## Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я УКРАЇНИ

УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ІНСТИТУТ СОЦІАЛЬНОЇ І СУДОВОЇ ПСИХІАТРІЇ ТА НАРКОЛОГІЇ

МАКАРЕНКО СВІТЛАНА МИКОЛАЇВНА

УДК 616.322-002.2-053.2-06-616.89-008-0.53.2-02

**ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНОЮ ТОНЗИЛОГЕННОЮ ІНТОКСИКАЦІЄЮ**

14.01.16 – психіатрія

АВТОРЕФЕРАТ

дисертації на здобуття наукового ступеня

кандидата медичних наук

Київ – 2008

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана в Національній медичній академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України.

**Науковий керівник** доктор медичних наук, професор,

заслужений діяч науки та техніки,

**Чуприков Анатолій Павлович**

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, кафедра дитячої, соціальної та судової психіатрії, завідувач кафедри.

**Офіційні опоненти:**

доктор медичних наук, професор **Пшук Наталія Григорівна,**

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова МОЗ України, кафедра психіатрії, загальної та медичної психології, професор кафедри.

доктор медичних наук, професор **Сиропятов Олег Геннадійович**, Українська військово-медична академія МО України, кафедра військової терапії з курсом психіатрії та психотерапії, професор кафедри.

Захист відбудеться « » 2008 року о годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 26.620.01 в Українському науково-дослідному інституті соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України за адресою: 04080, м. Київ, вул. Фрунзе, 103.

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України за адресою: 04080, м. Київ, вул. Фрунзе, 103.

Автореферат розісланий « » 2008 р.

Вчений секретар

спеціалізованої вченої ради,

доктор медичних наук Н.О. Дзеружинська

**ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ**

**Актуальність теми.** Стан психічного здоров'я дітей та підлітків має важливе значення для забезпечення й підтримки сталого розвитку суспільства. За даними ВООЗ приблизно 2 мільйони молодих людей у європейському регіоні страждають на психічні розлади (ВООЗ, 2005). Про гостроту проблеми постійного погіршення здоров'я дітей та підлітків в Україні свідчать показники захворюваності (2004 р. - 611,0; 2005 р. - 617,0 на 100 тис. дітей) і поширеності розладів психіки (2004 р. - 4192,0; 2005 р. - 4227,0 на 100 тис. дітей). Зареєстровано збільшення росту непсихотичних психічних розладів (НПР) у дітей та підлітків до 75,8% і розладів особистості та поведінки - 56,8% за період 2007 р. (Центр медичної статистики МОЗ України, 2007). За даними багатьох авторів, останнім часом в Україні структура захворюваності на психічні розлади характеризується неухильним ростом межевих психічних розладів [С.И. Табачников, 1993; Б.В. Михайлов, 1995; I.P. Lepine, 1997; В.С. Битенский, 1999]. До психічних хвороб у широкому розумінні, окрім психозів, відносяться й більш легкі розлади психіки (НПР), зобумовлені органічними захворюваннями головного мозку, соматичними захворюваннями, інтоксикаціями. В умовах сучасного патоморфозу серед НПР переважають форми, що розвиваються на обтяженому соматичному або невротичному тлі [В.П. Самохвалов, 1993; Г.С. Качарян, 1995; Б.В. Михайлов, 1995; Б.Д. Карвасарский, 1998]. Значне число досліджень присвячено коморбідності сучасних НПР, емоційних (депресивних) станів, їх поєднанню з іншими психопатологічними феноменами [Н.Г. Пшук, 1995; А.П. Чуприков, 1999; М.М. Weissman, 1999; Н.А. Марута та співавт., 2002; В.Д. Мишиев, 2004].

Вплив вогнища інфекції на організм дитини давно обговорюється в літературі [Б.С. Агте, 1970; Т.И. Глонти, 1972; Богомильский В.Р., 2002]. Вважається, що соматичні порушення при вогнищевій інфекції у дітей та підлітків у 80% випадків зобумовлені патологічним станом мигдаликів [И.Б. Солдатов, 1989; О.Ю. Лакоткина, Л.М. Ковальова, 1995]. У роботах А.Р. Рахимджанова та співавт. (1978) різноманітні психопатологічні синдроми на тлі хронічної тонзилогенної інтоксикації (ХТІ) описувалися в рубриці «тонзилогенні енцефалопатії», «метатонзилярні захворювання», «тонзилоцеребральні синдроми», «нейротонзилярні захворювання» тощо. Взаємозв'язку токсичного інфекційного процесу і непсихотичних психічних розладів у дітей та підлітків присвячене дослідження післястрептококового обсесивно-компульсивного синдрому й тикового розладу. За його результатами описана нова група педіатричних аутоімунних нейропсихіатричних розладів, позв'язаних зі стрептококовою інфекцією носоглотки PANDAS підгрупи [H. Singer, 1999; S. Bodner, S. Morshed, 2001; L.A. Snider, 2003]. З огляду на відомий факт підвищеної вразливості дітей та підлітків з резидуальною органічною патологією щодо інфекційних, токсичних впливів, зростання рівня останніх, проблема впливу тонзилогенної інтоксикації на психічний статус дітей та підлітків залишається актуальною [А.Н. Бачериков, 1999; Л.Е. Пономарьов, Р.А. Ханферян, 2001; А.А. Лайко, Д.К. Заболотний, 2002]. У літературі описуються особливості НПР у дітей та підлітків на тлі багатьох соматичних захворювань - серцево-судинних, гастроентерологічних, урологічних, ендокринних тощо. [В.Я. Гиндикин, 2000; О.В. Горшков, 2001; Л.Ф. Богмат, С.Р. Толмачева, 2001]. У той же час на сучасному етапі токсико-алергійному впливу ХТІ на мозкові структури дітей та підлітків приділяється значно менше уваги.

Проблема поєднаної патології психіки НПР і лор-патології у вигляді ХТІ у дітей та підлітків описується в небагатьох роботах [Д.А. Нурматова, Т.А. Курбанова, 1990; В.С. Ващенко, Л.В. Стежкина, 1993; В.П. Быкова, 1996; В.В. Кищук, 2001]. Раннє виявлення НПР - важлива умова їхнього своєчасного лікування, попередження подальшої несприятливої динаміки, соціальної адаптації дітей та підлітків. Важлива роль при розпізнаванні початкових проявів НПР і поєднаної ХТІ покладається на педіатрів, лікарів загальної медичної практики. Недостатній рівень спеціальних знань при діагностиці НПР на тлі ХТІ затрудняє їх виявлення й подальше лікування.

Комплексних досліджень, щодо структури психічних розладів, визначення диференційно-діагностичних особливостей з використанням електроенцефалографічних, мікробіологічних, імунологічних методів, а також системи комплексної терапії НПР у дітей та підлітків із ХТІ у сучасній літературі практично не зустрічається.

Перераховані положення зобумовлюють актуальність обраного напрямку дослідження.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дисертаційна робота виконувалася згідно з планом наукових досліджень кафедри дитячої, соціальної й судової психіатрії НМАПО імені П.Л. Шупика і пов'язана з темою «Розробка науково-методичних основ системи прогнозування генетичного ризику впровадження нових технологій і забруднення навколишнього середовища «ГРАНІТ» (№ державної реєстрації 809001UP0001), що проводилося разом з Національним технічним університетом України «КПІ» і Науковим дослідним інститутом «АПРОДОС».

**Мета й завдання дослідження.** Мета роботи - удосконалити діагностичні підходи і систему надання терапевтичної допомоги дітям та підліткам з непсихотичними психічними розладами на тлі хронічної тонзилогенної інтоксикації.

Відповідно до мети роботи були поставлені наступні завдання:

1. Вивчити клінічний поліморфізм і структуру НПР у дітей та підлітків із хронічною тонзилогенною інтоксикацією.
2. Визначити мікробіологічний стан слизової оболонки носоглотки у дітей та підлітків із НПР і супутньою хронічною тонзилогенною інтоксикацією.
3. Вивчити біоелектричну активність головного мозку (БЭАГМ) у досліджуваної групи дітей та підлітків.
4. Провести дослідження загального і специфічного імунітету та аутоіммунних реакцій проти нейроспецифічних білків у дітей та підлітків із непсихотичними психічними розладами і хронічною тонзиллогенною інтоксикацією.
5. Розробити систему комплексної терапії непсихотичних психічних розладів у дітей та підлітків із хронічною тонзиллогенною інтоксикацією.

*Об'єкт дослідження –* непсихотичні психічні розлади у дітей та підлітків із хронічною тонзилогенною інтоксикацією.

*Предмет дослідження –* клініко-психопатологічні особливості НПР, стан мікробіоцинозу слизової оболонки носоглотки, особливості БЕАГМ, стан загального і специфічного імунітету та аутоімунних реакцій проти нейроспецифічних білків у дітей та підлітків із НПР і ХТІ.

*Методи дослідження.* Застосовувалися клініко-психопатологічний, експериментально-психологічний, клініко-катамнестичний, мікробіологічний, імунологічний, електроенцефалографічний, статистичний.

У всіх обстежених дітей та підлітків аналізувалась психопатологічна структура непсихотичних психічних розладів. В основу збору анамнезу і клінічного опису обстежених дітей та підлітків були покладені загальноприйняті в психіатрії схеми.

Клініко-психопатологічне обстеження здійснювалось у формі клінічного психіатричного інтерв'ю з використанням клінічних діагностичних критеріїв відповідно до МКХ-10.

Експериментально-психологічне дослідження виконувалось з урахуванням вікових груп пацієнтів. Дослідження сенсомоторної сфери й уваги оцінювалось за допомогою різних модифікацій дошки Сегена й методики Кооса, коректурної проби і метода відшукування чисел за таблицею Шульте. Для дослідження мислення застосовували методики класифікації предметів, виключення предметів, істотні ознаки, прості аналогії, встановлення послідовності подій, а також співвідношення прислів'їв, метафор і фраз, заповнення пропущених у тексті слів, пояснення сюжетних картинок. Порушення функції пам'яті визначали за методикою заучування 10 слів, піктограма, відтворення розповіді.

Дослідження за допомогою мікробіологічного метода здійснювалося в лабораторії бактеріології КМКПНЛ №1 і УНДІПАГ. У дітей та підлітків із НПР і супутньою ХТІ, а також у групі контролю оцінювали посіви з носоглотки, з метою вивчення мікрофлори носа та зіву, а також визначення чутливості інфект-агенту до антибактеріальних (АБ) препаратів.

Дослідження біоелектричної активності головного мозку (БЕАГМ) методом електроенцефалографії (ЕЕГ) виконували пацієнтам основної та контрольної груп на початку діагностики та наприкінці 1-го року спостереження, з метою підтвердження ефективності розробленої системи терапії, в лабораторіях нейрофізіології УНДІ соціальної і судової психіатрії та наркології та у КМКПНЛ №1.

Імунологічне дослідження здійснювалося після встановлення діагнозу у дітей та підлітків із НПР і ХТІ, а також у групі контролю (пацієнти тільки із НПР) і в групі порівняння (наявна ХТІ без ознак психічних розладів) в лабораторії нейроімунології та культивування тканин УНДІ нейрохірургії.

Обробку отриманих даних проводили за допомогою пакету прикладних програм “Statistica 6.0”. Обчислювалися основні параметри вибіркового методу. Для розрахунку вірогідності розходження між двома вибірками застосовувався Т-критерій Стьюдента. Встановлення наявності або відсутності зв'язку між двома ознаками вирішувалося за допомогою критерію *хі*-квадрат. Аналіз здійснювався методом порівняння двох відносних частот появи ознаки у середині однієї групи спостережень. Використовувався метод перевірки нульової статистичної гіпотези рівності відносних частот. Для реалізації цього методу застосовувався розділ "Калькулятор ймовірності" ("Probability calculator") програми Statistica.

**Наукова новизна**. Уперше проведене комплексне дослідження, що дозволило визначити клінічні, нейрофізіологічні, мікробіологічні та імунологічні особливості непсихотичних психічних розладів у дітей та підлітків із хронічної тонзилогенною інтоксикацією (ХТІ). Вперше вивчені клініко-психопатологічні особливості НПР у дітей та підлітків із ХТІ.

Уперше вивчені імунологічні аспекти НПР у дітей та підлітків із ХТІ. Доведено, що комбінована психічна та лор-патологія протікає з порушенням загального і специфічного імунітету. Різні форми непсихотичних психічних розладів у поєднанні із ХТІ мають як кількісні, так і якісні зміни імунного статусу, найбільш виражені при тривожно-депресивному й церебрастенічному розладі, а найменш – при поведінкових порушеннях.

Уперше проведені мікробіологічні дослідження посівів з носоглотки з виділенням інфект-агенту у дітей та підлітків із НПР на тлі ХТІ.

Уперше з урахуванням розроблених критеріїв запропонований спосіб терапії непсихотичних психічних розладів у дітей та підлітків із ХТІ (Деклараційний патент України на корисну модель № 6718 від 16.05.2005 р., бюл. № 5), з використанням АБ-препаратів, спрямованих на усунення токсичного бактеріального впливу на структури головного мозку та імуномодулюючого препарату «Імудон».

**Практична значимість**. На основі результатів дослідження доведений істотний внесок ХТІ у виникнення НПР у дітей та підлітків. Показано, що тонзилогенна інтоксикація може провокувати або ускладнювати перебіг психічних розладів у дітей та підлітків. Розроблено діагностичні підходи й описана система комплексної терапії, що дозволяє підвищити ефективність базисної терапії та забезпечити більш швидке настання ремісії непсихотичних психічних розладів у дітей та підлітків на тлі ХТІ (Деклараційний патент України на корисну модель № 6718 від 16.05.2005 р., бюл. № 5). Розроблені діагностичні підходи й система надання терапевтичної допомоги впроваджені в роботу психоневрологів і сімейних лікарів і можуть використовуватися на стаціонарному та амбулаторному етапах лікування.

Результати дослідження у вигляді методики комплексної етапної системи терапії психічних розладів у дітей та підлітків із ХТІ внесені до Державного реєстру профільних нововведень і впроваджені в практику охорони здоров'я 21 медичної організації у вигляді інформаційного листа МОЗ України (№ 12 - 2006, вип. № 5). Результати дисертаційної роботи впроваджені в практичну діяльність лікарів психіатрів дитячого відділення №11, №12 КМКПНЛ №1, дитячого відділення КМКПНЛ №2, відділення оториноларингології КМДКЛ №2. Основні положення роботи використовуються в навчальному процесі і лекційних курсах при підготовці курсантів на кафедрі дитячої, соціальної й судової психіатрії НМАПО імені П.Л. Шупика.

**Особистий внесок дисертанта.** Виконана робота є самостійною працею автора. Дисертантом особисто опрацьована література за проблемою, визначені мета й завдання, розроблені програма та інструментарій комплексного дослідження. Самостійно проведений відбір хворих, проаналізовані результати клінічних, мікробіологічних, імунологічних, електроенцефалографічних досліджень. Особисто проводилося катамнестичне спостереження за хворими, які одержували рекомендовану терапію. Автором самостійно згрупована комп'ютерна база даних, проведений її статистичний аналіз. На підставі здійснених досліджень здобувачем особисто підготовлені всі наукові статті, написані всі розділи дисертації, сформульовані висновки й розроблені практичні рекомендації, забезпечене їх впровадження в практику охорони здоров'я дітей та підлітків України.

Основні положення роботи повною мірою відображені в 10 публікаціях. Особистий внесок дисертантки у наукових спеціалізованих виданнях, написаних у співавторстві є наступним: у роботі №1 зі списку робіт, наведених наприкінці автореферату, автором самостійно проаналізована структура непсихотичних психічних розладів у дітей та підлітків на тлі ХТІ, наведені клініко-психопатологічні дані осіб, що обстежувалися, визначені особливості клініки НПР; у роботі №2 автором самостійно викладена проблема комплексного підходу до терапії НПР, проведений аналіз редукції синдромів непсихотичних психічних розладів, обґрунтовані показання до застосування АБ-препаратів та імуномодулятора «Імудон»; у роботі № 3 автором узагальнені результати дослідження БЕАГМ у дітей та підлітків із НПР і ХТІ, описані переважні центри локалізації патології, обґрунтована методика застосування ЕЕГ-дослідження; у роботі №4 автором описаний спосіб застосування комплексної терапії, науково доведена її ефективність; у роботі №5 автором висвітлені мета й завдання дослідження, підібрані відповідні методики, проведено дослідження імунології при НПР у дітей та підлітків із ХТІ, оброблені отримані дані й здійснена їх інтерпретація.

**Апробація роботи**. Основні положення дисертації повідомлені й обговорені на ІХ Міжнародному медичному конгресі студентів і молодих учених (м.Тернопіль, 2005), VII науково-практичній конференції «Актуальні питання клінічної, лабораторної імунології та аллергології» (м. Київ, 2005), ІІІ конгресі педіатрів України «Сучасні проблеми клінічної педіатрії» (м. Київ, 2006), науково-практичній конференції з міжнародною участю «Вікова нейропсихологія й нейропсихіатрія» (м.Київ, 2007).

**Публікації**. За темою дисертації опубліковано 10 наукових праць, з них 4 статті в наукових профільних виданнях, рекомендованих ВАК України, 4 тези доповідей у матеріалах науково-практичних конференцій, конгресів і з'їздів, оформлений 1 інформаційний лист, отриманий 1 деклараційний патент на корисну модель.

**Обсяг і структура дисертації.** Дисертацію викладено на 197 сторінках машинописного тексту (164 сторінки основного тексту і 33 сторінки – таблиці, додатки, список використаних джерел). Робота складається зі вступу, огляду літератури, матеріалів і методів дослідження, 5 розділів власних досліджень, аналізу та узагальнення результатів, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел та таблиць і додатків. Матеріали дисертації проілюстровано 25 таблицями, 15 малюнками. Список використаних джерел містить 266 робіт, з них 185 україномовних та російськомовних, 81 – зарубіжних авторів.

**ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ**

В основу роботи покладено результати клініко-психопатологічного, експериментально-психологічного, мікробіологічного, електроенцефалографічного, імунологічного методів дослідження дітей та підлітків із НПР і супутньою ХТІ. Пацієнти були обстежені у відділеннях №11, №12 КМКПНЛ №1, а також амбулаторному прийомі на кафедрі дитячої, соціальної та судової психіатрії НМАПО імені П.Л. Шупика.

Згідно з метою та завданнями обстежено 163 дитини та підлітка віком від 4 до 18 років з непсихотичними психічними розладами. Основну групу склали 113 дітей та підлітків із НПР і ХТІ, контрольну групу - 50 дітей та підлітків із НПР без ХТІ, групу порівняння - 15 дітей та підлітків з наявністю ХТІ без ознак психічних розладів. За нозологічними формами та віковою категорією пацієнти основної та контрольної груп були співставні.

У всіх хворих лор-лікарем була діагностована ХТІ. У 87 (77,0%) осіб установлений діагноз - хронічний декомпенсований тонзиліт, у 26 (23,0%) - хронічний компенсований тонзиліт. Вікова періодизація: 4-6 років - 21 (18,6%), 7-11 років - 27 (24,0%), 12-14 років - 36 (32,0%), 15-18 років - 29 (25,6%). У групу дітей були включені особи від 4 до 14 років, підлітків - від 15 до 18 років. Серед обстежених хворих було 67 (59,3%) хлопчиків і 46 (40,7%) дівчаток. До початку дослідження у спостережуваних зареєстровані наступні терміни наявності ХТІ: 1-2 роки - 23 (20,3%), 3-4 роки - 31 (27,4%), 5-6 років - 32 (28,3%), 7-8 років - 12 (10,6%), 10 років і більше - 15 (13,3%).

Соматичне обстеження проводилося за традиційною схемою з оцінкою лабораторних даних і врахуванням висновків фахівців (лор-лікаря, імунолога, кардіолога, педіатра, невролога).

Серед скарг дітей та підлітків основної групи переважали: стомлюваність (90,2%) і неуважність (83,2%), сонливість (73,4%), дратівливість (70,0%), головний біль (66,4%), розлади сну (63,7 %). Серед скарг осіб з групи контролю переважали: дратівливість (96,0%), неуважність (54,0%), головний біль (42,0%).

Найбільш ранніми симптомами загальних порушень були зміни у поведінці дітей. В основній масі (60,0%) переважали млявість у поєднанні з неуважністю, стомлюваністю, дратівливістю. У дітей та підлітків з групи контролю переважали риси дратівливості (96,0%).

У 75 (66,4%) осіб спостерігався мігренеподібний характер цефалгій з однобічною або двобічною локалізацією переважно в лобній – у 37 (47,4%), лобно-скроневій – у 24 (30,7%), скронево-тім'яній областях – у 14 (18,6%) випадках. Головний біль найчастіше виникав зранку, або у другій половині дня, після перенапруги. Нерідко він супроводжувався нудотою. Порушення сну відзначено у 72 (63,7%) осіб з основної групи і у 18 (36,0%) – з групи контролю. Найбільш частими проявами порушення сну були: уповільнене засипання або стійке безсоння, неспокійний сон, сноговоріння, сноходіння, «безладні» сновидіння, часто неприємного або страхітливого характеру, недостатній за тривалістю сон. Пацієнти прокидалися з почуттям втоми, головним болем, дратівливістю. Хворі відчували сонливість під час навчання (73,4%), скаржилися на часті запаморочення (43,3%). Біль у суглобах відзначався у 61,0% досліджуваних, припухлість – у 19,4%, при практичній відсутності таких симптомів у контрольні групі. Значна кількість хворих (40,0%) скаржилася на біль, неприємні відчуття в області серця, які виникали без видимих причин, або після емоційної перенапруги, перевтоми. Практично у всіх випадках наявності скарг із боку серця хворі були проконсультовані кардіологом із проведенням ЕКГ. Під час огляду у хворих з найбільшою статистичною вірогідністю (р<0,001) спостерігалися: мигдалики з вираженою гіпертрофією – у 87 (77,0%), блідість шкіри – у 67 (59,2), синява під очами – у 64 (56,6%), набряклість тканин обличчя – у 45 (40,0%) у порівнянні із групою контролю.

За нашими спостереженнями, у дітей основної групи статистично вірогідно виявлялися психосоматичні скарги й ознаки інтоксикаційного синдрому, що підтверджували наявність хронічного вогнища інфекції в лор-органах (p<0,05).

У 12 хворих проведена МРТ головного мозку за направленням невропатолога. У 8 з них описуються ознаки синуситів, що підтверджують існування патологічного процесу запального характеру в носоглотці.

Розподіл обстежених хворих за основними нозологічними формами (згідно з МКХ-10) представлений так: органічний емоційно лабільний (астенічний) розлад (F 06.6) - 36 (31,8%), несоціалізований розлад поведінки (F 91.1) - 32 (28,3%), змішаний тривожний і депресивний розлад (F 41.2) - 24 (21,2%), гіперкінетичний розлад (синдром психомоторного розгальмування, F 90.1) - 21 (18,6%).

Діагностовано наступні коморбідні розлади: транзиторний тиковий і гіперкінетичний розлад (14,1%), психосенсорний розлад (7,0%), порушення мови у вигляді заїкування (6,2%).

Діагноз *органічний емоційно лабільний (астенічний) розлад* (F 06.6) встановлений у 36 (31,8%) пацієнтів. Основними критеріями постановки діагнозу були наявність розладу, що характеризується вираженою й постійною емоційною недостатністю або лабільністю, стомлюваністю чи різноманітними неприємними фізичними відчуттями (наприклад, запамороченнями і болем), що, можливо, виникають внаслідок органічного розладу.

Важливо відзначити, що цю групу переважно склали пацієнти з невеликими термінами існування ХТІ – від 1 до 2 років.

Астенічні розлади різного ступеня вираження були найпоширенішими НПР у дітей та підлітків із ХТІ. Їх основним проявом виявився синдром дратівливої слабкості, що включає, з одного боку, підвищену збудливість і вразливість у поєднанні з нездатністю до тривалої напруги (61,5%), легкою стомлюваністю й швидким виснаженням при навантаженні (100,0%), особливо інтелектуальному; з іншого боку - рухове занепокоєння (58,2%), розгальмування, схильність до афективних спалахів (47,2%). Уже на протязі першого року наявності ХТІ пацієнти відзначали короткочасні поліморфні невротичні порушення - неспокійний сон (80,5%), коливання настрою (39,0%), порушення апетиту (27,7%), страхи (19,4%). Розповсюдженою була гіперестезія до звуків і яскравого світла (22,2%). Частими проявами церебрастенічних синдромів був головний біль (76,0%), що підсилювався у другій половині дня. Батьки відмічали у більшості дітей уповільнення рухів, меншу їх спритність та пластичність (25,0%).

У порівнянні пацієнтів основної групи з групою контролю церебрастенічні прояви були менш вираженими, з меншою кількістю діагностичних ознак, характеризувалися мінливістю (частіше виникали після навантажень, хвороби тощо), істотно не турбували хворих.

Виділено два варіанти астенічного розладу.Астеноадинамічний варіант діагностувала у 61,5% випадків. Пацієнти були млявими, з підвищеною виснаженістю, емоційно лабільними, настрій був знижений, рухи – сповільнені. Синдром дратівливої слабкості найбільш часто поєднувався з сенсорними та вестибулярними порушеннями різного ступеня вираженості (2,6%).

Астеногіпердинамічний варіант виявився менш розповсюдженим і спостерігався у 38,5% випадків. Діти відрізнялися руховим розгальмуванням, занепокоєнням, метушливістю. У деяких пацієнтів при цьому варіанті відзначалася схильність до бурхливих афективних реакцій, нерідко з агресією. Разом з тим спостерігалися підвищена стомлюваність, виснаженість. Тобто, психічні порушення характеризувалися сполученням гіпердинамічного та церебрастенічного синдромів.

У пацієнтів основної групи були виявлені коморбідні розлади: гіперкінетичний розлад (10,7%), змішаний тривожно-депресивний розлад (6,3%), психосенсорний розлад (2,6%).

Основним критерієм встановлення діагнозу *несоціалізованого розладу поведінки* (F 91.1) було поєднання стійкої дисоціальної або агресивної поведінки зі значним загальним порушенням взаємовідносин дитини з іншими дітьми. Даний розлад був діагностований у 32 (28,3%) хворих.

Прояви поведінкових відхилень у раніше соціально адаптованих дітей та підлітків співпадали з появою й наростанням у динаміці церебрастенічної та психопатоподібної симптоматики. Дратівливість, емоційна нестриманість, агресивний відтінок афективного реагування, брутальність (80,5%), загострення егоцентричних рис (53,1%) нерідко були підґрунтям для міжособистісних конфліктів у школі та дома (59,3%). Недостатня критична оцінка своєї поведінки у 97,1% пацієнтів стала однієї із причин їхнього залучення до групи дітей з асоціальною поведінкою 28,0%. Характерними були зниження настрою по типу дисфорій (56,2%), поява непередбачуваних афективних реакцій (18,7%). Це поєднувалося з поступовим ослабленням мотиваційного компоненту психічної діяльності.

Дратівливість поступово переростала в байдужість, тобто псевдоапатію. Раніше соціально адаптовані діти втрачали інтерес до навчання. Байдуже ставлення до своїх обов’язків у 9 (28,0%) осіб змінювалося на синдром покидання домівки і бродяжництво. Діти ставали неврівноваженими, емоційно-лабільними. У 4 (12,5%) пацієнтів відзначені стани - «зупинялися на уроках на півслові», хоча за даними ЕЕГ епісимптоматика не виявлена. В 12 (37,5%) дітей мали місце напади агресії стосовно батьків, учителів.

У пацієнтів цієї групи на тлі основного діагностичного критерію відзначені коморбідні розлади у вигляді: церебрастенічних порушень (9,1%), транзиторного синдрому тиків і гіперкінезів (7,9%), гіперкінетичного порушення (5,2%), заїкуватості (3,5%), змішаного тривожно-депресивного синдрому (3,4%), психосенсорного розладу (2,6%).

На відміну від основної групи у пацієнтів з групи контролю статистично ймовірною (p<0,05) були присутні загострення егоцентричних рис, непередбачувані афективні реакції, зниження настрою, недостатня критика поведінки. Основними ознаками пацієнтів контролю були небажання вчитися від початку, тяга до розваг, асоціальна поведінка.

Діагноз ***змішаного тривожного й депресивного розладу*** (F 41.2) був встановлений у 24 (21,2%) пацієнтів. Основними діагностичними критеріями були присутність симптомів як тривоги, так і депресії, але не ті, не інші окремо чітко не домінували.

Початок депресії спостерігався через 7-10 днів після перенесеної ангіни, загострення хронічного тонзиліту. Попередніми були емоційні розлади, що проявлялися у вигляді пригніченості та невмотивованих коливаннях настрою. У 25,0% підлітків (15-18 років) відзначалася деяка втрата інтересу до життя з ідеями самозвинувачення. Підлітки ставали замкнутими, у колективі уникали спілкування з однолітками. Психогенні впливи у 75,0% випадків різко поглиблювали тривожні та депресивні прояви. На висоті клінічних ознак цього розладу у 37,5% хворих відмічались деліріозні розлади свідомості. Характерно, що всі досліджувані продовжували відвідувати школу та інші навчальні заклади, при цьому бажали вчитися й одержували гарні оцінки. Це вказує на відсутність глибини й тяжкості депресії.

Важливо підкреслити, що тривожно-депресивні переживання перебігали з коморбідними церебрастенічними проявами різного ступеня вираженості у 7,6% хворих, синдромом тиків і гіперкінезів – у 4,1% хворих, психосенсорними розладами – у 1,8%.

У пацієнтів контрольної групи відзначалися більш глибока депресивно-тривожна симптоматика, суіцидальні думки та дії, порушенням соціальної адаптації (p<0,05).

У групу пацієнтів з *гіперкінетичним розладом*(F 90.1) увійшла 21 (18,6%) дитина віком від 4 до 6 років.

У дітей основної групи відмічалася підвищена збудливість у поєднанні з нездатністю тривало займатися будь-якою діяльністю. Вони із задоволенням бралися за улюблені заняття та відразу ж їх полишали. У 16 (76,0%) з них відзначалися бурхливі протестні реакції на будь-які прохання матері, що супроводжувалися підвищенням рухового розгальмування. У 5 (23,8%) дітей спостерігалася швидка зміна емоційного фону з незначного приводу, що проявлялось зниженням настрою. Діти ставали агресивними у ставленні до однолітків у дворі, лаялися на людей у транспорті (76,0%). Напади дисфорій тривали протягом 5-10 хвилин (76,0%). Характерною рисою синдрому було постійне безцільне ходіння за бабусею, мамою, хоча дитині було запропоновано багато справ, що раніше цікавили її.

Характер рухової активності дітей основної групи відрізнявся безліччю зайвих, ситуативно необумовлених, а також незавершених рухів. Причину їхнього здійснення пацієнти пояснити або не могли, або давали недостатньо обґрунтовані відповіді. Це ознаки підкіркового характеру розгальмування при гіперкінетичному розладі. Психомоторне розгальмування доповнювалося недостатністю пластичності й координації тонкої й загальної моторики (95,0%). Також відмічалось деяке ослабленням емоційної насиченості й диференційованості афективних переживань.

У дітей з контрольної групи, за висновками неврологів, відзначалася неврологічна симптоматика, що підтверджувала превалювання органічного ураження ЦНС. Вони були менш притиснутими, відсутні дисфорії, розгальмування мали місце безліч завершених, цілеспрямованих рухів (p<0,05).

На тлі основного гіпердинамічного розладу відзначалися коморбідні: церебрастенічний синдром (6,3%), порушення мови у вигляді заїкування (2,7%), синдром тиків і гіперкінезів (2,1%) випадків.

Синдром тиків і гіперкінезів як коморбідна симптоматика відзначався у 14,1% дітей та підлітків із ХТІ. Початок тиків і гіперкінезів нерідко припадав на період після перенесеної ангіни, загострення хронічного тонзиліту, після емоційних, інтелектуальних навантажень. Тики звичайно мали форму мигання, гримас або посмикування голови. Відмічалися ремісії й рецидиви у виникненні. Множинні гіперкінетичні рухи – мимовільні, стрімкі, не доцільні. Для дітей молодшого віку (4-6 років) були характерні рухи у вигляді подихів, позіхань. На відміну від дітей та підлітків з контрольної групи всі пацієнти з основної групи були критичними, усвідомлювали зайвість таких рухів.

У 7,0% пацієнтів основної групи діагностовані коморбідні психосенсорні розлади. Найбільш часто вони були елементарними, з переважанням порушень оптичного характеру (зміна величини, форми предметів, роздвоєння, нахил предметів). Складні психосенсорні розлади найбільш характерні для пацієнтів з вираженими церебрастенічними станами, частіше у старші віковій категорії (після 12 років), вони були поліморфними, нестійкими. Найчастіше ці порушення виникали при психічному виснаженні (надмірних інтелектуальних навантаженнях), під впливом додаткових екзогенних шкідливих чинників, в умовах перегріву. У групі контролю виявлені психосенсорні розлади, найчастіше у вигляді порушення в сприйняття власного тіла, без церебрастенічних проявів лише у 2,0% пацієнтів.

Коморбідне порушення мови у вигляді заїкування відзначене в 6,2% пацієнтів. Початок заїкуватості практично в усіх пацієнтів був раптовим, безпричинним, часто після перенесеної ангіни з високою температурою й вираженою інтоксикацією або після загострення хронічного тонзиліту. Характерними були затягування та уповільнення мовлення з повторенням перших складів слів, що більшістю батьків сприймалося як те, що дитині «так подобається, вона просто балується», не викликало занепокоєння. У пацієнтів з групи контролю заїкування спостерігалася на тлі прискореного мовлення.

Експерементально-психологічне дослідження проводилося разом із клінічним психологом 113 пацієнтам з основної та 50 – групи контролю з метою виявлення відмінностей між ними в основних сферах психіки: інтелекті, психомоториці, емоційно-вольовій, особистості й поведінці. Повільність відзначалася у 75 (66,3%) дітей з основної групи. Вони справляли враження сором’язливо-замкнутих або загальмованих.

У 38 (28,3%) дітей з основної групи при спілкуванні спостерігалася дратівливість у поєднанні з руховою розгальмованістю. Вони різко відповідали на запитання, мали незадоволений, іноді злісний вигляді обличчя. У 45 (39,8%) пацієнтів відзначалися брутальність, злостивість у ставленні до молодших братів і/або сестер, матері, чого раніше не було, ознаки розгальмованості (підвищувався апетит, вони ставали нерозбірливі щодо їжі, неохайні).

При експериментальному дослідженні у 14 (28,0%) дітей з контрольної групи виявлялися протестні реакції, демонстративність, у сполученні з ознаками агресії, брутальності, конфлікності, що асоціюється з більше вираженим органічним характером ураження ЦНС. Поведінкові розлади у них були, як правило, з раннього дитинства.

Працездатність була зниженою у 90,0% пацієнтів. При цьому характерною була непродуктивність будь-якого виду психічної діяльності. У 53,0% хворих це було пов'язано з ознаками сильного виснаження психічних процесів, у 37,0% - пояснювалося швидкою пересиченістю будь-яким видом діяльності. Таким чином, у 90,0% досліджуваних з основної групи відзначалося ослаблення мотиваційної й вольової сторін психічної діяльності.

Емоційно-вольові порушення виявлені практично в усіх пацієнтів. У групі дітей молодшої вікової категорії (4-6 років) вони були слабковираженими. Діти були невмотивовано примхливими, рухливорозгальмованими. При несоціалізованому розладі поведінки у старших дітей (після 9 років) відзначалися змішані порушення поведінки та емоцій на тлі церебрастенії. Емоційна нестриманість спостерігалася практично у 50,0% пацієнтів. У 16 (14,1%) осіб, що були обстежені, мали місце непередбачені афективні реакції по типі дисфорий. В 37 (32,7%) досліджуваних спостерігалася деяка бідність і невиразність емоційних реакцій, що можна визначити як деякий підхід до псевдоапатії.

У сфері психомоторики варто підкреслити зниження мотивацій, порушення цілеспрямованості рухових актів, наявність розгальмованості. Підкірковий характер психомоторноі розгальмованості доповнювався недостатністю пластичності та координації тонкої і загальної моторики, чого не відмічалося при експериментальному дослідженні пацієнтів з контрольної групи.

При проведенні експериментально-психологічного дослідження було відмічено у дітей старшої вікової категорії (9-15 років) значне порушення особистісної сфери: переважали реакції «короткого замикання», пацієнти були непосидющими, імпульсивними, агресивними. Відзначалися зниження рівня інтересів, відсутність творчих проявів, переважання грубих форм спілкування (дратівливість, емоційна нестриманість). Однак ці зміни були нестійкими.

При експериментальному психологічному дослідженні мови у пацієнтів основної групи діагностовані афатичні розлади (6,2%) у вигляді порушення розуміння мови, порушення збірної функції мови. Пацієнти мали труднощі з підбором слів при описанні сюжетної картинки, пояснюючи це так - «забув, вилетіло з голови» (явища астенічної афазії). При зосередженні на завданні, що виконувалося у пацієнтів відзначалася легка запинка в мові - повторення перших складів слів, що стало особливістю заїкування у пацієнтів основної групи.

У 66,6% дітей відзначалася деяка сповільненість темпу мислення; 40,0% пацієнтів мали зниження ініціативності при збереженні адекватних емоційних реакцій поза експериментом; у 80,0% хворих діагностувалася слабкість спонукань, що проявлялася уповільненням динаміки й переключанням психічних процесів.

При дослідженні сфери інтелекту в усіх пацієнтів виявлено збереження його ядра, тобто абстрактно-логічного мислення. У всіх дітей та підлітків з основної групи в тому чи іншому ступені страждали передумови інтелекту. У 95,0% осіб, що приймали участь у дослідженні виявлялося ослаблення процесів пам'яті й уваги. При описанні сюжетних картинок із встановленням причинно-наслідкових зв'язків у 80,0% хворих простежувалася деяка інертність мислення та слабкість процесів тимчасового запам’ятовування. З метою об’єктивізації цих даних використовували результати двох психологічних проб: коректурної проби та запам’ятовування десяти слів.

Коректурну пробу пацієнти з основної групи виконували в середньому за 6,5 хв., допускаючи 17 помилок; групи контролю - за 8,5 хв, допускаючи 22 помилки. При цьому концентрація уваги у хворих основної групи становила 33,9 (тобто 94,2% по відношенню до еталонного значення - 36), у групі контролю - 26,2 (72,8%). Темп виконання у пацієнтів основної групи становив 125,9 (62,9%) знаків/хв (при нормативному 200 знаків/хв), у групі контролю - 80%. Результати коректурної проби у дітей та підлітків основної групи від 10 до 18 років показали зниження рівня концентрації уваги, значне зниження темпу виконання завдання у порівнянні з нормативними показниками. У пацієнтів з групи контролю відзначений вищій темп виконання при вираженому порушенні концентрації уваги.

Для дослідження стану пам'яті, стомлюваності, активності уваги застосовувалася методика запам'ятовування 10 слів. «Крива запам'ятовування» при церебрастенії на тлі ХТІ вказувала на послаблення уваги і на виражену стомлюваність хворих. У хворих основної групи виявлені порушення концентрації уваги, продуктивності й стійкості запам’ятовування, переважно функціонального характеру.

За результатами бактеріологічних досліджень із зіву і носа хворих більш ніж у 80,0% випадків виділялися асоціації мікробів. Змішана патологічна мікрофлора висівалася при тяжкій ХТІ, з вираженою та поліморфною психопатологічною симптоматикою.

У дітей та підлітків з непсихотичними психічними порушеннями та ХТІ, виявлена перевага патологічної мікрофлори в посівах із зіву (p<0,05), що доводить найбільшу ймовірність походження інфекційно-токсичного впливу на організм дитини саме із цієї ділянки. Найбільша статистично достовірна кількість мікроорганізмів виявлялася в посівах при церебрастенічному розладі, а найменша –при гіперкінетичному розладі.

При дослідженні БЕАГМ у 67 пацієнтів з основної групи та 40 – групи контролю виявлені патологічні зміни практично у всіх випадках.

За даними функціональної ЕЕГ-томографії головного мозку у 37,0% випадків локалізація високоамплітудної патологічної повільної активності (дельта- і тета-) складових ЕЕГ, вказувала на формування фокусу або фокусів епілептиформної активності у підкіркових медіобазальних структурах лобних і скроневих ділянок, з явищами залучення при гіпервентиляції структур діенцефальної та лімбічної систем. У 63,0% випадків при локалізації дипольних джерел (дельта- і тета-) ЕЕГ- активності реєструвалися поліфокальні порушення у паравентрикулярній зоні передніх рогів латеральних шлуночків мозку, верхній лобній і поясній звивинах. Тривимірна локалізація дипольних джерел патологічної високоамплітудної (бета-1) активності вказувала, як правило, на формування фокусів ірритації в ділянці верхніх і середньої лобних звивин, коліна мозолистого тіла й поясної звивини.

Гіпервентиляція викликала посилення дезорганізації БЕАГМ, з підвищенням амплітуди спектральної потужності дельта- або дельта- і тета-1 складових ЕЕГ у 93,0% пацієнтів, альфа- складових ЕЕГ – у 7,0% хворих. Тобто, у дітей з основної групи патологічна активність на ЕЕГ вірогідно частіше проявлялася при проведенні проби з гіпервентиляцією. При цьому патологічна епілептиформна дельта-активність зустрічалася у 58±5,58, що статистично вірогідно частіше у порівнянні з групою контролю, що вказує на ознаки вираженої дисфункції діенцефально-стовбурової та лімбічної системи, з ознаками зниження порога судомної готовності мозку. У групі контролю амплітуда альфа-ритму вища (103±5,2 мкВ), а його частота трохи нижча (9±0,2 кол/с) у порівнянні з основною групою, що є непрямими ознаками щодо більшої нейрофізіологічної незрілості в групі контролю. Відзначалася більш висока частота (13,8±0,4 кол/с) і амплітуда (22±1,3 мкВ) бета-активності в передньо-лобних і лобних відведеннях у дітей та підлітків з основної групи у порівнянні з групою контролю, що пов'язано з явищами вираженої ірритації в лобних відділах мозку при синдромі ХТІ.

При оцінці особливостей змін БЕАГМ у фоновому дослідженні ЕЕГ виявлені несуттєві розбіжності у дітей та підлітків з основної та контрольної груп, що вказує на ознаки патологічних змін в обох групах хворих із синдромом ХТІ, а також на відносну однорідність вибірки. Однак частота дельта-активності при фоновому обстеженні у дітей з основної групи статистично вірогідно нижча (2,6 ± 0,02 кол/с) у порівнянні з групою контролю (2,7 ± 0,04 кол/с), що пов'язано з більш вираженими проявами поточних патологічних процесів у мозку, переважно у стовбурових структурах мозку. Амплітуда патологічної епілептиформної тета-активності (202±15 мкВ), а також амплітуди комплексів «гостра хвиля - повільна хвиля» (175±6 мкВ), «спайк-хвиля» та «полиспайки-хвиля» (174±5 мкВ) статистично вірогідно більша у порівнянні з групою контролю при проведенні проби з гіпервентиляцією, можливо, через «нашаровування» додаткового симптомокомплексу синдрому ХТІ з ознаками вираженого зниження порога судомної готовності мозку .

Одним із завдань нашого дослідження було вивчення особливостей імунітету у дітей та підлітків з непсихотичними психічними розладами: церебрастенічний розлад (17 пацієнтів), змішаним тривожним та депресивним розладом (10 пацієнтів), несоціалізованими порушення поведінки (17 пацієнтів). Всі ці хворі мали лор-патологію у вигляді хронічної тонзилогенної інтоксикації. Імунологічні дослідження проводилися також у групі порівняння (15 пацієнтів з лор-патологією без психічних розладів) і групі контролю (15 пацієнтів з психічними розладами без лор-патології).

Проаналізувавши показники вмісту в крові лімфоцитів та їх основних субпопуляцій, можна зробити висновок, що наявність лор-патології збільшує ступінь порушень імунної системи, характерних для НПР. Найбільш уразливі, а також найбільш істотні зміни виявлені у вмісті Т-хелперів, природних кіллерів, менш істотні на рівні Т-супресорів. Виявлені зміни носять різнонаправленний характер. Так, кількість супресорів у крові збільшується, а Т-хелперів та кіллерів – зменшується. Несприятливий вплив ХТІ особливо чітко проявляється на вмісті CD16+-лімфоцитів, концентрація яких знизилася в групах з комбінованою патологією майже в 1,5-2 рази.

Проведене дослідження виявило розбіжності в імунологічних змінах при різних видах непсихотичних психічних розладів. Так, для змішаного тривожно-депресивного стану із супутньою ХТІ характерне найбільше зниження рівня кіллерів та В-лімфоцитів, а при несоціалізованому розладі поведінки не відбувається збільшення вмісту у крові Т-супресорів. При дослідженні цитотоксичної здатності мононуклеарів крові, а саме лімфоцитів та моноцитів, була виявлена посилена активність цих клітин у групах з комбінованою патологією відносно до груп контролю й порівняння.

Встановлено, що у хворих із комбінованою патологією у порівнянні з групами контролю значно зростає проліферативна здатність лімфоцитів під впливом нейроаутоантигену - основного білка мієліну (збільшення до 9,0-11,0% при 6,0-7,0% у контрольних групах). Найбільша кількість аутоантитіл виявлялась проти нейроспецифічної енолази (HCE) та білка S-100 (маркера), що вказує на переважне ушкодження нейроанальних структур у дітей та підлітків із НПР і ХТІ.

Основною метою нашого дослідження було підвищення ефективності надання терапевтичної допомоги дітям та підліткам шляхом додаткового застосування антибактеріальних та імуномодулюючих препаратів, спрямованих на усунення або послаблення інфекційно-токсичного впливу ХТІ на структури головного мозку. Всі діти й підлітки з основної групи були розподілені на дві терапевтичні групи: у I групі (63 пацієнтів) застосовувався описаний вище терапевтичний комплекс, у II групі (50 пацієнтів) здійснювалася терапія за загальноприйнятою у психіатрії схемою: симптоматичні засоби та відновний комплекс (судинні, ноотропи, вітамінотерапія).

Препарати антимікробної дії призначали з урахуванням чутливості до них патологічної мікрофлори у бактеріальному посіві з носоглотки. Провідним препаратом виявились АБ цефалоспоринового ряду. Антибактеріальна терапія призначалася у вікових дозах курсом 7 днів. Ефективність лікування контролювали повторним бактеріальним посівом.

В якості нейрометаболітів застосовували ноотропи та вітаміни групи В у вікових дозах за стандартною схемою: курсом 1 місяць, 3-4 рази на рік. У терапевтичний комплекс, що досліджувався, входило диференційоване призначення симптоматичних фармпрепаратів - седативних, антиконвульсантів, антидепресантів, нейрометаболітів. При наявності епілептиформної симптоматики, що супроводжувалась значною патологічною активністю на ЕЕГ, додатково призначався карбомазепін (фінлепсин ретард) або вальпроат (конвульсофін) у мінімальних вікових дозах. Як антидепресант застосовували сертралін (золофт) у дозах 25-50 мг/добу.

Одночасно з вищеназваними препаратами призначався імуномодулятор бактеріального походження «Імудон» для відновлення функції мікробіологічного й імунологічного ланцюгів системи антиінфекційної резистентності. «Імудон» призначався: по 1-2 таблетці 4 рази на день, курсом - 10 днів. Таблетки для розсмоктування приймали з інтервалом у 3-4 години.

Клінічна ефективність лікувального комплексу, що досліджувався, оцінювалася шляхом кількісного порівняння психопатологічних синдромів, що залишилися після редукції до кінця 1-го року дослідження в групах I і II (Рис. 1). Оцінювалися кількісні показники мікроекології носоглотки відразу після призначення АБ-терапії та в кінці року лікування, динаміка змін показників БЕАГМ до кінця 1-го року дослідження.

Наприкінці 1-го року відновної терапії у дітей та підлітків терапевтичної групи (I) статистично вірогідно (p<0,001; p<0,01) редукувалися основні психопатологічні синдроми: несоціалізований розлад поведінки (87,0%), органічний емоційно лабільний (астенічний) розлад (79,0%), гіперкінетичний синдром (76,0%), змішаний тривожний та депресивний розлад (70,0%). Паралельно з редукцією основної симптоматики також успішно піддалися терапії й коморбідні синдроми: синдром транзиторних тиків та гіперкінезів (100,0%), психосенсорний розлад (100,0%), заїкування (50,0%).



Рис. 1. Порівняльна характеристика терапевтичних груп.

Для оцінки ефективності розробленої нами системи надання терапевтичної допомоги дітям та підліткам із НПР, обтяженими ХТІ застосовувались ЕЕГ-дослідження в динаміці через 1 рік після терапії. Нейрокартування було проведене 33 хворим з I терапевтичної групи, 30 хворим з II терапевтичної групи.

При застосуванні розробленого терапевтичного комплексу в кінці 1-го року терапії статистично ймовірними виявилися зміни порогу судомної готовності мозку (підвищення) і редукція непрямих ознак динамічних судинних порушень (за показниками мономодальності спектру потужності домінантного альфа-ритму) у пацієнтів з основної групи у порівнянні із групою контролю (p < 0,05) (Рис. 2, 3).

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Рис. 2. Зміна порогу судомної готовності мозку | Рис. 3. Редукція непрямих ознак динамічних судинних порушень |

При порівнянні змін амплітуди основних патологічних складових БЕАГМ, статистично ймовірним (p < 0,05) виявилося зменшення амплітуди: дельта-активності, тета-активності, «гостра хвиля - повільна хвиля», «спайк-хвиля» і «поліспайки хвиля» (при проведенні проби з гіпервентиляцією). Підвищена частота коливань мономодального спектру потужності α-ритму у пацієнтів I групи в порівнянні з II групою в кінці 1 року застосованої терапії (p < 0,05).

Підсумовуючи вищевикладене, можна сказати, що розроблений фармакологічний комплекс, котрий включає АБ-препарат, імуномодулюючий препарат у терапевтичних дозах, поєднаний з базисною терапією (нейрометаболіти, антидепресанти, седативні засоби, антиконвульсанти), дозволяє вірогідно більш ефективно редукувати НПР у дітей та підлітків із ХТІ. Статистично вірогідно ефективною була терапія як основних синдромів (несоціалізованого розладу поведінки, церебрастенічного синдрому та гіперкінетичного синдрому), так і коморбідного (синдрому транзиторних тиків та гіперкінезів).

**ВИСНОВКИ**

1. У дисертації наведені теоретичне обґрунтування й нове рішення наукового завдання - удосконалити діагностику й підвищити ефективність лікування НПР у дітей та підлітків при інфекційно-токсичному впливі у вигляді хронічної тонзилогенної інтоксикації.
2. У структурі НПР у дітей та підлітків із ХТІ виявлені: органічний емоційно лабільний (астенічний) розлад (31,8%), несоціалізований розлад поведінки (28,3%), змішане тривожний і депресивний розлад (21,2%), гіперкінетичний розлад (18,6%). В якості коморбідних розладів виявлені: транзиторний тиковий та гіперкінетичний розлад (14,1%), психосенсорний розлад (7%), порушення мови у вигляді заїкування (6,2%).
3. За результатами проведеного мікробіологічного дослідження у дітей та підлітків основної групи частота висівання патологічної мікрофлори статистично вірогідно більша в порівнянні з групою контролю. У 80,0% випадків виявлялися мікробні асоціації. Змішана патологічна мікрофлора зустрічалася при тяжкій ХТІ, що корелювало з тяжкістю та поліморфізмом психопатологічної симптоматики. Статистично достовірно важчий ступінь обсіменіння патологічними мікроорганізмами відзначався при органічному емоційно лабільному (астенічному) розладі, легший - при гіперкінетичному розладі.
4. За даними комплексних нейрофізіологічних досліджень при НПР у дітей та підлітків із ХТІ статистичною вірогідністю доведене посилення явищ ірритації переважно в лобних, лобно-скроневих ділянках мозку із залученням діенцефально-стовбурної та лімбічної систем мозку у порівнянні з пацієнтами групи контролю.
5. За допомогою проведених імунологічних досліджень доведено, що при НПР та супутній ХТІ спостерігаються більш значущі зміни в загального та специфічного імунітету, ніж при окремих видах патології. ХТІ спричиняє додатковий запальноінтоксикаційний вплив на організм, що посилює наявний імунодефіцит і призводить до активації опортуністичної інфекції та тяжчого перебігу НПР. Відбувається розвиток клітинної лейкоцитарної та лімфоцитарної сенсебілізації й збільшення рівня аутоантитіл до специфічних нервових клітин.
6. Розроблена система комплексної терапії, що включає антибактеріальні та імуномоделюючі препарати у поєднанні з стандартними схемами психотропної терапії дозволяє вірогідно ефективніше усувати НПР у дітей та підлітків з хронічної тонзилогенною інтоксикацією шляхом видалення або ослаблення токсичного бактеріального впливу на структури головного мозку.

**СПИСОК РОБІТ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ**

1. Чуприков А.П., Семенова И.А., Макаренко С.Н. Особенности психической патологии у детей с хронической тонзилогенной интоксикацией. // Укр. Медичний Альманах. – Луганськ, 2004. – Том 7, №4 (додаток). – с.163-164.
2. Семенова И.А., Макаренко С.Н. Терапевтическая тактика психической патологи у детей с хронической тонзилогенной интоксикацией. // Зб. наук. пр. співробітників КМАПО ім. П.Л. Шупика. – К. – 2005. – Вип.. 14, книга 1. – с.718-723.
3. Семенова И.А., Макаренко С.Н., Кардашов В.П., Бушинская Е.В. Электронейрофизиологический аспект патогенеза психоневрологических нарушений у детей и подростков с хронической тонзилогенной интоксикацией. // Зб. наук. пр. співробітників КМАПО ім. П.Л. Шупика. – К. – 2005. – Вип.. 14, книга 2. – с.332-337.
4. Деклараційний патент на корисну модель України №6718 від 16.05.2005. Бюл. №5. Чуприков А.П., Макаренко С.М., Семенова І.А. КМАПО ім. П.Л. Шупика. – Спосіб лікування психічних розладів у дітей з хронічним захворюванням.
5. Чуприков А.П., Лисяный Н.И., Семенова И.А., Макаренко С.М. Особенности иммунологических нарушений при психической патологии у детей с хронической тонзилогенной интоксикацией. // Зб. наук. пр. співробітників НМАПО ім. П.Л. Шупика. – К. – 2006. – Вип.. 15, книга 2. – с.547-552.
6. Чуприков А.П., Семенова І.А., Макаренко С.М. Етапи патогенетичної терапії психічних розладів у дітей з хронічною тонзилогенною інтоксикацією. // Інформ. лист №12. – Київ, 2006. – 3 с.
7. Чуприков А.П., Лисяний Н.І., Багрій Я.Т., Макаренко С.М. Імунологія раннього дитячого аутизму. // Імунологія та алергологія. – 2005. № 3. – С. 63 (тези доповіді).
8. Макаренко С.Н. Исследование связи между состоянием лимфоглоточного кольца и развитием психических нарушений у детей и подростков. // IX міжнародний медичний конгрес студентів і молодих учених. – Тернопіль. – 2005. – с.108
9. А.П. Чуприков, С.М. Макаренко. Психічні порушення у дітей з хронічною тонзилогенною інтоксикацією. // Сучасні проблеми клінічної педіатрії: – Матеріали ІІІ конгресу педіатрів України. – Київ, 2006 р. – с.85-86.
10. Макаренко С.Н. Психические нарушения у детей с хронической тонзилогенной интоксикацией (ХТИ) // Возрастная нейропсихология и нейропсихиатрия: Материалы научно-практической конференции с международным участием. Киев, 2007 г. – С. 37.

**АНОТАЦІЯ**

**Макаренко С.М. Особливості психічних порушень у дітей з хронічною тонзилогенною інтоксикацією.** – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.16 – психіатрія. – Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, Київ, 2008.

На підґрунті вивчення клінічного поліморфізму та структури непсихотичних психічних розладів у дітей та підлітків на фоні ХТІ розроблено систему їх діагностики та лікування. У даних хворих виявлено наступні НПР: органічний емоційно лабільний розлад (31,8%), не соціалізований розлад поведінки (28,3%), змішаний тривожний і депресивний розлад (21,2%), гіперкінетичний розлад (18,6%). Розглянуто коморбідні психопатологічні розлади: синдром транзиторних тиків та гіперкінезів (14,1%), психосенсорний розлад (7,0%), порушення мови у формі заїкання (6,2%).

Показано надійність використаних мікробіологічних, електроецефалографічних, імунологічних методів діагностики НПР у дітей та підлітків з ХТІ. Найбільш успішною лікувальною тактикою виявилося поєднання антибактеріальної та імуномоделюючої терапії зі стандартними схемами психотропної терапії.

Запропоновано систему діагностичної тактики та надання терапевтичної допомоги дітям та підліткам з НПР і ХТІ, що дозволить здійснювати раннє їх виявлення та диференційоване лікування.

***Ключові слова:*** діти та підлітки, непсихотичні психічні розлади, хронічна тонзилогенна інтоксикація, коморбідність.

**АННОТАЦИЯ**

**Макаренко С.Н. Особенности психических нарушений у детей с хронической тонзилогенной интоксикацией.** – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.16 – психиатрия. – Украинский научно-исследовательский институт социальной и судебной психиатрии и наркологии МОЗ Украины, Киев, 2008.

В диссертационной работе исследовался клинический полиморфизм и структура НПР, изучались микробиологическое состояние слизистой оболочки носоглотки, биоэлектрическая активность головного мозга (БЭАГМ), проводилось исследование общего и специфического иммунитета и аутоиммунных реакций против нейроспецифических белков у детей и подростков с непсихотическими психическими расстройствами и хронической тонзиллогенной интоксикацией.

Для этого было проведено обследование 113 больных с непсихотическими психическими расстройствами и хронической тонзилогенной интоксикацией. С помощью клинического, клинико-психопатологического, эксперементально-психологического методов выявлены особенности психических расстройств у этих пациентов.

Органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство из рубрики F 06.6 по МКБ-10 выявлено у 31,8% пациентов. Основными критериями постановки диагноза являлись наличие расстройства, характеризирующегося выраженной и постоянной эмоциональной недостаточностью или лабильностью, утомляемостью или разнообразными неприятными физическими ощущениями (например, головокружениями и болями).

Основными критериями постановки диагноза несоциализированного расстройства поведения (F 91.1) было сочетание упорного диссоциального или агрессивного поведения со значительным общим нарушением взаимоотношения ребенка с другими детьми. Данное расстройство было отмечено у 32 (28,3%) больных.

Диагноз смешанного тревожного и депрессивного расстройства(F 41.2) был установлен у 24 (21,2%) пациентов. Основными критериями постановки диагноза явилось присутствие симптомов как тревоги, так и депрессии, но ни те, ни другие по отдельности не являются отчетливо доминирующими.

В группу гиперкинетическое расстройство(F 90.1) вошел 21 (18,6%) ребенок в возрасте от 4 до 6 лет. У детей отмечалась повышенная возбудимость в сочетании с неспособностью длительно заниматься какой-либо деятельностью.

В качестве коморбидных расстройств выявлены: транзиторное тикозное и гиперкинетическое расстройство (14,1%), психосенсорное расстройство (7,0%), нарушение речи в виде заикания (6,2%).

По результатам проведенного микробиологического исследования более тяжелая степень обсемененности патологическими микроорганизмами отмечалась при органическом эмоционально лабильном (астеническом) расстройстве, наименее легкая – при гиперкинетическом расстройстве.

По данным комплексных нейрофизиологических исследований при НПР у детей и подростков с ХТИ доказано усиление явлений ирритации преимущественно в области лобных, лобно-височных долей мозга с вовлечением диэнцефально-стволовой и лимбической систем мозга. С помощью проведенных иммунологических исследований доказано, что при НПР и сопутствующей ХТИ наблюдаются более значимые изменения в общем и специфическом иммунитете, чем при этих видах патологии в отдельности.

На основании полученных данных разработана система диагностики и терапии НПР у детей и подростков с ХТИ. Она позволяет проводить раннее выявление психических расстройств у этих больных и применять систему комплексной антибактериальной и иммуномодулирующей терапии в сочетании со стандартными схемами психотропной терапии, позволяющую более эффективно купировать НПР у детей и подростков с ХТИ.

***Ключевые слова:*** дети и подростки, непсихотические психические расстройства, хроническая тонзилогенная интоксикация, коморбидность.

**АNNOTATION**

**Makarenko S.M. Patterns of psychic disorders in children with chronic tonsillogenic intoxication. – Manuscript**

Theses for a Candidate of medical sciences degree in psychiatry- 14.01.16 ( specialty code). – National Medical Academy of Postgraduate Education named after P.L. Shupyk, Kyiv, Ukraine, 2008.

Based on study of clinical polymorphism and structure of non-psychotic psychic disorders in children and teenagers against the background of chronic tonsillogenic intoxication developed was the system of their diagnosis and treatment. In the patients found were non-psychotic psychiatric disorders as follows: organic emotional and labile (31/8%), unsocialized behavioral (28.3%), combined disorder associated with anxiety and depression (21.2%), hyperkinetic disorder (18.6%). Investigated were such psychopathological comorbidity disorders as syndrome of transitory tics and hyperkinesias (14.1%), psychosensorial disorder (7%), speech disturbance in the form of stammering (6.2%).

Proved was the reliability of employed microbiological, electroencephalographic and immunologic techniques for diagnosis of non-psychotic psychic disorders in children and teenagers with chronic tonsillogenic intoxication. Combined antibacterial and immunomodulating therapy with standard schemes of psychotropic medication appeared to be the most successful therapeutic tactics.

Suggested was the system of diagnostic tactics and medical care of children and teenagers with non-psychotic psychiatric disorders and chronic tonsillogenic intoxication that contributed to the early case detection and differentiated treatment.

***Key words:*** children and teenagers, non-psychotic psychiatric disorders, chronic tonsillogenic intoxication, comorbidity.

## Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>