

КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАЦИИ ТИКОЗНЫХ ГИПЕРКИНЕЗОВ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ И ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ

Самаркандский государственный медицинский университет

Кафедра Неврологии

Ботирова Нигина

Резидент магистратуры 2го года

Ключевые слова: тикозные гиперкинезы; дети; дифференциальная диагностика; доказательная медицина; YGTSS; лечение.

ВВЕДЕНИЕ

Тикозные гиперкинезы являются одной из наиболее распространённых форм двигательных расстройств детского возраста и занимают центральное место в структуре pediatric movement disorders. Согласно данным эпидемиологических исследований, транзиторные тики выявляются у 10–20% детей, тогда как хронические тикозные расстройства и синдром Туретта встречаются у 1–3% детской популяции. Клиническая значимость тиков определяется не только их моторными и вокальными проявлениями, но и высокой частотой нейропсихиатрической коморбидности, включая синдром дефицита внимания с гиперактивностью, обсессивно-компульсивные и тревожные расстройства, что существенно ухудшает качество жизни пациентов и их семей.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить возрастные клинические вариации тикозных гиперкинезов у детей, усилить дифференциально-диагностические критерии и обосновать оптимизацию лечебной тактики с позиций доказательной медицины.

Материалы и методы

В исследование включены 70 детей в возрасте от 4 до 17 лет (средний возраст $9,8 \pm 3,6$ года) с тикозными гиперкинезами. Проводился клинико-неврологический анализ с оценкой феноменологии тиков, степени их произвольного контроля, наличия сенсорных предвестников, суточной и стресс-индуцированной вариабельности, а также структуры коморбидных расстройств. Тяжесть тикозной симптоматики оценивалась с использованием шкалы Yale Global Tic Severity Scale (YGTSS). Дифференциальная диагностика включала дистонию, хорею, миоклонус, моторные стереотипии, эпилептические феномены и функциональные двигательные расстройства.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Установлена выраженная возрастная зависимость клинических проявлений тикозных гиперкинезов. В дошкольном возрасте преобладали

простые моторные тики с транзиторным течением, выраженной вариабельностью и низкими показателями YGTSS. В младшем школьном возрасте отмечалось усложнение тиковой феноменологии, появление вокальных тиков и максимальные диагностические трудности. Подростковый возраст характеризовался наибольшей выраженностью тиковой симптоматики, тенденцией к хронизации и высокой частотой коморбидных обсессивно-компульсивных и аффективных расстройств.

Дифференциальная диагностика

Дифференциальная диагностика тиковых гиперкинезов представляет собой ключевой этап клинической оценки. Тики характеризуются стереотипностью, кратковременностью, возможностью волевого подавления и наличием сенсорных предвестников, что позволяет отличать их от других форм гиперкинезов. В отличие от дистонии, тиковые гиперкинезы не сопровождаются стойкими патологическими позами и феноменом «переполнения». Хореические гиперкинезы отличаются нерегулярностью, большей амплитудой и отсутствием повторяемых двигательных паттернов. Миоклонус характеризуется молниеносными, неподдающимися сокращениями без сенсорных ощущений. Моторные стереотипии, как правило, имеют более ранний дебют, ритмичный характер и стабильное течение. Особое значение имеет разграничение тиков и функциональных двигательных расстройств, для которых типичны внезапное начало, вариабельность клинической картины и отсутствие характерной тиковой феноменологии.

Таблица. Возрастные клинические характеристики тиковых гиперкинезов (n = 70)

Возраст	n (%)	Тип тиков	Вокальные тики	YGTSS	(M±SD)
Коморбидность					
4–6 лет	18 (25,7)	Простые моторные	Редко	14,2±4,1	
Тревожные реакции					
7–11 лет	30 (42,9)	Комбинированные	Умеренно	21,6±5,3	
СДВГ, тревога					
12–17 лет	22 (31,4)	Моторные + вокальные	Часто	27,9±6,0	
ОКР, аффективные					

Оптимизация лечения с позиций доказательной медицины

Современные международные клинические рекомендации подчёркивают приоритет немедикаментозных методов лечения при лёгких и умеренных формах тиковых гиперкинезов. Наивысший уровень доказательности имеют психообразование и когнитивно-поведенческая терапия, включая Habit Reversal Training и Comprehensive Behavioral Intervention for Tics (CBIT). Фармакотерапия показана при выраженном функциональном дефиците. К препаратам первой линии относятся α2-агонисты (клофелин, гуанфацин),

особенно при сочетании с СДВГ. Атипичные антипсихотические препараты второго поколения (рисперидон, арипипразол) обладают доказанной эффективностью в снижении тяжести тиков. При резистентных формах возможно применение тетрабеназина или локальное использование ботулинического токсина при фокальных тиках.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Возрастно-ориентированный и дифференцированный подход к тиковым гиперкинезам у детей, основанный на принципах доказательной медицины, позволяет повысить диагностическую точность, избежать гипердиагностики и оптимизировать лечебные стратегии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Martino D., Pringsheim T. Tourette syndrome and chronic tic disorders. *Lancet Neurology*. 2018.
2. Pringsheim T. et al. Practice guideline recommendations for the treatment of tics. *Neurology*. 2019.
3. Robertson M.M. Tourette syndrome: clinical features and comorbidities. *Lancet Psychiatry*. 2015.
4. Cavanna A.E., Seri S. Tourette's syndrome. *BMJ*. 2013.
5. Scahill L. et al. Contemporary assessment and pharmacotherapy of Tourette syndrome. *NeuroRx*. 2006.
6. Bloch M.H., State M.W., Pittenger C. Recent advances in Tourette syndrome. *Curr Opin Neurol*. 2011.
7. Jankovic J. Differential diagnosis and etiology of tics. *Adv Neurol*. 2001.
8. Ganos C., Münchau A., Bhatia K.P. The semiology of tics. *Mov Disord*. 2014.
9. Hallett M. Neurophysiology of movement disorders. *Parkinsonism Relat Disord*. 2014.
10. Singer H.S. Motor stereotypies. *Semin Pediatr Neurol*. 2009.
11. Eapen V., Cavanna A.E., Robertson M.M. Comorbidities in Tourette syndrome. *Front Psychiatry*. 2016.
12. Murphy T.K. et al. Practice guideline recommendations summary. *Neurology*. 2013.