Панические атаки у больных с наджелудочковыми тахикардиями: проблемы дифференциальной диагностики и влияние на качество жизни

Царегородцев Д.А.*, Шелуха П.А., Ромасенко Л.В., Берая М.М., Соколов А.В.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Цель. Изучить психосоматические соотношения и качество жизни (КЖ) больных с пароксизмальной наджелудочковой тахикардией (НЖТ) в зависимости от наличия или отсутствия панических атак (ПА) в сравнении с пациентами с сердцебиениями на фоне соматоформной вегетативной дисфункции.

Материал и методы. В исследование включались пациенты с НЖТ и с приступами сердцебиения, обусловленными синусовой тахикардией в рамках соматоформного вегетативного расстройства (СВР). Все пациенты прошли анкетирование для выявления тревожных и депрессивных расстройств (госпитальная шкала тревоги и депрессии [HADS] и шкала депрессии Гамильтона), оценки КЖ (опросник SF-36), а также были проконсультированы психиатром, который устанавливал наличие или отсутствие ПА. По визуально-аналоговой шкале в баллах от 0 до 6 пациенты оценивали общее состояние своего здоровья (0 баллов соответствовало полному здоровью, а 6 – серьезному заболеванию) и влияние сердцебиения на самочувствие (0 баллов – аритмия не ощущается, 6 баллов – аритмия «мешает жить»).

Результаты. В исследование были включены 96 пациентов: 60 с НЖТ (21 мужчина, 39 женщин, средний возраст 51 [33; 61] год) и 36 – с приступами сердцебиения, обусловленными синусовой тахикардией в рамках соматоформного вегетативного расстройства (10 мужчин, 26 женщин, средний возраст 33 [27; 41] лет). Паническое расстройство диагностировано в группе НЖТ у 17 пациентов, что составило 28,3%. Лишь 7 пациентов (41%) могли четко дифференцировать приступы НЖТ и ПА. Низкая чувствительность опросника HADS у больных с НЖТ определяла необходимость консультации психиатра для диагностики панических расстройств.

Заключение. ПА характерны для 28,3% пациентов с НЖТ. Сочетание НЖТ с ПА снижает КЖ пациентов за счет его психических компонентов, в том числе, за счет более частого возникновения депрессивной симптоматики. Больные с СВР субъективно воспринимают сердцебиение как более значимый фактор, влияющий на здоровье, по сравнению с больными с НЖТ. Трудности дифференциальной диагностики ПА и пароксизмов НЖТ в реальной клинической практике часто приводят к назначению одинаковой терапии без учета различий в генезе сердцебиений.

Ключевые слова: наджелудочковая тахикардия, соматоформные вегетативные расстройства, паническая атака, качество жизни, тревога и депрессия.

Для цитирования: Царегородцев Д.А., Шелуха П.А., Ромасенко Л.В., Берая М.М., Соколов А.В. Панические атаки у больных с наджелудочковыми тахикардиями: проблемы дифференциальной диагностики и влияние на качество жизни. *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии* 2021;17(6):860-866. DOI:10.20996/1819-6446-2021-12-09.

Panic Attacks in Patients with Supraventricular Tachycardia: Problems of Differential Diagnosis and Impact on Quality of Life

Tsaregorodtsev D.A.*, Shelukha P.A., Romasenko L.V., Beraya M.M., Sokolov A.V.

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia

Aim. To study the psychosomatic relationships and quality of life (QOL) of patients with paroxysmal supraventricular tachycardia (SVT) depending on the presence or absence of panic attacks (PA) in comparison with patients with heartbeat against the background of somatoform autonomic dysfunction.

Material and methods. The study included patients with SVT and heart attacks due to sinus tachycardia in the context of somatoform autonomic disorder (SAD). All patients were interviewed to identify anxiety and depressive disorders (Hospital Anxiety and Depression Scale [HADS] and Hamilton's Depression Scale), QOL assessment (SF-36 questionnaire), and they were also consulted by a psychiatrist who established the presence or absence of PA. According to a visual analogue scale, in points from 0 to 6, we assessed the general state of our patients' health (0 points corresponded to complete health, and 6 points corresponded to a serious illness) and the effect of heartbeat on well-being (0 points - no arrhythmia, 6 points - arrhythmia «interferes with life»).

Results. The study included 96 patients: 60 with SVT (21 men, 39 women, average age was 51 [33; 61] years) and 36 with heart attacks caused by sinus tachycardia in the framework of somatoform autonomic disorder (10 men, 26 women, average age was 33 [27; 41] years). Panic disorder was diagnosed in the SVT group in 17 patients, accounting for 28.3%. Only 7 patients (41%) could clearly differentiate between SVT and PA attacks. The low sensitivity of the HADS questionnaire in patients with SVT determined the need to consult a psychiatrist for the diagnosis of panic disorders.

Conclusion. PA is typical for 28.3% of patients with SVT. The combination of SVT with PA reduces the QOL of patients due to its mental components, including due to the more frequent occurrence of depressive symptoms. Patients with SAD subjectively perceive the heartbeat as a more significant factor affecting health, compared with patients with SVT. Difficulties in the differential diagnosis of PA and SVT paroxysms in real clinical practice often lead to the appointment of the same therapy without taking into account the differences in the genesis of heartbeats.

Key words: supraventricular tachycardia, somatoform autonomic disorders, panic attack, quality of life, anxiety, depression.

For citation: Tsaregorodtsev D.A., Shelukha P.A., Romasenko L.V., Beraya M.M., Sokolov A.V. Panic Attacks in Patients with Supraventricular Tachycardia: Problems of Differential Diagnosis and Impact on Quality of Life. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology* 2021;17(6):860-866. DOI:10.20996/1819-6446-2021-12-09.

*Corresponding Author (Автор, ответственный за переписку): polina.shel@rambler.ru

Received/Поступила: 03.11.2021

Accepted/Принята в печать: 14.12.2021

Введение

Ощущение сердцебиения является одной из наиболее распространенных жалоб [1, 2], частота которой у больных кардиологического профиля составляет до 40% [3]. Особое значение имеет сердцебиение, возникающее приступообразно. Данный симптом в 38–81% случаев обусловлен нарушениями ритма сердца [4, 5], среди которых при отсутствии структурной патологии сердца, особенно – у пациентов молодого возраста преобладают пароксизмальные наджелудочковые тахикардии (НЖТ) [6]. Однако в данной когорте доля сердцебиений, имеющих психогенную природу (31%), практически сопоставима с частотой нарушений ритма сердца (43%) [5] и существенно выше, чем у больных старшего возраста (4,7%) [4], поэтому при обращении пациента молодого возраста без структурной патологии сердца, предъявляющего жалобы на приступообразное сердцебиение, перед врачом стоит задача дифференциальной диагностики нарушений сердечного ритма и синусовой тахикардии, обусловленной соматоформной вегетативной дисфункцией, чаще всего, в рамках симптомокомплекса панической атаки (ПА) [7].

ПА – приступ тревоги и страха, сопровождающийся различными соматовегетативными симптомами. При рецидивирующих ПА, не ограниченных какой-либо особой ситуацией или комплексом обстоятельств и, следовательно, непредсказуемых, говорят о паническом расстройстве, которое по МКБ-10 относится к тревожно-фобическим состояниям [8]. Важно отметить, что из всех соматических жалоб именно сердцебиение чаще всего выявляют у больных с ПА: у 68% пациентов при длительности анамнеза менее 1 года и до 90% случаев при более длительном течении панического расстройства [8]. С пароксизмом НЖТ ПА роднит внезапное начало приступа, ритмичное сердцебиение, возможное сочетание с одышкой, дискомфортом в грудной клетке, головокружением [9]. Наличие тревоги, составляющей суть ПА, достаточно закономерно и для пароксизма НЖТ [10], в то же время и при ПА соматоформные симптомы (в частности, сердцебиение) могут превалировать над ощущениями тревоги и страха. Таким образом, в случае, когда тахикардия в момент приступа сердцебиения не зарегистрирована на электрокардиограмме (ЭКГ), дифференциальная диагностика приступа НЖТ и ПА, основанная лишь на оценке клинической картины, может представлять трудности. По данным литературы до 54% случаев недокументированной НЖТ исходно расценивались как ПА [7], и наоборот, предполагается, что до 20% ПА могут рассматриваться врачами как пароксизмы НЖТ [10]. Высокая частота ошибок легко объяснима распространенностью ПА в популяции – до 13,2% людей в течение жизни [11], что превышает распространенность

НЖТ (2,25 на 1000 человек) [13]. В связи со сложностями диагностики особый интерес могут представлять пациенты, у которых приступы НЖТ и ПА сочетаются и могут протекать не только одновременно («вегетативная окраска» пароксизма НЖТ), но и независимо друг от друга. Данные о частоте и значении такого сочетания немногочисленны и противоречивы [1, 7].

Цель исследования – изучить психосоматические соотношения и качество жизни (КЖ) пациентов с пароксизмальной НЖТ в зависимости от наличия или отсутствия ПА в сравнении с пациентами без соматической патологии с ощущением сердцебиения на фоне соматоформной вегетативной дисфункции (в рамках иных психопатологических расстройств).

Материал и методы

В исследование, одобренное локальным этическим комитетом, включались пациенты, обратившиеся с жалобами на приступы сердцебиения в период с 2018 по 2020 гг. Университетскую клиническую больницу №1 (Сеченовский Университет), подписавшие добровольное информированное согласие. Критериями невключения явились: наличие структурной патологии сердца (ишемическая болезнь сердца, врожденные и приобретенные пороки сердца, гипертрофия левого желудочка любого генеза, кардиомиопатии, инфильтративные заболевания сердца), наличие имплантируемых антиаритмических устройств, каналопатии, возраст <18 лет, беременность, кормление грудью, наличие значимых сопутствующих заболеваний, влияющих на КЖ (онкологические заболевания, сахарный диабет, аутоиммунные заболевания, заболевания легких, протекающие с бронхообструктивным синдромом или дыхательной недостаточностью, заболевания печени, почек), любая форма фибрилляции или трепетания предсердий, пароксизмы желудочковой тахикардии, частая суправентрикулярная или желудочковая экстрасистолия, анемия (уровень гемоглобина <120 г/л), тиреотоксикоз, отказ пациента от участия в исследовании.

В исследование были включены 96 пациентов (31 мужчина и 65 женщин). Диагноз НЖТ ставился на основании ЭКГ, зарегистрированной в момент пароксизма или при проведении чреспищеводного электрофизиологического исследования (ЭФИ), и был верифицирован в ходе внутрисердечного ЭФИ. Диагноз синусовой тахикардии в рамках соматоформного вегетативного расстройства (СВР) был верифицирован с помощью ЭКГ, зарегистрированной в момент приступа сердцебиения (включая холтеровское мониторирование ЭКГ), а также отсутствием индукции каких-либо иных нарушений ритма при чреспищеводном ЭФИ. Все пациенты прошли анкетирование для выявления тревожных и депрессивных расстройств (госпитальная

шкала тревоги и депрессии (HADS), шкала депрессии Гамильтона) и оценки КЖ с помощью русской версии опросника SF-36 [12], а также проконсультированы психиатром, который устанавливал наличие или отсутствие ПА в анамнезе. При оценке КЖ подсчитывались баллы по шкалам: физическое функционирование (ФФ), ролевая деятельность (РД), телесная боль (Б), общее здоровье (ОЗ), жизнеспособность (Ж), социальное функционирование (СФ), эмоциональное состояние (ЭС) и психическое здоровье (ПЗ), рассчитывались суммарный показатель физического здоровья (ФЗ_{сум}) (по первым четырем шкалам) и суммарный показатель психического здоровья (ПЗ_{сум}) (по шкалам с 4 по 8), а также средний показатель качества жизни (КЖ_{ср}). При использовании опросника HADS сумма баллов 8-10 по одной из шкал свидетельствовала о субклинической тревоге или депрессии, 11 баллов и выше – о клинически выраженной тревоге или депрессии. Шкала депрессии Гамильтона заполнялась при проведении клинического интервью. Суммарный балл определялся по первым 17 пунктам (9 из которых оценивались по баллам от 0 до 4, а 8 – от 0 до 2). Суммарный балл от 8 до 13 интерпретировался как депрессивное расстройство легкой степени, от 14 до 18 – средней степени, от 19 до 22 – тяжелой степени, более 23 – крайне тяжелой степени. Кроме того, нами была разработана визуально-аналоговая шкала для субъективной оценки общего состояния своего здоровья и влияния сердцебиения на их самочувствие. Всем пациентам предложено оценить в баллах от 0 до 6 общее состояние своего здоровья и влияние сердцебиения на самочувствие: в первой шкале 0 баллов соответствовало полному здоровью, а 6 – серьезному заболеванию. Во второй шкале 0 баллов означало, что аритмия не ощущается, а 6 баллов, что аритмия «мешает жить».

Статистическую обработку результатов осуществляли с помощью программного обеспечения SPSS версии 23.0. Данные представлены в виде медианы (Me) и межквартильного диапазона [25%; 75%] или % от общего числа пациентов. Статистическую значимость различий оценивали с помощью непараметрических методов: критериев Манна-Уитни, Уилкоксона, χ^2 . Вероятность $p < 0,05$ считали достаточной для вывода о значимости различий между вариационными рядами. При $p > 0,05$, но $< 0,1$, разницу между величинами расценивали как имеющую тенденцию к статистическим различиям.

Результаты

Из включенных в исследование пациентов ($n=96$) у 60 (21 мужчина, 39 женщин, средний возраст 51 [33; 61] год) диагностирована пароксизмальная НЖТ: у 38 (63,3%) больных диагностирована пароксиз-

мальная атриовентрикулярная узловая реципрокная тахикардия, у 21 (35%) – ортодромная тахикардия, у 1 (1,7%) – пароксизмальная предсердная тахикардия. Длительность анамнеза составила в среднем 9,5 [4; 20] лет, частота приступов – 1,3 [0,3; 4,0] в месяц, средняя частота сердечных сокращений в момент пароксизма 170 [155; 199] уд/мин. У 36 пациентов (10 мужчин, 26 женщин, средний возраст 33 [27; 41] лет) с отсутствием соматических заболеваний сердцебиение было обусловлено синусовой тахикардией в рамках СВР, коморбидного иным психопатологическим синдромам. Пациенты в группе с СВР были сопоставимы с больными НЖТ по полу ($p=0,308$), но значимо моложе ($p < 0,001$).

Паническое расстройство диагностировано в группе НЖТ у 17 пациентов, что составило 28,3%. Помимо учащенного сердцебиения ПА, как правило, протекали с ощущением нехватки воздуха, тремором, общей слабостью, усиленным потоотделением, избегающим поведением. Лишь 7 из 17 пациентов (41%) могли четко дифференцировать приступы НЖТ и ПА. Группы больных с наличием и отсутствием ПА оказались сопоставимы по полу, но пациенты с ПА были несколько моложе ($p=0,082$) (табл. 1). Основные характеристики приступов НЖТ в группах с ПА и без ПА значимо не различались: частота приступов – 3,0 [0,3; 6,0] и 1,0 [0,3; 4,0] мес ($p=0,541$), частота сердечных сокращений в момент пароксизма – 160 [152; 198] и 170 [160; 200] ($p=0,560$), длительность аритмического анамнеза – 14,0 [5,5; 24,5] и 9,0 [3; 20] ($p=0,470$), время до постановки диагноза НЖТ – 6 [0,5; 24,5] и 5 [2; 19] лет ($p=0,987$), способ купирования пароксизма – самостоятельно (65% против 35%) или с медицинской помощью (40% против 60%; $p=0,070$). Также сопоставимы оказались оценки пациентами своего здоровья в целом и влияния на него аритмии (см. табл. 1).

Применение анкеты HADS у пациентов с НЖТ не выявило значимых различий в частоте тревожных и депрессивных расстройств при наличии или отсутствии ПА в анамнезе. Вместе с тем при опросе больных врачом с использованием шкалы Гамильтона признаки депрессии выявлены у 24% пациентов в группе с ПА и лишь у 2% – в группе без ПА ($p=0,008$). Результаты опросников были сопоставимы в случае клинически значимой депрессии по данным HADS, однако применение шкалы Гамильтона позволило дополнительно выявить 4 случая депрессии, 2 из которых определялись анкетой HADS как субклинические, а 2 не были распознаны. Суммарно совпадение результатов анкетирования пациентов и опроса врачом при диагностике депрессии составило 38% (см. табл. 1).

Среднее КЖ было значимо хуже у пациентов с сочетанием НЖТ и ПА ($p=0,04$), что объяснялось снижением физических и психических компонентов КЖ

Table 1. Demographic indicators and results of questioning the patients of the studied groups

Таблица 1. Демографические показатели и результаты анкетирования пациентов изучаемых групп

Показатель	НЖТ (n=60)	НЖТ с ПА (n=17)	НЖТ без ПА (n=43)	p	СВР (n=36)	p
Мужчины, n (%)	21 (35,0)	5 (29,4)	16 (37,2)	0,571*	10/26	0,903* 0,374†
Возраст, лет	51 [33; 61]	38 [30;57]	54 [37;66]	0,082*	33 [27;41]	0,095* <0,001†
Анкета HADS, n (%)						
Отсутствие тревоги	41 (68)	13 (76)	28 (65)	0,190*	19 (53)	0,206*
Субклиническая тревога	12 (20)	1 (6)	11 (26)		8 (22)	0,172†
Клиническая тревога	7 (12)	3 (18)	4 (9)		9 (25)	0,190‡
Отсутствие депрессии	54 (90)	14 (82)	40 (93)	0,221*	30 (83)	0,518*
Субклиническая депрессия	5 (8)	3 (18)	2 (5)		4 (11)	0,402†
Клиническая депрессия	1 (2)	0	1 (2)		2 (6)	0,500‡
Шкала Гамильтона, n (%)						
Отсутствие депрессии	55 (91,6)	13 (76,0)	42 (98,0)	0,008*	18 (50,0)	0,068*
Наличие депрессии	5 (8,4)	4 (24,0)	1 (2,0)		18 (50,0)	<0,001† <0,001‡
Тяжесть депрессии:						
• Легкая	4 (6,7)	3 (18,0)	1 (2,0)	1,000*	9 (25,0)	0,736*
• Средней тяжести	1 (1,7)	1 (6,0)	0		5 (14,0)	0,814†
• Тяжелая	0	0	0		2 (5,5)	0,610‡
• Крайне тяжелая	0	0	0		2 (5,5)	
Самооценка (визуально-аналоговая шкала)						
Общее здоровье, баллы	2 [1;3]	3 [0;3,5]	2 [1;3]	0,681*	2 [1;3]	0,884* 0,572† 0,623‡
Влияние аритмии на самочувствие, баллы	4 [3;5]	4 [3;5,5]	4 [3;5]	0,867*	5 [4;6]	0,104* 0,029† 0,020‡

* – по сравнению с НЖТ с ПА, † – по сравнению с НЖТ с ПА, ‡ – по сравнению с НЖТ

НЖТ – наджелудочковая тахикардия, ПА – паническая атака, СВР – соматоформное вегетативное расстройство, HADS – Госпитальная шкала тревоги и депрессии

по сравнению с больными без ПА (табл. 2). Таким образом, физическое состояние пациентов с ПА в большей степени ограничивало выполнение их повседневных обязанностей, такие пациенты имели сниженную жизненную активность, чувствовали себя более утомленными, реже испытывали положительные эмоции, чаще характеризовались тревожными и депрессивными переживаниями по сравнению с больными с НЖТ без ПА. При сравнении больных с НЖТ и СВР обращало на себя внимание, что при схожей самооценке здоровья в целом, ощущение сердцебиения, связанное с синусовой тахикардией, субъективно хуже переносилось пациентами с СВР и воспринималось как более значимый фактор, влияющий на самочувствие, по сравнению с пароксизмами истинных нарушений ритма у больных с НЖТ (см. табл. 1).

По результатам сбора анамнеза и анализа медицинской документации проведено сравнение лечения больных НЖТ и СВР до включения в исследование. Значимых различий в частоте назначения препаратов

с антиаритмической активностью не выявлено ($p=0,236$): бета-адреноблокаторы получали соответственно 28,3% и 30,6% пациентов, блокаторы кальциевых каналов – 6,7% и 8,3%, антиаритмические препараты IC класса – 11,7% и 2,8% от числа больных в группе. Частота назначения психотропной терапии в группе СВР была в 4,2 раза меньше, чем ритм урежающей/антиаритмической терапии ($p<0,001$). Лишь 5 пациентов (14%) из группы СВР получали психотропную терапию до включения в исследование. Длительность анамнеза этих пяти пациентов была значимо выше, чем у больных, получавших только ритмурежающую терапию, или не принимавших никакие препараты (3,0 [1,5-22,5] против 0,5 [0,25;2] лет; $p=0,008$). В группе НЖТ также 5 пациентов (8%) принимали психотропную терапию по поводу ПА, что значимо не отличалось от группы больных СВР ($p=0,389$).

Субъективно пациенты с НЖТ в большей степени были ограничены в выполнении физических нагрузок

Table 2. Indicators of quality of life (SF-36) in the studied groups

Таблица 2. Показатели качества жизни (SF-36) в изучаемых группах

Показатель КЖ	НЖТ (n=60)	СВТ с ПА (n=17)	СВТ без ПА (n=43)	p	СВР (n=36)	p
ФФ, баллы	85 [70;90]	85 [70;90]	85 [65;90]	0,722*	90 [75;95]	0,207* 0,039† 0,037‡
РФ, баллы	75 [0;100]	50 [0;75]	75 [25;100]	0,032*	50 [0;100]	0,289* 0,175† 0,537‡
Б, баллы	80 [51;100]	62 [42;92]	84 [51;100]	0,217*	62 [51;84]	0,707* 0,125† 0,304‡
ОЗ, баллы	67 [52;75]	62 [49;74]	67 [52;75]	0,292*	69 [48;87]	0,468* 0,809† 0,636‡
Ж, баллы	65 [50;75]	50 [30;70]	65 [55;75]	0,031*	50 [36;70]	0,702* 0,005† 0,047‡
СФ, баллы	88 [63;100]	63 [56;100]	100 [75;100]	0,065*	75 [51;100]	0,961* 0,013† 0,053‡
ЭС, баллы	67 [42;100]	67 [33;100]	67 [67;100]	0,850*	34 [8;100]	0,248* 0,081† 0,071‡
ПЗ, баллы	70 [60;84]	64 [44;68]	76 [64;84]	0,007*	62 [44;76]	0,924* 0,005† 0,033‡
ФЗ _{сум} , баллы	52 [45;58]	50 [46;57]	53 [45;58]	0,455*	50 [44;57]	0,782* 0,320† 0,382‡
ПЗ _{сум} , баллы	55 [50;62]	53 [43;57]	59 [51;63]	0,030*	42 [34;56]	0,031* <0,001† <0,001‡
КЖ _{ср} , баллы	55 [49;58]	54 [49;57]	55 [50;58]	0,040*	48 [42;51]	0,076* <0,001† <0,001‡

* - по сравнению с НЖТ с ПА, † - по сравнению с НЖТ с ПА, ‡ - по сравнению с НЖТ

НЖТ – наджелудочковая тахикардия, ПА – паническая атака, СВР – соматоформное вегетативное расстройство, КЖ – качество жизни, ФФ – физическое функционирование, РФ – ролевая деятельность, Б – телесная боль, ОЗ – общее здоровье, Ж – жизнеспособность, СФ – социальное функционирование, ЭС – эмоциональное состояние, ПЗ – психическое здоровье, ФЗ_{сум} – суммарный показатель физического здоровья, ПЗ_{сум} – суммарный показатель психического здоровья, КЖ_{ср} – средний показатель качества жизни

(показатель ФФ) по сравнению с лицами с СВР ($p=0,037$; см. табл. 2), что, помимо наличия пароксизмов тахикардии, могло объясняться и различиями в среднем возрасте групп. Однако КЖ_{ср} было значимо хуже ($p=0,0001$) у пациентов с СВР за счет снижения психических компонентов по шкалам Ж ($p=0,047$), ПЗ ($p=0,033$), тенденции к снижению СФ ($p=0,053$), ЭС ($p=0,071$), что в итоге отразилось на статистически значимом снижении ПЗ_{сум} ($p=0,0001$) (см. табл. 2). Данный факт может объясняться большей частотой больных с депрессивной симптоматикой и наличием депрессии тяжелой степени по данным опросника Гамильтона в группе СВР. В то же время применение ан-

кеты HADS позволило диагностировать клинически значимую депрессию в 8 раз реже (см. табл. 1). Частота выявления тревоги в группах СВР и НЖТ значимо не отличалась, как и частота ПА в анамнезе (44,4% против 28,3% соответственно; $p=0,108$).

Больные с НЖТ и ПА в анамнезе были сопоставимы с пациентами с СВР по полу, возрасту, частоте тревожных расстройств, самооценке влияния аритмии на самочувствие, большинству показателей как физического, так и психического компонента КЖ. Лишь ПЗ_{сум} было значимо хуже в группе пациентов СВР ($p=0,031$), что обуславливало тенденцию к более низкому в этой группе ($p=0,076$; см. табл. 2). Данный факт может

объясняться тенденцией к большей частоте депрессивных расстройств в группе СВР ($p=0,068$), наличием больных с тяжелыми формами депрессии.

В то же время больные с НЖТ без ПА, хотя и были значимо старше пациентов с СВР ($p<0,0001$) и имели более низкий показатель ФФ ($p=0,039$), однако все показатели КЖ, связанные с ПЗ, у больных с НЖТ без ПА были значимо выше (см. табл. 2), а показатель самооценки влияния аритмии на самочувствие значимо ниже (см. табл. 1), чем при СВР. При отсутствии значимых различий в частоте выявления тревоги в этих группах пациентов частота депрессии, диагностируемой с помощью опросника Гамильтона, различалась существенно (50% в группе СВР против 2% в группе НЖТ без ПА; $p<0,001$).

Обсуждение

Актуальность дифференциальной диагностики НЖТ и ПА, сложность своевременной постановки диагноза при их сочетании констатируется большинством авторов [9, 13], однако в литературе преобладают описания отдельных клинических наблюдений [9, 11], а оригинальные исследования единичны [1, 7]. При этом частота выявления ПА у больных с НЖТ зависела от использованного авторами способа диагностики. Так, в классическом исследовании T.J. Lessmeier и соавт. диагностика панических расстройств осуществлялась ретроспективно по критериям Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition врачами-интернистами [14]. Критерии панических расстройств выявлены у 67% пациентов с НЖТ, что было неоднозначно воспринято психиатрами. Действительно, на фоне диагностики панических расстройств у 12,5% амбулаторных пациентов кардиологического профиля в целом частота ПА в исследовании T.J. Lessmeier и соавт. представляется завышенной [15]. Подобные результаты могли быть получены при формальном учете симптомов, многие из которых являются общими для НЖТ и ПА [9]. Противоположная проблема, по мнению E. Kitzlerova с соавт., в работе которых уровень тревоги у пациентов с НЖТ оказался, наоборот, необычно низким, возникает при применении опросников, заполняемых самими пациентами [1]. Многие симптомы воспринимаются больными как неотъемлемая часть соматического заболевания и не находят отражения в ответах на вопросы, касающихся ПЗ. Представляется, что предпринятый нами подход, сочетающий анкетирование с консультацией специалиста-психиатра, является наиболее рациональным, а частота ПА у больных с НЖТ в 28,3% более адекватно отражающей истинную картину. Вместе с тем низкий процент диагностики клинически значимой тревоги при применении опросника HADS даже в группе с несомненными ПА, возможно, обусловленный диссимуляцией, может

ограничивать применение данной методики в качестве скрининга тревожных расстройств у пациентов с НЖТ. Частота депрессии среди наших пациентов с НЖТ была невысокой (около 8%), что весьма близко к результатам, полученным E. Kitzlerova и соавт. [1]. 80% случаев депрессии диагностированы у пациентов с ПА, наличие ПА оказывало негативное влияние на КЖ пациентов, причем, это влияние оказалось более существенным, чем особенности течения самой НЖТ. Аналогичное мнение ранее было высказано T. Arentz [9]. Больные с НЖТ и ПА по целому ряду изучаемых характеристик (большинство показателей КЖ, самооценка влияния аритмии на здоровье) были схожи с пациентами с СВР. Можно предположить, что тревожно-депрессивные расстройства при НЖТ имеют разное происхождение: помимо нозогенных психических реакций, где болезнь (в данном случае – НЖТ) выступает психотравмирующим фактором, триггером в развитии психических расстройств, у части пациентов нельзя исключить сочетание соматической патологии с самостоятельным психическим заболеванием [16]. Дальнейшее наблюдение за пациентами после устранения аритмии с помощью катетерной абляции и оценка их психического статуса в динамике позволит определить долю таких больных среди пациентов с НЖТ. В исследовании T.J. Lessmeier и соавт. она составила 4%, однако часть пациентов не была прооперирована, а принимала антиаритмическую терапию, что, возможно, повлияло на полученные результаты [7]. Улучшение КЖ после успешной катетерной абляции НЖТ ранее показано в целом ряде исследований, однако динамика тревожно-депрессивных расстройств, необходимость психотропной терапии после устранения аритмии нуждаются в уточнении [17]. Еще одним аспектом, рассмотренным в нашей работе, являются лечебные подходы врачей амбулаторной сети к молодым пациентам с жалобами на сердцебиение. Обращает на себя внимание, что терапия, которая проводилась пациентам с НЖТ и СВР до госпитализации в клинику, не различалась ни по частоте использования антиаритмических препаратов, ни по частоте применения психотропных препаратов. Таким образом, кардиологами и терапевтами назначалось практически одинаковое симптоматическое лечение при сердцебиении совершенно различного генеза. Высокая частота назначения бета-блокаторов в этой группе пациентов, на наш взгляд, имеет два объяснения. Традиционно в отечественной кардиологии нейроциркуляторная дистония (фактически – синоним СВР) рассматривалась как функциональное расстройство именно сердечно-сосудистой системы, что оправдывало коррекцию проявления заболевания препаратами, воздействующими на вегетативную нервную систему [18]. С другой стороны, даже предполагая психиатрическую составляющую

щую клинической симптоматики, врачи далеко не всегда направляют пациентов к специалисту-психиатру для назначения соответствующего лечения. Таким образом, лишь регистрация ЭКГ в момент приступа сердцебиения и/или данные ЭФИ могут гарантировать выбор адекватного подхода в лечении таких больных.

Ограничением нашего исследования является объем выборки пациентов, а также различия в возрасте больных с НЖТ и СВР. Однако, если в общей популяции с возрастом снижаются как физические, так и психические компоненты КЖ [12], то в нашем исследовании пациенты с НЖТ характеризовались более высокими показателями ПЗ по сравнению с более молодыми пациентами с СВР. Продолжение исследований на выборках, характеризующихся большей однородностью, позволит уточнить сделанные выводы.

Ограничения исследования. Ограничением нашего исследования является объем выборки пациентов, а также различия в возрасте больных с НЖТ и СВР. Продолжение исследования на выборке, характеризующихся большей численностью и однородностью, позволит повысить мощность и уточнить результаты данного исследования.

Заключение

ПА характерны для 28,3% пациентов с НЖТ. Менее половины этих больных дифференцируют сердцебиения при ПА и пароксизме НЖТ. Сочетание НЖТ с ПА снижает КЖ пациентов за счет его психических компонентов, в том числе, за счет более частого возникновения депрессивной симптоматики. Больные с СВР субъективно воспринимают сердцебиение как более значимый фактор, влияющий на здоровье, по сравнению с больными с НЖТ, и имеют более низкое значение суммарного показателя психического здоровья даже по сравнению с пациентами с сочетанием НЖТ и ПА. Трудности дифференциальной диагностики ПА и пароксизмов НЖТ в реальной клинической практике часто приводят к назначению одинаковой терапии без учета различий в генезе сердцебиений. Для выяснения генеза панических расстройств у больных с НЖТ и определения оптимальной тактики их коррекции необходимы дальнейшие исследования

Отношения и Деятельность. Нет.

Relationships and Activities. None.

Финансирование. Исследование проведено при поддержке Сеченовского Университета.

Funding. The study was performed with the support of the Sechenov University.

References / Литература

1. Kitzlerová E, Anders M, Kautzner J, Dohnalová A. Evaluation of psychopathology in patients with paroxysmal supraventricular tachycardia. *Exp Clin Cardiol.* 2007;12(1):42-5.
2. Raviele A, Giada F, Bergfeldt L, et al. European Heart Rhythm Association. Management of patients with palpitations: a position paper from the European Heart Rhythm Association. *Europace* 2011;13(7):920-34. DOI: 10.1093/eurpace/eur130.
3. Alijaniha F, Noorbala A, Afsharypour S, et al. Relationship Between Palpitation and Mental Health. *Iran Red Crescent Med J.* 2016;18(3):e22615. DOI:10.5812/ircmj.22615.
4. Probst MA, Mower WR, Kanzaria HK, et al. Analysis of emergency department visits for palpitations (from the National Hospital Ambulatory Medical Care Survey). *Am J Cardiol.* 2014;113(10):1685-90. DOI:10.1016/j.amjcard.2014.02.020.
5. Weber BE, Kapoor WN. Evaluation and outcomes of patients with palpitations. *Am J Med.* 1996;100(2):138-48. DOI:10.1016/s0002-9343(97)89451-x.
6. Barsky AJ, Delamater BA, Clancy SA, et al. Somatized psychiatric disorder presenting as palpitations. *Arch Intern Med.* 1996;156(10):1102-8.
7. Frommeyer TJ, Gamberling D, Johnson-Liddon V, et al. Unrecognized paroxysmal supraventricular tachycardia. Potential for misdiagnosis as panic disorder. *Arch Intern Med.* 1997;157(5):537-43.
8. Pogorov AV, Nikolaevskaja AO. Clinical and dynamic features of somatized mental disorders with cardiovascular manifestations in patients of the city polyclinic. *Siberian Bulletin of Psychiatry and Narcology.* 2017;2(95):67-72 (In Russ.). [Погоров А.В., Николаевская А.О. Клинико-динамические особенности соматизированных психических расстройств с сердечно-сосудистыми проявлениями у больных городской поликлиники. *Сибирский Вестник Психиатрии и Наркологии* 2017; 2(95):67-72].
9. Frommeyer G, Eckardt L, Breithardt G. Panic attacks and supraventricular tachycardias: the chicken or the egg? *Neth Heart J.* 2013;21(2):74-7. DOI:10.1007/s12471-012-0350-2.
10. Domschke K, Kirchhof P, Zwanzger P, et al. Coincidence of paroxysmal supraventricular tachycardia and panic disorder: two case reports. *Ann Gen Psychiatry.* 2010;9:13. DOI:10.1186/1744-859X-9-13.
11. de Jonge P, Roest AM, Lim CC, et al. Cross-national epidemiology of panic disorder and panic attacks in the world mental health surveys. *Depress Anxiety.* 2016;33(12):1155-77. DOI:10.1002/da.22572.
12. Amirdzhanova VN, Goryachev LV, Korshunov NI, et al. Population indicators of the quality of life according to the SF-36 questionnaire (results of the multicenter study of the quality of life "MIRAGE"). *Scientific and Practical Rheumatology.* 2008;1(1):36-48 (In Russ.). [Амирджанова В.Н., Горячев Л.В., Коршунов Н.И. и др. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 (результаты многоцентрового исследования качества жизни «МИРАЖ»). *Научно-Практическая Ревматология.* 2008;1(1):36-48].
13. Brugada J, Katritsis DG, Arbelo E, et al. ESC Scientific Document Group. 2019 ESC Guidelines for the management of patients with supraventricular tachycardia. The Task Force for the management of patients with supraventricular tachycardia of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J.* 2020;41(5):655-720. DOI:10.1093/eurheartj/ehz467.
14. Ballenger JC. Comorbidity of panic and depression: implications for clinical management. *Int Clin Psychopharmacol.* 1998;13(4):13-7. DOI:10.1097/00004850-199804004-00003.
15. Morris A, Baker B, Devins GM, Shapiro CM. Prevalence of panic disorder in cardiac outpatients. *Can J Psychiatry.* 1997;42(2):185-90. DOI:10.1177/070674379704200209.
16. Kanaeva LV, Tsaregorodtsev DA, Romasenko LV, Mahaeva DV. Systematization of mental disorders in cardiac arrhythmias. *Mental Health.* 2020;11:62-72 (In Russ.). [Канаева Л. С., Царегородцев Д.А., Ромасенко Л.В., Махаева Д.В. Систематизация психических расстройств при нарушениях сердечного ритма. *Психическое Здоровье.* 2020;11:62-72].
17. Walfridsson U, Walfridsson H, Arestedt K, Strömberg A. Impact of radiofrequency ablation on health-related quality of life in patients with paroxysmal supraventricular tachycardia compared with a norm population one year after treatment. *Heart Lung.* 2011;40(5):405-11. DOI:10.1016/j.hrtlung.2010.09.004.
18. Makolkin VI, Abbakumov SA, Sapozhnikov AA. Neurocirculatory dystonia (clinic, diagnosis, treatment). *Cheboksary: Chuvashia;* 1995 (In Russ.). [Маколкин В.И., Аббакумов С.А., Сапожников А.А. Нейроциркуляторная дистония (клиника, диагностика, лечение). *Чебоксары: Чувашия;* 1995].

About the Authors / Сведения об Авторах:

Царегородцев Дмитрий Александрович

[Dmitrii A. Tsaregorodtsev]

eLibrary SPIN2840-5301, ORCID 0000-0002-6049-7819

Шелуха Полина Александровна [Polina A. Shelukha]

eLibrary SPIN3424-7156, ORCID 0000-0002-0194-5749

Ромасенко Любовь Владимировна [Lubov V. Romasenko]
eLibrary SPIN 6225-4232, ORCID 0000-0002-3586-6336

Берая Мака Мурмановна [Maka M. Beraya]

eLibrary SPIN4124-3813, ORCID 0000-0002-1556-5560

Соколов Алексей Владимирович [Aleksy V. Sokolov]

eLibrary SPIN 8265-4292, ORCID 0000-0001-5102-0325