

Одним из самых частых психоневрологических расстройств детского возраста являются тикозные гиперкинезы, которые представляют собой внезапные, непроизвольные, насильственные, отрывистые, повторяющиеся движения, охватывающие различные мышечные группы. Тики могут быть двигательными (моторные) и голосовыми (вокальные).

Выделяют следующие виды тиков:

- транзиторные (преходящие): не сохраняются более 12 месяцев;
- хронические моторные или вокальные: длятся более 12 месяцев;
- синдром Туретта: комбинирование множественных моторных тиков и одного и более вокальных. Моторные и вокальные тики при этом расстройстве могут возникать не всегда одновременно.

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.

Наиболее часто тики появляются в 6–8-летнем возрасте и могут учащаться в период пубертатного возрастного криза. Результаты наших исследований свидетельствуют о том, что в 8,5% случаев заболевание появилось после первых дней в школе (“тики первого сентября”). В 50% случаев тики исчезают до 14 лет. Среди больных с тиками в 4–6 раз больше лиц мужского пола.

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.

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.

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.

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.

Частота встречаемости тиков убывает 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

Тики у детей

Л.С. ЧУТКО,
заведующий Центром нейротерапии
Института мозга человека РАН
(Санкт-Петербург),
профессор, доктор медицинских наук

тикозными гиперкинезами в наблюдаемой группе являлись моргание и поднятие бровей. Во многих случаях у пациента отмечалось сразу же несколько тиков. Характер и локализация гиперкинезов

На всем протяжении лечения необходимо ободрять больного, внушать ему веру в себя, формировать и поддерживать его чувство собственной полноценности. Это важно, т.к. большинство больных с тиками не уверены в себе и ранимы.

зависят от предшествовавшего заболевания. Так, мигание появляется после конъюнктивита, шмыганье носом — после ринита.

Тики часто сочетаются с проявлениями синдрома дефицита внимания с гиперактивностью. В таких случаях у детей отмечается проявления школьной дезадаптации, выражающейся в низкой успеваемости и плохом поведении. Гиперкинезы часто осложняются обсессивно-компульсивными расстройствами в виде обсессий (стереотипных навязчивых мыслей, образов) и компульсий (навязчивых действий). Необходимо отметить, что дети с тиками характеризуются повышенным уровнем тревожности.

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

Следует по возможности исключать необычные отрицательные и положи-

тельные 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 1,0–1,5 месяца. Такие же ограничения касаются компьютерных игр. Не следует акцентировать внимание ребенка на тиках, одергивать его, т.к. это способствует невротизации и усиливает тики.

Комплексность лечения предполагает большую роль психотерапевтических и психокоррекционных методик. Рациональная психотерапия в таких случаях основывается на разъяснении пациенту и/или его родителям доброкачественности имеющихся у него симптомов.

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, активирует умственную и физическую работоспособность.

Врачу необходимо четко, доступно и обоснованно изложить пациенту суть его заболевания. На всем протяжении лечения необходимо ободрять больного, внушать ему веру в себя, формировать и поддерживать его чувство собственной полноценности. Это важно, т.к. большинство больных с тиками не уверены в себе и ранимы.

В терапии тиков эффективно используются методики биологической обратной связи, представляющие собой комплекс процедур, при проведении которых пациенту посредством цепи внешней обратной связи, на базе компью-

терной техники, подается информация о текущем состоянии управляемой физиологической функции. Проведенные нами исследования свидетельствуют о высокой эффективности электроэнцефалографической биологической обратной связи с увеличением мощности альфа-ритма (альфа-тренинг) при лечении тиков.

При фармакотерапии тиков 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 осложнениями. Применение этих препаратов следует начинать с малых доз с постепенным их повышением. У больных с преходящими тиками лучше ограничиться препаратами гамма-аминомасляной кислоты. Так, очень широко при лечении тиков используется **Пантогам®**. По фармакологическим свойствам Пантогам® имеет элементы сходства с гамма-аминомасляной и пантотеновой кислотами. Механизм действия обусловлен прямым влиянием Пантогама® на гамма-аминомасляную кислоту — 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, умень-

шает моторную возбудимость, активирует умственную и физическую работоспособность. Пантогам® быстро всасывается из желудочно-кишечного тракта и проникает через гематоэнцефалический барьер. Пантогам® выпускается в таблетках по 0,25 г и в виде 10% сиропа. Пантогам® принимают внутрь через 15–30 минут после еды. Для взрослых разовая доза составляет 2,5–10 мл (0,25–1,0 г), суточная — 15–30 мл (1,5–3,0 г). Для детей разовая доза составляет 2,5–5,0 мл (0,25–0,5 г), суточная доза — 7,5–30,0 мл (0,75–3,0 г). Курс лечения — 1–2 месяца. Применение Пантогама® позволяет увеличить внимание и уменьшить гиперактивность у детей с сопутствующими проявлениями синдрома дефицита внимания с гиперактивностью. Если данная терапия оказывается неэффективной, что чаще наблюдается при хронических тиках, используются транквилизаторы: атаракс, клоназепам. В лечении синдрома Туретта ведущую роль играют нейролептические средства: сульпирид, тиаприд, галоперидол.