

# Противотревожный препарат Тенотен в комплексной терапии бронхиальной астмы и ХОБЛ

**Н.В. Шестакова<sup>1</sup>, к.м.н.; М.В. Мокшина<sup>1</sup>, к.м.н.; Н.В. Загоскина<sup>2</sup>, Е.В. Самойленко<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ГБОУ ВПО «Владивостокский государственный медицинский университет»

<sup>2</sup> ГБУЗ «Владивостокская клиническая больница № 1»

**В** связи с широкой распространенностью бронхиальной астмы (БА) и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) адекватное лечение данных заболеваний является важнейшей проблемой здравоохранения во всем мире [1, 2]. Современными исследованиями доказана ведущая роль хронического воспаления в патогенезе БА и ХОБЛ [3–5].

Согласно результатам ряда исследований, у пациентов с БА и ХОБЛ часто наблюдаются тревожные и депрессивные расстройства [6, 7]. Эти заболевания относятся к психосоматическим формам патологии, что свидетельствует о значимости различных психологических факторов в их возникновении и развитии. Сопутствующая психическая дисфункция ассоциируется с тяжелым и нестабильным течением заболеваний, снижением качества жизни и плохой приверженностью соматическому лечению [8]. Качество жизни – параметр, обусловленный многими составляющими, в том числе наличием и выраженностью тревоги и депрессии. Данная проблема, ее влияние на восприятие болезни пациентом, связь между основным заболеванием и состоянием психики приобретают все большую актуальность при ХОБЛ и БА [9].

Существует определенная последовательность изменений взаимосвязанных психических и соматических компонентов заболевания. На начальных этапах заболевания появляются такие психопатологические симптомы, как эмоциональная и вегетативная неустойчивость, нарушение сна, истощаемость и преходящие тревожные реакции. Впоследствии тревожное напряжение усиливает вегетативные реакции, что способствует усугублению бронхообструктивных явлений. Возможны эпизоды острого страха при приступах удушья, панические расстройства с тревожным ожиданием повторения приступов. При прогрессирующем течении БА и ХОБЛ по мере увеличения степени бронхообструкции возникает соматогенная астенія: тревога утрачивает остроту, появляются элементы тоскливой подавленности с переживаниями бесперспективности лечения, привязанности к терапии. Формирование ХОБЛ сопряжено с гипоксемическими, электролитными, гемодинамическими нарушениями. У пациентов выявляются когнитивные нарушения: затруднения концентрации внимания,

трудность запоминания и воспроизведения текущей информации, снижение интеллектуальной продуктивности. Формируется сложный синдром, при котором депрессивная составляющая постепенно замещается интеллектуально-мнестическими расстройствами по психоорганическому типу [10].

Включение психических нарушений в общую клиническую картину заболевания отягощает ее и затрудняет лечение. Восприятие степени бронхиальной обструкции пациентами с высокими показателями тревоги приводит к тому, что возрастает количество потребляемых медикаментов, снижается активность. Оценка психического статуса и адекватное психотропное лечение способны повысить эффективность лечения. Поскольку при БА и ХОБЛ имеют место тревожно-депрессивные компоненты, можно рассмотреть возможности применения анксиолитиков и современных антидепрессантов [11].

Целью исследования стала оценка эффективности и безопасности применения Тенотена (ООО «НПФ «Материя Медика Холдинг»», Россия) в комплексной терапии взрослых пациентов с БА и ХОБЛ. Тенотен разработан на основе релиз-активных антител к мозгоспецифическому белку S100, разрешен к применению в медицинской практике в качестве анксиолитического, антидепрессивного, ноотропного средства.

## Материалы и методы исследования

На базе кафедры терапии, функциональной и ультразвуковой диагностики ФПК и ППС Владивостокского государственного медицинского университета и пульмонологического отделения ГБУЗ «Владивостокская клиническая больница № 1» было проведено сравнительное открытое исследование применения Тенотена в комплексной терапии БА и ХОБЛ.

В исследовании участвовали:

- ✓ 81 пациент в возрасте от 20 до 60 лет (30 мужчин и 51 женщина, средний возраст 41,9 ± 5,6 года) с неконтролируемой БА средней (65 человек) и тяжелой (16 человек) степени, 24 человека имели сопутствующий диагноз – гипертоническую болезнь;
- ✓ 61 пациент в возрасте от 40 до 70 лет (38 мужчин и 23 женщины, средний возраст 60,2,9 ± 4,3 года) с тяжелым обострением ХОБЛ средней степени тяжести (42 человека) и тяжелого течения (19 чело-

век), 36 человек имели сопутствующий диагноз – гипертоническую болезнь.

Пациенты находились на лечении в пульмонологическом отделении Владивостокской клинической больницы № 1. Все больные соответствовали критериям включения в исследование:

- ✓ наличие верифицированного диагноза БА или ХОБЛ у взрослых пациентов;
- ✓ наличие добровольного информированного согласия пациентов на участие в исследовании.

В исследование не включались беременные и кормящие матери, пациенты с онкологическими заболеваниями, алкоголизмом, психозами, декомпенсированными заболеваниями печени, почек, сердца, обострением язвенной болезни, панкреатитом. Пациенты получали лечение, соответствующее общепринятым рекомендациям [1, 2]. Для оценки психической дисфункции – уровня тревоги использовалась шкала тревоги Гамильтона. До начала лечения и при выписке оценивали выраженность симптомов заболевания, уровень систолического и диастолического артериального давления (АД), частоту сердечных сокращений (ЧСС), частоту дыхательных движений, спирографические показатели – ПСВ (пиковая скорость выдоха) и ОФВ<sub>1</sub> (объем форсированного выдоха за первую секунду маневра форсированного выдоха). Комплексное лечение включало ингаляционные глюкокортикостероиды (небулизированный будесонид и порошковые ингаляторы), бронхолитики (небулизированный беродуал, порошковые и аэрозольные ингаляторы длительного действия), муколитики, антибиотики по показаниям, антигипертензивные препараты по показаниям.

Пациенты с БА находились в стационаре до достижения уровня полного контроля, средний койко-день – 13,5 ± 0,4 (средний койко-день в основной группе составил 13,2 ± 0,3, в группе сравнения – 13,9 ± 0,7). Пациенты с ХОБЛ находились в стационаре до купирования симптомов обострения, достижения стабилизации состояния. Достоверных различий в сроках пребывания больных в стационаре не отмечалось (средний койко-день в основной группе – 14,3 ± 0,8, в группе сравнения – 16,6 ± 0,9).

Пациенты были распределены по группам в зависимости от возраста, пола, тяжести течения заболевания:

- две группы пациентов с БА:
  - основная группа – 41 пациент (средний возраст 42,1 ± 5,3 года, удельный вес пациентов муж-

ского пола – 36,6%, тяжелое течение астмы у 19,5%). Пациенты с первого дня поступления в стационар получали в составе комплексной терапии Тенотен по 2 таблетки 3 раза в день в течение первой недели, затем по 1 таблетке 3 раза в день до выписки из стационара (одна неделя). Препарат принимался сублингвально, до полного растворения во рту;

- группа сравнения – 40 пациентов (средний возраст 41,7 ± 4,8 года, удельный вес пациентов мужского пола – 37,5%, тяжелое течение астмы у 20%). Больные не получали Тенотен;
- две группы пациентов с ХОБЛ:
  - основная группа – 31 пациент (средний возраст 60,7 ± 4,3 года, удельный вес пациентов мужского пола – 61,3%, тяжелое течение ХОБЛ у 22,6%). Больные с первого дня поступления в стационар получали в составе комплексной терапии Тенотен по 2 таблетки 3 раза в день в течение первой недели, затем по 1 таблетке 3 раза в день до выписки из стационара (одна неделя). Препарат принимался сублингвально, до полного растворения во рту;
  - группа сравнения – 30 пациентов (59,6 ± 5,4 года, удельный вес пациентов мужского пола – 63,3%, тяжелое течение ХОБЛ у 23,3%). Больные не получали Тенотен.

Для оценки эффективности терапии использовали следующие критерии: уровень тревоги по шкале Гамильтона в баллах, показатели систолического и диастолического АД, ЧСС, выраженность симптомов ХОБЛ (CAT-тест (COPD Assessment Test), оценка степени одышки – опросник MRC, рекомендации GOLD-2011), оценка уровня контроля БА (рекомендации GINA-2011).

При статистической обработке результатов данные представлялись в виде  $M \pm m$ , где  $M$  – среднее арифметическое,  $m$  – стандартная ошибка среднего арифметического. Сравнение групп по качественным признакам проводили с помощью критерия хи-квадрат. При анализе количественных признаков для сравнения двух независимых групп использовали параметрический метод проверки статистических гипотез – t-критерий Стьюдента для независимых выборок и непараметрический метод – критерий Манна – Уитни. Различия показателей считали статистически значимыми при  $p < 0,05$ . Результаты обрабатывали

**Таблица 1. Динамика уровня тревоги у больных БА (средний балл в группе)**

Пациенты	Уровень тревоги			% снижения	
	при поступлении	через 1 неделю	при выписке	через 1 неделю	при выписке
Основная группа, n = 41	22,5 ± 0,9	16,0 ± 1,4	12,8 ± 0,8*	28,89*	43,11*
Группа сравнения, n = 40	23,1 ± 0,8	20,7 ± 1,3	19,9 ± 1,2	10,39	13,85

\* Различия показателей в сравниваемых группах значимы (t-критерий,  $p < 0,05$ ).

**Таблица 2. Динамика показателей АД, ЧСС у больных БА (средний показатель в группе)**

Пациенты	Систолическое АД, мм рт. ст.		Диастолическое АД, мм рт. ст.		ЧСС, уд/мин	
	при поступлении	при выписке	при поступлении	при выписке	при поступлении	при выписке
Основная группа, n = 41	134,5 ± 4,2	119,3 ± 3,1	89,9 ± 4,5	75,7 ± 3,4	95,7 ± 3,5	72,8 ± 3,9
Группа сравнения, n = 40	132,4 ± 6,8	121,7 ± 3,1	85,6 ± 4,4	78,9 ± 5,3	98,1 ± 2,4	77,4 ± 3,1

**Таблица 3. Динамика уровня тревоги у больных ХОБЛ**

Пациенты	Уровень тревоги, баллы			% снижения	
	при поступлении	через 1 неделю	при выписке	через 1 неделю	при выписке
Основная группа, n = 31	23,2 ± 0,9	16,7 ± 1,2	13,7 ± 0,7*	28,02*	40,95*
Группа сравнения, n = 30	22,8 ± 0,6	20,1 ± 1,1	18,7 ± 0,9	11,84	17,98

\* Различия показателей в сравниваемых группах значимы (t-критерий, p < 0,05).

**Таблица 4. Динамика показателей АД, ЧСС у больных ХОБЛ**

Пациенты	Систолическое АД, мм рт. ст.		Диастолическое АД, мм рт. ст.		ЧСС, уд/мин	
	при поступлении	при выписке	при поступлении	при выписке	при поступлении	при выписке
Основная группа, n = 31	151,8 ± 4,7	127,2 ± 3,5	92,9 ± 4,6	79,6 ± 0,6	95,6 ± 3,3	72,7 ± 3,1
Группа сравнения, n = 30	138,7 ± 8,5	126,7 ± 6,1	88,0 ± 4,3	81,1 ± 3,2	96,9 ± 3,8	77,9 ± 2,4

с помощью компьютерной статистической программы Statistica 6.0 и пакета Microsoft Excel 2007.

**Результаты исследования**

У пациентов с БА в основной группе уже через неделю приема Тенотена отмечалось значительное снижение уровня тревоги (на 28,89%). К моменту выписки из стационара он снизился на 43,11% относительно исходного. В группе сравнения отмечалось снижение уровня тревоги на 10,39 и 13,85% соответственно (табл. 1).

Все пациенты были выписаны из стационара в состоянии контроля над БА, с уровнем ОФВ<sub>1</sub> 80% и более от должных значений, но в основной группе наблюдалась более выраженная положительная динамика показателей систолического и диастолического АД и ЧСС, чем в группе сравнения (табл. 2).

У пациентов с ХОБЛ в основной группе через неделю приема Тенотена в сочетании с препаратами базовой терапии также отмечалось значительное снижение уровня тревоги (на 28,02%). К моменту выписки из стационара он снизился на 40,95%. В группе сравнения отмечалось снижение уровня тревоги на 11,84 и 17,98% соответственно (табл. 3).

Все пациенты были выписаны из стационара со стабилизацией состояния, уменьшением выраженности симптомов, увеличением показателя ОФВ<sub>1</sub> в соответствии со степенью тяжести ХОБЛ. Динамика показателей систолического и диастолического АД и ЧСС представлена в табл. 4.

Пациенты основных групп как с БА, так и с ХОБЛ отмечали хорошую переносимость Тенотена. В ходе исследования ни у одного из пациентов не было зарегистрировано лекарственных взаимодействий, нежелательных явлений, таких как заторможенность, дневная сонливость, мышечная расслабленность. Анализ лабораторных данных в динамике не выявил негативных изменений общего и биохимического анализа крови, общего анализа мочи.

**Заключение**

Включение Тенотена в комплексную терапию пациентов с БА и ХОБЛ позволяет повысить эффективность проводимого лечения, улучшить психологическое состояние пациентов (достоверное снижение уровня тревоги), их качество жизни и приверженность соматическому лечению. Тенотен в комплексной терапии больных БА и ХОБЛ с сопутствующей

гипертонической болезнью способствует более выраженному улучшению показателей АД.

Безопасность препарата подтверждена отсутствием нежелательных явлений и стабильностью лабораторных показателей на фоне терапии. **ВРАЧ**

**Литература**

1. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких (пересмотр 2011 г.) / Пер. с англ. под ред. А.С. Белевского. М.: Российское респираторное общество, 2012. 80 с.
2. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы (пересмотр 2011 г.) / Пер. с англ. под ред. А.С. Белевского. М.: Российское респираторное общество, 2012. 108 с.
3. Респираторная медицина. Руководство в 2-х томах / под ред. А.Г. Чучалина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. Т. 1. С. 597–693.
4. Цой А.Н., Архипов В.В. Бронхиальная астма. Новые решения. М.: МИА, 2007. 320 с.
5. Чучалин А.Г. Хроническая обструктивная болезнь легких. М.: Атмосфера, 2008. 568 с.
6. Adams R.J., Wilson D.H., Taylor A.W. et al. Psychological factors and asthma quality of life: a population based study // Thorax. 2004. Vol. 59. № 11. P. 930–935.
7. Hasler G., Gergen P.J., Kleinbaum D.G. et al. Asthma and panic in young adults: a 20-year prospective community study // Am. J. Respir. Crit. Care Med. 2005. Vol. 171. № 11. P. 1224–1230.
8. Opolski M., Wilson I. Asthma and depression: a pragmatic review of the literature and recommendations for future research // Clin. Pract. Epidemiol. Ment. Health. 2005. Vol. 1. № 18.
9. Белялов Ф.И., Циренова А.Д. Бронхиальная астма как психосоматическое заболевание. Современное состояние проблемы // Психосоматические и соматоформные расстройства в клинической практике. Иркутск, 2007. С. 46–49.
10. Краснов В.Н., Палеев Н.Р., Мартынова Н.В. и др. Расстройства аффективного спектра при бронхиальной астме и их терапевтическая коррекция // Доктор.Ру. 2010. № 4 (55). С. 34–38.
11. Сергеева С.А. Тенотен: новое в терапии тревоги у больных с соматическими заболеваниями // Поликлиника. 2006. № 2. С. 88–89.

# ТЕНОТЕН

*СОВРЕМЕННЫЙ  
УСПОКАИВАЮЩИЙ ПРЕПАРАТ*



- *Успокаивающий эффект без сонливости и заторможенности*
- *Оказывает выраженное вегетотропное действие*
- *Не вызывает привыкания*
- *Повышает эффективность терапии соматических заболеваний*

Реклама

Информация для специалистов

materia  medica

ООО «НПФ «Материя Медика Холдинг»  
Тел./факс (495) 684-43 33  
Россия, 127473, г. Москва, 3-ий Самотечный пер., дом 9