

Джаныбекова И.А.

К ВОПРОСУ ТИКОВ У ДЕТЕЙ

Проблема своевременной диагностики и лечения проявлений тиков у детей остается актуальной и в настоящее время. Потому что Появившись в детском возрасте, болезнь склонна к длительному течению с волнообразными обострениями и ремиссиями, которые можно предупредить. Профилактика и лечение этих заболеваний очень важны, так как они могут оказывать дезадаптирующее влияние на социальные взаимоотношения, повседневную активность.

Diagnostic and treatment problem of tics pathologies in children are actual now. Because it may occur persistent disease with acute attacks and remissions, which may be prevent. Profylaxis and treatment this diseases are important now, because may be reveal desadaptation influence of social relationships, daily activity.

Термином «тик» пользуются в практической медицине для обозначения любых избыточных и малопонятных движений, особенно лицевой локализации.

Среди известных гиперкинетических синдромов (хорея, миоклонус, дистония, тремор и др.) тик является самостоятельным неврологическим феноменом и характеризуется определенными клиническими проявлениями. В силу феноменологического сходства тиков с хореическими движениями или миоклониями, дистоническими или компульсивными движениями.

Наибольшей популярностью пользовалась следующая классификация тиков.

1 группа - идиопатические (невротические или психогенные)

2 группа - синдром Туретта

3 группа - симптоматические

В настоящее время выделяются первичные тики (спорадические и семейные) и вторичные тики (наследственные и приобретенные).

Первичные тики-

Первичные: спорадические или семейные тики

Транзиторные тики

Хронические тики(моторные или вокальные)

Хронические моторные и вокальные тики (синдром Туретта)

Вторичные тики (туреттизм)

Наследственные:

-хорея Гентингтона

-нейроаканцитоз

-болезнь Галлервордена-Шпатца

-торсионная дистония

-хромосомные аномалии

-другие

Приобретенные:

-черепно-мозговая травма

-инсульт

-энцефалит

-нарушение развития

-токсины

-препараты-нейролептики, стимуляторы центральной нервной системы, антиконвульсанты

Транзиторными тиками принято обозначать состояния, когда одиночные или множественные тики наблюдаются по меньшей мере две недели, но не более года. Тики проявляются не только соответствующими движениями (моторные тики), но и определенной голосовой продукцией (вокальные тики). Они могут быть простыми и сложными.

Простые моторные тики представляют собой короткие изолированные движения типа моргания, подергивания головой или плечом, наморщивания лба и подобные элементарные движения. Сложные проявляются в виде серии сцепленных движений, напоминающих пластическое действие или еще более сложное ритуальное поведение.

Простые вокальные тики включают в себя неартикулируемые звуки типа хрипения, хрюканья, мычания, сопения, фырканья и т.п. или выкрики отдельных звуков и взвизгивания.

Сложные вокальные тики имеют лингвистический смысл и содержат полные или усеченные слова и включают в себя такие голосовые феномены, как эхолалия и копролалия.

Некоторые больные описывают продромальные ощущения дискомфорта в той или иной части тела (сенсорные тики).

Двигательный рисунок тикового гиперкинеза весьма специфичен и его трудно спутать с каким-либо другим гиперкинетическим синдромом.

Возникновение тиков характерно для первого десятилетия жизни, причем большинство детей заболевают в возрасте пяти-шести лет (возможны вариации от трех-четырёх лет до четырнадцати-шестнадцати и даже восемнадцати лет). В возрастной периодизации –это этап психомоторного развития. Поэтому нарушение развития психомоторной сферы может считаться фактором, способствующим развитию тиков.

Вначале тики появляются незаметно для самого ребенка и родителей.

Длительное время тиковые движения не причиняют детям никаких неудобств и не тяготят их. Ребенок удивительным образом не замечает своих тиков.

В основе любого тика, простого или сложного, лежит участие нескольких функционально

связанных мышц, поэтому двигательный акт при тике выглядит как целесообразное действие.

Течение тиков настолько своеобразно, что несет в себе важнейшую диагностическую информацию. Появившись в детском возрасте, болезнь склонна к длительному течению с волнообразными обострениями и ремиссиями. Иногда тики спонтанно прекращаются в пубертатном или постпубертатном периоде.

В литературе есть данные о том, что примерно у трети болеющих наступает стойкая ремиссия, у трети – улучшение, у трети – относительно стационарное течение.

Раньше «невротические» тики и синдром Туретта рассматривались как разные заболевания, то сегодня принято считать их разными проявлениями одной и той же патологии.

В настоящее время пользуются следующими диагностическими критериями синдром Туретта:

1. Наличие множественных моторных тиков и один или несколько вокальных тиков в течении некоторого времени, хотя и необязательно одновременно

2. Многократное появление тиков в течении дня, обычно сериями, почти каждый день за период более чем один год.

3. Заметный дистресс или значительное ухудшение социальной, профессиональной или иной деятельности больного

4. Начало заболевания в возрасте до восемнадцати лет

5. Выявленные нарушения не могут быть объяснены влиянием каких-либо веществ или общего заболевания.

Обсессивно-компульсивные расстройства отмечаются почти в семидесяти процентах случаев синдрома Туретта. Почти у каждого второго больного с синдромом Туретта выявляется синдром дефицита внимания. Коморбидные нарушения поведения могут быть фенотипическим проявлением синдрома Туретта, большинство случаев которого развивается на генетической основе.

Некоторые авторы считают, что синдром Туретта встречается намного чаще, чем диагностируется и поведенческие нарушения могут быть единственным проявлением синдрома Туретта. Мужской пол более подвержен этому заболеванию.

Большинство авторов предполагают гиперчувствительность стриарных дофаминовых рецепторов в патогенезе синдрома Туретта.

Некоторыми авторами изучена полиграфическая картина ночного сна у детей с различными тиковыми гиперкинезами и обнаружено резкое увеличение числа физиологических миоклоний сна (в основном фазе быстрого сна и во второй стадии медленного сна). Увеличение частоты физических моторных разрядов на ЭМГ во время естественного ночного сна высоко коррелировало с тяжестью тикового гиперкинеза в бодрствовании. Таким образом авторы обосно-

вывают физиогенное происхождение тиков: усиленное функционирование физиологического механизма генерации «сонных миоклоний».

Если в состоянии сна эта гиперактивность приводит к увеличению количества физиологических миоклоний сна, то во время бодрствования эта неосознаваемая гиперактивность реализуется в произвольно исполняемых и физиологически координированных элементарных движениях, то есть тиков.

Принципами лечения являются – минимальные эффективные дозы. А так как в большинстве случаев применяются нейролептики, то используются минимальные дозы галоперидола и пимозиды (орап). Оптимальными фармакологическими дозировками являются: для галоперидола – от 0.25 до 15 мг в день (в зависимости от возраста и клинических особенностей), пимозиды – от 1 до 10 мг в день. Также могут применяться флуфеназин (модитен-депо) в дозе от 2 до 15 мг в день.

Учитывая хроническое, иногда пожизненное течение болезни, необходимость длительных курсов лечения, преимущественно детского возраста больных, побочные эффекты нейролептиков некоторыми авторами рекомендуется соннапакс в начале лечения в дозе от 5 до 50 мг в день, лепонекс в дозе от 25 до 100 мг в день и более, тиаприд по 100 мг 2-3 раза в день и более. Зарубежными авторами рекомендуется клонидин, прозак, анафринил, сертралин, паксил в обычных среднесуточных дозах.

У детей в комплекс лечения добавляют препараты общеукрепляющего действия, препараты кальция в сочетании с витамином Д (особенно при сопутствующем синдроме повышенной нервной-мышечной возбудимости), ноотропы и др.

В истории известны тики в течении жизни у знаменитых людей (Наполеон, Моцарт), которые не помешали их профессиональной карьере, общественной деятельности, личной жизни, социальной адаптации.

Лекарственная терапия тиков должна сочетаться с мероприятиями, направленными на улучшение адаптации больного в семье и школе. Показаны любые виды психотерапии.

Литература:

1. Баранов А.А., Намазова Л.С., Альбицкий В.Ю., Ильин А.Г. //Рос.Пед.Журнал-№1-2008 - С.5-10
2. Брин И.Л., Дунайкин М.Л., Вознякович С.Д. //Рос.Вест.Перинат.Пед.-№4-2007-т.52-С.55-59
3. Голубев В.Л. Тики// Росс.мед.журнал.-№6-2000-С.38-41
4. Долгих Г.Д. //Рос.Вест.Перинат.Пед.-№1-2008-т.53-С.28-30
5. Знобина Г.И., Азарко В.Е., Бахадова Е.В. //Рос.Вест.Перинат.Пед.-№1-2008-т.53-С.71-76
6. Cominga D.E. // Advances in Neurology/Eds W.J.Weiner, A.E.Lang. – New York, 1995.- Vol.65. – P.293-303
7. Peterson B., Riddle M.A., Cohen D.J. et al. // Neurology.- 1993. -Vol.43.-P.941-949
8. Tolosa E., Jankovic J. // Parkinson's Disease and Related Disorders. – Baltimore, 1998.- P.491-512