

КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ПАНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

А. Васильева, доктор медицинских наук,
Т. Караваева, доктор медицинских наук,
С. Полторац, кандидат медицинских наук
Санкт-Петербургский научно-исследовательский
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева
E-mail: annavdoc@yahoo.com

Приводятся результаты успешного применения комбинированной терапии панических расстройств с использованием небензодиазепинового анксиолитика бупирона (Спитомин) и индивидуальной краткосрочной когнитивно-поведенческой психотерапии. Данная терапия может быть рекомендована для лечения панических и тревожных расстройств в общей медицинской практике.

Ключевые слова: неврология, кардиология, паническое расстройство, тревога, когнитивно-поведенческая психотерапия, сердечно-сосудистые заболевания, анксиолитик, бупирон.

Первичное обращение пациентов, страдающих паническим расстройством, в общую медицинскую сеть и несвоевременная постановка диагноза по-прежнему остаются актуальной проблемой, встречающейся в общей популяции, по данным эпидемиологических исследований, в 3–6% случаев [1].

Наиболее часто панический приступ манифестирует симптомами со стороны сердечно-сосудистой системы — он начинается с внезапно появляющегося «сильного сердцебиения», ощущения «перебоев», «остановки», дискомфорта или боли в области сердца. При этом больные могут отмечать, что частота сердечных сокращений (ЧСС) не увеличивается, но биение сердца распространяется по всему телу, возникают ощущения «провалов», «перебоев», «замирания» или «остановки сердца». В ходе панического приступа ощущения со стороны сердечно-сосудистой системы продолжают доминировать в структуре жалоб, что определяется представлениями об особой значимости сердца в жизни человека. В большинстве случаев паническая атака сопровождается подъемом артериального давления (АД), показатели которого могут быть довольно высокими. Основные выраженные нарушения в дыхательной системе: затрудненное дыхание, ощущение нехватки воздуха с одышкой и гипервентиляцией, «чувство удушья». Как правило, в момент панической атаки наблюдаются головокружение, потливость, тремор с ознобом, «волны» жара и холода, парестезии, похолодание кистей и стоп. Приступ может закончиться полиурией или частым жидким стулом. Объективно определяются изменение цвета лица, частоты пульса, колебания АД, причем нередко обнаруживается расхождение между субъективной регистрацией вегетативных нарушений больными и их выраженностью при объективном осмотре [2].

Псевдостенокардия, или синдром д'Акосы (синдром «раздраженного сердца») характеризуется доминированием в аффективной сфере панических атак со спонтанными, вне связи с внешними факторами приступами тревоги, которые

могут имитировать ургентную патологию (приступ стенокардии, инфаркт миокарда, гипертонический криз). При этом у 30% пациентов имеются признаки субклинических морфологических аномалий сердца (пролапс митрального клапана). Также в 30% случаев начало и течение невротических нарушений связаны с сердечной патологией — ИБС (легких функциональных классов), синдром Вольфа—Паркинсона—Уайта (синдром WPW) и ряд других. Специфические личностные особенности, способствующие формированию высокого уровня внутреннего напряжения (такие как соревновательность, амбициозность, категоричность, перфекционизм), обнаруживаются как в преморбидном периоде кардионевроза, так и в описании кардиального типа поведения А [3].

Различные аритмии сердца (пароксизмальная предсердная тахикардия, желудочковые экстрасистолы, стенокардия) могут быть причиной появления симптомов, схожих с паническим приступом. Гипертоническая болезнь, особенно ее «кризовая» форма с отсутствием или поздним выявлением соматических осложнений, может дебютировать совместно с панической атакой, высоким стойким подъемом АД вне зависимости от динамики тревожного напряжения. В дальнейшем возможен подъем АД и вне кризов. На фоне традиционного течения гипертонической болезни также могут развиваться панические атаки, утяжеляющие течение основного заболевания, способствуя более частому подъему АД по условно-рефлекторному механизму. Субъективно они переносятся пациентами тяжелее из-за выраженности эмоционально-аффективного компонента [4–6].

Внутренняя картина болезни, ее гипергнозический вариант у пациентов с кардиопатологией также может включать панические реакции. По данным исследователей, это более характерно для быстропрогрессирующего варианта ИБС с повторными коронарными катастрофами и началом в среднем возрасте; «классической стенокардии», аритмий сердца с персистирующей высокой ЧСС; выраженной сердечной недостаточности [7–9].

У пациентов, страдающих стенокардией, также возможно развитие панических атак вне ангиозного приступа, при этом неэффективность стандартной кардиотерапии, несвоевременная диагностика, ограниченная возможность применения классических бензодиазепинов могут значительно влиять на представления пациентов о своем заболевании и утяжелять его течение.

Панические приступы могут встречаться в рамках так называемого «невроза ожидания», связанного с кардиологическим операционным вмешательством, усиливая имеющиеся соматические симптомы (кардиалгии, изменение частоты и ритма сердечных сокращений, увеличение амплитуды колебаний АД и др.) [10–12].

Сложные взаимозависимые отношения между паническим расстройством и сердечной патологией определяют необходимость их своевременной диагностики и назначения эффективной анксиолитической терапии [13–18].

Нами изучены возможности применения препарата Спитомин (бупирон) в лечении панического и других расстройств тревожного спектра.

Спитомин (бупирон) — анксиолитическое (антитревожное) средство небензодиазепинового ряда, оказывающее также антидепрессивное воздействие. Механизм его действия связан с влиянием на серотонинергическую и дофаминергическую системы. Бупирон не обладает отрицательным влиянием на психомоторные функции, не вызывает толерантности, лекарственной зависимости и синдрома отмены. Показания к

применению: генерализованное тревожное расстройство, паническое расстройство, синдром вегетативной дисфункции, алкогольный абстинентный синдром, вспомогательная терапия депрессивных расстройств [19].

В ходе наблюдательной (статистической) программы, проводимой в отделении лечения пограничных состояний и психотерапии СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, определяли эффективность препарата Спитомин (буспирон) в комплексной терапии панического расстройства, для чего изучали динамику клинических показателей и личностных свойств, способствующих поддержанию указанного расстройства.

В исследование вошли 30 пациентов (1-я группа), обратившихся для амбулаторного лечения по поводу панического расстройства и подписавших информированное согласие. Критериями включения в исследование являлись возраст от 18 до 58 лет, возможность проведения лечения в амбулаторных условиях, верифицированный диагноз панического расстройства (F41.0) в соответствии с МКБ-10. Для исключения клинически схожих состояний другой этиологии проводилась тщательная дифференциальная диагностика. Критериями исключения были острые и хронические соматические заболевания в стадии декомпенсации, период беременности и лактации у женщин, нарушения метаболизма или онкологические заболевания, эпилепсия, органические заболевания центральной нервной системы (ЦНС), актуальная лекарственная и алкогольная зависимость, психотические состояния и расстройства зрелой личности. Сравнение проводили с пациентами ($n=30$; 2-я группа) с паническим расстройством, проходившими амбулаторное лечение только с использованием индивидуальной когнитивно-поведенческой психотерапии. Отбор испытуемых в группы осуществляли методом сплошной выборки. Большинство обследованных обратились за помощью после посещения специалистов соматического профиля, расценивая свое состояние как проявление кардиологического, эндокринологического или неврологического заболевания, считая тревожную симптоматику вторичной, связанной с обеспокоенностью своим здоровьем и отсутствием адекватной помощи и точного диагноза. Группы больных, вошедших в исследование, были гомогенными, что позволило исключить отрицательное влияние факторов гетерогенности на достоверность полученных результатов. Согласно критериям МКБ-10, диагноз панического расстройства при поступлении был поставлен всем пациентам. В качестве основных клинических синдромов больных были верифицированы тревожный и панический синдромы.

Исследование было открытым и длилось 6 нед, пациентам проводилась активная терапия. Если больные к моменту начала исследования принимали другие психотропные препараты, им назначали дополнительно 1-недельный период *wash-out*. Пациенты основной (1-й) группы получали комбинированную терапию, им назначали Спитомин (буспирон) в дозе 30 мг/сут (по 10 мг 3 раза в день) в течение 6 нед, а также курс индивидуальной краткосрочной директивной когнитивно-поведенческой психотерапии, всего 12–15 сеансов (2–3 раза в неделю).

В основе метода лежат представления о том, что у пациентов с паническим расстройством свой специфический когнитивный стиль: они не способны реалистически воспринимать свои ощущения, интерпретируя их катастрофически. Они склонны любой необъяснимый симптом или ощущение рассматривать как признак начала жизнеопасного состояния, с иррациональными убеждениями в том, что их витальные системы (кардиоваскулярная, респираторная, ЦНС) «потерпят крах». В связи с этим основными когнитивными приемами были вы-

браны когнитивное реструктурирование, а также коррекция ошибочных представлений и интерпретаций. В связи с тем, что на фоне стресса часто возникает диспноэ, которое оценивается как угрожающее здоровью и провоцирует или усиливает страх, вызванный внешними тревожными стимулами, больным проводили тренинг по контролю дыхания с последующей когнитивной реатрибуцией значения симптомов. Выполняли упражнения по привлечению/отвлечению внимания.

В ходе наблюдения оценивали тревожную и паническую симптоматику по шкале тревоги Гамильтона (HARS), шкале депрессии Монтгомери–Асберга (MADRS), методике Спилберга–Ханина, шкале общего клинического впечатления (CGI). Состояние пациентов оценивали до назначения препарата Спитомин (буспирона), а затем на 7, 14, 28 и 42-й дни терапии. Клинико-психологическое наблюдение было постоянным в процессе лечения пациентов на всем протяжении обсервационной программы.

Протокол исследования включал паспортные данные, социальные, анамнестические, клинические и экспериментально-психологические показатели. Математико-статистическая обработка данных осуществлена с помощью пакета статистических программ Statistica 6.0, SPSS for Windows 12.0.

В 1-й группе было 14 (46,7%) мужчин и 16 (53,3%) женщин, во 2-й – 12 (40%) мужчин и 18 (60%) женщин; достоверных различий между группами в зависимости от пола больных не было.

Средний возраст пациентов в 1-й группе составлял $34,8 \pm 1,4$ года, во 2-й – $35,9 \pm 1,5$ года (без достоверных различий; табл. 1). Как видно из приведенных в табл. 1 данных, наиболее часто диагноз панического расстройства наблюдался в возрастной группе от 30 до 39 лет.

Отдельные характеристики социально-экономического статуса пациентов представлены в табл. 2.

По изученным параметрам группы достоверно не различались между собой: критерий Пирсона – χ^2 для распределения больных по полу составил 2 ($p < 0,157$), по возрасту – 20 ($p < 0,22$), по образованию – 6 ($p < 0,199$), по семейному положению – 3 ($p < 0,223$), по социальному положению – 12 ($p < 0,213$).

До лечения уровень тревоги по шкале HARS в 1-й и 2-й группе превышал нормативные значения и соответствовал тревожному состоянию средней тяжести (тревожное настроение, напряжение, легко переходящее в панику, чувство беспокойства, неспособность расслабиться и вегетативные симптомы).

После лечения в основной группе (комбинированная терапия) отмечалась значительная редукция панической и тревожной симптоматики. Так, уровень общей тревоги по шкале

Таблица 1
Распределение больных по возрасту; n (%)

Возраст, годы	1-я группа	2-я группа
До 20	1 (3,3)	2 (6,6)
20–29	7 (23,4)	8 (26,6)
30–39	12 (40,0)	10 (33,6)
40–49	8 (26,6)	7 (23,4)
50–58	2 (6,7)	3 (10,0)
Всего	30 (100)	30 (100)
Средний возраст, годы ($M \pm m$)	$34,8 \pm 1,4$	$35,9 \pm 1,5$

HARS понизился более чем на 50% (с $23,83 \pm 0,87$ до $9,73 \pm 1,25$ балла), что свидетельствует об отсутствии тревожных нарушений и позволяет говорить о терапевтической эффективности данного метода лечения. В группе сравнения (только психотерапия) после лечения снижение общего уровня тревоги оказалось достоверно меньше: с $24,15 \pm 0,93$ до $16,48 \pm 1,04$ балла (различия с 1-й группой статистически значимы; $p < 0,01$).

Для оценки динамики тревоги в процессе лечения больных обеих групп были подсчитаны суммарные баллы по пунктам, отражающим психические и соматические проявления тревоги. Полученные результаты позволяют говорить о положительных сдвигах в 1-й группе как в психическом, так и в соматическом компонентах тревоги, а во 2-й — о преимущественном снижении психической тревоги, в то время как показатели соматической тревоги в конце лечения были значительно выше, чем в 1-й группе.

Дополнительно оценка психического состояния пациентов по шкале MADRS позволила оценить тревожную симптоматику, а также исключить наличие депрессивного эпизода, в структуре которого могут также возникать панические приступы. До начала лечения средний балл по шкале MADRS составил $17,07 \pm 1,58$ балла (при норме до 15 баллов), что соответствует депрессивному состоянию легкой степени, при этом показатели первых 2 пунктов шкалы, описывающих собственно депрессивное настроение, не превышали 2 баллов, что может быть расценено как ситуативное снижение настроения в связи с озабоченностью своим состоянием. Среди различных симптомов наиболее интенсивными были психическое напряжение, достигающее паники и сильного страха, чувство болезненного дискомфорта, снижение некоторых качественных характеристик сна. В процессе лечения общий балл по шкале MADRS значительно снизился по отношению к начальному уровню (до $7,47 \pm 1,13$ балла; $t=9,42$; $p < 0,001$). При этом уменьшилось острое переживание напряжения и страха, улучшился сон. В конце лечения у 90% пациентов с диагнозом панического расстройства, получавших препарат Спитомин (буспирон), отмечалось отсутствие депрессивного состояния.

Таким образом, применение препарата Спитомин (буспирон) в комбинации с индивидуальной когнитивно-поведенческой психотерапией для лечения панического расстройства значительно снижает выраженность тревожной и

панической симптоматики: уменьшает психическое напряжение, чувство внутреннего дискомфорта, повышает порог восприятия неприятных событий (т.е. сужает круг ситуаций, которые воспринимаются как негативные), улучшает качество сна, подтверждая целесообразность данного вида лечения для пациентов с паническим расстройством.

Для изучения структуры тревоги у больных с паническим расстройством в ходе комбинированного лечения с применением препарата Спитомин (буспирон) использовалась методика Спилбергера—Ханина.

Исследование выявило, что показатели ситуативной тревожности у пациентов 1-й группы высокие ($67,4 \pm 1,1$ балла; норма — до 30 баллов); легко возникают тревожное состояние в стрессовых ситуациях, выраженное беспокойство, напряжение. После лечения показатель становился достоверно ниже, чем при поступлении ($p < 0,001$), однако оставался высоким ($50,23 \pm 2,16$ балла). У пациентов 2-й группы до лечения показатель ситуативной тревожности практически не отличался от такового в 1-й группе ($68,1 \pm 1,4$ балла); снижение его за время лечения было достоверно значимым ($58,67 \pm 1,80$ балла), но выраженным в меньшей степени, чем в основной группе.

До начала комбинированной терапии у пациентов с паническим расстройством показатель личностной тревоги значительно превышал норму ($55,23 \pm 1,70$ балла), что указывает на склонность к переживанию тревоги, обусловленную личностными качествами, как и у пациентов 2-й группы ($55,41 \pm 1,60$ балла).

В процессе терапии в 1-й группе отмечалось частичное снижение выраженности личностной тревожности ($p=0,011$), при этом ее уровень оставался высоким ($53,13 \pm 1,36$ балла). У пациентов 2-й группы динамика изменений данного показателя ($55,36 \pm 1,70$ балла) также не достигала уровня достоверности ($p=0,015$).

В результате лечения панического расстройства с применением препарата Спитомин (буспирон) у пациентов выявлено незначительное снижение показателей ситуативной тревожности с частичной коррекцией эмоционального состояния; в группе без приема препарата Спитомин снижение показателя ситуативной тревожности было менее выраженным.

Уровень личностной тревожности в обеих группах изменился в меньшей степени, поскольку это — более устойчивая характеристика, требующая использования долговременных форм психотерапии.

Оценена также степень тяжести панического расстройства с помощью шкалы общего клинического впечатления CGI.

В начале лечения 50% больных 1-й группы относились к категории пациентов с выраженными расстройствами, у 36,7% обследованных имелись умеренные и у 13,3% — сильные нарушения. Выраженность изменений нарушений у пациентов 2-й группы достоверно не отличалась: у 46,7% — выраженная, у 13,3% — сильная и у 40% — умеренная степень.

На фоне комбинированной терапии с применением препарата Спитомин (буспирон) у 46,7% пациентов с паническим расстройством наблюдались выраженные положительные изменения состояния, у 33,3% больных отмечена значительная позитивная динамика, у 16,7% — незначительные улучшения и у 3,3% — изменения отсутствовали. В группе сравнения (только психотерапия) частота соответствующих изменений динамики состояния составила соответственно 33,3; 36,7; 26,3 и 6,7%.

Таким образом, можно говорить о том, что комбинированная терапия панического расстройства с использованием препарата Спитомин (буспирона) и когнитивно-поведенческой психотерапии является оптимальным

Таблица 2
Социально-экономическая характеристика больных; n (%)

Показатель	1-я группа	2-я группа
Число больных	30 (100)	30 (100)
Образование:		
высшее	18 (60,0)	19 (63,3)
незаконченное высшее	4 (13,3)	3 (10,0)
среднее специальное	8 (26,7)	8 (26,7)
Семейное положение:		
не женат/не замужем	4 (13,3)	5 (16,7)
женат/замужем	20 (66,7)	18 (60,0)
разведен(а)	6 (20,0)	7 (23,3)
вдовец/вдова	0	0
Социальный статус:		
учащиеся	3 (10,0)	4 (13,3)
работающие	23 (76,7)	20 (66,7)
не работают	3 (10,0)	6 (20,0)
пенсионеры	1 (3,3)	0
инвалиды	0	0

методам лечения, хотя и не лишенным недостатков других краткосрочных методов. Хорошая переносимость препарата позволила всем включенным в исследование пациентам закончить его. Опыт данной обсервационной программы позволит врачам-психиатрам-психотерапевтам, кардиологам, неврологам и врачам общей практики лучше ознакомиться с возможностями применения препарата Спитомин (буспирон) в лечении больных с паническими расстройствами, а значит – повысить его эффективность.

Литература

1. Васильева А.В., Караваева Т.А., Полторак С.В. Психофармакотерапия и психотерапия в лечении неврологических расстройств. Психоневрология в современном мире. Материалы юбилейной научной сессии. СПб, 2007; с. 242.
2. Aronson T., Voque C. Phenomenology of Panic Attacks: Descriptive Study of Panic Disorders Patient Self-Reports // Clin. Psychiat. – 1998; 49 (1): 8–13.
3. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л. Психокardiология / М.: Медицинское информационное агентство, 2005; с. 562–615.
4. Трешкур Т.В., Пармон Е.В. Случай идиопатической симпатозависимой желудочковой парасистолической тахикардии на фоне психозомоционального стресса // Вестн. аритмол. – 2002; 28: 58–9.
5. Трешкур Т.В., Цуринова Е.А., Тулинцева Т.Э. и др. Поиск оптимального лечения желудочковой аритмии нешишеической природы у пациентов с тревожными расстройствами // Тер. арх. – 2012; 12: 35–9.
6. Lampert R. Anger and ventricular arrhythmias // Curr. Opin. Cardiol. – 2010; 25 (1): 46–52. DOI:10.1097/HCO.0b013e32833358e8.
7. Magri D., Piccirillo G. et al. Effect of acute mental stress on heart rate and QT Variability in Postmyocardial infarction patients // ISRN Cardiol. – 2012; 2012: 912672.
8. Vega C., Barclay L. Mental stress can induce cardiac instability // Medscape. – 2004; Available at: <http://www.medscape.org/viewarticle/472274>.
9. Ziegelstein R. Acute emotional stress and cardiac arrhythmias // JAMA. – 2007; 298 (3): 324–9.
10. Мизинова Е.Б., Полторак С.В., Цуринова Е.А. и др. Описание клинического случая пациента с желудочковой аритмией психогенного характера // Вестн. психотер. – 2015; 54: 70–89.
11. Караськова Е.А., Завьялов В.Ю. Роль тревожных расстройств в генезе нарушений ритма сердца у пациентов аритмологического профиля // Патология кровообращения и кардиохирургия. – 2006; 4: 79–87.
12. Мизинова Е.Б., Полторак С.В. Роль психогенного фактора в генезе нарушений сердечного ритма у больных со структурно-нормальным сердцем. Персонализированная психиатрия: современные возможности генетики в психиатрии. Материалы I Научно-практической конференции, посвященной памяти и 80-летию со дня рождения Эдуарда Семеновича Дроздова. 2–3 ноября 2015 года. М.; с. 15–6.
13. Вейн А.М., Каменецкая Б.И., Хаспекова Н.Б. и др. Ритм сердца при кардиоваскулярных нарушениях невротического характера // Кардиология. – 1987; 27 (9): 58.
14. Шляхто Е.В., Пармон Е.В., Трешкур Т.В. и др. Идиопатические желудочковые нарушения ритма: результаты проспективного наблюдения // Вестн. аритмол. – 2003; 33: 5–11.
15. ACC/AHA/ESC PRACTISE GUIDELINES ACC/AHA/ESC. Guidelines for Management of Patients With Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death // Eur. Heart. J. – 2006; 27: 2099–140.
16. Полторак С.В., Фурсова М.В. Дифференциальная диагностика и комплексная терапия панических расстройств // Вестн. психотер. – 2005; 13 (18): 35–44.
17. Taggart P., Boyett M., Logantha S. Anger, emotion, and arrhythmias: from brain to heart // Front Physiol. – 2011; DOI: 10.3389/fphys.2011.00067.
18. Ehlers A., Margraf I. The psychophysiological model of panic / Amsterdam: Swets, 1989; 1–29.
19. Stahl S., Munther N., Grady M. Prescriber's guide: Antidepressants / Taschenbuch, 2014; 123–7.

COMBINED THERAPY FOR PANIC DISORDERS IN CARDIOLOGY PRACTICE

A. Vasilyeva, MD; T. Karavaeva, MD; S. Poltorak, Candidate of Medical Sciences V.M. Bekhterev Saint Petersburg Psychoneurology Research Institute

The paper gives the results of successful combined therapy for panic disorders with the non-benzodiazepine anxiolytic Buspirone (Spitomin) and short-term individual cognitive-behavioral psychotherapy. This therapy may be recommended to treat panic and anxiety disorders in general medical practice.

Key words: neurology, cardiology, panic disorder, anxiety, cognitive-behavioral psychotherapy, cardiovascular diseases, anxiolytic, Buspirone.