

Динамика интерферонового статуса после терапии суппозиториями Панавир (МЕ/мл; M±m)

Показатель	До лечения (n=30)	После лечения (n=30)	Контрольная группа
Сывороточный ИФН	16,8±3,1	6,0±2,0	4,8±0,5
Продукция ИФН α	24,2±2,6	67,6±4,6	89±1,5
Продукция ИФН γ	12,4±2,7	27,3±2,66	32,4±5,9

Примечание. До лечения $p < 0,05$ по сравнению с контролем; после лечения – по сравнению с исходным показателем.

Влияние Панавира на частоту обнаружения ДНК ЦМВ изучено методом ПЦР в эпителии урогенитального тракта. Оказалось, что из 30 пациентов, у которых до лечения выявлен ЦМВ, через 1 мес после терапии суппозиториями Панавир он не был обнаружен у 27 больных. При наблюдении в течение 60 дней после проведенного лечения ремиссия сохранялась у 29 пациентов.

В процессе применения суппозиториями Панавир случаев нежелательных побочных явлений или аллергических реакций не зарегистрировано.

Таким образом, высокая клиническая эффективность и безопасность, хорошая переносимость суппозиториями Панавир, отмеченные у абсолютного большинства пациентов, позволяют рекомендовать препарат к широкому применению в терапии ЦМВИ.

Литература

1. Белоκριцкая Т.Е., Витковский Ю.А., Пономарева Ю.Н. Роль цитокинов в патогенезе нарушений иммунитета и гемостаза у больных с тяжелыми дисплазиями и раком шейки матки // *Вопр. онкол.* – 2003; 49 (1): 51–54.
2. Козлова В.И., Пухнер А.Ф. Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий. – М., 1997. – С. 536.
3. Краснопольский В.И., Радзинский В.Е., Буянова С.Н. Патология влагалища и шейки матки. – М.: Медицина, 1997. – С. 12–14.
4. Прозоровский С.В., Тартаковский И.С. Возбудители оппортунистических инфекций – роль в инфекционной патологии человека и методы лабораторной диагностики // *Клин. лаб. диагн.* – 1998; 2: 24, 33–35.
5. Чешек Н.И. Цитомегаловирусная инфекция. Эпидемиология, клиника, диагностика, лечение и профилактика: метод. пособ. для врачей. – М., 2001 – С. 3–5.
6. Oshiro B. Cytomegalovirus Infection in Pregnancy. In *Protocols for Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology*, 2nd ed. Mead PB, Hager WD, Faro S, eds. – BlackwellScience, 2000; 157–170.
7. Sweet R., Gibbs R. (eds.). *Infectious Diseases of the Female Genital Tract*, 3d ed. – Williams and Wilkins, 2005; 469–479.

PROBLEMS OF THERAPY IN PATIENTS WITH GENITAL CYTOMEGALOVIRUS INFECTION

Yu. Perlamutrov, N. Chernova

Moscow State University of Medicine and Dentistry

The antiviral drug Panavir (rectal suppositories) that had demonstrated a high clinical efficacy and safety and a good tolerability was studied in searches for alternative safe and effective therapy for cytomegalovirus infection.

Key words: cytomegalovirus infection, interferon-deficiency state, antiviral therapy, Panavir.

СИНДРОМ ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ В ПРАКТИКЕ НЕВРОЛОГА

В. Шмырев, доктор медицинских наук, профессор,
А. Васильев, кандидат медицинских наук, **И. Переверзев**,
УНМЦ УД Президента РФ, Москва
E-mail: alexvasiliev@mail.ru

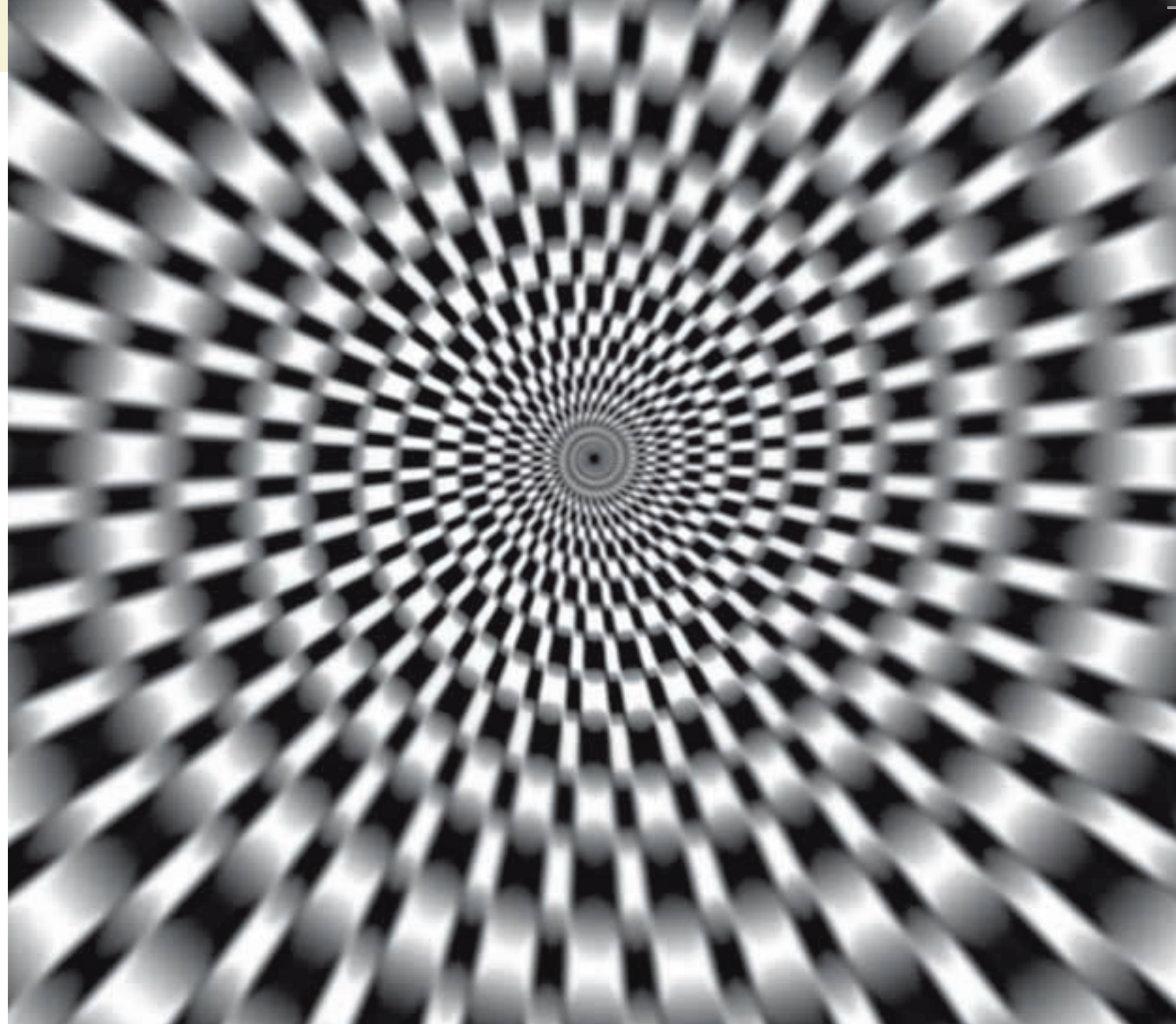
Рассматриваются вопросы этиологии, патогенеза, клинической и инструментальной диагностики, лечения различных форм головокружения, в частности обусловленного поражением рецепторного аппарата внутреннего уха, сосудистой патологией, аномалиями развития, дегенеративными изменениями позвоночника, миофасциальными синдромами, онкопатологией и другими заболеваниями.

Ключевые слова: головокружение, патогенез, аномалии развития, диагностика, лечение, профилактика осложнений, Тагиста, бетатагистин.

Головокружение, представляющее собой искаженное восприятие положения своего тела в пространстве с ощущением мнимого движения тела или окружающей обстановки, – один из самых распространенных неврологических синдромов [5]. По данным зарубежных источников, около 2–5% пациентов на амбулаторном приеме жалуются на головокружение [13], при этом с возрастом его частота увеличивается и достигает 30% и более у людей старше 65 лет [14]. По данным отечественных авторов, среди проходящих на прием к неврологу больных головокружения отмечаются у 40% [11]. Головокружение, как и боль, относится к субъективным ощущениям больного. Сообщая врачу о головокружении, пациент может иметь в виду самые разнообразные состояния: ощущение вращения, падения, перемещения своего тела или окружающих предметов, состояние дурноты, тревоги, общей слабости, предчувствие потери сознания, а также неустойчивость при ходьбе и нарушения походки [3]. При этом нередко пациенты ошибочно за головокружения принимают потемнение в глазах, двоение, мерцание предметов, появление «сетки» перед глазами, состояние дурноты, (предобморочное), ощущение «пустоты» или «тумана» в голове, а также неустойчивости [9].

Жалобы больных на иллюзию вращения окружающих предметов или собственного тела, ощущение неустойчивости, колебания внешней среды определяются как системное головокружение; его причиной является поражение вестибулярного анализатора на периферическом или центральном уровне [6, 11, 12].

Периферическая вестибулярная система представлена лабиринтом и вестибулярным нервом. Лабиринт состоит из преддверия и 3 полукружных каналов, расположенных в 3 взаимно перпендикулярных плоскостях. Рецепторы полукружных каналов реагируют на угловые ускорения, тогда как рецепторы преддверия регистрируют линейные ускорения. Импульсы, генерируемые вестибулярными рецепторами лабиринтов, направляются по вестибулярному нерву к вестибулярным ядрам ствола мозга [3]. При периферическом поражении вестибулярного анализатора страдают сенсорные элементы ампулярного аппарата и преддверия, вестибулярного ганглия и нервных проводников ствола мозга или сами вестибулярные ядра (1-й нейрон вестибулярного тракта) [7].



ГОЛОВА ИДЕТ КРУГОМ

от цен на лекарства от головокружения

**Тагиста. Доступное решение
головокружительных проблем.**

Тагиста (Бетагистин). —
справедливый выбор доступной цены
и высокого качества для устранения
головокружения и профилактики
рецидивов



Центральная часть вестибулярного анализатора – вестибулярные ядра ствола мозга, которые образуют многочисленные вестибулоглазодвигательные, вестибуломозжечковые и вестибулоспиальные связи. Кроме того, вестибулярные ядра взаимодействуют с корой головного мозга. Пути, связывающие вестибулярные ядра с корой, проходят через зрительный бугор. Системное головокружение центрального генеза возникает при нарушении связей вестибулярных ядер в стволе мозга с мозжечком, ядрами глазодвигательных нервов, а также вестибулоспиальных и вестибулоретикулярных связей и связей с корой головного мозга [11].

В случае если иллюзии движения или вращения не возникает, головокружение является несистемным. Его причины еще более разнообразны. Среди них можно выделить 3 основные группы: обморок или предобморочное состояние; неустойчивость и нарушение походки при различных неврологических – мозжечковых, экстрапиримидных и проприоцептивных расстройствах; эмоциональные нарушения – тревожные, тревожно-депрессивные, истерические (конверсионные) расстройства [8].

У ряда больных наблюдается сочетание проявлений как системного, так и несистемного головокружения; особенно часто – у пациентов пожилого и старческого возраста, на фоне сочетания нескольких предрасполагающих факторов [1].

Головокружения зачастую характеризуются весьма сложными этиологией и патогенезом; оно может быть проявлением многих состояний: сердечно-сосудистой, эндокринной патологии, психических заболеваний, нарушений позвоночника, головного мозга и т.д. (всего – около 80 различных нозологических форм) [3]. В связи с этими объективными трудностями поставить правильный диагноз и провести адекватное лечение удается не более чем у 20% пациентов [11, 15], что является крайне неудовлетворительным показателем. Поэтому при определении причин возникновения головокружения и его лечении требуется мультидисциплинарный подход. Для успешного лечения синдрома головокружения необходимо выявить и учесть все основные элементы его патогенеза у данного пациента.

Одной из наиболее частых причин головокружения является сосудистая патология. В норме кровоснабжение периферической вестибулярной системы (лабиринтов и вестибулярного нерва), а также вестибулярных ядер ствола мозга

и мозжечка осуществляется из вертебробазиллярной артериальной системы. Внутренняя слуховая артерия, кровоснабжающая лабиринт и улитку, обычно отходит от передней нижней мозжечковой артерии или непосредственно от базилярной артерии. Вестибулярные ядра ствола мозга кровоснабжаются ветвями позвоночной и базилярной артерий. Задняя и передняя нижние мозжечковые артерии снабжают кровью нижние отделы полушарий мозжечка и флоккулонодулярную долю, имеющие наиболее тесные связи с вестибулярной системой. Таким образом, синдром головокружения сосудистого генеза может выступать относительно автономно (например, при изолированном поражении а. auditiva) или быть элементом клинической картины более серьезного поражения (например, при инсульте стволоточной локализации).

Недостаточность кровообращения в вертебробазиллярной системе, вызванная стенозами и окклюзиями различного генеза, является наиболее частой причиной меньероформных атак, особенно у пожилых больных. В основе чаще всего лежит атеросклероз (особенно у мужчин старше 40 лет), реже – неспецифический аортоартериит (преимущественно у женщин моложе 30 лет) или фиброзно-мышечная дистрофия с патологическим удлинением, извитостью сосудов, иногда – тяжелая травма шеи [2] и их сочетание. Большую роль также могут играть дегенеративные изменения (остеохондроз) и аномалии развития шейного отдела позвоночника, например аномалии Киммерли (см. рисунок), Арнольда–Киари, Клиппеля–Вейля–Шпренгеля, а также ассимиляция атланта или наличие проатланта.

Для аномалии Киммерли характерны головная боль; головокружение и(или) шаткость (может усиливаться при повороте головы); шум (звон, гул, свист, шипение т.п.) в одном или обоих ушах (может усиливаться при повороте головы); потемнение в глазах, «мушки» или «звездочки» перед глазами при напряжении или некомфортном положении мышц шеи, повороте головы; нистагм (непроизвольное подергивание глазных яблок); тремор рук, ног, расстройства координации движений; снижение чувствительности части лица или туловища, одной или нескольких конечностей; слабость мускулатуры части лица или туловища, одной или нескольких конечностей; внезапная слабость мышц и падение при сохраненном сознании, а также утрата сознания (полная или частичная) при напряжении или некомфортном положении мышц шеи, повороте головы.

Клиническими проявлениями аномалии Арнольда–Киари обычно бывают головокружение и(или) шаткость (может усиливаться при повороте головы); шум (звон, гул, свист, шипение т.п.) в одном или обоих ушах (может усиливаться при повороте головы); головная боль, связанная с повышением внутричерепного давления (сильнее утром) и(или) повышением тонуса мышц шеи (болевы точки под затылком); нистагм; проходящая слепота, двоение или другие зрительные расстройства (могут появляться при повороте головы); тремор рук, ног, расстройства координации движений; снижение чувствительности части лица или туловища, одной или нескольких конечностей; слабость мускулатуры части лица или туловища, одной или нескольких конечностей; нарушение функции тазовых органов (непроизвольное или затрудненное мочеиспускание); потеря сознания (может провоцироваться поворотом головы); острое нарушение мозгового кровообращения в вертебробазиллярном бассейне. Остальные аномалии развития также способны формировать элементы



Аномалия Киммерли (рентгенограмма). В сагиттальной проекции в краниовертебральной зоне дифференцируется костная перемычка, соединяющая задний край боковой массы и заднюю дужку атланта

аналогичной клинической картины в зависимости от локализации и характера поражения сосудов.

При этом необходимо отметить, что, с одной стороны, подобные аномалии не всегда клинически значимы, например, при аномалии Киммерли на ее клинические проявления влияют состояние общей и церебральной гемодинамики (включая состояние виллизиева круга, наличие и состояние второй позвоночной артерии, венозный отток от головы и шеи и т.д.), степень эластичности сосудистой стенки, наличие отека окружающих тканей и миофасциального синдрома, степень мобильности в соответствующем сегменте, характер двигательной активности пациента и ряд других факторов. С другой стороны, отсутствие должного внимания к этой проблеме может не только ограничивать эффективность проводимой терапии (например, при выраженной нестабильности хотя бы одного сегмента в шейном отделе позвоночника достижение адекватной гемодинамики не всегда возможно без хотя бы периодического применения шины Шанца), но и представлять опасность для жизни больного, например при проведении мануальной манипуляции у пациента с аномалией Киммерли или конкресценцией позвонков.

В клинической практике встречается целый спектр заболеваний несосудистого генеза, в числе основных проявлений которых – головокружение. Ведущее место среди них (если не по частоте, по которой они несколько уступают доброкачественному пароксизмальному позиционному головокружению, то по тяжести течения) занимает болезнь Меньера, которая возникает вследствие скопления жидкости во внутреннем ухе.

Этиология этого страдания по сей день неизвестна, предполагается наличие генетической предрасположенности. Начинается болезнь Меньера обычно в среднем возрасте, с внезапного приступа головокружения, длящегося от нескольких минут до нескольких часов, с формированием односторонней тугоухости. В последующем характерно внезапное развитие аналогичных приступов. При каждом приступе тугоухость прогрессирует вследствие дегенерации волосковых клеток улитки. Характерен также постоянный односторонний низкочастотный шум в голове (гудение) в отличие от преимущественно пульсирующего шума сосудистого генеза. Часто отмечаются ощущение переполнения уха, тошнота и рвота (в приступный период), вращательный нистагм, внезапные падения.

Еще одно заболевание этой группы – вестибулярный нейронит; для него характерны длящиеся несколько дней головокружение, рвота и нарушение равновесия без расстройств слуха. Заболевание преимущественно встречается в возрасте 30–60 лет, гендерные различия не выявлены. Процесс при этом заболевании локализуется в периферических отделах вестибулярного анализатора (воспаление преддверного ганглия). Этиология и патогенез до конца не выяснены. Предположен вирусный или инфекционно-аллергический генез процесса. Наиболее вероятной представляется роль вируса простого герпеса 1-го типа. Наблюдаются эпидемические вспышки вестибулярного нейронита с высокой температурой, болью в животе, иногда с плеоцитозом в цереброспинальной жидкости. Роль вируса герпеса косвенно подтверждают также случаи развития герпетического энцефалита при вестибулярном нейроните.

Тяжелым заболеванием, проявляющимся головокружением, являются опухоли задней черепной ямки. Вследствие

малого объема резервных пространств даже доброкачественная опухоль этой локализации представляет серьезную опасность для жизни больного. Клинически наиболее характерны головокружение и рвота, с пароксизмом жестокой головной боли вслед за поворотом головы (синдром Брунса). Наиболее часто встречается невринома слухового нерва. Эта опухоль составляет 11–12 % всех опухолей головного мозга и встречается с частотой 1 на 100 тыс. в год. Преимущественно страдают лица в возрасте 30–40 лет. Наиболее ранние проявления данной опухоли – симптомы поражения слухового нерва (звон в ушах и снижение слуха). Признаки поражения вестибулярного нерва в виде периодически возникающих эпизодов ощущения неустойчивости при резких поворотах головы или тела наблюдаются у 60% больных.

В ряде случаев головокружение может не иметь связи с поражением вестибулярной системы, например носить психогенный характер. Особым видом психогенного головокружения является фобическое постуральное головокружение. Оно всегда связано с особыми перцептивными стимулами (мост, лестница и др.). У пациента возникают страх упасть, ощущение неустойчивости [1]. При психогенном головокружении пациенты обычно или описывают симптомы весьма неопределенно (ощущение пошатывания при стоянии и ходьбе, чувство опьянения, тяжесть в голове и др.) или, наоборот, максимально ярко, что на первом этапе позволяет предположить наличие серьезной патологии, однако при физикальном обследовании не выявляют характерных изменений неврологического статуса, а последующая инструментальная диагностика не обнаруживает органических изменений. В отдельных случаях синдром головокружения также может быть эквивалентом эпилептического припадка.

Диагностика синдрома головокружения вследствие многофакторности этиологии и патогенеза достаточно сложна. Сбор жалоб и анамнеза – очень важный этап, так как головокружение в значительной степени представляет собой субъективное явление, может возникать в определенный период времени и в определенных условиях. Обязательными являются общеклинический и неврологический осмотры.

Характер головокружения оценивают с помощью ортостатической пробы; форсированной гипервентиляции в течение 3 мин; тестов на резкие повороты во время ходьбы или круговое вращение в положении стоя; проб Нилена–Барани и Дикса–Холпайка на позиционное головокружение; пробы Вальсальвы, которая усиливает головокружение, обусловленное краниовертебральными аномалиями (например, синдромом Арнольда–Киари) или перилимфатической фистулой, а также вызывает предобморочное состояние у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями; путем оценки восприятия речи. В случае возникновения головокружения после пробы необходимо спросить, напоминает ли оно ощущение, которое беспокоит больного. Дополнительным методом диагностики и мониторинга эффективности терапии является компьютерная стабиллография, обеспечивающая количественный, пространственный и временной анализ устойчивости пациента.

Обязательны также тесты на тугоухость – пробы Вебера и Ринне. При проведении пробы Вебера звучащий камертон устанавливают посередине темени или лба исследуемого. У здорового человека звучание камертона воспринимается

равномерно с обеих сторон, при нарушении функции звукопроводящего аппарата звук лучше ощущается пораженным ухом, а при нарушении функции звуковоспринимающего аппарата – непораженным ухом. При проведении пробы Ринне бранши камертона подносят к слуховому проходу, а затем ножку звучащего камертона устанавливают на соседнем отростке и сравнивают восприятие звука посредством воздушной и костной проводимости. В норме звучание ощущается громче при воздушной проводимости, чем при костной. При кондуктивной тугоухости лучше воспринимается звучание камертона, установленного на соседнем отростке; при нейросенсорной тугоухости нарушены оба вида проводимости. Во многих случаях требуется углубленное обследование с проведением аудиометрии и регистрацией слуховых стволовых вызванных потенциалов.

При подозрении на недостаточность мозгового кровотока необходимо углубленное инструментальное дообследование. При этом могут применяться такие методы, как цветное дуплексное сканирование (ЦДС) брахиоцефальных артерий, транскраниальное цветное дуплексное сканирование (ТК ЦДС) сосудов основания мозга, магнитно-резонансная ангиография (МРА), мультиспиральная компьютерная ангиография (МСКТ-ангио), рентгеноконтрастная ангиография и дигитальная субтракционная ангиография (ДСА), реоэнцефалография (РЭГ).

Ультразвуковые (УЗ) методы диагностики широко используются в качестве неинвазивного скрининга, позволяющего оценить как анатомические, так и функциональные параметры. Возможности ЦДС в обследовании позвоночных артерий ограничены из-за прохождения артерии в костном канале, образованном поперечными отростками шейных позвонков (с 6-го по 1-й) и зависят от особенностей прохождения артерии, конституции пациента и ряда других факторов. ТК ЦДС позволяет достаточно полно обследовать артерии виллизиева круга. Эти методы позволяют эффективно выявлять такие возможные причины головокружения, как стеноз, тромбоз или гипоплазия позвоночной артерии, артериовенозные мальформации, стил-синдром, петлеобразование позвоночной артерии и др.

МРА является неинвазивным методом диагностики, используемым в качестве скрининга. Преимуществами метода являются возможность обследования сосудов, недоступных для УЗ-диагностики, необязательность введения контрастного препарата и меньшая зависимость результатов обследования от квалификации оператора. К недостаткам можно отнести невысокое разрешение (без применения контрастного вещества) и наличие артефактов или противопоказания к обследованию у пациентов с металлическими имплантатами.

МСКТ-ангио – «золотой стандарт» при исследовании сосудистых структур. Ее проведение позволяет получить наиболее полные данные о состоянии сосудистого русла, определить наличие показаний к хирургическому лечению. Особенно важно, что этот метод позволяет эффективно выявлять экстравазальную компрессию позвоночных артерий при нестабильности и листезе шейных позвонков, наличии экзостозов, аномалий развития и т.д. Практически единственным недостатком метода является возможность аллергической реакции на йодсодержащие рентгеноконтрастные препараты.

Классическая рентгеноконтрастная ангиография и ДСА в последние годы применяются реже и выступают преимущественно

в качестве бюджетной замены МСКТ-ангио или метода предварительной диагностики. К недостаткам этих методов относятся необходимость введения больших доз контрастного препарата, а также меньшая диагностическая ценность получаемых результатов, чем при МСКТ-ангио.

РЭГ применяется нечасто, однако обладает важным преимуществом – возможностью неинвазивной оценки состояния венозного оттока, что особенно важно при таких состояниях, как, например, синдром функционального блока верхней апертуры грудной клетки.

Для оценки состояния шейного отдела позвоночника широко применяется классическая рентгенография с функциональными пробами, что позволяет выявить наличие экзостозов, нестабильности, листеза, последствий ранее перенесенных травм и других патологических изменений, которые могут влиять на гемодинамику.

При наличии подозрений на формирование доброкачественных или злокачественных опухолей, расположенных в задней черепной ямке, необходимо незамедлительное визуализационное обследование. В связи с малым объемом резервных пространств даже доброкачественная опухоль может быстро привести к вклинению ствола головного мозга и к смерти больного. Возможно применение как компьютерной (КТ), так и магнитно-резонансной (МРТ) томографии. Для оценки степени злокачественности новообразования наиболее эффективно применение позитронно-эмиссионной томографии.

В редких случаях для дифференциальной диагностики с эпилепсией необходимо проведение электроэнцефалографии (ЭЭГ), в том числе и ЭЭГ-мониторинга.

Лечение синдрома головокружения представляет собой сложную проблему именно в связи с широчайшим спектром заболеваний, проявлением которых служит этот синдром. При выборе препаратов необходимо учесть все основные этапы патогенеза – поражение собственно рецепторного аппарата, проводящих путей, кровоснабжающих сосудов, центрального анализатора и т.д.

При поражении рецепторного аппарата препаратом 1-го ряда, способным повлиять на вестибулярную возбудимость, является бетагистин [11]. Он обладает слабой агонистической активностью в отношении H_1 -рецепторов и более мощной антагонистической активностью в отношении H_2 -рецепторов. Бетагистин влияет на сосуды внутреннего уха, расширяя их, и снижает возбудимость периферических вестибулярных сенсорных клеток, модулирует активность нейрональных кортикальных и субкортикальных структур и может способствовать восстановлению баланса нейрональной активности между пораженной и непораженной сторонами, что имеет важнейшее значение для восстановления вестибулярных функций. Отмечен дозозависимый эффект препарата. Рекомендуемая доза бетагистина (Тагисты) при монотерапии составляет 48 мг/сут; длительность терапии – не менее 1 мес. С учетом универсального действия бетагистина на вестибулярную систему препарат можно назначать в качестве симптоматической терапии при любом виде головокружения [10]. Необходимо отметить, что при приеме бетагистина (Тагисты) не рекомендуется применять антигистаминные средства, т.к. они снижают эффективность препарата.

В случае когда поражение рецепторного аппарата обусловлено действием экзогенных факторов, необходимо проведение соответствующей терапии – коррекция ритма

ДИАЛИЗНАЯ ПОМОЩЬ: ОРГАНИЗАЦИИ И ФИНАНСИРОВАНИЕ

А. Гуревич, кандидат медицинских наук,

К. Гуревич, доктор медицинских наук, профессор,
Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования

E-mail: gurevichak@mail.ru

Предлагаются пути решения проблем пациентов, нуждающихся в диализе: разработка и внедрение приоритетной национальной программы заместительной почечной терапии (ЗПТ), государственного стандарта диализной помощи, единого для всех организаций, обеспечивающих ЗПТ, независимо от их территориального расположения и формы собственности; внедрение единой стоимости диализной терапии; организация модельных и обучающих центров в регионах России; внедрение тендеров на оказание медицинской помощи с применением диализа; развитие как государственных, так и частных диализных центров.

Ключевые слова: хроническая почечная недостаточность, управление здравоохранением.

СИСТЕМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ ДИАЛИЗНОЙ ПОМОЩИ В РАЗНЫХ СТРАНАХ

В современном мире системы здравоохранения в индустриально развитых странах испытывают огромную финансовую нагрузку, что связано с увеличением возраста пациентов; появлением новых инновационных дорогостоящих высоких технологий; повышением ожиданий населения в отношении качества медицинской помощи; определенными финансовыми ограничениями, налагаемыми бюджетами стран. В связи с этим необходимо сбалансировать 3 ключевых фактора: доступность медицинской помощи для всего населения, ее качество и стоимость [4].

В настоящее время в мире получили распространение 3 схемы финансирования диализной помощи:

- система финансирования Beveridge (государственная);
- система финансирования Bismarck (смешанная частно-государственная);
- финансирование частных страховых компаний.

Выбор системы финансирования диализной помощи (как и в целом здравоохранения) во многом определяется исторически сложившимися в странах социокультурными принципами. В некоторых странах здравоохранение рассматривается как «совместная собственность», принадлежащая всем гражданам страны и обеспечивающая им равную доступность медицинской помощи независимо от социального положения, возраста и других факторов. При этом происходит перераспределение ресурсов от молодых к старшему поколению, от более обеспеченных к менее обеспеченным, от менее нуждающихся в медицинской помощи к более нуждающимся. В других странах, более ориентированных на рыночные отношения во всех сферах, здравоохранение считается «товаром», услугой, которая продается и покупается на свободном рынке. Эти рыночные стимулы позволяют обеспечить динамичное развитие системы здравоохранения и часто — более эффективное использование доступных финансовых ресурсов.

Государственная система финансирования здравоохранения (Beveridge) в чистом виде представлена в таких

сердца, АД и микроциркуляции, противоотечные меры. При нестабильности шейного отдела позвоночника показано ношение воротниковой шины Шанца. В ряде случаев необходима коррекция осанки с применением мягкотканых мануальных техник, массажа, ЛФК, ортезных средств (реклинаторов) и т.д.

При болезни Меньера консервативная терапия включает не только бетагистин, но и противоотечную терапию, преимущественно на основе диуретиков, а также профилактику — ограничение употребления алкоголя, курения табака и приема кофеина, а также стрессов и любых состояний, провоцирующих приступы. При неэффективности консервативной терапии применяется хирургическое разрушение вестибулярного аппарата внутреннего уха путем механического воздействия (лабиринтэктомия) или путем введения в него антибиотиков (химическая абляция).

Важным направлением является также профилактика осложнений головокружения, особенно у пожилых. По нашим данным, эффективным и хорошо переносимым пациентами старшей возрастной группы является сочетание инстенона (по 1 таблетке 3 раза в день) и бетагистина (в дозе 24 мг/сут). Наиболее эффективно именно сочетание указанных препаратов, так как в этом случае происходит взаимное дополнение эффектов. Такая терапия позволяет существенно снизить риск травм.

Литература

1. Голубев В.Л., Вейн А.М. Неврологические синдромы. — М.: Эйдос-Медиа, 2002.
2. Евдокимов А.Г., Тополянский В.Д. Болезни артерий и вен. — М.: Академия, 2006. — 256 с.
3. Замерград М.В. «Сосудистое» головокружение // РМЖ. Кардиология. — 2007; 15 (9): 769–772.
4. Зиновьева Г.А., Бабанина Л.П. Синдром позвоночной артерии при вертеброгенной патологии шейного отдела позвоночника // Вестник ВолГМУ. — 2006; 1: 9–13.
5. Камчатнов П.Р. Головокружение в практике невролога // РМЖ. — 2005; 13 (12): 824–827.
6. Мельников О.А. Некоторые аспекты диагностики и лечения головокружения // Лечащий врач. — 2000; 9: 1–4.
7. Морозова С.В. Головокружение в практике врача-интерниста // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2003; 1: 105–110.
8. Неврология для врачей общей практики / под ред. А.М. Вейна — М., 2001. — С. 456–470.
9. Парфенов В.А., Замерград М.В., Мельников О.А. Головокружение: диагностика и лечение, распространенные диагностические ошибки. — М.: Мед. информ. агентство, 2009. — 149 с.
10. Соловьева А.Д., Акарачкова Е.С. Бетасерк в лечении головокружения // Лечение нервных болезней. — 2004; 1: 17–21.
11. Филатова Е. Головокружение: диагностика и лечение // Врач. — 2010; 2: 20.
12. Шермет А.С. Головокружение как признак поражения вестибулярного анализатора (диагностические стереотипы) // Consilium Medicum. — 2001 (Приложение): 3–8.
13. Colledge N., Wilson J., Macintyre C. The prevalence and characteristics of dizziness in an elderly community // Age Aging. — 1994; 23: 117–120.
14. Drachman D., Hart C. An approach to the dizzy patient // Neurology. — 1972; 22: 323–334.
15. Oosterveld W. Current diagnostic techniques in vestibular disorders // Acta Otolaryngol (Stockh). — 1991; 479 (I): 29–34.

VERTIGO SYNDROME IN A NEUROLOGIST'S PRACTICE

Professor **V. Shmyrev, MD**; **A. Vasilyev**, Candidate of Medical Sciences; **I. Pereverzev**

Education Scientific Medical Center of RF Prezident's administration. The paper considers the etiology, pathogenesis, clinical and instrumental diagnosis, and treatment of different forms of vertigo, including that caused by inner ear receptor apparatus lesion, vascular disease, malformations, degenerative vertebral column changes, myofascial syndromes, tumors, and other diseases.

Key words: vertigo, pathogenesis, malformations, diagnosis, treatment, prevention of complications, tagista, betahistine.