

Л. Б. Чудакова, канд. мед. наук, зав. дитячим відділенням
КУ «Днепропетровская областная клиническая психиатрическая
больница» (г. Днепропетровск)

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ТИКОВ И СИНДРОМА ТУРЕТТА У ДЕТЕЙ

Проблеме лечения тиков у детей и подростков всегда уделялось большое внимание вследствие частоты этого психоневрологического расстройства. Наиболее часто тики появляются в 6—8-летнем возрасте и могут учащаться в период пубертатного возрастного криза. Пик заболеваемости приходится на дошкольный и школьный возраст с максимальной выраженностью симптомов в 7—12 лет [3].

Актуальность проблемы связана с неутешительной статистикой: в той или иной форме тик встречается у 20 % детей и подростков и у 10—20 % взрослых [5]. Тик характеризуется стереотипными, быстрыми, повторяющимися, неритмичными двигательными или голосовыми актами, возникающими произвольно и неожиданно [2]. В более редких случаях тики бывают особенно стойкими или тяжелыми. Тики, несомненно, представляют междисциплинарную патологию неврологии и психиатрии. Именно это нередко объединяет и в то же время разделяет неврологов и психиатров в лечении заболевания. По мнению А. Дж. Лис (1989), «тики продолжают оставаться *terra incognita*, неуютно расположившейся между неисследованными пограничными областями неврологии и психиатрии» [7].

Появление тиков в школьном возрасте приводит к нарушению успеваемости и социальной дезадаптации. В последние годы у детей по данным Е. С. Бондаренко (1996) увеличиваются генерализованные формы тиков, что является отражением общей тенденции нарастания нервно-психической патологии [1]. Среди таких детей отмечается высокий риск злоупотребления алкоголем и наркотиками в подростковом возрасте. Наиболее тяжелые проявления тиковых гиперкинезов — это генерализованный тик (синдром Туретта), при котором поведенческие расстройства встречаются в виде обсессивно-компульсивного синдрома, где необходима помощь психиатра [4]. Синдром Туретта (СТ) часто сопровождается выраженными эмоционально-поведенческими расстройствами, которые нередко приводят к стойкой социальной дезадаптации и инвалидизации (МОЗ приказ от 04.12.2001 г. № 482 р. Х, п. 3, п.п. 3.10).

При лечении тиков традиционно используются: ингибиторы нейрональной активности (глицин), ГАМК-ергические метаболиты и регуляторы бензодиазепиновых рецепторов (фенибут, клоназепам, финлепсин), препараты дофаминергического и серотонинергического действия (финлепсин, флуоксетин, соннапакс, орап, галоперидол) [6]. Вместе с тем возможности психофармакологии расширяются с каждым днем. Перед врачом встает вопрос:

- Кто должен лечить больного?
- Каковы препараты первой очереди выбора?

Целью исследования было обобщение результатов лечения тиков у детей современными препаратами.

Задачи исследования: обеспечить больному социальную адаптацию, определить вариант терапии и ее подбор в зависимости от семиотики гиперкинезов, осуществить коррекцию синдромов минимальной мозговой дисфункции, обсессивно-компульсивных расстройств, неврозоподобных синдромов.

Объектом исследования стали 35 больных с тиками различной степени выраженности в возрасте от 5 до 17 лет, которые лечились в детском психиатрическом отделении КУ «ДОКПБ».

Диагноз заболевания устанавливался в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), где выделены следующие основные виды тиков:

- F 95.0 — Транзиторное тиковое расстройство: не сохраняются более 12 месяцев;
- F 95.1 — Хроническое двигательное или голосовое тиковое расстройство: длится более 12 месяцев;
- F 95.2 — Комбинированное голосовое и множественное двигательное тиковое расстройство (Синдром де ля Туретта): комбинирование множественных моторных тиков и одного или более вокальных тиков.

Больные были распределены по трем клиническим группам (табл. 1).

Таблица 1

Клинические группы	
1-я группа — Транзиторное тиковое расстройство (менее 1 года продолжительности: диагноз ставится ретроспективно) (F 95.0) — 16 человек.	
<input type="checkbox"/> Моторные	
<input type="checkbox"/> Вокальные	
<input type="checkbox"/> Моторные и вокальные	
2-я группа — Хроническое двигательное или голосовое тиковое расстройство (более 1 года длительности) (F 95.1) — 13 человек.	
<input type="checkbox"/> Моторное (часто)	
<input type="checkbox"/> Вокальное (редко)	
3-я группа — Комбинированное голосовое и множественное двигательное тиковое расстройство (Синдром де ля Туретта) (F 95.2) — 6 человек.	
<input type="checkbox"/> Моторный и вокальный (в определенных случаях, но не обязательно конкурентно)	

В нашем исследовании больных с тиками лиц мужского пола в 5 раз больше, чем женского (табл. 2).

Таблица 2

Распределение по полу	мужской	женский
1-я группа	12	4
2-я группа	11	2
3-я группа	6	—

В исследовании использовались: клиничко-психопатологический метод, экспериментально-психологический, нейрофизиологический (КЭЭГ).

Тяжесть клинической картины оценивалась по количеству гиперкинезов за 20 минут осмотра до лечения:

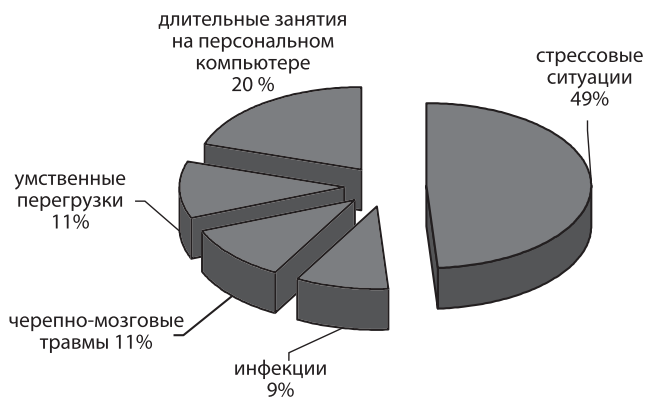
- единичные тики — от 1—10,
- серийные тики — от 11 до 30,
- статусные тики — от 30 и более.

Безусловно, данные критерии не содержат всего полиморфизма симптомов заболевания, но они довольно четко очерчивают его клиническую картину.

Контроль эффективности лечения осуществлялся через 1 месяц наблюдения. У всех больных проводился подсчет тиков за 20 минут до и после лечения. По динамике количества тиков в процессе лечения определялся коэффициент эффективности (КЭ). КЭ считался низким при значениях от 0 до 33 %, средним — при значениях 34 — 67 %, высоким — при значениях от 68 до 100 %.

При изучении анамнеза жизни установлено, что у 5 (14 %) человек родственники страдали подобными расстройствами, у 6 (17 %) чел. — была отягощенная беременность у матери, у 9 (26 %) чел. — была родовая травма, 2 (6 %) чел. — родились недоношенными, у 3 (9 %) чел. — возраст матери старше 30 лет, у остальных детей анамнез был относительно благополучный.

Были определены факторы, которые провоцировали тики (см. рисунок).



У больных с синдромом Туретта наиболее тяжелую симптоматику представляли навязчивые движения с самоповреждением (покусывание губ, языка, пальцев кистей и др.). Важным моментом с клинических позиций было выделение устойчивых тиков, а также закономерность последовательной трансформации одних тиков в другие. По типу течения были выделены 4 варианта заболевания до назначения лечения: транзиторный, ремиттирующий, стационарный, прогрессивный. У всех детей электроэнцефалографическая картина характеризовалась изменением основного коркового ритма от умеренной дезорганизации до выраженной дизритмии. Наиболее показательными были результаты ЭЭГ-исследований у больных СТ в тиковом статусе — отмечалось снижение мощности спектров α -ритма в затылочной области, повышалась δ -активность в лобных областях и появлялся билатеральный феномен «разряд — тик» из задних, передних и стволовых отделов мозга.

Комплексный подход к лечению тиков заключался в оценке всех факторов, влияющих на клиническую картину, течения и стадии заболевания. Подбор терапии проводился с учетом локализации, тяжести и семиотики тиков и данных ЭЭГ.

Терапевтическая схема предусматривала как последовательное применение препаратов по возрастающей активности: ноотропы → противоэпилептические → нейролептики (монотерапия), так и одновременное назначение препаратов вышеуказанных групп. Лекарственная терапия не назначалась, если тики были первичные и беспокоили только родителей, не нарушая

нормальную активность ребенка. В таких случаях рекомендовался рациональный режим.

1-я группа (F 95.0 — Транзиторное тиковое расстройство). Продолжительность лечения — 3—6 мес. В 4 случаях медикаментозное лечение не проводилось, т. к. тики были первичные. Больные соблюдали рациональный режим, принимали водные процедуры, лечебный массаж, у детей с 12 лет использовалась методика самоконтроля, которая состояла в самостоятельном подсчете гиперкинезов за 20 минут, без подавления тиков в спокойном расслабленном состоянии. Больные самостоятельно заносили в дневник наблюдений количество движений в течение 10—12 дней. В 10 случаях, когда локальный тик формировался на фоне выраженной минимальной мозговой дисфункции, назначались ноотропные препараты, учитывавшие их положительное действие на обменные процессы в ЦНС и тормозные и регуляторные системы мозга. Назначались: глицин 0,1 — 3 раза в сутки, фенибут 0,25 — 3 раза в сутки, пантокальцин 0,25 — 3—4 раза в сутки. Соблюдался рациональный режим, проводился самоподсчет гиперкинезов, водные процедуры, лечебный массаж. Коэффициент эффективности — 78 %, у 10 больных количество тиков уменьшилось на 80, 60, 66, 64, 46, 40, 68, 72, 76, 88 % и у 6 человек — полное прекращение тиков.

2-я группа (F 95.1 — Хроническое двигательное или голосовое тиковое расстройство). Длительность терапии — 6—10 месяцев. Лечение тика в данной группе начиналось с пантокальцина 0,75—1,0 мг/сут. или фенибута 0,75—1,0 мг/сут. При отсутствии эффекта (в 10 случаях) переходили на противоэпилептические препараты, которые оказывали максимальное избирательное действие на быстрые единичные, серийные моторные тики с локализацией в лицевых мышцах головы, шеи, и плечевого пояса, а также при единичных простых вокальных тиках. Снижение числа моторных тиков вело к регрессу общей гиперактивности и нормализации тормозных процессов головного мозга, улучшению обучения и концентрации внимания.

Нами применялись:

- Финлепсин-ретард назначался детям в возрасте 14—17 лет в 4-х случаях, в средних терапевтических дозировках 10—15 мг/кг/сут. В клинической картине помимо тиков доминирующими были выраженные изменения в эмоционально-волевой сфере в форме синдрома повышенной аффективной возбудимости, агрессивное поведение, стойкие или кратковременные девиации в поведении. КЭ = 74 %, что соответствовало уменьшению тиков на 76, 66, 72, 82 %.

- Ламотриджин Плива назначался детям младшего возраста (5—8 лет) в 4-х случаях для лечения тиков, без нарушения когнитивного функционирования, с 0,5 мг/кг до 1—1,5 мг/кг медленным титрованием в течение месяца. Наряду с тиками редуцировались неврозоподобные синдромы. Дети с астенической симптоматикой не жаловались на общую слабость, повышенную утомляемость после умственной и физической нагрузки, постепенно исчезла эмоциональная неуравновешенность. КЭ = 72 %, что соответствовало уменьшению тиков на 62, 76, 64, 88 %.

- Эпирамат 3—6 мг/кг/сутки с медленным титрованием в течение месяца применялся в 2-х случаях с церебрастенической симптоматикой. Проводился обязательный еженедельный мониторинг клинического анализа мочи в течение 1-го месяца, т. к. при повышении pH появляется угроза формирования камня, 1 раз

в 3 місяця проводилось УЗІ почек. Для профілактики нефролітиаза при підвищенні рН мочи рекомендовалось запивати препарат більшим кількістю підкисленої яблучним уксусом води. Не назначались препарати, задерживаючі кальцій, в частині ацетазоламід (діакарб). Коефіцієнт ефективності лікування — 72 %, що соответствовало зменшенню тиков на 68 і 76 %.

Все діти слідували раціональному режиму, їм назначались водні процедури і лікувальний масаж. Більші старші 12 років проводили самоконтроль в формі підрахунку гіперкінезів за 20 хвилин і записували в щоденник.

3-я група (F 95.2 — Комбіноване голосове і множинне двигальне тикозне розлад (Синдром де ля Туретта). Довготривалість прийому препаратів — від 6 до 12 міс. При стаціонарно-прогресивному теченні синдрому Туретта терапію рекомендовалось проводити без перерви в теченні 3—5 років з пробними відмінами препаратів при неефективності — зміною нейролептику. Лікування сразу починалось з комбінації протівоепілептичного препарату (епірамат) і нейролептику (риссет). Загальним правилом для лікування протівоепілептичними препаратами і нейролептиками було: низька стартова доза, послідовальне медленне підвищення суточних доз препаратів до середньої терапевтичної дози. Рисперидон (риссет)

относится к группе атипичных нейролептиков и эффективен был при СТ и связанных с ним нарушениях поведения, особенно оппозиционно-вызывающего характера. Начальная доза — 0,5—1 мг/сут., с постепенным ее повышением до достижения положительной динамики. Выбор препарата риссет для лечения тиков определялся как механизм действия (нарушение серотонинового и дофаминового обмена путем блокирования одновременно серотониновых и дофаминовых рецепторов), так и спектром дозировок (1 мг, 2 мг, 3 мг, 4 мг), которые наиболее оптимальны для титрования и последующего лечения. Лечение в амбулаторных условиях необходимо начинать с минимальных дозировок риссета 0,25—0,5 мг/сут. Отмена нейролептика должна проводиться в ремиссии в течение месяца, с еженедельным снижением на ¼ суточной дозы, с последующим назначением антиоксидантной терапии в осенне-зимнее время.

Эпирамат в дозе 3—6 мг/кг/сутки был наиболее эффективным при СТ среди антиэпилептических препаратов, что подтверждалось положительной динамикой в клинической картине и данными повторных КЭЭГ.

Проводился самоподсчет гиперкинезов, соблюдался рациональный режим, применялись водные процедуры, лечебный массаж. Коефіцієнт ефективності — 71 % через місяць після лікування, що соответствовало зменшенню на 76, 68, 84, 66, 72, 60 %.

Таблиця 3

Результаты лечения по коэффициенту эффективности

Вид лечения	Дозы препарата	Коефициент эффективности		
		1-я группа (F 95.0)	2-я группа (F 95.1)	3-я группа (F 95.2)
Глицин	100—200 мг	78 %	—	—
Фенибут	500—250 мг	78 %	—	—
Пантокальцин	1000—500 мг	78 %	—	—
Финлепсин-ретард	10—15 мг/кг/сутки	—	74 %	—
Ламотриджин Плива	от 0,5 мг/кг до 1—1,5 мг/кг	—	72 %	—
Эпирамат	3—6 мг/кг/сутки	—	72 %	71 %
Риссет	0,5—1 мг/сутки	—	—	71 %

Полученные нами результаты лечения тиков у детей с высоким КЭ от 71 % до 78 % во всех группах из-за малочисленности выборки носят предварительный характер и нуждаются в дальнейшем изучении. Тем не менее они демонстрируют эффективность предложенной нами тактики в терапии тикозных расстройств детского и подросткового возраста, которая дала возможность больному достичь социальной адаптации.

Список литературы

1. Бондаренко Е. С., Юрьева Э. А., Зыков В. П. Лазеротерапия синдрома Туретта // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1997. — № 12.
 2. Зыков В. П. Тики детского возраста. — М., 2002. — 188 с.

3. Зыков В. П., Бегашева О. И. // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. Прил. Нейродиагностика. — 2003.
 4. Зыков В. П. Клиническая систематизация тиков у детей // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2003.
 5. Зыков В. П., Новикова Е. Б. Иммуномодулирующая терапия у больных тиками и синдромом Туретта // Матер. Конгресса педиатров России. — М., 2005.
 6. Зыков В. П., Комарова И. Б., Назарова Е. К. и др. Состояние вегетативной сердечно-сосудистой регуляции у больных тиками и синдромом Туретта // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2005. — № 9.
 7. Lampreave J. L. et al. Technetium-99m-HMPAO in Tourette's syndrome on neuroleptic therapy and after withdrawal / J. Nucl. Med. — 1998 Apr. — 39 (4). — 624—8.

Надійшла до редакції 18.03.2009 р.

Л. Б. Чудакова

Тактика лікування тиків і синдрому Туретта у дітей
 КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна психіатрична лікарня»
 (м. Дніпропетровськ)

У роботі вивчена ефективність лікування тиків та синдрому Туретта у дітей сучасними психофармакотерапевтичними препаратами. Високий коефіцієнт ефективності свідчить про доцільне використання атипичного нейролептику риссет у комбінації з епіраматом під час лікування синдрому Туретта.

L. B. Chudakova

Tactics of ticks and Tourette syndrome in children treatment
 "Dnipropetrovs'k Regional Clinical Psychiatric Hospital"
 (Dnipropetrovs'k)

The work studied the effectiveness of ticks and Tourette syndrome children treatment by modern psychopharmacotherapeutic medicines. The high efficiency ratio testifies about the use of atypical neuroleptic risset in combination with topiramate in the treatment of Tourette syndrome.