

# ТЕРАПИЯ ПАНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

*Юнусова З.В.*

*АГМИ, ассистент кафедры ПВБ.*

**Аннотация:** Приводятся результаты успешного применения комбинированной терапии панических расстройств с использованием небензодиазепинового анксиолитика буспирона (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, буспирон.

## THERAPY OF PANIC DISORDERS IN CARDIOLOGICAL PRACTICE

*Yunusova Z. V.*

*ASMI, assistant of the department of IMP.*

**Abstract:** The results of the successful use of combination therapy for panic disorders using the nonbenzodiazepine anxiolytic buspirone (Spitomin) and individual short-term cognitive-behavioral psychotherapy are presented. This therapy can be recommended for the treatment of panic and anxiety disorders in general medical practice.

**Keywords:** neurology, cardiology, panic disorder, anxiety, cognitive-behavioral psychotherapy, cardiovascular disease, anxiolytic, buspirone.

## **ВВЕДЕНИЕ**

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

## **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

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.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ**

Нами изучены возможности применения препарата Спитомин (буспирон) в лечении панического и других расстройств тревожного спектра [2].

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 [3].

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).

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±m)		34,8±1,4

В ходе наблюдения оценивали тревожную и паническую симптоматику по шкале тревоги Гамильтона (HARS), шкале депрессии Монтгомери–Асберга (MADRS), методике Спилбергера–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.

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).

### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

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

### **ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Васильева А.В., Караваева Т.А., Полторац С.В. Психофармакотерапия и психотерапия в лечении невротических расстройств. Психоневрология в современном мире. Материалы юбилейной научной сессии. СПб, 2017; с. 242.
2. Aronson T., Voque C. Phenomenology of Panic Attacks: Descriptive Study of Panic Disorders Patient Self-Reports // Clin. Psychiat. – 2019; 49 (1): 8–13.
3. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л. Психокardiология / М.: Медицинское информационное агентство, 2015; с. 562–615.
4. Трешкур Т.В., Пармон Е.В. Случай идиопатической симпатозависимой желудочковой парасистолической тахикардии на фоне психоэмоционального стресса // Вестн. аритмол. – 2012; 28: 58–9.