

Случай неконтролируемого течения бронхиальной астмы на фоне генерализованного тревожного расстройства

RAR — научная статья

<https://doi.org/10.53529/2500-1175-2025-4-74-83>

УДК 616.248-053.2-07

Дата поступления: 08.08.2025

Дата принятия: 27.09.2025

Дата публикации: 20.12.2025

**Файзуллина Р. М.¹, Самигуллина Н. В.^{1,2}, Викторов В. В.¹, Гафурова Р. Р.¹**¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения, Республика Башкортостан, 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3, Россия² Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан «Больница скорой медицинской помощи» Министерства здравоохранения Республики Башкортостан, Республика Башкортостан, 450092, г. Уфа, ул. Батырская, 39/2, Россия**Файзуллина Резеда Мансафовна** — д. м. н., профессор кафедры факультетской педиатрии и неонатологии ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, eLIBRARY.RU SPIN: 6706-3639, ORCID ID: 0000-0002-9001-1437, e-mail: fayzullina@yandex.ru.**Самигуллина Наталья Владимировна** — к. м. н., доцент кафедры факультетской педиатрии и неонатологии ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, eLIBRARY.RU SPIN: 7643-3619, ORCID ID: 0000-0003-3415-0595, e-mail: samigullinanw@gmail.com.**Викторов Виталий Васильевич** — д. м. н., заведующий кафедрой факультетской педиатрии и неонатологии ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, eLIBRARY.RU SPIN: 4044-4161, ORCID ID: 0000-0001-5260-2319, e-mail: surgped@mail.ru.**Гафурова Рита Ринатовна** — к. м. н., доцент кафедры факультетской педиатрии и неонатологии ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, eLIBRARY.RU SPIN: 3334-7890, ORCID ID: 0000-0001-9077-9780, e-mail: rita.gafurova2017@yandex.ru.**Аннотация****Введение.** Бронхиальная астма (БА) — наиболее распространенное хроническое заболевание органов дыхания у детей, оказывающее существенное влияние на качество жизни ребенка и его семьи. На формирование БА оказывают влияние как внутренние, так и внешние факторы риска. Актуальной проблемой остается коморбидность БА, что нередко является причиной тяжелого, неконтролируемого течения. В настоящее время активно изучаются психосоматические и психопатологические расстройства у больных с тяжелыми проявлениями БА.**Изложение клинического случая.** Нами представлен клинический случай неконтролируемого течения БА у подростка 17 лет, госпитализированного в педиатрическое отделение. Проведено комплексное клиничко-лабораторное обследование, позволившее подтвердить диагноз, уточнить спектр сенсibilизации, разработать элиминационные мероприятия и подобрать адекватную базисную терапию. Несмотря на проводимое лечение и комплаенс со стороны пациента и его семьи, достичь полного контроля БА не удалось. Учитывая жалобы подростка на нарушение сна, трудности засыпания, одышки на фоне эмоционального напряжения, выраженной вегетативной симптоматики, было принято решение о необходимости консультации психиатра, психотерапевта. В результате дополнительного обследования был установлен диагноз «Генерализованное тревожное расстройство» и назначена терапия антидепрессантами, что позволило достичь значительного клинического улучшения и контроля БА.**Заключение.** В данном клиническом примере показана роль психоэмоциональных синдромов как фактора неконтролируемого течения БА.**Ключевые слова:** бронхиальная астма, дети, коморбидность, тревожное расстройство**Конфликт интересов**

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Для цитирования: Файзуллина Р. М., Самигуллина Н. В., Викторов В. В., Гафурова Р. Р. Случай неконтролируемого течения бронхиальной астмы на фоне генерализованного тревожного расстройства. *Аллергология и иммунология в педиатрии*. 2025; 23 (4): 74–83. <https://doi.org/10.53529/2500-1175-2025-4-74-83>**Для корреспонденции:**

Самигуллина Наталья Владимировна, к. м. н., доцент кафедры факультетской педиатрии и неонатологии ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России.

Адрес: 450092, Российская Федерация, г. Уфа, ул. Батырская, д. 39/2, Россия.

E-mail: samigullinanw@gmail.com.

For correspondence:

Natalia V. Samigullina, Cand. Sci., Associate professor of the Department of Faculty Pediatrics and Neonatology of Bashkir State Medical University of the Ministry of Health of Russia.

Address: 39/2, Batyrskaya Str., Ufa, 450092, Russia.

E-mail: samigullinanw@gmail.com.

A case of uncontrolled bronchial asthma with generalized anxiety disorder

<https://doi.org/10.53529/2500-1175-2025-4-74-83>

Date of receipt: 08.08.2025

Date of acceptance: 27.09.2025

Date of publication: 20.12.2025

Rezeda M. Fayzullina¹, Natalia V. Samigullina^{1,2}, Vitaly V. Viktorov¹, Rita R. Gafurova¹

¹ Bashkir State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, 3 Lenin Str., Ufa, 450008, Russia

² State Budgetary Institution of Healthcare of the Republic of Bashkortostan Clinical Emergency Hospital of Ufa, 39/2 Batyrskaya Str., Ufa, 450092, Russia

Rezeda Mansafovna Fayzullina — Dr. Sci., Professor of the Department of Faculty Pediatrics and Neonatology of Bashkir State Medical University of the Ministry of Health of Russia, eLIBRARY.RU SPIN: 6706-3639, ORCID ID: 0000-0002-9001-1437, e-mail: fayzullina@yandex.ru.

Natalia Vladimirovna Samigullina — Cand. Sci., Associate professor of the Department of Faculty Pediatrics and Neonatology of Bashkir State Medical University of the Ministry of Health of Russia, eLIBRARY.RU SPIN: 7643-3619, ORCID ID: 0000-0003-3415-0595, e-mail: samigullinanw@gmail.com.

Vitaly Vasilyevich Viktorov — Doc. Sci., Professor, Head of the Department of Faculty Pediatrics and Neonatology of Bashkir State Medical University of the Ministry of Health of Russia, eLIBRARY.RU SPIN: 4044-4161, ORCID ID: 0000-0001-5260-2319, e-mail: surgped@mail.ru.

Rita Rinatovna Gafurova — Cand. Sci., Associate professor of the Department of Faculty Pediatrics and Neonatology of Bashkir State Medical University of the Ministry of Health of Russia, eLIBRARY.RU SPIN: 3334-7890, ORCID ID: 0000-0001-9077-9780, e-mail: rita.gafurova2017@yandex.ru.

Abstract

Introduction. Bronchial asthma (BA) is the most common chronic respiratory disease in children, exerting a significant impact on the quality of life of both the child and the family. The development of BA is influenced by both internal and external risk factors. Comorbidity remains a pressing issue in BA, frequently contributing to severe and uncontrolled disease courses. Currently, psychosomatic and psychopathological disorders in patients with severe manifestations of BA are being actively studied.

Presentation of the clinical case. We present a clinical case of uncontrolled BA in a 17-year-old adolescent hospitalized in the pediatric department. A comprehensive clinical and laboratory examination was performed, which confirmed the diagnosis, clarified the sensitization profile, allowed the development of elimination measures, and facilitated the selection of adequate controller therapy. Despite ongoing treatment and adherence on the part of the patient and his family, full control of BA could not be achieved. Given the patient's complaints of sleep disturbances, difficulty falling asleep, shortness of breath associated with emotional stress, and pronounced vegetative symptoms, a psychiatric and psychotherapeutic consultation was deemed necessary. As a result of additional evaluation, a diagnosis of Generalized Anxiety Disorder was established, and antidepressant therapy was initiated, which led to significant clinical improvement and asthma control.

Conclusion. This clinical case illustrates the role of psycho-emotional disorders as a factor contributing to the uncontrolled course of BA.

Keywords: bronchial asthma, children, comorbidity, anxiety disorder

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

For citation: Fayzullina R. M., Samigullina N. V., Viktorov V. V., Gafurova R. R. A case of uncontrolled bronchial asthma with generalized anxiety disorder. *Allergology and Immunology in Pediatrics*. 2025; 23 (4): 74–83. <https://doi.org/10.53529/2500-1175-2025-4-74-83>

ВВЕДЕНИЕ

Бронхиальная астма (БА) на сегодняшний день остается самым распространенным хроническим заболеванием органов дыхания у детей [1, 2]. Неконтролируемое течение БА обуславливает значительное влияние на качество жизни пациентов и их семей, частые обращения за медицинской помощью, инвалидизацию, ограничения в выборе будущей профессии [3]. Доказано, что БА является мультифакториальным заболеванием, и на ее формирование оказывают влияние как факторы внешней среды (курение, аэрополлютанты, ан-

тигенная нагрузка), так и внутренние конституциональные и личностные особенности человека (генетические, иммунологические, психологические) [4]. Актуальной проблемой остается коморбидность БА, что нередко является причиной тяжелого, неконтролируемого течения [1, 4]. Коморбидность, т. е. наличие у пациента двух и более патологических процессов, сочетания у одного больного двух и (или) более хронических заболеваний, патогенетически взаимосвязанных между собой (при безусловном понимании разнообразия вариантов этих связей) [5].

Рядом ученых была изучена роль нервно-психических факторов в патогенезе БА [6, 7]. Доказано, что наличие психопатологических проявлений в клинической картине может существенно отягощать течение заболевания, нарушать формирование комплаенса с больным, снижать качество жизни, приводить к прогрессированию заболевания [8, 9].

Внедрение современных стандартов в лечение больных БА, основанных на результатах доказательной медицины, позволило добиваться у большинства больных контроля над симптомами заболевания, снижать модифицируемые факторы риска его обострения [1, 4]. Вместе с тем у части больных БА стандартные подходы к лечению не позволяют достигнуть желаемых результатов, что побуждает исследователей к поиску новых механизмов, лежащих в основе формирования эндотипов данного заболевания и многообразных клинических фенотипов для разработки новых подходов к персонализированной терапии БА [1, 3, 10].

Многими исследователями подчеркивается значительная роль психосоматических факторов в патогенезе БА [11, 12], поскольку они сопровождаются закономерными сдвигами иммунологического гомеостаза в направлении нарушения иммунологической реактивности на антигены и повышения активности аутоиммунных процессов. Как и другие хронические соматические заболевания, БА нередко оказывается коморбидной с тревожно-депрессивными состояниями [6, 7, 9].

Взаимосвязь бронхиальной астмы и расстройств тревожно-депрессивного спектра является очевидным клиническим фактом, что побуждает исследователей и врачей-клиницистов в очередной раз попытаться решить проблему коморбидности, соответственно, выявить наиболее доступное терапевтической коррекции звено в этой цепи. По своим патогенетическим механизмам бронхиальная астма в современной литературе рассматривается как многофакторное заболевание, включающее сложное взаимодействие респираторной, нервной, эндокринной и иммунной систем; в той или иной форме уже первые астматические приступы сопровождаются тревожными реакциями [13].

В ходе исследования полногеномных ассоциаций (GWAS) были выявлены общие патогенетические связи между бронхиальной астмой и тревожными расстройствами, а также депрессией.

Перекрестный метаанализ обнаружил один локус, который совместно ассоциирован с астмой и тревожными расстройствами. Найденные варианты отвечают за регуляцию экспрессии генов в тканях, относящихся к экзокринной, эндокринной, пищеварительной, дыхательной, кроветворной и иммунной системам [14]. Кроме того, тревожные расстройства ассоциируются со снижением функциональной активности иммунной системы, с уменьшением активации натуральных киллеров и пролиферации лимфоцитов [7].

Согласно эпидемиологическим исследованиям, распространенность тревожных расстройств среди больных бронхиальной астмой значительно выше, чем в общей популяции [1, 7, 13].

Бронхиальная астма может служить примером неоднозначного соотношения соматопсихического и психосоматического контекста заболевания с трудностями выделения первичной патогенной сущности заболевания. С определенной долей условности соматогенные механизмы можно признать первичными, учитывая формирование заболевания с раннего возраста. Присоединение тревожного реагирования, сопровождающего нарушения дыхания, можно считать коморбидным явлением. Дальнейшее течение заболевания соответствует закономерностям психосоматической патологии [15].

Одним из возможных вариантов данных коморбидных взаимоотношений является развитие соматогенных психических расстройств у больных с тяжелыми проявлениями БА с выраженными признаками дыхательной недостаточности, гипоксемией и гиперкапнией. Синдромальное оформление коморбидных тревожно-депрессивных расстройств в некоторой мере зависит от особенностей клинических проявлений БА [16, 17]. Формирование стойких нарушений функции внешнего дыхания пациентов с неконтролируемой БА способствует оформлению тревожной симптоматики преимущественно в виде генерализованной тревоги [7, 18].

Психопатологические проявления при БА представлены, прежде всего, расстройством аффективного спектра, психовегетативными нарушениями, тревожными расстройствами, по мере прогрессирования заболевания возникновением депрессии с формированием когнитивных и поведенческих расстройств. Доминирующее тревожное расстройство, ожидание приступа удушья,

влечет за собой нарушение вегетативной регуляции, преимущественно симпатикотонического типа, что, в свою очередь, усугубляет синдром дыхательных нарушений и течение заболевания в целом. Учитывая взаимосвязь иммунных, гормональных и нервных процессов в организме, логично предположить, что в развитии хронического воспалительного компонента при БА принимают участие и психовегетативные нарушения [1, 6, 16].

На основании литературных данных наличие тревожных расстройств у пациентов, страдающих БА, зачастую приобретает доминирующий характер [6, 8]. В свою очередь, это влечет за собой дисфункцию вегетативной регуляции с преобладанием в эфферентном звене симпатикотонического типа. Ко всему прочему, пациенты с неконтролируемым течением БА и коморбидным тревожным расстройством склонны к многократному использованию бронхолитиков короткого действия с целью купирования симптомов [6, 9, 17]. Эмоциональное напряжение приводит к изменениям во многих системах организма, в том числе иммунной: повышается чувствительность к вирусным и бактериальным инфекциям, что выражается в снижении функциональной активности клеток, снижением активации и пролиферации в ответ на антигенную стимуляцию [7, 20].

Целью настоящей работы является представление клинического случая у подростка Ф., 17 лет, наблюдавшегося с БА, неконтролируемого течения на фоне генерализованного тревожного расстройства.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Мальчик поступил в педиатрическое отделение с жалобами на эпизоды одышки, сухого кашля и свистящего дыхания.

Из анамнеза жизни известно, что ребенок родился от 1-й беременности, протекавшей на фоне гестационной анемии и угрозы прерывания в 1-м триместре. Роды своевременные, проведены путем кесарева сечения по причине слабости родовой деятельности, обвития пуповиной шеи плода. Оценка по шкале Апгар — 6/9 баллов; асфиксия при родах по причине тугого обвития. Раннее психомоторное и физическое развитие ребенка протекало без особенностей; острые респираторные вирусные инфекции — 3–4 раза в год; однократно был госпитализирован по поводу острого стенозирующего ларинготрахеита. Из перенесенных инфекцион-

ных заболеваний — ветряная оспа в возрасте 4 лет. Семейный анамнез по соматической патологии неотягощен. Аллергологический анамнез отягощен: со стороны матери — непереносимость цитрусовых, поллиноз; со стороны отца — непереносимость антибиотиков пенициллинового ряда.

В анамнезе заболевания с 7-летнего возраста отмечались проявления поллиноза в форме ринokonъюнктивита, обусловленные сенсibilизацией к пыльцевым аллергенам деревьев и трав. С 10 лет появились эпизоды свистящего дыхания, сухого приступообразного кашля и затрудненного дыхания; в этот период была диагностирована БА с расширением спектра сенсibilизации — к пыльцевым (береза, ольха, ежа, лебеда, мятлик, тимopheевка, костер) и бытовым (домашняя пыль, клещи домашней пыли) аллергенам. Приступы возникали преимущественно в сезон цветения причинно-значимых растений, в запыленных помещениях и при интенсивной физической нагрузке. Получал базисную терапию (сальметерол 25 мкг + флутиказона пропионат 125 мкг) в течение 3 месяцев, на фоне которой частота и выраженность приступов значительно снизились; они протекали в более легкой клинической форме и купировались самостоятельно или после приема ингаляционных бронхолитиков. Аллерген-специфическая терапия не проводилась по причине информированного отказа родителей от данного вида лечения. В течение последующих 2 лет обострений БА, требующих медицинской помощи, не наблюдалось. В 13 лет отмечался приступ одышки при контакте с кошкой, который был купирован применением бронхолитика; потребовался вызов бригады скорой медицинской помощи и последующая госпитализация для стационарного лечения. В последующем отмечались ежегодные обострения ринokonъюнктивита в весенне-летний период, а также при контакте с кошками и пребывании в пыльных помещениях. Следующий эпизод одышки отмечался в 15-летнем возрасте, возникший в мае при выезде на природу. Прием антигистаминных препаратов и бронхолитиков оказал недостаточный эффект; потребовался вызов бригады скорой медицинской помощи, мальчик был госпитализирован в стационар. После выписки состояние пациента оставалось стабильным. Через 2 месяца на фоне вирусной инфекции вновь возник эпизод затрудненного дыхания, который частично купировался после ингаляции

сальбутамола; лечение обострения проводилось в амбулаторных условиях. Через 1,5 месяца после начала учебного года после уроков появился сухой кашель, ночью развилась одышка. Состояние потребовало госпитализации в стационар. Подросток описывал свое состояние как напряженное, отмечал повышенные нагрузки в школе, связанные с подготовкой к экзаменам после 9 класса. После выписки были даны рекомендации по базисной терапии: будесонид 160 мкг+ формотерол 4,5 мкг по 1 вдоху 2 раза в сутки на 3 месяца с возможностью дополнительного использования в режиме единого ингалятора по потребности. Также была рекомендована ежедневная пикфлоуметрия для мониторинга функции внешнего дыхания. На фоне проводимого лечения состояние было стабильным, дважды отмечалось возникновение ночных симптомов и небольшое ограничение физической активности. На контрольных приемах у аллерголога-иммунолога мальчик признался, что периодически забывает выполнять ингаляции; по данным счетчика доз комплаентность терапии составила 85 %. Показатели пикфлоуметрии в среднем достигали 75–80 % от нормы, суточная вариабельность пиковой скорости выдоха (ПСВ) составляла в среднем 18 %.

По истечении 3 месяцев лечения дневные и ночные симптомы БА не отмечались, физические нагрузки переносились удовлетворительно. Аллергологом-иммунологом была отменена базисная терапия и рекомендовано соблюдение элиминационного режима с использованием комбинации будесонид 160 мкг + формотерол 4,5 мкг по потребности. Через 2 месяца вновь отмечено ухудшение состояния: возник приступ одышки без установленного триггерного фактора, потребовавший госпитализации. После выписки было рекомендовано ежедневное использование комбинации будесонид 160 мкг + формотерол 4,5 мкг по одному вдоху 2 раза в сутки с возможностью дополнительного применения по потребности в режиме единого ингалятора. В период лечения сохранялись дневные и ночные симптомы, легкое ограничение физической активности. При этом пациент и его семья демонстрировали высокую комплаентность лечению, однако симптомы беспокоили в среднем 1–2 раза в две недели.

По словам родителей, приступы протекали однотипно и сопровождалась выраженной вегетативной симптоматикой: тремором рук, одышкой,

сердцебиением, потливостью ладоней, головокружением и чувством страха. После использования ингалятора в течение 10 минут наступало улучшение и симптомы проходили. Несмотря на адекватный уровень комплаентности, сохранялись приступы одышки и клинические проявления со стороны вегетативной нервной системы. Родители также отмечали у подростка нарушение сна, снижение аппетита, склонность к негативным мыслям, тревожность, страх смерти и снижение успеваемости, что расценивалось ими как следствие основного заболевания.

Учитывая неэффективность амбулаторной терапии, а также для рассмотрения возможности назначения биологической терапии, мальчик был направлен на стационарное обследование и лечение.

Объективный статус при поступлении: общее состояние — средней тяжести. Сознание ясное, положение активное. Кожные покровы физиологической окраски, чистые. Слизистые розовой окраски, чистые, влажные. Температура тела — 36,5 °C. Подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно во всех отделах, тургор сохранен. Лимфатические узлы во всех группах не увеличены. Костно-мышечная система без видимой патологии. Носовое дыхание свободное. Голос звонкий. Грудная клетка цилиндрической формы, умеренной эластичности. Перкуторно коробочный оттенок легочного звука над симметричными участками. Аускультативно дыхание ослаблено, проводится во все отделы, с обеих сторон выслушиваются сухие свистящие хрипы. Отмечается умеренная экспираторная одышка. ЧДД — 18 в минуту. SpO₂ — 93 %. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС — 74 удара в минуту. Пульс правильный, удовлетворительного наполнения. АД — 112/76 мм рт. ст. Живот правильной формы, участвует в акте дыхания. При пальпации не напряжен, доступен пальпации во всех отделах. Пальпируется край печени, эластичный, безболезненный, по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул ежедневный, оформленный. Мочеиспускание свободное, безболезненное, моча светло-желтая.

В период стационарного лечения было проведено комплексное лабораторно-инструментальное обследование для ревизии/подтверждения аллергической патологии и проведения дифференциальной диагностики.

В общем анализе крови отмечалась умеренная относительная и абсолютная эозинофилия (5,6 % и 1,2 тыс./мкл соответственно). Показатели биохимического анализа крови и общего анализа мочи находились в пределах референсных значений. Общий иммуноглобулин Е (IgE) — 752 МЕ/мл. При определении специфических I установлена высокая реактивность к перхоти кошки, пыльце березы, ольхи, тимopheевки, ежи сборной и мятлики; выявлена средняя реактивность к бытовым аллергенам (домашняя пыль, клещи домашней пыли). Показатели иммунограммы в пределах референсных значений. Гормональный профиль щитовидной железы (ТЗ, Т4, ТТГ) — показатели в пределах референсных значений.

По данным спирографии: ОФВ₁ — 84 %, ФЖЁЛ — 87 %, индекс Тиффно — 57 %, проба с бронхолитиком положительная (прирост показателя составил 14 %). Пикфлоуметрия — 81 % от должного значения с суточной вариабельностью — 17 %. Компьютерная томография органов грудной клетки — без очагово-инфильтративных изменений. ЭКГ — вариант возрастной нормы.

Пациент был консультирован пульмонологом, фтизиатром, генетиком и неврологом — сопутствующая патология исключена.

На этапе диагностического поиска была проведена оценка правильности техники ингаляционной терапии и анализ модифицируемых факторов риска.

Учитывая жалобы подростка на нарушение сна, трудности засыпания, одышки на фоне эмоционального напряжения и выраженную вегетативную симптоматику принято решение о проведении консультации психиатра и психотерапевта (с согласия подростка и законного представителя) [21, 22]. Выраженность симптомов тревожного и депрессивного спектра оценивали скрининговым методом с помощью адаптированной русской версии Госпитальной шкалы тревожности и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS), разработанной для выявления и оценки тяжести тревожных и депрессивных расстройств в условиях общемедицинской практики. Психометрическая шкала HADS обладает высокой чувствительностью, специфичностью и дискриминантной валидностью в отношении определения риска тревоги и депрессии, в связи с чем широко используется в практике. Преимуществом данной методики является лаконичность, простота применения и обработки результатов. Шкала со-

ставлена из 14 утверждений, к каждому из которых предлагаются четыре варианта ответа, отражающие выраженность признака, кодирующиеся в соответствии с нарастанием тяжести симптома от 0 баллов (отсутствие проявлений) до 4 (максимальная выраженность). Интерпретация результатов осуществляется исходя из суммы набранных баллов: 0–7 баллов указывают на отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги/депрессии; 8–10 баллов — на наличие субклинически выраженной тревоги/депрессии; 11 баллов и более — на клинически выраженную тревогу/депрессию. Результат балльной оценки по Госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS) составил 20 баллов — клинически выраженная тревога и 8 — субклинически выраженная депрессия [21].

Анализ клинической симптоматики подростка позволил выявить синдромальные проявления в виде астенического синдрома — общая слабость, нарушение засыпания, отсутствие энергии и быстрая утомляемость; тревожно-фобического синдрома — периодическое предчувствие неприятности, чрезмерное беспокойство, страх задохнуться, страх смерти, беспомощность, склонность к внутреннему напряжению, навязчивым мыслям и действиям (частая проверка ингалятора и его наполненности); ипохондрический синдром — страх обнаружить у себя неизлечимое заболевание (рака легких, туберкулеза). Эти проявления часто сопровождались соматовегетативными симптомами: мышечным напряжением, тремором, одышкой, сердцебиением, потливостью ладоней, сухостью во рту и головокружением. По результатам обследования психотерапевтом выставлен диагноз: генерализованное тревожное расстройство. Назначена терапия первой линии: эсциталопрам 10 мг/сут. и курс индивидуальной психотерапии [6, 16, 22, 23].

Заключительный клинический основной диагноз: бронхиальная астма, атопическая форма, среднетяжелое течение, неконтролируемая, период неполной ремиссии. Сопутствующий диагноз: генерализованное тревожное расстройство. Аллергический риноконъюнктивит, сезонный и круглогодичный, вне обострения. Подростку была назначена базисная терапия БА в соответствии с тяжестью заболевания: комбинация будесонид 160 мкг + формотерол 4,5 мкг по 1 вдоху два раза в сутки, а также по потребности в режиме единого ингалятора. В период цветения причинно-значи-

мых растений была назначена базисная терапия аллергического риноконъюнктивита: антигистаминные препараты второго поколения и топические глюкокортикоиды интраназально. Также проводилось лечение коморбидной патологии: антидепрессанты и индивидуальные сеансы психотерапии.

На фоне лечения в течение двух недель у подростка отмечалось заметное клиническое улучшение: нормализация сна, снижение симптомов со стороны вегетативной нервной системы, улучшился эмоциональный фон и аппетит. Респираторных симптомов не было зафиксировано в течение последующего месяца лечения. Результат балльной оценки по Госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS) составил 6 баллов, что соответствует отсутствию достоверных выраженных симптомов тревоги/депрессии.

Подросток был выписан с улучшением по основной и сопутствующей нозологии, с рекомендациями по продолжению базисной терапии БА, лечения, назначенного психотерапевтом.

В последующие несколько месяцев сохранялся полный контроль симптомов астмы, нормализация психологического статуса, вегетативной нервной системы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, представленный клинический случай наглядно демонстрирует ключевое значение психоэмоциональных расстройств в патогенезе неконтролируемого течения БА. Проведенное комплексное клиничко-инструментальное обследование позволило выявить ведущие триггеры персистенции симптомов заболевания, сохранявшихся несмотря на адекватно подобранную базисную терапию и проведенную модификацию факторов внешней среды. Установленное коморбидное генерализованное тревожное расстройство определяло особенности клинической картины и обуславливало необходимость целенаправлен-

ной психофармакологической и психотерапевтической коррекции.

Полученные результаты подтверждают, что оптимизация ведения пациентов с тяжелыми формами БА невозможна без мультидисциплинарного комплексного подхода к диагностике и лечению, предполагающего обязательное применение персонифицированной терапии. Реализация подобной стратегии, учитывающей биопсихосоциальные аспекты заболевания, позволяет не только стабилизировать респираторную симптоматику, но и существенно улучшить долгосрочные прогнозы и качество жизни пациентов.

Таким образом, в данном клиническом примере показана роль психоэмоциональных синдромов как фактора риска неконтролируемого течения БА. Именно наличие тревожного расстройства послужило пусковым механизмом в патогенезе формирования тяжелого неконтролируемого течения заболевания. Коррекция коморбидной патологии позволила достичь контроля над бронхиальной астмой у ребенка, что в последующем позволяет прогнозировать благоприятное течение болезни.

В результате обследования были уточнены триггеры отсутствия контроля симптомов БА на фоне адекватно подобранного лечения и модифицирования факторов внешней среды в форме коморбидного заболевания — генерализованного тревожного расстройства.

Важно помнить, что на каждом этапе лечения пациента с бронхиальной астмой при переходе на следующий шаг ступенчатой терапии, а также при определении показаний к биологической терапии важно оценить все факторы риска, на которые можно эффективно повлиять, приверженность пациента и его семьи к лечению, правильность техники ингаляции.

Успех лечения данного пациента напрямую зависит от мультидисциплинарного комплексного подхода к диагностике и лечению пациента, подбора комплексной персонифицированной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». (7-е издание, перераб. и доп.). Российское респираторное общество. Москва: МедКом — Про, 2025. — 294 с.
2. Бронхиальная астма. Клинические рекомендации. 2024; 199 с. URL: <https://diseases.medelement.com/disease/%D0%B1%D1%80%D0%BE%D0%BD%D1%85%D0%B8%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B0%D1%8F-%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%BC%D0%B0-%D0%BA%D0%BF-%D1%80%D1%84-2024/18317> (дата обращения — 04.08.2025).
3. Намазова-Баранова Л.С. Аллергия у детей: от теории к практике. Москва: ПедиатрЪ, 2011. — 668 с.

4. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Updated May 2024. https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2024/05/GINA-2024-Strategy-Report-24_05_22_WMS.pdf.
5. Вёрткин А.Л., Зайратьянц О.В., Кебина А.Л., Шамуилова М.М., Кнорринг Г.Ю. Современное понимание коморбидности и подходы к формулированию диагноза коморбидных пациентов. *Лечащий Врач*. 2024; 6 (27): 64–70. <https://doi.org/10.51793/OS.2024.27.6.009>.
6. Моногарова Н.Е., Бойко Е.Ю., Бородий К.Н. и др. Тревожно-депрессивные расстройства у больных бронхиальной астмой при наличии коморбидной патологии. *Медико-социальные проблемы семьи*. 2022; 27: 53–58.
7. Боговин Л.В., Отраднава А.А., Монахова В.В. и др. Влияние тревожно-депрессивных расстройств на течение бронхиальной астмы. *Бюллетень физиологии и патологии дыхания*. 2014; 52: 29–33.
8. Перцева Т.А., Гашинова Е.Ю., Губа Ю.В. Психологические расстройства у пациентов с синдромом бронхиальной обструкции. *Пульмонология*. 2013; 2: 81–84.
9. Garcia-Sanchez D., Darssan D., Lawler S.P. et al. Asthma and anxiety development in Australian children and adolescents. *Pediatr Allergy Immunol*. 2023 Mar; 34 (3): e13941. <https://doi.org/10.1111/pai.13941>.
10. Мокашева Е.Н. Тревожно-депрессивные расстройства при пульмонологической патологии. *Смоленский медицинский альманах*. 2022; 1 (1): 218–222.
11. Боговин Л.В. Психосоматические взаимодействия у больных бронхиальной астмой (обзор литературы). *Бюллетень физиологии и патологии дыхания*. 2010; 37: 65–71.
12. Dudeney J., Sharpe L., Jaffe A. et al. Anxiety in youth with asthma: a meta-analysis. *Pediatr Pulmonol*. 2017 Sep; 52 (9): 1121–1129. <https://doi.org/10.1002/ppul.23689>.
13. Ye G., Baldwin D.S., Hou R. Anxiety in asthma: a systematic review and metaanalysis. *Psychol Med*. 2021; 51 (1): 11–20. doi: 10.1017/S0033291720005097.
14. Zhu Z., Zhu X., Liu C.I., et al. Shared genetics of asthma and mental health disorders: a large-scale genome-wide cross-trait analysis. *Eur Respir J*. 2019; 54 (6): 1901507. doi: 10.1183/13993003.01507-2019.
15. Иванюта М.В., Краснов В.Н. Депрессия и тревожные расстройства у больных бронхиальной астмой. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2025; 3: 39–45. doi: 10.62202/2075-1761-2025-27-3-39-45.
16. Touilloux B., Strippoli C.A., Lenoir A. et al. Associations of Depressive and Anxiety Disorders with Pulmonary Disorders in the Community: The PneumoLaus and PsyCoLaus Studies. *Respiration*. 2024; 103 (8): 503–512. <https://doi.org/10.1159/000537918>.
17. 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): 34–38.
18. Куташов В.А., Попов Д.В. Особенности течения тревожно-депрессивных расстройств у больных бронхиальной астмой. 15-я межрегиональная научно-практическая конференция «Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и медицинской психологии», Воронеж. 2013: 72–75.
19. Fleischer N.J., Gosch E., Roberts M.B. et al. Asthma and anxiety in children and adolescents: characteristics and treatment outcomes. *J Asthma*. 2024 May; 61 (5): 396–404. <https://doi.org/10.1080/02770903.2023.2280906>.
20. Griffiths D., Giancola L.M., Welsh K. et al. Asthma control and psychological health in pediatric severe asthma. *Pediatr Pulmonol*. 2021 Jan; 56 (1): 42–48. <https://doi.org/10.1002/ppul.25120>.
21. Батаршев А.В. Базовые психологические свойства и самоопределение личности. Практическое руководство по психологической диагностике. СПб.: Речь, 2005. — 208 с.
22. Клинические рекомендации «Генерализованное тревожное расстройство», утв. Минздравом России (Российское общество психиатров), пересмотр. 2021. — 84 с.
23. Лугачев Б.И., Белоглазов В.А., Вербенко В.А. Психофармакологическая коррекция тревожных расстройств в комплексной терапии пациентов с бронхиальной астмой. *Крымский терапевтический журнал*. 2020; 1: 71–77.

REFERENCES

1. National program “Bronchial asthma in children. Treatment strategy and prevention”. 7th edition, revised. and add.). Russian Respiratory Society. Moscow: MedCom — Pro, 2025. 294 p. (In Russ.)
2. Bronchial asthma. Clinical recommendations. 2024; 199 p. URL: <https://diseases.medelement.com/disease/%D0%B1%D1%80%D0%BE%D0%BD%D1%85%D0%B8%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B0%D1%8F-%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%BC%D0%B0-%D0%BA%D0%BF-%D1%80%D1%84-2024/18317> (date of request — 04.08.2025). (In Russ.)

3. Namazova-Baranova L.S. Allergy in children: from theory to practice. Moscow: Pediatrician, 2011. — 668 p. (In Russ.)
4. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Updated May 2024. https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2024/05/GINA-2024-Strategy-Report-24_05_22_WMS.pdf.
5. Vertkin A.L., Zairatyants O.V., Kebina A.L., Shamuilova M.M., Knorring G.Yu. Modern understanding of comorbidity and approaches to formulating the diagnosis of comorbid patients. *Attending physician*. 2024; 6 (27): 64–70. (In Russ.) <https://doi.org/10.51793/OS.2024.27.6.009>.
6. Monogarova N.E., Boyko E.Y., Borodiy K.N. and others. Anxiety — depressive disorders in patients with bronchial asthma in the presence of comorbid pathology. *Medical and social problems of the family*. 2022; 27: 53–58. (In Russ.)
7. Bogovin L.V., Otradnova A.A., Monakhova V.V. et al. The effect of anxiety-depressive disorders on the course of bronchial asthma. *The Bulletin of Physiology and Pathology of Respiration*. 2014; 52: 29–33. (In Russ.)
8. Pertseva T.A., Gashinova E.Yu., Guba Yu.V. Psychological disorders in patients with bronchial obstruction syndrome. *Pulmonology*. 2013; 2: 81–84. (In Russ.)
9. Garcia-Sanchez D., Darssan D., Lawler S.P. et al. Asthma and anxiety development in Australian children and adolescents. *Pediatr Allergy Immunol*. 2023 Mar; 34 (3): e13941. <https://doi.org/10.1111/pai.13941>.
10. Mokasheva E.N. Anxiety-depressive disorders in pulmonological pathology. *Smolensk medical Almanac*. 2022; 1 (1): 218–222. (In Russ.)
11. Bogovin L.V. Psychosomatic interactions in patients with bronchial asthma (literature review). *Bulletin of physiology and pathology of respiration*. 2010; 37: 65–71. (In Russ.)
12. Dudeney J., Sharpe L., Jaffe A. et al. Anxiety in youth with asthma: A meta-analysis. *Pediatr Pulmonol*. 2017 Sep; 52 (9): 1121–1129. <https://doi.org/10.1002/ppul.23689>.
13. Ye G., Baldwin D.S., Hou R. Anxiety in asthma: a systematic review and metaanalysis. *Psychol Med*. 2021; 51 (1): 11–20. doi: 10.1017/S0033291720005097.
14. Zhu Z., Zhu X., Liu C.I., et al. Shared genetics of asthma and mental health disorders: a large-scale genome-wide cross-trait analysis. *Eur Respir J*. 2019; 54 (6): 1901507. doi: 10.1183/13993003.01507-2019.
15. Ivanyuta M.V., Krasnov V.N. Depression and anxiety disorders in patients with bronchial asthma. *Psychiatry and psychopharmacotherapy*. 2025; 3: 39–45. doi: 10.62202/2075-1761-2025-27-3-39-45. (In Russ.)
16. Touilloux B., Strippoli C.A., Lenoir A. et al. Associations of Depressive and Anxiety Disorders with Pulmonary Disorders in the Community: The PneumoLaus and PsyCoLaus Studies. *Respiration*. 2024; 103 (8): 503–512. <https://doi.org/10.1159/000537918>.
17. Krasnov V.N., Paleev N.R., Martynova N.V. and others. Affective spectrum disorders in bronchial asthma and their therapeutic correction. *Psychiatry*. 2010; 4 (55): 34–38. (In Russ.)
18. Kutashov V.A., Popov D.V. Features of the course of anxiety-depressive disorders in patients with bronchial asthma. 15th Interregional Scientific and Practical Conference “Topical issues of Psychiatry, Narcology and medical Psychology”, Voronezh. 2013: 72–75. (In Russ.)
19. Fleischer N.J., Gosch E., Roberts M.B. et al. Asthma and anxiety in children and adolescents: characteristics and treatment outcomes. *J Asthma*. 2024 May; 61(5): 396–404. <https://doi.org/10.1080/02770903.2023.2280906>.
20. Griffiths D., Giancola L.M., Welsh K. et al. Asthma control and psychological health in pediatric severe asthma. *Pediatr Pulmonol*. 2021 Jan; 56 (1): 42–48. <https://doi.org/10.1002/ppul.25120>.
21. Batarshhev A.V. Basic psychological properties and self-determination of personality. A practical guide to psychological diagnosis. St. Petersburg: Speech, 2005. — 208 p. (In Russ.)
22. Clinical guidelines “Generalized anxiety disorder”, approved by Ministry of Health of Russia (Russian Society of Psychiatrists), revision. 2021. — 84 p.
23. Lugachev B.I., Beloglazov V.A., Verbenko V.A. Psychopharmacological correction of anxiety disorders in complex therapy of patients with bronchial asthma. *Crimean therapeutic Journal*. 2020; 1: 71–77.

ИСТОЧНИКИ ФИНАНСИРОВАНИЯ

Исследование проводилось без участия спонсоров.

FUNDING SOURCES

This study was not sponsored.

ВКЛАД АВТОРОВ В РАБОТУ

Файзуллина Р. М. — обследование, лечение, консультирование пациента, редактирование текста, утверждение рукописи.

Самигуллина Н. В. — обследование и лечение пациента, сбор клинического материала, написание рукописи.

Викторов В. В. — контроль руководства за планированием и проведением научной деятельности.

Гафурова Р. Р. — обзор публикаций по теме статьи.

THE AUTHORS' CONTRIBUTION TO THE WORK

Rezeda M. Fayzullina — patient examination, treatment, counseling, manuscript editing and final approval of the manuscript.

Natalia V. Samigullina — patient examination and treatment, collection of clinical data and manuscript writing.

Vitaly V. Viktorov — supervisory oversight of the planning and implementation of the research activities.

Rita R. Gafurova — literature review on the topic of the article.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПУБЛИКАЦИЮ

От родителей пациента получено письменное добровольное информированное согласие на публикацию описания клинического случая, а также на использование его клинических и медицинских данных (результатов обследования, наблюдения и терапии) исключительно в научных целях.

CONSENT FOR PUBLICATION

Written voluntary informed consent has been obtained from the patient's parents to publish the description of the clinical case, as well as to use its clinical and medical data (examination results, observation and therapy) exclusively for scientific purposes.