ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ГИПЕРКИНЕЗОВ

Эгамбердиева Гулнора Нематовна, Усманова Гулзора Бахтиёровна

Ферганский медицинский институт общественного здоровья г.Фергана ул.Янги Турон 2А Fergana 150100

E-mail: muminov07ny@gmail.com

Ключевые слова: Гиперкинетический синдром, гиперкинези, диагностические критерии гиперкинезов, виды гиперкинезов

Введение. Гиперкинетический синдром ГС — это нарушение нейромедиаторного обмена преимущественно в структурах экстрапирамидной системы. Гиперкинетический синдром объединяет все виды насильственных, непроизвольных, избыточных движений и встречается в клинике многих неврологический заболеваний. Патогенез этой патологии до конца не изучен.

Дисфункция специфических дофаминергических, ГАМК-эргических нейронов вызывает нарушение кортико-нигро-стрио-паллидарной системы (Шток В. Н., 2003). В результате в мозге наблюдается недостаток ацетихолина, серотонина, глицина, а также относительный избыток катехоламинов и дофамина. ГС характеризуется значительным клиническим полиморфизмом и существенно различается по распространённости, симметричности, темпу, ритмичности, локализации и выраженности. Гиперкинетический синдром-ведущее проявление самостоятельных, преимущественно врожденных неврологических заболеваний.Чаще ГС носит симптомотический характер вследствие воздействия на головной мозг инфекционных, токсических, сосудистых, (Шток В. Н., Левин О. С. 2000), гипоксических, метаболических и других патогенных факторов. В зависимости от уровня поражения головного мозга выделяют три группы гиперкинезов: гиперкинезы преимущественно стволового уровня: миоклонии, миоритмии, миокимии, спастическая кривошея, тремор, тики, лицевой гемиспазм и параспазм. Их характерные особенности — стереотипность, ритмичность и относительная простота насильственных движений. Гиперкинезы преимущественно подкоркового уровня: хорея, атетоз, баллизм, торсионная дистония, интенционная судорога Рюльфа. Их общие черты — полиморфизм, аритмичность, сложность насильственных движений, наличие дистонического компонента. Подкорково-корковые гиперкинезы: кожевниковская эпилепсия, миоклонус-эпилепсия, миоклоническая диссинергия Ханта, общими чертами которых являются частая генерализация процесса и эпилептические припадки. Чаще встречается у детей, особенно первого года жизни (Зыков В.П., 2003). Но встречается и у взрослых. Гиперкинезы являются полиэтиологическими состояниями (Левин О. С. Московцева Ж. М.,2000), и считается актуальной проблемой, для решения которой вытекает цель нашего исследования.

Цель исследования. Выявить диагностические критерии различных видов гиперкинезов.

Материалы и методы исследования. Клинико — неврологические исследования. Параклинические методы исследования: Для достижения нашей цели были поставлены следующие задачи.

Результаты исследования и их обсуждение. В группе больных с гиперкинезами при проведении статистического анализа антропометрических особенностей достоверными признаками являются астеническое телосложение (66,6%), темные волосы (84%), темная радужка (88%), смуглая кожа (89%). Наличие всех перечисленных портретных признаков достоверно коррелирует с тяжелым течением тиков. У больных с хроническими гиперкинезами сухожильные, надкостничные и брюшные рефлексы оказались симметричными (51%) или симметрично высокими (48%). У больных с гиперкинезами достоверно не выявлено координаторных нарушений у 61%; двухсторонняя мозжечковая атаксия выявляется у 41%. При хроническом гиперкинезном расстройстве могут встречаться гиперкинезы в сочетании с миоклонусом (12,4%), дистонией (12,4%), хореоатетозом (3,7%) и тремором (2,1%). Единственный вид гиперкинезов, который достоверно не сочетается с гиперкинезами это баллизм.

Среди локализации тиков лидирующее место занимает область лица — 69.5% больных, глаза — 62,59%, руки — 61,47%. Вдвое реже встречают тики мышц ног и туловища.

При тиках и мышечных дистониях не обнаружено специфических ЭЭГ-маркеров. В целом для изменений ЭЭГ характерна а) нормальная фоновая активность, б) увеличение индекса бета-активности, в) доминирование дельта-тетта-активности.

По данным магнитнорезонансного (МРТ) исследования отсутствие структурных изменений выявлено в 69%.

Изменения МРТ при хронических гиперкинезах включают: 1) дискинезия мозжечка — 13,5%, 2) одностороннее поражение базальных ганглиев — 4,8%, 3) диффузная и локальная атрофия головного мозга — 5,5%, 4) 2,4%, — лейкопатии перивентрикулярных отделов.

Применение комплексной терапии для лечения I степени тяжести хронических гиперкинезов является эффективным. Учитывая хроническое течение заболевания, необходимо дальнейшее наблюдение больного и

возможная коррекция рецидивов. II степень тяжести гиперкинезого расстройства требует более активной терапии в связи с непродолжительными ремиссиями и обострениями. При III степени тяжести хронического гиперкинезого расстройства у 12 больных не удалось достичь полной ремиссии. Однако отмечалось улучшение на фоне проводимой терапии (уменьшалось распространение гиперкинезов, их длительность и частота). В связи с этим рекомендовано длительное непрерывное лечение.

Выводы. Установлен мультифакторный генез хронического тикозного расстройства, являющегося результатом органического поражения головного мозга в детском возрасте и психологических особенностей личности больного и его взаимодействия с окружающими людьми. Выявлены особенности эмоционально-личностной сферы больных с хроническими гиперкинезами и особенностями взаимодействия больных с хроническими гиперкинезами внутри семьи. Таким образом, первичные гиперкинезы могут считаться типичным психоневрологическим расстройством;при катамнестическом наблюдении установлено, что хронические гиперкинезы могут являться начальным проявлением прогрессирующих заболеваний нервной системы. Выявлены особенности эмоционально-личностной сферы больных с хроническими гиперкинезами и особенностями взаимодействия больных с хроническими гиперкинезами внутри семьи. Таким образом, первичные гиперкинезы могут считаться типичным психоневрологическим расстройством; при тиках и мышечных дистониях не обнаружено специфических ЭЭГ-маркеров. Не обнаружено специфических для хронического тикозного расстройства изменений при МРТ-исследовании; разработано комплексное лечение хронических гиперкинезов, включающее психологическую коррекцию, семейную психотерапию и медикаментозную дифференцированную терапию в зависимости от степени тяжести хронических гиперкинезов.