

Психофармакологическая коррекция тревожных расстройств в комплексной терапии пациентов с бронхиальной астмой

Б.И. Лугачёв, В.А. Белоглазов, В.А. Вербенко

Psychopharmacological correction of anxiety disorders in the complex therapy of patients with bronchial asthma

B.I. Lugachov, V.A. Beloglazov, V.A. Verbenko.

Медицинская академия имени С. И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В. И. Вернадского», г. Симферополь

Ключевые слова: бронхиальная астма, тревога, психокоррекция

Резюме

Психофармакологическая коррекция тревожных расстройств в комплексной терапии пациентов с бронхиальной астмой

Б.И. Лугачёв, В.А. Белоглазов, В.А. Вербенко

Ввиду широкой распространенности, повсеместного роста заболеваемости, охватывающим все возрастные диапазоны, бронхиальная астма (БА) остается глобальной проблемой современной медицины. У части больных БА стандартные подходы к лечению не позволяют достигнуть желаемых результатов, что побуждает к поиску новых механизмов формирования эндотипов данного заболевания и многообразных клинических фенотипов для разработки новых подходов к персонализируемой терапии БА. В развитии хронического воспалительного компонента при БА принимают участие и психовегетативные нарушения. Наличие психопатологических проявлений в клинической картине БА, может отягощать течение заболевания, нарушать формирование комплаенса с больным, создавать существенные трудности в лечении, снижая при этом качество жизни пациента, влекущее за собой прогрессирование заболевания. Тревожное расстройство, на этапе формирования психосоматической патологии, влечет за собой нарушения вегетативной регуляции, преимущественно симпатикотонического типа, что, в свою очередь, усугубляет приступы удушья и течение заболевания в целом. Поэтому, психофармакологическую коррекцию выявленных тревожных расстройств у пациентов с БА можно рассматривать как персонализированный подход к рациональной терапии заболевания. В ходе исследования было произведено анкетирование пациентов, с целью выявления наличия тревожных расстройств у больных с бронхиальной астмой, определения степени тяжести заболевания по данным спирометрического исследования. С целью коррекции выявленных тревожных расстройств, больным БА дополнительно к проводимой стандартной терапии назначался эндоназально препарат Селанк®, обладающим противотревожным действием с антидепрессивным эффектом. В ходе проведения исследования выявлена значитель-

Лугачёв Богдан Игоревич, аспирант кафедры внутренней медицины № 2, Медицинской академии имени С. И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В. И. Вернадского», e-mail: bogdanlugachev@gmail.com

Белоглазов Владимир Алексеевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой внутренней медицины № 2, Медицинской академии имени С. И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В. И. Вернадского», e-mail: biloglazov@mail.ru.

Вербенко Виктория Анатольевна, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии, психотерапии с курсом общей и медицинской психологии, Медицинской академии имени С. И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В. И. Вернадского», e-mail: vverbenko@mail.ru.

ная эффективность действия препарата Селанк 0,15% в составе комплексной терапии с базисными препаратами у пациентов, страдающих БА, как со стороны снижения уровня тревоги, так и достижения при этом уровня контроля над симптомами. Результаты эффективности применения препарата, в ходе проведения исследования, были получены на 30 день, после 2х недельного приема препарата.

Ключевые слова: бронхиальная астма, тревога, психокоррекция.

Abstract

Psychopharmacological correction of anxiety disorders in the complex therapy of patients with bronchial asthma

B.I. Lugachov, V.A. Beloglazov, V.A. Verbenko.

Due to its widespread prevalence, a widespread increase in morbidity, covering all age ranges, bronchial asthma (BA) remains a global problem in modern medicine. For some patients with BA, standard approaches to treatment do not allow achieving the desired results, which prompts the search for new mechanisms for the formation of endotypes of this disease and diverse clinical phenotypes for the development of new approaches to personalized BA therapy. In the development of a chronic inflammatory component in BA, psycho-vegetative disorders also take part. The presence of psychopathological manifestations in the clinical picture of BA can aggravate the course of the disease, disrupting the formation of compliance with the patient, and create significant difficulties in treatment, while reducing the quality of life of the patient, which entails the progression of the disease. Anxiety disorder, at the stage of the formation of psychosomatic pathology, entails disorders of autonomic regulation, mainly sympathicotonic type, which in turn exacerbates asthma attacks and the course of the disease as a whole. Therefore, the psychopharmacological correction of detected anxiety disorders in patients with BA can be considered as a personalized approach to the rational treatment of the disease. In the course of the study, a survey was conducted on patients in order to identify the presence of anxiety disorders in patients with bronchial asthma, and to determine the severity according to spirometric studies. In order to correct the revealed anxiety disorders, in addition to the standard therapy, BA patients were prescribed endonasally Selank®, which has an anti-anxiety effect with an antidepressant effect. In the course of the study, a significant effectiveness of the action of the Selank preparation of 0.15% as a part of complex therapy with basic drugs in patients with BA was revealed, both in terms of reducing anxiety and achieving a level of symptom control. The results of the effectiveness of the drug during the study were obtained on day 30, after 2 weeks of taking the drug.

Keywords: bronchial asthma, anxiety, psychocorrection

Введение

Бронхиальная астма (БА) остается глобальной проблемой современной медицины в силу широкой распространенности от 1 до 18% (около 235 миллионов больных), практически повсеместным ростом заболеваемости, охватывающим все возрастные диапазоны, высоким процентом тяжелой и трудной в лечении БА. Внедрение современных стандартов в лечение больных БА, основанных на результатах доказательной медицины, позволило добиваться у большинства больных БА контроля над симптомами заболевания, снижать модифицируемые факторы риска его обострения. Вместе с тем, у части больных БА (23%) стандартные подходы к лечению не позволяют достигнуть желаемых результатов [1], что побуждает исследователей к поиску новых глубинных механизмов формирования эндотипов данного заболевания и многообразных клинических фенотипов для разработки новых подходов к персонализированной, таргетной терапии БА.

Предложенная Г.Б. Федосеевым модифицированная классификация бронхиальной астмы (1982 г.), в дополнении к классификации астмы Адо А.Д. и Булатова П.К. (1969), во многом предвосхитила современное представление о клинических феноти-

пах БА. Выделяемая, согласно данной классификации, нейрогенная БА учитывает наличие взаимосвязи нейропсихических нарушений с течением заболевания, выделяя нервно-психический клинико-патогенетический вариант течения заболевания как фенотип астмы [2]. Безусловно, возникновение нервно-психических нарушений при БА имеет преимущественно вторичный характер. Тем не менее, наличие психопатологических проявлений в клинической картине БА потенциально может отягощать течение заболевания, нарушать формирование комплаенса с больным, создавать иные существенные трудности в лечении, снижая при этом качество жизни пациента, влекущее за собой прогрессирование заболевания [3].

Зачастую, психопатологические проявления в течении бронхиальной астмы представлены, прежде всего, расстройством аффективного спектра – психовегетативными нарушениями, тревожными расстройствами, по мере прогрессирования заболевания возникновением депрессии с формированием когнитивных и поведенческих расстройств. Среди взрослого населения, наиболее распространенными тревожными расстройствами являются одержимые навязчивые расстройства и фобии. В

большей степени преобладает боязнь каких-либо определенных ситуаций или внешних объектов, которые не представляют опасности. Наличие эпизодов чувства страха нередко принимает форму панического расстройства, с тревожным ожиданием приступа удушья [4,5]. Доминирующее тревожное расстройство, на этапе формирования психосоматической патологии, влечет за собой нарушения вегетативной регуляции, преимущественно симпатикотонического типа, что, в свою очередь, усугубляет приступы удушья и течение заболевания в целом. Учитывая триединство иммунных, гормональных и нервных процессов в организме, логично предположить, что в развитии хронического воспалительного компонента при БА, принимают участие и психовегетативные нарушения.

Учитывая выше изложенное, психофармакологическую коррекцию выявленных тревожных расстройств у пациентов с БА можно рассматривать как персонализированный подход к рациональной терапии заболевания.

Цель исследования

Целью исследования являлось изучение особенностей течения тревожных расстройств у больных, страдающих средней тяжести и тяжелой бронхиальной астмой, и психофармакологической коррекции данных состояний путем интраназального применения препарата Селанк 0,15%.

Материал и методы

В исследование было включено 70 больных (29 мужчин, 41 женщина), страдающих БА, находящихся на амбулаторном наблюдении в лечебно-профилактических учреждениях здравоохранения Республики Крым. Диагноз, степень тяжести, форма заболевания, лечение пациентов проводилось в соответствии с Федеральными клиническими рекомендациями по диагностике и лечению бронхиальной астмы Российского респираторного общества (2019 г).

Критериями включения пациентов с БА в исследование являлось наличие тревожного расстройства (уровень тревоги по шкале Гамильтона). Пациенты с отсутствием тревоги в исследовании не включались. Все пациенты, участвующие в исследовании, предварительно подписывали добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство. Дизайн исследования был одобрен локальным этическим комитетом ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского».

Для оценки уровня тревоги использовались показатели шкалы Гамильтона (HAM-A). Суммарная оценка в баллах соответствовала: 6 и менее – отсутствие тревоги, от 7 до 13 – возможная тревога, от 14 до 20 – тревога, от 21 до 28 – симптоматическая тревога (оценка в 14 баллов являлась пограничной). В качестве оценки бронхиальной проходимости, паци-

ентам проводили спирометрию согласно рекомендациям Российского респираторного общества [6]. Для оценки контроля над симптомами бронхиальной астмы использовался опросник ACQ-5 (Asthma Control Questionnaire), состоящий из 5 вопросов и 6-балльной шкалой ответов. Показатель рассчитывался как среднее арифметическое для 5 ответов, соответственно: $\leq 0,75$ – хороший контроль; $0,75-1,5$ – частично контролируемая; $>1,5$ – неконтролируемая астма. Анкеты заполнялись пациентами самостоятельно, без помощи врача.

С целью коррекции выявленных тревожных расстройств, больным БА дополнительно к проводимой стандартной терапии назначался эндоназально препарат Селанк®, синтезированный аналог эндогенного пептида тафтцина, обладающим противотревожным действием с антидепрессивным эффектом; антиастеническим действием, который разработан в институте молекулярной генетики РАН и НИИ фармакологии им. В. В. Закусова РАМН и разрешен для медицинского применения в Российской Федерации в качестве анксиолитического средства.

В соответствии с поставленной целью, методом простой рандомизации были сформированы 2 клинические группы больных БА. Основную (первую) группу ($n=40$) составили пациенты, которые получали препарат Селанк 0,15% 14 дней по 2 капли в каждый носовой ход 4 раза в день (всего 24 капли в сутки, 2 флакона на курс). В контрольную (вторую) группу вошли 30 больных БА, получавшие только стандартную терапию БА согласно рекомендациям Российского респираторного общества [6].

Исследование проводилось в 2 этапа. На первом этапе в обеих группах проводилась оценка уровня тревоги по шкале Гамильтона, оценка данных спирометрии и степени контроля над симптомами бронхиальной астмы с помощью опросника ACQ-5. На втором этапе, через 30 дней после начала исследования проводилось повторное спирометрическое исследование и анкетирование с оценкой уровня тревоги и контроля БА у пациентов основной и контрольной групп.

В ходе ретроспективного анализа, в зависимости от эффективности терапевтического вмешательства, пациенты основной группы были разделены на 2 подгруппы. В первую подгруппу (респондеры) вошли пациенты с позитивным ответом на применение Селанка (28 пациентов), во второй подгруппе (нонреспондеры 12 пациентов) – больные БА, у которых дополнительное назначение данного анксиолитического препарата не привело к достоверной динамике изучаемых клинических и функциональных параметров (Табл.1).

Полученные результаты исследования были обработаны с помощью стандартных статистических методов с использованием программы Statistica 10.0. Качественные характеристики исследуемых групп представлены в виде абсолютных значений (%) от общего числа случаев и в виде медиана (Me) с 25-75%м интерквартильным размахом.

Динамика уровня тревоги по шкале Гамильтона, контроля над симптомами по опроснику ACQ-5 и ОФВ1(%) при дополнительном назначении интраназального препарата Селанк больным БА

Показатель	Основная группа (n=40)		Контрольная группа (n=30)		Значимость различий
	Абс./%		Абс./%		
	I этап	II этап	I этап	II этап	
Симптомов тревоги нет	0/0	3/7,5	0/0	0/0	P=0,140* P ₁ =0,089
Возможные тревожные расстройства	0/0	26/65	1/ (3,3)	3/10	P= 0,253 P<0,05* P ₁ <0,001 P ₂ =0,333
Тревога	22/55	8/20	18/60	20/66,(6)	P=0,828 P<0,05* P ₁ <0,05 P ₂ =0,800
Симптоматическая тревога	18/45	3/7,5	11/36,6	7/23,(3)	P=0,651 P=0,108* P ₁ <0,05 P ₂ =0,408
Контролируемая	0/0	25/62,5	0/0	0/0	P<0,001* P ₁ <0,001
Частично контролируемая БА	13/32,5	6/15	10/33,(3)	12/40	P=0,959 P=0,072* P ₁ =0,148 P ₂ =0,716
Неконтролируемая БА	27/67,5	9/22,5	20/66,(6)	18/60	P=0,975 P<0,05* P ₁ <0,05 P ₂ =0,800
Легкая степень обструкции (ОФВ1>70%)	7/17,5	21/52,5	7/23,(3)	10/33,(3)	P=0,624 P=0,316* P ₁ <0,05 P ₂ =0,521
Умеренная степень обструкции (ОФВ1 60-69%)	14/35	9/22,5	8/26,(6)	8/26,(6)	P=0,590 P=0,755* P ₁ =0,358 P ₂ =1,0
Среднетяжелая степень обструкции (ОФВ1 50-59%)	10/25	6/15	6/20	8/26,(6)	P=0,696 P=0,327* P ₁ =0,361 P ₂ =0,631
Тяжелая степень обструкции (ОФВ1 35-49%)	7/17,5	3/7,5	8/26,(6)	3/10	P=0,459 P=0,735* P ₁ =0,233 P ₂ =0,165
Крайне тяжелая степень обструкции (ОФВ1<35%)	2/5	1/2,5	1/3,(3)	1/3,(3)	P=0,744 P=0,841* P ₁ =0,571 P ₂ =1,0

p – достоверность различий рассчитана между группами на первом этапе исследования с помощью критерия хи-квадрат

p* – достоверность различий рассчитана между группами на втором этапе исследования с помощью критерия хи-квадрат

p 1– между показателями на 1 и 2 этапах исследования в первой (основной) группе

p 2– между показателями на 1 и 2 этапах исследования во второй (контрольной) группе.

Достоверность различий между группами была рассчитана с помощью критерия χ^2 (кси-квадрат) и U-критерием Манна-Уитни. Для проверки достоверности различий между двумя связанными выборками использовался W-критерий Вилкоксона. За критический уровень статистической значимости принимали вероятность равную 95% ($p < 0,05$).

Результаты и обсуждение

В первой группе число женщин составляло 22 (55%), мужчин – 18 (45%). Средний возраст составлял 55,5 [45,25;60] (Me[Q1;Q3]). Во второй группе число женщин составляло 19 (63,3%), мужчин – 11 (36,6%); средний возраст 47,5 [32,5;63,5]. Как следует из представленных данных, в обеих клинических группах больных БА преобладали лица женского пола. Статистически значимых различий между группами по возрасту, полу и полученной базисной терапии не было ($p > 0,5$).

У пациентов 1-й группы на первом этапе исследования были выявлены тревожные расстройства (14-20 баллов) у 22 (55%) человек, симптоматическая тревога (21-28 баллов) у 18 (45%) человек. По данным оценки спирометрических данных (ОФВ1), число пациентов с легкой степенью обструкции составляло 7 (17,5%) человек, с умеренной обструкцией 14 (35%) человек, со среднетяжелой степенью обструкции составляло 10 (25%) человек, с тяжелой обструкцией 7 (17,5%) человек, с крайне тяжелой обструкцией 2 (5%) человека, соответственно. По уровню контроля над симптомами число пациентов с неконтролируемой астмой составляло 27 (67,5%) человек, с частичным контролем – 13 (32,5%) человек, соответственно. На момент включения в исследование пациенты получали базисную терапию: ингаляционные глюкокортикостероиды + длительно действующие β_2 -агонисты (ИГКС+ДДБА) – 22 (55%) человека, комбинированную терапию ИГКС+ДДБА и длительно действующие холинолитики (ДДАХ) получало 18 (45%) пациентов.

Во 2 группе на первом этапе исследования были выявлены возможные тревожные расстройства у 1 (3,3%) человека, тревожные расстройства у 18 (60%) человек, симптоматическая тревога у 11 (36,6%) человек, соответственно. По данным спирометрии (ОФВ1), пациентов с легкой степенью обструкции составляло 7/(23,3%), с умеренной степенью 8/(26,6%), со средней степенью обструкции 6 (20%) человек, с тяжелой обструкцией 8 (26,6%), и крайне тяжелой обструкцией 1/(3,3%), соответственно. По уровню контроля, число пациентов с частичным контролем составляло 10 (33,3%) человек, с неконтролируемой БА – 20 (66,6%). Терапию ИГКС/ДДБА получало 15 (50%), а ИГКС/ДДБА+ДДАХ – 15 (50%) человек, соответственно. Статистически значимых различий между группами на первом этапе исследования по уровню тревоги и контроля над симптомами не выявлено ($p > 0,5$).

На втором этапе исследования в первой группе

после проведенной терапии Селанком, по данным спирометрии, уменьшилось число пациентов с крайне тяжелой степенью обструкции до 1 (2,5%) человека, с тяжелой обструкцией до 3 человек (10%), со среднетяжелой степенью обструкции 6 (15%) человек, с умеренной обструкцией 9 (22,5%), и 21 (52,5%) пациент на фоне проводимой терапии достиг легкой степени обструкции. По данным опросника ACQ-5, пациентов с неконтролируемой БА стало 9 (22,5%) человек, с частичным контролем 6 (15%) человек, и 25 (62,5%) пациентов на фоне проводимой терапии достигли уровня контроля над симптомами. По данным оценки уровня тревоги, число пациентов с симптоматической тревогой составляло 3 (7,5%), тревога регистрировалась у 8 (20%) человек, возможные тревожные расстройства у 26 (65%) человек, и симптомов тревоги нет у 3 (7,5%) человек, соответственно. Во 2 группе на втором этапе исследования статистически достоверных изменений у пациентов со стороны уровня тревоги, контроля над симптомами и показателем ОФВ1 не произошло. В таблице 2 представлены сравнительные данные, характеризующие динамику уровня контроля, бронхиальной проходимости (по ОФВ 1) и тревожных расстройств у пациентов опытной и контрольных групп.

Учитывая данные, полученные в ходе второго этапа исследования, 12 пациентов в исследуемой первой группе (3 женщины, 9 мужчин), получающие комбинированную базисную терапию (ИГКС/ДДБА+ДДАХ), не ответили на проводимую терапию Селанком (Табл.2).

Полученные данные свидетельствуют о наличии выраженности тревоги у пациентов с бронхиальной астмой. В ходе проведения исследования выявлена значительная эффективность действия препарата Селанк 0,15% в составе комплексной терапии с базисными препаратами у пациентов, страдающих БА, как со стороны снижения уровня тревоги, так и достижения при этом уровня контроля над симптомами. Результаты эффективности применения препарата, в ходе проведения исследования, были получены на 30 день, после 2х недельного приема препарата. Также, в ходе исследования полученные данные свидетельствуют в пользу низкой эффективности психофармакологической коррекции у пациентов основной группы с тяжелой персистирующей астмой преимущественно мужского пола (нон-респондеры) (Табл. 2).

Дискуссия

Попытки медикаментозной коррекции тревожных расстройств больных БА применялись ранее с использованием анксиолитических препаратов Грандаксин (тофизопам) и Тенотен [7, 8, 9]. В данных исследованиях было доказано, что у пациентов БА под влиянием анксиолитической терапии редуцировались тревожные расстройства, улучшались показатели внешнего дыхания и контроль

Сравнение результатов оценки тревоги по шкале Гамильтона, уровня контроля над симптомами по опроснику АСQ-5 и уровня ОФВ1(%) в обеих подгрупп (респондеры, нонреспондеры) на втором этапе исследования.

Показатель	Респондеры (n=28)	Нонреспондеры (n=12)	Значимость различий
	Абс./%	Абс./%	
Мужчины	9/32,1	9/75	P= 0,143*
Женщины	19/67,9	3/25	P=0,150*
Терапия ИГКС/ДДБА	22/78,5	0/0	P=0,11*
Терапия ИГКС/ДДБА +ДДАХ	6/21,4	12/100	P<0,01*
Легкая степень обструкции (ОФВ1>70%)	21/75	0/0	P<0,01*
Умеренная степень обструкции (ОФВ1 60-69%)	7/25	0/0	P=0,094*
Среднетяжелая степень обструкции (ОФВ1 50-59%)	0/0	8/66,(6)	P<0,001*
Тяжелая степень обструкции (ОФВ1 35-49%)	0/0	4/33,(3)	P<0,05*
Контролируемая	25/89,3	0/0	P<0,01*
Частично контролируемая БА	3/10,7	1/8,(3)	P=0,835*
Неконтролируемая БА	0/0	11/91,(6)	P<0,001*
Симптомов тревоги нет	3/10,7	0/0	P=0,264*
Возможные тревожные расстройства	24/85,7	0/0	P<0,01*
Тревога	1/3,5	8/66,(6)	P<0,01*
Симптоматическая тревога	0/0	4/33,(3)	P<0,01*

p* - достоверность различий рассчитана между группами с помощью критерия хи-квадрат

за проводимой терапией. Ограничением данных исследований, по нашему мнению, явились необходимость применения высоких доз (150 мг/сут), длительного приема (наступление эффекта на 2 месяц) и отсутствие рекомендаций в качестве монотерапии депрессии, сопровождающейся тревогой для Грандаксина (тофизипама), а также назначение Тенотена в период обострения БА в условиях стационара, при усилении базисной противовоспалительной терапии и использовании системных кортикостероидов, что не позволяет в полной мере экстраполировать полученный эффект при БА на действие данного препарата.

В проведенном нами исследовании назначение анксиолитического препарата Селанк проводилось в амбулаторных условиях на фоне стабильной схемы контролирующей терапии. Выбор в качестве анксиолитического препарата Селанк не является случайным. Данный препарат, наряду с противотревожным и антидепрессивным эффектом, обладает положительным действием на когнитивные способности, активизирует процессы обучения, в частности, запоминание, анализ и воспроизведение информации, нормализует психомоторные реакции, устраняет эмоционально-негативное напряжение и стимулирует выработку адаптивного поведения,

направленного на достижение положительного результата [10]. Указанные активирующие эффекты препарата особенно важны для больных БА, ежедневно использующими различные устройства для доставки лекарственных препаратов *in loco morbi*. Повышение когнитивных функций особенно важно для повышения приверженности больного БА к контролирующей терапии.

На основании литературных данных, полученных результатов в ходе исследования, наличие тревожных расстройств у пациентов страдающих бронхиальной астмой, зачастую приобретает доминирующий характер. В свою очередь, это влечет за собой дисфункцию вегетативной регуляции с преобладанием в эфферентном звене симпатикотонического типа. Ко всему этому, пациенты с неконтролируемым течением БА и коморбидным тревожно-фобическим расстройством склонны к многократному использованию бронхолитиков короткого действия с целью купирования симптомов. Суммарная активация симпато-адреналовой системы влечет за собой усиление шунтового кровообращения, в результате чего возможно чрезмерное поступление в общий кровоток липополисахарида (эндотоксина), основного компонента клеточной стенки грамотрицательных бактерий, который в норме связываясь

с липополисахарид-связывающим белком нейтрализуется в печени. Усиление шунтового кровообращения препятствует нейтрализации липополисахарида в печени, минуя ее. Результатом чрезмерного воздействия эндотоксина влечет за собой усиление воспаления в слизистой бронхиального дерева, что зачастую выявляют у пациентов с нейтрофильным и смешанным биофенотипом [11].

Выводы

- Психофармакологическая коррекция, рассматривая в контексте персонализированного подхода к терапии, показана большинству пациентов, страдающих тяжелой бронхиальной астмой с коморбидными тревожно-невротическими состояниями.
- Применение интраназальных капель Селанк 0,15% в составе комплексной терапии больных бронхиальной астмой в течение 2 недель с наличием тревожных расстройств, не только стабилизирует психоэмоциональное состояние (уменьшение степени выраженности тревоги по НАМ-А), но и улучшает функцию внешнего дыхания (по ОФВ 1), уровень контроля симптомов (по опроснику АСQ-5).
- В ходе исследования установлено, что на фоне терапии препаратом Селанк 0,15%, статистически достоверный положительный эффект в подгруппе респондеров был достигнут у пациентов преимущественно женского пола ($p < 0.05$)

Литература

1. Архипов В.В., Григорьева Е.В., Гавришина Е.В. Контроль над бронхиальной астмой в России: результаты многоцентрового наблюдательного исследования НИКА // Пульмонология, 2011; 6: 87-93.
2. Федосеев Г.Б. Современное представление о причинах возникновения, особенностях течения и лечения бронхиальной астмы: Актовая речь. А., 1982.
3. Т.А. Перцева, Е.Ю. Гашинова, Ю.В. Губа. Психологические расстройства у пациентов с синдромом бронхиальной обструкции // Пульмонология. 2013; 2:81-4
4. Ж. В. Антонович, Е. С. Спиридонов, Е. А. Коренева. Взаимосвязь бронхиальной астмы и хронической обструктивной болезни легких с тревожными и депрессивными расстройствами // Медицинский журнал БГМУ. 2013; 4:50-3.
5. Т.А. Перцева, Е.Ю. Гашинова, Ю.В. Губа. Психологические расстройства у пациентов с синдромом бронхиальной обструкции // Пульмонология. 2013; 2:81-4
6. Российское респираторное общество. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению бронхиальной астмы. 2019.
7. Краснов В. Н., Палеев Н. Р., Мартынова Н. В. и др. Расстройства аффективного спектра при бронхиальной астме и их терапевтическая коррекция // Психиатрия. 2010; 4(55):34-8.
8. Сергеева С.А. Тенотен: новое в терапии тревоги у больных с соматическими заболеваниями // Поликлиника. 2006; 2:88-9.
9. Н.В. Шестакова, и др. Противотревожный препарат Тенотен в комплексной терапии бронхиальной астмы и ХОБЛ. // Вестник семейной медицины. 2013; 4:24-6
10. А. А. Зозуля, Г. Г. Незнамов, Т. С. Сюняков и др. Эффективность и возможные механизмы действия нового пептидного анксиолитика Селанка при терапии генерализованного тревожного расстройства и неврастении // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2008; 108, 4: 38-49.
11. Яковлев М.Ю. Роль системной эндотоксинемии в физиологии и патологии человека // Сборник трудов 1-ой сессии РМАПО, 1995; 10-11.
12. Global Initiative for Asthma. Global strategy for asthma management and prevention. Available from www.ginasthma.org. Date last updated, 2018.

13. World Health Organization. 2017. Bronchial asthma [Electronic resource]. Access mode: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/asthma>.

14. В. А. Клименко, А. С. Сивовляс-Романова. Психопатии как коморбидные состояния бронхиальной астмы // Астма та алергія. 2014; 4:13-7.

15. Fernandes L., Fonseca J., Martins S., et al. Association of anxiety with asthma: subjective and objective outcome // Psychosomatics, 2010; 51 (1): 39-46.

16. N. Schmitz et al. The impact of psychological distress on functional disability in asthma // Psychosomatics, 2009; 50 (1): 42-49.