

УДК 616.8-009.3-085.786

Й. Волкман

СТИМУЛЯЦИЯ ГЛУБИННЫХ СТРУКТУР ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ЭССЕНЦИАЛЬНОМ ТРЕМОРЕ

Университет К. Альбрехта (г. Киль, Германия)

Ключевые слова: эссенциальный тремор, лечение.

Классическая клиническая картина эссенциального тремора (ЭТ) представлена единственным симптомом – тремором (постуральным и тремором действия), который медленно прогрессирует с течением времени. ЭТ – наиболее частое расстройство экстрапирамидной системы, его распространенность составляет от 1 до 5%. У 60% пациентов тремор является у одного или более родственников первой или второй степени родства. Отягощенный семейный анамнез, а также высокая конкордантность у однояйцевых близнецов свидетельствуют об аутосомно-доминантном типе наследования ЭТ. Тем не менее ген или, скорее всего, несколько отдельных генов, отвечающих за это расстройство, до сих пор не идентифицированы. Еще одна важная особенность ЭТ – уменьшение его выраженности после приема алкоголя. Положительное влияние алкоголя отмечается у 2/3 пациентов [1].

Естественное течение ЭТ

Заболевание может проявиться очень рано, однако чаще всего оно дебютирует в возрасте 40–50 лет, а в 60 лет его симптомы имеются практически у всех предрасположенных к ЭТ людей. У большей части пациентов присутствует легкий тремор, который с годами может прогрессировать. Тем не менее это заболевание не является «доброкачественным», как это утверждалось ранее. Многие пациенты ощущают свою неполноценность, а до 25% лиц с ЭТ вынуждены сменить профессию или уйти на пенсию из-за заболевания.

Несмотря на то, что более распространенной формой является постуральный тремор, в половине наблюдений присутствует интенционный тремор и другие неявные признаки мозговой дисфункции, например легкая атаксия при тандемной ходьбе. У большей части кандидатов на лечение методами функциональной нейрохирургии ЭТ характеризуется выраженным интенционным компонентом.

Медикаментозное лечение ЭТ

При лечении ЭТ препаратами первого ряда являются пропранолол и примидон. Примерно на 2/3 пациентов один из препаратов оказывает лечебное действие. Однако результаты длительной медикаментозной терапии не такие благоприятные. Примерно половина больных из-за нестабильного эффекта прекращает прием пропранолола в течение первого года. Только в 25% случаев хороший лечебный эффект препаратов сохраняется в течение двух лет и более. Главный недостаток примидона заключается в его плохой переносимости. Более того, его седативный эффект может ограничить прием даже при медленном наращивании дозы.

Препараты второго ряда менее эффективны для лечения ЭТ. К ним относятся габапентин, топирамат и клоназепам (при ЭТ с интенционным тремором). В нескольких небольших исследованиях была показана хорошая эффективность клозапима. По-видимому, клиническое улучшение в ответ на небольшую дозу этого препарата (12,5–25 мг) является показателем хорошей эффективности при длительном лечении. Основные побочные эффекты клозапина – седативное действие и лейкопения, которая в некоторых случаях может привести к тяжелым последствиям вплоть до летального исхода. Местные инъекции ботулотоксина рекомендуют применять при ЭТ головы. Однако результаты лечения тремора рук таким методом менее благоприятны: инъекции приводят к возникновению инвалидизирующего пареза. Даже несмотря на оптимальную медикаментозную терапию (табл. 1),

Таблица 1

Алгоритм лечения эссенциального тремора

Алгоритм	Препарат	Дозировка	Замечания
Первая линия	Пропранолол	30–320 мг, 2–3 приема (стандартные или ретардные формы)	Противопоказания: брадиаритмии, астма, гипотония, обструктивные заболевания легких, диабет и т.д.
	Примидон	62,5–500 мг, 1 раз на ночь	Предпочтительно у пациентов старше 60 лет
	Комбинация: пропранолол и примидон	Максимальная доза каждого препарата	Попробовать перед переходом к лекарствам второй линии
Вторая линия	Габапентин	1 800–2 400 мг в день	Нет
	Клоназепам	0,75–6 мг	
	Топирамат	50–300 мг	
Третья линия	Клозапин	Тест – 12,5 мг, 30–50 мг в день	Риск агранулоцитоза, обязательный регулярный контроль белого кровяного ростка
Четвертая линия	Стереотаксическая хирургия		

Таблица 2

Критерии отбора на DBS при ЭТ

Критерии	Описание
Включения	Значительное нарушение жизненной активности, связанное с ЭТ: <ul style="list-style-type: none"> • нарушение ежедневной активности; • ограничение профессиональной деятельности; • социальная неполноценность.
	Медикаментозная терапия неэффективна или вызывает непереносимые побочные эффекты
Исключения	Плохое общее состояние
	Деменция
	Выраженные сопутствующие психические заболевания: <ul style="list-style-type: none"> • тяжелая депрессия; • психоз; • алкогольная или наркотическая зависимость; • тяжелые личностные расстройства, приводящие к неадекватности пациента
	Значительные нейрохирургические факторы риска: <ul style="list-style-type: none"> • атрофия мозга; • иммуносупрессия; • лечение антикоагулянтами

тремор может сохраняться и ограничивать ежедневную активность пациента. В таком случае следует рассмотреть возможность хирургического лечения.

Хирургическое лечение ЭТ

На протяжении прошедших 40–50 лет стереотаксическая таламотомия оставалась единственным методом нейрохирургического лечения тяжелого ЭТ. Ее эффективность, а также побочные эффекты отмечены во многих научных работах [1, 3]. Данный метод подразумевает ограниченную деструкцию вентrolateralной части таламуса и (или) субталамического белого вещества. Воздействие деструктивного метода, включая нежелательные побочные эффекты, необратимо.

Высокочастотная стимуляция глубинных структур головного мозга (Deep Brain Stimulation – DBS) путем имплантации постоянных электродов в вентральное промежуточное ядро таламуса была предложена в качестве альтернативного метода лечения в 1987 г. В последние годы благодаря своим очевидным достоинствам DBS постепенно вытеснила деструктивные стереотаксические операции. К преимуществам DBS относятся:

- обратимость;
- возможность коррекции лечебного эффекта в соответствии с ходом заболевания;
- отсутствие серьезных побочных эффектов и их проходящий характер.

С помощью DBS удается достигнуть значительного уменьшения выраженности постурального тремора (на два пункта по шкале оценки тремора) почти у 90% лиц с ЭТ. Эффективность метода в отношении тремора движения менее выражена. При лечении методом DBS полное или почти полное исчезновение контрлатерального тремора (0 или 1 балл) отмечается почти у 70% пациентов. По данным европейского многоцентрового исследования,

эффективность терапии сохраняется в течение 6 и более лет [3, 4].

Недавно было завершено проспективное рандомизированное клиническое исследование, в котором оценивались безопасность и эффективность таламотомии и DBS [2]. По данным этой работы, эффективность обоих методов в отношении симптомов болезни примерно одинаковая, однако при DBS частота необратимых побочных эффектов значительно ниже, а функциональный эффект существенно лучше. В большинстве исследований DBS частота стойких осложнений, включая внутримозговые кровоизлияния и инфекционные осложнения, составила менее 1%. Проведение билатеральных деструктивных операций часто приводит к формированию дизартрии. При двухсторонней имплантации электродов для DBS дизартрия встречается значительно реже. Это преимущество имеет огромное значение для пациентов с двухсторонним выраженным тремором. Кроме того, билатеральная имплантация показана при треморе головы, а также при вовлечении в процесс аксиальной мускулатуры.

По нашим данным, примерно 10% пациентов с ЭТ, несмотря на оптимальную медикаментозную терапию, ограничены в повседневной активности [1]. У этих людей тремор оказывает выраженное влияние на ежедневную активность (прием пищи и письмо) или является причиной неприемлемых социальных стигм (например, в случае выраженного тремора головы или голоса). Таких больных следует проинформировать о возможности хирургического лечения методом DBS. Если явных противопоказаний к оперативному вмешательству нет, а пациент согласен на хирургическое лечение, следует направить его на консультацию к нейрохирургу. Специалисты, занимающиеся хирургическим лечением двигательных расстройств, оценят соотношение риска оперативного вмешательства и потенциального лечебного эффекта DBS в каждом конкретном случае (табл. 2).

Наиболее важный фактор отбора кандидатов для хирургического лечения эссенциального тремора — то, как они видят свою болезнь. Ограничения жизнедеятельности, обусловленные двигательным дефектом, в большой степени зависят от индивидуальных особенностей человека, таких как профессия, социальное положение и приспособляемость к заболеванию. Некоторые пациенты при сильном функциональном ограничении организуют жизнь вокруг своего болезненного состояния и не нуждаются в инвазивном лечении. Другие больные при относительно небольшом двигательном дефекте, наоборот, активно стремятся к хирургическому лечению, так как боятся потерять работоспособность или оказаться неспособными исполнять свои социальные функции. Врач должен выяснить ожидания пациента от лечения и оценить возможность их реализации. Затем потенциальная польза вмешательства должна быть соотнесена с индивидуальным риском осложнений.

Литература

1. Deuschl G., Volkmann J. // *Parkinson's Disease and movement disorders* / Jankovic J. and Tolosa E., ed. — Baltimore : Lippincott W&W, 2002. — P. 270–290.
2. Limousin P., Speelman J.D., Gielen F., Janssens M. // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. — 1999. — Vol. 66. — P. 289–296.
3. Rehncrona S., Johnels B., Widner H. et al. // *Mov. Disord.* — 2003. — Vol. 18. — P. 163–170.
4. Schuurman P.R., Bosch D.A., Bossuyt P.M. et al. // *N. Engl. J. Med.* — 2000. — Vol. 342. — P. 461–468.

Поступила в редакцию 5.03.2008.

THE STIMULATION OF THE DEEP BRAIN STRUCTURES AT ESSENTIAL TREMOR

J. Volkmann

Kristian Albreht University (Kiel, Germany)

Summary — Indications and contra-indications to medical and surgical treatment of the essential tremor are considered. Among surgical methods the basic attention is given to the stereotaxic thalamotomy and Deep Brain Stimulation. The advantages of last method are shown, as well as the criteria of selection of patients for Deep Brain Stimulation.

Pacific Medical Journal, 2008, No. 1, p. 64–66.

УДК 616.342-002.44-005.1-072.1-089

С.В. Юдин¹, С.П. Тихомиров¹, О.В. Кизим²

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

¹Городская клиническая больница № 2 (г. Владивосток),

²Владивостокский государственный медицинский университет

Ключевые слова: язва 12-перстной кишки, кровотечение, эндоскопия.

На протяжении последних лет отмечается стабильная тенденция как к росту заболеваемости язвенной болезнью 12-перстной кишки, так и к увеличению удельного веса осложненных кровотечением луковичных язв. При этом консервативная терапия требует длительных усилий, а осложнения отмечаются у 10–30% пациентов [1, 2, 6]. Число больных, подвергшихся открытым операциям по поводу кровоточащих язв луковицы 12-перстной кишки между и вмешательствам с использованием ургентной эндоскопии, существенно различается в различных клиниках [3–5]. Иллюстрацией значения кровоточащих луковичных язв в клинической практике может служить общая структура желудочно-кишечных кровотечений у пациентов, доставляемых каретой скорой помощи в приемное отделение ГКБ № 2 Владивостока. Так, наиболее частой причиной кровотечения здесь в 2005–2007 гг. явилась язвенная болезнь 12-перстной кишки (табл. 1).

Целью настоящего исследования явилась сравнительная оценка эффективности операций эндоскопического гемостаза в комплексном лечении кровоте-

чащих дуоденальных язв. Причиной тому послужили высокая частота неинформативных эндоскопий при кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, а также необходимость своевременного прогноза возможного рецидива кровотечения. В наших исследованиях у 107 больных с кровоточащими дуоденальными язвами (в т.ч. 4 больных с профузным кровотечением) независимо от степени кровопотери или активности кровотечения использовался эндоскопический метод диагностики.

Стойкая гипотония как проявление геморрагического шока не являлась препятствием к выполнению фиброгастродуоденоскопии, но требовала предварительной катетеризации центральной вены. Эндоскопию выполняли на фоне инфузионной терапии в отделении реанимации, в палате интенсивной терапии или кабинете гастроскопии. Исследование проводили в положении пациента на левом боку, преимущественно под местным обезболиванием. Частота визуальной диагностики язв луковицы 12-перстной кишки

Таблица 1

Общая структура желудочно-кишечных кровотечений, диагностированных в ГКБ № 2

Причина кровотечения	Кол-во больных	
	абс.	%
Язва 12-перстной кишки	227	37,6
Язва желудка	151	25,0
Эрозивный гастрит	68	11,3
Синдром Маллори – Вейсса	46	7,6
Пептическая язва анастомоза	42	6,9
Химический ожог	28	4,6
Рак желудка	21	3,5
Варикозное расширение вен пищевода	21	3,5
Всего:	604	100,0