

## ПАНИЧЕСКИЕ АТАКИ

Ранда Е.Н.

*Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия,  
Katerina.randa@mail.ru*

Актуальность. Панические атаки (ПА) — неожиданный эпизод, состоящий из неприятных телесных ощущений (одышка, головокружение, покалывание в руках и ногах, потливость, дрожь, сердцебиение, боли в груди). Наиболее часты при фобиях, панических расстройствах (состояниях, характеризующихся повторяющимися и обессиливающими паническими атаками) и посттравматическом стрессовом расстройстве. Встречается при ряде психических расстройств. Отечественными специалистами достаточно долго использовались (да и используются ныне) еще и такие определения данного явления, как «симптоадреналиновый криз» «кардионевроз», «вегетативный криз», «нейроциркуляторная дистония (НЦД)», «вегетососудистая дистония», характеризуемая кризовым течением», которые отражают собой представление заболевания относительно нарушений в вегетативной нервной системе исходя из симптома.

Термины «паническая атака» и «паническое расстройство» более точны, поскольку характеризуют всю симптоматику как проявления нервного расстройства, имеют мировое признание и введены в Международную классификацию болезней 10го пересмотра (МКБ10)

Приблизительно 6% лиц, первично обращающихся за медицинской помощью к врачам общей практики, имеют ПА; причем чаще всего врачи сталкиваются с феноменом ПА в рамках панического расстройства, которое имеется у 9 – 10% пациентов с кардиальными нарушениями в среднем возраст пациентов, сталкивающихся с приступами, составляет 20-30 лет. Как можно предположить, ориентируясь на возрастную категорию, причиной именно этого возрастного диапазона является общая важность данного периода для человека, ведь именно в это время происходят события, наиболее для него важные. Соответственно, события эти впоследствии оказывают существенное влияние на формирование человека как личности. Статистика также указывает на то, что женщины в три раза чаще сталкиваются с приступами панических атак. Следует отметить, что панические атаки сами могут выступать в качестве симптома, касаясь, тем самым, соматоформных функций, феохромоцитомы, депрессивных расстройств и фобий, сердечных заболеваний, заболеваний митохондриальных и эндокринологических и т.д. Помимо этого, свое влияние на их возникновение может оказывать прием определенных медрепаратов.

Симптомы, составляющие пароксизм [панической атаки]: симптомы ПА подразделяются на две группы: Аффективные проявления ПА и паникоассоциированные симптомы:

Аффективные проявления ПА: 1. пароксизмальный страх (часто сопровождающийся чувством неминуемой гибели) или 2. Тревога, стресс 3. ощущение внутреннего напряжения; Интенсивность основного критерия ПА (аффективно-го компонента – страх или тревога) может варьировать в широких пределах - от «выраженного аффекта паники» до «ощущения внутреннего напряжения с доминированием в клинической картине ПА ее вегетативной составляющей в последнем случае, когда на первый план выступает вегетативная составляющая ПА, говорят о «нестраховой» ПА или о «панике без паники»; атаки, обедненные эмоциональными про-

явлениями, чаще встречаются в терапевтической и неврологической практике и проявляются локальными или диффузными болями (головные боли, боли в животе, в области сердца, в позвоночнике, в спине и т.д.), мышечным напряжением, рвотой, сенестопатическими ощущениями (жар, обморожение, шевеление, переливание чего-то, пустота) и/или психогенными (то есть, конверсионными, истерическими) функционально-неврологическими симптомами. Как правило, тщательный расспрос пациентов, у которых с самого начала могут проявляться лишь соматические симптомы, например, головная боль, сердцебиение (связанные с психическим напряжением), позволяет обнаружить (жалобы на) выраженную тревогу, чувство внутреннего напряжения, беспокойства, страха того, что «что-то взорвется внутри»; Паникоассоциированные симптомы: 1. тахикардия; 2. диффузная потливость; 3. озноб, тремор, ощущение внутренней дрожи; 4. одышка; 5. боль или дискомфорт в левой половине грудной клетки; 6. тошнота или абдоминальный дискомфорт; 7. ощущение головокружения, неустойчивость, атаксия, 8. ощущение дереализации, деперсонализации; 9. страх смерти; 10. ощущение онемения или покалывания (парестезии) в конечностях.

Продолжительность панической атаки может сильно различаться, но, как правило, длится она более 10 минут. Паническая атака является одним из наиболее сильных потрясений, которое может перенести человек, и его симптомы могут быть схожи с сердечным приступом. Как правило, человек, который перенес приступ панической атаки, будет подвержен ей и дальше.

Некоторые медицинские условия, такие как аномалия щитовидной железы или анемия, а также некоторые лекарственные препараты могут вызывать приступы тревоги. Примеры таких препаратов включают в себя: метилфенидат (Риталин), лекарства от диабета (метформин и инсулин), лекарства от малярии (хинин), а также некоторые виды кортикостероидов.

Развитие панического невроза обусловлено рядом причин:

1. Образ жизни. Несбалансированное, нерегулярное питание, злоупотребление стимуляторами, алкоголем или даже наркотиками, хронический недосып и гиподинамия подготавливают благодатную почву для развития невроза.

2. Отсутствие навыков самоанализа. Подавленные чувства и страхи, проблемы отложенные «на потом». Нерешенные вопросы, общая неудовлетворенность собой провоцируют тревогу в самый неподходящий момент.

3. Закрепление устойчивой «панической» реакции на места, в которых атака уже возникала. 4. Биологические факторы. Гормональные перестройки (беременность, роды, окончание лактации, климакс). Начало половой жизни, аборт, прием гормональных препаратов. Менструальный цикл. Физиогенные. Алкогольные эксцессы. Метеотропные факторы, чрезмерные физические нагрузки.

5. Психологические факторы. Кризы могут возникнуть у гармоничных личностей с отдельными чертами высокой чувствительности (сенситивности) и реактивности, тревожности, демонстративности, склонные к депрессивным состояниям. Чаще они возникают у тех пациентов, у которых эти черты наиболее ярко выражены (акцентрированные личности). Или когда родители клиента или один из них обладает тревожным, мнительным характером, либо сверхкритичным, контролирующим поведением. Лечение панических атак. Максимально результатив-

ным при данном заболевании считается комплексное применение психотерапевтических методов и медикаментозной терапии. Чтобы купировать подобные проявления панического расстройства, наиболее подходящим признано воздействие когнитивно-бихевиоральной терапии.

Когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ), также когнитивно-бихевиоральная психотерапия (англ. cognitive behavioural therapy, СВТ) — широко распространённая комплексная форма психотерапии, сочетающая в себе когнитивную терапию с поведенческой терапией. Когнитивный подход исходит из предположения, что психологические проблемы и нервно-психические расстройства вызваны нелогичными или нецелесообразными мыслями и убеждениями человека, а также дисфункциональными стереотипами его мышления, изменив которые, проблемы можно решить. Поведенческий подход, основанный на теории бихевиоризма. Важнейшими категориями бихевиоризма являются стимул, под которым понимается любое воздействие на организм со стороны среды, в том числе и данная, наличная ситуация, реакция и подкрепление, в качестве которого для человека может выступать и словесная или эмоциональная реакция окружающих людей.

Этот метод лечения является краткосрочной терапией, включающей в себя различные релаксационные упражнения, направленные на изучение процессов мышления.

Когнитивно-бихевиоральная терапия помогает больным снизить дозу бензодиазепинов, притом, незамедлительный рецидив симптомов не возникает, и в целом, лечение улучшается.

К сожалению, большинство людей страдающих приступами панической атаки так и не обращаются за помощью к специалистам.

Осложнения при отсутствии лечения. При отсутствии лечения, приступы могут продолжаться неоднократно в течение нескольких месяцев, а то и лет. Осложнения могут проявляться в виде развития заболевания в другие психические расстройства, такие как: конкретные рациональные страхи (фобия), боязнь выхода из дома (агорафобия), избегания каких-либо социальных ситуаций, депрессия, суицидальные мысли или действия. Алкоголь, наркотики и другие психоактивные вещества могут лишь усугубить симптомы заболевания. Паническое расстройство также предполагает развитие сердечно-сосудистых заболеваний и преждевременной смерти.

#### Список литературы

1. Вейна А.М. Вегетативные расстройства М., 2000 г.
2. Каплан Г.И., Б.Джонс, Сэдок М. Клиническая психиатрия. 1994.
3. Курпатов А. Средство от страха. 2007 г.
4. Карпов С.М., Саркисов А.Я., Ивенский В.Н., Гандылян К.С., Христофорандо Д.Ю. Вегетативная дисфункция и психосоматическое состояние у пациентов с невралгией тройничного нерва. Фундаментальные исследования. 2013. № 3-2. С. 298-302.
5. Карпов С.М., Ивенский В.Н., Саркисов А.Я., Гандылян К.С., Христофорандо Д.Ю. Психосоматическое состояние больных с невралгией тройничного нерва. Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева. 2013. Т. XLV. № 2. С. 13-17.
6. Шемякина О.А., Шемякин Ю.Г., Карпов С.М. Использование иглотерапии в процессах вегетативной регуляции при цереброваскулярных заболеваниях. Клиническая неврология. 2013. № 2. С. 58-62.
7. Karпов S.M., Dolgova I.N., Vishlova I.A. The main issues of topical diagnosis of nervous system diseases. Ставрополь, 2015.

### ДИСЦИРКУЛЯТОРНАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ. КЛИНИКА. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Рейхани Э.А., Оздоева К.М., Шевченко П.П.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия, minahanum@yandex.ru

**Актуальность.** Хронические формы сосудистой патологии головного мозга в последнее время стали более весомыми в структуре цереброваскулярной за-

болеваемости. Из них наибольший удельный вес имеет дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ), которая по данным эпидемиологических исследований составляет до 67 % в структуре сосудистой патологии. Термином “дисциркуляторная энцефалопатия” обозначается цереброваскулярная патология, развивающаяся при множественных очаговых или диффузных поражениях мозга. Диагноз дисциркуляторной энцефалопатии устанавливается при наличии основного сосудистого заболевания и рассеянных очагов неврологических симптомов в сочетании с общемозговыми: головная боль, головокружение, шум в голове, снижение памяти, работоспособности и интеллекта [1, 2].

Необходимо установить связь между клиническими проявлениями и патологией церебральных сосудов. Для правильной трактовки выявленных изменений весьма важны тщательный сбор анамнеза с оценкой предшествующего течения заболевания и динамическое наблюдение за больными. Следует иметь в виду обратную зависимость между выраженностью жалоб и неврологической симптоматикой и параллельность клинических и параклинических признаков при прогрессировании сосудистой церебральной недостаточности. Целесообразно использование клинических тестов и шкал с учётом наиболее распространённых при данной патологии клинических проявлений (оценка равновесия и ходьбы, выявление эмоционально-личностных расстройств, проведение нейропсихологического тестирования).

Задача инструментальных методов - уточнить уровень и степень поражения сосудов и вещества мозга, а также выявить фоновые заболевания. Решают эти задачи с помощью повторных записей ЭКГ, проведения офтальмоскопии, эхокардиографии (по показаниям), спондилографии шейного отдела (при подозрении на патологию в вертебробазиллярной системе), ультразвуковых методов исследования (ультразвуковая доплерография магистральных артерий головы, дуплексное и триплексное сканирование экстра- и интракраниальных сосудов). Структурную оценку вещества мозга и ликворных путей проводят с помощью визуализирующих методов исследования (МРТ). Для выявления редких этиологических факторов проводят нейнвизивную ангиографию, позволяющую выявить аномалии сосудов, а также определить состояние коллатерального кровообращения. [6].

**Цель.** Провести анализ современных методов диагностики, клиники и лечения.

**Результаты:** Лечение пациентов с ДЭП является комплексным и обычно включает в себя вазоактивную, ноотропную и нейрометаболическую терапию. Важно начинать лечение на возможно более ранних стадиях, поскольку именно в этих случаях можно надеяться на заметный терапевтический эффект.

Основные направления терапии определяются характером сосудистого процесса, явившегося причиной цереброваскулярной патологии, и обязательно проводятся на фоне нормализации образа жизни и исключения факторов риска (отказ от курения, коррекция диеты, оптимальные физические нагрузки, лечение сопутствующих заболеваний). [4, 8].

Учитывая целесообразность поиска эффективной терапии при дисциркуляторной энцефалопатии особый интерес представляет церебролизин. Препарат повышает эффективность аэробного энергетического метаболизма головного мозга, защищает нейроны от повреждающего действия лактацидоза, предотвращает образование свободных радикалов, повышает выживаемость и предотвращает гибель нейронов в условиях гипоксии и ишемии, уменьшает поврежда-