

ТЕХНОЛОГИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЭПИЗОДИЧЕСКОЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТРЕВОГОЙ

Казенных Т.В., Епанчинцева Е.М., Иванова А.А., Лебедева В.Ф., Бохан Н.А.

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт психического здоровья», Томск, e-mail: kazennykh@sibmail.com

Разработана технология реабилитации пациентов с эпизодической пароксизмальной тревогой, которая включает в себя дифференцированную реабилитационную программу, направленную на повышение эффективности лечения пациентов с эпизодической пароксизмальной тревожностью. На примере 16 пациентов показана эффективность предлагаемой технологии. Предлагаемая двухэтапная система реабилитации пациентов с эпизодической пароксизмальной тревожностью обеспечивает преемственность, комплексность и максимально индивидуализирует терапевтический подход. За счет своевременного включения пациентов в дифференцированную реабилитационную программу удается повысить социальные и индивидуальные саногенные ресурсы. При повышении профилактической и превентивной активности пациентов, активном их включении в реабилитационный процесс повышается позитивная медико-социальная активность больных, формируются и укрепляются установки на здоровый образ жизни, уменьшается нагрузка на государственные психиатрические и медико-социальные службы, экономятся человеческие и материальные ресурсы. Технология позволит сократить количество дней нетрудоспособности, проведенных пациентом в стационаре, частоту обращений в соматические и психиатрические амбулаторные и стационарные учреждения, уменьшить неблагоприятные социальные последствия и повысить уровень социальной адаптации, качество жизни и может быть широко использована в клинической практике. Медицинская технология разработана и внедрена в Федеральном государственном бюджетном научном учреждении «Научно-исследовательский институт психического здоровья».

Ключевые слова: эпизодическая пароксизмальная тревога, пароксизмальные расстройства, паническая атака, лечение, психотерапия, реабилитация, качество жизни.

TECHNOLOGY OF REHABILITATION OF PATIENTS WITH EPISODIC PAROXYSMAL ANXIETY

Kazennykh T.V., Epanchintseva E.M., Ivanova A.A., Lebedeva V.F., Bokhan N.A.

Federal State Budgetary Scientific Institution "Mental Health Research Institute", Tomsk, e-mail: kazennykh@sibmail.com

The technology of rehabilitation of patients with episodic paroxysmal anxiety has been developed which includes differentiated rehabilitative program directed at heightening the efficiency of treatment of patients with episodic paroxysmal anxiousness. In terms of 16 patients the efficiency of the proposed technology is shown. The proposed two-stage system of rehabilitation of patients with episodic paroxysmal anxiety ensures continuity, comprehensiveness and individualizes the maximum therapeutic approach. Due to the timely inclusion of patients in differentiated rehabilitation program manages to improve the social and individual sanogennykh resources. When the prophylactic and preventive activity of the patients, their active inclusion in the rehabilitation process increases positive health and social activity of patients, are formed and maintained on the installation on a healthy lifestyle, reducing the load on the public mental health and social services, saving human and material resources. The technology will reduce the number of disability days spent by the patient in the hospital, the frequency of queries in somatic and psychiatric outpatient and inpatient facilities, reduce the adverse social consequences and to raise the level of social adaptation, quality of life and can be widely used in clinical practice. Medical technology has been developed and introduced at Federal State Budgetary Scientific Institution "Mental Health Research Institute".

Keywords: episodic paroxysmal anxiety, paroxysmal disorders, panic attack, treatment, psychotherapy, rehabilitation, quality of life.

Панические пароксизмы являются широко распространенной проблемой [7]. Статистические источники свидетельствуют о том, что до 5 % населения сталкивались с подобными состояниями, при этом подавляющее большинство из них – жители мегаполисов

[2]. Социальноэкономический урон, наносимый обществу паническими расстройствами, обусловлен высокой заболеваемостью молодого трудоспособного населения и потерей профессионального статуса значительной части больных [1]. Панические атаки снижают качество жизни больных, влияют на течение и прогноз болезни, несвоевременно начатое лечение способствует хроническому течению болезни и усугублению тяжести состояния и нередко приводит к трудностям в дальнейшей терапии. Зачастую паническая атака выступает симптомом основной патологии – соматического заболевания (ИБС, нейроциркуляторной дистонии, язвенной болезни желудка, хронического аднексита и т.п.) или психического расстройства (ипохондрии, депрессии, истерического или тревожно-фобического невроза, невроза навязчивых состояний, шизофрении). Ее особенностями являются полисимптомность и диссоциация между объективными и субъективными симптомами, обусловленная психологическими факторами [4]. Существует несколько стратегий в реабилитации панического расстройства: первое – купирование самой панической атаки; второе – предупреждение (контроль) панической атаки и вторичных по отношению к панике синдромов (агорафобии, депрессии, ипохондрии и т. д.). Однако в настоящий момент не создано четких и эффективных программ реабилитации, охватывающих все звенья патогенеза патологического процесса, лежащих в основе различных вариантов тревоги. Недостаточная эффективность помощи больным ПА связана во многом с редким использованием комплексного подхода к лечению, с отсутствием четко определенных критериев использования различных методов лечения и препаратов с учетом неоднородности заболеваний, с недостаточной изученностью механизмов трансформации болезней и психофизиологических основ клинической неоднородности, с недостаточным вниманием, уделяемым механизмам пароксизмальности, лежащим в основе этих форм психосоматической патологии [3, 5, 6].

Материалы и методы. Проанализированы клиничко-статистические данные 16 пациентов с диагнозом эпизодическая пароксизмальная тревожность, проходивших стационарное лечение на базе клиники НИИ психического здоровья в 2016 году, с последующим динамическим наблюдением в Междисциплинарном центре профилактики пароксизмальных расстройств. Методами исследования явились клинический, клиничко-катамнестический, экспериментально-психологический, статистический.

Результаты. В 2016 году на базе 1 клинического психиатрического отделения клиники НИИ психического здоровья были пролечены 16 пациентов с эпизодической пароксизмальной тревожностью, 6 мужчин и 10 женщин в возрасте от 24 до 64 лет, средний возраст составил 34,25 года. Все пациенты имели семьи – либо родительские, либо собственные, до болезни 3 пациентов учились в ВУЗах, остальные были трудоустроены,

однако после дебюта заболевания 3 пациентов не смогли продолжать трудовую деятельность и были уволены, остальные продолжали учиться или работать, но указывали, что заболевание «мешает» им, обуславливая частые обращения к врачам с последующей выпиской больных листов. На момент госпитализации ведущим симптомом в клинической картине являлись приступы паники в виде сильного ощущения страха и внутреннего дискомфорта, которые возникали неожиданно, обычно без симптомов-предвестников и сопровождались пугающими физическими симптомами в виде внезапно начавшегося сердцебиения, удушья, боли в груди, головокружения, сильной слабости, чувства нереальности происходящего и собственной измененности. При этом почти всегда выявлялся страх внезапной смерти, утраты контроля над собой или страх сойти с ума. Панический приступ длился приблизительно 10–20 минут (максимум до 2 часов) и проходил сам собой, не оставляя никаких следов и не представляя реальной угрозы для жизни пациента.

Клинические проявления панического расстройства, отвечая диагностическим критериям, отличались значительным разнообразием. Выраженность собственно страха варьировала от тревоги, ощущения неясной угрозы до панического неконтролируемого страха, надвигающейся смерти. Все пациенты ярко описывали соматовегетативные проявления панической атаки (ПА). Чаще всего они предъявляли жалобы на учащенное сердцебиение, доходящее до ощущения «разрывает грудную клетку», «бьется в горле», сообщали о неприятных ощущениях в области сердца, варьирующих от прекардиального дискомфорта до интенсивных болевых ощущений. У значительного числа пациентов возникало чувство нехватки воздуха, вплоть до удушья, головокружение, «предобморочное состояние», больные жаловались на общую слабость либо ощущали слабость в ногах или руках, описывали дрожь во всем теле, иногда судорожные подергивания или ощущения «выкручивания» мышц. Часто отмечались потливость, покраснение или бледность кожных покровов, похолодание конечностей, ощущение покалывания или «ползания мурашек» в разных участках тела, головные боли. Нередкими были нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта – тошнота, боли или урчание в животе, частая диарея. Страх нарастал по мере развертывания соматовегетативных проявлений, сопровождался двигательным беспокойством или, напротив, скованностью во всем теле. На высоте страха нередко возникали деперсонализационно-дерелизационные явления. Первый эпизод панической атаки пациенты обычно связывали с ближайшими стрессовыми ситуациями, эмоциональными переживаниями, умственным или физическим переутомлением. Панические приступы повторялись с течением времени, возникали все чаще, нарастала

полиморфность клинических проявлений и длительность во времени; при этом реальных причин для их развития выявить не удалось.

Нами разработана и внедрена в практику технология реабилитации пациентов с эпизодической пароксизмальной тревожностью в виде двухэтапной системы, предусматривающей стационарный и амбулаторный этап наблюдения за пациентами.

На первом стационарном этапе на базе клиники НИИ психического здоровья проводится диагностика состояния, предусматривающая ЭКГ, суточный мониторинг ЭКГ и АД по Холтеру, фонокардиографию, УЗИ сердца, рентгенография легких, исследование уровня гормонов щитовидной железы и катехоламинов, ЭЭГ, Эхо-ЭГ, ЭЭГ-видео мониторинга с нагрузочными пробами для дифференциальной диагностики синкопальных состояний, рентгенография шейного отдела позвоночника, МРТ головного мозга, УЗДГ церебральных сосудов, УЗИ брюшной полости, щитовидной железы, определение иммунологических показателей и т.д. При необходимости пациенты направляются для консультации узкими специалистами – кардиолога, офтальмолога, гастроэнтеролога, пульмонолога, эндокринолога. Данный диагностический алгоритм позволяет наиболее точно определить генез расстройства, характера пароксизма, вклад в клиническую симптоматику имеющегося органического субстрата.

Для купирования собственно панической атаки использовали медикаментозные средства и психофизиологические приемы (обучение релаксации, переход на диафрагмальное дыхание, «дыхание в мешок»). Купирование приступа проводили с учетом характера пароксизма. При лечении *симптоадреналового пароксизма* необходимо учитывать его тяжесть и подбирать быстродействующие медикаменты. При высоких цифрах артериального давления применялись препараты, которые обеспечивают плавное и контролируемое снижение АД. В качестве гипотензивных препаратов предлагалось использовать внутрь или парентерально ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, бета-адреноблокаторы или блокаторы ионов кальция, мочегонные препараты, при этом артериальное давление необходимо снижать до привычного для больного уровня. Для экстренного снижения АД рекомендовали внутривенное введение лабеталола (2 мл в 1 мин) или нитропруссид натрия (0,3 – 0,5 мкг/кг в 1 мин). При тахикардии, ознобе, различных страхах – введение 1 % 1–3 мл раствора пирроксана внутримышечно или 4 мг сермиона, 1 мл (0,3 мг), редергина внутримышечно, либо 60–70 капель корвалола. Для уменьшения тревоги вводили 0,5 % 2 мл реланиума внутримышечно или 1 мл 1 % феназепама. Для купирования *вагоинсулярного пароксизма* рекомендовали введение 0,1 % 0,5–1,0 мл атропина сульфат подкожно или внутримышечно, 1 таблетка циклодола внутрь, в случае резкого снижения АД и частоты сердечных сокращений 1 мл раствора адреналина внутримышечно или 1 мл 1 %

раствора мезатона подкожно. При отсутствии эффекта применяли 50–100 мг допамина на 200–400 мл изотонического раствора хлорида натрия внутривенно капельно (вначале 3–6 капель в минуту) под контролем АД и пульса. При *смешанных видах* неэпилептических пароксизмов выбирали лекарственные средства в зависимости от преобладающей симптоматики, а также комбинированные средства, действующие как на симпатический, так и парасимпатический отделы вегетативной нервной системы (белласпон, ганглиоблокаторы и др.).

Лечение в межприступном периоде подразумевало предупреждение повторных приступов. Выбор препарата осуществляется в зависимости от структуры ведущего психопатологического синдрома: - депрессивный – антидепрессант, -тревожно-депрессивный – седативный антидепрессант или анксиолитик + антидепрессант, - тревожный – анксиолитик или седативный антидепрессант, - панический – седативный антидепрессант или анксиолитик, - фобический – антидепрессант. В схему терапии включались антидепрессанты, не вызывающие вегетативную дисфункцию (антидепрессанты третьего и четвертого поколения): трициклические – амитриптилин до 75 мг/сут., четырехциклические – рексетин (пароксетин) в начальной дозе 10 мг с постепенным наращиванием до 60 мг/сут., средняя поддерживающая доза, как правило, составляла 20 мг/сут., флуоксетин 20 мг/сут., золофт (сертралин) в начальной дозе 25 мг/сут. с последующим увеличением через 1 неделю до 50 мг/сут. При депрессии преимущественно с астеническими расстройствами, тревожно-депрессивными или тревожно-бредовыми компонентами эффект в первую неделю приема отмечался при включении в терапию ингибиторов МАО – пиразидола, который назначался в начальной дозе 50–75 мг/сут., разделенной на 2 приема, затем дозу постепенно увеличивали на 25-50 мг до 150-300 мг/сут. При преобладании в клинической картине тревожных расстройств применяли анксиолитик атаракс в дозе 25–100 мг/сут. в несколько приемов в течение дня или на ночь, при этом средняя доза составляла 50 мг/сут. (12,5 мг утром, 12,5 мг днем и 25 мг на ночь). При купировании вторичных психовегетативных синдромов использовали нейролептики – соннапакс до 75 мг/сут. или эглонил до 200 мг/сут. или хлорпротексин 10–15 мг на ночь.

Мы определили эффективные субстанции в лечении панической атаки: трициклические (тетрациклические) антидепрессанты неизбирательного действия (ТАД), например, имипрамин (мелипрамин), кломипрамин (анафранил), амитриптилин (триптизол), миансерин (леривон), мапротилин (людиомил); высокопотенциальные бензодиазепины (ВПБ), например клоназепам (антелепсин, ривотрил), алпрозалам (ксанакс); антидепрессанты избирательного действия (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), например, пароксетин (паксил), флувоксамин (феварин), сертралин (золофт), флуоксетин (прозак),

цитоплапрам (ципрамил), тианептин (коаксил) – препарат с особым механизмом действия (индуктор обратного захвата серотонина), оказывает нейромодуляторный эффект.

Каждый класс антипанических препаратов обладает как определенными достоинствами, так и недостатками (таблица 1).

Таблица 1

Сравнительная характеристика высокопотенциальных бензодиазепинов и антидепрессантов в лечении панических расстройств

	Бензодиазепины	Антидепрессанты
Антипаническая эффективность	да	да
Эффективность в отношении конкурирующей депрессии	не выяснено	да
Эффективность в отношении конкурирующей тревоги	да	нет
Эффективность в отношении агорафобии	менее выражена	более выражена
Длительность периода начала проявления эффективности	короткий 5–10 дней	длительный 2–4 недели
Синдром отмены	да	единичные описания
Кардиоваскулярное побочное действие	нет	да
Седативное побочное действие	да	нет
Использование в качестве поддерживающей терапии	не выяснено	да

Стратегии лечения мы предлагаем выстраивать в соответствии с тяжестью заболевания (таблица 2).

Таблица 2

Терапевтические стратегии эпизодической пароксизмальной тревожности в соответствии с тяжестью заболевания

Тяжесть заболевания	Терапевтические стратегии
<i>Мягкое ПР:</i> 4 атаки в месяц с мягкой симптоматикой; мягкая тревога ожидания; мягкая агорафобия	аутотренинг дыхательная гимнастика симптоматическая фармакотерапия
<i>Среднее ПР:</i> 4 атаки в месяц со средней симптоматикой; очевидная тревога ожидания; очевидная агорафобия, ухудшающая социальную адаптацию; средней выраженности депрессивное расстройство или коморбидный мягкий депрессивный эпизод	выбор фармакотерапии: ТАД СИОЗС Бензодиазепины
<i>Тяжелое ПР:</i> высокая частота атак (>10 в месяц) с тяжелой симптоматикой; тяжелая агорафобия, приводящая к социальной дезадаптации (потеря работы); коморбидность с тяжелым депрессивным расстройством, алкогольным и/или медикаментозным абюзом, социальной фобией, генерализованной тревогой, личностным	Комбинация фармакотерапии и психотерапии (одновременно или последовательно) комбинация - ТАД/СИОЗС - Бензодиазепины ТАД/СИОЗС - ТАД/СИОЗС/малые нейролептики

Проведение индивидуально разработанных терапевтических стратегий уже на 1 этапе реализации технологии способствовало добиться ранней терапевтической ремиссии, что

позволило сократить количество дней нетрудоспособности, проведенных пациентами в стационаре.

На втором амбулаторном этапе на базе Междисциплинарного центра профилактики пароксизмальных состояний проводилась стабилизирующая терапия, направленная на закрепление результатов (контроль панических атак), восстановление уровня социальной адаптации, преодоление агорафобических проявлений (тревога ожидания, избегающее поведение) и предотвращение ранних рецидивов (4–6 мес.), включает назначение (или продолжение приема) препаратов, обладающих антипаническим эффектом, проведение психокоррекционных мероприятий в виде индивидуальной и групповой личностно ориентированной (реконструктивной) психотерапии, основной целью которой являлось достижение позитивных личностных изменений (коррекция нарушенной системы отношений, неадекватных когнитивных, эмоциональных и поведенческих стереотипов), что ведет как к улучшению субъективного самочувствия пациента и устранению симптоматики, так и к восстановлению полноценного функционирования личности. Индивидуальная и групповая когнитивно-поведенческая терапия была направлена на выработку более адаптивных стратегий преодоления когнитивных нарушений и решение социально-психологических проблем. Целями семейной психотерапии являлось создание благоприятных условий микросоциального окружения, социальной поддержки, благоприятствующих выработке адаптивных стратегий преодоления социальных трудностей, психогений и когнитивных проблем, улучшению показателей адаптации в основных социальных сферах жизни, повышению качества жизни. Кроме того, использовались неспецифические методы терапии: общеукрепляющее воздействие лечебной физкультуры и стимулирующий эффект физиопроцедур, фито- и иглорефлексотерапии, а также различных видов массажа с целью повышения адаптационного ресурса физиологических процессов и укрепления саногенных механизмов у данной категории пациентов. Обязательным являлось проведение образовательных программ для пациентов, которые включали раздел о природе панических атак, принципах поддерживающей фармакотерапии (в том числе психофармакотерапии), сопутствующих заболеваниях, стрессе, здоровом образе жизни, психогигиене и т. д.). Большое значение имели мероприятия, препятствующие росту рентных установок, неадекватного отношения к болезни и процессу лечения.

Эффективность технологии оценили по 2 критериям – клиническому и социальному. Оценка психического состояния в динамике выявило полную редукцию клинических симптомов, прежде всего тревоги и паники, астено-вегетативных проявлений в 100 % случаев, что подтвердили проведенные спустя 3 месяца после окончания 2 этапа реабилитации тесты личностной и ситуационной тревоги и тесты на истощаемость. При

этом у всех пациентов была отмечена позитивная медико-социальная активность, формирование и укрепление установок на здоровый образ жизни, что способствовало их социальной адаптации, реинтеграции в общество и улучшения качества жизни. Все пациенты отметили улучшение межличностных взаимоотношений в семье и в трудовом коллективе, продолжили обучение и работу, 3 ранее не имевших работу сейчас трудоустроены.

Выводы. Предлагаемая двухэтапная система реабилитации пациентов с эпизодической пароксизмальной тревожностью обеспечивает преемственность, комплексность и максимально индивидуализирует терапевтический подход. За счет своевременного включения пациентов в дифференцированную реабилитационную программу удастся повысить социальные и индивидуальные саногенные ресурсы. При повышении профилактической и превентивной активности пациентов, активном их включении в реабилитационный процесс повышается позитивная медико-социальная активность больных, формируются и укрепляются установки на здоровый образ жизни, уменьшается нагрузка на государственные психиатрические и медико-социальные службы, экономятся человеческие и материальные ресурсы. Технология позволит сократить количество дней нетрудоспособности, проведенных пациентом в стационаре, частоту обращений в соматические и психиатрические амбулаторные и стационарные учреждения, уменьшить неблагоприятные социальные последствия и повысить уровень социальной адаптации, качество жизни и может быть широко использована в клинической практике.

Список литературы

1. Вейн А.М. Панические атаки / А.М. Вейн, Г.М. Дюкова, О.В. Воробьева, А.Б. Данилов; под ред. проф. А.М. Вейна. – Санкт-Петербург: Институт медицинского маркетинга, 2006. – 304 с.
2. Вейн А.М. Панические атаки. Лекции для практических врачей. – М.: Материалы Российского национального конгресса «Человек и лекарство», 1998; вып.2. – С.81-90.
3. Вейн А.М., Соловьева А.Д., Колосова О.А. Вегетативно-сосудистые пароксизмы (клиника, патогенез, лечение). – М.: Медицина, 1981. – 154 с.
4. Вертоградова О.П., Довженко Т.В., Мельникова Т.С. Панические расстройства в общесоматической практике //Журнал социальной и клинической психиатрии. – 1996. – Т. 6, № 3. – С. 34-40.
5. Гребенюк О. В., Рудченко С. А., Казенных Т. В., Алифирова В. М., Котов Д. В., Поликарпов А. В., Астрейко Ж. А. Функциональный резерв сердечно-сосудистой системы у

пациентов с редкими пароксизмальными расстройствами сознания в анамнезе // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 3. – С. 54-57.

6. Казенных Т. В., Гребенюк О. В., Казенных В. В. Прогноз формирования фармакорезистентности больных эпилепсией // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 2 (77). – С. 78-84.

7. Казенных Т.В., Бохан Н.А., Андреев С.М. Распространенность и типология пароксизмальных состояний в Томской области // Успехи современного естествознания. – 2015. – № 1-5. – С. 772-780.