

но, что усиление эффектов паратгормона при хронических заболеваниях ЖКТ может быть вызвано гипокальциемией, развивающейся вследствие нарушения всасывания кальция в кишечнике, а также недостаточностью кальцитриола.

На вероятность вовлеченности паратгормона в развитие гиперкальциемии и гиперфосфатемии указывает достоверная отрицательная корреляция между концентрацией кальция и фосфатов, поскольку известно, что в ответ на гипокальциемию паратгормон в почках подавляет реабсорбцию фосфатов, но усиливает реабсорбцию кальция.

На изменения в фосфорно-кальциевом обмене в группе женщин с хроническими заболеваниями ЖКТ указывало и выявленное нами повышение активности щелочной фосфатазы. Известно, что основным источником щелочной фосфатазы сыворотки крови являются остеобласты, а также эпителиоциты желчных протоков и гепатоциты желчных канальцев. Можно полагать, что повышение активности щелочной фосфатазы у женщин с хроническими заболеваниями ЖКТ могло быть связано не только с нарушением обмена кальция и фосфатов вследствие этих патологий, но и с активацией остеобластов. Последняя, как известно из данных литературы, может быть повышена при усилении ремоделирования костной ткани в менопаузе в связи со снижением уровня эстрогенов. Число женщин в менопаузе в группе обследованных нами больных с заболеваниями ЖКТ было около 50%. В группе здоровых женщин число женщин менопаузального возраста составляло около 6%. Для проверки гипотезы о вовлеченности гипоэстрогении в развитие гиперфосфатаземии требуются дополнительные исследования, включающие измерение уровня эстрогенов, биохимических маркеров резорбции и построения костной ткани.

Следует отметить, что в историях болезни и амбулаторных картах пациентов с ЖКТ не было отмечено наличия у них каких-либо клинических симптомов нарушений гомеостаза кальция или фосфатов. Это позволяет рассматривать выявленные нами изменения в концентрации этих минералов как субклинические, или другими словами, нарушения, компенсированные гормональной системой организма. Очевидно, однако, что эти отклонения в биохимических показателях требуют динамического наблюдения. Кроме того, вероятно, целесообразна оценка уровня гормонов, регулирующих обмен кальция и фосфора – паратиреоидного гормона, кальцитриола и кальцитонина.

О НЕДОСТАТКАХ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКЕ ВРАЧЕЙ В ОБЛАСТИ ДИАГНОСТИКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПОЛИНЕВРОПАТИЙ В РОССИИ

Супонева Н.А., Пирадов М.А., Никитин С.С.
Научный центр неврологии РАМН

Одной из редких разновидностей приобретенных полиневропатий являются так называемые, связанные с нарушением функции иммунной системы – дизиммунные, или воспалительные, (ВПНП). Заболеваемость ими не превышает 1-2 случая на 100 000 населения в год [2]. Установка диагноза ВПНП довольно сложна, что обусловлено в первую очередь несовершенством имеющихся критериев диагностики той или иной формы ВПНП, а также отсутствием четких иммунологических маркеров, позволяющих утвердиться в этиологии данного патологического состояния. С вышеперечисленными проблемами сталкиваются неврологи большинства развитых и развивающихся стран. В России эта проблема не менее актуальна [1].

Как показывает опыт, среди практических неврологов, работающих в поликлиниках, диагностических центрах и неспециализированных клиниках, наблюдается явная проблема в установке диагноза ВПНП. По нашему мнению, причин этому несколько, и часть из них связаны с дефектами образования. На этапе как первичной, так и вторичной профессиональной подготовки врачей-неврологов, изучению этого вопроса уделяется незаслуженно мало внимания. Из-за нехватки учебных часов наибольший акцент в процессе обучения делается на более часто встречающиеся заболевания (острое нарушение мозгового кровообращения, дисциркуляторная энцефалопатия, деменция, болезнь Паркинсона, остеохондроз позвоночника и пр.) или на патологию, которая входит в сферу научных интересов обучающей кафедры/института.

Проведенный анализ диагнозов, устанавливаемых бригадами скорой помощи пациентам с острой ВПНП (синдром Гийена-Барре), даёт основания полагать, что с этой патологией данные специалисты вообще не знакомы, что вероятно также обусловлено недостаточным вниманием к ней в процессе обучения. Это, в свою очередь, ведёт к недооценке опасности развивающегося состояния и отказу таким больным в госпитализации. Между тем, в случае тяжёлой формы острой ВПНП, развитие которой прогнозировать заранее невозможно, увеличение срока до момента госпитализации может представлять реальную угрозу для жиз-

ни больного из-за быстро присоединяющихся расстройств глотания и дыхания. 3) Недостаточной диагностике ВПНП также способствует существование общепринятых шаблонных формулировок диагнозов, таких как «миелополлиневропатия», «поллиневропатия смешанного, токсического или дисметаболического генеза». Их наличие не предполагает разбирательства в причине патологического состояния, и позволяет врачу ограничиться констатацией синдрома поражения нервной системы (в данном случае – периферической), а значит – лишить больного возможности получить необходимое лечение, создать его «видимость» путём назначения сугубо неспецифической симптоматической терапии.

Негативным последствием недостаточной диагностики ВПНП является ошибочный выбор тактики лечения. В случае отсутствия специфической терапии, направленной на подавление патологического иммунного ответа, заболевание постепенно прогрессирует, приводя к тяжёлому и, нередко, необратимому повреждению аксонов периферических нервов. С течением времени пациенты ощущают затруднения при ходьбе, а в последующем могут оказаться прикованными к инвалидному креслу из-за выраженной слабости в ногах и нарушений глубокой чувствительности. Присоединяющаяся слабость в руках ограничивает самообслуживание, а наблюдающийся болевой нейропатический синдром доставляет дополнительные страдания больным и значительно снижает их качество жизни.

Всего этого можно было бы избежать при наличии достаточных знаний у врачей. Так, при синдроме Гийена-Барре становится возможным прекратить нарастание неврологической симптоматики, избежать или сократить длительность ИВЛ, сократить сроки госпитализации, уменьшить выраженность остаточных явлений перенесённого заболевания. При хронических ВПНП можно добиться контроля над патологическим иммунным ответом, достичь ремиссии или значительно замедлить прогрессирование заболевания, улучшить функциональную активность больных, вернуть полностью или частично способность к самообслуживанию, возобновить или улучшить ходьбу, уменьшить количество потенциальных инвалидов по данному заболеванию, улучшить их качество жизни.

Заключение

Одной из причин, ведущих к несовершенству диагностики и низкой выявляемости острых и хронических ВПНП в России, являются недостатки в обучении врачей неврологов и скорой помощи. Становится очевидной необхо-

димость оптимизации образовательного процесса на этапе первичной и вторичной профессиональной подготовки врачей этих специальностей в области диагностики ВПНП путём выделения отдельных учебных часов. Это приведёт к улучшению диагностики и тактики лечения больных ВПНП, а значит к уменьшению остаточных явлений, снижению количества инвалидов по данной группе заболеваний и будет способствовать уменьшению летальности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Левин О.С. Полиневропатии. Клиническое руководство. 2-е издание. - МИА, 2006.
2. Dyck P.J., Thomas P.K. Peripheral neuropathy. 4th Ed. – USA: Elsevier Saunders. Hardbound, 2992 pages, 2005.

ОНКОЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И МУНИЦИПАЛЬНОЕ ЗВЕНО ОНКОСЛУЖБЫ

Сухарев А.Е., Крупнов П.А., Булах Н.А.,
Ермолаева Т.Н., Дремков С.А.
*Астраханская государственная
медицинская академия
Комитет по здравоохранению
при Администрации г. Астрахани
Астрахань, Россия*

Снижение смертности от рака связывают с надеждами на раннюю диагностику и своевременное лечение, однако, эффективность скрининга при профилактических осмотрах остаётся повсеместно низкой (VII съезд онкологов России, 2009).

Городские поликлиники (ГП) г. Астрахани обслуживают от 30802 до 48133 человек на прикрепленных территориях. В пересчёте на 100 тыс. населения заболеваемость злокачественными новообразованиями (ЗНО) на обслуживаемых территориях регистрируется в пределах 292,3 - 399,3, смертность – 153,7 – 240,2 (соотношение мужчин и женщин примерно одинаковое), а годовая летальность составляет 31,6 – 37,5%. Такие же показатели - и по региону в целом. Планы работы ГП посвящены раннему выявлению и профилактике онкологической заболеваемости и смертности с отметкой о выполнении. Однако, проценты обнаружения ЗНО при флюорографии легких (ФГЛ), в смотровых кабинетах, УЗИ, эндоскопии незначительны: от 0 до 0,6%. Несколько выше доля выявленной не онкологической патологии: от 4,4 до 28,2% в смотровых кабинетах и от 10,6 до 58,8% при УЗИ, что, видимо, не менее важно для практики. В то же время при ФГЛ «другая патология» выявляется лишь