

ТИКИ У ДЕТЕЙ

Л.С. Чутко, профессор, д. м. н., Сурушкина С.Ю., к. м. н., Центр поведенческой неврологии Института мозга человека им. Н.П. Бехтеревой Российской академии наук, г. Санкт-Петербург

Ключевые слова: *kids, tics, Pantogam syrup*
Key words: *дети, тики, Пантогам сироп*

Одним из самых частых психоневрологических расстройств детского возраста являются тиковые гиперкинезы. Тиковые гиперкинезы – тики (от французского *tic* – судорожное подергивание) – представляют собой внезапные, произвольные, 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 благодаря однотипности рисунка относительно легко имитируются [1]. Тики являются распространенным заболеванием, особенно в детском возрасте. По различным данным литературы, эта патология встречается у 4–7% детей в популяции [2–5].



Тики могут быть двигательными (моторными) и голосовыми (вокальными).

В 10-м пересмотре международной классификации болезней (МКБ-10) выделены следующие основные виды тиков.

F95.0 – переходящие тики

Диагностические критерии переходящего тика (F 95.0)

1. Одиночные или множественные двигательные или голосовые тики возникают много раз в течение дня, практически ежедневно, в течение не менее 2 недель, но не более года подряд.
2. В анамнезе нет периодов, когда тик непрерывно сохранялся более года и соответствовал критериям синдрома Жилиа де ля Туретта (СТ) или хронического тика.
3. Тик не связан с психическими заболеваниями, такими как болезнь Гентингтона, вирусный энцефалит, интоксикации или двигательные расстройства, вызванные лекарственными препаратами.

Это наиболее распространенный вид заболевания, при котором гиперкинезы чаще выражены в виде простых изолированных моторных тиков. Наиболее часто в такие тики вовлекается лицевая мускулатура (моргание, нахмуривание бровей и т. д.). Главный признак переходящих тиков – их спонтанная ремиссия не позднее 1 года после их появления.

F95.1 – хронические моторные или вокальные тики

Диагностические критерии хронического тика (F95.1)

1. Имеются либо двигательные, либо голосовые тики.
2. Тики возникают много раз в течение дня, практически ежедневно или с перерывами, в течение года и более.
3. Тик не связан с психическими заболеваниями, такими как болезнь Гентингтона, вирусный энцефалит, интоксикации или двигательные расстройства, вызванные лекарственными препаратами.

F95.2 – синдром Жюля 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.

Диагностические критерии синдрома Туретта (F95.2)

1. Множество двигательных и один или более голосовых тиков, хотя не всегда одновременно.
2. Тики возникают много раз в течение дня, обычно приступообразно, практически ежедневно или с перерывами, в течение года и более.
3. Количество, частота, сложность, выраженность и локализация тиков меняются.
4. Тик не связан с психическими заболеваниями, такими как болезнь Гентингтона, вирусный энцефалит, интоксикации или двигательные расстройства, вызванные лекарственными препаратами.

В этиопатогенезе тиков играют роль генетические и иммунные механизмы, перинатальная патология, а также психосоциальные факторы. Всегда следует иметь в виду возможность воздействия нескольких факторов, влияющих друг на друга [6–9].

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 [10]. Результаты наших исследований свидетельствуют о том, что в 8,5% случаев заболевание появилось после первых дней в школе («тики первого сентября») [11].

Тики значительно усиливаются под влиянием эмоциональных стимулов – тревоги, страха, смущения. Течение носит волнообразный характер с периодами улучшения и обострения. У детей, например, период улучшения может наблюдаться во время каникул.

Любая попытка подавить усилием воли появление тика неизбежно ведет к нарастанию напряжения и тревоги, а насильственное совершение желаемой двигательной реакции приносит моментальное облегчение. Необходимо отметить, что при расспросе врача о тиках гиперкинезы у пациента могут усилиться.

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. Полученные нами данные свидетельствовали о том, что наиболее частыми тиковыми гиперкинезами в наблюда-



емой группе являлись моргание и поднятие бровей. Во многих случаях у пациента отмечалось сразу же несколько тиков.

Комплекс лечебных мероприятий при тиках включает режимные моменты, психотерапию, фармакотерапию, биологическую обратную связь. Основными задачами лечения являются улучшение социальной адаптации и уменьшение гиперкинезов. Следует стремиться не к полному отсутствию гиперкинезов, что иногда недостижимо, а к их значительному уменьшению. Лечение тиков лучше проводить в амбулаторных условиях, так как госпитализация может усилить тики. К сожалению, иногда тики оказываются толерантными к лечению. Зачастую после значительного улучшения могут наступать рецидивы.

Комплексность лечения предполагает большую роль психотерапевтических и психокоррекционных методик.

При фармакотерапии тиков необходимо соблюдение ступенчатого подхода, в соответствии с которым лечение начинается с наиболее «мягких» препаратов, характери-

зующихся 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. Традиционно при лечении тиков применяются ноотропные препараты (**Пантогам**[®], пикамилон), анксиолитические средства (ноофен, атаракс) и нейролептические средства (галоперидол, тиоприд) [4, 10, 12, 13].

Из ноотропных средств для лечения детей с тиками наиболее широко применяется препарат **Пантогам**[®], относящийся к производным гамма-аминоасляной кислоты (ГАМК). **Пантогам**[®] – высокоэффективный ноотропный препарат, являющийся R(D)-4-[(2,4-дигидрокси-3,3-диметилбутирил)амино]-бутиратом кальция, высшим гомологом R(D)(+)-пантотеновой кислоты, в которой бета-аланин замещен на гамма-аминоасляную кислоту (ГАМК). Механизм действия обусловлен прямым влиянием



АКТИВНАЯ РАБОТА МЫСЛИ



- ▲ Оригинальный ноотропный препарат с умеренным седативным и мягким стимулирующим эффектом
- ▲ Улучшает память, активное внимание, эмоциональный фон
- ▲ Снижает количество тиков при тиковых гиперкинезах



Per. № - ЛП-000860



Per. № - ЛС-001667

ФОРМА ВЫПУСКА:

- ✓ таблетки 250 и 500 мг №50
- ✓ сироп 100 мг/мл 100 мл



Пантогама на ГАМКБ – рецептор-канальный комплекс. Препарат обладает ноотропным и противосудорожным действием. **Пантогам**[®] повышает устойчивость мозга к гипоксии и воздействию токсических веществ, стимулирует анаболические процессы в нейронах, сочетает умеренное седативное действие с мягким стимулирующим эффектом, уменьшает моторную возбудимость, активизирует умственную и физическую работоспособность [14].

Пантогам[®] выпускается в таблетках по 250 мг, 500 мг и в виде 10%-го 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 месяца.

Проведенные нами исследования показали, что после курса **Пантогама** уменьшение тиков отмечалось у 61,7% детей, страдающих данным расстройством. Оценка состояния с помощью шкалы SNAP-IV после курса **Пантогама-сиропа** продемонстрировала значительное снижение показателей невнимательности и гиперактивности. Родители сообщали о том, что дети стали усидчивее во время занятий в школе и при выполнении домашних заданий, меньше отвлекались во время уроков, быстрее справлялись с заданиями.

При визуальной оценке электроэнцефалограммы после курса **Пантогама** регистрировались следующие положительные изменения: уменьшение низкочастотных колебаний, возрастание представленности альфа-активности в затылочных областях.

Таким образом, результаты проведенных исследований позволяют рекомендовать использование препарата **Пантогам**[®] в качестве средства лечения тиков у детей. 

Список литературы:

1. Лис А. Дж. (Lees A.J.). Тики / Пер. с англ. М., 1989, 336 с.
2. Jankovic J. Tourette's syndrome // N. Engl. J. Med., 2001; 345: 1184–1192.
3. Колчанова М.И. Частота встречаемости и вероятные факторы риска развития тиковых гиперкинезов у детей // Мед. наука и образование Урала, 2007; 5: 35–36.

4. Du J.C., Chiu T.F., Lee K.M., Wu H.L., Yang Y.C., Hsu S.Y., Sun C.S., Hwang B., Leckman J.F. Tourette syndrome in children: an updated review // *Pediatr. Neonatol.*, 2010; 51: 5: 255–264.

5. Зыков В.П. Тики детского возраста. М.: Антидор, 2002, 180 с.

6. Abe K., Oda N. Incidence of tic in the offspring of tic quess: a controlled follow-up // *Stagy-Dev. Med. Child. Neurol.*, 1980; 22: 649–653.

7. Kurlan R. Clinical practice. Tourette's Syndrome // *N. Engl. J. Med.*, 2010; 363: 24: 2332–2338.

8. Leckman J.F., Peterson B.S., Anderson G.M., Arnsten A.F., Pauls D.L., Cohen D.J. Pathogenesis of Tourette's syndrome // *J. Child Psychol. Psychiatry*, 1997; 38: 1: 119–142.

9. Mathews C.A., Bimson B., Lowe T.L., Herrera L.D., Budman C.L., Erenberg G., Naarden A., Bruun R.D., Freimer N.B., Reus V.I. Association between maternal smoking and increased symptom severity in Tourette's syndrome // *Am. J. Psych.* 2006, 163: 6: 1066–1073.

10. Robertson M.M. Tourette syndrome, associated conditions and the complexities of treatment // *Brain*, 2000; 123: 425–462.

11. Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю., Никишена И.С., Яковенко Е.А., Лапшина О.В., Анисимова Т.И. Лечение синдрома дефицита внимания с коморбидными тиковыми гиперкинезами // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*, 2008; 2: 66–68.

12. Зыков В.П., Ширеторова Д.Ч., Шадрин В.Н., Чучин М.Ю., Комарова И.Б., Милованова О.А., Бегашева О.И., Мазанкова Л.Н., Куренков А.Л., Никитин С.С. Диагностика и лечение болезней нервной системы у детей / Под ред. В.П. Зыкова. М.: Триада-Х, 2006, 256 с.

13. Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю., Яковенко Е.А., Никишена И.С. Анисимова Т.И., Ливинская А.М., Айтбеков К.А. Опыт использования адаптола в лечении тиковых гиперкинезов у детей // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*, 2009; 10: 34–45.

14. Бадалян О.Л., Бурд С.Г., Савенков А.А. и др. Возможности применения пантогама в практике невролога // *Фарматека*, 2006; 2; спец-выпуск: Психиатрия, неврология, с. 52–56.