

# Клініко-неврологічна характеристика хворих на есенціальний тремор

## ■ Свистун В.Ю.

кафедра неврології і рефлексотерапії  
Національної медичної академії  
післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

### Резюме

Тремор відноситься до тих, що найбільш часто зустрічаються в неврологічній практиці рухових синдромів. Есенційний тремор – одне з найчастіших неврологічних захворювань, що проявляється повільно-прогресуючим постуральним і кінетичним тремором рук та іноді тремором голови. Поширеність ЕТ за даними різних дослідників становить 0,41 – 3,92 % у загальній популяції та суттєво зростає з віком. Факторами ризику есенційного тремору є вік, спадковість та етнічна приналежність. Було проведено детальний аналіз клініко-неврологічної характеристики хворих на есенціальний тремор.

Мета роботи: удосконалення діагностичних підходів при ранніх проявах та уточнення нейрофізіологічних механізмів есенціального тремору. Аналізуючи діагностичні підходи ранніх проявів та уточнення нейрофізіологічних механізмів есенціального тремору встановлено, що при поступовому прогресуванні захворювання, який був характерний для 100% (n = 20) пацієнтів, з тремтливим гіперкінезом залучались обидві верхні кінцівки, крім того асиметрія тремору за ступенем вираженості зберігалась у 42,85% (n = 9) пацієнтів. Разом з цим на момент обстеження у 57,14% пацієнтів виявилось поєднання тремору рук і голови. Однак виявлений тремор голови був легкого ступеню, носив непостійний характер і не впливав на результати треморографії. Доведено, що оціночні шкали тремору носять суб'єктивний характер, що в достатній мірі не дозволяє об'єктивно оцінювати

грубий тремор, тобто з амплітудою більше 2 см. За оцінкою психологічного стану нами було виявлено відсутність депресивних симптомів (n = 15,71,42%), легка депресія (субдепресія) (n = 5,23,8%), помірна депресія (n = 1,4,76%). Таким чином, враховуючи інформативність та достовірність отриманих даних, рекомендовано ці діагностичні показники використовувати для ранньої діагностики хворих з есенціальним тремором.

**Ключові слова:** есенційний тремор, досліджувана група, клінічні ознаки, ЕМГ-треморографія.

Тремор відноситься до тих, що найбільш часто зустрічаються в неврологічній практиці рухових синдромів. Есенційний тремор – одне з найчастіших неврологічних захворювань, що проявляється повільно-прогресуючим постуральним і кінетичним тремором рук та іноді тремором голови. Поширеність ЕТ за даними різних дослідників становить 0,41 – 3,92 % у загальній популяції та суттєво зростає з віком. Факторами ризику есенційного тремору є вік, спадковість та етнічна приналежність. Було проведено детальний аналіз клініко-неврологічної характеристики хворих на есенціальний тремор.

### Мета роботи

Удосконалення діагностичних підходів при ранніх проявах та уточнення нейрофізіологічних механізмів есенціального тремору

### Матеріал і методи роботи

Нами було обстежено 21 пацієнт з діагнозом есенціальний тремор на базі поліклінічного відділення КЗ КОР «КОКЛ» за період з жовтня 2018 року по лютий 2019 року. Перед включенням

в дослідження всім пацієнтам проводився збір анамнезу, неврологічний огляд, МРТ головного мозку (для виключення судинних вогнищ і/або об'ємних утворень в області мозочка, базальних гангліїв), МОСА-тест для виключення деменції. *Критерії включення:* встановлений діагноз «ессенціальний тремор»; пацієнти віком від 25 до 60 років; підписана добровільна згода на участь в дослідженні. *Критерії виключення:* ураження щитовидної залози; пухлини головного мозку; хвороби мозочка і мозочкових шляхів; хвороба Паркінсона; хвороба Вільсона; розсіяний склероз; судинні захворювання (інсульти); лікарсько-індукований тремор.

**Результати та їх обговорення**

Враховуючи критерії включення/виключення було обстежено 21 пацієнт з діагнозом «ессенціальний тремор» згідно діагностичних критерій товариства «Movement Disorder Society on tremor» [83], а саме: наявність постійного двостороннього, в основному симетричного постурального тремору рук з кінетичним компонентом або без нього, що охоплює голову, кисті рук і передпліччя.

Серед пацієнтів було 7 чоловіків (33,3%) і 14 жінок (66,7%) в віці від 25 до 65 років (середній вік 61,54±0,81 роки). При цьому доля старше 60 років склала 82%. Період захворювання на ЕТ у пацієнтів склав в середньому 13,29±1,40 роки. Серед обстежених пацієнтів було виявлено, що більшість з них являються праворукими (n = 11, 52,38%), ліворуких пацієнтів було значно менше (n = 7, 33,33%), однак серед пацієнтів були виявлені і скриті ліворукі пацієнти (n = 3, 14,28%).

При обстеженні досліджуваної групи, більшість пацієнтів були з вищою освітою (n = 12, 57,14%), та (n = 5, 23,8%) пацієнтів мали середню

спеціалізовану освіту, і (n = 4, 19,04%) пацієнтів мали незакінчену вищу освіту.

Достовірно більше виявлено пацієнтів, що працюють по теперішній час (n = 12, 57,14%), в порівнянні з не працюючими (n = 7, 33,33%), та пацієнтами що мають встановлену групу інвалідності (n = 2, 9,52%).

Сімейний анамнез обтяжений у 52,38% (n = 11) пацієнтів по проявам постурально-кінетичного тремору (в 20% випадків невідомо). При проведенні алкогольної проби зменшення тремору відмічали 57,14% (n = 12) пацієнтів, що підтверджує дані численних досліджень [16, 143, 198]. Після вживання кави, міцного чаю посилення проявів тремору було у 28,57% (n = 6) пацієнтів. Частина пацієнтів відмітили зменшення вираженості тремору рук зранку (n = 3, 14,28%) і після сну (n = 2, 9,52%).

До найбільш частих супутніх захворювань в досліджуваній групі відноситься: гіпертонічна хвороба (n = 13, 61,9%), ІХС (n = 4, 19,04%), хронічний гастрит (n = 3, 14,28%), цукровий діабет 2 типу (компенсований) (n = 1, 4,76%). Локалізація тремору в дебюті захворювання і на момент огляду у пацієнтів представлена в табл. 1.

Асиметричний початок тремору рук було відмічене у достовірно більшої групи пацієнтів (61,9%, p<0.05), при цьому час до появи тремору іншої руки варіював від декількох місяців до року. По даним інших досліджень односторонній початок тремору зустрічається приблизно в 17,2–20% випадків.

Слід відмітити, що при поступовому прогресуванні захворювання, який був характерний для 100% (n = 20) пацієнтів, з тремтливим гіперкінезом залучались обидві верхні кінцівки, крім того

Таблиця 1

**Локалізація тремору в дебюті захворювання і на момент клінічного обстеження у пацієнтів з ЕТ**

| Локалізація тремору | В дебюті захворювання | На момент обстеження |
|---------------------|-----------------------|----------------------|
| Рука                | 13 (61,9%)            | 0 (0%)               |
| Руки                | 6 (28,57%)            | 21 (100%)            |
| Голова              | 2 (9,52%)             | 12 (57,14%)          |
| Голосові зв'язки    | 0 (0%)                | 1 (4,76%)            |
| Ноги                | 0 (0%)                | 0 (0%)               |
| Лице, мимічні м'язи | 0 (0%)                | 1 (4,76%)            |
| Тулуб               | 0 (0%)                | 0 (0%)               |

асиметрія тремору за ступенем вираженості зберігалась у 42,85% (n = 9) пацієнтів. Разом з цим на момент обстеження у 57,14% пацієнтів виявилось поєднання тремору рук і голови. Однак виявлений тремор голови був легкого ступеню (1–2 бали), носив непостійний характер і не впливав на результати треморографії.

Більша частина пацієнтів з ЕТ вперше відмітили тремтіння руки/рук тільки при рухах (n = 13, 61,9%). У більшості пацієнтів мав постурально-кінетичний характер (n = 20, 95,23%, p < 0,05).

Обстеження пацієнтів включало: збір анамнезу захворювання, сімейного анамнезу, проведення неврологічного огляду. Функціональний стан пацієнтів, що характеризує здатність до самообслуговування, професійної діяльності, веденню домашнього хазяйства, оцінювалось за допомогою двох клінічних шкал.

Оцінка вираженості тремору проводилась по «Шкалі оцінки тяжкості тремору Fahn-Tolosa-Marin (FTM)», яка дозволяє здійснити кількісний аналіз як тяжкості тремору різної локалізації лікарем (по 4-бальній системі), так і пов'язаних з ним функціональних порушень. Шкала складається з трьох блоків. В частині А проводиться оцінка виявленого тремору спокою, постурального і кінетичного, в різних областях тіла, в балах від 0 до 4 (наприклад, 1 бал = амплітуда < 0,5 см, а 4 бали = амплітуда > 2 см).

Частина В характеризує ступінь функціональних порушень пацієнтів з ЕТ (письмо, малювання спіралей, переливання рідини з стакану).

В дослідній частині С відображена наявність обмеження в щоденній активності (прийом їжі, пиття, робота та інше). Шкала Fahn-Tolosa-Marin (FTM) являється найбільш поширеною шкалою оцінки важкості тремору при ЕТ в закордонних дослідженнях.

Таким чином, дана шкала дозволяє скласти загальне уявлення про пацієнта і його ступінь обмеження щоденної активності, пов'язаної з тремором. Однак оціночні шкали носять суб'єктивний характер, що в достатній мірі не дозволяє об'єктивно оцінювати грубий тремор, тобто з амплітудою більше 2 см.

Всім пацієнтам проводилась ЕМГ-треморографія на 4-канальному електронейроміографі «Нейро-МВП-4» (Нейрософт, Росія). Записувалась інтерференційна поверхнева ЕМГ за допомогою поверхневих чашкових електродів з м'язів агоністів-антагоністів передплічч обох верхніх кінцівок. Реєстрація ЕМГ-треморографії проводилась на стороні тремору і протилежному боці в положенні хворого сидячи в 3-х пробах: в положенні спокою (рука знаходиться на підлокітнику, кисть вільно звисає), в положенні витягнутих вперед рук, при цілеспрямованому згинанні-торканні пальців однієї кисті. Використання всіх 3-х проб дозволило домогтися до-

слідження кінетичного, постурального тремору, тремору спокою.

Проби виконувалися з 3 повторами не менше 20 секунд, інтервал відпочинку для обох рук становив не менше 1 хвилини (табл. 2). Під час запису ЕМГ-треморографія, оцінювали частоту тремору (Гц), його амплітуду (мкВ), протяжність тремору в часі (%), загальну оцінку тремору за допомогою програмного забезпечення Нейро-МВП.NET (3 версія).

При обстеженні 21 пацієнта з есенціальним тремором, на ЕМГ-треморографії було виявлено, що середня частота, при реєстрації постурального тремору в лівій руці  $5,7 \pm 0,18$  Гц, середня амплітуда, mG  $169,6 \pm 21,23$ , середня протяжність тремору в часі  $62,6 \pm 4,42$  %. Середня частота, при постуральному положенні правої руки  $6,01 \pm 0,2$ , середня амплітуда, mG  $210,8 \pm 26,56$ , середня протяжність тремору в часі, %  $74,26 \pm 2,86$ . Середня частота, в стані спокою лівої руки  $5,2 \pm 0,10$  Гц, середня амплітуда, mG  $162,3 \pm 24,67$ , середня протяжність тремору в часі  $61,9 \pm 3,20$ %. Середня частота, в стані спокою правої руки  $5,5 \pm 0,12$  Гц, середня амплітуда, mG  $165,6 \pm 25,02$ , середня протяжність тремору в часі  $62,10 \pm 2,92$ %. Середня частота, при пробі згинання-розгинання лівої руки  $5,72 \pm 0,2$  Гц, середня амплітуда, mG  $166,8 \pm 24,23$ , середня протяжність тремору в часі  $64,3 \pm 3,32$ %. Середня частота, при пробі згинання-розгинання правої руки  $6,25 \pm 0,12$  Гц, середня амплітуда, mG  $212,4 \pm 25,42$ , середня протяжність тремору в часі  $76,54 \pm 2,83$ %.

Для оцінки психологічного стану у пацієнтів використовувались:

1. Опитувальник самооцінки депресії Бека (Beck Depression Inventory) Опитувальник складається з 21 запитання з варіантами відповідей, специфічними симптомами і скаргами депресивного стану. При заповненні опитувальника пацієнт вибирає варіант відповіді, що відповідає ступеню вираженості даного симптому (від 0 до 3 балів). При інтерпретації отриманих результатів нами було виявлено наступні значення: 0-9 балів – відсутність депресивних симптомів (n = 15, 71,42%), 10-15 балів – легка депресія (субдепресія) (n = 5, 23,8%), 16-19 балів – помірна депресія (n = 1, 4,76%), 20-29 балів – виражена депресія (середньої важкості) (0%), 30-63 – тяжка депресія (0%).

2. Всім обстежуваним пацієнтам проводилось дослідження по «шкалі самооцінки тривоги Спілбергера-Ханіна, яка являється інструментом для виявлення рівня тривоги в даний момент (реактивна тривога, РТ), та особистісної тривоги (особистісна тривога, ОТ). Під особистісною тривоگو розуміють стійку схильність індивідуума сприймати більшість ситуацій як ворожі, погрожуючі, що супроводжуються розвитком тривоги в якості реакції у відповідь. Високий рівень ОТ взаємозв'язаний з підвищеним ризиком емоційних зривів і психосоматичних захворювань.

Таблиця 2

**Характеристика хворих з есенціальним тремором за даними ЕМГ-тремографії**

| Показник                               | Ліва рука   | Права рука  |
|--|-------------|-------------|
| <i>Постуральне положення</i>           |             |             |
| Частота, Гц                            | 5,7±0,18    | 6,01±0,2    |
| Амплітуда, mG                          | 169,6±21,23 | 210,8±26,56 |
| Протяжність тремору в часі, %          | 62,6±4,42   | 74,26±2,86  |
| <i>В стані спокою</i>                  |             |             |
| Частота, Гц                            | 5,2±0,10    | 5,5±0,12    |
| Амплітуда, mG                          | 162,3±24,67 | 165,6±25,02 |
| Протяжність тремору в часі, %          | 61,9±3,20   | 62,10±2,92  |
| <i>Проба згинання-торкання пальців</i> |             |             |
| Частота, Гц                            | 5,72±0,2    | 6,25±0,12   |
| Амплітуда, mG                          | 166,8±24,23 | 212,4±25,42 |
| Протяжність тремору в часі, %          | 64,3±3,32   | 76,54±2,83  |

Реактивна тривога в свою чергу характеризується почуттям внутрішньої напруги, нервозністю, неспокоєм. Підвищений рівень ОТ може призводити до порушення концентрації уваги і нерідко до порушення тонкої координації рухів. Шкала самооцінки тривоги складається з 2-х блоків, що дозволяють оцінити вираженість РТ (номера питань з 1 по 20) і ОТ (номера питань з 21 по 40) блоків. На кожне питання пацієнт повинен вибрати одне з чотирьох відповідей: 1 – майже ніколи, 2 – деколи, 3 – часто, 4 – майже завжди. Оцінка результатів здійснюється окремо для кожного виду тривоги по наступним значенням: до 30 балів – низький, 31 – 44 балів – помірний, 45 і більше – високий рівень тривожності. При обстеженні 21 пацієнта з есенціальним тремором, було виявлено що реактивна тривожність у більшості була низькою (n = 15, 71,42%) та помірною (n = 6, 28,57%), високий рівень не спостерігався. Особистісна тривожність у обстежуваних пацієнтів показала наступні дані: низька тривожність (n = 19, 90,47%) помірна тривожність (n = 2, 9,52%), високий рівень не було виявлено.

3. Особистісний опитувальник Бехтерівського інституту був розроблений з метою діагностики типів ставлення до хвороби та інших пов'язаних

з нею особистісних відносин у хворих на хронічні соматичні захворювання. Діагностується сформований під впливом хвороби патерн відносин до самої хвороби, до її лікування, лікарям і медперсоналу, рідним і близьким, оточуючим, роботі (навчанні), самотності і майбутнього, а також до своїх вітальних функцій (самопочуття, настрої, сон, апетит). Інтерпретація: заключення про переважний тип психічного реагування на захворювання робиться на основі порівняння отриманих при обробці результатів досліджуваного по всім типам реагування з мінімальними діагностичними числами. Діагностуються тільки ті типи, які виявляються рівними або ті, що перевищують відповідне мінімальне діагностичне число. Було діагностовано такі типи відносин: Г – гармонійний (n = 17, 80,95) Т – тривожний (n = 3, 14,28%) І – іпохондричний (0%), М – меланхолічний (0%), А – апатичний(0%), Н – неврастенічний (0%), О – обсесивно-фобічний (0%), С- сенситивний (0%), Я – егоцентричний (n = 1, 4,76%) Ф – ейфоричний (0%), З – анозогнозичний (0%), Р – ергопатичний (0%), П – паранояльний (0%).

4. Для виявлення оцінки якості життя пацієнтів з есенціальним тремором було використано опитувальник SF-36 (англ. *The Short Form-36*).

Опитувальник відображає загальне благополуччя і ступінь задоволеності тими сторонами життєдіяльності людини, на які впливає стан здоров'я. Опитувальник включає в себе 36 питань, 8 шкал. Результати представляються у вигляді 8 шкал (більш висока оцінка вказує на більш високий рівень якості життя): фізичне функціонування (Physical Functioning – PF); рольове функціонування, обумовлене фізичним станом (Role-Physical Functioning – RP); інтенсивність болю (Bodily Pain – BP); загальний стан здоров'я (General Health – GH); життєва активність (Vitality – VT); соціальне функціонування (Social Functioning – SF); рольове функціонування, обумовлене емоційним станом (Role-Emotional – RE); психічне здоров'я (Mental Health – MH). Шкали групуються в два показники фізичний компонент здоров'я (Physical health – PH) та психологічний компонент (Mental Health – MH).

5. Виявили достовірно низькі середні показники фізичного функціонування (PF) – (76±3,8) бали у хворих на ЕТ, рольового фізичного функціонування (RP) – (62±4,8) бали, шкали інтенсивності болю (BP) – (72±4,2) бали, загального стану здоров'я (GH) – (64±2,6) бали, життєвої активності (VT) – (62±3,2) бали, соціального функціонування (SF) – (62±2,2) бали, рольового емоційного функціонування (RE) – (64±3,4) бали, психічного здоров'я (MH) – (66±2,8) бали. Середні значення інтегрованого показника фізичного компонента здоров'я (PH) у хворих на ЕТ становив (68±2,8) бали, а психічного компонента здоров'я (MH1) – (63±3,2) бали.

## Висновки

Аналізуючи діагностичні підходи ранніх проявів та уточнення нейрофізіологічних механізмів есенціального тремору встановлено, що при поступовому прогресуванні захворювання, який був характерний для 100% (n = 20) пацієнтів, з тремтливим гіперкінезом залучались обидві верхні кінцівки, крім того асиметрія тремору за ступенем вираженості зберігалась у 42,85% (n = 9) пацієнтів. Разом з цим на момент обстеження у 57,14% пацієнтів виявилось поєднання тремору рук і голови. Однак виявлений тремор голови був легкого ступеню (1–2 бали), носив непостійний характер і не впливав на результати треморографії. Більша частина пацієнтів з ЕТ вперше відмітили тремтіння руки/рук тільки при рухах (n = 13, 61,9%). У більшості пацієнтів мав постурально-кінетичний характер (n = 20, 95,23%, p < 0,05). Оцінка вираженості тремору проводилась по «Шкалі оцінки тяжкості тремору Fahn-Tolosa-Marin (FTM)» та дозволила здійсни-

ти кількісний аналіз як тяжкості тремору різної локалізації. Доведено, що оціночні шкали носять суб'єктивний характер, що в достатній мірі не дозволяє об'єктивно оцінювати грубий тремор, тобто з амплітудою більше 2 см. За оцінкою психологічного стану нами було виявлено відсутність депресивних симптомів (n = 15, 71,42%), легка депресія (субдепресія) (n = 5, 23,8%), помір-на депресія (n = 1, 4,76%). При проведенні аналізу даних за показниками особистісного опитувальника Бехтерівського інституту встановлено такі типи відносин: Г – гармонійний (n = 17,80,95) Г – тривожний (n = 3,14,28%), Я – егоцентричний (n = 1,4,76%). Таким чином, враховуючи інформативність та достовірність отриманих даних, рекомендовано ці діагностичні показники використовувати для ранньої діагностики хворих з есенціальним тремором.

## Література

1. Trufanov Y.O. (2016) Esentsiyni temor: standarty diahnostryky ta likuvannia [Essential tremor: standards for the diagnosis and treatment]. East European Journal of Parkinson's Disease and Movement Disorders, vol. 2, no 1, pp. 3-11. <http://pd.org.ua/wp-content/uploads/2015/02/2.1.1.-Essentsialnyj-tremor-tsvet.pdf>
2. Zaliyova, Z.A., Latypova H.R. (2008) Topyromat v lechenie essentsyalnoho tremora [Topiramate in the treatment of essential tremor] Zhurnal nevrolohii i psykhyatrii im. S.S. Korsakova, vol. 108, no. 11, pp. 39-42.
3. Ivanova E.O. (2013) Kliniko-elektrofiziologicheskiy analiz drozhatelnoho hiperkineza pri essentsyalnom tremore i bolezni Parkinsona [Clinical and electrophysiological analysis of trembling hyperkineses in essential tremor and Parkinson's disease]. Neurological Journal, no 5, pp. 21-26.
4. Shank R.P., Gardocki J.F., Streeter A.J., Maryanoff B.E. (2000) An overview of the preclinical aspects of topiramate: pharmacology, pharmacokinetics, and mechanism of action. vol. 41, no 1, pp. 3-9.
5. Schneier F.R., Barnes L.F., Albert S.M., Louis E.D. (2001) Characteristics of social phobia among persons with essential tremor. J. Clin. Psychiatry. no 62, pp. 367-372.
6. Zesiewicz T.A. (2011) Evidence-based guideline update: treatment of essential tremor: report of the Quality Standards subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology. vol. 8, no 77 (19), pp. 1752-1755.

## Клинико-неврологическая характеристика больных с эссенциальным тремором

**Свистун В.Ю.**

кафедра неврологии и рефлексотерапии  
Национальной медицинской академии  
последипломного образования  
имени П.Л. Шупика

### Резюме

Тремор относится к тем, что наиболее часто встречаются в неврологической практике двигательных синдромов. Эссенциальный тремор—одно из самых частых неврологических заболеваний, проявляется медленно-прогрессирующим постуральным и кинетическим тремором рук и иногда тремором головы. Распространенность ЭТ по данным различных исследователей составляет 0,41–3,92% в общей популяции и существенно возрастает с возрастом. Факторами риска эссенциального тремора является возраст, наследственность и этническая принадлежность. Было проведено детальный анализ клинико-неврологической характеристик больных с эссенциальным тремором. Цель работы: совершенствование диагностических подходов при ранних проявлениях и уточнения нейрофизиологических механизмов эссенциального тремора. Анализируя диагностические подходы ранних проявлений и уточнения нейрофизиологических механизмов эссенциального тремора установлено, что при постепенном прогрессировании заболевания, который был характерен для 100% (n = 20) пациентов, с дрожащим гиперкинезом привлекались обе верхние конечности, кроме того асимметрия тремора по степени выраженности сохранялась у 42,85% (n = 9) пациентов. Вместе с этим на момент обследования в 57,14% пациентов оказалось сочетание тремора рук и головы. Однако обнаружен тремор головы был легкой степени, носил непостоянный характер и не влиял на результаты треморография. Доказано, что оценочные шкалы тремора носят субъективный характер, что в достаточной мере не позволяет объективно оценивать грубый тремор, то есть с амплитудой более 2 см. По оценке психологического состояния нами было выявлено отсутствие депрессивных симптомов (n = 15, 71,42%), легкая депрессия (субдепрессия) (n = 5, 23,8%), умеренная депрессия (n = 1, 4,76%). Таким образом, учитывая информативность и достоверность полученных данных, рекомендуется эти диагностические показатели использовать для ранней диагностики больных с эссенциальным тремором.

**Ключевые слова:** эссенциальный тремор, исследуемая группа, клинические признаки, ЭМГ-треморография.

## Clinical and neurological characteristics of patients with essential tremor

**Svystun V.**

Department of Neurology and Reflexology,  
Shupyk National Medical Academy of  
Postgraduate Education

### Summary

Tremor refers to those most commonly encountered in neurological practice of motor syndromes. Essential tremor is one of the most common neurological diseases manifested by the slow-progressing postural and kinetic tremor of the hands and sometimes tremor of the head. The prevalence of ET according to various researchers is 0.41–3.92% in the general population and significantly increases with age. The risk factors for the essential tremor are age, heredity and ethnicity. A detailed analysis of clinical and neurological characteristics of patients and essential tremor was conducted. Goal: Improvement of diagnostic approaches in early manifestations and refinement of neurophysiological mechanisms of essential tremor. Analyzing the diagnostic approaches of early manifestations and clarifying the neurophysiological mechanisms of the essential tremor, it was established that with gradual progression of the disease, which was characteristic for 100% (n = 20) patients, tremor hyperkinesia involved both upper extremities, in addition, the asymmetry of the tremor by degree was maintained at 42,85% (n = 9) of patients. At the same time, at the time of the examination, 57,14% of patients showed a combination of tremor of arms and head. However, the revealed tremor of the head was of light weight, was unstable and did not affect the results of tremorography. It is proved that the assessment scale of the tremor is subjective, which does not allow to objectively assess the coarse tremor, that is, with an amplitude greater than 2 cm. According to the assessment of the psychological state, we found the absence of depressive symptoms (n = 15, 71,42%), mild depression (sub-depression) (n = 5, 23,8%), moderate depression (n = 1, 4,76%). Thus, given the informality and reliability of the data received, it is recommended that these diagnostic indicators be used for early diagnosis of patients with essential tremor.

**Key words:** essential tremor, study group, clinical signs, EMG-tremorography.