Паническое расстройство

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: F41.0 · Общественная организация "Российское общество психиатров"

Паническое расстройство — это повторные, часто спонтанные и непредсказуемые панические атаки с последующей тревогой ожидания и возможным избеганием ситуаций. Рекомендация описывает подтверждение диагноза после исключения соматических и других психических расстройств, а также поэтапное применение психотерапии и лекарственного лечения.

Главное

- Ключевые признаки ПР — повторные неожиданные панические атаки, страх их повторения и ограничительное поведение; наличие только изолированных панических атак не равно ПР.
- ПР классифицируют как расстройство с агорафобией или без неё.
- Умеренной степени соответствует не менее 4 атак за 4 недели, тяжёлой — не менее 4 атак в неделю в течение 4 недель.
- Паническая атака начинается внезапно, достигает максимума за несколько минут и включает минимум 4 симптома, один из которых относится к вегетативным: сердцебиение, потливость, тремор или сухость во рту.
- До подтверждения ПР нужно исключить соматические, неврологические, лекарственные и психоактивные причины приступов, а также депрессию, биполярное расстройство, ПТСР и другие психические расстройства.
- Для всех пациентов подходят психофармакотерапия и/или психотерапия (УУР А, УДД 1); оптимальное соотношение методов выбирают по клинической картине, особенностям пациента и его ресурсам.
- Первый лекарственный курс — СИОЗС или венлафаксин (УУР А, УДД 1); эффект антидепрессантов развивается обычно в течение 2–8 недель, поэтому в первые недели при частых атаках возможна краткая комбинация с бензодиазепином.
- КПТ проводят в объёме 10–15 сеансов (УУР А, УДД 1); её основные мишени — катастрофическая интерпретация телесных ощущений, тревога ожидания и избегание.

Диагностика

1. Уточнить, были ли повторные внезапные приступы интенсивного страха или дискомфорта, возникающие спонтанно и не связанные с конкретными ситуациями, предметами, физическим напряжением или угрозой жизни.
2. Проверить критерии атаки: внезапное начало, максимум в течение нескольких минут, продолжительность не менее нескольких минут и минимум 4 симптома из диагностического перечня, включая хотя бы один вегетативный.
3. Оценить тревогу ожидания, страх смерти или утраты контроля, агорафобию и ограничительное поведение, а также частоту атак для кодирования степени тяжести.
4. Собрать анамнез соматических и неврологических заболеваний, употребления алкоголя и психоактивных веществ, приёма лекарств, психических расстройств у пациента и родственников; обязательно оценить суицидальный риск.
5. Провести общий, неврологический и физикальный осмотр: оценить следы самоповреждения и инъекций, осмотреть волосистую часть головы и полость рта, пропальпировать щитовидную железу, проверить отсутствие экзофтальма, измерить пульс и АД лёжа после 5 минут отдыха и стоя через 3 минуты.
6. Для исключения сходной патологии выполнить общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, тесты на вирусные инфекции и сифилис, а также исследование Т3, Т4 и ТТГ; специфического лабораторного теста на ПР нет.
7. Всем пациентам выполнить ЭКГ; ЭЭГ, транскраниальное дуплексное сканирование или МРТ назначают при соответствующих анамнестических и клинических признаках, когда пароксизмальные, сосудистые или органические причины нельзя надёжно исключить.

8. Для оценки тяжести ПР использовать PDSS (УУР B, УДД 3).

Лечение

- Начинать лечение с СИОЗС или венлафаксина (УУР A, УДД 1). Возможные дозы: эсциталопрам 5 мг/сут с поддерживающей дозой 10–20 мг/сут; пароксетин — с 10 мг с еженедельным повышением до 40–60 мг/сут; флуоксетин 20–60 мг/сут; циталопрам 20–60 мг/сут; сертралин 50–200 мг/сут; флувоксамин 100–300 мг/сут; венлафаксин 75–225 мг/сут.
- Препараты назначают внутрь, начиная с минимальных доз и постепенно титруя; продолжительность курса обычно 6–12 месяцев. При венлафаксине учитывать возможное повышение АД и худшую переносимость по сравнению с СИОЗС.
- Если нет противопоказаний, бензодиазепины назначают коротким курсом до 3–4 недель: клоназепам 0,25–4 мг/сут, лоразепам 1–6 мг/сут, алпразолам 0,75–6 мг/сут или диазепам 5–10 мг/сут (УУР B, УДД 3). Перед назначением следует собрать наркологический анамнез; учитывать риск зависимости и синдрома отмены.
- КПТ — 10–15 сеансов (УУР A, УДД 1), с работой над катастрофизацией телесных ощущений, интероцептивной экспозицией, когнитивным реструктурированием и преодолением избегания. При низкой толерантности к психотравмирующим стимулам допустима экспозиционная терапия в виртуальной реальности: 20–25 минут ежедневно или через день, всего 10–15 процедур (УУР A, УДД 1).
- Эффективны также комбинированное применение психотерапии и психофармакотерапии (УУР A, УДД 1), релаксационные методы курсом 10–15 сеансов (УУР B, УДД 1), а при определённых психодинамических мишенях — краткосрочная психодинамическая терапия в 24 сеанса дважды в неделю (УУР B, УДД 2).
- Если ответ на СИОЗС или венлафаксин частичный, сначала проверить приверженность и повысить дозу до максимально рекомендованной. При недостаточном ответе через 4–6 недель возможны смена антидепрессанта, комбинация с анксиолитиком или антипсихотическим препаратом, а также добавление психотерапии.
- При отсутствии ремиссии после СИОЗС или венлафаксина перейти на имипрамин или кломипрамин (УУР B, УДД 1). При сохранении резистентности после этих вариантов допускается монотерапия бензодиазепином; дозы: алпразолам 0,75–6 мг/сут, клоназепам 1–4 мг/сут, лоразепам 2–7,5 мг/сут, диазепам 5–30 мг/сут, продолжительность не более 6 месяцев из-за высокого риска зависимости (УУР B, УДД 1).
- После достижения эффекта продолжать фармакотерапию не менее 6 месяцев, обычно в той же дозе; отменять антидепрессанты и бензодиазепины постепенно. Эффективность и переносимость оценивать на 7-й, 14-й и 28-й день, затем каждые 4 недели; динамику можно отслеживать по HARS, где ответом считается снижение балла более чем на 50%, а ремиссией — менее 7 баллов.

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализация показана при высокой частоте атак или выраженной тревоге, если требуется подбор фармакотерапии в стационаре.
- Направлять в стационар следует при коморбидных психических или соматических расстройствах, требующих стационарного подбора медикаментов, а также при плохой переносимости терапии.
- Показанием к госпитализации также служат выраженные фобии, стойкая агорафобия и ограничительное поведение, существенно затрудняющее передвижение пациента.
- Диспансерное наблюдение психиатром нужно при суицидальном риске, тяжёлом течении, коморбидной психической патологии или резистентности; психотерапевт или психиатр наблюдает пациента для коррекции лечения и его правильной отмены.

Частые вопросы

Как отличить паническое расстройство от панической атаки?

ПР предполагает повторные, часто спонтанные атаки, после которых формируются тревога ожидания и/или избегание. Изолированная атака без такого синдрома не равна ПР.

Сколько симптомов нужно для диагностики панической атаки?

Минимум 4 симптома; хотя бы один должен быть вегетативным — сердцебиение, потливость, тремор или сухость во рту. Приступ внезапно начинается и достигает максимума в течение нескольких минут.

Какие препараты являются первой линией при ПР?

СИОЗС или венлафаксин (УУР А, УДД 1). Антидепрессанты начинают с минимальных доз и титруют; анксиолитический эффект развивается индивидуально в течение 2–8 недель.

Можно ли назначать бензодиазепины длительно и по потребности?

Обычно их используют коротким курсом до 3–4 недель; при резистентности возможна терапия до 6 месяцев, но риск зависимости высок. Приём по потребности может приводить к самостоятельному повышению дозы и поддерживать охранительное поведение.

Сколько сеансов КПТ нужно при паническом расстройстве?

Рекомендовано 10–15 сеансов КПТ (УУР А, УДД 1), направленных на снижение тревоги, частоты атак и преодоление ограничительного поведения.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/456-panicheskoe-rasstrojstvo. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/456_3