

УДК 616.89 - 008.441 - 053.6

ПАНИЧЕСКИЕ АТАКИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

А.Н. Мельников; Э.П. Станько, К.М.Н.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

В Международной классификации болезней 10-ого пересмотра эпизодическая пароксизмальная тревога выделена в отдельную форму нервно-психического нарушения в группе "Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства". Основным признаком её являются повторные приступы тяжёлой тревоги (паники), называемые ещё паническими атаками. Количество таких нарушений достаточно велико, в том числе, к сожалению, в детском и подростковом возрасте. В литературе они описаны крайне мало, а в детской психиатрии и психотерапии их почти нет.

Ключевые слова: паническая атака, дети и подростки, причинные факторы, клиническая картина, диагностика, лечение.

In the International Classification of Diseases of the 10-th review the episodic paroxysmal anxiety is singled out as a separate form of nervous and mental disorders in the group "Neurotic disorders, disorders connected with stress and somatoform disorders". Its main symptom are recurring attacks of severe anxiety (panic) also called panic attacks. The frequency of such disorders is rather high, unfortunately among children and adolescents as well. They have been described very little in literature and are almost absent in the infantile and juvenile psychiatry and psychotherapy.

Key words: panic attack, children and adolescents, causal factors, clinical picture, diagnostics, treatment.

В своей жизни человек нередко сталкивается с ситуациями, в которых он испытывает страх. Склонность к возникновению страхов - типичная особенность психогенных заболеваний и других форм патологии в детском возрасте. В определённые моменты страх может переходить в панику. Выделены самостоятельные клинические формы, при которых тяжёлые приступы тяжёлой тревоги (паники) не ограничиваются определённой ситуацией или конкретными обстоятельствами и поэтому непредсказуемы [6; 17].

Ещё в конце XIX века "тревожные атаки" (anxiety attack) описал Зигмунд Фрейд. При них тревога возникала внезапно, не была спровоцирована какими-либо идеями и сопровождалась нарушениями дыхания, сердечной деятельности и других телесных функций. Фрейд описывал такие состояния в рамках "невроза тревоги" или "невроза беспокойства" [4; 6].

Термин "панические атаки" в качестве отдельной клинической единицы существует в зарубежной литературе с 1980 года. У врачей-неврологов он больше фигурирует под маской вегетативно-сосудистого криза [4]. Панические атаки (ПА) обычно возникают у людей в возрасте 20-40 лет, однако сейчас описываются у детей в возрасте 10-15 лет. В целом их распространённость в популяции достигает 3 %, причём лица женского пола страдают в 2 раза чаще (Von Kroff G., 1985; Katon W., 1986).

Причинными факторами возникновения ПА могут быть как шоковые и субшоковые психические травмы, вызывающие острый испуг, так и тяжёлые психотравмирующие ситуации (у детей это длительная разлука с близкими, тяжёлая болезнь родителей и др.).

В этиологии немалая роль принадлежит также

некоторым факторам внутренних и внешних условий. В числе внутренних факторов особое значение имеют тревожно-мнительные черты характера и проявления психической незрелости в виде повышенной впечатлительности и внушаемости [9]. Определённую роль играет, по-видимому, и рецессивно-генетическая передача: у родителей достоверно повышен процент тревожно-депрессивных расстройств [17].

Основным способствующим ПА фактором внешних условий является неправильное воспитание типа потворствующей гиперпротекции с тревожными опасениями родителей по поводу здоровья ребёнка.

Огромное значение для клинической реализации ПА имеет нарушение вегетативной регуляции при обусловленности конституциональными особенностями организма, а может быть и результатом натальных и постнатальных травм, нейроинфекций, интоксикаций [15].

ПА могут быть спонтанными и спровоцированными. Факторы, провоцирующие криз, можно условно разделить на психогенные, физиогенные и биологические [4]. Среди психогенных факторов следует выделить кульминации конфликтов и острые реакции на стресс. К физиогенным относятся чрезмерные физические нагрузки, инсоляция (другие виды перегрева), переохлаждение, интоксикации, метеотропные факторы. Биологические факторы включают в себя менструации, начало половой жизни, беременность, аборт, приём контрацептивных средств.

Для клинической картины заболевания характерна приступообразность состояний паники. Приступ, продолжающийся от 10-15 минут до нескольких часов, наряду со сверхценными страхами, тревогой и сенсопатиями включает более или менее

длительное двигательное беспокойство и различные соматоневрологические расстройства: сердцебиение, потливость, затруднённое дыхание, неприятные ощущения в области сердца, дрожь [10]. Старшие дети и подростки во время приступа крайне ипохондричны, "прислушиваются" к телесным ощущениям, часто жалуются на остановку сердца, ощущение недостатка воздуха, затруднённое глотание, высказывают опасения или уверенность в наличии тяжёлого заболевания, неминуемой смерти, требуют немедленно вызвать врача. Тревожные опасения болезни или смерти могут распространяться и на близких.

На высоте панического приступа дети и подростки целиком охвачены страхом с трудом поддаются разубеждению, не верят в возможность выздоровления, ажитированы, испытывают тягостные телесные ощущения. При этом имеют место разнообразные вегетативные расстройства с преобладанием симпатико-адреналовой симптоматики: озноб, дрожь, учащённое сердцебиение, повышение АД, сухость во рту, бледность, а затем гиперемия кожных покровов с повышенной потливостью и одышкой. Приступ может завершиться повышенным мочеотделением [15]. У подростков (чаще у девочек) приступы страха нередко сопровождаются психосенсорными нарушениями (больше как нарушение схемы тела), а также явлениями деперсонализации и дереализации. Без коррекции и лечения панические атаки переходят в более стойкие сенестопатические ипохондрические состояния [11].

В зависимости от временного фактора панические атаки могут носить характер *пароксизмов* или *кризов* [4]. В первом случае - это сравнительно кратковременные (до 10-15 минут) нарушения с недомоганием, головной и лицевой болью, чувством дурноты, болью и чувством "замирания" в области сердца, бледностью или гиперемией лица, тошнотой, потливостью, учащением или замедлением сердечных сокращений, нарушением дыхания, головокружением, мышечной слабостью, "внутренней дрожью", учащёнными позывами к мочеиспусканию.

Кризисы отличаются более длительным и глубоким расстройством гомеостаза с обязательным включением лимбико-ретикулярных структур. Вегетативно-висцеральные нарушения становятся более длительными и могут выступать в самых различных вариациях с обязательным присоединением эмоционально-аффективных расстройств [18].

При протекании кризов с преимущественно вегетативно-висцеральной симптоматикой могут встречаться самые различные комбинации симптомов со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем, а также - желудочно-кишечного тракта. Особенно ярко проявляются эти изменения у подростков при нередко встречающихся так назы-

ваемых гипервентиляционных кризах. [7]. Ведущим ядром их является триада симптомов: усиленное дыхание, тетания и парестезии. Одновременно отмечается озноб, потливость, волны жара или холода и преходящая общемозговая и очаговая неврологическая симптоматика, очень часто к ней присоединяются сенестопатии [11]. Подобные варианты кризов получили название конверсионных.

Обилие симптомов делает порой чрезвычайно затруднительной дифференциальную диагностику панических атак и некоторых форм височной эпилепсии, а также истерикоформных расстройств.

При преобладании в кризах эмоционально-аффективных расстройств последние чаще представлены фобическими пароксизмами [2]. В этом случае ведущим клиническим проявлением становится страх. У детей это страх темноты, одиночества, отрыва от матери, больницы; у подростков - страх открытых пространств, высоты, большого количества людей, катастрофы, падения, возможности "сойти с ума", заболеть неизлечимым заболеванием. В связи с этим могут предприниматься защитные формы поведения: не выходят на улицу, постоянно моют руки, требуют присутствия рядом родственников. В последующем страх перестаёт быть конкретным и проявляется общей тревогой, напряжённостью, немотивированной агрессией [10]. К сожалению, такие приступы имеют и более отдалённые последствия, так как становятся фоном для формирования психопатологических черт характера, поскольку в динамике имеют тенденцию полностью не купироваться в межприступном периоде.

Таким образом, критерии, необходимые для диагностики ПА, следующие: 1) пароксизмальность; 2) полисистемные вегетативные симптомы; 3) эмоционально-аффективные расстройства, выраженность которых может колебаться от "ощущения дискомфорта" до "паники" [3, 4].

При наличии трудности в разубеждении и неверия в выздоровление дети и подростки в то же время отличаются повышенной внушаемостью в отношении своего здоровья и стремятся быть поближе к медперсоналу, в присутствии которого чувствуют себя спокойнее.

После окончания приступа появляется частичное критическое отношение к присутствовавшим во время атаки мыслям и опасениям. Характерно, что сознание чуждости, болезненности страхов и активное стремление к их преодолению не только в период приступа, но и вне его, отсутствуют в отличие от больных с навязчивостями.

Межкризовый период при ПА очень разнообразен - от полного отсутствия каких-либо нарушений до выраженных психовегетативных расстройств. Описываются в литературе генерализованная тревога, тревожное ожидание приступа с формированием на этом фоне избегательного или ограничительного поведения в крайнем своём вы-

ражении - депрессии. Тревожный синдром у детей в известной степени маскируется нарушениями сна (трудности засыпания и беспокойный сон, не дающий отдыха), мышечное напряжение, дрожь, постоянное беспокойство о своём будущем, суетливость.

Может встречаться и преимущественно астено-депрессивная симптоматика с соответствующими изменениями поведения и социальными проблемами. Даже неглубокая депрессия снижает социальную активность детей и подростков: ограничение контактов со сверстниками, снижение успеваемости и обычных интересов, отказ от увлечений, сужение круга интересов на состоянии здоровья и симптомах болезни, которые подростки могут ипохондрически разрабатывать и ещё больше погружаться в болезнь (здесь возможны мысли о смерти и самоубийстве).

Нередки в межкризовый период и истерические расстройства с типичными для них соматическими и поведенческими демонстрациями: болевые синдромы, преходящие функциональные неврологические расстройства (псевдопарезы, астазии-абазии, мутизм, амавроз, афония, припадки) (Claycomb J.V., 1983).

Весьма характерны в межкризовый период и разнообразные вегетативные симптомы в различных соматических сферах (в том числе и терморегуляторной), а также в системах потоотделения, сосудистой регуляции, мышечной и вестибулярной.

Лечение ПА у детей и подростков представляет собой сложную задачу и должно быть патогенетическим. Вполне оправдано назначение комбинаций симпато- и холинолитиков, ганглиоблокаторов, нейролептиков, транквилизаторов, сосудистых, десенсибилизирующих и ноотропных средств [5]. При этом помощь больным с ПА в ряде случаев может носить ургентный характер. Надо отметить, что купирование отдельных ПА с помощью типичных бензодиазепинов не приводит к излечению больного, зато способствует прогрессированию и хронизации болезни [4, 15].

В предупреждении повторного возникновения ПА, как убедительно показали многочисленные исследования с использованием двойного слепого плацебо-контроля, наиболее эффективными являются две группы препаратов: антидепрессанты и атипичные бензодиазепины (клоназепам и альпрозалам) [4, 5, 19].

Не следует забывать и о психотерапии (особенно при купировании психовегетативного синдрома с преобладанием астено-депрессивной, ипохондрической, обсессивно-фобической или истерической симптоматики), которая в современных условиях при интегративном её применении является крайне необходимой и может быть весьма эффективной [8, 14].

В межприступном периоде с психотерапией перспективно комбинировать физиотерапию (с

учётом её индивидуальной переносимости, особенно при назначении процедур на область головы и шеи). Здесь же патогенетически обоснованно применение сосудорасширяющих препаратов, венотоников, витаминов группы В, лёгких мочегонных средств [4, 15].

Лечение должно проводиться строго индивидуально с учётом этиологии, клиники, возраста больного, а нередко и чисто психологических и социальных факторов [19].

Литература

1. Акимов Г.А., Ерохина Л.Г., Стыкан О.А. Неврология синкопальных состояний. - М., 1987. - 208 с.
2. Бадалян Л.О., Берестов А.И., Дворников А.В. Головные боли у детей и подростков. - М., 1991. - 60 с.
3. Болдырев А.И. Эпилепсия у детей и подростков. - М., 1990. - 320 с.
4. Вегетативные расстройства / под ред. Вейна А.М. - М., 1998. - 750 с.
5. Гусель В.А., Маркова И.В. Справочник педиатра по клинической фармакологии. - Л., 1989. - 320 с.
6. Евсегнеев Р.А. Психиатрия / для врачей общей практики / - Мн., 2001. - 426 с.
7. Дорошкевич М.П., Каложный В.В. Неврозы и невротические состояния у детей и подростков. - Мн., 2004. - 223 с.
8. Игумнов С.А. Клиническая психотерапия детей и подростков. - Мн., 1999. - 190 с.
9. Карвасарский Б.Д. Неврозы / Рук. для врачей / - М., 1990. - 573 с.
10. Ковалёв В.В. Психиатрия детского возраста / Рук. для врачей / - М., 1995. - 560 с.
11. Ковалёв В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. - М., 1985. - 286 с.
12. Коровин А.М. Судорожные состояния у детей. - Л., 1984. - 222 с.
13. Микиртумов Б.Е., Кошавцев А.Г., Гречаный С.В. Клиническая психиатрия раннего детского возраста. - СПб., 2001. - 252 с.
14. Райтер М. Помощь трудным детям. - М., 1999. - 431 с.
15. Трошин В.М., Кравцов Ю.И., Радаева Т.М. Неотложная неврология детского возраста. - Н.Новгород, 1993. - 635 с.
16. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. М., 1987. - 304 с.
17. Шувалов А.В. Психиатрия, наркология, сексопатология / Новая классификация МКБ-10. - М., 2001. - 431 с.
18. Denber G.C.B. Textbook of clinical Psychopharmacology. Stuttgart: Georg Thieme Publisher. 1979. 356 p.
19. Menkes J. Textbook of Child Neurology. Philadelphia: Lea and Febiger, 1985. 827 p.

Resume

PANIC ATTACKS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

A.N. Melnikov, E.P. Stanko, Ph. D.
Grodno State Medical University

Panic attacks (recurring attacks of severe anxiety) are becoming more and more widely spread and not only in adult practice. An important role in their onset belongs to psychic shock, disturbing hypochondriac features of character, as well as natal and postnatal trauma while the recessive genetic way of transmission is also possible. Polysystemic vegetative symptoms and affective disorders prevail in the clinical picture. Phobic paroxysms are also actively represented among children and adolescents. The intercrises period may be both without disorders and with serious ones.

The treatment of panic attacks among children and adolescents represents a difficult task, because of demands for complex usage of vegetative psychotropic preparations, psychotherapy and other methods of therapy and prophylaxis.