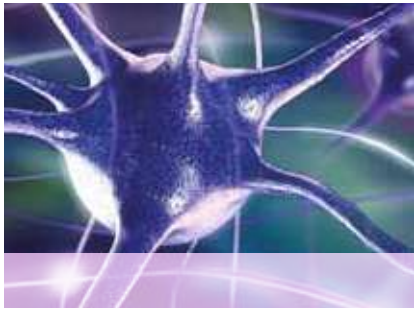




ГЛАВНАЯ ТЕМА

ТИКИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ (ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ)

Л.С. Чутко

Центр поведенческой неврологии ФБГУН «Институт мозга человека им. Н.П. Бехтеревой» (Санкт-Петербург)

Одной из самых частых психоневрологических расстройств детского возраста являются тики. Шведские исследователи N. Khalifa, A. vonKnorring (2003) обнаружили тики у 6,6% школьников в возрасте от 7 до 15 лет. По данным В.П. Зыкова (2006), тики в Московском регионе встречаются в 6% случаев. Исследование, проведенное Е.В. Левитиной и Т.И. Колчановой (2006) в г. Тюмени, позволило выявить тики у 15,7% детей. Иранские авторы S. Amiri и соавт. (2012) зарегистрировали вокальные тики у 3,2% школьников, а моторные тики у 7,3% школьников. По данным L. Scahill и соавт. (2014) преходящие тики встречаются у 20% детей.

В МКБ-10 выделены следующие основные виды тиков: F95.0 – Транзиторные тики (не сохраняются более 12 месяцев); F95.1 – Хронические моторные или вокальные тики (длятся более 12 месяцев); F95.2 – Синдром Жиль де ля Туретта (СТ) – комбинирование множественных моторных тиков и одного и более вокальных тиков. Моторные и вокальные тики при этом расстройстве могут возникать не всегда одновременно.

В 90% случаев тики начинаются в возрасте от 3 до 15 лет. Наиболее часто они появляются в 6–8-летнем возрасте и могут учащаться в период пубертатного возрастного криза. Проведенные нами исследования показали, что раннее появление тиков позволяет предположить более неблагоприятный прогноз относительно их продолжительности. В 50% тики исчезают до 14 лет. Тики могут появиться и в зрелом возрасте, хотя при этом в анамнезе часто имеются указания на эпизоды заболевания в детстве.

В этиопатогенезе тиков играют роль генетические и иммунные механизмы, перинатальная

ТАБЛИЦА 1. Примеры тиков

Двигательные		Голосовые	
Простые	Сложные	Простые	Сложные
Моргание Подергивание носом Подергивание плечами	Подпрыгивание Приседание Жестикация	Выкрикивание звуков Покашливание Шмыгание Похрюкивание	Выкрикивание слов, фраз Эхолалия Палилалия Копролалия

патология, а также психосоциальные факторы. Всегда следует иметь в виду возможность воздействия нескольких факторов, влияющих друг на друга.

Клинические проявления заболевания

Тики представляют собой координированное отображение нормального двигательного

Тики представляют собой координированное отображение нормального двигательного акта. Отличительной чертой является их непреодолимый характер. По словам пациентов, пытаться предотвратить их появление все равно что пытаться прервать чихание.

акта. Отличительной чертой является их непреодолимый характер. По словам пациентов, пытаться предотвратить их появление все равно что пытаться прервать чихание. Любая попытка подавить усилием воли появление тика неизбежно ведет к нарастанию напряжения и тревоги, а насильственное совершение желаемой двигательной реакции приносит моментальное облегчение. Их выраженность уменьшается при интенсивной концентрации внимания, во время развлечений, после принятия алкоголя, при сексуальном возбуждении. На какое-то время гиперкинезы можно подавлять усилием воли, в период ночного сна они исчезают. У некоторых больных выраженность тиков временно ослабляется при лихорадочных состояниях. Тики значительно усиливаются под влиянием эмоциональных стимулов – тревоги, страха, смущения.

Выделяют простые и сложные тики.

Простые моторные тики захватывают одну мышечную группу, в основном мимическую мускулатуру, преобладают учащенные мигания, зажмуривания, шмыгание носом, вытягивание губ, нахмуривание.

Сложные моторные тики напоминают координированные действия, в реализацию которого включаются несколько групп мышц. К сложным моторным тикам относятся гри-

К вокальным тикам относятся покашливание, фырканье, хмыканье, мычание, хрюканье, кряхтение, писк, свист, всхлипывание, лай, шипение, сплевывание. Вокальные тики также делятся на простые и сложные.

К простым вокальным тикам относится воспроизведение отдельных звуков. Сложные вокальные тики заключаются в произношении слов, словосочетаний и предложений, которые имеют определенный смысл. К сложным вокальным тикам относят повторение звуков, слов, произносимых другими; палилалию – повторение собственных слов или части слов; копролалию – произнесение агрессивных, оскорбительных или социально неприемлемых слов и фраз.

По частоте тики идут в порядке убывания от верхней части лица к нижним конечностям, причем наиболее распространенным является моргание, затем следуют тики нижней части лица, шеи и плеч и далее туловища и конечностей. Лицо ответственно за все виды

массы, подпрыгивания, касание частей тела, людей или предметов, обнюхивание предметов, отбрасывание головы.

ТАБЛИЦА 2. Виды тиков в исследуемой группе

Виды тиков	Частота встречаемости среди всех пациентов с тиками
Моргание	79,3%
Поднятие бровей	25%
Нахмуривание лба	16,4%
Поднятие плеч	4,3%
Высовывание языка	1,9%
Щелканье пальцами	0,8%
Подергивание мышц брюшной стенки	0,8%



НОВОСТИ НЕВРОЛОГИИ

Создается Федеральный центр цереброваскулярной патологии и инсульта

В Москве создается Федеральный центр цереброваскулярной патологии и инсульта Минздрава России. Соответствующее постановление подписал председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев.

В нем будут проводиться фундаментальные и прикладные научные исследования в области биомедицины, цереброваскулярной патологии и инсульта, а также оказываться первичная медико-санитарная помощь, специализированная, в том числе высокотехнологическая медицинская помощь, пациентам с неврологической, нейрохирургической и сердечно-сосудистой патологией.

Постановление правительства о строительстве центра на базе ГБОУ «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» было принято еще в 2009 году. В 2016 году в строительство были осуществлены инвестиции за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета. Объект капитального строительства является государственной собственностью, его площадь составит 69 тыс. кв. метров. Ввести в эксплуатацию ФГБУ «Федеральный центр цереброваскулярной патологии и инсульта» планируется во втором полугодии 2017 года.

<http://www.medvestnik.ru/content/news/Sozdaetsya-Federalnyi-centr-cerebrovaskulyarnoi-patologii-i-insulta.html>

НЕЙРОТЕХНОЛОГИИ

Какое оно – «эмоциональное похмелье»

Стр. 3

ЧИТАЕМ ВМЕСТЕ

Зачем мозгу нужны новые нервные клетки

Стр. 12

ДАЙДЖЕСТ ПРЕССЫ

Мужчины и женщины по-разному борются со стрессом

Стр. 14



ГЛАВНАЯ ТЕМА



Л.С. Чутко

мимической экспрессии, отражающей наши чувства и эмоции, и разнообразие функций лицевых мышц можно объяснить преобладание тиков в этой области. Наиболее часто первыми отмечаются тики в виде мигания.

Полученные нами данные, свидетельствовали о том, что наиболее частыми тиковыми гиперкинезами являются моргание и поднятие бровей (табл. 2). Во многих случаях у пациента отмечалось сразу же несколько тиков.

Характер и локализация гиперкинезов зависят от предшествовавшего заболевания. Так, мигание появляется после конъюнктивита, шмыганье носом — после ринита.

В.П. Зыков (2002) классифицирует тики по степени тяжести на единичные и серийные тики, а также тиковый статус.

В большинстве случаев тики сочетаются с какой-либо коморбидной патологией. Часто сопутствующая патология, а не собственно гиперкинезы, являются самым дезадаптирующим проявлением заболевания. Так, проведенные нами исследования показывают, что среди детей с тиками синдром дефицита внимания с гиперактивностью отмечается в 48% случаев, что значительно чаще, чем в популяции, где это заболевание, встречается у 5–10% детей. У детей с тиками часто встречается обсессивно-компульсивное расстройство, проявляющееся в виде обсессий (стереотипных навязчивых мыслей, образов) и компульсий (навязчивых действий). Компульсии зачастую носят стереотипный ритуальный характер и помогают снижать внутреннее напряжение.

Диагностика тиковых гиперкинезов

Клиническая диагностика тиков чаще всего не вызывает затруднений. Диагностика основана на характерном течении болезни и картине тика. Поскольку тик часто не проявляется во время врачебного осмотра, первостепенное значение имеет анамнез.

Проведенное нами неврологическое обследование детей с тиками не позволило обнаружить выраженной очаговой симптома-

тики. Наиболее характерными для пациентов с тиками явились нарушения тонкой моторики в координаторной сфере.

Н.Е. Буторина и К.Ю. Ретюнский (2005) описывают у пациентов с тиками выраженную редукцию альфа-ритма, отсутствие регулярной доминирующей активности, вместо которой представлена диффузная дизритмичная полиморфная активность. Данные авторы отмечают усиление амплитуды бета-ритма до 15–20 мкВ преимущественно в лобной области, билатерально-синхронные комплексы «острая-медленная волна».

Основными задачами лечения тиков являются улучшение социальной адаптации и уменьшение гиперкинезов. Комплекс лечебных мероприятий при тиках включает режимные моменты, психотерапию, фармакотерапию и другие мероприятия.

При электроэнцефалографическом исследовании, проведенном нашими сотрудниками — Е.А. Яковенко и И.С. Никишиной — у детей с тиками были выявлены по преимуществу неспецифические патологические изменения. У абсолютного большинства пациентов отмечались наличие большого количества медленных волн, преимущественно тета-диапазона, слабая выраженность или отсутствие регулярного альфа-ритма, изменение формы альфа колебаний (деформированность, заостренность или раздвоенность вершин). Подобные изменения могли быть вызваны нарушением фронто-стриарных соотношений, функциональной незрелостью головного мозга, лежащей в основе данного заболевания. Данные изменения можно расценивать как проявление морфофункциональной незрелости и признак нарушения деятельности корково-подкорковых механизмов, которые в большей степени носят характер «функциональ-

ции с изменением функции интернейронов сегментарно-надсегментарного уровня.

Тики приходится отличать от ряда других состояний, сопровождающихся гиперкинезами.

Тиковые гиперкинезы необходимо также дифференцировать с невротическими навязчивыми движениями в рамках обсессивно-компульсивных расстройств. При последних всегда имеет место ощущение чуждости всех навязчивых явлений, больной беспрерывно с ними борется, ищет помощи, постоянно фиксирует внимание на своих ощущениях и чем больше думает о них, тем больше они

выражены (М.И. Буянов, 1995). Навязчивые движения возникают вследствие внутреннего побуждения, и при отвлечении внимания на другой вид деятельности они могут прекратиться.

Навязчивые движения возникают как ритуальные действия и имеют форму координированного двигательного акта. Тики же, по словам В.И. Гарбузова и соавт. (1977), «не ритуал, а досадная необходимость и носят не навязчивый, а насильственный характер». Навязчивые движения произвольны, их можно задержать волевым усилием на длительное время и сознательно заменить другим, сохранив защитный характер ритуала.

Лечение тиковых гиперкинезов

Основными задачами лечения тиков являются улучшение социальной адаптации и уменьшение гиперкинезов. Следует стремиться не к полному отсутствию гиперкинезов,

Комплексность лечения предполагает большую роль психотерапевтических и психокоррекционных методик. В ходе психотерапевтического лечения необходимо максимально устранить фиксацию пациента на своем дефекте.

ных» или «регуляторных» (Е.А. Жирмунская, В.С. Лосев, 1984; Е.А. Жирмунская, 1989).

Исследование, проведенное Н.П. Грибовой (2000), показало, что при лицевых тиках во время гиперкинеза электромиограмма (ЭМГ) представляла собой нерегулярную залповую активность, амплитудой до 1000 мкВ. Анализ параметров стимуляционной (ЭС) ЭМГ выявил статистически достоверное увеличение коэффициентов 2-го компонента мигательного рефлекса (554,4) корпорально-лицевого рефлекса (160,3), длительности 2-го периода ЭС (43,1 мс) с укорочением латентности 1-го периода ЭС (12,2 мс). Полученные данные не являются строго патогномоничными и в целом отражают изменение со стороны тонической импульса-

что иногда недостижимо, а к их значительному уменьшению. Комплекс лечебных мероприятий при тиках включает режимные моменты, психотерапию, фармакотерапию и другие мероприятия. Лечение тиков лучше проводить в амбулаторных условиях, так как госпитализация может усилить тики. Детям с тиками следует соблюдать режим дня.

Следует по возможности исключать необычные отрицательные и положительные раздражители. Тики часто усиливаются во время просмотра телевизионных передач, особенно при выключенном электрическом свете. Дело в том, что яркий мерцающий свет способен провоцировать изменения биоэлектрической активности головного мозга. Поэтому просмотр телевизионных передач детям с тиком должен

быть максимально ограничен в течение 1–1,5 месяца. Такие же ограничения касаются компьютерных игр. Не следует акцентировать внимание ребенка на тиках, одергивать его, так как это способствует невротизации и усиливает тики.

Правильный выбор препарата для лечения тиков является непростой задачей, решение которой зависит от интенсивности тиков, сопутствующих заболеваний, прошлого опыта фармакотерапии. Необходимо соблюдение ступенчатого подхода, в соответствии с которым лечение начинается с наиболее «мягких» препаратов, характеризующихся минимумом побочных эффектов. В дальнейшем при необходимости осуществляется постепенный переход к более эффективным препаратам, использование которых, к сожалению, зачастую сопровождается нежелательными осложнениями. Их применение следует начинать с малых доз с постепенным повышением дозы.

У детей с преходящими тиками лучше ограничиться препаратами гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК). Так очень широко при лечении тиков используется пантогам. К данной группе можно отнести и препарат «Ноофен». Кроме ноотропного действия, ноофен оказывает и умеренное транквилизирующее (анксиолитическое) действие, уменьшая напряженность, тревогу, страх, эмоциональную лабильность, слезливость, раздражительность, нормализует сон.

В лечении синдрома Туретта ведущую роль играют нейрорепрессивные средства (тиаприд, сульпирид, галоперидол). Нейрорепрессивные являются антагонистами дофаминовых рецепторов, за счет чего и реализуется их антигиперкинетический эффект. Высокая эффективность нейрорепрессивных сочетается с большим количеством нежелательных осложнений, возникающих у большинства пациентов

К сожалению, иногда тики оказываются толерантными к лечению. Зачастую после значительного улучшения могут наступать рецидивы.

Комплексность лечения предполагает большую роль психотерапевтических и психокоррекционных методик. В ходе психотерапевтического лечения необходимо максимально устранить фиксацию пациента на своем дефекте.

Зачастую психотерапия при тиках направлена не на ребенка, а на его родителей. Важным звеном в психокоррекции детей с тиками и сопутствующими поведенческими нарушениями является изменение поведения взрослых: замена неадаптивных подходов к своим детям на адаптивные — тренинг родительской компетентности.

Перспективным направлением лечения тиков представляется метод электроэнцефалографической биологической обратной связи (ЭЭГ-БОС). Так, исследования, проведенные в Институте мозга человека, показали, что после курса ЭЭГ-БОС, направленного на увеличение интенсивности ритма, уменьшение тиков отмечалось у 63% пациентов, страдающих данным расстройством (Л.С. Чутко, 2004). ■

За списком литературы обращайтесь в редакцию.

ТАБЛИЦА 3. Типы гиперкинезов, требующих дифференциального диагноза с тиками (Б. Коффи, Р. Шейдер, 1998)

Название	Описание
Акатизия	Двигательное беспокойство (субъективно неприятная непрерывная потребность в движении), обычно затрагивает движения ног
Атетоз	Медленные червеобразные движения, обычно рук и пальцев
Баллизм	Размашистые бросковые движения
Дистония	Длительные тонические сокращения, приводящие к причудливым позам
Миоклония	Короткие, неожиданные клонические судороги, обычно конечностей
Периодические движения во сне	Периодическое сгибание ног в голеностопном и коленном суставе во сне
Стереотипии	Повторяющиеся, обычно не имеющие какого-либо смысла позы, привычные движения или автоматизмы
Хорея	Нерегулярные, хаотические движения, обычно конечностей и лица

ПОЗДРАВЛЯЕМ

Указом Президента Российской Федерации за большой вклад в развитие здравоохранения, медицинской науки и многолетнюю добросовестную работу медалью ордена «За заслуги перед Отечеством» награждена заведующая кафедрой неврологии и нейрохирургии Института дополнительного профессионального образования Башкирского государственного медицинского университета, главный невролог МЗ Республики Башкортостан, заслуженный врач Российской Федерации **Л.Б. Новикова**.

Решением Городской думы звание «Почетный гражданин города Астрахани» присвоено заведующему кафедрой неврологии и нейрохирургии Астраханского государственного медицинского университета, заслуженному врачу Российской Федерации **В.В. Белопасову**.