

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ

 **Бетасерк**
бетагистина дигидрохлорид

Раствор для приема внутрь

ДОВЕРИЕ, заслуженное качеством,
КАЧЕСТВО, проверенное временем!

КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕПАРАТЕ БЕТАСЕРК

Регистрационное удостоверение: UA/11703/01/01. **Состав.** 1 мл препарата содержит 8 мг бетагистина дигидрохлорида. **Форма выпуска.** Раствор для приема внутрь. **Код АТС.** N07C A01. Средства для лечения вестибулярных нарушений. **Показания.** Болезнь и синдром Меньера, характеризующиеся тремя основными симптомами: головокружением, которое иногда сопровождается тошнотой и рвотой; снижением слуха (тугоухостью); шумом в ушах. Симптоматическое лечение вестибулярного головокружения разного происхождения. **Противопоказания.** Гиперчувствительность к действующему веществу или к любому из вспомогательных веществ. Феохромоцитомы. **Способ применения и дозы.** Доза для взрослых составляет 24–48 мг и делится на приемы в течение дня – 1–2 мл 3 раза в сутки или 3 мл 2 раза в сутки (упаковка содержит дозирующий шприц с меткой от 1 до 3 мл). Раствор бетагистина можно разводить водой. Если пациент выбирает такой способ применения, отобранную при помощи дозирующего шприца дозу разводят в стакане с водой и размешивают перед применением. В ином случае для приема внутрь содержимое шприца необходимо полностью вылить в столовую ложку. После использования шприца необходимо промыть водой. Доза подбирается индивидуально в зависимости от реакции на лечение. **Побочные реакции.** Во время плацебо-контролируемых исследований часто (от $\geq 1/100$ до $< 1/10$) сообщалось о тошноте, диспепсии, головной боли (частота возникновения головной боли при применении бетагистина и плацебо была одинаковой).

Особенности применения. Во время лечения препаратом необходимо контролировать состояние пациентов с бронхиальной астмой и/или язвенной болезнью в анамнезе. Лекарственный препарат содержит 5 объемных процентов алкоголя (этанол), т.е. с учетом самой высокой индивидуальной дозы это составляет 120 мг (3 мл) в одной дозе. Эта доза считается вредной для лиц, страдающих алкоголизмом. О содержании алкоголя в препарате следует помнить при назначении препарата пациентам групп высокого риска, например, с заболеваниями печени или эпилепсией. Препарат может вызвать аллергические реакции (вероятно, замедленного типа). **Взаимодействие.** Исследования *in vivo* не проводились. По данным исследований *in vitro*, не ожидается угнетения активности ферментов цитохрома P450 *in vivo*. Рекомендуется соблюдать осторожность при одновременном применении бетагистина и ингибиторов моноаминоксидазы (включая β -селективные ингибиторы). **Категория отпуска.** По рецепту.

Полная информация представлена в инструкции по медицинскому применению препарата.

Сообщить о нежелательном явлении или жалобе на качество препарата Вы можете в Представительство «Абботт Продактс ГмбХ».

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ.

За дополнительной информацией обращайтесь
в Представительство «Абботт Продактс ГмбХ» в Украине:
01032, г. Киев, ул. Жилианская, 110.
Тел.: +38 044 498-60-80, факс: +38 044 498-60-81.

PR-UA-BET-16(05/12)



 **Abbott**
A Promise for Life

Вестибулярная дисфункция в практике невролога: от жалоб на головокружение к точному диагнозу

По материалам XIV Международной конференции «Возрастные аспекты неврологии» (г. Судак, 18-20 апреля)

Сателлитный симпозиум «Головокружение – симптом болезни или состояние души?», который состоялся в рамках конференции при поддержке компании «Абботт», привлёк внимание многих участников. Врачи получили интересную и ценную информацию от ведущих ученых-клиницистов из Украины и России, узнали о появлении в Украине новой лекарственной формы препарата Бетасерк – раствора для приема внутрь.



Заведующая кафедрой нервных болезней и нейрохирургии ФПО Днепропетровской государственной медицинской академии, доктор медицинских наук, профессор Людмила Антоновна Дзяк осветила особенности диагностики и лечения различных вестибулярных синдромов.

Термин «головокружение» имеет четкое определение. Головокружение – это иллюзорные движения неподвижной окружающей среды в любой плоскости, а также ощущение вращения или движения собственного тела в результате рассогласования информации, поступающей в центральную нервную систему от сенсорных систем двух сторон тела.

Головокружение классифицируется следующим образом.

I. Вестибулярное головокружение (истинное, системное), обусловленное поражением периферического или центрального отделов вестибулярного анализатора.

II. Нарушения равновесия, обусловленные поражением различных отделов нервной системы, которые обеспечивают пространственную координацию:

- множественная сенсорная недостаточность;
- мозжечковые нарушения;
- экстрапиримидная недостаточность;
- опухоли в области задней черепной ямки.

III. Обмороки и предобморочные состояния.

IV. Неопределенные ощущения (чаще при эмоциональных расстройствах).

При поражении вестибулярного аппарата нарушается работа всех функциональных систем, регулируемых вестибулярной системой и подверженных влиянию вестибулярных стимулов: вестибулоокулярной, вестибулоспиальной, вестибулокортикальной.

Главные симптомы поражения вестибулоокулярной системы – спонтанный нистагм (асимметричное отклонение и круговое вращение глаз), повышение и изменение вестибулоокулярного рефлекса.

Симптомы поражения вестибулоспиальной системы – наклоны головы, тела и отклонение траектории движения в направлении стороны повреждения.

Симптомы поражения вестибулокортикальной системы – изменение субъективного восприятия вертикали и горизонтали, нарушение ориентации в пространстве.

Все перечисленные нарушения могут сопровождаться страхом, тревогой, тошнотой, рвотой и ощущением головокружения. Сочетания определенных жалоб и симптомов со стороны тех или иных функциональных систем помогают выявить возможную причину вестибулярной дисфункции уже при первом клиническом обследовании пациента.

Рассмотрим некоторые варианты вестибулярной дисфункции подробнее.

Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ) – яркий пример истинного вестибулярного головокружения. Характерные жалобы пациента позволяют поставить правильный диагноз уже на первом визите. Приступы системного головокружения возникают внезапно при изменениях положения головы и тела. Их продолжительность обычно составляет менее 1 мин, они могут сопровождаться тошнотой, рвотой, осциллопсией. При повороте головы в сторону затронутого болезненным

процессом уха возникает вращательный и вертикальный нистагм в сторону лба с ускорением и замедлением движений. Механизм возникновения ДППГ – проникновение отолитов в полукружные каналы (чаще всего в задний). Эффективная помощь пациентам с ДППГ заключается в выполнении позиционного маневра Эпли и обучении самостоятельному купированию приступов.

Фобическое позиционное головокружение – позиционное головокружение с субъективной неустойчивостью походки и позы при нормальных результатах объективного обследования. Для этого состояния характерна флукутирующая неустойчивость позы и походки, сопровождающаяся страхом падения, но при этом падений не происходит. Во время приступа или спустя какое-то время после него пациент испытывает страх или вегетативные расстройства. В типичных случаях приступ провоцируется нахождением среди большого скопления людей, в пустых помещениях, вождением автомобиля. Для пациентов с фобическим позиционным головокружением характерны психопатологические особенности личности: склонность к маниакальным или депрессивным состояниям.

Вестибулярная мигрень – внезапные периодические приступы головокружения (в частности, системного) длительностью от нескольких минут до нескольких часов, которые ассоциированы с головной болью или другими симптомами мигрени.

Во время приступа наблюдаются патологический спонтанный или позиционный нистагм (около 70% пациентов) и нарушения равновесия (около 90% пациентов), вне приступов в 10-20% случаев сохраняется периферический вестибулярный дефицит.

Билатеральная вестибулопатия, по данным V.C. Zingleretal (2007), развивается вследствие трех основных причин: приема ототоксичных антибиотиков, болезни Меньера и воспалительных заболеваний (менингита, энцефалита). Другие причины расстройства – аутоиммунная патология, дегенеративные заболевания – встречаются намного реже. По результатам наблюдения 255 пациентов авторы установили точную причину билатерального поражения вестибулярного анализатора в 24% случаев, возможную причину – в 25% случаев. Пациенты с билатеральной вестибулопатией, как правило, предъявляют две типичные жалобы:

- движение, особенно в темноте или по неровной поверхности, сопровождается позиционным головокружением и неуверенной походкой;
- кажущиеся движения окружающих предметов (осциллопсия) во время ходьбы или при резких движениях головы и тела.

При обследовании обнаруживаются неустойчивость в позе Ромберга и неустойчивость походки при положении ног на ширине плеч.

Вестибулярный нейронит – воспаление вестибулярного нерва или ганглия предположительно вирусной этиологии. Характерные клинические проявления – вращательное головокружение, осциллопсия, нарушения равновесия с падениями в пораженную сторону, тошнота. При проведении полимеразной цепной реакции у 60% больных обнаруживается ДНК вируса HSV 1 в вестибулярных ганглиях (Schulz et al., 1998; Arbusow et al., 1999; Lee et al., 2003).

Вестибулярные пароксизмы – короткие приступы системного головокружения в разные стороны, длящиеся от нескольких секунд до нескольких минут; могут зависеть от конкретного положения головы. Редко возникают тугоухость или шум в ушах.

Восстановление утраченных функций при вестибулярной дисфункции является задачей вестибулярно-адаптивной терапии. Она включает следующие направления:

- мероприятия, направленные на активизацию репаративных процессов и устранение этиологических факторов;
- активацию процессов нейропластичности, которые обеспечивают центральные механизмы компенсации (сенсорная стимуляция, фармакотерапия);
- психотерапию.

Основной принцип вестибулярной компенсации – это усиление визуальных, проприоцептивных и остаточных вестибулярных стимулов, что означает необходимость мобилизации пациента, расширения его двигательной активности с дополнительной стимуляцией компенсирующих сенсорных систем – зрительной, слуховой, проприоцептивной. В противоположность этому распространены такие ошибки ведения пациентов с вестибулярной дисфункцией, как назначение седативных препаратов и постельного режима. Возможности вестибулярной компенсации существенно ограничены при нахождении пациента в затемненном пространстве, уединении, то есть при ограничении всех внешних стимулов.

Стандартом фармакотерапии вестибулярных расстройств в течение многих лет остается оригинальный препарат бетагистина дигидрохлорида Бетасерк (компания «Абботт»). Бетасерк обеспечивает максимальную эффективность терапии вестибулярных расстройств при минимальном количестве побочных явлений. Уникальное сочетание вазорегулирующего и вестибулолитического эффектов препарата обусловлено профилем его рецепторных взаимодействий. Бетагистин является частичным агонистом постсинаптических гистаминовых рецепторов подтипа H₁, выраженным антагонистом пресинаптических H₃-рецепторов. Бетасерк нормализует возбудимость вестибулярных ядер ствола головного мозга путем ингибирования импульсации от H₃-рецепторов вестибулярных ядер и нейронов внутреннего уха; улучшает микроциркуляцию в сосудах вертебрально-базиллярного и каротидного бассейнов путем опосредованной стимуляции H₁-рецепторов сосудов через H₃-рецепторы.

Профессор Л.А. Дзяк сообщила, что в Украине **зарегистрирована новая лекарственная форма Бетасерка – раствор для приема внутрь**. Препарат выпускается в стеклянных флаконах по 60 мл в комплекте с дозирующим шприцем с метками от 1 до 3 мл. 1 мл раствора содержит 8 мг бетагистина дигидрохлорида. Раствор также содержит 5 объемных процентов этанола, о чем следует помнить при назначении препарата женщинам в период беременности или кормления грудью, пациентам групп высокого риска, лицам с алкогольной зависимостью.

Раствор представляет собой прозрачную жидкость бледно-желтого цвета с ароматом шоколада. Препарат рекомендуется принимать внутрь по 3 мл (24 мг бетагистина) 2 р/день, вылив в столовую ложку отобранную шприцем дозу. Раствор также можно разводить водой.

Противопоказанием к назначению Бетасерка в растворе для приема внутрь аналогичны таковым таблетированной формы: гиперчувствительность к компонентам препарата и феохромоцитомы. Не требуется коррекции дозы у пациентов пожилого возраста, лиц с нарушенной функцией почек или печени. Бетагистин не влияет на способность управлять автотранспортом и работать с другими механизмами.

Новая лекарственная форма препарата Бетасерк открывает возможности для пациентов с нарушением функции глотания (дисфагией), больных, у которых вестибулярные нарушения сопровождаются тошнотой, рвотой, а также для тех, кто предпочитает растворимые формы.



Доктор медицинских наук Наталья Степановна Алексеева (ФГБУ «Национальный центр неврологии» РАМН, г. Москва, РФ) подробно рассмотрела принципы и методы отоневрологической диагностики центрального и

периферического головокружения, а также поделилась опытом лечения пациентов с вестибулярной дисфункцией.

При отоневрологической диагностике центрального и периферического головокружения основная задача врача – ответить на вопрос, где локализована причина вестибулярного дефицита – на периферии (лабиринт, корешок VIII черепного нерва) или в центральной нервной системе. Если поражение центральное, то оно может локализоваться в стволе или мозжечке. Возможные стволые уровни поражения – продолговатый мозг, мост, средний мозг.

Диагностика начинается с оценки жалоб пациента. Головокружение как единственный симптом встречается в 50% случаев при острых вестибулярных кризах (причиной могут быть вестибулярный нейронит, лабиринтит), ДППГ, токсических поражений лабиринта. Если ощущение головокружения сопровождается другими симптомами, такими как шум, снижение слуха, то его причины могут быть как периферическими, так и центральными. Периферическое головокружение наблюдается при болезни Меньера, лабиринтите на фоне гнойного среднего отита, вестибулярном нейроните, невроинфекции кохлеовестибулярного нерва, невровазальном конфликте.

Возможные центральные причины головокружения – инсульт, рассеянный склероз, опухоли головного мозга, дегенеративные заболевания мозжечка, височная эпилепсия, психогенное головокружение, панические атаки.

Приступообразное ощущение неустойчивости может возникать во время транзиторной ишемической атаки, при проходящей компрессии позвоночной артерии, синдроме обкрадывания вертебрально-базиллярного бассейна на фоне стеноза подлобной артерии, двустороннего стеноза внутренней сонной артерии, а также при нарушениях сердечного ритма.

Алгоритм обследования больных с жалобами на головокружение, шум и звон в ушах, снижение слуха:

- отоневрологический осмотр с оценкой положения головы, позиции глаз, определением наличия нистагма и его характеристик, саккадических движений глазных яблок;
- расширенное отоневрологическое обследование с проведением вестибулометрических исследований спонтанных и экспериментальных реакций с визуальной оценкой; применение таких методов, как аудиометрия, электронистагмография, вестибулярные миогенные вызванные потенциалы (ВМВП), акустические стволые вызванные потенциалы;
- стандартное неврологическое обследование;

Продолжение на стр. 42.

Вестибулярная дисфункция в практике невролога: от жалоб на головокружение к точному диагнозу

Продолжение. Начало на стр. 41.

- определение гемореологических показателей;
- ультразвуковое исследование мозгового кровотока;
- компьютерная томография (КТ) головного мозга и височных костей, магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга;
- МР-ангиография, МР-веносинусография.

Сосудистый фактор играет важную роль в формировании центральной и периферической вестибулярной дисфункции. Центральные и периферические вестибулярные синдромы могут развиваться на фоне атеросклеротического поражения экстра- и интракраниальных сосудов головного мозга (стеноза, окклюзии), артериальной гипертензии, деформации позвоночных артерий, аномалий артерий вертебробазиллярной системы, нарушений в системе гемостаза, артерио-артериальной и кардиальной эмболии, при венозных тромбозах. Ишемические кохлеовестибулярные синдромы (острые и хронические) развиваются при наличии недостаточности кровоснабжения в артериях, кровоснабжающих внутреннее ухо и корешок VIII нерва, а также вестибулярных ядер и проводящих путей.

Важную роль нейровизуализации и методов оценки мозгового кровотока в диагностике причин головокружения демонстрируют результаты собственных клинических наблюдений (рис. 1-3). Углубленное изучение периферических и центральных кохлеовестибулярных синдромов с применением расширенного отоневрологического метода и сопоставление полученных результатов с состоянием кровотока в вертебробазиллярном бассейне по данным ультразвукового обследования, КТ и МРТ позволяет точно диагностировать эти синдромы и выделять основные механизмы их развития, что является залогом успешной патогенетической терапии.

Что касается фармакотерапии вестибулярных расстройств, то в зависимости от их этиологии применяются различные классы препаратов: β -адреноблокаторы, ангиопротекторы, антигипоксанты, вазодилататоры, ноотропы, анксиолитики и антипсихотики. Уникальным сочетанием эффекта оптимизации кровоснабжения периферических и центральных структур вестибулярного анализатора и способности

ускорять восстановление утраченных вестибулярных функций характеризуется аналог гистамина бетагистин (оригинальный препарат Бетасерк).

В недавно изданном в России «Атласе лекарственных средств психиатра и невролога» (г. Москва, «Ремедиум», 2011) Бетасерк включен в перечень препаратов, которые могут применяться при недостаточности кровообращения в вертебробазиллярном бассейне (из него снабжаются кровью и структуры внутреннего уха).

Бетагистина гидрохлорид (Бетасерк) — единственный препарат, который целенаправленно разрабатывался для лечения вестибулярных нарушений как молекула с гистаминоподобными эффектами, но без побочных действий гистамина.

Как блокатор пресинаптических H_3 -рецепторов и агонист постсинаптических H_1 -рецепторов сосудов внутреннего уха бетагистин осуществляет контроль над высвобождением гистамина и гистаминопосредованной вазодилатацией, улучшая таким образом микроциркуляцию в бассейне базилярной артерии. Одновременно бетагистин выступает как мощный центральный нейромедиатор: активизирует вестибулярные ядра ствола головного мозга и заставляет их компенсировать асимметрию вестибулярных сигналов, которая возникает при одностороннем поражении органа равновесия.

В своей практике мы отдаем предпочтение оригинальному препарату Бетасерк, который имеет большую базу клинических исследований и историю успешного применения более чем у 130 млн пациентов в 105 странах мира. Кроме того, необходимо отметить оригинальный состав таблеток Бетасерка: одним из вспомогательных веществ является маннитол, который обладает диуретическим и противоотечным эффектом. Известно, что физиологические эффекты гистамина сильнее выражены в обезвоженной среде; по-видимому, маннитол усиливает и эффекты бетагистина.

В исследовании с перекрестным назначением Бетасерка и циннаризина мы изучали влияние этих препаратов на частоту приступов головокружения у пациентов с вестибулярной дисфункцией. В 1-й месяц терапии в обеих группах отмечалась тенденция к уменьшению частоты приступов, которая,

однако, была более выражена в группе Бетасерка. После замены назначений пациенты, которые стали получать циннаризин, отметили учащение приступов, тогда как в группе больных, которые начали получать Бетасерк, частота приступов продолжала снижаться.

Нами получены следующие результаты лечения Бетасерком 200 больных с вестибулярной дисфункцией сосудистого генеза, которые предъявляли жалобы на головокружение, шум в ушах, снижение слуха: у 58% пациентов наступило выздоровление, у 35% — улучшение состояния, у 7% — незначительное улучшение (что можно объяснить исходно тяжелым состоянием).

Вестибулолитический эффект бетагистина дозозависим. Оптимальным для получения клинического эффекта мы считаем режим приема по 24 мг 2 р/день курсом 2-3 мес с возможностью продления курса до 4 мес. Неоспоримые преимущества Бетасерка — отсутствие влияния на системную гемодинамику, что особенно важно для пожилых пациентов с артериальной гипертензией, и отсутствие седативного эффекта. Это позволяет больным активно участвовать в вестибулярной реабилитации.



Научные доклады органично дополнила яркая презентация заведующей кафедрой ФПО ГУ «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского» (г. Симферополь), доктора медицинских наук, профессора Ларисы Леонидовны Корсунской. В презентации показано, как часто тема головокружения присутствует в классических и современных произведениях искусства и какую роль вестибулярная дисфункция сыграла в жизни некоторых известных творческих личностей.

Тема головокружения прослеживается в названиях и сюжетах различных по стилю и технике исполнения произведений живописи XX века. Одна из самых известных картин Сальвадора Дали так и называется — «Головокружение» (1931). Сам автор называл

ее еще «Башня удовольствия», или «Башня желаний». Картины под названием «Головокружение» есть в творчестве бельгийского художника-символиста Леона Спиллиарта (1881-1946), чилийского художника-сюрреалиста Роберто Себастьяна Матта (1911-2002) и многих других живописцев.

Головокружение, нарушение равновесия и ориентации в пространстве являются компонентами синдрома Стендаля — кратковременного психосоматического расстройства, которое возникает у впечатлительных, творческих людей при созерцании произведений искусства, обычно в местах их сосредоточения (в музеях, картинных галереях). Необычный синдром впервые был описан итальянским психиатром Грациалло Магерини в 1979 г. и назван в честь французского писателя Анри Мари Бейля, известного под псевдонимом Стендаль.

Известный голландский художник Винсент ван Гог (1853 — 18) сам страдал заболеванием, которое протекало с частыми атаками в виде приступов головокружения, сильным шумом в одном ухе и почти полной глухотой на него. Врачи, которые в разное время занимались лечением художника, ставили ему диагноз эпилепсии и психического расстройства. В 1979 г. японский отиатр К. Ясуда первым поднял вопрос об истинном диагнозе Винсента ван Гога и предположил, что тот страдал болезнью Меньера. В письмах художника с потрясающей точностью описаны приступы головокружения, типичные для патологии лабиринта внутреннего уха.

Интересно, что правильный диагноз мог быть установлен художнику при жизни. 8 января 1861 г. директор Парижского института глухонемых Проспер Меньер сделал во Французской академии медицинских наук доклад «Об особом виде тяжелой глухоты, зависящей от поражения внутреннего уха», в котором подробно описал типичные приступы головокружения, шума в ушах, тошноты и рвоты на фоне односторонней потери слуха и показал их связь с нарушением функции лабиринта. Впоследствии болезнь, описанная П. Меньером, получила название по фамилии автора.

Подготовил Дмитрий Молчанов



Оперативно Хроника ключевых событий голове



Календарь событий

С 9 по 12 мая в г. Бостоне (США) проходила 33-я ежегодная конференция Общества сердечного ритма (HRS-2012), на которой были представлены результаты значительного количества исследований с участием пациентов с различными типами аритмий.

Традиционно на форуме HRS большое внимание было уделено применению инвазивных методов терапии фибрилляции предсердий (ФП) — наиболее часто встречающегося нарушения сердечного ритма. Согласно существующим принципам катетерная абляция является второй линией терапии пациентов с пароксизмальной формой ФП. Ее рекомендуют использовать после того, как применение хотя бы одного антиаритмического препарата не привело к долговременному результату. Данные нового испытания, результаты которого были представлены на конференции, подтверждают, что радиочастотная абляция легочных вен может быть эффективной и безопасной первой линией терапии таких больных. В рандомизированное исследование RAAFT-2 было включено 127 ранее не леченных пациентов в возрасте моложе 75 лет с симптоматической пароксизмальной ФП, у которых было зарегистрировано как минимум 4 эпизода аритмии в течение последних 6 мес. Для больных пароксизмальной формой ФП применение радиочастотной абляции в качестве первой линии лечения имело достоверные преимущества по сравнению с проведением антиаритмической лекарственной терапии. У пациентов, которым была проведена абляция легочной вены с помощью радиочастотной абляции, имел место значительно более низкий риск первого рецидива ФП (55 против 72%; ОР 0,56). Первая линия лечения с использованием абляции также была связана со снижением риска возникновения всех осложнений (7,7 против 19,7%) (С. Morillo et al.).

В другом исследовании было показано, что стратификационная шкала CHADS₂, используемая для определения риска развития инсульта у пациентов с ФП, может помочь выявить когорту больных, у которых наблюдается максимальная польза от приема статинов в качестве средства первичной профилактики аритмии. У пожилых людей с гипертензией, у которых показатель по шкале CHADS₂ составлял 2 балла и выше, было отмечено значительное снижение риска развития ФП на фоне приема статинов (ОР 0,69), а у пациентов с оценкой по шкале CHADS₂ 1 балл польза от приема статинов была существенно меньше (С.-Y. Hung et al.).

Многоцентровое исследование подтвердило безопасность проведения магнитно-резонансной томографии (за исключением торакальной области) у больных с имплантированными кардиовертерами-дефибрилляторами (ИКД) и кардиостимуляторами. Среди 500 пациентов, включенных в анализ, не было зарегистрировано ни одного случая смерти, нарушения работы устройства или повышения частоты возникновения желудочковой аритмии (D. Doud et al.).

Дополнительная информация на официальном сайте HRS: <http://www.hrsonline.org/Sessions/>

Новости ВОЗ

Информационный бюллетень: корь

Корь является тяжелым инфекционным заболеванием вирусной этиологии и одной из основных причин смерти у детей раннего возраста, даже несмотря на наличие безопасной, эффективной и доступной по стоимости вакцины. Согласно данным за 2010 г., зарегистрировано 139 300 случаев летального исхода по причине кори (почти 380 случаев в день, или 15 случаев в час). Более 95% случаев смерти, ассоциированной с указанным заболеванием и его осложнениями, происходят в странах с низким уровнем дохода и слабой инфраструктурой здравоохранения. Чаще всего осложнения развиваются у детей в возрасте до 5 лет или у взрослых старше 20 лет. К наиболее серьезным относят потерю зрения, энцефалит, тяжелую диарею и связанную с ней дегидратацию, заболевания уха и тяжелые инфекции дыхательных путей (в частности, пневмонию). В регионах, характеризующихся высоким уровнем недостаточности питания и отсутствием / низким качеством медицинской помощи, уровень смертности по причине кори достигает 10%.

За период с 2000 по 2010 год использование вакцинации способствовало снижению глобальной смертности от кори на 74%. В 2010 г. около 85% всех детей в мире получили одну дозу противокоревой вакцины в течение первого года жизни в ходе оказания регулярных медицинских услуг (для сравнения: в 2000 г. — 72% младенцев).

Цель тысячелетия в области развития 4 направлена на снижение смертности детей в возрасте до 5 лет на 65% за период 1990-2015 гг. В качестве одного из методов для ее достижения может быть рекомендовано более широкое использование вакцинации.

В апреле Инициатива по борьбе с корью и краснухой представила новый Глобальный стратегический план борьбы с корью и краснухой на 2012-2020 гг. В план включены новые глобальные цели на 2015-2020 гг.

К концу 2015 г.:

- снизить показатель глобальной смертности от кори, по меньшей мере, на 95% случаев по сравнению с уровнями 2000 г.;
- достигнуть региональных целей в области борьбы с корью и краснухой / синдромом врожденной краснухи.

К концу 2020 г.:

- ликвидировать корь и краснуху, по меньшей мере, в пяти регионах ВОЗ.

Полная версия бюллетеня доступна по адресу: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs286/ru/index.html>

Подготовила Ольга Татаренко