

УДК: 616.89:616.248

**В. А. Клименко, А. С. Сивопляс-Романова**  
Харьковский национальный медицинский университет

## Психопатии как коморбидные состояния бронхиальной астмы

**Ключевые слова:** бронхиальная астма, коморбидные состояния, психопатии.

Последние годы ознаменовались значительным прогрессом в понимании патогенеза и разработке эффективных методов лечения бронхиальной астмы (БА). Международные Консенсусы (GINA, PRACTALL, ICON, Global Atlas of Asthma) и созданные на их основе национальные протоколы позволяют улучшить качество жизни большинства больных БА. Однако остается ряд пациентов, которым не удается достичь контроля заболевания, несмотря на применение самых современных и эффективных противоастматических препаратов. Изучение данной проблемы ведущими научными школами показало, что одной из причин плохого контроля астмы являются коморбидные состояния [1–3]. Последующий прогресс медицинской помощи этим наиболее сложным пациентам с БА, не отвечающим на стандартную терапию, связан с выявлением, диагностикой и разработкой методов лечения коморбидных состояний.

Среди коморбидных состояний БА многие нозологические формы уже достаточно хорошо изучены и разработаны подходы к эффективной терапии сочетанной патологии, в том числе в Украине, – примерами могут быть аллергический ринит и атопический дерматит. Однако на национальном уровне недостаточно внимания уделяется обсуждению вопросов психопатии как коморбидных состояний при БА. Поэтому целью статьи является обзор современной зарубежной литературы по данной проблеме.

Известно, что психические нарушения играют отрицательную роль в течение многих хронических заболеваний, в том числе и бронхиальной астмы. Б. Любан-

Плоцца (1997) определял астму как «соматический конечный пункт» разнообразных психических факторов [1]. В то же время, общепризнано, что БА – гетерогенное по своей природе заболевание. Таким образом, рассмотрение влияния психических нарушений, так называемых психопатий, на формирование, течение и прогноз БА является актуальным вопросом.

Среди психопатий, влияющих на течение БА, в литературе рассматривают:

- депрессию;
- тревожные расстройства и панические атаки;
- психологический стресс;
- синдром дефицита внимания и гиперактивности [2].

Депрессия, тревожные расстройства, панические атаки чаще встречаются у пациентов с астмой в сравнении с общей популяцией [2, 3]. Они оказывают существенное влияние на уровень контроля и катамнез БА, снижая степень выполнения пациентами лечебных мероприятий (прием медикаментов, соблюдение режима и т.д.). Депрессия, тревожные расстройства и панические атаки часто встречаются вместе у одного пациента [1–3].

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) депрессия распространена во всем мире – она наблюдается приблизительно у 350 миллионов человек. Депрессия приводит к значительным страданиям человека, снижает производительность труда на работе, в школе, нарушает отношения в семье, может быть причиной серьезных хронических заболеваний, особенно при затяжных и тяжелых формах. В худших случаях она приводит к самоубийству: по оценкам

экспертов ВОЗ, в мире ежегодно происходит 1 миллион случаев самоубийств, вызванных депрессией [1].

Согласно данным Национального института психического здоровья США депрессия является расстройством умственной деятельности с разнообразными причинами, включающими генетические, внешнесредовые, психологические и биохимические. Депрессия обычно начинается между 15 и 30 годами и более характерна для женщин.

Симптомы депрессии:

- отсутствие удовольствия от обычной жизнедеятельности;
- усталость;
- головная боль, боль без четкой локализации;
- плохое настроение, раздражительность длительное время;
- нарушение сна – уменьшение или увеличение его продолжительности;
- изменение аппетита, обычно приводящее к увеличению массы тела;
- отсутствие интереса или удовольствия от выполнения повседневной работы;
- чувство вины, негодности, ненависть к самому себе;
- ощущение безнадежности, пессимизма;
- затруднение концентрации внимания;
- замедленность движений или суетливость;
- повторяющиеся мысли о суициде [1].

Согласно Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) депрессия диагностируется на основании жалоб и анамнеза заболевания. Специфических лабораторных или инструментальных исследований для подтверждения диагноза не существует. Наличие у пациента симптомов депрессии на протяжении двух недель свидетельствует о заболевании [2].

Депрессия является общим осложнением всех хронических заболеваний – она отмечается у трети пациентов. Не является исключением и БА. По данным С. Sorgen (2008), около 20 % больных БА страдает депрессией, в большей мере ей подвержены пациенты, которые имеют ежедневные ограничения вследствие неконтролируемой астмы [2].

Пациенты с БА и депрессией менее склонны к приему назначенных медикаментов и выполнению индивидуальных программ по контролю заболевания. Это пренебрежение лечебными мероприятиями может приводить к ухудшению контроля БА, что, в свою очередь, приводит к усугублению депрессии и формирует порочный круг.

В мета-анализе Y. Lu (2012) установлено, что общая распространенность депрессии и тревожного расстройства у подростков с БА достоверно выше, чем у подростков без астмы. Влияние пола и тяжести БА на развитие данной психопатии выявлено не было [2].

Риск летального исхода у подростков с БА выше, и это не всегда напрямую связано с имеющимся у них заболеванием дыхательной системы. С. J. Куо (2010) провел популяционное исследование, включившее 162 766 подростков в возрасте от 11 до 16 лет. Установлено, что у пациентов с БА риск суицида был в два раза выше

по сравнению со здоровыми подростками (11 и 4,3 попыток суицида на 100 000 населения в год соответственно). Данное исследование показывает, что молодые люди, особенно с тяжелой астмой, требуют пристального медицинского наблюдения [2].

Дети школьного возраста с БА также склонны к развитию депрессии. Пропуски школьных занятий, невозможность играть с другими детьми, госпитализации из-за приступов астмы могут вызывать у детей чувство беспомощности, подавленности, собственной ненужности. Исследователями установлено, что больные БА имеют более низкий уровень самооценки, чувствуя себя виновными в своих приступах. Часто такие пациенты не стремятся добиться успеха в борьбе с болезнью, что влияет на степень контроля астмы и приводит к депрессии [14].

В детском возрасте симптомы депрессии те же, однако чем меньше ребенок – тем сложнее диагностика депрессии, потому что маленький ребенок не может выразить свои чувства словами и не осознает ощущения грусти, печали, уныния. Так, у детей младшего, дошкольного и дошкольного возраста симптомы депрессии могут быть выявлены по изменению поведения ребенка. Будут наблюдаться апатия, замкнутость, замедление или регрессия развития ребенка без органических причин. Для диагностики депрессии у детей такого возраста клиницисту необходимо досконально изучить анамнез родителей, взаимоотношения в семье, проконсультировать ребенка у специалиста.

Важным является психологическое состояние матери или человека, постоянно ухаживающего за ребенком (бабушки, няни). Наличие депрессии у матерей оказывает отрицательное влияние на способность к уходу за ребенком, на поведение и умственное развитие детей, увеличивает число обращений за медицинской помощью. У матерей пациентов с БА наблюдается более высокий уровень депрессии по сравнению с матерями здоровых детей,  $p < 0,01$  (A. Szabo'). Не было выявлено зависимости между уровнем образования матерей и наличием у них депрессии. Симптомы депрессии отмечаются у трети отцов детей с БА, при этом гендерные отличия не выявлены [2].

Для улучшения качества ведения детей с БА врачу следует периодически проводить скрининг на депрессию у матерей. При выявлении проблемы такие семьи нуждаются в дополнительной помощи специалистов [2].

Согласно данным ВОЗ легкую форму депрессии могут с уверенностью диагностировать и лечить работники первичной медико-санитарной помощи без лекарств, но при умеренной или тяжелой форме пациентам требуется медикаментозное лечение и психотерапия [2].

#### **Алгоритм профилактики и лечения депрессии у больных БА**

- Поддерживайте взаимоотношения с семьей и друзьями. Психологическая поддержка близких людей очень важна. Общение с ними поддерживает вашу активность и независимость, помогает справиться с ежедневной работой по дому, другими делами, поддерживает вас в выполнении лечебных мероприятий.

- Оставайтесь активными – уделяйте внимание ранее интересовавшим вас видам деятельности, различным хобби. Если таковых не имеется, найдите время для такого рода занятий.

- Будьте информированы. Изучите как можно больше информации о БА и депрессии. Знания могут влиять на состояние самоконтроля и помогут сделать выбор наиболее эффективного лечения. Попросите вашего врача предоставить необходимую информацию.

- Посещайте группы поддержки или астма-школы для общения с людьми с таким же заболеванием, как и у вас. Образовательные программы по БА могут существенно улучшить ваше физическое и психологическое состояние. При правильном применении медикаментов и изменениях образа жизни астма может полностью контролироваться, и вы можете вести привычный или с минимальными ограничениями образ жизни.

- Постройте надежную команду медиков. У вас должны быть лечащий врач, медсестра и другие медработники, которым вы полностью доверяете и с которыми вы чувствуете себя комфортно.

- Изучайте инструкции к вашим медикаментам для лечения БА. Некоторые бронходилататоры могут вызывать депрессию. Если это наблюдается – попросите вашего врача подобрать альтернативный медикамент.

- Изучите альтернативные методы терапии – акупунктуру, гимнастику, арт-терапию и др. Они часто оказываются эффективными в поддержании хорошего настроения.

- Не бойтесь просить о помощи. Люди, испытывающие депрессию, должны как можно быстрее получить помощь, чтобы сохранить свое психическое здоровье.

- Принимайте медикаменты против депрессии, если вам их назначил врач [14].

### Тревожные расстройства, панические атаки

Тревожные расстройства часто встречается у пациентов с БА. Они сочетаются с плохим контролем заболевания, увеличенным количеством использования бронходилататоров, низким качеством жизни пациентов, но не влияют на частоту госпитализаций и обращений за неотложной помощью. Эти данные получены при обследовании 794 взрослых пациентов с применением статистического анализа, исключающего влияние возраста, пола, курения и степени тяжести БА (K. L. Lavoie, 2011) [2].

Схожие результаты получены I. Urrutia (2012) – установлено, что тревожное расстройство и депрессия снижают степень контроля БА и ухудшают качество жизни пациентов [2].

J. M. Feldman и коллеги (2013) изучили влияние тревожного расстройства у 97 детей в возрасте 7–11 лет с БА и их матерей на показатели функции внешнего дыхания, самооценку этой функции и частоту использования медикаментов. Установлено, что симптомы тревожности у детей с БА сочетались с низкой самооценкой дыхательной функции и увеличенным числом использования препаратов для купирования приступа БА. Симптомы депрессии у детей сочетались с увеличенным риском использования медикаментов и не влияли

на самооценку функции дыхания. Дети, матери которых имели симптомы тревожности или депрессии, имели сниженные показатели функции внешнего дыхания, по сравнению с детьми матерей без психопатий [2].

### Психологический стресс

Частым коморбидным состоянием БА является психологический стресс. Его формированию способствует осознание невозможности полного излечения от БА. С другой стороны, психологические и биологические механизмы, лежащие в основе стресса, модулируют воспалительный процесс при БА и, таким образом, утяжеляют ее течение [2].

A. M. Yonas (2012) установил, что психологический стресс на индивидуальном, семейном и социальном уровнях увеличивает заболеваемость БА у детей, и это влияние сохраняется на протяжении всей жизни [3].

Представляет интерес крупное популяционное исследование, проведенное в Дании и Швеции (X. Liu, 2013). Гипотезой исследования предполагалось, что психологический стресс в раннем детском возрасте оказывает влияние на формирование и частоту обострений БА. В исследовании участвовало 5 202 576 детей. Наблюдение велось от рождения до даты первой госпитализации по поводу БА, эмиграции, смерти, или совершеннолетия – в зависимости от того, какое событие наступало первым. Все дети были отнесены к группе без психологического стресса, пока они не потеряли близкого родственника (мать, отца, родных брата или сестру), после чего включались в группу с психологическим стрессом. Установлено, что риск госпитализаций по поводу БА повышен у детей, которые потеряли близких родственников в возрасте 14–17 лет ( $p \leq 0,05$ ), но не у детей младшего возраста. Также этот риск не изменялся с течением времени после потери близких родственников.

Предложено две гипотезы для объяснения влияния психологического стресса на течение БА. Во-первых, дети старшего возраста могут воспринимать смерть близкого человека более тяжело вследствие сформированной личностной шкалы ценностей. Во-вторых, астма имеет разные фенотипы в зависимости от возраста, и астма «поздняя», как правило, – не атопическая, имеет более тяжелое течение, в ее патогенезе большее значение имеют неврологические и психические нарушения.

Также обнаружено, что дети, потерявшие близкого человека, были менее склонны к выполнению назначений врача, и не исключено, что повышенный риск госпитализации из-за БА является результатом недостаточного лечения. Установлено, что родственники, ухаживающие за ребенком, также испытывают стресс из-за смерти близкого человека и чувствуют себя неспособными к проведению мероприятий по контролю БА, что приводит к ухудшению состояния ребенка.

Психологический стресс приводит к увеличению инфекционных и системных заболеваний, модулируя функцию иммунных клеток путем воздействия на них через нервную и эндокринную системы [3]. Хронический психологический стресс может привести к резистентности к кортикостероидной терапии, возможно, путем воз-

действия на экспрессию или функции глюкокортико-стероидных рецепторов клеток.

I. Ohno (2010) в экспериментах на мышах установил, что психологический стресс приводит к увеличению частоты и тяжести обострений БА путем усиления воспаления в дыхательных путях с доминированием цитокинов Th<sub>2</sub>-профиля. Так, связывание опиоидных пептидов с их рецепторами ( $\mu$ - (мю),  $\delta$ - (дельта),  $\kappa$ - (каппа)) играет ключевую роль в изменении гомеостаза в ответ на психологический стресс. Гипоталамо-гипофизарно-адреналовая система в стрессовых условиях активируется при соединении опиоидных пептидов с  $\mu$ -рецепторами, в результате происходит выделение кортизола, который угнетает экспрессию Th<sub>1</sub>-цитокинов и сдвигает иммунный ответ к Th<sub>2</sub>-типу. Кроме того, установлено, что подавление отрицательных эмоций, так называемое «хорошее самообладание», также вызывает психологический стресс и одновременно усугубляет аллерген-индуцированное воспаление в дыхательных путях путем и экспрессию Th<sub>2</sub>-цитокинов через  $\mu$ -опиоидные рецепторы в ЦНС [3, 4].

В работах многих исследователей отмечается факт взаимосвязи различных психопатий между собой, когда наличие одного психического нарушения запускает другое, и вместе они приводят к соматической реализации психологических проблем [10, 15, 22].

В исследовании К. К. Murdock (2010) с участием 23 девочек и 22 мальчиков в возрасте от 7 до 12 лет со среднетяжелой и тяжелой БА из Бостона (США) установлено, что повышенный астма-ассоциированный психологический стресс достоверно сочетается с повышенной тревожностью [3].

G. M. Slavich, M. R. Irwin (2014) выдвинули многоуровневую гипотезу развития депрессии в результате воздействия психологического стресса путем нервных, физиологических и генетических механизмов. Центральным звеном этой теории является активация психологическим стрессом компонентов иммунной системы, участвующих в воспалении. Провоспалительные цитокины «ответственны» не только за воспаление, но и могут вызывать грусть, ангедонию (равнодушие к радостям жизни), усталость, психомоторную заторможенность и социально-поведенческую изоляцию. Эта адаптивная биологическая реакция является необходимой для выживания организма при угрозе жизни, физических травмах, но она также может быть активирована под воздействием современных социальных условных или воображаемых угроз, приводя к формированию провоспалительного фенотипа иммунного ответа организма, что и играет ключевую роль как в формировании БА, так и в развитии депрессии [4].

#### **Синдром дефицита внимания и гиперактивности**

Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) – хроническое расстройство, заключается в трудностях концентрации внимания; включает поведенческие расстройства, такие как гиперактивность, беспокойство, импульсивность [4].

СДВГ – неврологическо-поведенческое расстройство развития, начинающееся в детском возрасте, проявляющееся такими симптомами, как трудности концентрации внимания, гиперактивность и плохо управляемая импульсивность [4].

Распространенность СДВГ у детей составляет 2–12 %, у взрослых – 3–5 %. У многих детей с СДВГ сохраняются симптомы заболевания и во взрослом возрасте, что вызывает трудности в получении образования, трудоустройстве и социальной адаптации. СДВГ часто сочетается с другими психопатиями – депрессией и расстройством настроения [4–7].

M. H. Chen и коллеги (2013) провели на Тайване общенациональное популяционное проспективное когортное случай–контроль исследование по изучению коморбидности СДВГ и БА с участием 2294 детей с БА и 9176 детей без БА в возрасте 0–3 года. При статистической обработке результатов после устранения влияния возраста, пола, уровня урбанизации, сопутствующих атопических заболеваний (ринита и дерматита) было установлено, что дети с БА имели достоверно более высокий риск развития СДВГ по сравнению со сверстниками без БА (7 % и 4,6 % соответственно;  $p < 0,001$ ) [4].

J. D. Tsai и соавторы (2013) изучили общую базу данных страховых случаев с 2002 по 2009 гг. Отобрано 4692 ребенка с СДВГ и 18 768 случайно отобранных детей (группа контроля). Установлено, что дети с СДВГ имели достоверно более высокую частоту атопических заболеваний (аллергического ринита, конъюнктивита, БА и экземы). С помощью логистического регрессионного анализа выявлено, что дети из крупных городов имеют более высокий риск развития СДВГ. Риск развития СДВГ увеличивался с увеличением количества атопических заболеваний и возраста пациента [36].

O. Fasmer и коллеги (2011) на основании Норвежской базы данных назначений лекарственных средств за 2006 год изучили, как часто одному и тому же пациенту назначаются медикаменты для лечения БА и СДВГ. Установлено увеличение риска на 65 % последующего назначения медикаментов для лечения СДВГ, если пациент получал лечение БА, особенно у лиц женского пола. Наиболее сильные корреляционные связи обнаружены у женщин 20–49 лет и у мужчин 30–49 лет [4].

Таким образом, психопатии являются частыми коморбидными состояниями БА и утяжеляют ее течение и прогноз. Проведение когнитивно-поведенческой терапии улучшает качество жизни пациентов с БА [4], но ее механизмы, особенно у детей, остаются до конца не изученными, а ее эффекты – вариabельными [4, 5].

При ведении пациентов с БА необходимо учитывать высокую вероятность психопатий. Не потеряли актуальность слова великого терапевта М. Я. Мудрова (1825) о реальной клинической практике: «Я намерен сообщить вам новую истину, которой многие не поверят, и которую, может быть, не все из вас постигнут... Врачевание не состоит в лечении болезни... Врачевание состоит в лечении самого больного».

## Список літератури

1. *Burden of comorbidity in individuals with asthma* [Text] / Gershon A. S. [et al.] // *Thorax*. – 2009. – Vol. 65. – P. 612–618.
2. *Influence of comorbid conditions on asthma* [Text] / Boulet L. P. // *Eur. Respir. J.* – 2009. – Vol. 33. – P. 897–906.
3. *Global Initiative for Asthma (GINA). Global Strategy for Asthma Management and Prevention*. 2009. – doi: 10.1016/b978-0-323-05659-5.00103-0.
4. *Психосоматичний хворий на прийомі у лікаря* [Текст] / Любан-Площа Б. [та ін.]. – К.: Адеф-Україна, 1997. – 328 с.
5. *Severe asthma in adults: what are the important questions?* [Text] / Chanez P. [et al.] // *J. Allergy Clin. Immunol.* – 2007. – Vol. 119. – P. 1337–1348.
6. *What is worse for asthma control and quality of life: depressive disorders, anxiety disorders, or both?* [Text] / Lavoie K. L. [et al.] // *Chest*. – 2006. – Vol. 130. – P. 1039–1047.
7. *Psychiatric disorders and asthma outcomes among high-risk inner-city patients* [Text] / Feldman J. M. [et al.] // *Psychosom. Med.* – 2005. – Vol. 67. – P. 989–996.
8. *Psychosocial factors and asthma in a community sample of older adults* [Text] / Wainwright N. W. [et al.] // *J. Psychosom. Res.* – 2007. – Vol. 62. – P. 357–361.
9. *Risk factors for accident and emergency (A&E) attendance for asthma in inner city children* [Text] / Forbes L. [et al.] // *Thorax*. – 2007. – Vol. 62. – P. 855–860.
10. *Evaluation of psychological status in patients with asthma and COPD* [Text] / Asnaashari A. M. [et al.] // *Iran J. Allergy Asthma Immunol.* – 2012. – Vol. 11. – P. 65–71.
11. *Депресія*. ВООЗ. Інформаційний бюлетень № 369 [Електронний ресурс]. Октябрь 2012 г. – Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/ru/index.html>.
12. *A service of the U.S. National Library of Medicine. National Institutes of Health*. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/depression.html> [Electronic resource].
13. *Major Depressive Disorder* [Electronic resource] / Schimelpfening N. // Updated October 18, 2012. – <http://depression.about.com/cs/diagnosis/a/mdd.htm>.
14. *Asthma and Depression* [Electronic resource] / Sorgen C. – <http://asthma.about.com/lw/Health-Medicine/Conditions-and-diseases/Asthma-and-Depression.htm>.
15. *Prevalence of anxiety and depressive symptoms in adolescents with asthma: a meta-analysis and meta-regression* [Text] / Lu Y. [et al.] // *Pediatr. Allergy Immunol.* – 2012. – Vol. 23. – P. 707–715.
16. *Asthma and suicide mortality in young people: a 12-year follow-up study* [Text] / Kuo C. [et al.] // *Am. J. Psychiatry*. – 2010. – Vol. 167 (9). – P. 1092–1099.
17. *Depressive symptoms amongst asthmatic children's caregivers* [Text] / Szabo A. [et al.] // *Pediatr. Allergy Immunol.* – 2010. – Vol. 21 (4 Pt 2).
18. *The impact of maternal depression on children with asthma* [Text] / Pak L. [et al.] // *Pediatr. Nurs.* – 2012. – Vol. 38 (1). – P. 11–9.
19. *Психическое здоровье. Рекомендации ВОЗ по психическому здоровью. Депресія* [Електронний ресурс]. – [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/ru/index.html](http://www.who.int/mental_health/management/depression/ru/index.html)
20. *Association between generalized anxiety disorder and asthma morbidity* [Text] / Lavoie K. [et al.] // *Psychosom. Med.* – 2011. – Vol. 73 (6). – P. 504–513.
21. *Impact of anxiety and depression on disease control and quality of life in asthma patients* [Text] / Urrutia I. [et al.] // *J. Asthma*. – 2012. – Vol. 49 (2). – P. 201–208.
22. *Perception of Pulmonary Function and Asthma Control: The Differential Role of Child Versus Caregiver Anxiety and Depression* [Text] / Feldman J. [et al.] // *J. Pediatr. Psychol.* – 2013. – Vol. 19. – P. 1091–1100.
23. *Asthma and mental health among youth: etiology, current knowledge and future directions* [Text] / Goodwin R. [et al.] // *Expert Rev. Respir. Med.* – 2012. – Vol. 6 (4). – P. 397–406.
24. *Psychosocial stress and asthma morbidity* [Text] / Yonas M. [et al.] // *Curr. Opin. Allergy Clin. Immunol.* – 2012. – Vol. 12 (2). – P. 202–210.
25. *Social stress and asthma: the role of corticosteroid insensitivity* [Text] / Haczku A. [et al.] // *J. Allergy Clin. Immunol.* – 2010. – Vol. 125. – P. 550–558.
26. *Bronchial asthma and psychological stress* [Text] / Ohno I. // *Rinsho Byori*. – 2010. – Vol. 58 (3). – P. 292–299.
27. *Psychological stress and hospitalization for childhood asthma - a nationwide cohort study in two Nordic countries* [Text] / Liu X. [et al.] // *PLoS One*. – 2013. – Vol. 25; 8 (10).
28. *The Puzzle of Problem-Solving Efficacy: Understanding Anxiety Among Urban Children Coping with Asthma-Related and Life Stress* [Text] / Murdock K. [et al.] // *Anxiety Stress Coping*. – 2010. – Vol. 23 (4). – P. 383–398.
29. *From Stress to Inflammation and Major Depressive Disorder: A Social Signal Transduction Theory of Depression* [Text] / Slavich G. [et al.] // *Psychol. Bull.* – 2014. – Vol. 13.
30. *Attention-deficit hyperactivity disorder* [Text] / Barkley R. // *A handbook for diagnosis and treatment*. – NY: The Guilford Press; 2006.
31. *Developmental and behavioral comorbidities of asthma in children* [Text] / Blackman J. // *J. Dev. Behav. Pediatr.* – 2007. – Vol. 28. – P. 92–99.
32. *Association between atopic diseases and attention-deficit/hyperactivity disorder in childhood: a population-based case-control study* [Text] / Tsai J. [et al.] // *Ann. Epidemiol.* – 2013. – Vol. 23 (4). – P. 185–188.
33. *Adult attention deficit hyperactivity disorder is associated with asthma* [Text] / Fasmer O. [et al.] // *BMC Psychiatry*. – 2011. – Vol. 11. – P. 128.
34. *ADHD as a (non) allergic hypersensitivity disorder: A hypothesis* [Text] / Pelsser L. [et al.] // *Pediatr. Allergy Immunol.* – 2009. – Vol. 20. – P. 107–112.
35. *Asthma and attention-deficit/hyperactivity disorder: a nationwide population-based prospective cohort study* [Text] / Chen M. [et al.] // *J. Child Psychol. Psychiatry*. – 2013. – Vol. 54 (11). – P. 1208–1214.
36. *Comorbidity of asthma with ADHD* [Text] / Fasmer O. [et al.] // *J. Atten. Disord.* – 2011. – Vol. 15 (7). – P. 564–571.
37. *Psychological interventions for adults with asthma: a systematic review* [Text] / Yorke J. [et al.] // *Respir. Med.* – 2007. – Vol. 101. – P. 1–14.
38. *Psychological treatment of comorbid asthma and panic disorder: a pilot study* [Text] / Lehrer P. [et al.] // *J. Anxiety Disord.* – 2008. – Vol. 22. – P. 671–683.
39. *A systematic review of psychological interventions for children with asthma* [Text] / Yorke J. [et al.] // *Pediatr. Pulmonol.* – 2007. – Vol. 42. – P. 114–124.

ПСИХОПАТІЯ ЯК КОМОРБІДНІ СТАНИ  
БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

В. А. Клименко, А. С. Сивопляс-Романова

## Резюме

Проведено аналіз сучасної англомовної літератури, яка присвячена дослідженням взаємозв'язку бронхіальної астми (БА) та таких психопатій, як депресія, тривожні розлади, панічні атаки, психологічний стрес, синдром дефіциту уваги та гіперактивності. Наведено результати досліджень щодо поширеності психопатій серед хворих на БА, механізми їх впливу на перебіг захворювання, заходи щодо діагностики та лікування психопатій.

**Ключові слова:** бронхіальна астма, коморбідні стани, психопатія.

*Науково-практичний журнал «Астма та алергія», 2014, № 4*

*В. А. Клименко*

*д-р мед. наук, доцент,*

*завідувач кафедри пропедевтики педіатрії № 2*

*Харківського національного медичного університету*

*61022, Україна, м. Харків, пр. Леніна, 4*

*тел.: +38(057)338-20-69*

*e-mail: klim-64@mail.ru*

PSYCHOPATHOLOGIES  
AS ASTHMA-RELATED COMORBIDITIES

V. A. Klymenko, H. S. Syvoplyas-Romanova

## Summary

The analysis of modern English literature is made. The literature is deal with comorbidity of bronchial asthma and psychopathologies as depression, anxiety, panic attacks, psychological stress, attention difficulty syndrome and hyperreactivity. It was shown the results of investigations of psychopathologies prevalence among patients with bronchial asthma, mechanisms of their influence on asthma, methods for diagnostic and treatment of psychopathologies in patients with asthma.

**Key words:** bronchial asthma, comorbidities, psychopathologies.

*Theoretical and practical J. «Asthma and Allergy», 2014, 4*

*V. A. Klymenko*

*phD, The Head of the Propedeutics of Paediatrics*

*Department №2 Kharkiv National Medical University*

*61022, Ukraine, Kharkiv, Lenin ave., 4*

*tel.: +38(057)338-20-69*

*e-mail: klim-64@mail.ru*