

Почему диагноз «паническое расстройство» лучше диагноза «вегето-сосудистая дистония»?

(значение психиатрических знаний и навыков для врача общей практики)

Р.А. ВСЕГНЕЕВ

/Кафедра психиатрии и наркологии БелМАПО/

Ключевые слова: вегето-сосудистая дистония, панические расстройства, селективные ингибиторы повторного захвата серотонина, бензодиазепиновые транквилизаторы

Цель настоящей статьи – обсудить вопрос о роли знаний в области распознавания и лечения психических заболеваний на примере одного из самых частых из них – панического расстройства для врача-интерниста. Потребность в таком обсуждении совершенно очевидна, о чем свидетельствуют следующие факты:

- психические расстройства в целом отмечаются как минимум у 25% пациентов учреждений первичного здравоохранения, причем именно их симптомы и являются причиной обращения за помощью;
- самыми частыми из таких расстройств являются тревожные (невротические) расстройства и депрессия – ими страдает как минимум каждый десятый пациент системы первичного здравоохранения; иными словами, любой участковый терапевт каждый день на приеме обязательно встречает 1-2 больных с патологической тревогой и 1-2 больных с депрессией; в соматических стационарах удельный вес этих пациентов еще выше;
- первым врачом, к которому такой пациент обращается за помощью, является, как правило, врач-интернист (чаще всего – участковый врач-терапевт);
- эти расстройства в общемедицинской практике до настоящего времени распознаются очень редко – до 80–90% этих пациентов рас-

цениваются как больные с той или иной соматической патологией, направляются на ненужные обследования и консультации, получают бесполезное лечение, заполняют соматические стационары, фактически не получая при этом помощи.

Все перечисленное выше ведет к огромным экономическим и моральным потерям, отнимает непропорционально много рабочего времени и сил у врача-интерниста, служит постоянным источником жалоб и конфликтов. Больные именно этой категории часто попадают в раздел «диагностически неясных», «трудных», «конфликтных», малокурабельных и т. д. Создается впечатление, что именно для этих пациентов сконструированы и чаще всего используются в нашей общей медицине «безразмерные» диагнозы типа *вегето-сосудистой дистонии, нейроциркуляторной дистонии, астено-невротического синдрома, невротического состояния* и т. п.

Вместе с тем то, насколько быстро врачом-интернистом будет распознан характер болезни и правильно переориентирована помощь, в решающей степени определяет течение заболевания, его исход, а нередко и весь дальнейший жизненный путь пациента. Это тем более важно, что в значительном большинстве случаев эти расстройства совсем нетрудно распознать и успешно лечить в условиях общемедицинской помощи: за последние 20–30 лет во многих странах с этой целью были созданы ориентированные на общую медицину и врача-интерниста обучающие программы, варианты классификаций психических расстройств, диагностические инструменты; разработаны эффективные лекарственные средства, методы психотерапии, литература для обучения пациента и т. д.; возможности лечения этих расстройств быстро растут.

Попробуем показать это на примере одной из наиболее частых в работе общепрактикующего врача форм патологической тревоги – **панического расстройства**.

Историческая справка

Эта форма патологии была выделена в виде самостоятельного заболевания из общей группы тревожных (невротических, связанных со стрессом) расстройств в конце 1970-х – начале 1980-х годов, что нашло отражение в американских классификациях психических и поведенческих расстройств DSM-III (1980) и DSM-III-R (1987). Интерес к ней еще более возрос в связи с тем, что к середине 1980-х гг. в практику вошли первые эффективные лекарственные препараты – сначала бензодиазепиновый транквилизатор альпразолам, а затем первые антидепрессанты – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС). В Международной классификации психических и поведенческих расстройств 10-го пересмотра (МКБ-10, 1992) и ее версии для врачей первичной медицинской помощи это расстройство выделено также в качестве самостоятельного, причем в разных его вариантах: F41.0 – паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревога); F40.0 – агорафобия, в том числе F40.00 – агорафобия без панического расстройства и F40.01 – агорафобия с паническим расстройством [4, 5].

Первые сведения в нашей стране стали доступны врачам в 1993–94 гг. и распространялись сначала преимущественно среди психиатров и психотерапевтов, в общей же медицинской практике до конца 1990-х – начала 2000-х гг. эти диагнозы по-прежнему почти не использовались. Диагнозами для этих пациентов оставались традиционные вегето-сосудистая (вегетативно-сосудистая) или нейроциркуляторная дистония, пароксизмальная тахикардия, диэнцефальный синдром и т. п. Большинство таких больных приходило к психиатрам слишком поздно – после долгих и безрезультатных соматических обследований, длительного лечения у терапевтов и неврологов или даже для установления группы инвалидности, поскольку все сроки временной нетрудоспособности были уже исчерпаны, а какого бы то ни было телесного заболевания у них так и не выявлялось. Это часто были люди измученные, неспособные продолжать работу, разочаровавшиеся во врачах и медицине в целом, нередко со вторичной депрессией, рентными установками, зависимостью от бензодиазепинов (диазепам, феназепам, нозепам и т. д.), алкоголя и барбитуратов (корвалол, валокордин и т. п.). Первые признаки улучшения ситуации появились лишь в последние 3–4 года, однако прогресс этот до сих пор минимален. Причины этого мы и хотим далее обсудить.

Распространенность, симптоматика

Распространенность панического расстройства среди взрослого населения составляет как минимум 1,5–2% и не отличается существенно в разных странах и культурах. Соотношение среди больных женщин и мужчин составляет 2:1 или даже 3:1. Подверженность болезни не зависит от принадлежности к тому или иному классу, профессии, социальной группе. Характерный возраст начала – от 20 до 30 лет, болезнь очень редко начинается до 14- и после 40-летнего возраста. Таким образом, пациенты – это обычно молодые и соматически здоровые женщины, проделавшие, тем не менее, длинный путь по системе медицинской помощи.

Картина болезни также довольно характерна. Самый яркий симптом – это *приступы острой тревоги (паники)*, возникающие внезапно, без явного внешнего повода и сопровождающиеся обильными вегетативными проявлениями: сердцебиением и пальпитацией («сердце колотится, выскакивает из груди»), затрудненным дыханием и чувством нехватки воздуха, дрожью, тремором конечностей или всего тела, потливостью, ощущением озноба, головокружением, тошнотой, чувством нереальности окружающего, а также острым страхом умереть или потерять над собой контроль. Продолжительность приступа – от 5 до 20 мин., частота – от одного в несколько месяцев до нескольких за день, в среднем 2–3 в неделю. Поведение человека во время приступа также весьма характерно – он в страхе мечется, ищет спасения, вызывает скорую помощь, обращается в приемные покои больниц; окружающие столь же напуганы происходящим и активно помогают пациенту, еще не зная о том, что вести себя нужно диаметрально противоположным образом.

По мере того как приступы повторяются, возникает следующее проявление болезни: так называемая *агорафобия* (страх пребывания в тех местах и при тех ситуациях, где в случае возникновения приступа будет невозможно получить помощь или можно «опозориться») нелепым поведением в глазах окружающих – то есть в толпе, больших магазинах, на рынках и стадионах, в кинотеатрах, переполненном транспорте, автомобиле, подземных переходах и т. д.). В последующем возникают *тревога ожидания* очередного приступа и *избегающее поведение*, что через некоторое время может полностью нарушить весь жизненный стереотип – человек боится выходить из дома, перестает ходить в магазины, ездить в транспорте, требует от членов семьи постоянного сопровождения и т. д. [1, 3].

Критериями для постановки диагноза панического расстройства в МКБ-10 [4] являются следующие:

- наличие повторных панических приступов (хотя бы нескольких в течение 1 мес.) с перечисленными вегетативными симптомами;
- отсутствие соматических и неврологических заболеваний, способных вызвать подобные состояния;
- отсутствие связи возникновения приступов с интоксикацией психоактивными веществами (например, психостимуляторами).

Течение болезни и судьба пациента

Можно выделить два основных сценария течения болезни – благоприятный и неблагоприятный. По первому из них (он происходит примерно в половине случаев) со временем приступы паники прекращаются, редуцируется остальная симптоматика, и человек выздоравливает. Второй вариант куда хуже. Вначале пациент обращается за медицинской помощью во время и сразу после приступов. Его обследуют с подозрением на то или иное неотложное состояние (инфаркт миокарда? нарушение ритма сердца? гипертонический криз? инсульт? гипогликемия при сахарном диабете? тиреотоксикоз?) вначале амбулаторно, а затем стационарно, однако никаких соматических причин происходящего не находят; при этом число обследований намного больше, чем у обычного пациента. При очередном приступе и обследовании такому больному устанавливают диагнозы вегето-сосудистой (нейроциркуляторной) дистонии и им подобные (перечислены выше) и проводят лечение, которое в принципе не может дать эффекта. Обследования продолжают и включают в себя все новые методы и все новых специалистов.

Так продолжается несколько лет; ни врачи, ни сам больной не могут дать объяснение происходящему, и у него формируется убеждение, что он болен какой-то редкой, но тяжелой болезнью, от которой в любой момент может наступить смерть. За это время у пациента формируются агорафобия и избегающее поведение, нередко возникает вторичная депрессия, ломается жизненный стереотип, возникает зависимость от бензодиазепинов, барбитуратов или алкоголя (в 20–30% случаев) и наступает инвалидность [1–3].

Решающим условием того, как сложится судьба пациента, является то, насколько рано будет установлен действительный диагноз, поскольку одно это уже в корне меняет план лечебных мероприятий.

Лечение

Паническое расстройство, особенно на ранних и средних этапах болезни, вполне курабельно, и выбор эффективных препаратов для его лечения из

года в год увеличивается. Сегодня препаратами первого выбора в его лечении являются либо антидепрессанты – СИОЗС, либо бензодиазепиновые транквилизаторы альпрозолам и клоназепам. Другие бензодиазепины антипаническим эффектом не обладают, поэтому часто встречающееся на практике применение у этих больных диазепам (сибазона, реланиума), феназепам, элениума, радедорма, медазепам и т. д. является ошибочным.

Относительным преимуществом бензодиазепинов является более быстрое (за 1–2 недели) воздействие на частоту приступов и тревогу ожидания, поэтому с них начинают лечение в тех случаях, когда приступы частые и развернутые, с обильной вегетативной симптоматикой; пациент нуждается в быстром облегчении состояния и еще не готов к длительной совместной работе. В то же время, серьезным недостатком этих препаратов является их способность вызывать привыкание, пристрастие и зависимость, что может быть даже тяжелее основного заболевания. Для этого бывает достаточно уже 3–4 недель их бесконтрольного приема; поэтому при лечении пациентов с недостаточным комплаенсом, склонных к самолечению, много курящих и пьющих, с резко выраженными личными особенностями от использования бензодиазепинов лучше отказаться. Опасность формирования зависимости тем выше, чем больше доза препарата. Именно по этим причинам роль транквилизаторов-бензодиазепинов в лечении панического расстройства во многих странах мира в последние годы уменьшилась, а антидепрессантов-СИОЗС – напротив, увеличилась.

Преимуществами антидепрессантов группы СИОЗС является более широкое и глобальное воздействие на симптомы панического расстройства – не только частоту и интенсивность приступов, но также агорафию, избегающее поведение, вторичную депрессию, а также отсутствие опасности развития привыкания, пристрастия и зависимости. Эффект при их применении наступает к 3–5-й неделе приема.

По принятым сегодня в мире стандартам к числу препаратов первого выбора в лечении панического расстройства из числа СИОЗС относится пароксетин [6]. Методика лечения довольно проста – пароксетин (в нашей

стране используется препарат рексетин производства компании Гедеон Рихтер) назначают, начиная с дозы 10 мг 1 раз в день утром во время еды, постепенно добавляя по 10 мг 1 раз в неделю в один утренний прием до получения эффекта (он обычно наступает при дозе от 20 до 40 мг и требует 3–5 недель приема препарата).

Если панические приступы не редуцируются через 6–7 недель терапии, необходима помощь психиатра. Более подробные сведения о фармакотерапии панического расстройства заинтересованный читатель без труда найдет в литературе [1–3, 6].

Заметим, что использование при паническом расстройстве лекарственных препаратов на основе валерианы (настойка, настой, экстракт), пустырника, а также бромидов (валокармид и др.) неэффективно. Применение же в этих случаях барбитуратов в любом виде (валокардин, корвалол, валоседан) представляет собой опасный анахронизм, поскольку несет опасность развития тяжелой лекарственной зависимости и ухудшения когнитивных (познавательных) функций пациента.

Образование пациента и его близких

Оно включает ясное информирование пациента и его семьи о характере расстройства, обучение правильному поведению во время приступа и пересмотр ряда ошибочных, иррациональных взглядов и убеждений, на основе которых и развиваются симптомы расстройства [2]. Во время приступа необходимо рекомендовать пациенту вести себя следующим образом:

- оставаться на месте и не искать помощи, так как приступ не угрожает жизни и в любом случае за 10–20 мин. пройдет и сам по себе;
- избегать учащенного дыхания, поскольку гипервентиляция усиливает тревогу; при появлении первых приступов паники замедлить дыхание до 10 вдохов в минуту, дышать как можно медленнее, с задержкой дыхания, на счет, с паузами между вдохами; хорошо сделать 10–15 медленных вдохов и выдохов в бумажный пакет;
- членам семьи и другим окружающим во время приступа нужно оставить пациента в одиночестве, им запрещается оказывать ему какую бы то ни было помощь;
- приступы (как и другая симптоматика – агорафобия, избегающее поведение и др.) не должны давать пациенту так называемых вторичных выгод – то есть освобождения от работы, ответственности, повседневных обязанностей, усиленного внимания окружающих и т. д.;
- после того как диагноз панического расстройства установлен, лечащему врачу и близким следует пресекать требования пациента о проведении дополнительных соматических и неврологических обследований и консультаций, поскольку они только повышают уровень тревоги и неопределенности и препятствуют правильному лечению; на практике все чаще происходит обратное – врачом при этом движет страх жалоб и конфликтов, а родственниками – страх упреков в «черствости» и «бессердечности».

Более подробные сведения по всем этим вопросам читатель может найти в литературе [1, 2].

Что мешает выявлению и лечению панического расстройства в общемедицинской сети? К числу факторов, упорно препятствующих выявлению и лечению этой патологии врачами-интернистами, можно, на наш взгляд, отнести многие. Это, например, малый объем преподавания психиатрии на додипломном этапе (не более 1% от общего объема студенческих программ, тогда как в экономически развитых странах Запада – 10% и более) и почти полное отсутствие такого преподавания для врачей-интернистов на этапе последипломном, хотя все возможности для этого давно созданы.

Врач-интернист должен и имеет право ставить только соматические диагнозы, поэтому диагноз вегето-сосудистой (нейроциркуляторной) дистонии в общей практике – «законный», а панического расстройства – «незаконный». В действительности, согласно Закону Республики Беларусь «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (действует в стране с 1999 г.), диагноз любого психического расстройства вполне может быть поставлен каждым врачом-лечебником. Такой же подход содержит и современная Международная классификация психических расстройств ВОЗ, имеющая специальную версию, адаптированную для ее использования в общей медицинской практике [5]. Врач-интернист, поставив диагноз, вправе приступить к лечению расстройства точно так же, как врач-психиатр вправе обнаружить

у своего пациента и начать лечение соматического заболевания (например, острой пневмонии). Вполне понятно, что установление диагноза панического расстройства в общей медицинской сети не будет нести для пациента каких-либо социальных и иных ограничений.

Еще один действующий фактор – частое отсутствие у общепрактикующего врача мотивации на достижение результата собственными силами; в связи с этим часто срабатывает механизм «отфутболивания», который в отношении таких пациентов запускается очень легко. Печальные результаты этого для пациента описаны выше.

Вывод

Таким образом, паническое расстройство – это реальность, с которой приходится повседневно сталкиваться огромному числу врачей-интернистов разных лечебных специальностей, особенно в системе первичного здравоохранения. Хотя расстройство это сегодня в целом успешно лечится, однако исход его может быть и очень печальным; судьба пациента в решающей степени зависит от того, насколько рано это расстройство будет распознано и названо своим настоящим именем. Поэтому традиционно широкое использование для этих пациентов привычного диагноза «вегето-сосудистая дистония» (которого, кстати, вообще нет в действующей в Беларуси классификации и номенклатуре болезней МКБ-10 – ни в разделе психических расстройств, ни в разделе сердечно-сосудистых заболеваний) резко ухудшает прогноз болезни и их судьбу.

В то же время, способность рано распознать и лечить эту патологию, на наш взгляд, существенно увеличивает возможности общепрактикующего врача и его профессиональную ценность (тем более, что сделать это совсем нетрудно). Сказанное касается не только панического расстройства, но и ряда других часто встречающихся в работе врача-интерниста форм психической патологии.

Литература

1. Евсегнеев Р.А. Психиатрия для врача общей практики. – Минск: Беларусь, 2001. – 426 с.
2. Евсегнеев Р.А. Психиатрия для всех. – Минск: Беларусь, 2006. – 478 с.
3. Евсегнеев Р.А. Распознавание и лечение тревожных расстройств в общемедицинской практике: Метод. рекомендации. – Минск: МЗ Республики Беларусь, 1998. – 27 с.
4. МКБ-10. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств / Под ред. Ю.Л.Нуллера, С.Ю.Циркина. – СПб.: АДИС, 1994. – 303 с.
5. МКБ-10. Глава V. Версия для врачей первичной медицинской помощи. Психические расстройства в общей медицинской практике: Диагностика и лечебно-профилактические мероприятия. – М.: Феникс, 1997. – 54 с.
6. Психотропные средства: Справочник практикующего врача: Пер. с англ./ Ф.Бочнер, Дж.Аллардайк, Д.Эймс и др. – М.: Литтерра, 2004. – 296 с.

Резюме

Чому діагноз «панічний розлад» кращий за діагноз «вегето-судинна дистонія»?

Р.А. Євсегнеєв

Мета статті – обговорити питання про роль знань у галузі розпізнавання і лікування психічних захворювань для лікаря-інтерніста на прикладі панічного розладу, що трапляється найчастіше. Від розпізнавання характеру хвороби залежить перебіг захворювання, його результат, а нерідко і все наступне життя пацієнта. Сьогодні препаратами першого вибору в лікуванні панічних розладів є або антидепресанти – селективні інгібітори повторного захоплення серотоніну, або бензодіазепінові транквілізатори. Перевагами антидепресантів групи СІПЗС є ширша і глобальніша дія на симптоми панічного розладу.

Ключові слова: вегето-судинна дистонія, панічні розлади, селективні інгібітори повторного захоплення серотоніну, бензодіазепінові транквілізатори.

Summary

Why diagnosis “panic disorders” is better than diagnosis “vegetative vascular dystonia”?

R. Yevsegneyev

The aim of article – to discuss the role of knowledge in area of recognition and treatment of psychiatric diseases for internist on the example of panic disorder – one of most frequent of them. The disease course, its end and very often the next patient's life depend of real disease recognition. Modern first choice medications in treatment of panic disorders are either benzodiazepine tranquilizers or antidepressants – selective inhibitors of serotonin re-uptake. The last ones have their advantages – wider and more global effect on panic disorder symptoms.

Key words: vegetative vascular dystonia, panic disorder, selective inhibitors of serotonin re-uptake, benzodiazepine tranquilizers.