

ПРОЕКТ (версия 14.02.2018)

Клинические рекомендации

## Паническое расстройство

МКБ 10: **F41.0**

Год утверждения (частота пересмотра):

ID:

URL:

Профессиональные ассоциации:

- **Российское общество психиатров**

**Утверждены**

Российским обществом психиатров

**Согласованы**

Научным советом Министерства

Здравоохранения Российской Федерации

— \_\_\_\_\_ 201\_ г.

## Оглавление

Ключевые слова .....	3
Список сокращений.....	4
Термины и определения.....	4
1. Краткая информация .....	5
2. Диагностика .....	7
3. Лечение.....	10
4. Реабилитация и диспансерное наблюдение .....	18
6. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания.....	19
Критерии качества оценки медицинской помощи .....	20
Список литературы.....	21
Приложение А1. Состав рабочей группы .....	30
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций .....	3131
Приложение А3. Связанные документы .....	33
Приложение Б1. Алгоритм ведения пациента .....	3434
Приложение Б1. Алгоритм терапии ПР .....	3435
Приложение В. Информация для пациента .....	37
Приложение Г. Рекомендуемые дозы препаратов, уровень доказательности и сила рекомендаций для лечения тревожно-фобических расстройств .....	3939

### **Ключевые слова**

- паническое расстройство
- диагностика панического расстройства
- лечение панического расстройства
- психофармакотерапия панического расстройства
- психотерапия панического расстройства
- оценка качества оказания помощи при паническом расстройстве

## Список сокращений

АД- антидепрессант(ы)

КПТ- когнитивно-поведенческая терапия

ПР- паническое расстройство

ПА- паническая атака

РКИ- рандомизированное клиническое исследование

СИОЗС- селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

цТМС – циклическая (импульсная) транскраниальная магнитная стимуляция

ТЦА- трициклические антидепрессанты

ЭКГ- электрокардиография

## Термины и определения

**Психофармакотерапия** - это применение фармакологических средств в лечении психических расстройств.

**Психотерапия** - это система немедикаментозного, преимущественно коммуникационного (словесного) лечебного воздействия на психику человека с целью лечения различных расстройств.

## **1. Краткая информация**

### **1.1 Определение**

**Паническое расстройство (ПР)** проявляется повторяющимися эпизодами (приступами) выраженной тревоги (паники), которые не ограничиваются какой-либо конкретной ситуацией или обстоятельствами и поэтому непредсказуемы. Кроме того, доминирующие симптомы включают внезапно возникающее сердцебиение, боль в груди, удушье, головокружение и чувство нереальности (деперсонализация или дереализация). Часто возникает вторичный страх смерти, потери контроля или сумасшествия. В связи с повторяющимися приступами у пациентов возникает страх рецидива панической атаки (ПА) и формирование т.н. охранительного поведения, направленного на избегание ситуаций, в которых у пациента ранее возникали панические атаки или, как он считает, они могут возникнуть. При этом приступы паники не должны быть обусловлены соматическим расстройством, употреблением психоактивных веществ, органическим психическим расстройством (F00-F09) или другим психическим расстройством, таким как шизофрения и связанные с ней расстройства (F20-F29), (аффективные) расстройства настроения (F30-F39) или соматоформные расстройства (F45-)[134].

### **1.2 Этиология и патогенез**

**Факторы риска.** Факторами риска для развития ПР являются наследственная отягощенность тревожными расстройствами, невротические расстройства в анамнезе, сексуальное или физическое насилие в детском возрасте, курение, предшествующие стрессы (развод, перенесенное тяжелое заболевание, смерть близкого человека) [63, 104, 109, 128].

**Нейробиология.** Полного понимания нейробиологии ПР на данный момент не достигнуто, хотя в многочисленных исследованиях была показана роль аномалий строения и функции лимбической системы, базальных ганглиев, структур ствола мозга, а также височной и префронтальной коры [4, 33, 36, 45, 47, 55, 101]. В отношении нейромедиаторных систем нарушения ГАМК-эргической передачи во фронтальной и височной коре, а также серотониновой в ядрах шва продолговатого мозга играют существенную роль в развитии панических атак [7, 41, 87]. Также есть свидетельства о роли орексиновой системы в патогенезе ПР [65].

### **1.3 Эпидемиология**

Распространённость ПР составляет, по различным данным, от 1,9 до 5%, примерно в два-четыре раза чаще отмечается у женщин. Наибольшая распространённость отмечается в возрасте 20-40 лет [21, 30, 86].

## **1.4 Кодирование по МКБ-10**

### **F41.0**

## **1.5 Классификация**

ПР в МКБ-10 [134] рассматривается под двумя шифрами- F41.0 как самостоятельное заболевание, и в рамках агорафобии (F40.0) в случае, когда последняя сочетается с паническими атаками. При этом в МКБ-10 отдельно указано, что при наличии у пациента диагноза депрессии, диагноз ПР сомнителен, так как паническая атака в этом случае, вероятнее всего, является вторичной по отношению к депрессии.

## **1.6 Клиническая картина**

Клиническая картина при паническом расстройстве характеризуется сочетанием повторных панических атак со страхом ожидания новых приступов и формированием охранительного поведения. [2,5,20]

Сами панические атаки описываются как крайне выраженная тревога (паника), сопровождающаяся страхом смерти, потери сознания, самоконтроля, страхом сойти с ума, деперсонализацией и дереализацией, а также выраженными вегетативными симптомами: ускоренным сердцебиением, усиленным потоотделением, болью в груди, головокружением, тошнотой, дискомфортом в животе, чувством жара или озноба, тремором, при этом симптомы могут варьировать у различных пациентов. Начало панической атаки обычно внезапное, длительность чаще всего составляет несколько минут, хотя может отмечаться большая длительность. Панические атаки подразделяются на атрибутивные, т.е. связанные с определённой ситуацией, местом, окружением и спонтанные, возникающие вне зависимости от каких-либо внешних обстоятельств [6,10,20].

Ключевым отличием панического расстройства от изолированных панических атак является формирование страха ожидания новой панической атаки и, как следствие, охранительного поведения, то есть избегания мест и ситуаций, в которых уже возникала паническая атака (например, общественного транспорта, большого скопления людей и т.п.) [5,10].

Паническое расстройство, особенно сопровождающееся атрибутивными паническими атаками, часто приводит к формированию агорафобии, т.е. страху выходить из дома: входить в магазины, толпу или общественные места или путешествовать одному в поездах, автобусах или самолетах и т.п. в зависимости от ситуации, в которой возникали панические атаки ранее [10,12]. В МКБ-10 в этом случае устанавливается диагноз «агорафобии с паническими атаками».

## **2. Диагностика**

### **2.1 Жалобы и анамнез**

При обращении к врачу пациенты, как правило, жалуются на внезапно возникающие и повторяющиеся эпизоды неконтролируемой тревоги и страха, сопровождающиеся чувством утраты контроля, страхом смерти или надвигающейся катастрофы. К физическим симптомам, которые возникают во время панической атаки, относятся ускоренное сердцебиение, потливость, озноб, дрожь, чувство нехватки воздуха, слабость или головокружение, зуд или онемение в конечностях, боль за грудиной или в области желудка, тошнота [5, 6, 20].

Многие пациенты, особенно в начале заболевания, воспринимают происходящее как симптомы жизнеугрожающего соматического расстройства, в связи с чем обращаются к терапевтам, кардиологам, неврологам и т.д., причем нередко убедить пациента в отсутствии реального соматического расстройства бывает нелегко [2,6].

Пациенты высказывают интенсивные опасения в повторении панической атаки, опасаются или избегают попадать в ситуации, в которых в прошлом развивались панические атаки [10, 20].

Курация пациента с подобными жалобами предполагает полноценное психиатрическое обследование, включающее получение анамнестических сведений. При сборе информации следует уделить особое внимание текущим стрессовым факторам в жизни пациента, недавним переживаниям по поводу расставания или смертей близких, межличностным проблемам, актуальным сомнениям и опасениям, эпизодам злоупотребления психоактивными веществами или алкоголем, истории медикаментозной терапии. Следует спросить о формировании избегающего поведения после возникновения панических атак. Важно подкрепить эти данные объективными сведениями, полученными от родственников пациента [2,5,8].

### **2.2.Физикальное обследование**

Подробное физикальное и неврологическое обследование пациентов с паническими атаками направлено на исключение органических причин вегетативных симптомов для подтверждения диагноза ПР. Важно обратить внимание на состояние сердечно-сосудистой и эндокринной систем, а также провести дифференциальную диагностику в отношении характерных для конкретного пациента вегетативных симптомов, таких как абдоминальные боли или головокружение [8, 16, 17].

### **2.3 Лабораторная диагностика**

Лабораторная диагностика играют вспомогательную роль в диагностике ПР и может быть рекомендована только при наличии значимых признаков соматической патологии [2,3]. При наличии показаний для дифференциальной диагностики с соматическими расстройствами, рекомендовано проведение стандартного набора лабораторных тестов: общий анализ крови с исследованием лейкоцитарной формулы; биохимический анализ крови: общий белок, альбумин, мочевины, креатинин, аланинаминотрансфераза (АЛТ), аспартатаминотрансфераза (АСТ), билирубин, исследование электролитов крови (натрий, калий, хлор); общий анализ мочи; определение уровня тиреоидных гормонов. Основная цель лабораторных обследований - исключение соматических причин жалоб пациента и подтверждение диагноза ПР. Кроме того, результаты тестов в некоторых случаях могут помочь разубедить пациентов в опасности их симптомов для физического здоровья.

### **2.4 Инструментальная диагностика**

ЭКГ, суточное мониторирование по Холтеру, МРТ, ЭЭГ и другие инструментальные исследования являются дополнительными и могут быть назначены при наличии анамнестических, возрастных или семейных рисков развития соматической патологии [3].

### **2.5 Психометрическая диагностика**

При необходимости, можно использовать часть опросника PHQ (Patient Health Questionnaire, Опросник по состоянию здоровья) [120], посвященного скринингу панических атак (см. Приложение Д).

### **2.6 Дифференциальная диагностика**

ПР необходимо дифференцировать от панических атак, возникающих в рамках других психических заболеваний, в особенности депрессии и биполярного расстройства [3, 5, 64]. В этой ситуации паническая атака является симптомом основного заболевания, на терапию которого в первую очередь должно быть направлено внимание врача. Также следует проводить дифференциальный диагноз с посттравматическим стрессовым расстройством, последствиями употребления алкоголя, наркотиков или лекарственных препаратов, а также с соматическими заболеваниями (ИБС, нарушения мозгового кровоснабжения, гипертония, эпилепсия, астма, феохромоцитома, гипертиреоз, гипогликемические состояния и др.) [11, 42, 54, 57, 121, 134].



### **3. Лечение**

#### **3.1 Консервативное лечение**

В настоящий момент, согласно литературным данным и клиническим рекомендациям по лечению, по совокупности факторов психотерапевтическое и психофармакологическое лечение ПР являются равноправными стратегиями выбора [22, 29, 85].

В связи с этим выбор конкретного метода основывается на индивидуальных особенностях пациента (противопоказания к проведению психотерапии указаны в соответствующем разделе) и доступности того или иного вида лечения в текущих условиях.

Преимуществами психотерапии является отсутствие соматических побочных эффектов лечения и, согласно некоторым исследованиям, лучшая сохранность достигнутых результатов (для когнитивно-поведенческой терапии (КПТ)) (С5)[29, 72]. Недостатком является большая стоимость, необходимость еженедельных визитов, критическая значимость личной мотивации и вовлеченности пациента в процесс лечения. Психофармакотерапия требует меньше материальных и временных затрат, но достаточно часто вызывает выраженные побочные эффекты и рецидивы симптоматики после отмены лечения.

В целом, при отсутствии противопоказаний, замотивированности пациента на работу, доступности и финансовой возможности, психотерапевтическое лечение (в первую очередь КПТ) представляется более предпочтительным.

В определенных случаях возможно применение комбинированного лечения с одновременным проведением психотерапии и назначением психотропного лечения. Согласно части литературных данных, такой подход обеспечивает несколько большую эффективность лечения [50], хотя может повышать вероятность рецидива после его отмены в сравнении с исключительно психотерапевтическим лечением [29, 74, 129].

В некоторых ситуациях (выраженная симптоматика ПР в сочетании с социальной дезадаптацией) возможно назначение такого комбинированного лечения с самого начала терапии, хотя в целом лучше все же начинать с монотерапии тем или иным способом. Комбинация психотерапии и психофармакотерапии наиболее оптимальна в случае, когда инициальное лечение тем или иным методом дало частичный результат, но полностью не купировало симптомы. У таких пациентов подключение метода терапии другой модальности, то есть психотерапии к психофармакотерапии или наоборот, в зависимости от инициального лечения, является одной из оптимальных терапевтических стратегий [58, 59, 61, 66, 95].

Алгоритм терапии в схематическом виде представлен в Приложении Б2.

### **3.1.1 Психофармакотерапия**

#### **Этапы психофармакологического лечения**

Терапия ПР подразделяется на три этапа - купирующий (борьба с основными симптомами), продолженный (стабилизация состояния) и поддерживающий (профилактика рецидивов) [1, 12, 29, 85]. Кроме того, отдельно выделяется терапия купирования начавшейся панической атаки [9].

#### **Эффективность различных групп психофармакологических препаратов**

Эффективность терапии ПР надежно доказана для части АД: СИОЗС (А1), венлафаксина (А1), ТЦА - имипрамина и кломипрамина (А2) [1, 7, 9, 12, 13, 14, 15, 23, 91]. Важно отметить, что для амитриптилина нет надежных данных, демонстрирующих его эффективность при ПР, в связи с чем его назначение при данной патологии не рекомендовано (F).

Имеются данные о возможной эффективности некоторых других антидепрессантов: миртазапина (С5) [35,102], моклобемида (С5) [68], дулоксетина (С5) [115] и милнаципрапа (С5) [34].

Эффективность терапии ПР доказана для нескольких бензодиазепинов: алпразолама, клоназепама, диазепама и лоразепама (А2) [74, 122, 125, 126]. Касательного бромдигидрохлорфенилбензодиазепамина качественных исследований эффективности его использования в отношении ПР нет, но в связи со схожей химической структурой и эффектами с другими бензодиазепинами, широким применением и наличием показаний для лечения страха и тревоги в официальной инструкции, он может быть использован для лечения ПР (С5) [19].

Эффективность других групп препаратов в настоящее время надежно не подтверждена. Отдельные исследования показывают эффективность антиконвульсантов: вальпроата натрия (С5) [90,132], габапентина (С5) [92,96] и тиагабина [135].

Атипичные антипсихотики, такие как рисперидон [116], оланзапин [110] и арипипразол [62], в открытых исследованиях продемонстрировали эффективность в отношении терапевтически резистентного ПР только в сочетании с АД (С5). Кветиапин, несмотря на наличие отдельных сообщений об эффективности, в открытом исследовании оказался неэффективен (F), во всяком случае, в отношении резистентного к СИОЗС ПР [53].

Доказана неэффективность буспирона (Е) [114], бупропиона (Е) [113] и пропранолола (Е) [83] для лечения ПР.

Касательно травяных препаратов, фенобарбитала, N1- блокаторов (гидроксизин) данных о эффективности и безопасности применения при ПР нет, их назначение не рекомендуется (F).

### Антидепрессанты

Различные СИОЗС, венлафаксин и два препарата из группы ТЦА (кломипрамин, имипрамин) в целом сравнимы по эффективности в отношении лечения ПР (A1) [25, 99]. При этом по профилю безопасности СИОЗС и венлафаксин превосходят ТЦА (A1) [31, 37], в связи с чем эти препараты являются психофармакотерапией первого выбора при этой патологии (A1), тогда как ТЦА являются препаратами второй линии и могут быть назначены только в случае неэффективности терапии СИОЗС/венлафаксином (A1). Более того, рекомендации NICE [85] считают оправданным назначение ТЦА только после 12-ти недель безуспешного лечения СИОЗС.

Частыми побочными эффектами СИОЗС и венлафаксина являются тошнота, снижение аппетита, расстройства стула, сексуальная дисфункция. Все эти явления во многом связаны с основным нейротрансмиттерным эффектом препаратов – активизацией серотонинергической системы [14, 51, 111, 117]. Важно отметить, что рекомендации NICE [85] не рассматривают венлафаксин как средство терапии ПР, в отличие от других клинических рекомендаций по терапии [28]. Кроме того, для венлафаксина характерна несколько худшая переносимость и профиль побочных эффектов, чем для СИОЗС (в первую очередь возможное повышение артериального давления, что не характерно для СИОЗС) [48, 127].

Для ТЦА более характерны антихолинергические эффекты (сухость во рту, запоры, задержка мочеиспускания, нарушения аккомодации, тахикардия, когнитивная дисфункция в виде снижения памяти, внимания и затруднения процессов обучения), сонливость, головокружение, сексуальная дисфункция, потливость, ортостатическая гипотензия [81, 88]. Назначение ТЦА не рекомендовано у лиц пожилого возраста в связи с особой опасностью антихолинергических эффектов у этой группы пациентов, особенно при наличии сопутствующих заболеваний, например, аденомы предстательной железы, закрытоугольной глаукомы и др.[119].

Одним из главных недостатков антидепрессантов всех групп при лечении ПР является длительное время развития эффекта - около 3-4 недель [14, 22, 90]. Кроме того, в начале лечения может возникать усиление тревоги [117], что требует осторожной титрации дозы (например, начала терапии с низких доз препаратов (1/4 от рекомендуемой

инструкцией (С5)) и/или комбинации с бензодиазепинами на начальном этапе (А2) [52, 98, 133].

### Бензодиазепины

Для бензодиазепинов (алпразолама, лоразепама, клоназепама, диазепама) характерно быстрое развитие эффекта: через несколько минут после применения пациенты ощущают облегчение симптоматики панической атаки [19, 22, 38, 89], в связи с чем препараты именно этой группы рекомендуется использовать для ее купирования (А2). Ограниченное применение препаратов данной группы связано с профилем их безопасности, а именно развитием зависимости, нарастанием толерантности, седацией, нарушениями памяти [22, 97]. Часто используемой в рутинной практике стратегией является комбинация бензодиазепамина и АД на период развития эффекта последнего (первые несколько недель лечения). Согласно некоторым исследованиям [52, 98, 133], такая тактика может быть целесообразной (А2), но при этом необходимо учитывать несколько важных моментов:

- 1) С большой осторожностью следует назначать бензодиазепины пациентам с теми или иными зависимостями (алкоголизм, наркомания, токсикомания), как текущими, так и анамнестическими, так как для них известен феномен перекрестной зависимости, а также более быстрого нарастания толерантности [67]. Стоит приложить все возможные усилия для сбора наркологического анамнеза в этой ситуации, так как среди пациентов с ПР зависимости от психоактивных веществ встречаются относительно часто [18, 43, 44, 69].
- 2) Применение бензодиазепинов у пожилых пациентов не рекомендовано в связи с высоким риском падений (С5) [31, 32].
- 3) Назначение бензодиазепинов «по потребности», согласно исследованиям, оказывается менее эффективной и безопасной стратегией, чем постоянный прием по рекомендованной схеме (С5) [130]. Этот феномен может объясняться как неадекватным увеличением дозы самими пациентами из-за страха развития панической атаки, так и резкими изменениями концентрации препаратов в плазме крови. Кроме того, прием бензодиазепинов «по потребности» для пациентов может становиться своеобразной формой охранительного поведения: пациенты «на всякий случай» носят с собой препараты и могут применять их при подозрении на начинающуюся паническую атаку. Данная стратегия

может приводить к усилению страхов перед приступами паники и существенно затрудняет психотерапевтическую работу с пациентом.

- 4) При назначении бензодиазепинов следует учитывать период полувыведения бензодиазепина при решении вопроса о частоте приема. Например, алпразолам в связи с относительно небольшим периодом полувыведения следует назначать с частотой не менее 3 раз в день.
- 5) Оптимальная длительность курса приема бензодиазепинов составляет 2-3 недели, по истечении которых препарат желательно постепенно отменить. Более длительная монотерапия бензодиазепинами может быть показана только в случае полной резистентности к АД, при этом максимально допустимый курс лечения составляет не должен превышать 6 месяцев (B4) [22, 26, 38].

Особое внимание при динамическом наблюдении пациента, получающего бензодиазепины, нужно уделять признакам формирования зависимости и нарастанию толерантности. При обнаружении вышеуказанных симптомов, необходимо отменить ранее назначенный препарат.

#### Комплаентность

При неэффективности инициальной терапии в первую очередь необходимо убедиться в том, что пациент комплаентен, так как нарушение режима приема препарата является причиной формирования резистентности к лечению в значительной части случаев [22, 31, 82]. Нарушения режима терапии могут быть связаны с побочными эффектами, недостаточным пониманием пациентом необходимости следовать назначениям, ощущению отсутствия эффекта от лечения (особенно при приеме АД, эффект которых отсрочен) и невнимательным отношением к лечению. Для повышения комплаентности следует обговорить с пациентом возможные побочные эффекты, разъяснить важность четкого соблюдения приема таблеток в указанное время, а также постепенность развития эффекта некоторых препаратов. Возможной помощью в преодолении невнимательности может стать ведение дневника пациентом с записью времени приема лечения. В случае выявления факта нарушения режима терапии, нужно постараться выяснить причину произошедшего и совместно с пациентом выработать механизм решения возникшей проблемы.

#### Противорецидивная терапия

Противорецидивная терапия показана всем пациентам с ПР в связи с высоким риском обострения состояния в случае отмены лечения после наступления ремиссии (A1) [46, 73, 76, 94, 103].

Согласно имеющимся данным, рекомендуемый срок поддерживающей терапии антидепрессантами составляет как минимум 6 мес [85], в некоторых источниках - до 12 и более (A1) [22]. Проводить поддерживающую терапию следует в той же дозе, на которой был достигнут положительный эффект. Важно отметить, что по окончании срока противорецидивной терапии отмену приема препарата следует проводить постепенным снижением дозы с тщательным контролем состояния пациента на протяжении как минимум 3-х месяцев (A1) [22, 85]. Данная рекомендация связана с возможным возникновением синдрома отмены при резком прекращении приема антидепрессантов [48].

В отношении бензодиазепинов общие рекомендации предписывают их применение короткими курсами (A2) [20, 38, 75]. В связи с этим по соображениям безопасности длительный прием бензодиазепинов (до 6 мес) может быть оправдан только в том случае, если терапия антидепрессантами неэффективна (B4) [84, 118, 131]. Важно иметь в виду, что прекращение приема бензодиазепинов должно проводиться с постепенным снижением дозы для уменьшения выраженности синдрома отмены [103]. При этом препараты с коротким периодом полувыведения (алпразолам и лоразепам) вызывают более выраженные синдромы отмены, чем препараты с более длительным (клоназепам, диазепам) [131].

Для других препаратов длительность противорецидивного лечения в РКИ подробно не изучалась, в этой ситуации следует исходить из клинической картины заболевания.

### **3.1.2 Психотерапия**

#### **Рекомендованные психотерапевтические методы:**

#### **1. Рекомендовано использование когнитивно-поведенческой психотерапии - 10-15 сеансов**

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1)

Когнитивно-поведенческая (когнитивно-бихевиоральная) терапия согласно исследованиям и практическим рекомендациям является методом выбора при психотерапевтическом лечении панического расстройства (A1) [22, 29, 85]. Данный метод

направлен на психообразование (разъяснение природы симптомов, дестигматизацию и т.д.), коррекцию дисфункциональных убеждений (о катастрофичности таких телесных ощущений как учащенное сердцебиение, головокружение, убеждение в невозможности терпеть тревогу и т.п.) и научение справляться с симптомами самостоятельно. Последний аспект в первую очередь связан с экспозицией – методом поведенческой терапии, который направлен на нахождение пациента в условиях, при которых максимально выражены симптомы тревоги с целью их последующего затухания естественным путем, не прибегая к любым формам охранительного поведения. Согласно некоторым исследованиям, именно экспозиции обеспечивают максимальный эффект КПТ.

КПТ может проводиться как индивидуально, так и в группах, а также дистанционно путем видеозвонков с использованием сети интернет [75, 106, 108].

**2. Рекомендовано использование краткосрочной психодинамической терапии, в первую очередь сфокусированной на панике психодинамической психотерапии (Panic-focused psychodynamic psychotherapy) - 24 сеанса**  
Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2)

Психодинамическая терапия имеет меньшую доказательную базу в отношении эффективности лечения ПР в сравнении с КПТ, но, тем не менее, один из ее структурированных и целенаправленных вариантов - сфокусированная на панике психодинамическая психотерапия- показала эффективность в одном рандомизированном контролируемом испытании. Данная методика основывается на выявлении прояснении психологического смысла панических симптомов. Согласно психодинамическому взгляду, панические симптомы понимаются как проблема недостаточной сепарированности и автономности, в процессе терапии уделяется пристальное внимание анализу переноса и контрпереноса, межличностных взаимоотношений пациента. Целью лечения является достижение пациентом осознания того, что испытываемые им симптомы основаны на внутренней реальности, а не на внешней, и не несут угрозы жизни [78, 79].

**3. Рекомендовано использование релаксационных методов психотерапии - 10-15 сеансов**

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5)

Релаксационные методы терапии направлены на обучение пациента различным техникам (в основном связанным с управлением дыханием и мышечным напряжением), помогающим справиться с тревогой и напряжением, тем самым предотвращая возникновение панического приступа [22, 85].

#### **4. Другие виды психотерапии.**

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5)

Поддерживающая психотерапия, групповая психотерапия, гештальт-терапия, психоаналитически ориентированная психотерапия, семейная терапия, поддерживающие группы для пациентов имеют ограниченные доказательства эффективности, но могут быть полезны в индивидуальных случаях [22, 85].

**Противопоказаниями** к психотерапевтическому лечению являются:

- негативное отношение пациента к психотерапии
- выраженный страх перед раскрытием своих переживаний
- ригидность психологических установок
- объективные сложности с регулярным посещением сеансов терапии

Данные противопоказания не являются абсолютными, но объективно затрудняют проведение психотерапевтического лечения таким пациентам.

### **3.2 Критерии оценки эффективности лечения**

На практике целесообразно выделить три уровня эффективности лекарственного ответа:

1. Лечение эффективно, эффект полный - полное отсутствие панических атак.
2. Лечение эффективно, эффект частичный – частота панических атак сократилась как минимум на 50 %.
3. Лечение неэффективно - частота панических атак не изменилась или сократилась менее, чем на 50 %.

Приведенные выше уровни являются ориентировочными и должны рассматриваться вместе с общим клиническим впечатлением врача, включающей оценку выраженности сформированного агорафобического симптомокомплекса (тревоги ожидания и поведения избегания), тяжести панических атак (числа симптомов в приступе) и степень социальной дезадаптации больного.

К сожалению, хотя шкалы для более объективной оценки состояния пациентов при ПР существуют (например, Panic Disorder Severity Scale [112]), валидизированных инструментов для русскоязычной популяции еще нет. Для оценки редукции общей выраженности тревожной симптоматики а процессе проводимой терапии можно также использовать шкалу Гамильтона для оценки тревоги (HARS) [56].



Сроки оценки эффективности терапии зависят от назначенного препарата. Для АД первичная оценка возможна не ранее 4 недель лечения, при этом стоит иметь в виду, что часть положительных эффектов может полноценно проявиться только к 6-8 неделе. При применении бензодиазепинов эффект обычно развивается быстро после начала приема препарата, что позволяет делать выводы о результативности уже в первые дни терапии.

Конечной целью лечения пациента является достижение ремиссии, т.е. полного отсутствия панических атак с возвращением социальной адаптации и качества жизни больного к преморбидному уровню.

### **3.3 Стратегии при неэффективности терапии первого выбора**

Терапевтическая стратегия зависит от инициального лечения и динамики состояния больного. Если в результате психофармакологического лечения произошло некоторое улучшение состояния (частичный эффект), то целесообразно повышение дозы антидепрессанта до максимальной рекомендуемой (С5) [27, 76, 77], или добавление к терапии бензодиазепина (если пациент не получал его на начальном этапе) курсом на 2-4 недели (С5) [98], или подключение КПТ к лечению [58,59,60,65, 95].

В ситуации, когда эффекта от лечения не отмечается вовсе (лечение неэффективно), более целесообразной представляется смена терапевтической модальности т.е. психофармакотерапии на психотерапию и наоборот [85].

Если предполагается продолжение лечения в рамках психофармакотерапии, предпочтительна смена лечения на АД другой фармакологической группы (С5) [31]. Первоначально следует попробовать смену терапии в рамках препаратов первого выбора (СИОЗС на венлафаксин и наоборот), далее ТЦА (кломипрамин или имипрамин), далее бензодиазепин (монотерапия) (А1) [31].

### **3.4 Терапевтические стратегии при неэффективности СИОЗС, ТЦА (кломипрамина, имипрамина) и бензодиазепинов**

В этом случае необходимо ещё раз убедиться в соблюдении режима терапии, а также дополнительно провести дифференциальную диагностику с другими психическими (аффективные расстройства, шизофрения и др. [10, 70, 105] и соматическими (гипертиреоз, ишемическая болезнь сердца [11, 49, 54], астма [57], эпилепсия [42, 121] и др. заболеваниями. Если комплаенс и диагноз не вызывают сомнений, имеет смысл переход к следующим стратегиям преодоления резистентности. На данный момент все используемые стратегии имеют низкий доказательный уровень (С5) и не имеют показаний к применению при ПР согласно инструкции, но, тем не менее, могут помочь некоторым пациентам.

1) Смена психофармакотерапии. Возможно назначение других АД (помимо СИОЗС, венлафаксина, имипрамина и кломипрамина): милнаципрана 50-100 мг/сут (С5) [34], моклобемида 300-600 мг/сут (С5) [68, 124], мirtазапина 15-45 мг/сут (С5) [35, 39, 40, 80, 102, 107], дулоксетина 60-120 мг/сут (С5) [115]. Отдельные исследования продемонстрировали эффективность противозипелитических лекарственных препаратов габапентина (С5) [92,96], вальпроата натрия (С5) [24, 90, 100, 132] и тиагабина [135] для лечения ПР.

2) Комбинированная психофармакотерапия. Несколько небольших исследований продемонстрировали эффективность комбинации АД с одним из трех атипичных антипсихотиков - оланзапином (С5) [110], рисперидоном (С5) [116] и арипипразолом (С5) [62]- у пациентов с терапевтически резистентным ПР. В одном плацебо контролируемом исследовании было показано, что комбинация бета-адреноблокатора пиндолола с флуоксетином эффективнее монотерапии флуоксетином при терапевтически резистентном ПР (В4) [60]. Комбинирование АД различных групп недостаточно изучено. Только в одном открытом исследовании 7 пациентов с недостаточным ответом на терапию, получавшие флуоксетин или ТЦА, переводились на прием комбинации ТЦА и флуоксетина, что привело к некоторому положительному эффекту [123]. В связи с недостаточным количеством данных сделать вывод о целесообразности использования такой стратегии терапии не представляется возможным (F).

3) Нелекарственные биологические методы лечения. Небольшие открытые исследования показали эффективность цТМС [71, 93, 136, 137]. Несмотря на низкий доказательный уровень, при преодолении резистентности применение этого метода может быть оправдано (С5).

4) Комбинация психотерапии (КПТ) и психофармакотерапии [58,59,60,65, 95].

При выборе конкретной терапевтической стратегии преодоления резистентности следует руководствоваться индивидуальным подходом к каждому пациенту на основании клинического впечатления и опыта врача. В общем случае, в первую очередь имеет смысл рассмотреть возможность монотерапии (при этом предпочтительнее начать с АД в связи с большей безопасностью использования в сравнении с противозипелитическими средствами), далее переходить к комбинированным методам лечения и далее к цТМС (С5).

#### **4. Реабилитация и диспансерное наблюдение**

Реабилитационные мероприятия включают в себя методы, направленные на возвращение пациента к преморбидному уровню функционирования. Самым

эффективным методом в контексте представляется когнитивно-поведенческая терапия (А1), а также другие методы психотерапии (семейная, групповая и др.) (С5).

При ПР активное диспансерное наблюдение требуется только в случае высокого суицидального риска, в остальном достаточно курации врачом-психиатром или врачом-психотерапевтом в рутинном амбулаторном режиме.

#### **4. Профилактика**

Специфической профилактики, позволяющей предотвратить повторение панических атак не существует. Однако, приведенные ниже общие рекомендации могут помочь пациентам:

- Своевременное обращение ко врачу для скорейшей диагностики и начала лечения с целью избежать утяжеления и учащения симптомов ПР,
- Аккуратное соблюдение рекомендаций врача и плане лечения для предотвращения обострений и усиления симптомов ПР,
- Регулярные физические нагрузки, которые, вероятно, играют роль защиты против проявлений тревоги,
- Отказ от злоупотребления психоактивными веществами.

#### **6. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания**

##### **6.1 Факторы (предикторы) способствующие затяжном течению**

- злоупотребление психоактивными веществами (алкоголь, никотин, наркотические средства),
- коморбидные психические расстройства (депрессия, личностные расстройства и др.)
- значительная выраженность паники
- текущая стрессовая ситуация

### Критерии качества оценки медицинской помощи

№	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
<b>Этап постановки диагноза</b>			
1	Проведено полное психиатрическое обследование (включая сбор объективного анамнеза, оценку суицидального риска)	A	1
2	Проведено клиническое обследование	A	1
3	При выявлении показаний, проведены дополнительные методы исследования (общие анализы крови и мочи, биохимический анализ крови, ТТГ, Т3, Т4, ЭКГ, МРТ и др.).	A	1
<b>Этап лечения</b>			
1	Назначено инициальное лечение (психофармакотерапия или психотерапия)	A	1
2	Проведена оценка эффективности лечения (в зависимости от метода на 7-28 дни)	A	1
3	В случае отсутствия или недостаточной выраженности эффекта, терапия скорректирована	A	1
5	Достигнуто снижение выраженности и частоты панических атак	A	1
6	Достигнуто снижение выраженности избегающего (ограничительного) поведения	A	1

## Список литературы

1. Биологические методы терапии психических расстройств (доказательная медицина – клинической практике). Под ред. С.Н. Мосолова. М., «Политическая мысль», 2012.
2. Бобров А. Е. Тревожные расстройства: их систематика, диагностика и фармакотерапия // Русский медицинский журнал. – 2006. – Т. 14. – №. 4. – С. 328-332.
3. Быстрицкий А. С., Незнанов Н. Г., Звартау Э. Э. Дифференциальная диагностика и лечение панических расстройств // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. ВМ Бехтерева. – 2006. – №. 3.
4. Вейн А. М., Дюкова Г. М., Воробьева О. В. и др. Панические атаки (неврологические и психофизиологические аспекты). – СПб. : Инст. мед. маркетинга, 1997
5. Воробьева О. В. Панические атаки (клиника, диагностика, принципы лечения)(брошюра) // М.: ООО «АМА-ПРЕСС. – 2009. – Т. 46.
6. Дмитриева Т.Б., Краснов В.Н., Незнанов Н.Г. и др. Психиатрия. Национальное руководство.– М.: Издательская группа «ГЕОТАР–МЕДИА», 2009.– 995 с.
7. Дробижев М. Ю., Овчинников А. А. Патогенетическая психофармакотерапия тревожных расстройств // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – Т. 20. – №. 4.
8. Караваева Т.А., Васильева А.А., Полторац С.В., Мизинова Е.Б., Белан Р.М. Критерии и алгоритм диагностики тревожно-фобических расстройств // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — 2015. №4. — С 117-123.
9. Колюцкая Е. В. Современные подходы к психофармакотерапии тревожных расстройств // Междунар. неврол. журн. – 2006. – №. 4. – С. 141-142.
10. Кредитор Д., Смулевич А. Б. Паническое расстройство и коморбидные состояния // Тревога и обсессии–М. – 1998. – С. 66-75.
11. Медведев В. Э. Психические расстройства при сердечно-сосудистых заболеваниях // Журнал «Медицина неотложных состояний. – 2011. – Т. 1. – №. 2. – С. 32-33.
12. Мосолов С.Н. Тревожные и депрессивные расстройства (коморбидность и терапия) М., 2007.
13. Мосолов С. Н., Александровский Ю.А., Вовин Р.Я. и др. Клиническая эффективность и переносимость Паксила (пароксетина) при лечении панического расстройства // Тер. архив. – 2000. – Т. 72. – №. 10. – С. 16-23.
14. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. С-П. – 1995

15. Мосолов С.Н., Смулевич А.Б., Нуллер Ю.Л. и др. Мультицентровое исследование эффективности и переносимости пароксетина (паксил) при лечении панического расстройства // Качественная клиническая практика, 2001, №2, с.3-16
16. Нуллер Ю.Л. Тревога и ее терапия // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2002. — Т. 4. — № 2. — С. 4–6.
17. Овчинников А. А., Ракитская Н. Ю. Тревожные (панические) расстройства в общемедицинской практике (диагностика и терапия) // Медицина и образование в Сибири. – 2009. – №. 2.
18. Погосов А. В., Погосова И. А., Коваленко А. Ю. О коморбидности алкогольной зависимости и панических расстройств // Вопросы наркологии. – 2004. – №. 1. – С. 10-19.
19. Середенин, С. Б., Воронина, Т. А., Незнамов, Г. Г. и др. Феназепам: 25 лет в медицинской практике. М: Наука.- 381 с..
20. Тиганов А. С. Психиатрия: Руководство для врачей. В 2 томах // М.: Медицина. – 2012. – С. 510-533.
21. Alonso J., Angermeyer M.C., Bernert S. et al. Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 2004. – Т. 109. – №. s420. – С. 38-46.
22. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with panic disorder. 2nd ed. Washington, DC: 2009.
23. Andrisano C., Chiesa A. and Serretti A. Newer antidepressants and panic disorder: A meta-analysis // International clinical psychopharmacology. – 2013. – Т. 28. – №. 1. – С. 33-45.
24. Baetz M., Bowen R.C. Efficacy of divalproex sodium in patients with panic disorder and mood instability who have not responded to conventional therapy // The Canadian Journal of Psychiatry. – 1998. – Т. 43. – №. 1. – С. 73-77.
25. Bakker A., van Balkom AJ, Spinhoven P. SSRIs vs. TCAs in the treatment of panic disorder: a meta-analysis // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 2002. – Т. 106. – №. 3. – С. 163-167.
26. Baldwin, D. S., Anderson, I. M., Nutt, D. J. et al. Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: a revision of the 2005 guidelines from the British Association for Psychopharmacology // Journal of Psychopharmacology. – 2014. – Т. 28. – №. 5. – С. 403-439.
27. Ballenger J.C., Wheadon D.E., Steiner M. Double-blind, fixeddose, placebo-controlled study of paroxetine in the treatment of panic disorder // American Journal of Psychiatry. – 1998. – Т. 155. – №. 1. – С. 36-42.

28. Bandelow B. et al. Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care // *International journal of psychiatry in clinical practice*. – 2012. – Т. 16. – №. 2. – С. 77-84.
29. Barlow D. H., Gorman J.M., Shear M.K. et al. Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial // *Jama*. – 2000. – Т. 283. – №. 19. – С. 2529-2536.
30. Batelaan N.M., Smit F., de Graaf R. et al. Economic costs of full-blown and subthreshold panic disorder // *Journal of affective disorders*. – 2007. – Т. 104. – №. 1. – С. 127-136.
31. Batelaan N.M., Van Balkom A.J., Stein D.J. Evidence-based pharmacotherapy of panic disorder: An update // *International journal of neuropsychopharmacology*. – 2012. – Т. 15. – №. 3. – С. 403-415.
32. Benítez C. I. P., Smith K., Vasile R. G. et al. Use of benzodiazepines and selective serotonin reuptake inhibitors in middle-aged and older adults with anxiety disorders: a longitudinal and prospective study // *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. – 2008. – Т. 16. – №. 1. – С. 5-13.
33. Beutel M. E., Stark R., Pan H. et al. Changes of brain activation pre-post short-term psychodynamic inpatient psychotherapy: an fMRI study of panic disorder patients // *Psychiatry Research: Neuroimaging*. – 2010. – Т. 184. – №. 2. – С. 96-104.
34. Blaya C., Seganfredo A.C., Dornelles M. et al. The efficacy of milnacipran in panic disorder: an open trial // *International clinical psychopharmacology*. – 2007. – Т. 22. – №. 3. – С. 153-158.
35. Boshuisen M.L., Slaap B.R., Vester-Blokland E.D. et al. The effect of mirtazapine in panic disorder: an open label pilot study with a singleblind placebo run-in period // *International clinical psychopharmacology*. – 2001. – Т. 16. – №. 6. – С. 363-368.
36. Bourin M., Baker G. B., Bradwejn J. Neurobiology of panic disorder // *Journal of psychosomatic research*. – 1998. – Т. 44. – №. 1. – С. 163-180.
37. Boyer W. Serotonin uptake inhibitors are superior to imipramine and alprazolam in alleviating panic attacks: a meta-analysis // *International Clinical Psychopharmacology*. – 1995. – Т. 10. – №. 1. – С. 45-50.
38. Burrows G.D., Norman T.R. The treatment of panic disorder with benzodiazepines // *Panic Disorder: Clinical Diagnosis, Management and Mechanisms*. – 1999. – С. 145-158.
39. Carli V., Sarchiapone M., Camardese G. et al. Mirtazapine in the treatment of panic disorder (letter) // *Archives of general psychiatry*. – 2002. – Т. 59. – №. 7. – С. 661-662.
40. Carpenter L.L., Leon Z., Yasmin S. et al. Clinical experience with mirtazapine in the treatment of panic disorder // *Annals of clinical psychiatry*. – 1999. – Т. 11. – №. 2. – С. 81-86.
41. Charney D. S., Woods S. W., Goodman W. K. et al. Neurobiological mechanisms of panic anxiety: biochemical and behavioral correlates of yohimbine-induced panic attacks // *The American journal of psychiatry*. – 1987.
42. Chen Y.H., Hu C.J., Lee H.C. et al. An increased risk of stroke among panic disorder patients: a 3-year follow-up study // *The Canadian Journal of Psychiatry*. – 2010. – Т. 55. – №. 1. – С. 43-49.

43. Cox B.J., Norton G.R., Swinson R.P. et al. Substance abuse and panic-related anxiety: a critical review // *Behaviour Research and Therapy*. – 1990. – Т. 28. – №. 5. – С. 385-393.
44. Dannon P.N., Lowengrub K., Amiaz R. et al. Comorbid cannabis use and panic disorder: short term and long term follow-up study // *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*. – 2004. – Т. 19. – №. 2. – С. 97-101.
45. De Carvalho M. R., Dias G. P., Cosci F. et al. Current findings of fMRI in panic disorder: contributions for the fear neurocircuitry and CBT effects // *Expert review of neurotherapeutics*. – 2010. – Т. 10. – №. 2. – С. 291-303.
46. Donovan M.R., Glue P., Kolluri S. et al. Comparative efficacy of antidepressants in preventing relapse in anxiety disorders – a metaanalysis // *Journal of affective disorders*. – 2010. – Т. 123. – №. 1. – С. 9-16.
47. Dresler T., Guhn A., Tupak S. V. et al. Revise the revised? New dimensions of the neuroanatomical hypothesis of panic disorder // *Journal of neural transmission*. – 2013. – Т. 120. – №. 1. – С. 3-29.
48. Elias A. Khawam et al. Side effects of antidepressants: an overview // *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. – 2006. – Т. 73. – №. 4. – С. 351.
49. Fleet R.P., Dupuis G., Marchand A. et al. Panic disorder in emergency department chest pain patients: prevalence, comorbidity, suicidal ideation, and physician recognition // *The American journal of medicine*. – 1996. – Т. 101. – №. 4. – С. 371-380.
50. Furukawa T.A., Watanabe N., Churchill R. Combined psychotherapy plus antidepressants for panic disorder with or without agoraphobia // *The Cochrane Library*. – 2007.
51. Gartlehner G., Hansen R.A., Morgan L.C. et al. Comparative benefits and harms of second-generation antidepressants for treating major depressive disorder an updated meta-analysis // *Annals of internal medicine*. – 2011. – Т. 155. – №. 11. – С. 772-785
52. Goddard A.W., Brouette T., Almai A. Early coadministration of clonazepam with sertraline for panic disorder // *Archives of General Psychiatry*. – 2001. – Т. 58. – №. 7. – С. 681-686.
53. Goddard A.W., Mahmud W., Medlock C. et al. A controlled trial of quetiapine XR coadministration treatment of SSRI-resistant panic disorder. // *Annals of general psychiatry*. – 2015. – Т. 14. – №. 1. – С. 1.
54. Gomez-Caminero A., Blumentals W.A., Russo L.J. et al. Does panic disorder increase the risk of coronary heart disease? A cohort study of a national managed care database // *Psychosomatic Medicine*. – 2005. – Т. 67. – №. 5. – С. 688-691.
55. Gorman J. M., Kent J. M., Sullivan G. M. et al. Neuroanatomical hypothesis of panic disorder, revised // *American Journal of Psychiatry*. – 2000. – Т. 157. – №. 4. – С. 493-505.
56. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* 1959, 32:50–55.
57. Hasler G., Gergen P.J., Kleinbaum D.G. et al. Asthma and panic in young adults: a 20-year prospective community study // *American journal of respiratory and critical care medicine*. – 2005. – Т. 171. – №. 11. – С. 1224-1230.
58. Heldt E., Gus M.G., Kipper L. et al. One-year follow-up of pharmacotherapy-resistant patients with panic disorder treated with cognitive-behavior therapy: outcome and



- predictors of remission //Behaviour Research and Therapy. – 2006. – Т. 44. – №. 5. – С. 657-665.
59. Heldt E., Manfro G.G., Kipper L. et al. Treating medication-resistant panic disorder: predictors and outcome of cognitive-behavior therapy in a Brazilian public hospital //Psychotherapy and Psychosomatics. – 2003. – Т. 72. – №. 1. – С. 43-48.
60. Hirschmann S., Dannon P.N., Iancu I. et al. Pindolol augmentation in patients with treatment-resistant panic disorder: A double-blind, placebo-controlled trial // Journal of clinical psychopharmacology. – 2000. – Т. 20. – №. 5. – С. 556-559.
61. Hoffart A., Due-Madsen J., Lande B. et al. Clomipramine in the treatment of agoraphobic inpatients resistant to behavioral therapy //The Journal of clinical psychiatry. – 1993.
62. Hoge E. A. et al. Aripiprazole as augmentation treatment of refractory generalized anxiety disorder and panic disorder // CNS spectrums. – 2008. – Т. 13. – №. 06. – С. 522-525.
63. Hohoff C. et al. Adenosine A 2A receptor gene: evidence for association of risk variants with panic disorder and anxious personality // Journal of psychiatric research. – 2010. – Т. 44. – №. 14. – С. 930-937.
64. Johnson J., Weissman M.M., Klerman G.L. Panic disorder, comorbidity, and suicide attempts // Archives of General Psychiatry. – 1990. – Т. 47. – №. 9. – С. 805-808.
65. Johnson P. L., Truitt W., Fitz S. D. et al. A key role for orexin in panic anxiety // Nature medicine. – 2010. – Т. 16. – №. 1. – С. 111-115.
66. Kampman M., Keijsers G.P., Hoogduin C.A. et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled study of the effects of adjunctive paroxetine in panic disorder patients unsuccessfully treated with cognitive-behavioral therapy alone //The Journal of clinical psychiatry. – 2002. – Т. 63. – №. 9. – С. 772-777.
67. Karch S. B. et al. (ed.). Drug abuse handbook. – CRC press, 2006.
68. Kruger M.B., Dahl A.A. The efficacy and safety of moclobemide compared to clomipramine in the treatment of panic disorder // European archives of psychiatry and clinical neuroscience. – 1999. – Т. 249. – №. 1. – С. S19-S24.
69. Kushner M.G., Abrams K., Thuras P. et al. Follow-up study of anxiety disorder and alcohol dependence in comorbid alcoholism treatment patients // Alcoholism: Clinical and Experimental Research. – 2005. – Т. 29. – №. 8. – С. 1432-1443.
70. Lesser I.M., Rubin R.T., Rifkin A. et al. Secondary depression in panic disorder and agoraphobia: II. dimensions of depressive symptomatology and their response to treatment // Journal of affective disorders. – 1989. – Т. 16. – №. 1. – С. 49-58.
71. Li H., Wang, J., Li, C. et al. Repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) for panic disorder in adults // The Cochrane Library. – 2014.
72. Loerch B. et al. Randomised placebo-controlled trial of moclobemide, cognitive-behavioural therapy and their combination in panic disorder with agoraphobia //The British Journal of Psychiatry. – 1999. – Т. 174. – №. 3. – С. 205-212.
73. Marchesi C. Pharmacological management of panic disorder // Neuropsychiatric disease and treatment. – 2008. – Т. 4. – №. 1. – С. 93.

74. Marks I. M., Swinson R.P., Basoglu M. et al. Alprazolam and exposure alone and combined in panic disorder with agoraphobia. A controlled study in London and Toronto //The British Journal of Psychiatry. – 1993. – Т. 162. – №. 6. – С. 776-787.
75. McHugh R.K., Smits J.A.J., Otto M.W. Empirically supported treatments for panic disorder // Psychiatric Clinics of North America. – 2009. – Т. 32. – №. 3. – С. 593-610.
76. Michelson D., Allgulander C., Dantendorfer K. et al. Efficacy of usual antidepressant dosing regimens of fluoxetine in panic disorder – randomised, placebo-controlled trial // The British Journal of Psychiatry. – 2001. – Т. 179. – №. 6. – С. 514-518.
77. Michelson D., Lydiard R.B., Pollack M.H. et al. Outcome assessment and clinical improvement in panic disorder: Evidence from a randomized controlled trial of fluoxetine and placebo // American Journal of Psychiatry. – 1998. – Т. 155. – №. 11. – С. 1570-1577.
78. Milrod B. Manual of panic-focused psychodynamic psychotherapy. – American Psychiatric Pub, 1997.
79. Milrod B., Leon A.C., Busch F. et al. A randomized controlled clinical trial of psychoanalytic psychotherapy for panic disorder //American Journal of Psychiatry. – 2007. – Т. 164. – №. 2. – С. 265-272.
80. Montanes-Rada F., Lucas-Taracena M.T., Sanchez-Romero S. Mirtazapine versus paroxetine in panic disorder: an open study // International journal of psychiatry in clinical practice. – 2005. – Т. 9. – №. 2. – С. 87-93.
81. Monteiro W.O., Noshirvani H.F., Marks I.M. et al. Anorgasmia from clomipramine in obsessive-compulsive disorder: a controlled trial // The British Journal of Psychiatry. – 1987. – Т. 151. – №. 1. – С. 107-112.
82. Mukherjee S., Sullivan G., Perry D. et al. Adherence to treatment among economically disadvantaged patients with panic disorder // Psychiatric Services. – 2006. – Т. 57. – №. 12. – С. 1745-1750.
83. Munjack D.J., Crocker B., Cabe D. et al. Alprazolam, propranolol, and placebo in the treatment of panic disorder and agoraphobia with panic attacks // Journal of clinical psychopharmacology. – 1989. – Т. 9. – №. 1. – С. 22-27.
84. Nardi A.E., Freire R.C., Mochcovitch M.D. et al. A randomized, naturalistic, parallel-group study for the long-term treatment of panic disorder with clonazepam or paroxetine // Journal of clinical psychopharmacology. – 2012. – Т. 32. – №. 1. – С. 120-126.
85. National Institute for Clinical Excellence et al. Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults: Management in primary, secondary and community care //London: National Collaborating Centre for Mental Health. – 2011.
86. Natolochnaya O. V., Cherkasov A. A. Panic attack as the syndrom of the XXI century // European Journal of Psychological Studies. – 2014. – Т. 1. – №. 1. – С. 12-17.
87. Neumeister A., Bain E., Nugent A. C. et al. Reduced serotonin type 1A receptor binding in panic disorder // The Journal of neuroscience. – 2004. – Т. 24. – №. 3. – С. 589-591.
88. Noyes R. J., Garvey M.J., Cook B.L. et al. Problems with tricyclic antidepressant use in patients with panic disorder or agoraphobia: results of a naturalistic follow-up study // Journal of Clinical Psychiatry. – 1989. – № 50.– С. 163-9.
89. Offidani E., Guidi J., Tomba E. et al. Efficacy and tolerability of benzodiazepines versus antidepressants in anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis // Psychotherapy and psychosomatics. – 2013. – Т. 82. – №. 6. – С. 355-362.

90. Ontiveros A., Fontaine R. Sodium valproate and clonazepam for treatment-resistant panic disorder // *Journal of Psychiatry and Neuroscience*. – 1992. – Т. 17. – №. 2. – С. 78.
91. Otto M.W., Tuby K.S., Gould R.A. et al. An effect-size analysis of the relative efficacy and tolerability of serotonin selective reuptake inhibitors for panic disorder // *American Journal of Psychiatry*. – 2001. – Т. 158. – №. 12. – С. 1989-1992.
92. Pande A.C., Pollack M.H., Crockatt J. et al. Placebo-controlled study of gabapentin treatment of panic disorder // *Journal of clinical psychopharmacology*. – 2000. – Т. 20. – №. 4. – С. 467-471.
93. Pigot M., Loo C., Sachdev P. Repetitive transcranial magnetic stimulation as treatment for anxiety disorders // *Expert review of neurotherapeutics*. – 2008. – Т. 8. – №. 10. – С. 1449-1455.
94. Pollack M. H. et al. WCA recommendations for the long-term treatment of panic disorder // *CNS spectrums*. – 2003. – Т. 8. – №. S1. – С. 17-30.
95. Pollack M. H., Otto M.W., Kaspi S.P. et al. Cognitive behavior therapy for treatment-refractory panic disorder // *The Journal of clinical psychiatry*. – 1994.
96. Pollack M.H., Matthews J., Scott E.L. Gabapentin as a potential treatment for anxiety disorders // *American Journal of Psychiatry*. – 1998. – Т. 155. – №. 7. – С. 992-993.
97. Pollack M.H., Otto M.W., Tesar G.E. et al. Long-term outcome after acute treatment with alprazolam or clonazepam for panic disorder // *Journal of clinical psychopharmacology*. – 1993. – Т. 13. – №. 4. – С. 257-263.
98. Pollack M.H., Simon N.M., Worthington J.J. et al. Combined paroxetine and clonazepam treatment strategies compared to paroxetine monotherapy for panic disorder // *Journal of Psychopharmacology*. – 2003. – Т. 17. – №. 3. – С. 276-282.
99. Pollack M.H., Lepola U., Koponen H. et al. A double-blind study of the efficacy of venlafaxine extended-release, paroxetine, and placebo in the treatment of panic disorder // *Depression and anxiety*. – 2007. – Т. 24. – №. 1. – С. 1-14.
100. Primeau F., Fontaine R., Beauclair L. Valproic acid and panic disorder // *The Canadian Journal of Psychiatry/La Revue canadienne de psychiatrie*. – 1990. – № 3.- С. 248-50.
101. Reiman E. M., Raichle M. E., Butler F. K. et al. A focal brain abnormality in panic disorder, a severe form of anxiety // *Nature*. – 1984. – № 10. – 683 – 685.
102. Ribeiro L., Busnello J.V., Kauer-Sant'Anna M. et al. Mirtazapine versus fluoxetine in the treatment of panic disorder // *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*. – 2001. – Т. 34. – №. 10. – С. 1303-1307.
103. Rickels K., Schweizer E., Weiss S. et al. Maintenance drug treatment for panic disorder: II. short- and long-term outcome after drug taper // *Archives of General Psychiatry*. – 1993. – Т. 50. – №. 1. – С. 61-68.
104. Roy-Byrne P., Craske M., Stein M. Panic disorder // *The Lancet*. – 2006. – Т. 368. – №. 9540. – С. 1023-1032.
105. Roy-Byrne P., Stang P., Wittchen H. et al. Lifetime panic-depression comorbidity in the National Comorbidity Survey. Association with symptoms, impairment, course and help-seeking // *The British Journal of Psychiatry*. – 2000. – Т. 176. – №. 3. – С. 229-235.
106. Sanchez-Meca J. Rosa-Alcazar A. I., Marín-Martinez F. et al. A Psychological treatment of panic disorder with or without agoraphobia: a meta-analysis // *Clinical psychology review*. – 2010. – Т. 30. – №. 1. – С. 37-50.

107. Sarchiapone M., Amore M., De Risio S. et al. Mirtazapine in the treatment of panic disorder: an open-label trial // *International clinical psychopharmacology*. – 2003. – Т. 18. – №. 1. – С. 35-38.
108. Schmidt N.B., Keogh M.E. Treatment of panic // *Annual review of clinical psychology*. – 2010. – Т. 6. – С. 241-256.
109. Schumacher J., Kristensen A.S., Wendland J.R. et al. The genetics of panic disorder // *Journal of medical genetics*. – 2011. – Т. 48. – №. 6. – С. 361-368.
110. Sepede G., De Berardis D., Gambi F. et al. Olanzapine augmentation in treatment-resistant panic disorder: a 12-week, fixed-dose, open-label trial // *Journal of clinical psychopharmacology*. – 2006. – Т. 26. – №. 1. – С. 45-49.
111. Serretti A., Chiesa A. Treatment-emergent sexual dysfunction related to antidepressants a meta-analysis // *Journal of clinical psychopharmacology*. – 2009. – Т. 29. – №. 3. – С. 259-266.
112. Shear MK, Brown TA, Barlow DH, Money R, Sholomskas DE, Woods SW, Gorman JM, Papp LA. Multicenter collaborative Panic Disorder Severity Scale. *American Journal of Psychiatry* 1997,154:1571-1575
113. Sheehan D.V., Davidson J., Manschreck T. et al. Lack of efficacy of a new antidepressant (bupropion) in the treatment of panic disorder with phobias // *Journal of clinical psychopharmacology*. – 1983. – Т. 3. – №. 1. – С. 28-31.
114. Sheehan D.V., Raj A.B., Sheehan K.H. et al. The relative efficacy of buspirone, imipramine and placebo in panic disorder: A preliminary report // *Pharmacology Biochemistry and Behavior*. – 1988. – Т. 29. – №. 4. – С. 815-817.
115. Simon N.M., Kaufman R.E., Hoge E.A. Open-label support for duloxetine for the treatment of panic disorder // *CNS neuroscience & therapeutics*. – 2009. – Т. 15. – №. 1. – С. 19-23.
116. Simon N.M., Hoge E.A., Fischmann D. et al. An open-label trial of risperidone augmentation for refractory anxiety disorders // *The Journal of clinical psychiatry*. – 2006. – Т. 67. – №. 3. – С. 381-385.
117. Sinclair L.I., Christmas D.M., Hood S.D. et al. Antidepressant induced jitteriness/anxiety syndrome: Systematic review // *The British Journal of Psychiatry*. – 2009. – Т. 194. – №. 6. – С. 483-490.
118. Soumerai S.B., Simoni-Wastila L., Singer C. et al. Lack of relationship between long-term use of benzodiazepines and escalation to high dosages // *Psychiatric Services*. – 2003. – № 54. – С. 1006–1011.
119. Soyinka A., Lawley D. Antidepressant treatment for depression in the elderly // *Geriatric Medicine-London*. – 2006. – Т. 36. – №. 2. – С. 61.
120. Spitzer R. L., Kroenke K., Williams J. B. et al. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study // *Jama*. – 1999. – Т. 282. – №. 18. – С. 1737-1744.
121. Tellez-Zenteno J.F., Patten S.B., Jette N. et al. Psychiatric comorbidity in epilepsy: a population-based analysis // *Epilepsia*. – 2007. – Т. 48. – №. 12. – С. 2336-2344
122. Tesar G.E., Rosenbaum J.F., Pollack M.H. et al. Double-blind, placebo-controlled comparison of clonazepam and alprazolam for panic disorder // *Journal of Clinical Psychiatry*. – 1991. – № 52. – С. 69–76.

123. Tiffon L., Coplan J.D., Papp L.A. et al. Augmentation strategies with tricyclic or fluoxetine treatment in seven partially responsive panic disorder patients // *Journal of Clinical Psychiatry*. – 1994. – № 55. – С. 66–69.
124. Tiller J.W., Bouwer C., Behnke K. Moclobemide and fluoxetine for panic disorder // *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. – 1999. – Т. 249. – №. 1. – С. 7-10.
125. Van Balkom A.J., Bakker A., Spinhoven P. et al. A meta-analysis of the treatment of panic disorder with or without agoraphobia: a comparison of psychopharmacological, cognitive-behavioral, and combination treatments // *The Journal of nervous and mental disease*. – 1997. – Т. 185. – №. 8. – С. 510-516.
126. Van Balkom A.J., Nauta M., Bakker A. Meta-analysis on the treatment of panic disorder with agoraphobia: review and re-examination // *Clinical Psychology & Psychotherapy*. – 1995. – Т. 2. – №. 1. – С. 1-14.
127. Weinmann S., Becker T., Koesters M. Re-evaluation of the efficacy and tolerability of venlafaxine vs SSRI: meta-analysis // *Psychopharmacology*. – 2008. – Т. 196. – №. 4. – С. 511-520.
128. Weissman M.M., Fyer A.J., Haghghi F. et al. Potential panic disorder syndrome: clinical and genetic linkage analysis // *American journal of medical genetics*. – 2000. – Т. 96. – №. 1. – С. 24-35.
129. Westra H. A., Stewart S.H., Teehan M. et al. Benzodiazepine use associated with decreased memory for psychoeducation material in cognitive behavioral therapy for panic disorder // *Cognitive Therapy and Research*. – 2004. – Т. 28. – №. 2. – С. 193-208.
130. Westra H.A., Stewart S.H., Conrad B.E. Naturalistic manner of benzodiazepine use and cognitive behavioral therapy outcome in panic disorder with agoraphobia // *Journal of Anxiety Disorders*. – 2002. – Т. 16. – №. 3. – С. 233-246.
131. Wolf B., Griffiths R. R. Physical dependence on benzodiazepines: differences within the class // *Drug and alcohol dependence*. – 1991. – Т. 29. – №. 2. – С. 153-156.
132. Woodman C.L., Noyes R. Panic disorder: treatment with valproate // *Journal of Clinical Psychiatry*. – 1994. – № 55. – С. 134–136.
133. Woods S.W., Nagy L.M., Koleszar A.S. et al. Controlled trial of alprazolam supplementation during imipramine treatment of panic disorder // *Journal of clinical psychopharmacology*. – 1992. – Т. 12. – №. 1. – С. 32-38.
134. World Health Organization et al. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research. – 1993.
135. Zwanzger P., Baghai T.C., Schule C. et al. Tiagabine improves panic and agoraphobia in panic disorder patients // *The Journal of clinical psychiatry*. – 2001. – Т. 62. – №. 8. – С. 656-657.
136. Zwanzger P., Minov C., Ella R. et al. Transcranial magnetic stimulation for panic // *American Journal of Psychiatry*. – 2002. – № 159. – С. 315–316.
137. Zwanzger P., Fallgatter A.J., Zavorotnyy M. Anxiolytic effects of transcranial magnetic stimulation—an alternative treatment option in anxiety disorders? // *Journal of neural transmission*. – 2009. – Т. 116. – №. 6. – С. 767-775.

### **Приложение А1. Состав рабочей группы**

1. Мосолов Сергей Николаевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделом терапии психических заболеваний Московского НИИ Психиатрии - Филиала федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского.
2. Морозова Маргарита Алексеевна – доктор медицинских наук, заведующая лабораторией психофармакологии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»
3. Потанин Сергей Сергеевич – кандидат медицинских наук, младший научный сотрудник лаборатории психофармакологии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»
4. Бебуришвили Анастасия Андреевна – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела по изучению эндогенных психических расстройств ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»
5. Гантман Мария Владимировна - кандидат медицинских наук, врач-психиатр клиники Mental Health Center

**Конфликт интересов** отсутствует

## Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

### Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врачи-психиатры
2. Врачи-психотерапевты
3. Клинические психологи
4. Врачи общего профиля

**Таблица 1.** Уровни достоверности доказательств

Уровень достоверности	Источник доказательств
<b>I (1)</b>	Проспективные рандомизированные контролируемые исследования (РКИ) Достаточное количество исследований с достаточной мощностью, с участием большого количества пациентов и получением большого количества данных Крупные мета-анализы Как минимум одно хорошо организованное РКИ Репрезентативная выборка пациентов
<b>II (2)</b>	Проспективные с рандомизацией или без исследования с ограниченным количеством данных Несколько исследований с небольшим количеством пациентов Хорошо организованное проспективное исследование когорты Мета-анализы ограничены, но проведены на хорошем уровне Результаты не презентативны в отношении целевой популяции Хорошо организованные исследования «случай-контроль»
<b>III (3)</b>	Нерандомизированные контролируемые исследования Исследования с недостаточным контролем РКИ с как минимум 1 значительной или как минимум 3 незначительными методологическими ошибками Ретроспективные или наблюдательные исследования Серия клинических наблюдений Противоречивые данные, не позволяющие сформировать окончательную рекомендацию
<b>IV (4)</b>	Мнение эксперта/данные из отчета экспертной комиссии, экспериментально подтвержденные и теоретически обоснованные

**Таблица 2 – Уровни убедительности рекомендаций**

<b>Уровень убедительности</b>	<b>Описание</b>	<b>Расшифровка</b>
<b>A</b>	Рекомендация основана на высоком уровне доказательности (как минимум 1 убедительная публикация I уровня доказательности, показывающая значительное превосходство пользы над риском)	Метод/терапия первой линии; либо в сочетании со стандартной методикой/терапией
<b>B</b>	Рекомендация основана на среднем уровне доказательности (как минимум 1 убедительная публикация II уровня доказательности, показывающая значительное превосходство пользы над риском)	Метод/терапия второй линии; либо при отказе, противопоказании, или неэффективности стандартной методики/терапии. Рекомендуется мониторинг побочных явлений
<b>C</b>	Рекомендация основана на слабом уровне доказательности (но как минимум 1 убедительная публикация III уровня доказательности, показывающая значительное превосходство пользы над риском) <i>или</i> нет убедительных данных ни о пользе, ни о риске)	Нет возражений против данного метода/терапии или нет возражений против продолжения данного метода/терапии Рекомендовано при отказе, противопоказании, или неэффективности стандартной методики/терапии, при условии отсутствия побочных эффектов
<b>D</b>	Отсутствие убедительных публикаций I, II или III уровня доказательности, показывающих значительное превосходство пользы над риском, либо убедительные публикации I, II или III уровня доказательности, показывающие значительное превосходство риска над пользой	Не рекомендовано

**Порядок обновления клинических рекомендаций – пересмотр 1 раз в 3 года**

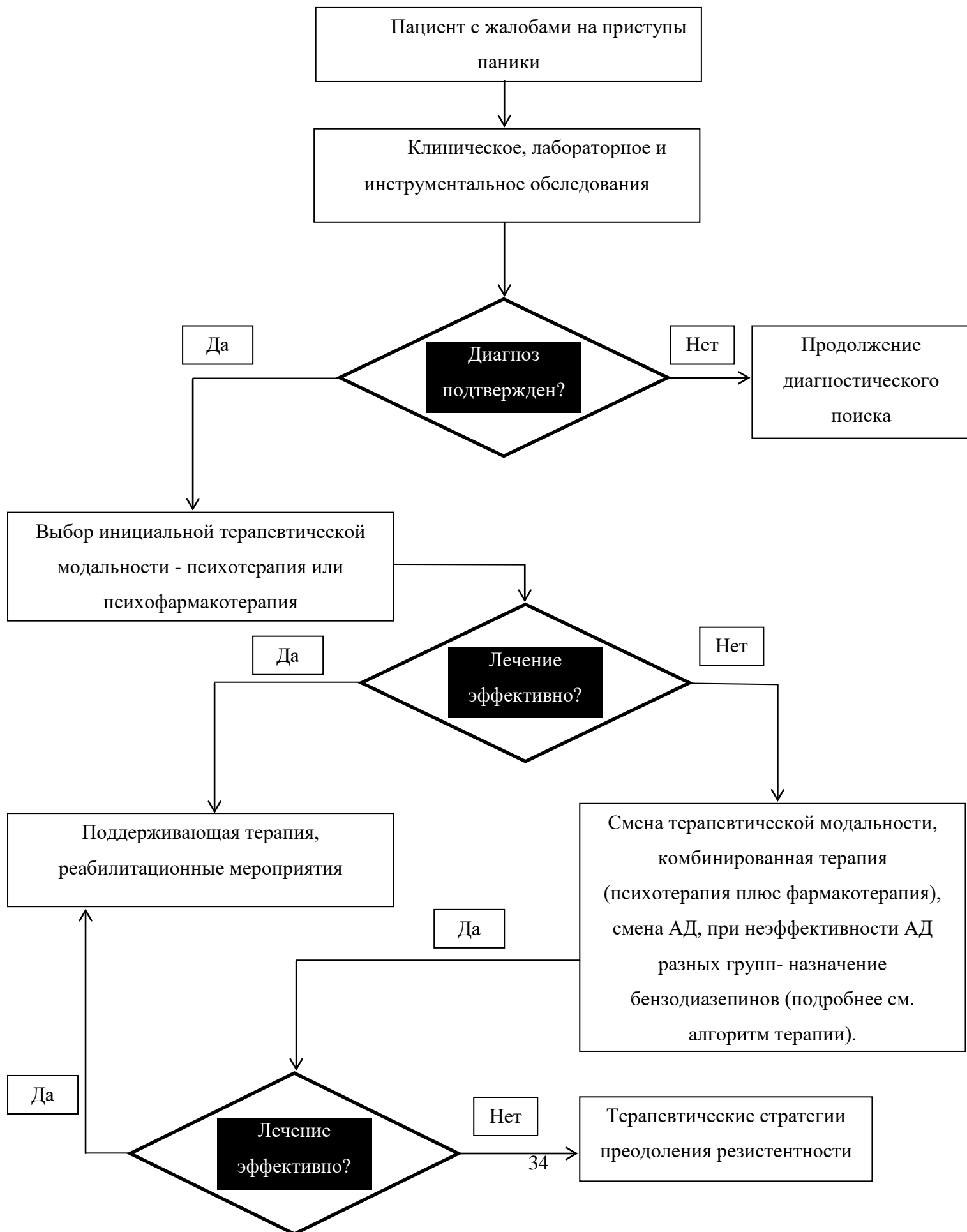


### **Приложение А3. Связанные документы**

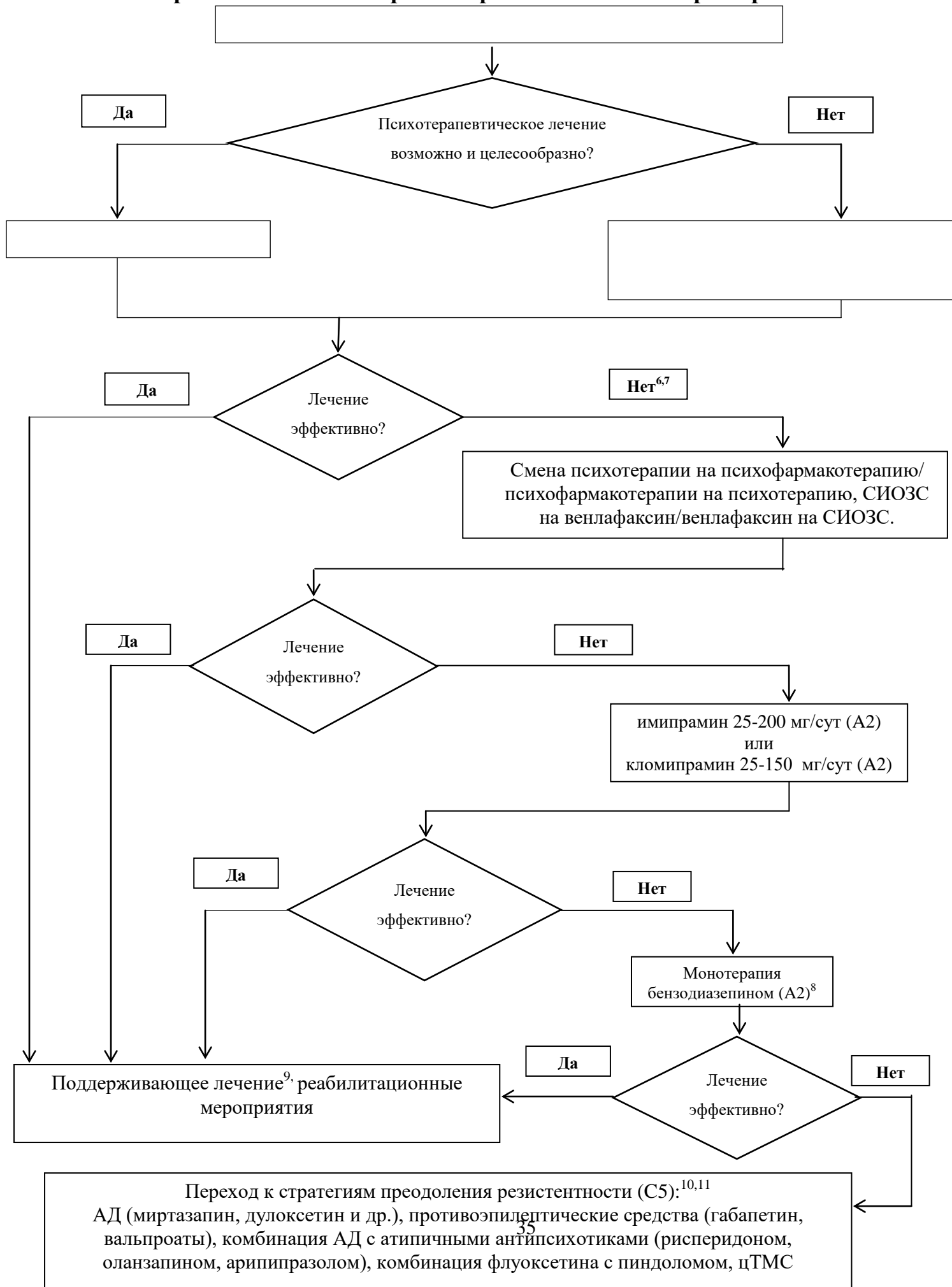
1. Приказ №1218н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройствах, паническом расстройстве, агорофобии» от 20.12.2012.
2. Приказ №1224н «Об утверждении стандарта первичной медико-социальной помощи при невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройствах, паническом расстройстве, агорофобии в амбулаторных условиях психоневрологического диспансера (диспансерного отделения, кабинета)» от 20.12.2012.

## Приложение Б1. Алгоритм ведения пациента

### Алгоритм ведения пациентов с тревожно-фобическим расстройством



## Приложение Б2. Алгоритм терапии панического расстройства



1. В индивидуальных случаях при тяжелом уровне нарушений возможно назначение комбинированной терапии КПТ + фармакотерапия (B2).
2. В некоторых случаях возможно назначение других видов психотерапии в соответствии с индивидуальными предпочтениями пациентов (C5).
3. Флуоксетин 20-60 мг/сут (A1); сертралин 50-200 мг/сут (A1); пароксетин 40-60 мг/сут (A1); флувоксамин 100-300 мг/сут (A1); циталопрам 20-60 мг/сут (A1); эсциталопрам 10-20 мг/сут (A1); венлафаксин 75-225 мг/сут (A1).
4. Предпочтительнее начинать терапию с СИОЗС, а не с венлафаксина (C5).
5. Возможна комбинация с бензодиазепином в первые 2-4 недели лечения (C5).
6. В каждом случае неэффективности психофармакотерапии в первую очередь необходимо удостовериться в соблюдении пациентом режима приема препаратов.
7. В случае частичного ответа на то или иное инициальное лечение, возможно назначение комбинированной терапии: КПТ+СИОЗС, КПТ + алпразолам(B2). Если оставаться в рамках психофармакотерапии, то возможно повышение дозы АД до максимальной на 4-6 недель, добавление бензодиазепа на 2-4 недели(C5).
8. Алпразолам 0,75-6 мг/сут (A2); клоназепам 1-4 мг/сут (A2); лоразепам 2-7,5 мг/сут (A2); диазепам 5-30 мг/сут (A2); бромдигидрохлорфенилбензодиазепин 1-6 мг/сут (C5).
9. Для АД 6 мес- 12 мес в той же дозировке (A1); для бензодиазепинов- не более 6 мес (C5). В случае фармакотерапии в дальнейшем требуется постепенная отмена препарата с контролем симптомов отмены (A1). Для КПТ- поддерживающие встречи 1 раз в месяц- один раз в три месяца(C5).
10. В случае отсутствия ответа на терапию СИОЗС, венлафаксином, ТЦА и бензодиазепинами, следует провести дополнительную дифференциальную диагностику с другими как психическими (аффективные расстройства, шизотипическое расстройство, шизофрения и др.), так и соматическими (гипертиреоз, ишемическая болезнь сердца, феохромоцитома и др.) расстройствами. В случае подтверждения диагноза ПР, возможно использование следующих стратегий преодоления резистентности:
  - Назначение АД (помимо СИОЗС и венлафаксина): моклобемид 300-600 мг/сут (C5); мirtазапин 15-45 мг/сут (C5); дулоксетин 60-120 мг/сут (C5); милнаципран 50-100 мг/сут (C5);
  - Назначение противоэпилептических препаратов: габапентин 600-3600 мг/сут (C5), вальпроевая кислота 500-3000 мг/сут (C5);
  - Добавление к АД антипсихотиков: оланзапин 2,5-20 мг/сут (C5), рисперидон 0,25-3 мг/сут (C5), арипипразол 5-30 мг/сут (C5);
  - Комбинация флуоксетина 20 мг/сут с пиндололом 7,5 мг/сут (C5);
  - цТМС (C5).
11. В случае резистентности к психофармакотерапии, помимо биологических методов лечения, следует рассмотреть возможность комбинации лекарственной терапии и КПТ.

## **Приложение В. Информация для пациента**

### **Что такое паническое расстройство?**

Паническое расстройство – это состояние, основным проявлением которого являются внезапно возникающие приступы панического страха, не связанного с реальной опасностью.

### **Каковы основные симптомы панического расстройства?**

Состояние паники, сопровождающееся страхом смерти, сумасшествия, потери сознания или контроля над собой, учащенным сердцебиением и дыханием, сухостью во рту, потливостью, чувством нехватки воздуха, ощущением холода или жара, дискомфорта в животе, болью в груди.

### **Диагностика панического расстройства.**

Диагностика основывается на выявлении характерных признаков заболевания. Для подтверждения диагноза необходимо исключить наличие других заболеваний, которые могут вызывать подобные симптомы.

Диагностикой и лечением панического расстройства занимаются врачи – психотерапевты и психиатры.

Предварительный диагноз может поставить врач общей практики, врач-невролог.

### **Лечение панического расстройства**

Эффективными методами лечения панического расстройства являются психотерапия и лекарственная терапия.

Психотерапия подразумевает под собой различные методики, направленные на осознание и понимание причин возникновения проблем, обучение способам справляться с симптомами заболевания, методам расслабления. Психотерапия может проходить в виде индивидуальных встреч с психотерапевтом или занятий в группе с другими пациентами.

Лекарственная терапия панического расстройства проводится различными препаратами, способствующими снижению уровня тревоги и страха. Назначение, коррекция дозировок и отмена лечения должна обязательно проводиться под контролем врача.

### **Дополнительная информация**

Помимо профессиональной помощи, в лечении и профилактике возникновения панических атак существенную роль играет ваш образ жизни.

В первую очередь, крайне важно придерживаться выбранного плана лечения. Это может быть непросто, но в итоге лечение поможет вам вернуться к нормальной жизни без страха.

Вы можете посещать группу поддержки, если такая возможность есть в той местности, где вы проживаете. Обмен опытом в преодолении симптомов паники и ощущение себя не одиноким в этой проблеме существенно ускоряет процесс лечения и реабилитации.

Постарайтесь не злоупотреблять алкоголем, кофеином в больших дозах, никотином и наркотическими препаратами. Все это может вызвать или усилить панические атаки.

Многим пациентам помогают техники релаксации (йога, глубокое дыхание, мышечное расслабление и другие). Физическая активность также может помочь улучшить настроение и усилить положительные эффекты лечения.

И, наконец, старайтесь высыпаться, так как недосып, особенно хронический, может привести к усилению тревоги.

**Приложение Г. Рекомендуемые дозы препаратов, уровень  
доказательности и сила рекомендаций для лечения панического  
расстройства**

Препарат	Рекомендуемая доза	Уровень убедительности рекомендаций	Уровень достоверности доказательств
<b>СИОЗС</b>			
Пароксетин	40-60	A	1
Флуоксетин	20-60	A	1
Сертралин	50-200	A	1
Флувоксамин	100-300	A	1
Циталопрам	20-60	A	1
Эсциталопрам	10-20	A	1
<b>Антидепрессанты из других групп</b>			
Венлафаксин	75-225	A	1
Кломипрамин	25-150	A	2
Имипрамин	25-200	A	2
Миртазапин	15-30	C	5
Моклобемид	300-600	C	5
Дулоксетин	60-120	C	5
Милнаципран	50-100	C	5
<b>Бензодиазепины</b>			
Клоназепам	1-4	A	2
Альпразолам	0,75-6	A	2
Бромдигидрохлорфе нилбензодиазепин	1-6	A	2
Диазепам	5-30	A	2
Лоразепам	2-7,5	A	2
<b>Антипсихотики</b>			
Рisperидон*	0,25-3	C	5
Арипипразол*	5-30	C	5
Оланзапин*	2,5-20	C	5

Противоэпилептические препараты			
Габапентин	600-3600	С	5
Вальпроевая кислота	500-3000	С	5
Бета-блокаторы			
Пиндолол (в комбинации с флуоксетином 20 мг/сут)	7,5	С	5

\* в комбинации с АД.



## **Приложение Д. Опросник Panic Screening Questions (Вопросы о тревоге и панических состояниях)**

### **Panic Screening Questions (Вопросы о тревоге и панических состояниях)**

#### 1. Вопрос о наличии приступов тревоги. (варианты ответа "Да" или "Нет")

a) испытывали ли Вы приступы (атаки) внезапной тревоги, страха или ужаса в течение последних 4 месяцев?

(при ответе "да" продолжайте отвечать на вопросы).

b) были ли у Вас подобные приступы когда-нибудь прежде?

c) возникают ли некоторые из этих приступов неожиданно, вне связи с определенной ситуацией, где бы Вы ощущали беспокойство или дискомфорт?

d) есть ли у Вас боязнь приступа или его последствий?

#### 2. Во время Вашего последнего приступа (атаки) Вы испытывали:

(отвечайте "Да", "Нет")

a) поверхностное, учащенное дыхание

b) сердцебиение, пульсацию, перебои в работе сердца или ощущение его остановки

c) боль или дискомфорт в левой половине грудной клетки

d) потливость

e) ощущение нехватки воздуха, одышку

f) волны жара или холода

g) тошнота, дискомфорт в желудке, понос или позывы к нему

h) головокружение, неустойчивость, туман в голове или предобморочное состояние

i) ощущения покалывания или онемения в теле или конечностях

j) дрожание в теле, конечностях, подергивания или стягивание тела (конечностей)

k) страх смерти или необратимых последствий приступа?

При ответе пациента на вопросы пункта 1 a-d "Да" и на 4 любых вопроса пункта 2 a-k "Да" можно предполагать наличие панических атак (чувствительность метода 81%, специфичность 99%).