

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИКАМИ

А.А. КАЮМОВА, Ф.Г. УСМАНОВА, С.И. РАШИДОВА, А.Т. ДЖУРАБЕКОВА

Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ТИКЛАР БЎЛГАН БОЛАЛАРДА КЛИНИК ХУСУСИЯТЛАРИ

А.А. КАЮМОВА, Ф.Г. УСМАНОВА, С.И. РАШИДОВА, А.Т. ДЖУРАБЕКОВА

Самарканд давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд

CLINICAL CHARACTERISTICS OF CHILDREN WITH DIFFERENT TICS

A.A. KAYUMOVA, F.G. USMANOVA, S.I. RASHIDOVA, A.T. JURABEKOVA

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Бизнинг текиширувимизда турли тиклари бўлган болаларда ўзини туттишига баҳо берилди. 7-12 ёшли 181 бола текишилди. Кўп учрайдиган гиперкинезлар кўзини пирпиратиши ва қош қоқиши, неврозсимон тиклар 54,1%, болаларда бош оғриғи 8,5% учрайди, дудуқланиш 23,2%, эътибор камлик синдроми гиперактивлик билан 48 %, айниқса кўпинча Туретта синдромида. Ўтиб кетувчи тиклари бўлган болаларда ҳавотир даражаси юқори эди.

Калит сўзлар: тиклар, бош оғриғи, хатти-ҳаракат касалликлари.

The work assesses behavioral disorders in children with different tics. 181 children from 7 to 12 years old were examined. The most frequent hyperkinesias were blinking and lifting of the eyebrows, neurotic-like tics were 54.7%, in children, headache was diagnosed in 8.5%, stammering was 23.2%, in 48% signs of attention deficit hyperactivity disorder, especially with Tourette's syndrome. The level of anxiety was greater in children with transient tics.

Key words: tics, headache, behavioral disorders.

Актуальность. Тики являются распространенным заболеванием, особенно в детском возрасте. В патогенезе тиков играют роль как наследственные факторы, так и факторы, неблагоприятно влияющие на развивающийся мозг: прием стимуляторов центральной нервной системы матерью во время беременности, стрессы во время беременности, тяжелая тошнота и рвота на фоне гестоза, а также прием противорвотных средств [2, 6, 9]. Наиболее частым фактором, провоцирующим тики у детей, является школьный адаптационный стресс («тики первого сентября»). Среди других стрессовых ситуаций часто встречаются разлука с одним из родителей в результате распада семьи, эпизоды внезапного испуга. У некоторых детей тики возникают после длительной умственной перегрузки, которую можно рассматривать как хронический стрессовый фактор [1, 5, 8].

Социальная значимость тиков определяется не только гиперкинезами, но и коморбидными когнитивными и поведенческими нарушениями: синдромом дефицита внимания с гиперактивностью, тревожными и обсессивно-компульсивными расстройствами. Таким образом, изучение разновидностей тиков и поиск новых методик лечения этого расстройства являются актуальными проблемами [2, 3, 4, 7, 9].

Цель исследования. Дать оценку поведенческих расстройств детям с различными тиками.

Материал и методы исследования. В основную исследуемую группу, были включены дети с тиками, 181 ребенок. Среди них количество мальчиков составило 161 (90,7%), а девочек - 20(9,3%). Средний возраст в исследуемой группе составил 9,7±2,2. В соответствии с возрастом дети были разделены на 2 подгруппы: 7- 9 лет (83 ребенка (45,9%)) и 10-12 лет (98 детей (64,1%)). В соответствии клиническим проявлениям дети разделены: преходящие тики – у 84 человек (46,4%), хронические тики 77 (42,6), синдром Туретта – у 20 человек (11,0%). Все дети обследованы традиционным методом, клинко-неврологический статус, нейропсихологическое тестирование.

Результаты исследований. Наиболее частыми тиковыми гиперкинезами являлись моргание и поднятие бровей. Во многих случаях у пациента отмечалось сразу же несколько тиков. В 43 случаях (23,8%) отмечались вокальные тики (хмыканье, свист, выкрикивание звуков).

Глазодвигательные тики достоверно чаще отмечались при хронических тиках по сравнению с преходящими тиками ($p<0,05$). Вокальные тики достоверно чаще отмечались при хронических тиках по сравнению с преходящими тиками ($p<0,01$). В 20 случаях вокальные тики сочетались с несколькими двигательными, что послужило причиной постановки диагноза синдром Туретта (табл. 1).

Виды тиков в исследуемой группе

Виды тиков	Вся группа	Преходящие Тики	Хронические Тики	Синдром Туретта
Моргание	136 (75,1%)	66 (78,6%)	53 (68,9%)	17(85,0%)
Поднятие бровей	45 (24,9%)	18 (21,4%)	20 (25,9%)	7 (35,0%)
Нахмуривание лба	27 (14,9%)	12 (14,3%)	9(11,7%)	6 (30,0%)
Глазодвигательные Тики	24 (13,3%)	4 (4,8%)	10(13,0%*)	10(50,0%)
Поднятие плеч	11 (6,1%)	3 (3,6%)	5 (6,5%)	3 (15,0%)
Высовывание языка	6 (3,3%)	2 (2,4%)	2 (2,6%)	2(10,0%)
Щелкание пальцами	2(1,1%)	-	1	1 (5,0%)
Вокальные тики	43 (23,8%)	6 (7,1%)	17 (22,1%)*	20 (100%)
Всего	1 81 (100%)	п=84 (100%)	п=77 (100%)	20

* $p<0,05$ - достоверные различия по сравнению с группой 1 .

* $p<0,01$ - достоверные различия по сравнению с группой 1

У обследованных детей исследуемой группы была выявлена наследственная отягощенность по тикам (тики у родственников первой степени родства) у 72 пациентов (39,8%), в том числе у 56 детей (31,0%) - по мужской линии, у 8 детей (4,4%) - по женской линии, в 8 случаях (4,4%) тики отмечались по обоим линиям. Тики когда-либо отмечались у родителей 33 детей (18,2%), причем в 6 случаях (3,3%) - у матерей, а в 27 случаях (14,9%) - у отцов.

При исследовании неврологического статуса у детей в исследуемых группах не удалось обнаружить выраженной очаговой симптоматики. При неврологическом осмотре часто выявлялись следующие симптомы: мелко размахистый горизонтальный нистагм, снижение конвергенции, умеренное диффузное снижение мышечного тонуса, оживление глубоких рефлексов, расширение рефлексогенных зон, анизорефлексия, легкие нарушения координаторной сферы, в основном, в виде дисдиадохокинеза и элементы мозжечковой атаксии.

В группе детей с преходящими тиками рассеянная микроочаговая симптоматика выявлена у 20 детей (23,8%), в группе детей с хроническими тиками - в 58 случаях (75,3%), в группе детей с синдромом Туретта - в 19 случаях (95,0%).

Элементы статической атаксии в виде трудности при ходьбе по линии и удержании равновесия выявлялись у 36 детей (19,9%), элементы динамической атаксии в виде нарушений выполне-

ния пальце-носовой, пяточно-коленной проб, а также проб на чередование движений выявлялись в 62 случаях (34,3%). В 18 случаях (9,9%) регистрировались элементы как динамической, так и статической атаксии. (табл. 2)

Основными клиническими проявлениями СДВГ являлись невнимательность, гиперактивность, импульсивность. В исследуемой группе данная симптоматика отмечалась в 86 случаях (47,5%). При этом у детей с преходящими тиками СДВГ встречается в 23 случаях (27,5%), у детей с хроническими тиками СДВГ встречается в 45 случаях (58,4%), у детей с синдромом Туретта СДВГ встречается в 18 случаях (90,0%). Таким образом, по сравнению с группой детей, страдающих преходящими тиками, СДВГ достоверно чаще ($p<0,05$) встречается у детей с хроническими тиками, и особенно чаще ($p<0,01$) у детей с синдромом Туретта.

В 37 случаях (20,4%) у детей из наблюдаемой группы отмечался энурез. При этом в 9 случаях отмечалось как дневное, так и ночное недержание мочи. Первичная форма энуреза встречалась в 33 случаях, что составляло 89,1% от всех детей с энурезом из наблюдаемой группы. Родители таких детей отмечали чрезвычайно глубокий сон (профундосомнию). Вторичная форма встречалась в 4 случаях (10,9% от всех детей с энурезом из наблюдаемой группы) и возникала на фоне острой или хронической психотравмирующей ситуации.

Таблица 2.

Виды тиков согласно классификации Г.Г. Шанько в исследуемых группах

Виды тиков	Преходящие Тики	Хронические Тики	Синдром Туретта
Невротические тики - 82 (45,3%)	60 (71,4%)	20(26,0%) *	2 (10,9%)
Неврозоподобные тики - 99 (54,7%).	24 (28,6%)	57 (74,0%) *	18 (90,0%) *
Всего 181 (100%)	п=84 (100%)	п=77 (100%)	П=20 (100%)

* $p<0,01$ - достоверные различия по сравнению с группой 1.

Частота головных болей напряжения в основной группе и группе сравнения

Варианты ГБН (% от общего числа ГБН)	Преходящие тики п=84 (100%)	Хронические тики П=77 (100%)	Синдром Туретта П=20 (100%)
Эпизодические (частые) ГБН п=72 (71,3%)	47 (57,1%)	22 (15,6%) *	3 (15,0%)
Хронические ГБН п=29 (28,7%)	12 (14,2%)	13 (16,9%)	4 (20,0%)
Всего детей с ГБН п=101(55,8%).	59 (70,2%)	35 (45,5%) *	7(35%)

* $p<0,01$ - достоверные различия по сравнению с преходящими тиками.

В 124-х случаях у детей с тиками диагностировались головные боли (68,5%), такие боли были определены нами как головные боли напряжения (ГБН). Всего ГБН в исследуемой группе регистрировались в 101 случае (55,8%). При этом эпизодические ГБН отмечались у 72 детей, а хронические ГБН у 29 детей. Таким образом, достоверно чаще ($p<0,05$) встречались эпизодические ГБН. У детей с преходящими тиками ГБН отмечались в 59 случаях (70,2%), при хронических тиках - в 35 случаях (45,5%); у детей с синдромом Туретта ГБН отмечались в семи случаях. Таким образом, ГБН достоверно чаще встречались у детей с преходящими тиками, чем с хроническими ($p<0,05$) (табл. 3).

Заикание при обследовании у больных из наблюдаемой группы выявлено в 42 случаях (23,2%). При анализе встречаемости данного заболевания у пациентов с различными типами тиков получены следующие данные: у детей с преходящими тиками заикание регистрировалось в 30 случаях (35,7%), при хронических тиках - в 10 случаях (13,0%); у детей с синдромом Туретта - в двух случаях. Таким образом, заикание достоверно чаще встречалось у детей с преходящими тиками, чем с хроническими ($p<0,05$). При этом можно отметить, что у детей с хроническими тиками встречалось, в основном, неврозоподобное заикание, а у детей с преходящими тиками - невротическое заикание. При исследовании тревожности с помощью опросника тревожности С.М. Зелинского и В.Е. Кагана уровень тревожности у детей с преходящими тиками составлял в среднем $24,3\pm 6,8$ (при норме 4-16).

В группе детей с хроническими тиками средний уровень тревожности составил $17,2\pm 4,2$ балла. В группе сравнения детей с синдромом Туретта средний уровень тревожности составил $19,2\pm 3,9$ балла. В контрольной группе средний уровень тревожности составил $11,7\pm 4,1$ балла. Таким образом, выявлены достоверные ($p<0,05$) различия между уровнями тревожности в различных группах. Наибольшей тревожностью, отличаются дети с преходящими тиками.

Признаки школьной дезадаптации, отмечались у 38 пациента, из основной исследуемой группы, что составляло 45,2%. В группе детей с хроническими тиками, данные признаки отмечались у 49 человек (63,6%). В группе детей с синдромом Туретта признаки школьной дезадаптации отмечались у всех пациентов (100%). У детей из контрольной группы признаки школьной дезадаптации отмечались в 14 случаях (35,0%) Таким образом, школьная дезадаптация достоверно чаще встречается при хронических тиках ($p<0,05$) и, особенно, при синдроме Туретта.

Выводы. Преходящие тики достоверно чаще, чем хронические тики и синдром Туретта, возникают на фоне психотравмирующей ситуации и характеризуются более высоким уровнем тревожности. Кроме этого у них достоверно чаще встречаются головные боли напряжения, чем у детей с хроническими тиками.

У детей с тиками почти в 48% случаев отмечаются признаки синдрома дефицита внимания с гиперактивностью. Данное расстройство достоверно чаще встречается у детей с хроническими тиками, и особенно часто при синдроме Туретта, по сравнению с пациентами с преходящими тиками.

Литература:

1. Джанумова Г.М., Иванов Л.Б., Будкевич А.В. Опыт применения тенотена детского при лечении тикозных гиперкинезов у детей // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2016, № 1, с. 43-49.
2. Заваденко Н.Н. Лечение синдрома дефицита внимания с гиперактивностью Тенотеном детским: результаты двойного слепого плацебо-контролируемого рандомизированного исследования // Эффективная фармакотерапия. Неврология. 2016, № 5
3. Иванов Л. Б., Будкевич А. В., Джанумова Г. М. Биоэлектрическая активность головного мозга при лечении тикозных гиперкинезов у детей теноном детским (клинико-электроэнцефалографическое исследование) //

Функциональная диагностика. 2016, № 2, с. 26–37.

4. Иванов Л. Б., Будкевич А. В., Джанумова Г. М., Пилина Г. С. Биоэлектрическая активность головного мозга при синдроме дефицита внимания с гиперактивностью с позиции диссоциации уровня бодрствования. Материалы конференции «Нейрофизиологические исследования в клинике». 2016, с. 11.

5. Ретюнский К. Ю., Петренко Т. С. Поиск новых возможностей эффективной и безопасной терапии гиперкинетического расстройства у детей //Академический журнал Западной Сибири. 2016, № 2, с. 14–15.

6. Draganski B. Multispectral brain morphometry in Tourette syndrome persisting into adulthood //Brain. 2016. Vol.133, N12. P.3661-3675.

7. Malik A. et al. Hypertension-related knowledge, practice and drug adherence among inpatients of a hospital in Samarkand, Uzbekistan //Nagoya journal of medical science. – 2014. – Т. 76. – №. 3-4. – С. 255.

8. Piacentini J., Woods D.W., Scahill L., Wilhelm S., Peterson A.L., Chang S., Ginsburg G.S., Deckersbach T., Dziura J., Levi-Pearl S., Walkup J.T. Behavior therapy for children with Tourette Disorder: a randomized controlled Trial//JAMA. 2015. Vol.303, N19. P.1929-1937.

9. Sukhodolsky D.G., Landeros-Weisenberger A., Scahill L., Leckman J.F., Schultz R.T. Neuropsychological functioning in children with Tourette syndrome with and without attention-deficit/hyperactivity disorder //J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. 2016. Vol.49, N11. P. 1155-1164.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИКАМИ

А.А. КАЮМОВА, Ф.Г. УСМАНОВА,
С.И. РАШИДОВА, А.Т. ДЖУРАБЕКОВА

Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

В работе дана оценка поведенческих расстройств детям с различными тиками. Обследован 181 ребенок от 7 - 12 лет. Наиболее частыми гиперкинезами являлись моргание и поднятие бровей, неврозоподобные тики составили 54,7%, у детей диагностировалась головная боль в 8,5%, заикание 23,2%, в 48% признаки синдрома дефицита внимания с гиперактивностью, особенно часто при синдроме Туретта. Уровень тревожности был большим у детей с преходящими тиками.

Ключевые слова: тики, головная боль, поведенческие расстройства.