагрузки помогают контролировать паническое расстройство и обладают острым антипаническим эффектом (Smits J. et al., 2011).

Фобии

Под фобией понимают чрезмерный и необоснованный страх определенной ситуации, деятельности или объекта, который приводит к избеганию человеком данного стимула. Страх не уменьшается от сознания того, что окружающие не считают данную ситуацию столь опасной или угрожающей, и понимания того, что этот страх чрезмерен и неразумен.

По-видимому, люди имеют биологическое предрасположение для быстрого научения страху определенных стимулов. Например, этот защитный механизм предохраняет детей при освоении окружающей среды.