

Клинические особенности бронхиальной астмы у детей с нарушениями психики

Е.С. Рынгаченко¹, А.А. Новак¹, И.П. Киреева^{1,2}, Л.В. Соколова¹, Ю.Л. Мизерницкий¹¹ОСП «Научно-исследовательский клинический институт педиатрии имени академика Ю.Е. Вельтищева»

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия;

²ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия

Clinical features of bronchial asthma in children with mental disorders

E.S. Ryngachenko¹, A.A. Novak¹, I.P. Kireeva^{1,2}, L.V. Sokolova¹, Yu.L. Mizernitskiy¹¹Veltischev Research and Clinical Institute for Pediatrics of the Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia;²Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

В статье обсуждается роль центральной нервной системы при бронхиальной астме у детей и, в частности, нарушений психики. Эта проблема давно интересует практикующих педиатров и исследователей, но до настоящего времени не имеет однозначных решений. Авторы разнопланово подходят к ее оценке, склоняясь к современной концепции «психопатологического», или «психического» диатеза, выдвинутой С.Ю. Циркиным. На конкретных клинических примерах авторы наглядно демонстрируют влияние психических нарушений на течение бронхиальной астмы у детей, что, безусловно, необходимо учитывать в практической работе детским пульмонологом.

Ключевые слова: дети, бронхиальная астма, нарушения психики.

Для цитирования: Рынгаченко Е.С., Новак А.А., Киреева И.П., Соколова Л.В., Мизерницкий Ю.Л. Клинические особенности бронхиальной астмы у детей с нарушениями психики. Рос вестн перинатол и педиатр 2022; 67:(1): 125–131. DOI: 10.21508/1027–4065–2022–67–1–125–131

The article discusses the role of the central nervous system, including mental disorders, in bronchial asthma in children. This problem has been of interest to practicing pediatricians and researchers for a long time, but so far it has not had unambiguous solutions. The authors have a diverse approach to its assessment, leaning towards the modern concept of ‘psychopathological’ or ‘psychological’ diathesis put forward by S.Yu. Tsyarkin. On specific clinical examples, the authors clearly demonstrated the influence of mental disorders on the course of bronchial asthma in children, which, of course, must be taken into account in practical work by pediatric pulmonologists.

Key words: children, bronchial asthma, psychiatric disorders.

For citation: Ryngachenko E.S., Novak A.A., Kireeva I.P., Sokolova L.V., Mizernitskiy Yu.L. Clinical features of bronchial asthma in children with mental disorders. Ros Vestn Perinatol i PEDIATR 2022; 67:(1): 125–131 (in Russ). DOI: 10.21508/1027–4065–2022–67–1–125–131

Бронхиальная астма — одна из самых распространенных хронических болезней у детей [1]. Проблемы взаимосвязи нарушений центральной нервной системы и бронхиальной астмы у детей

© Коллектив авторов, 2022

Адрес для корреспонденции: Рынгаченко Елизавета Сергеевна — ординатор Научно-исследовательского клинического института педиатрии им. акад. Ю.Е. Вельтищева, ORCID: 0000–0002–8612–2126

Новак Андрей Александрович — мл. науч. сотр. отдела хронических воспалительных и аллергических болезней легких Научно-исследовательского клинического института педиатрии им. акад. Ю.Е. Вельтищева, ORCID: 0000–0001–9398–2215

Киреева Ирина Петровна — к.м.н., доц. кафедры психиатрии и медицинской психологии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова; врач–детский психиатр Научно-исследовательского клинического института педиатрии им. акад. Ю.Е. Вельтищева, ORCID: 0000–0001–9504–6244

Соколова Людмила Вильевна — к.м.н., зав. клиническим отделением пульмонологии Научно-исследовательского клинического института педиатрии им. акад. Ю.Е. Вельтищева, ORCID: 0000–0002–2376–0518

Мизерницкий Юрий Леонидович — д.м.н., проф., засл. работник здравоохранения Российской Федерации, зав. отделения хронических воспалительных и аллергических болезней легких Научно-исследовательского клинического института педиатрии им. акад. Ю.Е. Вельтищева, ORCID: 0000–0002–0740–1718

e-mail: yulmiz@mail.ru

127412 Москва, ул. Талдомская, д. 2

на протяжении долгого времени остаются предметом интереса исследователей [2–14]. Это касается как неврологических, так и психологических и психических аспектов заболевания. Многие авторы небезосновательно считают бронхиальную астму психосоматической патологией [15–18]. Хотя термин «психосоматический» не используется в Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10), изучение проблемы бронхиальной астмы с позиции современного интегративного биосоциального подхода, учитывающего как медицинские, так и социально-психологические параметры болезни, безусловно, актуально [19–22]. Однозначных мнений в этом вопросе до сих пор нет, но совершенно ясно, что особенности бронхиальной астмы у детей с нарушениями психики — это сложная тема в современной пульмонологической, а также педиатрической практике в целом. Данная группа детей нуждается в доскональном подходе к курации.

В последнее время детально исследуются личностные особенности детей с бронхиальной астмой, есть указания, что страх удушья способствует формированию тревожности и чувства отверженности,

которые подкрепляются переживаниями своего отличия от сверстников [18, 23]. У детей с бронхиальной астмой также выявляется свойственная разнообразным нозологическим формам психосоматический патологии «алекситимия», впервые описанная в 1973 г. Р.Е. Sifneos у взрослых больных [24]. Под алекситимией (греч. а — отрицание, lexis — слово, thymē — чувство) понимают психологическую особенность человека, проявляющуюся в неспособности описать словами свои чувства, эмоции, переживаемые самим или другими людьми. Алекситимию рассматривают как фактор риска развития психосоматических болезней. Некоторые исследователи полагают, что у детей в основе формирования алекситимии лежит дефицитное общение родителей с ребенком, т.е. холодность, отсутствие родительской любви [18, 25].

Исследуется роль перинатального поражения головного мозга у детей с бронхиальной астмой, стрессовых факторов, описано значительно более частое выявление психических нарушений, прежде всего аффективного и невротического плана [5, 7, 8, 11, 14]. Дети, больные бронхиальной астмой, ущемлены в «качестве жизни», что связано как с проявлениями заболевания, так и с эмоциональными переживаниями. Оценка «качества жизни» у детей, страдающих бронхиальной астмой, показала, что эмоциональные факторы, ограничение в социальной сфере и зависимость от состояния окружающей среды зачастую даже более важны для ребенка, чем сами симптомы заболевания [18, 21]. Однако психические нарушения при бронхиальной астме, распространенность собственно психических болезней среди больных бронхиальной астмой, в том числе у детей, остаются малоизученными.

Выявление психических расстройств у детей с бронхиальной астмой и даже сам вопрос «кого направлять к психиатру?» — сложная задача для пульмонолога. Поводом для направления к психиатру должны быть как жалобы детей (или родителей) на психическое состояние (нарушения сна, поведения, настроения, психоречевого развития, страха), так и выявление любых функциональных соматовегетативных (психосоматических) расстройств, например вегетативной дисфункции, которые обычно являются «маской» психической патологии [13, 26, 27].

В этом плане педиатру может помочь знакомство с современной концепцией «психопатологического», или «психического» диатеза [28]. Предпосылкой для развития этой концепции психопатологического диатеза стало развертывание психиатрической помощи в общесоматической сети, благодаря чему психиатры получили возможность наблюдать гораздо более широкий профиль психических расстройств, чем в те времена, когда они работали только в психиатрических учреждениях. Анализ клинических случаев с обратимой

функциональной психической патологией* показал, что у одних и тех же пациентов на протяжении жизни, но часто в разные ее периоды возникают как психогенные (реактивные, стрессогенные), так и эндогенные (аутохтонные, т.е. спонтанные, фазные) психические расстройства. Пациентов же, у которых на протяжении жизни развивались бы только психогенные (например, неврозы) или только сугубо аутохтонные (например, циклотимия) состояния, найти не удавалось. При этом обнаруживались и личностные аномалии, но совсем необязательно психопатии в традиционном понимании, а разнообразная врожденная когнитивная и эмоциональная недостаточность, которые могут влиять на психологическое развитие уже в раннем детском возрасте, проявляясь неравномерным психическим развитием («диссоциированный дизонтогенез»). Таким образом, психопатологический диатез** оказался конституциональной предрасположенностью к временным психическим расстройствам, не ведущим к необратимым изменениям психики и имеющим трехкомпонентную структуру: фазную, реактивную и личностную. Понятие психопатологического диатеза, таким образом, объединяет и упраздняет такие традиционные психиатрические нозологии как неврозы, реактивные психозы, маниакально-депрессивный и шизоаффективный психозы, психопатии, вследствие чего вся функциональная психическая патология дихотомически делится на психопатологический диатез и значительно более редкое, но прогрессирующее заболевание — шизофрению.

Что дает педиатру концепция психопатологического диатеза? Во-первых, это вынуждает более внимательно собирать сведения о раннем развитии ребенка, так как выявление неравномерного развития (скачкообразного, или, например, с одновременным сосуществованием разных по степени его развития функций) позволяет предположить появление у него функциональных психических расстройств в дальнейшем. Во-вторых, это дает возможность более определенного и отдаленно оптимистичного прогноза, этого важнейшего момента в практической деятельности врача, а заодно помогает убедить родителей обратиться к психиатру.

*Функциональное психическое расстройство — термин, используемый для описания любого психического расстройства, не имеющего известной органической причины: генетически или психогенно обусловленные психические нарушения без грубого повреждения мозгового субстрата.

**Психопатологический диатез складывается из трех компонентов: 1) личностного (с разнообразной когнитивной и нередко с эмоциональной недостаточностью, которые сходны с шизофренической, но не прогрессируют); 2) эндогенного (аутохтонные, психогенно спровоцированные фазы, а также эндореакции с аффективной, невротической и другой симптоматикой); 3) реактивного (психогенные и эндореактивные состояния), возникающих на протяжении жизни.

Доступность психиатрической помощи определяется структурой и организацией психиатрических служб, наличием широкого ассортимента медикаментов, психотерапевтических методов и основами законодательства, прежде всего федеральными законами «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 2.07.1998 г. и «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. Психиатрическая помощь оказывается при добровольном обращении лица (законного представителя) и при наличии его информированного добровольного согласия, а законными представителями ребенка младше 15 лет являются его мать и отец (в том числе усыновители), фигурирующие в соответствующих разделах свидетельства о рождении ребенка и патронатные мать и отец детей младше 15 лет.

Чаще всего лечение пациентов с бронхиальной астмой и психическими расстройствами проводится в условиях соматического стационара с участием психиатра и психотерапевта [29]. Важность проблемы психосоматических нарушений свидетельствует о необходимости создания детских психосоматических центров [30]. Основное место в арсенале лечебных воздействий принадлежит медикаментозной терапии. В соматической, педиатрической клинике предпочтительны психотропные препараты последних поколений: антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), атипичные антипсихотические препараты (рисперидон) в малых дозах и анксиолитики (гидроксизин).

Ниже мы приводим два клинических примера подростков, у которых бронхиальная астма протекала на фоне нарушений психического здоровья, что существенно осложняло их курацию.

Клиническое наблюдение №1. Девочка К., 15 лет, проживающая на момент наблюдения в республике Крым.

Из анамнеза известно, что она родилась от четвертой беременности, первых срочных, самостоятельных родов, массой тела при рождении 3450 г, длиной 49 см. С 1-го месяца жизни отмечались явления атопического дерматита на фоне искусственного вскармливания, в связи с чем была переведена на гипоаллергенную смесь. В 1,8 года ребенок перенес тяжелую двустороннюю пневмонию, осложненную гнойным плевритом. В раннем возрасте ребенок редко болел респираторными инфекционными заболеваниями. В 6 лет на фоне подъема температуры тела, сухого надсадного кашля по результатам проведенного обследования был верифицирован коклюш, после чего стали регулярно беспокоить эпизоды приступообразного кашля, свистящих хрипов, подъемов температуры тела, что долгое время расценивалось врачами по месту жительства как эпизоды острого обструктивного бронхита. Однако в 9 лет девочке

все же был установлен диагноз бронхиальной астмы, когда на фоне психоэмоционального перенапряжения, конфликтов в школе и интенсивной физической нагрузки развился типичный приступ затрудненного дыхания, в связи с чем ребенок был госпитализирован в стационар, где получал соответствующую бронхолитическую терапию с положительным эффектом.

В 11 лет на фоне сильного психоэмоционального напряжения у ребенка случился повторный эпизод тяжелого обострения бронхиальной астмы в виде приступа удушья, сопровождавшегося дистанционными хрипами, в связи с чем девочка была госпитализирована в стационар, где проводилась терапия преднизолоном и дексаметазоном с положительным эффектом. Выписана с рекомендациями базисной терапии препаратом сальметерол/флутиказон, однако, учитывая недостаточный контроль, проводился подбор ингаляционной терапии, в течение которого применялся будесонид/формотерол, будесонид + формотерол, будесонид с ипратропиумом бромидом, а также в сочетании с тiotропиумом бромидом. В 14 лет нефрологом у девочки верифицирован диагноз нейрогенного мочевого пузыря. В последующем все эпизоды обострения бронхиальной астмы купировались исключительно введением системных глюкокортикостероидов. В связи с недостаточным контролем над заболеванием ребенок был направлен в отделение пульмонологии НИКИ педиатрии.

При поступлении в клинику девочка предъявляла жалобы на частые эпизоды затрудненного дыхания, приступы удушья на фоне физических нагрузок, стресса, влажной погоды, частые респираторные инфекционные заболевания, одышку в покое.

При осмотре девочка была контактной, физическое развитие дисгармоничное за счет избытка массы тела: при росте 153 см (3–10-й перцентили), масса тела достигала 70 кг (>97-го перцентиль), положение тела — вынужденное ортопноэ. Аускультативно выслушивались ослабленное дыхание, а также рассеянные свистящие хрипы над всеми легочными полями. При этом число дыхательных движений 22 в минуту, насыщение кислородом гемоглобина крови (SpO₂) 98%. В течение сбора анамнеза пациентка перестала сохранять вынужденное положение, вскакивала, жестикулировала, с возмущением требовала препарат «преднизолон», увлажненный кислород, мотивируя это своим тяжелым состоянием.

По результатам проведенного исследования в лабораторных анализах — клинический и биохимический анализ крови — отклонений от нормы не выявлено. По результатам оценки гуморального иммунитета также все показатели были в рамках референсных значений, уровень общего IgE составил 16,5 МЕ/мл (при норме до 62,5 МЕ/мл). По результатам оценки специфического IgE выявлен пороговый уровень сенсибилизации к аллергенам эпителия собаки и креветкам 0,4 МЕ/мл — I класс. По резуль-

татам инструментального обследования, рентгенологически определялись признаки обструктивного синдрома, а по результатам мультиспиральной компьютерной томографии органов грудной клетки выявлены уплотнения стенок бронхов.

По данным спирометрии выраженные нарушения вентиляции всего бронхиального дерева исходно не определялись: жизненная емкость легких (ЖЕЛ) 109%, форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ) 98%, объем форсированного выдоха за 1-ю секунду (ОФВ₁) 106%, ОФВ₁/ФЖЕЛ 81%, пиковая скорость выдоха (ПОС) 78%, максимальная объемная скорость на уровне (МОС) 25% (МОС₂₅) — 72%, на уровне 50% (МОС₅₀) — 84% и на уровне 75% (МОС₇₅) — 69%. При повторном исследовании в динамике на фоне базисной терапии достоверных изменений легочной вентиляции также не выявлено: ЖЕЛ 92%, ФЖЕЛ 90%, ОФВ₁ 99%, ОФВ₁/ФЖЕЛ 90%, ПОС 98%, МОС₂₅ 90%, МОС₅₀ — 89%, МОС₇₅ — 83%.

Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря была подтверждена по результатам специального обследования, рекомендованного нефрологом. В рамках госпитализации ребенок был проконсультирован эндокринологом, которым верифицирован медикаментозный синдром Кушинга, а неврологом установлен диагноз: расстройство вегетативной нервной системы неуточненное, рекомендованы консультация психиатра и терапия анксиолитическим препаратом гидроксизин. При расспросе удалось выявить, что у девочки имелись пониженное настроение с тоскливостью в утренние часы и тревогой в вечерние, нарушения сна, обмороки, подъемы артериального давления, эпизодические головные боли, головокружения.

В дошкольном возрасте девочка в развитии не отставала. В школе с 7 лет, училась легко, отлично, успешно участвовала в олимпиадах, после 9-го класса поступила в медицинское училище, откуда вскоре была отчислена по состоянию здоровья, сейчас обучается в 10-м классе.

В течение нескольких последних лет появились сезонные спады настроения, особенно выраженные осенью. С 12 лет наблюдалась неврологом по поводу вегетососудистой дистонии и кардиологом с артериальной гипертензией, без существенного эффекта получала глицин и фенибут. Весной 2020 г. (в возрасте 15 лет) впервые появились слуховые обманы. При этом у девочки прогрессировали тяжесть течения бронхиальной астмы и ее резистентность к терапии.

Осенью 2020 г. в связи с нанесением себе насечек девушка была осмотрена психиатром в пульмонологическом стационаре по месту жительства. Тогда было диагностировано депрессивное расстройство поведения. Однако положительного эффекта от назначенных анксиолитиков и антидепрессантов родители девочки не отмечали. В декабре 2020 г. наблюдалось нарастание тяжести течения бронхиальной астмы и резистентности к терапии, что совпало

с усугублением психических расстройств, явлением «соматопсихического синергизма». Детским психиатром клиники состояние было оценено как затяжное тревожно-депрессивное расстройство с рудиментарными явлениями психического автоматизма. Рекомендована соответствующая терапия антипсихотическим препаратом рисперидон с титрованием дозы.

За период пребывания в стационаре антипсихотическая терапия дала положительный эффект: ребенок стал спокойнее, удалось провести деэскалацию противоастматической терапии (оставлен будесонид/формотерол капсулы по 12/400 мкг 2 раза в день), постепенно существенно уменьшить дозу преднизолона (с 40 до 10 мг/сут с перспективой полной его отмены), а также добиться снижения массы тела до 67 кг. Применение увлажненного кислорода больше не требовалось. Более того, приступы затрудненного дыхания стали реже и купировались плацебо (ингаляцией изотонического раствора натрия хлорида)!

Таким образом, у девочки имеется частично контролируемая бронхиальная астма средней степени тяжести на фоне сопутствующего заболевания — затяжного тревожно-депрессивного расстройства с рудиментарными явлениями психического автоматизма (F41.3). Назначение антипсихотической терапии позволило уменьшить объем терапии бронхиальной астмы и привело к существенному улучшению контроля над заболеванием.

Клиническое наблюдение 2. Следующий клинический пример также служит иллюстрацией альтернативного варианта соматопсихического синергизма. Девочка Ж., 16 лет, проживающая на момент наблюдения в Московской области, до 14 лет проживала в Ставропольском крае.

Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности, протекавшей без особенностей, первых самостоятельных срочных родов, масса тела при рождении 3340 г, длина 51 см, закричала сразу, грудное вскармливание получала до 12 мес. Родители не состоят в кровном родстве. Наследственный аллергологический анамнез не отягощен.

До школы девочка росла и развивалась в соответствии с возрастом. В 7 лет пошла в 1-й класс и стала жаловаться на эпизоды затрудненного дыхания, учащающиеся на фоне психоэмоциональной нагрузки, в связи с чем была консультирована пульмонологом по месту жительства, которым на основании клинических данных и результатов обследования (выявлены эозинофилия и специфическая сенсibilизация к аллергенам деревьев) был установлен диагноз бронхиальной астмы, рекомендована терапия суспензией будесонида. Однако, несмотря на лечение, у ребенка сохранялись ежемесячные обострения.

В 9 лет было рекомендовано проведение аллерген-специфической иммунной терапии (АСИТ) суспензией аллергена пыльцы деревьев для подкож-

ного введения Фосталь. Провести полноценный курс терапии не представилось возможным в связи с учащением приступов затрудненного дыхания и сухого кашля. С учетом сохраняющихся обострений бронхиальной астмы в 11 лет (девочка перешла в среднюю школу) была назначена базисная терапия препаратом сальметерол/флутиказон с незначительным эффектом, через год препарат был заменен на будесонид/формотерол также со слабым положительным эффектом.

В 14 лет ребенок переехал к маме в Московскую область. После переезда количество приступов увеличилось. Пульмонологом рекомендована коррекция терапии бронхиальной астмы, назначен препарат беклометазон/формотерол. Зимой на фоне острой респираторной вирусной инфекции развился тяжелый приступ бронхиальной астмы, в связи с чем ребенок был госпитализирован в стационар. После выписки из стационара, со слов девочки, она стала испытывать сильные эмоциональные переживания по поводу своей астмы, в связи с чем была проконсультирована психиатром, которым отмечены социальная отгороженность девочки, эмоциональная отрешенность, аггравация жалоб, был установлен диагноз: шизотипическое расстройство. Рекомендована терапия антипсихотическими препаратами.

На фоне данной терапии отмечалась существенная положительная динамика эмоциональной сферы, обращений по поводу обострений астмы не зарегистрировано. Со слов мамы, бронхиальная астма стала контролируемой. Через 3 мес прием препаратов был прекращен в связи с достижением желаемого эффекта и самостоятельно отменен. Через полгода после завершения курса терапии жалобы на кашель и затрудненное дыхание возобновились, в связи с чем была возобновлена базисная терапия бронхиальной астмы препаратом вилантерол/флутиказон фуруат. Перед госпитализацией в отделение пульмонологии НИКИ педиатрии девочка, неудовлетворительно оценивая свое самочувствие, самостоятельно начала принимать пероральные стероиды.

В клинику ребенок поступил с жалобами на сухой приступообразный кашель, эпизоды затрудненного дыхания. При сборе анамнеза обращали внимание гиперболизация жалоб, аггравация своего состояния. При осмотре отмечалась воронкообразная деформация грудной клетки, аускультативно выслушивалось равномерно ослабленное дыхание, редкие сухие

свистящие хрипы. Гемодинамически ребенок был стабилен, живот пальпаторно безболезненный.

При обследовании в клинике в общем и биохимическом анализе крови все показатели были в пределах нормы, в иммунологическом анализе отмечено повышение общего IgE до 404 МЕ/мл (норма до 62,5 МЕ/мл) с повышением уровня специфических IgE к аллергенам деревьев, трав и клещей, домашней пыли.

По результатам рентгенологического обследования признаки обструктивного синдрома отсутствовали. В качестве находки выявлена дополнительная доля непарной вены. Выявленные при обследовании по результатам спирометрии смешанные нарушения с преобладанием обструктивного компонента трудно считать достоверными ввиду низкого комплаенса ребенка.

Пациент был осмотрен оториноларингологом, который не выявил острой и хронической патологии ЛОР-органов. Ребенок поступил в клинику на фоне терапии препаратом преднизолон в дозе 1 мг/кг/сут, амброксол и предельно допустимой для ее возраста дозировке фенотерол/ипратропия бромид — 40 капель 2 раза в сутки через небулайзер. По поводу бронхиальной астмы никакой базисной ингаляционной терапии при поступлении ребенок не получал. В связи с этим лечение было скорректировано, назначена адекватная ингаляционная терапия бронхиальной астмы (сальметерол/флутиказон 25/250 мкг по 1 дозе 2 раза в сутки и тиатропия бромид 5 мкг/сут) в сочетании с препаратами, рекомендованными психиатром.

Таким образом, у данной девочки имеется бронхиальная астма, протекавшей на фоне психического заболевания — шизотипического расстройства личности (F 21). Особенности восприятия своего заболевания, аггравация жалоб, отсутствие адекватной базисной терапии привели к трудностям в объективной оценке состояния ребенка и правильному подходу к его ведению. Добавление в терапию препаратов, назначенных психиатром, позволило перевести бронхиальную астму у ребенка из категории тяжелой и неподдающейся терапии в разряд среднетяжелой и контролируемой.

Заключение

Приведенные клинические примеры наглядно иллюстрируют влияние психических нарушений на течение бронхиальной астмы у детей, что, безусловно, необходимо учитывать в практической работе детским пульмонологом.

ЛИТЕРАТУРА (REFERENCES)

1. Батожаргалова Б.Ц., Мизерницкий Ю.Л., Подольная М.А. Мета-анализ распространенности астмоподобных симптомов и бронхиальной астмы в России (по результатам ISAAC). Российский вестник перинатологии и педиатрии 2016; 61(4): 59–69. [Batozhargalova B.C., Mizernitskiy Yu.L.,

- Podol'naya M.A. Meta-analysis of the prevalence of asthma-like symptoms and bronchial asthma in Russia (according to ISAAC results). Rossiyskiy Vestnik Perinatologii i Peditrii 2016; 61(4): 59–69. (in Russ.)] DOI: 10.21508/1027–4065–2016–61–4–59–69

2. Буль П.И. Гипноз в клинике внутренних болезней: Опыт психотерапии — гипноза и внушения в клинике. Изд. дом: URSS. 2022; 240с. [Bul' P.I. Hypnosis in the clinic of internal diseases: The experience of psychotherapy — hypnosis and suggestion in the clinic. PH: URSS. 2022; 240. (in Russ.)]
3. Каганов С.Ю., Якунин Ю.А., Догель Н.В., Стрельбицкая Р.Ф., Эльберг А.И., Тычина В.П. Неврологические синдромы при бронхиальной астме у детей. Вопросы охраны материнства и детства 1974; 19(8):43–47. [Kaganov S.Yu., Yakunin Yu.A., Dogel' N.V., Strel'bickaya R.F., El'berg A.I., Tychina V.P. Neurological syndromes in bronchial asthma in children. Voprosy ohrany materinstva i detstva 1974; 19(8):43–47. (in Russ.)]
4. Агте Б.С., Евтушенко С.К. Неврологические синдромы при аллергии. Журнал невропатологии и психиатрии 1980; 2: 165–171. [Agte B.S., Evtushenko S.K. Allergy neurological syndromes. Zhurnal nevropatologii i psikiatrii 1980; 2: 165–171. (in Russ.)]
5. Бубнова И.В., Петраш В.В., Алферов В.П. О роли перинатального периода в развитии бронхиальной астмы у детей. Вопросы охраны материнства и детства 1986; 9: 27–28. [Bubnova I.V., Petrash V.V., Alfeyorov V.P. On the role of the perinatal period in the development of bronchial asthma in children. Voprosy ohrany materinstva i detstva 1986; 9: 27–28. (in Russ.)]
6. Петраш В.В., Бубнова И.В., Алферов В.П., Симбирцев С.А. О патогенезе бронхиальной астмы у детей. Педиатрия 1987; 4: 27–32. [Petrash V.V., Bubnova I.V., Alfeyorov V.P., Simbircev S.A. On the pathogenesis of bronchial asthma in children. Pediatriya 1987; 4: 27–32. (in Russ.)]
7. Кирюхина Н.Н. Неврологические расстройства при бронхиальной астме. Российский медико-биологический вестник им. акад. И.П. Павлова 2006; 2: 45–48. [Kiryuhina N.N. Neurological disorders in bronchial asthma. Rossiiskii mediko-biologicheskii vestnik im. akad. I.P. Pavlova. 2006; 2: 45–48. (in Russ.)]
8. Каганов С.Ю., Мизерницкий Ю.Л., Лев Н.С., Дрозджев М.Е., Шалыпина А.И. Роль перинатальных повреждений нервной системы при бронхиальной астме у детей. Медико-социальные аспекты перинатологии и современные технологии родоразрешения. Челябинск, 1992: 241–242. [Kaganov S.Yu., Mizernitskiy Yu.L., Lev N.S., Drozhzhev M.E., Shalyapina A.I. The role of perinatal damage to the nervous system in bronchial asthma in children. Mediko-social'nye aspekty perinatologii i sovremennye tekhnologii rodorazresheniya. Chelyabinsk, 1992: 241–242. (in Russ.)]
9. Березин Ф.Б., Куликова Е.М., Шаталов Н.Н., Чарова Н.А. Психосоматические соотношения при бронхиальной астме. Журнал неврологии и психиатрии 1997; 97(4): 42–45. [Berezin F.B., Kulikova E.M., Shatalov N.N., Charova N.A. Psychosomatic relationships in bronchial asthma. Zhurnal nevrologii i psikiatrii 1997; 97(4): 42–45. (in Russ.)]
10. Мизерницкий Ю.Л., Панкова Г.Ф., Тавадзе Г.И. Бронхиальная астма у ребенка раннего возраста на фоне синдрома дцеребрации. Российский вестник перинатологии и педиатрии 1993; 38(3): 36–37. [Mizernitskiy Yu.L., Pankova G.F., Tavadze G.I. Bronchial asthma in a young child with decerebration syndrome. Rossiyskiy Vestnik Perinatologii i Pediatrii 1993; 38(3): 36–37. (in Russ.)]
11. Мизерницкий Ю.Л., Косенкова Т.В., Маринич В.В., Васильева И.А. Влияние перинатального повреждения центральной нервной системы на формирование и течение бронхиальной астмы у детей. Аллергология 2004; 3: 27–31. [Mizernitskiy Yu.L., Kosenkova T.V., Marinich V.V., Vasil'eva I.A. Influence of perinatal damage to the central nervous system on the formation and course of bronchial asthma in children. Allergologiya 2004; 3: 27–31. (in Russ.)]
12. Ключева М.Г., Рывкин А.И. Психовегетативные и нейровегетативные особенности подростков с бронхиальной астмой. Пульмонология детского возраста: проблемы и решения. 2002; 2: 144–146. [Klyucheva M.G., Ryvkin A.I. Psychovegetative and neurovegetative features of adolescents with bronchial asthma. Pul'monologiya detskogo vozrasta: problemy i resheniya. 2002; 2: 144–146. (in Russ.)]
13. Симбирцев С.А., Петраш В.В., Ноздрачев А.Д. Бронхиальная астма как функциональная недостаточность метасимпатической нервной системы легких. Вестник Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования 2011; 3(2): 142–148. [Simbircev S.A., Petrash V.V., Nozdrachyov A.D. Bronchial asthma as a functional insufficiency of the metasympathetic nervous system of the lungs. Vestnik Sankt-Peterburgskoi meditsinskoi akademii poslediplomnogo obrazovaniya 2011; 3(2): 142–148. (in Russ.)]
14. Петренко Т.С., Ретюнский К.Ю., Левченко О.В., Измо-денев П.А. Психоневрологические расстройства у детей с бронхиальной астмой. Практическая медицина 2019; 17(3): 104–108. [Petrenko T.S., Retyunsky K.Yu., Levchenko O.V., Izmodenov P.A. Psycho-neurological disorders in children with bronchial asthma. Prakticheskaya meditsina 2019; 17(3): 104–108. (in Russ.)] DOI: 10.32000/2072–1757–2019–3–104–108
15. Волчанский М.Е., Деларю В.В., Болучевская В.В. Психосоматические заболевания: решенные и нерешенные вопросы. Вестник ВолгГМУ, 2012; 42(2): 3–5. [Volchanskij M.E., Delaryu V.V., Boluchevskaya V.V. Psychosomatic diseases: resolved and unresolved issues. Vestnik VolgGMU, 2012; 42(2): 3–5. (in Russ.)]
16. Красноруцкая О.Н., Ширяев О.Ю. Оценка структуры эмоционально-личностной сферы, механизмов психологической защиты детей и подростков, страдающих бронхиальной астмой. Вестник Российского университета дружбы народов. Серия Медицина 2008; 7: 297–301. [Krasnoruckaya O.N., Shiryayev O.Yu. Assessment of the structure of the emotional and personal sphere, the mechanisms of psychological protection of children and adolescents suffering from bronchial asthma. Vestnik Rossijskogo universiteta druzhby narodov. Seriya Meditsina 2008; 7: 297–301. (in Russ.)]
17. Овчаренко С.И., Акулова М.Н., Дробизhev М.Ю., Смудевич А.Б. Влияние психосоматических соотношений и расстройств личности на динамику течения бронхиальной астмы. Пульмонология 2009; 3: 82–87. [Ovcharenko S.I., Akulova M.N., Drobizhev M.Yu., Smulevich A.B. The influence of psychosomatic relationships and personality disorders on the dynamics of control over the course of bronchial asthma. Pul'monologiya 2009; 3: 82–87. (in Russ.)] DOI: 10.18093/0869–0189–2009–3–82–87
18. Заболотских Т.В., Мизерницкий Ю.Л., Баранзаева Д.Ч. Клиническая эффективность психокоррекционной терапии в комплексной реабилитации детей с бронхиальной астмой, обучающихся в астма-школе. Детская и подростковая реабилитация 2011; 2(17): 36–45. [Zabolotskih T.V., Mizernitskiy Yu.L., Baranzaeva D.Ch. Clinical efficacy of psychocorrectional therapy in the complex rehabilitation of children with bronchial asthma enrolled in an asthma school. Detskaya i podroostkovaya reabilitatsiya 2011; 2(17): 36–45. (in Russ.)]
19. Международная классификация болезней (X пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. Под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. Санкт-Петербург: Оверлайд, 1994: 304. [Classification of mental and behavioral disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Editors Yu.L. Nuller, S.Yu. Cirkin. Sankt-Peterburg: Overlajd, 1994: 304. (in Russ.)]
20. Кузнецова С.О., Разумова А.В. Исследование особенностей alexitimии у подростков с психосоматическими заболеваниями. Тюменский медицинский журнал 2014;

- 16(3): 56. [Kuznecova S.O., Razumova A.V. Study of the characteristics of alexithymia in adolescents with psychosomatic diseases. Tyumenskii meditsinskii zhurnal 2014; 16(3): 56. (in Russ.)]
21. Куприянова И.Е., Кривоногова Т.С., Бабинова Ю. А., Шемьякина Т.А. Психическое здоровье и качество жизни детей, страдающих бронхиальной астмой (обзор литературы). Сибирский вестник психиатрии и наркологии 2015; 1 (86): 88–93. [Kupriyanova I.E., Krivonogova T.S., Babikova Yu.A., Shemyakina T.A. Mental health and quality of life of children with bronchial asthma (review). Sibirskii vestnik psikiatrii i narkologii 2015; 1 (86): 88–93. (in Russ.)]
22. Заболотских Т.В., Мизерницкий Ю.Л. Значение социальных факторов при бронхиальной астме у детей. Пульмонология детского возраста: проблемы и решения. 2004; 4: 196–201. [Zabolotskiih T.V., Mizernitskiy Yu.L. The importance of social factors in bronchial asthma in children. Pul'monologiya detskogo vozrasta: problemy i resheniya. 2004; 4: 196–201. (in Russ.)]
23. Петрова Н.Н., Эрман М.В., Кохан Е.Д. Личностно-психологические особенности и психическое состояние детей с бронхиальной астмой. Вестник Санкт-Петербургского университета 2007; 2: 122–128. [Petrova N.N., Erman M.V., Kohan E.D. Personal and psychological characteristics and mental state of children with bronchial asthma. Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta 2007; 2: 122–128. (in Russ.)]
24. Sifneos P.E. The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. Psychother Psychosom 1973; 26: 270–285
25. Пережигина Н.В., Тютяева О.А. О природе алекситимии у детей, страдающих бронхиальной астмой и атопическим дерматитом. Вестник Ярославского государственного университета 2008; 7: 9–43. [Perezhigina N.V., Tyutyayeva O.A. On the nature of alexithymia in children with bronchial asthma and atopic dermatitis. Vestnik Yaroslavskogo gosudarstvennogo universiteta 2008; 7: 9–43. (in Russ.)]
26. Белозеров Ю.М. Вегетососудистая дистония у студентов: клиника, лечение, реабилитация. М., 1994: 30. [Belozorov Yu.M. Vegetovascular dystonia in students: clinic, treatment, rehabilitation. M., 1994: 30. (in Russ.)]
27. Смуглевич А.Б. Маскированные депрессии. Психические расстройства в общей медицине. Consilium medicum 2012; 3: 4–7. [Smulevich A.B. Masked depression. Mental disorders in general medicine. Consilium medicum 2012; 3: 4–7. (in Russ.)]
28. Циркин С.Ю. Аналитическая психопатология. М.: БИНОМ, 2012: 287. [Cirkin S.Yu. Analytical psychopathology. M.: BINOM, 2012: 287. (in Russ.)]
29. Смуглевич А.Б. Психосоматические расстройства (клиника, терапия, организация медицинской помощи). Психиатрия и психофармакотерапия 2000; 2(2): 36–40. [Smulevich A.B. Psychosomatic disorders (clinic, therapy, organization of medical care). Psihiatriya i psihofarmakoterapiya 2000; 2(2): 36–40. (in Russ.)]
30. Северный А.А., Лешкевич И.А., Брутман В.И., Киреева И.П. Детский психосоматический центр. Организация и клинические проблемы детской неврологии и психиатрии. Тез. докл. 6 Всероссийской научно-практической конференции. 1993; М., 1994; Т.2: 157–159. [Severnoy A.A., Leshkevich I.A., Brutman V.I., Kireeva I.P. Children's psychosomatic center. Organization and clinical problems of pediatric neurology and psychiatry. Tez. dokl. 6 Vserossiyskoj nauchno-prakticheskoy konferencii. M., 1994; T.2: 157–159. (in Russ.)]

Поступила: 09.11.21

Received on: 2021.11.09

Конфликт интересов:

Авторы данной статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов и финансовой поддержки, о которых необходимо сообщить.

Conflict of interest:

The authors of this article confirmed the lack of conflict of interest and financial support, which should be reported.