

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ДИАГНОСТИКЕ, КОРРЕКЦИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ СОЦИАЛИЗИРОВАННОГО РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

М. М. Дюженко
КУОЗ «Харьковская областная клиническая наркологическая больница»

Аннотация. В статье дается анализ современных взглядов на проблему диагностики, терапии и профилактики социализированного расстройства поведения у лиц юношеского и подросткового возраста. На основе доступных источников отечественной и мировой научной литературы рассматриваются основные вопросы о состоянии этой проблемы, такие как распространенность социализированного расстройства поведения, связанные с ним делинквентное поведение и аддикции, особенности психопатологических проявлений у лиц с расстройствами поведения. Делается вывод, что в нашей стране, в первую очередь, не хватает подходов к диагностике и терапии, которые базировались бы на основах доказательной медицины. Приводятся возможные направления по преодолению указанных недостатков и оптимизации предоставления психиатрической помощи лицам юношеского и подросткового возраста с непсихотическими расстройствами психики и поведения.

Ключевые слова: социализированное расстройство поведения, терапия, психопрофилактика.

MODERN CONCEPTS OF CONDUCT DISORDER IN ADOLESCENTS DIAGNOSTICS, CORRECTION AND PREVENTION

M. M. Dyuzhenko
KZOZ Kharkiv Regional Clinical Narcological Hospital

Summary. The article provides an analysis of modern views on the diagnosis, treatment and prevention of conduct disorder in adolescents. On the basis of available sources of national and world scientific literature basic questions about the status of the problem, such as prevalence of conduct disorder, associated with it delinquent behavior and addiction, psychopathological manifestations are reviewed. It is concluded that in our country there is especially lack of approaches to diagnosis and therapy of conduct disorder, based to evidence-based medicine. The possible areas to overcome these defects and optimization of psychiatric assistance to youth and teens with non-psychotic mental and behavioral disorders are considered.

Key words: conduct disorder, therapy, psychological prophylaxis.

УДК: 616.895-008.452-07-053.9

ВАРИАНТЫ КЛИНИЧЕСКОЙ АРАНЖИРОВКИ АФФЕКТИВНО-БРЕДОВЫХ СИНДРОМОВ В ПСИХОГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ И ИХ КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЕ НАПОЛНЕНИЕ ПО ДАННЫМ PANSS



А. Г. Лисконог

Территориальное медицинское объединение «Психиатрия»

Аннотация. С целью анализа клинико-психопатологической структуры депрессивно-параноидного синдрома у контингента пациентов пожилого и старческого возраста, страдающих кардиоваскулярной патологией, с помощью шкалы позитивных и негативных синдромов PANSS было исследовано 100 пациентов пожилого и старческого возраста психосоматического отделения № 24 ТМО «Психиатрия» г. Киева с доминирующим депрессивно-параноидным синдромом в структуре психопатологических расстройств. В результате исследования разработана классификация типов клинической аранжировки депрессивно-параноидного синдрома. Выделено 9 типов клинической аранжировки: тревожно-персекуторный, тревожно-ипохондрический, тревожно-самоуничижающий, апатико-персекуторный, апатико-ипохондрический, апатико-самоуничижающий, меланхолично-персекуторный, меланхолично-ипохондрический, меланхолично-самоуничижающий.

Ключевые слова: депрессивно-параноидный синдром, аранжировка, тревога, меланхолия, психогеронтология.

Введение

Анализ распространенности нозологических форм кардиоваскулярной патологии у контингента пациентов пожилого и старческого возраста указывает на высокую

клиническую значимость комплекса психопатологических нарушений соматогенно-органического регистра в структуре патологии, формирующей сферу компетенции современной геронтологической психиатрии [1–2].

Исследование данной проблемы неизбежно приводит к необходимости формирования типологии аффективно-бредовых синдромов у пациентов пожилого и старческого возраста, страдающих сердечно-сосудистой патологией, с целью прогнозирования клинических исходов и поиска конгруэнтных методов коррекции психопатологических нарушений, в том числе, и психотерапевтических.

Смешанная этиопатогенетическая структура указанных расстройств является результатом онтогенетической аккумуляции патологических воздействий, следствием дисциркуляторных нарушений центральной нервной системы (ЦНС) в рамках сердечно-сосудистой патологии, а также результатом естественного хода инволюционного процесса [3].

Континуальность развития сердечно-сосудистой патологии до начала формирования психопатологических нарушений, предшествующая существованию персонологических нарушений, детерминирует важность поиска механизмов психогенеза экзacerbаций и является приоритетной задачей исследований данного комплекса психопатологических расстройств [4–5].

Присоединение продуктивной психопатологической симптоматики, в частности, широкого комплекса аффективно-бредовых синдромов, происходит на этапе прогрессирования дефицитарных психопатологических нарушений в структуре психоорганического синдрома. При учете характера психопатогенеза указанных расстройств, дескрипция и анализ депрессивно-параноидных синдромов

Диаграмма 1

Варианты клинической аранжировки депрессивного компонента психопатологической симптоматики среди исследованного контингента (%)

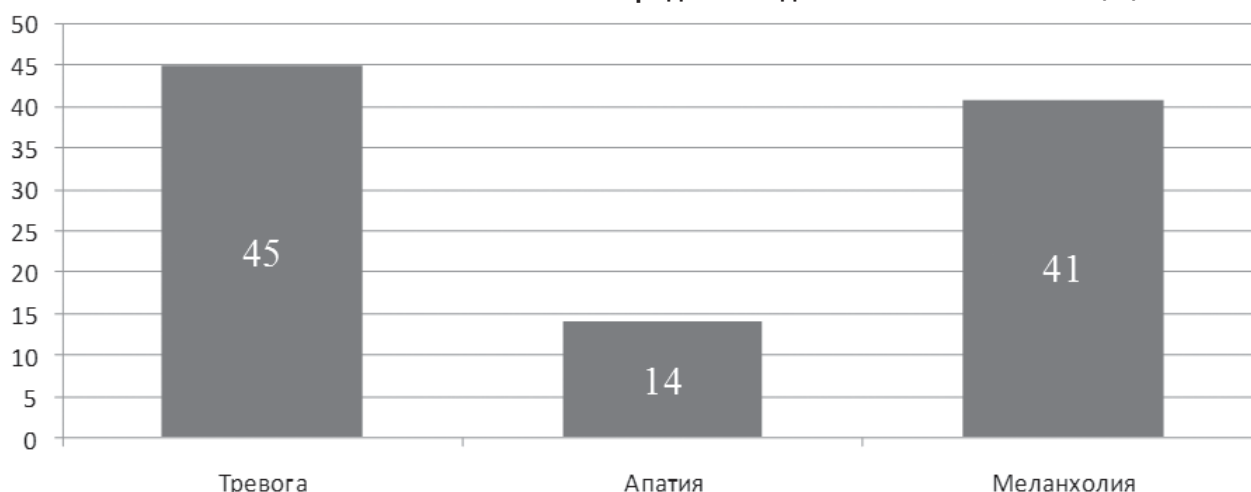


Диаграмма 2

Варианты клинической аранжировки параноидного компонента психопатологической симптоматики среди исследованного контингента (%)



в ракурсе типа их аффективной аранжировки в сопоставлении с верификацией клинического наполнения является приоритетной задачей современной геронтопсихиатрии.

Цель исследования

Анализ клиничко-психопатологической структуры депрессивно-параноидного синдрома у контингента пациентов пожилого и старческого возраста, страдающих кардио-васкулярной патологией.

Материалы и методы исследования

На базе психосоматического отделения № 24 ТМО «Психиатрия» г. Киева было обследовано 100 пациентов пожилого возраста, страдающих заболеванием сердечно-сосудистой системы (гипертонической болезнью; ишемической болезнью сердца – ИБС) с коморбидной психической патологией, в клинической структуре которой наблюдались психопатологические расстройства в рамках депрессивно-параноидного синдрома или его осевых компонентов. Длительность сердечно-сосудистого заболевания составляла от 5 до 30 лет.

Пациенты были распределены на группы согласно нозологической принадлежности доминирующих соматических нарушений:

1. ГБ 1 – 3 стадии;
2. ИБС. Диффузный кардиосклероз. СН 1–3;
3. ИБС. Стабильная стенокардия напряжения. ФК 1–3.

В исследовании применялись анамнестический, клиничко-психопатологический, психодиагностический, катамнестический, статистический методы.

В качестве методики верификации клинической семиотики в рамках данной работы использовалась шкала позитивных и негативных синдромов PANSS.

Результаты исследования и их обсуждение

В рамках психодиагностического и клиничко-психопатологического исследований с использованием стандартного набора экспериментально-психологических методик у обследованного контингента пациентов были выявлены следующие структурные характеристики депрессивно-параноидного син-

Таблица 1

Варианты клинической аранжировки депрессивно-параноидного синдрома у исследованного контингента пациентов (%)

Клиническая аранжировка	Аффективный тип депрессивного компонента	Доминирующая бредовая фабула в структуре параноидного компонента	Клиническое наполнение	%
Тревожно-персекуторная (ТП)	Тревожный	Отношения, преследования, воздействия	Обманы восприятия с их интерпретацией в рамках воздействия с целью причинения вреда	12
Тревожно-ипохондрическая (ТИ)	Тревожный	Ипохондрическая	Сенестопатии с бредовой интерпретацией, выраженная тревога за свое здоровье, нозофобические переживания	25
Тревожно-самоуничжающая (ТС)	Тревожный	Самообвинения, самоуничижения	Самообвинение, сопровождающееся страхом перед мнимым наказанием	8
Апатико-персекуторная (АП)	Апатический	Отношения, преследования, воздействия	Ощущение отнятия эмоций третьими лицами	2
Апатико-ипохондрическая (АИ)	Апатический	Ипохондрическая	Ощущение неизлечимого заболевания, среди симптомов которого – отсутствие эмоций, невозможность любить близких	10
Апатико-самоуничжающая (АС)	Апатический	Самообвинения, самоуничижения	Самообвинение в потере любви к близким. Anaesthesia psychica dolorosa	2
Меланхолически-персекуторная (МП)	Меланхолический	Отношения, преследования, воздействия	Тоскливое ощущение вины и негативного отношения к себе	13
Меланхолически-ипохондрическая (МИ)	Меланхолический	Ипохондрическая	Тоскливое ощущение неизлечимого заболевания, дряхлости, близости смерти	15
Меланхолически-самоуничжающая (МС)	Меланхолический	Самообвинения, самоуничижения	Самообвинение в бедах человечества, близких людей. Витальная тоска	13

Таблица 2

Клиническое наполнение депрессивно-параноидного синдрома у контингента пациентов с клинически-довлеющей тревожной аффективной аранжировкой депрессивного синдрома

Подшкала PANSS	Контрольная точка	Диапазоны баллов	ТП	ТИ	ТС
			N = 12	N = 25	N = 8
П1 – бред		1–2	2 (16,67 %)	18 (72,00 %)	1 (12,50 %)
		3–4	9 (75,00 %)	5 (20,00 %)	6 (75,00 %)
		5–7	1 (8,33 %)	2 (8,00 %)	1 (12,50 %)
П4 – возбуждение		1–2	6 (50,00 %)	9 (36,00 %)	2 (25,00 %)
		3–4	5 (41,67 %)	11 (44,00 %)	5 (62,50 %)
		5–7	1 (8,33 %)	5 (20,00 %)	1 (12,50 %)
О2 – тревога		1–2	2 (16,67 %)	6 (24,00 %)	3 (37,50 %)
		3–4	8 (66,67 %)	11 (44,00 %)	3 (37,50 %)
		5–7	2 (16,67 %)	8 (32,00 %)	2 (25,00 %)
О3 – чувство вины		1–2	9 (75,00 %)	21 (84,00 %)	1 (12,50 %)
		3–4	2 (16,67 %)	4 (16,00 %)	3 (37,50 %)
		5–7	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)	4 (50,00 %)
Об – депрессия		1–2	6 (50,00 %)	16 (64,00 %)	1 (12,50 %)
		3–4	4 (33,33 %)	6 (24,00 %)	6 (75,00 %)
		5–7	2 (16,67 %)	3 (12,00 %)	1 (12,50 %)
О7 – двигательная заторможенность		1–2	10 (83,33 %)	23 (92,00 %)	0 (0,00 %)
		3–4	1 (8,33 %)	2 (8,00 %)	6 (75,00 %)
		5–7	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)	2 (25,00 %)
О15 – загруженность психическими переживаниями		1–2	4 (33,33 %)	4 (16,00 %)	0 (0,00 %)
		3–4	6 (50,00 %)	17 (68,00 %)	1 (12,50 %)
		5–7	2 (16,67 %)	4 (16,00 %)	7 (87,50 %)
Подшкала PANSS	Контрольная точка	Диапазоны баллов	АП	АИ	АС
			N = 2	N = 10	N = 2
П1 – бред		1–2	0 (0,00 %)	2 (20,00 %)	0 (0,00 %)
		3–4	2 (100,00 %)	1 (10,00 %)	0 (0,00 %)
		5–7	0 (0,00 %)	7 (70,00 %)	2 (100,00 %)
П4 – возбуждение		1–2	2 (100,00 %)	8 (80,00 %)	1 (50,00 %)
		3–4	0 (0,00 %)	2 (20,00 %)	1 (50,00 %)
		5–7	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)
О2 – тревога		1–2	1 (50,00 %)	9 (90,00 %)	2 (100,00 %)
		3–4	1 (50,00 %)	1 (10,00 %)	0 (0,00 %)
		5–7	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)
О3 – чувство вины		1–2	1 (50,00 %)	6 (60,00 %)	0 (0,00 %)
		3–4	1 (50,00 %)	4 (40,00 %)	0 (0,00 %)
		5–7	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)	2 (100,00 %)
Об – депрессия		1–2	0 (0,00 %)	2 (20,00 %)	0 (0,00 %)
		3–4	1 (50,00 %)	5 (50,00 %)	0 (0,00 %)
		5–7	1 (50,00 %)	3 (30,00 %)	2 (100,00 %)

Окончание таблицы 2 на стр.34

Окончание таблицы 2. Начало на стр.33

Подшкала PANSS	Контрольная точка	Диапазоны баллов	АП	АИ	АС
			N = 2	N = 10	N = 2
O7 – двигательная заторможенность		1–2	0 (0,00 %)	8 (80,00 %)	0 (0,00 %)
		3–4	2 (100,00 %)	1 (10,00 %)	1 (50,00 %)
		5–7	0 (0,00 %)	1 (10,00 %)	1 (50,00 %)
O15 – загруженность психическими переживаниями		1–2	0 (0,00 %)	1 (10,00 %)	0 (0,00 %)
		3–4	1 (50,00 %)	7 (70,00 %)	0 (0,00 %)
		5–7	1 (50,00 %)	2 (20,00 %)	2 (100,00 %)

Подшкала PANSS	Контрольная точка	Диапазоны баллов	МП	МИ	МС
			N = 13	N = 15	N = 13
П1 – бред		1–2	2 (15,38 %)	3 (20,00 %)	1 (7,69 %)
		3–4	1 (7,69 %)	8 (53,33 %)	5 (38,46 %)
		5–7	9 (69,23 %)	4 (26,67 %)	7 (53,85 %)
П4 – возбуждение		1–2	6 (46,15 %)	4 (26,67 %)	11(84,62%)
		3–4	2 (15,38 %)	9 (60,00 %)	2 (15,38 %)
		5–7	5 (38,46 %)	2 (13,33 %)	0 (0,00 %)
O2 – тревога		1–2	0 (0,00 %)	8 (53,33 %)	9 (69,23 %)
		3–4	9 (69,23 %)	3 (20,00 %)	4 (30,77 %)
		5–7	4 (30,77 %)	4 (26,67 %)	0 (0,00 %)
O3 – чувство вины		1–2	5 (38,46 %)	9 (60,00 %)	0 (0,00 %)
		3–4	6 (46,15 %)	3 (20,00 %)	6 (46,15 %)
		5–7	2(15,38%)	3 (20,00 %)	7 (53,85 %)
O6 – депрессия		1–2	1 (7,69 %)	1 (6,67 %)	2 (15,38 %)
		3–4	7 (53,85 %)	6 (40,00 %)	5 (38,46 %)
		5–7	5 (38,46 %)	8 (53,33 %)	6 (46,15 %)
O7 – двигательная заторможенность		1–2	1 (7,69 %)	0 (0,00 %)	1 (7,69 %)
		3–4	8 (61,54 %)	5 (33,33 %)	8 (61,54 %)
		5–7	4 (30,77 %)	10 (66,67 %)	4 (30,77 %)
O15 – загруженность психическими переживаниями		1–2	4 (30,77 %)	2 (13,33 %)	1 (7,69 %)
		3–4	5 (38,46 %)	9 (60,00 %)	7 (53,85 %)
		5–7	4 (30,77 %)	4 (26,67 %)	5 (38,46 %)

дрома в ракурсе аффективной аранжировки депрессивных проявлений и доминирующей бредовой фабулы в рамках параноидного компонента. Выявленное распределение показано на **диагр. 1 и 2** соответственно.

Доминировали следующие типы аффективной аранжировки:

- 1) тревожность – 45 пациентов (45,00 %);
- 2) апатия – 14 пациентов (14,00 %);
- 3) меланхолия – 41 пациент (41,00 %).

Доминировали следующие типы бредовой фабулы:

- 1) отношения, воздействия и преследования – 29 пациентов (29,00 %);
- 2) ипохондрические идеи – 48 пациентов (48,00 %);

3) самообвинения и самоунижения – 23 пациента (23,00 %).

Анализ распределения доминирующей аффективной аранжировки и фабулы бредовых переживаний позволил выделить следующие типы их констелляции у обследованного контингента пациентов (**табл. 1**).

Дальнейший анализ клинической структуры выявленных вариантов клинической аранжировки депрессивно-параноидного синдрома происходил путем верификации клинической симптоматики с помощью шкалы позитивных и негативных синдромов PANSS.

В качестве критериев анализа клинического наполнения были использованы сле-

дуючі подраздели шкали оцінки позитивних і негативних синдромів (PANSS):

P1 – бред;

P4 – возбужденість; O2 – тривога;

O3 – почуття провини;

O6 – депресія;

O7 – двигальна заторможеність;

O15 – навантаженість психічними переживаннями.

Оцінка квантифікованих показників походила відповідно діапазонам баллів, відповідуючих в оригінальній шкалі ступеня вираженості симптоматики (1–2 бала – відсутність або легка, 3–4 бала – помірна, 5–7 – тяжка).

Дані дослідження з використанням вказаної шкали приведені в **табл. 2** відповідно клінічно-довідуючій афективній аранжировці депресивного синдрому.

Висновки

1. Проведено аналіз розподілу домінуючої афективної аранжировки і фабули бредових переживань у обстеженого контингенту пацієнтів. Афективна аранжировка була представлена: тривожністю – 45 пацієнтів (45,00%); апатією – 14 пацієнтів (14,00%); меланхолією – 41 пацієнт (41,00%). Домінуюча бредова фа-

була в структурі параноїдного компонента була представлена: ідеями відношення, впливу і переслідування – 29 пацієнтів (29,00%); іпохондричними ідеями – 48 пацієнтів (48,00%); ідеями самообвинення і самоунищення – 23 пацієнта (23,00%).

2. Розроблено класифікація типів розподілу констеляції негативних розстройств у обстеженого контингенту пацієнтів. Серед виявлених типів клінічної аранжировки: тривожно-персекуторний (12,00%), тривожно-іпохондричний (25,00%), тривожно-самоунищуючий (8,00%), апатико-персекуторний (2,00%), апатико-іпохондричний (10,00%), апатико-самоунищуючий (2,00%), меланхолічно-персекуторний (13,00%), меланхолічно-іпохондричний (15,00%), меланхолічно-самоунищуючий (13,00%).

Проведено аналіз клінічного наповнення вказаних типів афективної аранжировки депресивно-параноїдного синдрому з використанням шкали позитивних і негативних синдромів PANSS, отримані дані ілюструють співвідношення інтенсивності основних компонентів афективних і бредових порушень для кожного з виділених варіантів.

Література

1. Hegeman J. M., de Waal M. W., Comijs H. C., Kok R. M., van der Mast R. C. Depression in later life: A more somatic presentation? *J Affect Disord.*, 2014, Aug 30; 170 p., pp. 196–202. doi: 10.1016/j.jad. 2014.08.032. [Epub ahead of print].

2. Bonitz G. The interlocking of psychosociogenic, somatogenic and endogenous factors in the psychoses of involutional age. *Psychiatr. Neurol. Med. Psychol. Beih.*, 1972, no. 15, pp. 54–66.

3. Carvalho H. W., Andreoli S. B., Lara D. R., Patrick C. J., Quintana M. I. The joint structure of major depression, anxiety disorders, and trait negative affect. *Rev. Bras Psiquiatr.*, 2014, Apr 15. [Epub ahead of print].

4. Kiosses D. N., Ravdin L. D., Gross J. J., Raue P., Kotbi N., Alexopoulos G. S. Problem Adaptation Therapy for Older Adults With Major Depression and Cognitive Impairment: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 2014, Nov 5. doi: 10.1001 / jamapsychiatry. 2014. 1305. [Epub ahead of print].

5. Novick D., Montgomery W., Bertsch J., Peng X., Brugnoli R., Haro J. M. Impact of painful physical symptoms on depression outcomes in elderly Asian patients. *Int Psychogeriatr.*, 2014, Nov, no. 4, pp. 1–8. [Epub ahead of print].

ВАРІАНТИ КЛІНІЧНОГО АРАНЖУВАННЯ АФЕКТИВНО-МАЯЧНИХ СИНДРОМІВ У ПСИХОГЕРОНТОЛОГІЧНІЙ КЛІНІЦІ ТА ЇХНЄ КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНЕ НАПОВНЕННЯ ЗА ДАНИМИ PANSS

А. Г. Лісконог

Територіальне медичне об'єднання «Психіатрія»

Анотація. З метою аналізу клініко-психопатологічної структури депресивно-параноїдного синдрому у контингенту пацієнтів похилого та старечого віку, що страждають на кардіоваскулярну патологію, було досліджено за допомогою шкали позитивних і негативних синдромів PANSS 100 пацієнтів похилого та старечого віку психосоматичного відділення № 24 ТМО «Психіатрія»

VARIANTS OF CLINICAL ARRANGEMENT OF AFFECTIVE-DELUSIONAL SYNDROMS IN PSYCHOGERONTOLOGY AND THE CLINIC-PSYCHOPATHOLOGICAL CONTENT DUE TO DATA OF PANSS

A. G. Liskonog

Territorial Medical Association «Psychiatry»

Summary. In order to analyze clinical and the psychopathological structure of depressive-paranoid syndrome among the cohort of patients of elderly and senile age, suffering from cardiovascular pathology, 100 patients of elderly and senile age, of psychosomatic department № 24 TMO «Psychiatry», Kiev, with the dominant depressive-paranoid syndrome in

м. Києва з домінуючим депресивно-параноїдним синдромом в структурі психопатологічних розладів. У результаті дослідження було розроблено класифікацію типів клінічного аранжування депресивно-параноїдного синдрому. Виділено 9 типів клінічного аранжування: тривожно-персекуторний, тривожно-іпохондричний, тривожно-самопринижуючий, апатико-персекуторний, апатико-іпохондричний, апатико-самопринижуючий, меланхолійно-персекуторний, меланхолійно-іпохондричний, меланхолійно-самопринижуючий.

Ключові слова: депресивно-параноїдний синдром; аранжування; тривога; меланхолія; психогеронтологія.

the structure of psychopathological disorders, was investigated using PANSS rating scale. The study developed a classification of types of clinical arrangement of depressive-paranoid syndrome, among the studied cohort of patients, 9 types of clinical arrangement were allocated: anxious - persecutory, anxious-hypochondrical, anxious-self-blaming, apathetically-persecutory, apathetically-hypochondrical, apathetically-self-blaming, melancholically-persecutory, melancholically-hypochondrical, melancholy-self-blaming.

Key words: depressive-paranoid syndrome; arrangement, anxiety, melancholy, psychogerantolog.

УДК 616.89-008-053.6:616.441-006.5



ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНОГО СТАНУ ПІДЛІТКІВ ЯК ФАКТОР РИЗИКУ НЕСПРИЯТЛИВОГО ПЕРЕБІГУ ДИФУЗНОГО НЕТОКСИЧНОГО ЗОБУ

Т. М. Матковська^{1,2}

¹ ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків
Національної академії медичних наук України»,

² Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

Анотація. Патологія щитовидної залози негативно впливає на психічне здоров'я людини на всіх етапах його життя. У статті доведено, що у хворих на дифузний нетоксичний зоб, що мають несприятливий прогноз перебігу цього захворювання, незалежно від статі достовірно частіше реєструються органічні емоційно-лабільні (астенічні) розлади та розлади невротичного регістру, відсоток яких жодною мірою не залежав від ступеня зоба. Наявність психічної патології серед хворих на дифузний нетоксичний зоб у вигляді органічних емоційно-лабільних (астенічних) розладів та розладів невротичного регістру може бути розцінена як ознака несприятливого перебігу дифузного нетоксичного зобу.

Ключові слова: психічні розлади, підлітки, щитовидна залоза, дифузний нетоксичний зоб.

Вступ

Актуальність вивчення психічного здоров'я у дітей та підлітків із дифузним нетоксичним зобом (ДНЗ) обумовлюється поширеністю захворювання, поліморфністю і неоднозначністю психопатологічних проявів при цій ендокринній патології, труднощами виявлення цих розладів, особливо на початкових етапах захворювання й, нарешті, невивченістю психічної патології, що формується при мінімальній тиреоїдній дисфункції. Встановлено, що патологія щитовидної залози (ЩЗ) негативно впливає на психічне здоров'я людини на всіх етапах його життя, обумовлюючи появу різноманітних клінічних синдромів, починаючи від слабо виражених порушень і закінчуючи важкими психічними розладами.

Існуючий факт наявності високої розповсюдженості патології (ЩЗ) серед сучасних

дітей та підлітків, а також різні та досить суперечливі трактування до підходів як діагностики, так і лікування цих станів обумовлюють актуальність вивчення зазначеної проблеми.

Найбільш розповсюдженою патологією (ЩЗ) дитячого та підліткового віку є дифузний нетоксичний зоб, який у динамічному спостереженні може зберігатись тривалий час та впливати на всі ланки подальшого розвитку організму, як фізичного і статевого, так й інтелектуального та когнітивного функціонування.

Встановлено, що патологія щитовидної залози негативно впливає на психічне здоров'я людини на всіх етапах його життя, обумовлюючи появу різноманітних клінічних синдромів, починаючи зі слабо виражених порушень і закінчуючи важкими психічними розладами. Доведено, що у всіх без винятку