Л.С.ЧУТКО, д.м.н., профессор, Центр поведенческой неврологии Института мозга человека РАН, С.-Петербург

Тики у детей

Тикозные гиперкинезы — тики (от французского tic — судорожное подергивание) — являются одним из самых частых психоневрологических расстройств детского возраста. По данным разных авторов (Jankovic J.,2001;. Khalifa N., von Knorring A., 2003), данная патология встречается у 4—7% детей в популяции. Тикозные гиперкинезы представляют собой внезапные, непроизвольные, насильственные, отрывистые, повторяющиеся движения, охватывающие различные мышечные группы. Такие гиперкинезы напоминают нормальные координированные движения, варьируют по интенсивности и отличаются отсутствием ритмичности, могут временно подавляться усилием воли и относительно легко имитируются благодаря однотипности рисунка (Лис А.Дж., 1989).

Различают двигательные (моторные) и голосовые (вокальные) тики. В 10-м пересмотре международной классификации болезней (МКБ-10) выделены следующие основные виды тиков:

- F95.0 — Транзиторные тики: не сохраняются более12 месяцев.
- F95.1 — Хронические моторные или вокальные тики: длятся более12 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.

По данным разных авторов, тикозные гиперкинезы встречаются у 4—7% детей в популяции.

В этиопатогенезе тиков играют роль генетические и иммунные механизмы, перинатальная патология, а также психосоциальные факторы, причем следует учитывать и возможность взаимодействия нескольких факторов.

В большинстве случаев (90%) тики начинаются в возрасте от 3 до15 лет, но наиболее часто они появляются в 6—8-летнем возрасте и учащаются в период пубертатного возрастного криза. Результаты наших исследований свидетельствуют о том, что в 8,5% случаев заболевание появилось после первых дней пребывания в школе («тики первого сентября»). Это обусловлено тем, что поход ребенка в школу совпадает с четвертым возрастным кризисом (кризисом 7 лет) (Выготский Л.С., 1983). Ребенок попадает в стрессовую ситуацию из-за смены коллектива (детский сад — школа), к тому же он должен адаптироваться к новым условиям. Заболевание достигает своего апогея в возрасте 10 лет (Leckman J., 1997) и в 50% случаев исчезает до достижения ребенком возраста 14 лет. Тики могут появиться и в зрелом возрасте, хотя при этом в анамнезе часто имеются указания на эпизоды заболевания в детстве. Среди больных с тиками в 4—6 раз больше лиц мужского пола (Kadesjo B., Gillberg C., 2000).

В 90% случаев тики начинаются в возрасте от 3 до15 лет.

Под влиянием эмоциональных стимулов: тревоги, страха, смущения тики значительно усиливаются. Течение заболевания носит волнообразный характер с периодами улучшения и обострения. Период улучшения может наблюдаться, например, во время каникул или отпуска.

Отличительной чертой тиков является их непреодолимый характер. По словам пациентов: «Пытаться предотвратить их появление так же бесполезно, как пытаться прервать чихание». Насильственное совершение желаемой двигательной реакции приносит моментальное облегчение, тогда как любая попытка подавить появление тика усилием воли неизбежно приводит лишь к нарастанию напряжения и тревоги. Предрасположенные к тикам лица могут приобретать новые привычки, глядя на других больных тиками. При этом они жалуются, что болезнь носит «инфекционный» характер. Необходимо отметить, что гиперкинезы у пациента могут усилиться при расспросе врача о тиках.

По частоте возникновения тики можно расположить в порядке убывания от верхней части лица к нижним конечностям. Наиболее распространенным является моргание, затем следуют тики нижней части лица, шеи и плеч и далее — туловища и конечностей. Полученные нами данные свидетельствуют о том, что наиболее частыми тикозными гиперкинезами в наблюдаемой группе являлись моргание и поднятие бровей. Во многих случаях у пациента отмечалось несколько тиков. Локализация и характер гиперкинезов зависят от предшествовавшего заболевания. Так, мигание появляется после коньюнктивита, шмыганье носом — после ринита.

Тики часто сочетаются с проявлениями синдрома дефицита внимания с гиперактивностью

(СДВГ). В таких случаях у детей отмечаются проявления школьной дезадаптации, о чем свидетельствует низкая успеваемость и плохое поведение. Гиперкинезы часто осложняются обсессивно-компульсивными расстройствами в виде обсессий (стереотипных навязчивых мыслей, образов) и компульсий (навязчивых действий). Необходимо отметить, что для детей с тиками характерен повышенный уровень тревожности.

Клиническая диагностика тиков основана на характерном течении болезни и картине тика и чаще всего не вызывает затруднений. Первостепенное значение для диагностики имеет анамнез, поскольку тик может не проявляться во время врачебного осмотра. Проведение клинической оценки затрудняет вариабельность количественных и качественных характеристик тикозных гиперкинезов.

При проведении электроэнцефалографического исследования детей с тиками нашими сотрудниками были выявлены следующие неспецифические патологические изменения: большое количество 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. Наряду с вышеуказанными изменениями, часто регистрировались затяжные генерализованные пароксизмы тета- и дельта-волн, появлявшиеся во время гипервентиляции и длительно сохраняющиеся после завершения пробы.

Лечебные мероприятия при тиках должны проводиться в комплексе и включать режимные моменты, психотерапию, фармакотерапию, биологическую обратную связь. Основные задачи лечения заключаются в уменьшении проявлений гиперкинезов и улучшении социальной адаптации. Следует добиваться значительного уменьшения гиперкинезов, а не полного их отсутствия, т.к. иногда это недостижимо. Лечение тиков лучше проводить в амбулаторных условиях, т.к. при госпитализации они могут усилиться. К сожалению, после значительного улучшения могут наступать рецидивы, а иногда тики оказываются толерантны к лечению.

При лечении тиков следует по возможности исключить необычные отрицательные и положительные раздражители. Тики могут усиливаться 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 детям с тиком необходимо максимально ограничить просмотр телевизионных передач и занятия за компьютером в течение 1—1,5 месяцев. Не следует одергивать ребенка и акцентировать его внимание на тиках, т.к. это способствует невротизации и усиливает тики.

Большая роль в комплексном лечении отводится психотерапевтическим и психокоррекционным методикам. Рациональная психотерапия в таких случаях заключается в том, что пациенту и (или) его родителям разъясняют доброкачественность имеющихся у него симптомов. Врач должен четко, доступно и обоснованно изложить пациенту суть его заболевания. Так как большинство больных с тиками неуверенны в себе и ранимы, то необходимо постоянно ободрять больного, внушать ему веру в себя, формировать и поддерживать у него чувство собственной полноценности.

Хорошо зарекомендовали себя в терапии тиков методики биологической обратной связи (БОС) — комплекс процедур, при проведении которых пациенту посредством цепи внешней обратной связи, на базе компьютерной техники подается информация о текущем состоянии управляемой физиологической функции. Проведенные нами исследования свидетельствуют о высокой эффективности электроэнцефалографической БОС с увеличением мощности альфа-ритма (альфа-тренинг) при лечении тиков.

■ *Среди больных с тиками в 4—6 раз больше лиц мужского пола.*

При фармакотерапии тиков необходимо соблюдать ступенчатый подход, т.е. начинать лечение с наиболее «мягких» препаратов, обладающих минимумом побочных эффектов. Затем при необходимости осуществляется постепенный переход к более эффективным препаратам, использование которых, к сожалению, зачастую сопровождается нежелательными осложнениями. Их применение следует начинать с малых доз, постепенно повышая дозу.

Пациентам с преходящими тиками лучше ограничиться назначением препаратов гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК). При лечении тиков часто применяется пантогам. Механизм действия препарата обусловлен прямым влиянием пантогама на ГАМКБ — рецепторканальный комплекс. Препарат выпускается в таблетках по 0,25 и в виде 10% сиропа. Разовая доза для детей составляет 2,5—5 мл (0,25—0,5 г), суточная доза — 7,5—30 мл (0,75—3 г). Курс лечения составляет 1—2 мес.

■ *Тики часто сочетаются с проявлениями синдрома дефицита внимания с гиперактивностью.*

К данной группе препаратов относится также фенибут, представляющий собой фенильное про-

изводное гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК). Этот препарат обладает умеренной транквилизирующей и очень слабой ноотропной активностью, уменьшает тревогу и страхи (Машковский М.Д., 1993). Фенибут выпускается в таблетках по 0,25 г и применяется в дозах по 1/2 или 1 таб. 2—3 раза в день в зависимости от возраста ребенка.

Подросткам при лечении преходящих тиков назначают препарат гелариум гиперикум, активные вещества которого (гиперицин, гиперфорин (производные зверобоя, St.-Johns'wort) обладают мягким антидепрессивным и анксиолитическим действием. Препарат назначают в стандартной дозе 1 драже 3 раза в день.

При неэффективности данной терапии (чаще при хронических тиках) назначают транквилизаторы. Так, при лечении хронических тиков и синдрома Туретта применяют небензодиазепиновый транквилизатор гидроксизин (атаракс). Данный препарат является антагонистом гистаминовых рецепторов Н1, расположенных в миндалине мозга и вовлеченных в процесс возникновения тревоги. Анксиолитическая активность атаракса проявляется быстрым и значительным уменьшением выраженности симптомов тревоги в конце первой недели лечения. После прохождения курса лечения атараксом у 67% пациентов с тиками отмечалось уменьшение тиков (Чутко Л.С. и соавт., 2006).

Лечение тиков лучше проводить в амбулаторных условиях, т.к. при госпитализации они могут усилиться.

В лечении синдрома Туретта ведущую роль играют нейролептические средства: сульпирид, тиаприд, галоперидол.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зыков В.П. Тики детского возраста — М.: «Антидор», 2002. — 180 с.
2. Коффи Б., Шейдер Р. Тик Психиатрия. — М.: «Практика, 1998» — С. 382—394.
3. Левин О.С. Тикозные гиперкинезы. Экстрапирамидные расстройства: Руководство по диагностике и лечению. — М., 2002. — С. 313—356.
4. Лис А.Дж. (Lees A.J.) Тики: Пер. с англ. — М., 1989. — 336 с.
5. Л.С.Чутко, С.Ю.Сурушкина, Т.И.Анисимова, И.С.Никишена, Е.А.Яковенко, О.В.Лапшина Предварительные результаты использования атаракса в лечении тикозных гиперкинезов у детей. //Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2006. — № 10.— С. 66—67.
6. Чутко Л.С. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью и сопутствующие расстройства. — СПб.: «Хока», 2007. — 136 с.
7. Шанько Г.Г. Тики. /Неврология детского возраста: воспалительные и наследственные заболевания, соматоневрологические синдромы, неврозы и неврозоподобные состояния. — Минск: «Выш. шк.», 1990. — С. 454—463.
8. Robertson M.M. Tourette syndrome, associated conditions and the complexities of treatment // Brain. — 2000; 123: 425—462.
9. Singer H.S. Current issues in Tourette syndrome //Mov. Disord. — 2000; 15: 1051—1063.
10. Singer H.S. Tourette syndrome: from behavior to biology//Lancet Neurol. — 2005; 4: 149—159.

INFO

БЕЗУПРЕЧНАЯ ЗАЩИТА И ВОССТАНОВЛЕНИЕ ТРАВМИРОВАННОЙ КОЖИ

VEA Липогель — липофильный гель с высокой концентрацией масла витамина Е (65%), (Italia, Hulka.srl). Эффективное увлажняющее и смягчающее средство с отчетливым противовоспалительным эффектом при неинфекционных дерматитах любого происхождения, особенно в осенне-зимний период. Идеален при атопическом дерматите. ■ Защищает тонкую атрофированную кожу; ■ быстро устраняет сухость и зуд; ■ улучшает барьерные функции кожи, заживляет трещины; ■ возможно регулярное применение при поражениях кожи любой локализации, на всех стадиях патологического процесса и степени тяжести (не содержит кортикостероидов); ■ подходит для любого типа кожи, в т.ч. с себореей (отсутствие эффекта окклюзии); ■ гипоаллергенная формула (минимальное кол-во ингредиентов); ■ без возрастных ограничений.



Не содержит воды, консервантов, ароматизаторов, эфирных масел. Протестирован на никель и клейковину. Препарат успешно прошел клинические испытания в ведущих европейских и российских дерматологических клиниках (в частности, в ГУ РДКБ Росздрава, отделение дерматоаллергологии, на базе кафедры дерматовенерологии педиатрического факультета ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, под управлением чл.-корр. РАЕН, д.м.н., профессора Короткого Н.Г.).

Официальный дистрибьютор на территории России: ООО «Профкосм», 117186, г. Москва, Нагорный бульвар, д.22. Получить информацию о наличии препарата в аптеках можно по тел. 495 662-48-42(многоканальный), www. profcosm.ru, e-mail: vea_moscow@mail.ru