

© Коллектив авторов, 2006

Л.Г. Кузьменко<sup>1</sup>, Г.В. Козловская<sup>2</sup>, О.Н. Игнатьева<sup>1</sup>

## ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЙ СФЕРЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ТИМОМЕГАЛИЕЙ

<sup>1</sup>Российский университет дружбы народов,

<sup>2</sup>Научный центр психического здоровья РАМН, Москва

У 115 детей в возрасте 3–24 мес (из них 70 детей в возрасте до 1 года), из которых у 90 (55 имели возраст до 1 года) имела место тимомегалия (ТМ), у 25 (15 имели возраст до 1 года) увеличения вилочковой железы не отмечалось, с помощью соматоскопического, неврологического, генеалогического, психологического и статистического методов исследования оценивали соматический, неврологический, психический статус. Оценку состояния нервно-психической сферы проводили с помощью многоуровневой тест-системы «ГНОМ» (Г – график, Н – нервно-психического, О – обследования, М – младенцев). Установлено, что у всех обследованных детей с ТМ имелись отклонения в неврологическом статусе (у  $\frac{4}{5}$  – в виде мягких транзиторных неврологических знаков, у  $\frac{1}{5}$  – в виде разной степени выраженности стабильных резидуальных проявлений перинатального поражения головного мозга гипоксически-ишемического генеза). В группе детей с неувеличенным тимусом только у 4 из 25 отмечалась легкая мышечная гипотония, остальные дети в неврологическом статусе отклонений не имели. По психическому статусу 6 % детей с ТМ были расценены как здоровые, 10% – как гипертимики, 33% – как гипервозбудимые, 51% – как шизоиды. Причины возникновения указанных особенностей психического статуса остаются неясными.

Authors examined somatic, neurological and psychic state of 115 children aged 3–24 months, including 70 patients aged less than 12 months, with usage of somatoscopic, neurological, genealogical, psychological and statistic methods. 90 children (including 55 aged less than 12 months) had thymomegalia ( TM) and 25 (including 15 aged less than 12 months) had normal thymus size ( control group). Examination of neurological and psychological state was performed by usage of multilevel test-system PINPE (Protocol of Infant's Neurological and Psychological Examination). The study showed that all patients with TM had disorders in neurological state ( $\frac{4}{5}$  had mild transient neurological signs and  $\frac{1}{5}$  had stabile residual signs of hypoxic-ishemic perinatal brain damage). In control group only 4 from 25 children had mildly decreased muscular tone, and other children had no disorders in neurological state. After examination of psychological state 6% of patients with TM were estimated as healthy, 10% – as hyperthymic personality, 33% – as hyperexcitable personality and 51% – as schizoid personality. The genesis of these disorders of psychological state is not yet clear.

Все исследователи, занимавшиеся проблемами конституции человека, обращали внимание на особенности поведения детей с лимфатико-гипопластической аномалией, одним из клинических проявлений которой, как известно, является ТМ. Дети с указанной аномалией конституции обычно мало оживлены, вялы, апатичны, имеют замедленную реакцию на окружающее; выработка условных рефлексов у них требует большого числа сочетаний с безусловным раздражителем [1, 2].

Эти факты требуют проведения поиска причин, способствующих формированию указанных особенностей. В связи с этим мы решили обратиться к анализу самых ранних этапов развития нервно-психической сферы у детей с ТМ.

### Материалы и методы исследования

В период 2003–2005 гг. под нашим наблюдением в инфекционном боксированном отделении

Морозовской детской городской клинической больницы (г. Москва) находилось 115 детей в возрасте 3–24 месяца (детей до 1 года – 70), госпитализированных по поводу осложненного течения ОРВИ (фебрильные судороги, отиты, синуситы, обструктивный бронхит, острая пневмония, инфекция мочевых путей). Обязательным условием включения детей в группу наблюдения являлось наличие сведений о величине вилочковой железы.

Заключение о наличии или отсутствии ТМ делали согласно имеющимся критериям по данным УЗИ тимуса и/или рентгенографии грудной клетки в прямой проекции [3, 4].

Основную группу составили 90 детей (из них 55 в возрасте менее 1 года) с ТМ, группу сравнения – 25 детей с неувеличенным тимусом (из них 15 – в возрасте менее 1 года). Наблюдение за детьми обеих групп продолжалось в течение 2 лет.

В работе использовали генеалогический, антропометрический, соматоскопический, неврологический, психологический, статистический методы исследования.

Оценку развития нервно-психической сферы проводили психологическим методом с помощью многоуровневой тест-системы «ГНОМ» (Г – график, Н – нервно-психического, О – обследования, М – младенцев) [5, 6]. Тест «ГНОМ» позволяет тестировать и оценивать в баллах развитие психомоторных, сенсорных, эмоционально-волевых, познавательных, поведенческих функций и социально-коммуникативной сферы. С помощью данного теста наблюдавшиеся дети включались в одну из 3 групп (здоровый ребенок, ребенок из группы риска, ребенок из группы нарушенного развития). Помимо этого была проведена оценка психопатологического состояния детей традиционным клиническим методом, используемым в психиатрии.

### Результаты

**Генеалогическое исследование.** Анализ родословных выявил у родственников первой и второй линии родства (с учетом патологии личностной сферы – алкоголизм, девиантное поведение, акцентуация характера, и заболеваний – эпилепсия, шизофрения) наличие особенностей психического статуса в 39 из 90 (43,3%) семей детей с ТМ и в 9 из 25 (36%) семей детей с неувеличенным тимусом ( $p > 0,05$ ). Однако только у детей с ТМ у близких родственников встречались девиантное поведение и такие заболевания, как шизофрения и эпилепсия (не травматическая).

**Особенности соматического статуса.** Соматический статус наблюдавшихся детей с ТМ не имел отличий от описываемого в литературе [1, 2, 7, 8]. Он характеризовался нормальными или несколько повышенными для данного возраста антропометрическими показателями. У детей основной группы выявлялось от 3 до 5 стигм дизэмбриогенеза с преимущественной локализацией в области лицевого черепа (гипертелоризм, эпикант, готическое или уплощенное небо, низко расположенные и/или оттопыренные ушные раковины), а также наличие грыж передней брюшной стенки, гипо- и эписпадии, факоматоза, открытого овального окна и дополнительных трабекул в области левого желудочка сердца; помимо этого были выявлены Меккелев дивертикул (у 1) и дисплазия тазобедренного сустава (у 1).

**Особенности неврологического статуса.** У всех детей основной группы при исследовании неврологического статуса были выявлены нарушения. По особенностям неврологического статуса выделены 2 неравные подгруппы. 1-я состояла из 73 детей (81%), у которых были выявлены мягкие, транзиторные неврологические знаки, описанные Г.В. Козловской [9], в виде флюктуирующего мышечного тонуса (от резкой гипотонии до мягкого гипертонуса с дистонией, с гемисторонней локали-

зацией и циркадностью проявлений). У детей этой подгруппы имели место преходящие симптомы Бабинского, Моро и Брудзинского, хореоподобные движения пальцев рук и ног, знаки орального автоматизма, лицевые гиперкинезы, преходящий птоз, эпизодическая ходьба по типу «варус»- и «вальгус»-стопы, задержка редукции постуральных рефлексов.

Во 2-ю подгруппу были включены 17 детей (19%), у которых были более четкие и стабильные неврологические знаки в виде резидуальных проявлений гипоксически-ишемического поражения ЦНС и односторонних гемипарезов (с преобладанием мышечного гипертонуса).

В группе сравнения только у 4 из 25 детей (16%) отмечалась легкая мышечная гипотония или дистония с негрубой задержкой формирования локомоторных функций. Остальные дети (21 ребенок) развивались в соответствии с возрастными стандартами. Таким образом, в группе детей с ТМ отклонения от нормы в неврологическом статусе встречались достоверно чаще, чем в группе сравнения ( $p < 0,001$ ).

По состоянию *психического статуса* дети с ТМ разделились на 4 подгруппы: 1-я – без отклонений в психическом статусе, 2-я – с шизоидными чертами, 3-я – с чертами повышенной возбудимости, 4-я – с чертами гипертимности (греч. *hyperthymia*: *hyper* – приставка, обозначающая увеличение, *thymos* – настроение).

В подгруппу *без отклонений в психическом статусе* было включено только 5 (6%) детей, у которых развитие высшей нервной деятельности проходило в соответствии с возрастными нормами, своевременно формировались социальные навыки, ни у одного из них не наблюдалось отклонений в поведенческой и эмоциональной сфере.

Подгруппа *с шизоидными чертами* состояла из 46 детей (51%). Все они отличались вялостью темперамента, малой физической активностью, склонностью к флегматичности. Эмоциональная сфера у них была дефицитарной, с отсутствием или существенной сглаженностью эмоционального резонанса при контакте, игре. У них часто было субдепрессивное настроение, особенно после пробуждения (как ночью, так и днем), дети нередко пробуждались с криком. У детей с шизоидными чертами страдала сфера контактов, в том числе в системе «мать – дитя»: дети мало инициировали контакт с матерью, индифферентно реагировали как на ее внезапный уход, так и на возвращение. У них запаздывало появление ответной улыбки, которая у 23 детей (49%) впервые появилась только в возрасте 3–4 месяцев; 27 детей (58%) начинали гулить только с возраста 4–5 месяцев, при этом гуление было относительно скудным и мало продолжительным. Система социальных контактов с окружающими отличалась отсутствием дифференциации «свой» – «чужой». Дети охотно шли на руки к

незнакомому человеку, у них отсутствовало «чувство дистанции», не выявлялась реакция изучения незнакомца, недоверия или страха перед ним, равно как и перед незнакомой обстановкой. Вместе с этим, несмотря на то, что ребенок с охотой шел на руки к не знакомому ему человеку, и в этой ситуации проявлялась дефицитарность в сфере контактов: ребенок не проявлял особого интереса к лицу, голосу незнакомца, вяло или вовсе не включался в инициируемый игровой процесс, диалог. Интерес для него, в основном, представляли детали одежды, предметы в руках или в карманах, завладев которыми, ребенок вообще терял интерес к новому лицу.

Задерживалось и отличалось определенной специфичностью становление активной речи. 31 из 46 детей с шизоидными чертами (67%) начинали говорить только к 2,5 – 3 годам. Позднее становление активной речи в 2,4 раза чаще наблюдалось у мальчиков. Более того, речь многих детей была невнятной, сбивчивой или полностью непонятной, поскольку они пропускали и не выговаривали согласные или искажали слова. Дети часто предпочитали объясняться звуками, подкрепляя их жестами, хотя по настойчивой просьбе могли выразить желаемое в словесной форме.

У детей с шизоидными чертами отмечался феномен «псевдоглухоты», проявлявшийся отсутствием ответной реакции на обращение к нему, будь то в ласковой форме или в форме запрета, порицания. Ребенок мог никак не реагировать на призыв, просьбу, запрет взрослого, выраженный даже в резкой, гневной, форме. Характерным было отсутствие при этом эмоционального резонанса: наблюдая за отрицательной реакцией взрослого, ребенок не менял своего позитивного настроения, не проявлял признаков обеспокоенности и не прерывал своего занятия. У детей часто отмечались и истероидные реакции, также сопровождающиеся явлениями «псевдоглухоты», но уже на отрицательном эмоциональном фоне. В такой ситуации ребенка в течение длительного времени невозможно было вывести (отвлечь, утешить) из состояния плача, крика, поскольку он не реагировал ни на какие внешние раздражители. При этом причина, вызвавшая столь резкую реакцию, не всегда была адекватной. Столь же немотивированно и длительно у детей могли наблюдаться периоды подавленного настроения, плаксивости, раздражительности, иногда агрессии.

Формирование навыков опрятности и самообслуживания у детей с шизоидными чертами также запаздывало. У половины из них наблюдались патологические привычные действия: онихофагия, трихотилломания, трихотиллофагия и др.

Игровая деятельность у них часто была однообразной и вычурной. Дети предпочитали неигровые предметы – веревочку, бумагу, ткани, детали от сломанных игрушек. Особенностью детей рассмат-

риваемой группы было и то, что у них длительно сохранялся узкий круг любимых игрушек, не расширявшийся по мере взросления, несмотря на предлагаемые новые игрушки.

Дети с шизоидными чертами отличались бедностью мимики, даже в минуты оживления. Лицу их было чаще присуще либо безучастное, либо сосредоточенно-напряженное, нахмуренное выражение.

В динамике развития психомоторных навыков отмечались выраженная скачкообразность и диссоциированность с выпадением отдельных этапов или с опережением одних функций при запаздывании других. Например, сначала мог формироваться поворот туловища, а затем удержание головы; овладение ходьбой могло предшествовать ползанию. Отличительной чертой была также трудность в смене и приобретении новой позы при хорошей ее фиксации: ребенок соответствующего возрастного этапа в течение какого-то времени мог удерживать приданную ему позу, но сам воспроизвести ее или динамически выйти из нее не мог.

Дети с шизоидными чертами при формально сформированной по возрасту моторике отличались диффузной мышечной гипотонией и общим двигательным статусом, напоминающим синдром «вялого ребенка». Более сильно страдала мелкая моторика: дети предпочитали захватывать предметы всей кистью, не могли взять мелкие детали двумя пальцами, показать что-либо указательным пальцем. Запаздывание приобретения статических и моторных функций сопровождалось их несовершенством, нарушением равновесия при стоянии и ходьбе, легкостью утраты приобретенных навыков после падений или заболеваний.

Подгруппа детей с чертами повышенной возбудимости (*гипервозбудимые дети*) состояла из 30 пациентов (33%). В нее вошли все 17 детей, у которых в неврологическом статусе наблюдались проявления последствий гипоксически-ишемического поражения ЦНС и 13 детей с транзиторно возникающими неврологическими знаками. По сравнению с детьми с шизоидными чертами, дети данной подгруппы отличались большей психической активностью, менее выраженным дефицитарным эмоциональным фоном. Вместе с этим их деятельность была часто однообразной, малопродуктивной, с фиксацией на повторении одного и того же действия или процесса или же представляла собой хаотическое переключение с одного вида деятельности на другой. Дети с чертами повышенной возбудимости отличались повышенной отвлекаемостью, трудностью в удержании внимания на предлагаемом предмете, игровом действии, хотя игровые интересы у них были более разнообразны и больше соответствовали возрастной специфике по сравнению с детьми с шизоидными чертами.

У детей с повышенной возбудимостью, так же как и у детей с шизоидными чертами, отсутствова-

ли чувство дистанции, страх перед чужими людьми и незнакомой обстановкой. У детей данной подгруппы, так же как и у детей с шизоидными чертами, встречались патологические привычки и навязчивые действия, у них была высока частота невротических расстройств, логоневроза, ночных страхов. У отдельных детей были снохождения, редко – зрительные галлюцинации («видения»).

Сфера контактов «мать – дитя» была такого же типа, как и у детей с шизоидными чертами, но иногда эти дети не обращали внимания на уход от них матери, иногда на это бурно протестовали.

Речевые навыки у большей части детей с чертами повышенной возбудимости, так же как и у детей с шизоидными чертами, формировались с опозданием, и в целом эта подгруппа детей характеризовалась как группа с задержкой психического развития. Дети отставали как в формировании речи, так и в формировании моторных навыков и навыков самообслуживания. Эмоциональная сфера их отличалась лабильностью, неадекватной силой реакции на внешние раздражители, эксклюзивностью. У детей с чертами повышенной возбудимости часто отмечались бурные реакции протеста, дисфорические проявления (греч. *dysphoref* – тяжело переносить, страдать, быть раздраженным), циклотимия.

В индивидуальной игровой деятельности преобладали деструктивные тенденции: дети предпочитали ломать, разбирать, кидать игрушки, даже если видели их впервые (т.е. у них как бы выпадал элемент ознакомления). У детей с гипертимностью страдала коллективная игровая деятельность как по вышеуказанной причине, так и в силу повышенной конфликтности и неумения включаться в общий игровой процесс и определенных трудностей в установлении контактов со сверстниками.

Черты *гипертимности* были выявлены у 9 детей (10%). Как известно, гипертимные личности отличаются хорошим настроением и спокойным уравновешенным характером. Эта группа производила внешне благоприятное впечатление. Психомоторное развитие детей этой подгруппы не отставало от нормы, а нередко проходило опережающими темпами.

Асинхронизм развития или выпадение отдельных его этапов в этой группе отсутствовали.

Дети данной подгруппы отличались хорошо сформированными навыками самообслуживания и отсутствием дефектов коммуникативной сферы. Однако при этом нельзя не отметить, что последняя имела у них некоторые особенности: в общении со взрослыми дети не испытывали робости, смущения или боязни (даже при первичном знакомстве в условиях стационара). Они охотно и непринужденно вступали в диалог, часто иницируя его первыми, и в целом вели себя непринужденно. При этом нельзя было сказать об отсутствии у них

«чувства дистанции», как это наблюдалось у детей с шизоидными чертами и у детей с повышенной возбудимостью. Субъективно, несмотря на малый возраст детей с чертами гипертимности, складывалось впечатление общения с ними на равных и некоей их «взрослости». У детей данной подгруппы не было задержек речевого развития, а дислалия наблюдалась только у одного ребенка (11%).

Нужно отметить, что и фенотип детей этой группы отличался от присущего детям с шизоидными чертами и, в меньшей мере с повышенной возбудимостью, от «классического» фенотипа детей с ТМ обозначенного нами ранее как фенотип первого типа детей с ТМ [3]. Дети с чертами гипертимности характеризовались нормостеническим телосложением с умеренным развитием подкожно-жировой клетчатки и мускулатуры. Цвет кожных покровов, как правило, был бледно-розовым. Единичные стигмы дизэмбриогенеза нами выявлены только у 2 детей (22%).

Лицо их имело овальную форму, шея была достаточной длины, пропорции тела в целом были долихоморфными. Физическая активность гипертимных детей была достаточно высокой. Они живо и адекватно реагировали на окружающее, активно включались в игровой процесс.

Тем не менее, у детей с чертами гипертимности часто выявлялись зрительные галлюцинации («видения»), страхи. Дети говорили, что они видят маленьких розовых человечков, домовых, причем это обычно отмечалось в вечернее и ночное время, когда ребенок находился в полусне. Имели место боязнь темноты, грозы. Встречались случаи причудливых страхов: один ребенок боялся проезжать под мостом, так как ему казалось, что мост должен обвалиться, другой не мог оставаться дома один, поскольку ему казалось, что в другой комнате находится чудовище, готовое на него напасть.

Тип детско-материнской привязанности у  $\frac{2}{3}$  детей данной группы относился к «надежному», у  $\frac{1}{3}$  к условно-патологическому – «ненадежно-избегающему».

В группе сравнения отклонения психического статуса были выявлены только у 2 из 25 наблюдавшихся детей: у одного ребенка имелись шизоидные черты и у одного – черты гипертимности. Сопоставление групп детей с ТМ и с неувеличенным тимусом показало, что в группе детей с неувеличенным тимусом достоверно чаще встречались дети с отсутствием отклонений в психическом статусе ( $p < 0,001$ ), а в группе детей с ТМ достоверно чаще встречался шизоидный тип ( $p < 0,001$ ).

### Обсуждение

Итак, полученные результаты свидетельствуют, что все дети с ТМ имели те или иные нарушения неврологического статуса и 94% из них – особенности психического статуса. По особенностям неврологического статуса 81% детей с ТМ имели



мягкие транзиторные неврологические знаки, 19% – более четкие и стабильные резидуальные проявления гипоксически-ишемического генеза. В группе детей, не имевших ТМ, только у 4 (16%) выявлялась легкая мышечная гипотония (или дистония) с негрубой задержкой формирования локомоторных функций; остальные 84% детей развивались в соответствии с возрастом.

По особенностям психического развития дети с ТМ также разделились на 2 группы: не имевшие психических отклонений (6%) и с психическими отклонениями (94%). В группе детей с психическими отклонениями 10% были расценены как гипертимики, 33% – гипервозбудимые, 51% – шизоиды (все 19% детей с резидуальными проявлениями поражения ЦНС гипоксически-ишемического генеза были включены в группу гипервозбудимых детей). В группе сравнения дети без отклонений в психическом развитии составили 92%, дети с нарушениями психического развития – 8% (среди них гипертимики и шизоиды – по 4%).

Статистический анализ показал, что различия между группами детей с ТМ и с неувеличенным тимусом по особенностям неврологического и психического статуса достоверны ( $p < 0,001$ ).

Поскольку указанные особенности психического состояния у детей выявлялись с первых месяцев жизни и сохранялись в течение длительного времени, их можно расценивать как конституциональные. Известно, что последние могут формироваться на ранних этапах онтогенеза и быть связаны с особенностями формирования ЦНС с внутриутробного периода.

В то же время следует отметить, что выявленные отклонения психического развития детей с ТМ не относятся к уровню текущего психического заболевания, но являются состояниями повышенного риска психической болезни.

Вопрос природы этих нарушений у детей с ТМ до конца не ясен. Однако полученные нами данные позволяют предположить, что дисфункция тимуса у детей обуславливает отклонения нервно-психической сферы. Эта гипотеза имеет основание, подтверждаемое в известных механизмах функционирования тимуса и его взаимосвязях с другими системами организма. В настоящее время появляется все больше и больше свидетельств об идентичности пептидных гормонов и биогенных аминов, синтезируемых нервными, иммунными и эндокринными клетками.

Первым, кто объединил в середине 60-х годов XX века с пептидергическим и аминергическим типом метаболизма эндокринные клетки, локализованные в различных органах и системах организма, в единую APUD-систему, был английский гистохимик А.Е. Pearse. Применение современных иммуноцитохимических и радиоиммунологических методов привело к обнаружению синтеза пептидов в нейронах, что дало право объединить

пептидергические нейроны и клетки APUD-системы, именуемые апудоцитами, в единую диффузную нейроэндокринную систему. В дальнейшем было установлено, что существуют тесные взаимосвязи между нервной и иммунной системами, которые осуществляются через продукцию и секрецию клеточных медиаторов (цитокинов, интегринов, хемокинов). Было, например, показано, что цитокины могут продуцироваться как лимфоцитами, так и клетками нейроглии. Общность химических механизмов и тесные взаимосвязи нервной, иммунной и эндокринной систем, обусловленные их представительством в висцеральных органах через апудоциты, нейроны и иммунокомпетентные клетки, позволили ввести понятие диффузной нейроиммуноэндокринной системы и рассматривать ее как единую функциональную биологическую систему [10].

Наиболее ярко тесные молекулярные и клеточные нейроиммуноэндокринные взаимодействия, играющие ключевую роль в обеспечении как локальных, так и общерегуляторных биологических эффектов, проявляются в тимусе [10], что дало некоторым авторам право назвать вилочковую железу своего рода коммутатором нервной, иммунной и эндокринной систем. Нарушение функции тимуса способно провоцировать аутоиммунные процессы в организме. Аутоиммунные дисфункции лежат в основе многих нервно-психических нарушений, в том числе и таких, как расстройства шизофренического спектра, к которым, помимо шизофрении, относятся такие конституциональные отклонения, как шизоидия и гипертимия.

Выявление преобладания подобных акцентуаций характера у детей раннего возраста с ТМ позволяет отнести их к группе высокого риска развития психических заболеваний. У таких детей имеет место повышенная сенситивность как к психогенным, так и биогенным стрессам, в виде низкой толерантности к аллергии (лекарственной, пищевой, микробной и др.), неадекватной реакции на профилактические прививки, сниженной общей резистентности к соматическим заболеваниям. У них же отмечается и повышенная стрессогенность, склонность к эмоциональным, поведенческим и когнитивным отклонениям.

Все перечисленное требует определенных превентивных мер как в рамках психопрофилактики (коррекция воспитательных воздействий), так и щадящего подхода к общепедиатрическим мероприятиям.

### Заключение

Таким образом, дети грудного и раннего возраста с ТМ характеризуются особенностями неврологического и психического статуса.

По особенностям неврологического статуса  $4/5$  детей с ТМ относятся к числу лиц с мягкими транзиторными неврологическими знаками в виде

флюктуирующего мышечного тонуса (от резкой гипотонии до мягкого гипертонуса с дистонией, с гемисторонней локализацией и циркадностью проявлений),  $\frac{1}{5}$  детей имеют разной степени выраженности стабильные резидуальные проявления перинатального поражения головного мозга гипоксически-ишемического генеза.

По особенностям психического статуса 94% детей с ТМ делятся на 3 группы: гипертимики (10%), гипервозбудимые (33%), шизоиды (51%). Выявленные акцентуации характера у детей грудного и раннего возраста с ТМ позволяет отнести их к группе высокого риска по развитию психичес-

ких заболеваний, что требует проведения определенных превентивных мер как в рамках воспитательных воздействий, так и в щадящих подходах к организации и проведению общих педиатрических мероприятий. Причины возникновения указанных особенностей психического статуса не ясны. Можно, однако, полагать, что в этом либо принимает определенное участие непосредственно сама вилочковая железа (коммутатор иммунной, эндокринной и нервной систем), либо у лиц с ТМ возникают какие-то особые ассоциации с деятельностью определенных отделов головного мозга.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Маслов М.С. // Основы учения о ребенке и об особенностях его заболеваний. – Л., 1926. – Т. 1. – С. 240–245.
2. Маслов М.С. // Многотомное руководство по педиатрии. – Т. 1. – 1960 – С. 507–508.
3. Синдром увеличенной вилочковой железы у детей / Под ред. М.И. Мартыновой, Л.Г. Кузьменко, Н.А. Тюрина. – М., 1993. – 200 с.
4. Кузьменко Л.Г., Семенихина К.Н., Неижко Л.Ю. и др. // Педиатрия. – 2002. – № 6. – С. 22–26.
5. Козловская Г.В., Баженова О.В. // Ж. неврол. и психиат. – 1995. – №5. – С. 48–52.
6. Микиртумов Е.Б., Кошавцев А.Г., Гречаный С.В. Клиническая психиатрия раннего детского возраста. – С.-Пб., 2001. – 252 с.
7. Кузьменко Л.Г., Семенихина К.Н., Фарез Фазе Эль-Фарез // Вестн. РУДН. Сер. мед. – 2003. – № 2. – С. 93–97.
8. Иноземцева Фермин Е.А. Катамнез детей с увеличенной вилочковой железой: Автореф. дисс. канд. мед. наук. – М., 1994. – 18 с.
9. Козловская Г.В. Психические нарушения у детей раннего возраста (клиника, эпидемиология, вопросы реабилитации): Автореф. дисс. ... докт. мед. наук – М., 1995. – 48 с.
10. Кветной И.М., Ярилин А.А., Полякова В.О. и др. Нейроиммуноэндокринология тимуса. – СПб., 2005. – 157 с.