

ЗАТВЕРДЖЕНО

наказом Міністерства охорони здоров'я України
від 13.06.2008 № 317

Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим на есенціальний тремор

Шифр за МКХ-10: G25.0

Есенціальний тремор (ЕТ) – одне з найбільш розповсюджених спадкових захворювань екстрапірамідної системи, яке передається по аутосомно-домінантному типу.

Ознаки та критерії діагностики

Для ЕТ найбільш характерним є низьке та середнє амплітудне тремтіння рук, частіше двостороннє, при нормальному м'язевому тонусі. Тремтіння рук чітко виражено при статичній нарузі, підтриманні окремої пози (поступальний тремор). Характерним для ЕТ є те, що тремтіння супроводжує кожний цілеспрямований рух (кінетичний тремор), зберігаючись при наближенні до цілі (термінальний тремор). Тремор м'язів спостерігається у близько 60% хворих. При диференційній діагностиці з паркінсонізмом слід враховувати, що м'язевий тонус при ЕТ лишається практично незмінним. Позитивний ефект після прийому препаратів левадопи підтверджує діагноз паркінсонізм. Навпаки – у хворих на паркінсонізм відсутнє характерне для ЕТ зменшення виразності тремору після прийому алкогольна (негативна алкогольна проба).

Умови, в яких повинна надаватися медична допомога

Неврологічне відділення, при наявності показів до хірургічного лікування - нейрохірургічне відділення.

Діагностика

1. Збір анамнезу.
2. Неврологічний та соматичний огляд.
3. АКТ / МРТ головного мозку.
4. УЗДГ магістральних судин голови, ший.
5. Дослідження крові: загальний, біохімічний аналіз, контроль згортання.
6. Визначення групи крові, резус-фактора.

Лікування**I. Медикаментозне**

Бета-адреноблокатори загальної дії – пранолон (обзідан, анапрілін).

Протисудомні препарати – клоназепам, прімідон (гексамідин).

Вітамінотерапія – вітамін В6.

II. Хірургічне

Показання:

- прогресування хвороби при тривалості хвороби декілька років;
- мала ефективність або неефективність медикаментозної терапії;
- прогресуюча соціально-побутова дезадаптація.

Види хірургічних втручань

1. Стереотаксична деструкція вентролатерального ядра таламуса Vim.
2. Глибинна мозкова електростимуляція внутрішньої блідої кулі – Gpi або субталамічного ядра.

Критерії ефективності та очікувані результати

Покращання стану хворого проявляється припиненням тремтіння кінцівок, підвищення рівня соціально-побутової адаптації.

Орієнтовна тривалість лікування в стаціонарних умовах складає 10-14 днів. Подальше амбулаторне лікування хворих показане під наглядом невролога. Огляд нейрохірурга після операції – 1 раз на рік.

Головний позаштатний спеціаліст

МОЗ України за спеціальністю «нейрохірургія» *Підпис*

Є.Г. Педаченко