

Расстройства адаптации и факторы предрасположенности к ним у впервые госпитализированных по поводу гемобластозов детей

Ю.А. ХОДАКОВА

ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАН, Москва

Adjustment disorders in children, first hospitalized for hematological malignancies

YU.A. KHODAKOVA

Mental Health Research Centre, Russian Academy of Sciences, Moscow

Цель исследования. В структуре онкологических заболеваний детского возраста болезни крови занимают одно из ведущих мест (до 40%). Целью данной работы являлось выявление клинических особенностей психических расстройств у страдающих гемобластозами детей и факторов, предрасполагающих к развитию этих нарушений. **Материал и методы.** Обследовали 96 детей, 63 мальчика и 33 девочки, в возрасте 3—12 лет, страдающих гемобластозами (острый лимфобластный лейкоз, острый миелобластный лейкоз, ходжкинская лимфома, неходжкинская лимфома). **Результаты и заключение.** Психические расстройства включали эндогенную патологию (8 случаев), умственную отсталость (2), но в подавляющем числе (86) случаев были представлены расстройства адаптации, которые в зависимости от ведущего синдрома условно можно было разделить на фобические, тревожные и депрессивные реакции. На возникновение, форму и тяжесть психогений оказывал влияние комплекс факторов, удельный вес которых в этом процессе различен. Определенное значение имели наследственность, преморбидные характерологические особенности, межличностные отношения в семье, тип воспитания и др. Однако в значительной степени указанные расстройства определялись возрастом пациентов.

Ключевые слова: гемобластозы у детей, психические расстройства, этиологические, патогенетические факторы.

Objective. In the structure of oncological diseases of childhood, blood diseases occupy a leading position (40%). According to some researchers, the prevalence of mental disorders among patients with oncohematological pathology is very high, regardless of the age of patients. The aim of this work was to identify clinical/dynamic and typological characteristics of mental disorders in children with hematological malignancies as well as the factors predisposing to these disorders. **Material and methods.** The study involved 96 children (63 boys and 33 girls), aged 3—12 years, with hematological malignancies (acute lymphoblastic leukemia, acute myeloid leukemia, Hodgkin's lymphoma, non-Hodgkin's lymphoma). **Results and conclusion.** Mental disorders were presented with a wide range of violations, including the endogenous pathology (8 children), a mild degree of mental retardation ($n=2$), adjustment disorders ($n=86$). Adjustment (adaptation) disorders included anxiety, phobic and depressive reactions. The appearance, form and severity of disorders were influenced by a range of factors, which had a different contribution to the process. Family history, premorbid personality traits, interpersonal relationships within the family and the type of education seem to be less important compared to the age of the patients that determined the preferred range of disorders, forming the leading psychogenic symptoms.

Key words: oncopathology children, hematological malignancies, oncopathology, mental disorders, etiopathogenic factors.

В последние два десятилетия в связи с эффективностью противоопухолевой терапии значительно увеличилась выживаемость больных с онкологической патологией и, как следствие, повысился интерес к качеству их жизни и психическому состоянию. Несмотря на впечатляющие успехи детской онкологии, которые выражаются, в частности, и в увеличении выживаемости до 80% [1—4], тем не менее можно наблюдать нежелательные отдаленные последствия онкологического заболевания и достаточно агрессивного лечения.

В онкологии наиболее часто встречаются болезни крови. В 2009 г. в России на долю гемобластозов приходи-

лось 7-е место в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями среди мужчин (4,9%) и 9-е — среди женщин (4,5%). В странах с развитой экономикой они занимают второе место по урону, наносимому обществу (утрата трудоспособных лет жизни), являясь наиболее частой причиной смерти в детском и молодом возрасте. О.В. Коробицына [5] отмечает, что по распространенности гемобластозы занимают одно из первых мест среди онкологических заболеваний и встречаются в любом возрасте, но чаще — у детей и лиц пожилого возраста.

В структуре онкологических заболеваний детского возраста болезни крови занимают одно из ведущих мест

(до 40%) [6, 7]. По данным ряда исследователей [8—12], распространенность психических нарушений у больных онкогематологической патологией считается весьма высокой вне зависимости от возраста заболевших.

Цель работы — выявление клинических особенностей психических расстройств у детей, страдающих гемобластомами, и предрасполагающих к их развитию факторов.

Материал и методы

Работа выполнялась в период с 2010 по 2012 г. в Отделе по изучению проблем подростковой психиатрии (руководитель — проф. Н.А. Мазаева) Научного центра психического здоровья РАН, функционирующего на базе гематологического и поликлинического отделений НИИ детской онкологии и гематологии Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина.

В исследование были включены 96 детей, 63 мальчика и 33 девочки, в возрасте 3—12 лет, страдающих гемобластомами, в числе которых были острый лимфобластный лейкоз (рубрика по МКБ-10 С91), острый миелобластный лейкоз (С92), ходжкинская лимфома (С81), неходжкинская лимфома (С82—85).

Результаты и обсуждение

Психические расстройства были представлены широким спектром нарушений: у 8 детей — эндогенная патология, у 2 — легкая степень умственной отсталости, у 86 — расстройства адаптации. Отметим, что у обследованных детей не наблюдалось острых психотических состояний.

Наиболее часто у впервые госпитализированных детей с гемобластомами встречались расстройства адаптации, которые развивались по типу психогений и были представлены преимущественно невротическими и аффективными синдромами, нередко в сочетании с нарушениями поведения. Их общими клиническими особенностями являлись полиморфизм и незначительная выраженность. Условно можно было выделить три основных варианта указанных нарушений: тревожные (49%), фобические (15%) (хотя часто их было трудно разделить между собой) и депрессивные (36%) реакции с особенностями, присущими детскому возрасту.

Наибольшая выраженность *тревожных расстройств* отмечалась на начальных этапах госпитализации, особенно в неизвестных и незнакомых для ребенка ситуациях, например при проведении первых диагностических и лечебных манипуляций. По мере увеличения продолжительности госпитализации, постепенного привыкания к ситуации длительного лечения происходило уменьшение тревоги и других психопатологических проявлений. Реже симптоматика тревоги сохранялась надолго в виде нестойких, неформенных проявлений беспокойства, тревожной фиксации на ситуациях, связанных с неприятными лечебными процедурами. Однако практически у всех детей, находившихся в стационаре, в течение нескольких месяцев оставалась постоянная «тревожная настроенность» и готовность к развитию истеро-невротических эпизодов даже в ситуациях, ранее нейтральных по содержанию (игра, обучение). Тревога часто сочеталась с нарушениями поведения — протестами, агрессией и повышенной моторной активностью.

Фобическое расстройство характеризовалось выраженным беспокойством, страхом, избегающим поведением, возбудимостью, реакциями агрессии. До помещения в стационар при беседе с врачами-онкологами дети не высказывали опасений по поводу ситуаций, связанных с лечением. Однако уже в первые дни госпитализации, при возникновении или повторении стрессового для ребенка события (вид шприца, требование войти без матери в процедурный кабинет, запах лекарств) наблюдались бурные эмоциональные реакции с криком, плачем, попытками вырваться из рук персонала, и даже агрессивными действиями.

У пациентов с тревожно-фобическими расстройствами зачастую с трудом удавалось отграничить страхи от фобий, потому что большинство опасений имели под собой реальную основу и могли быть психологически объяснимы. У детей вырабатывалось своего рода защитное поведение с компенсаторными поведенческими расстройствами (они старались избегать манипуляций, отказывались идти в процедурный кабинет и др.). По механизму возникновения тревожно-фобические расстройства скорее близки к детским страхам, которые возникают в ответ на конкретную ситуацию. Их клиническое оформление зависит от возраста. Тревожные и фобические реакции у маленьких детей не были связаны с гипернозогнозией и опасениями умереть, переживаниями по поводу опасности болезни как таковой, что характерно для взрослых с онкологической патологией. У детей, особенно маленьких, такие реакции были связаны прежде всего со страхом врачебных манипуляций, боли, разлуки с матерью, ситуацией неизвестности, которую они воспринимали как пугающую и угрожающую. Дети более старшего возраста уже были способны оценить пользу лечения и соответственно позитивно воспринять ситуацию лечебных процедур.

У больных с *депрессивными реакциями* отмечалось появление несвойственной им ранее капризности, конфликтности, частых эпизодов плохого настроения в течение дня. Дети выглядели угрюмыми, отказывались от любимых ранее занятий и игр, предпочитая проводить время только с матерью. Расстройства настроения характеризовались неглубоким и нестойким тревожно-депрессивным аффектом, сопровождалось снижением аппетита, нарушением сна и негрубыми регрессивными проявлениями (повышенная потребность в тактильном контакте с матерью, предпочтение игр, свойственных им в более раннем возрасте). Такие дети требовали постоянного присутствия матери, при этом предъявляли ей массу претензий, несправедливых обвинений, часто конфликтовали, избегали откровенного общения. Депрессивная реакция также проявлялась изменением общей активности, уходом в свои переживания с нежеланием обсуждать болезненные темы, потерей интереса к прежним увлечениям, отказом от общения с друзьями, сверстниками. Часто отмечалась тоска по дому, близким, просьбы поскорее уехать домой. При необходимости медицинских манипуляций дети вяло сопротивлялись, плакали, просили оставить их в покое. Одна из больных высказывала идеи самообвинения, связанные с заболеванием гемобластомом, совершала аутоагрессивные действия.

При проведении клинико-психопатологического анализа расстройств адаптации представлялось необходимым располагать информацией об иерархии значимости

тех или иных стрессовых факторов и их распространенности у детей с тяжелым соматическим заболеванием, а также адаптивных возможностях детей с психогениями.

Для установления возможного влияния возраста на клиническую картину психогенных образований общая группа детей была разделена на две возрастные подгруппы: 3 года — 7 лет (дошкольная) и 8—12 лет (школьная).

В подгруппе детей дошкольного возраста доминирующее место в структуре психогенно обусловленного синдрома занимала невротическая симптоматика: страхи, тревога, фобические и тревожно-фобические расстройства, в то время как нарушения настроения находились на втором плане. У детей младшего школьного возраста эта тенденция еще сохранялась, однако ближе к 11—12 годам картина психических расстройств смещалась в сторону аффективного компонента — на первый план все чаще (29,1%) выступали психогенно обусловленные депрессивные состояния, а симптоматика тревожно-фобического ряда становилась как-бы дополнительной. Лишь у 19,9% больных тревога и страхи остались ведущими. Полиморфность психогенного синдрома у старших по возрасту детей смещалась в сторону увеличения доли депрессивных проявлений. Если у дошкольников в 7 раз чаще выявлялись синдромы с преобладанием тревожно-фобических расстройств по сравнению с депрессивными, у детей младшего школьного возраста соотношение указанных синдромов почти сравнялось.

Таким образом, было установлено, что возраст, в котором развивается онкологическое заболевание, играет существенную роль в восприятии значимости тех или иных стрессовых обстоятельств и оформлении клинической картины психогенного состояния. В младшей возрастной подгруппе имело место развитие психогенно обусловленных страхов, состояний тревоги и вторичных по отношению к ним нарушений настроения. В подгруппе старших детей преобладали реактивно обусловленные расстройства настроения. Поведенческие реакции в картине психогений в таких случаях выступали как вторичные по отношению к расстройствам настроения — с принятием или отвержением ситуации болезни (либо тревожная ипохондрическая фиксация, либо эмоциональное отрицание и игнорирование возможных тяжелых последствий онкологического процесса). Речь идет о том, что в младшей возрастной подгруппе доминирующее место в структуре психогений занимает невротическая симптоматика: страхи, тревога, фобические и тревожно-фобические расстройства и сопутствующие им нарушения поведения. Среди психогенных образований в более старшей возрастной подгруппе преобладают тревожно-депрессивные реакции. Поведенческие реакции в картине психогений в таких случаях выступают как вторичные по отношению к расстройствам настроения.

Преобладание психогенно обусловленных реакций страха у маленьких детей возможно объяснить значимостью для них «возрастных стрессогенных факторов», связанных прежде всего с ситуацией «больничной реальности» — страхом боли, неизвестностью, непонятностью и неприятностью медицинских манипуляций, которые маленькие дети воспринимали как пугающие и угрожающие. В подгруппе старших детей ведущий стрессогенный стимул связан с отрывом от привычной повседневной жизни, невозможностью общаться с друзьями, учиться и проводить досуг, опасениями социальных последствий

заболевания, фиксацией на негативных переживаниях, восприятием болезни как угрозы успешному социальному функционированию, распространяющей негативное влияние на будущую жизнь. Выявленные нами особенности развивающейся симптоматики соотносятся с господствующими на данных этапах онтогенеза «психомоторным и аффективным уровнями реагирования» (по В.В. Ковалеву [13]).

С увеличением длительности пребывания больного в стационаре происходило видоизменение клинической картины. Например, фобический синдром со временем мог затихать, но при необходимости повторных госпитализаций, которая часто бывает у онкологических больных в связи с поэтапностью противоопухолевого лечения, отмечались тенденции к появлению повторной схожего типа реакции, а также ее углублению, частично редуцировавшейся по мере привыкания к больничным условиям.

Несмотря на очень тяжелый соматический диагноз и повышенную готовность к суициду, особенно в тех случаях, где была отмечена депрессия, реализации суицидального риска ни в одном из наблюдений не было. Вероятно, детям это вообще несвойственно, так как у ребенка отсутствует полное понимание опасности состояния. В литературе [8, 14, 15] есть данные о том, что у детей восприятие страха смерти отличается от такового у взрослых, хотя в ряде работ указывается, что понятие смерти доступно детям дошкольного возраста и оно может возникнуть даже у детей 2—3 лет, которые испытывают связанную с этим тревогу, но из-за неспособности словесно выразить свой страх такие дети проявляют его изменениями поведения, страхами физических повреждений, одиночества. Как указывалось выше, для подростков с онкологическими заболеваниями страхи были характерны, но суицидальных наклонностей и стремления свести счеты с жизнью не отмечалось. Однако потенциально суицидальный риск у таких детей может иметь место, и это делает весьма актуальной раннюю диагностику депрессивного расстройства для оказания своевременной помощи.

За период пребывания в стационаре в результате лечения описанные реакции постепенно исчезали, и большинство детей выписывались в ремиссии не только по основному заболеванию, но и психическим расстройствам. Особое место в этом отношении занимал только астенический синдром, который наблюдался у всех обследованных детей с самого начала болезни как неспецифическая соматогенная реакция на онкогематологическое заболевание. Степень выраженности астении зависела от стадии болезни, тяжести соматического состояния и выраженности интоксикации.

Астеническая симптоматика, согласно анамнестическим данным, появлялась зачастую еще до установления окончательного диагноза, в дальнейшем по мере прогрессирования соматического недуга астенические проявления усугублялись. Особенностью астенического синдрома являлось его «расслоение» на компоненты — превалирование физической астении в состоянии таких больных над церебрастенической симптоматикой в начале заболевания. Физическая слабость, утомляемость, повышенная потребность в сне, усталость даже после незначительных физических нагрузок в жалобах больных звучали в первую очередь по сравнению с жалобами на головные боли, трудности сосредоточения и концентрации внимания. В процессе лечения, несмотря на всю тяжесть применяе-

мых методов (полихимиотерапия), явления физической астении редуцировались. В промежутках между введением химиопрепаратов дети становились менее вялыми, уменьшалась сонливость, стремление полежать, активизировалась познавательная деятельность — желание играть, смотреть кино, слушать сказки, учиться. При этом темп редукции психической астении был медленнее по сравнению с уменьшением выраженности физической слабости. К концу лечения более заметными делались проявления психической астении (трудности концентрации внимания после непродолжительного интеллектуального напряжения, явления раздражительной слабости, истощаемость). Следует отметить, что у больных с тяжелой интоксикацией и выраженной астенией психогенные проявления выходили на первый план уже после улучшения соматического состояния.

Таким образом, астенический синдром проходил как бы два этапа: до госпитализации отмечалась соматическая астения, часто маскировавшая проявления психогенных расстройств и предшествовавшая химиотерапевтическому лечению; психическая астения присоединялась во время госпитализации и оставалась после выписки и завершения противоопухолевого лечения, и, как показали ка-тамнестические данные, нередко сохранялась в течение длительного времени.

В связи с тем что настоящее исследование было ограничено периодом пребывания наблюдавшихся детей в онкологическом стационаре, оценить их состояние в отдаленном периоде не представлялось возможным. Однако Отдел по изучению проблем подростковой психиатрии располагает наблюдениями пациентов 15—20 лет, перенесших в детстве гемобластоз, получавших химиотерапевтическое лечение и находящихся в периоде выполнения настоящей работы в состоянии ремиссии в отношении основного заболевания, которое не вызывало опасений у врачей. Что же касается психического здоровья, то практически у всех больных имелись в той или иной степени выраженности проявления астенической и церебрастенической симптоматики, когнитивные нарушения, эмоциональная лабильность, быстрая утомляемость и повышенная готовность к формированию психогенных реакций (сходные с нозогениями у взрослых). Это позволяет предполагать, что психическая патология у детей с гемобластозами не проходит бесследно, оставляя своего рода «надлом» и «астенический сдвиг», облегчающий формирование психогенных расстройств.

По нашим данным, на возникновение, форму и тяжесть психогений оказывает влияние комплекс факторов. Определенное значение имеют наследственность, преморбидные характерологические особенности, межличностные отношения в семье, тип воспитания и особенно возраст пациентов, о котором уже говорилось выше.

Большое значение в генезе и клинических проявлениях психогенных расстройств отводится биологической почве, под которой понимается вся совокупность конституционально-биологических ресурсов организма. Существенное значение в этом аспекте имеют экзогенно-органические факторы (инфекции, травмы, интоксикации), действующие в пре- и перинатальный периоды развития ребенка. В последующем они могли выступать как причина или условие возникновения психических нарушений. У наблюдавшихся нами больных на фоне приема кортикостероидов в клинической картине иногда отмеча-

лись экзогенные реакции со вспыльчивостью, агрессией, аутоагрессией, дистимией, дисфорией, просоночными состояниями (по МКБ-10 F06). В 11 (85%) случаях у матерей этих детей отмечалась патология беременности и родов (сочетание трех факторов и более: недоношенность, обвитие пуповиной, травма, асфиксия в родах, гипоксия плода, повышенное давление, токсикоз, многоводие, угроза выкидыша и др.). Отметим, что подобная патология чаще встречалась у матерей детей в возрасте 3—5 лет. Существенную роль в нарушении психического развития детей и возникновении психических нарушений играли семейные отношения и типы воспитания, особенно его дефекты. В семьях с равными, доброжелательными и уважительными отношениями (36%) на фоне онкологического заболевания у детей наблюдались в основном астенические явления. Постоянные же конфликты на фоне авторитарного стиля воспитания (16%) и симбиотические тенденции (15%) способствовали появлению в равной степени тревожных и тревожно-фобических расстройств. Отвержение детей имело место в 31% семей. Этот тип семейных взаимоотношений был характерен для больных с депрессивной симптоматикой. Нужно подчеркнуть, что переживания родителей и межличностные отношения в семье существенно влияют не только на психологическое, но и физическое состояние детей.

Для всех детей одним из самых значимых негативных событий, предрасполагающих к развитию психогений, была госпитализация (отрыв от привычной повседневной жизни, ограничение моторной активности, познавательной деятельности, невозможность общаться, учиться и проводить досуг с друзьями, особые отношения с врачами, родителями, сверстниками). Важную роль в социализации ребенка играло детское дошкольное учреждение или школа, но в силу особенностей заболевания (частые госпитализации, непрерывная терапия, астенизация, снижение иммунитета, влияние болезни на интеллектуально-мнестические функции) очень часто возникали проблемы, связанные с невозможностью посещения коллектива сверстников или даже общения с ними, а при возвращении в коллектив — трудности усвоения пропущенного материала и осязательный разрыв в знаниях.

Естественно, наиболее серьезным психотравмирующим фактором являлось развитие тяжелого телесного недуга и связанного с ним специфического лечения (необходимость подвергаться разнообразным диагностическим и лечебным манипуляциям, которые воспринимались как болезненные и страшные, особенности влияния на физическое и психическое здоровье химиотерапевтических препаратов и облучения, вызываемые болезнью и лечением: поносы, тошнота, затрудненный прием пищи, рвота. Страдая от многообразных по форме и тяжести проявлений заболевания, дети придавали большее, а часто основное значение неприятным ощущениям и болям, возникающим от применения различных диагностических и лечебных процедур. 90% детей младшей возрастной подгруппы и $\frac{2}{3}$ младших школьников считали подобные процедуры самым неприятным в своем заболевании. Остальные же тяготились самим фактом нахождения в больнице, включая лечение. Дети жаловались на скуку, невозможность видеться с другими членами семьи, пытались уговорить близких уехать из больницы «очень хочется домой», «здесь плохо, скучно», «совсем нечего делать».

К последнему из описанных факторов относится длительность болезни, которая является как соматогенным (истощение компенсаторных возможностей организма, снижение иммунитета), так и психогенным (повторные госпитализации, изнуряющее лечение, накопление отрицательного опыта болезни и др.) воздействием. С увеличением длительности болезни у 16% больных ухудшалось настроение, усиливалась тревога и раздражительность, нарушалось поведение, появлялись несвойственные детям ранее черты: грубость, недисциплинированность, нарастала неуверенность в себе. Однако большинство (84%) больных со временем, напротив, свыкались с ситуацией госпитализации, адаптировались в больничной среде, налаживали взаимоотношения со сверстниками и персоналом, становились более спокойными и уравновешенными. Родители отмечали, что у ребенка появлялась «взрослость», рассудительность, ровность в поведении и настроении.

К сказанному выше о возрастном факторе можно добавить, что он является одним из важных внутренних условий, влияющих на степень тяжести возникающего пси-

хогенного расстройства. Возрастные особенности осмысления болезни у детей приводят к тому, что по крайней мере на начальных этапах более значима не сама болезнь, а факт ее признания и госпитализации. Отношение к болезни и госпитализации, таким образом, представляет собой нозологически недифференцированный, но важный источник психотравматизации. Возникновение собственно психогенного расстройства было сопряжено с воздействием внешне однотипной для всех обследованных детей стрессовой ситуации — развитием тяжелого телесного недуга. Однако, несмотря на сходство исходного стрессогенного события, психологическая значимость того или иного психотравмирующего стимула в череде психогенных обстоятельств определялась возрастом больных.

В заключение подчеркнем, что знание стрессогенных факторов и внутренней картины болезни при онкологических заболеваниях у детей необходимо для выработки психотерапевтической и деонтологической тактики, направленной на оптимизацию лечебного процесса и облегчение страдания маленьких пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. SEER Cancer Statistics Review, 1975—2007. National Cancer Institute [Электронный ресурс] 2007; http://seer.cancer.gov/archive/csr/1975_2007/
2. Gatta G., Zigon G., Capocaccia R., Coebergh J.W., Desandes E., Kaatsch P., Pastore G., Peris-Bonet R., Stiller Ch.A. Survival of European children and young adults with cancer diagnosed. *Eur J Cancer* 2009; 45: 6: 992—1005.
3. Annual Report. *Pediatric Cancer Care* 2009; 9.
4. Ellison L.F., De P., Mery L.S., Grundy P.E. Cancer statistics at a glance: Childhood cancer in Canada (0—14 years). *Canadian Med Ass J* 2009; 180: 3: 422—424.
5. Коробицына О.В. Заболевания внутренних органов, клинично-лабораторные и психологические факторы и их прогностическое значение при острых лейкозах: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Челябинск 2007.
6. Ковалев Д.В., Копосов П.В., Ковалев В.И. Злокачественные опухоли у детей. М: ЭликсКом 2004; 94.
7. Бондаренко И.А., Мартиросов А.Р., Зингерман Б.В. Гемобласты на территории России: распространенность и смертность. *Вестник гематологии* 2010; 3: 2—5.
8. Шац И.К. Психические расстройства у детей, страдающих острым лейкозом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Л 1989.
9. Киреева И.П., Лукьяненко Т.Э. Психиатрические аспекты в детской соматологии. Научная конференция молодых ученых России, посвященная 50-летию Академии медицинских наук: тезисы докладов. М 1994; 287—288.
10. Выборных Д.Э., Иванов С.В., Савченко В.Г. Соматогенные и соматогенно-провоцированные психозы при онкогематологических заболеваниях. *Тер арх* 2007; 10: 61—66.
11. Выборных Д.Э., Иванов С.В. Клиника и терапия соматогенных психозов у онкологических больных. *Психиатр и психофармакотер* 2008; 6: 10: 49—53.
12. Ткаченко И.В., Рогачева Е.Р., Лаврухин Д.Б. Анализ состояния здоровья детей и подростков, излеченных от острого лимфобластного лейкоза. *Здравоохранение Дальнего Востока* 2009; 4: 42: 8—14.
13. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. М: Медицина 1979; 608.
14. Исаяев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. СПб: Специальная литература 1996; 454.
15. Knudson A.G., Natterson J.M. Participation of parents in the hospital care of fatally ill children. *Pediatrics* 1960; 26: 3: 482—490.