

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ,
КЛИНИКО-ИММУНОХИМИЧЕСКИЕ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ
ИССЛЕДОВАНИЯ В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН
РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Сухарев А.Е., Беда Н.А., Ермолаева Т.Н., Крылов Г.Ф., Хилова Л.Н.,
Колужная О.С., Степаненко А.А., Терентьев А.А.

Астраханское региональное общественное учреждение

гуманитарных проблем (АРОУГП) «ГРАНТ»,

МУЗ ГКРД и ГКБ №4 г. Астрахани,

Кафедра психологии Астраханского государственного университета,

*Кафедра биохимии Российского государственного медицинского
университета (Москва)*

Подробная информация об авторах размещена на сайте

«Учёные России» - <http://www.famous-scientists.ru>

Проведено комплексное исследование показателей здоровья 1390 практически здоровых женщин репродуктивного возраста различных социальных и производственных групп: 504 городских рабочих, 317 служащих и 569 сельских жителей. По поводу мастопатии обратились ещё более 7000 женщин. Признаки отклонений в состоянии здоровья органов пищеварения, вегето-сосудистой и репродуктивной систем выявлены в 30 - 67% случаев. Обнаружено достоверное повышение количества острофазовых антигенов в смешанной слюне и сыворотке крови у лиц с преморбидными состояниями и заболеваниями дыхательных путей, органов пищеварения и репродуктивной системы, по сравнению со здоровыми донорами. При этом до 70% женщин связывают обострение симптомов мастопатии с предшествующими психотравмирующими факторами или ситуациями.

За последние 20 лет отмечено снижение возраста начала половой жизни с 18-22 до 14-16 лет, либерализация сексуального поведения, рост частоты заболеваний, передающихся половым путем, увеличение заболеваемости репродуктивных органов.

Сделан вывод о необходимости организации специализированных маммологических кабинетов при женских консультациях и поликлиниках для информированности населения, квалифицированной диагностики, лечения и психологической коррекции пациенток с заболеваниями молочных желез.

Актуальной проблемой сегодня является ухудшение психосоматического состояния здоровья и качества жизни женщин в регионах с неустойчивой экономикой и обостряющимися социальными

конфликтами. При этом увеличивается частота заболеваний молочных желез и других органов репродуктивной системы (1,2,3,7). Эта проблема побудила МЗСР РФ издать 15 марта 2006 г. приказ № 154 «О мерах по совершенствованию медицинской помощи при заболеваниях молочной железы».

В решении Коллегии МЗ РФ 23 апреля 2002 г. указано, что проблема сохранения репродуктивного здоровья населения становится важной государственной задачей и требует участия в её решении не только заинтересованных министерств и ведомств, но и различных общественных структур.

Мы сознавали важность этой задачи гораздо раньше, в связи с чем, для эффективного выполнения научного проекта, в конце 80-х г.г. нами теоретически разрабо-

тана и внедрена в практику актуальная организационная модель взаимодействия элементов государственного и муниципального здравоохранения, хозрасчетных медицинских предприятий, частной медицины и общественных профессиональных организаций: «Ассоциация врачей Астраханской области» (руководитель – профессор Р.И. Асфандияров) и Астраханское региональное общественное научное учреждение гуманитарных проблем (АРОУГП) «ГРАНТ» (директор – д.м.н., профессор РАЕ А.Е. Сухарев).

С этой целью с 1989 по 2000 г.г. мы организовали работу хозрасчетных выездных врачебных бригад из числа сотрудников клинических ЛПУ, ЦНИЛ и кафедр АГМИ для приближения высококвалифицированной и специализированной медицинской помощи жителям отдаленных от центра населенных пунктов. В результате нами собрана база данных социально-гигиенических и психосоматических исследований в скрининге и мониторинге работников 6 промышленных предприятий (женщин 504, мужчин 690, всего 1194 человека), 8 административных учреждений (женщин 317, мужчин 100, всего 417 человек) и 6 сельскохозяйственных предприятий (женщин 569, мужчин 351, всего 920 человек). В их числе: женщин 1390, мужчин 1141, всего 2531 человек.

Во время изучения состояния здоровья населения проводили выборочное иммунохимическое тестирование проб смешанной слюны и сывороток крови репрезентативных групп (более 700 человек в каждой) женщин и мужчин из указанного контингента, а также – сывороток крови 120 практически здоровых доноров станций переливания крови г. Астрахани и 160 доноров из г. Москвы (коллекция из лаборатории иммунологии МНИОИ им. П.А. Герцена). Кроме того, исследовали образцы слюны и сывороток крови 488 пациентов обоего пола из клинических больниц г. Астрахани с заболеваниями органов дыхания и пищеварения.

Поскольку содержание ЛФ в секреторных жидкостях в тысячу раз превышает его уровень в сыворотке крови, то для идентификации ЛФ в слюне использовали относительно простой и дешевый метод

иммунодиффузионного титрования исследуемых образцов в агаровом геле со стандартной тест-системой. Для исследования сыворотки крови применяли более чувствительный метод иммуноферментного анализа (4,5).

В качестве объекта-модели для комплексного социально-гигиенического и психосоматического обследования женщин репродуктивного возраста выбран контингент пациенток с мастопатией. В связи с этим, в 1992 г нами открыт внештатный платный маммологический кабинет по методу «Открытого приема» Ростовского НИОИ для неорганизованного населения в центре города, в детской консультативной поликлинике, по графику: три раза в неделю по два часа в вечернее время и по субботам (гл. врач Э.А.Хасьянов). Информация об открытом приеме в удобное для женщин время периодически подавалась через СМИ и во время выездных профилактических осмотров населения города и области.

По мере накопления опыта работы и увеличения информированности населения, по инициативе АРОУГП «ГРАНТ» в 2005г. на клинической базе МУЗ ГКБ № 4 (гл. врач Г.Ф. Крылов) организована «Школа здоровья для больных с патологией молочных желез», где проводится бесплатный (в формате обязательного медицинского страхования) тематический консультативный прием пациенток по программе проекта. Разработаны и внедряются в практику иммунохимические тесты, а также - специальные анкеты и тематические карты.

На наличие сопутствующих соматических заболеваний выборочно изучено 529 амбулаторных карт пациенток с наличием признаков мастопатии (основная группа) и 197 – без признаков мастопатии (контрольная группа). В плане психологических исследований мы провели анализ данных амбулаторных карт и специальных анкет по модифицированному тесту ММРІ и теста интерперсональной диагностики Т. Лири у 140 пациенток маммологического кабинета в возрасте 15 – 40 лет. Контрольную группу составили 36 женщин 20 – 30 лет без мастопатии.

Результаты обследования практически здоровых лиц и больных

По данным первого этапа комплексного обследования (анкетирование, собеседование, физикальные, ультразвуковые и эндоскопические данные) 1390 практически здоровых женщин репродуктивного возраста различных социальных групп, у 30 - 67% выявляются признаки отклонений в состоянии здоровья органов пищеварения, вегето-сосудистой и репродуктивной систем. До 10% лиц, от числа обследованных, направлены на стационарное лечение, в связи с выявленной патологией, остальным даны рекомендации по амбулаторному лечению и проведению профилактических оздоровительных мероприятий.

Иммунохимическое исследование показало, лактоферрин (ЛФ) и продукты деградации фибриногена (ПДФ) в смешанной слюне практически здоровых людей методом иммунодиффузии в агаре обнаруживаются в 16% и 13% случаев, соответственно, в количестве до 6 мкг\мл. С возрастом, а также у рабочих с вредными условиями труда (наличие поллютантов – ксенобиотиков во вдыхаемом воздухе) частота выявления и концентрация ЛФ и ПДФ в слюне повышаются, соответственно, до 30% и 36,0±20,0 мкг\мл.

При анемии, воспалительных заболеваниях репродуктивных органов у женщин, пневмонии, гнойном эндобронхите, желчекаменной болезни, холецистопанкреатите, флегмонозно-гангренозном аппендиците и перитоните частота обнаружения и концентрация ЛФ и ПДФ в слюне повышаются, соответственно, до 87% и 80±22 мкг\мл. Кроме того, уровень ЛФ в слюне и сыворотке крови зависит от фазы менструального цикла и особенностей течения беременности.

При гнойно-воспалительных процессах в органах брюшной полости и при осложненной беременности (гестозы) в слюне обнаруживаются также белковые фракции с ферментативной активностью щелочной фосфатазы и карбоксилэстеразы, исчезающие после успешно проведенного лечения, исчезновения симптомов интоксикации и печеночной дисфункции (5).

При обострении язвенной болезни в слюне изменяется соотношение альбумина

и глобулиновых фракций в сторону преобладания последних, а также меняется концентрация иммуноглобулинов А, М, G.

Нами установлено, что секреторный ЛФ (женское молоко, слюна, бронхиальный, желудочный и дуоденальный секрет, сперма) иммунохимически идентичен сывороточному аналогу (4). В этой связи было интересно сравнить результаты исследования секреторной и сывороточной форм ЛФ у здоровых и больных.

По полученным данным, средняя концентрация ЛФ в сыворотках крови 120 доноров – жителей г. Астрахани равна 1800±400 нг\мл (интервал 1000 – 2600 нг\мл) и не зависит от пола или группы крови. Мы обнаружили, что уровень ЛФ прямо пропорционален времени отделения сыворотки от кровяного сгустка: через 3, 10 и 24 часа равен, соответственно, 1130±490, 2640±320 и 3180±160 нг\мл, что, видимо, вызвано нарастающей элиминацией этого антигена из вторичных гранул нейтрофилов, переживающих в пробирке стресс с течением времени. При изучении ЛФ в контроле у доноров мы выявили также (при синхронной оценке через 3 часа), что в плазме с гепарином (250 ЕД на пробирку) концентрация ЛФ достоверно выше, чем в плазме с 2% цитратом натрия, соответственно: 2900±260 и 1500±130 нг\мл. Указанная разница обусловлена воздействием гепарина на содержащие лактоферрин вторичные гранулы нейтрофилов, поскольку нами установлен факт изменения электрофоретической подвижности ЛФ за счет его межмолекулярного взаимодействия с гепарином. Количество сывороточного ЛФ у 160 доноров г. Москвы достоверно ниже: 600±250 нг\мл (интервал 200 – 600 нг\мл), чем у доноров из Астрахани.

Отмеченные выше наблюдения могут быть использованы в экспертной оценке хранящейся на станциях переливания донорской крови.

Повышение ЛФ в сыворотке крови до 3000 - 16000 нг\мл (одновременно с лейкоцитозом) отмечается при гнойно-деструктивных заболеваниях, злокачественных опухолях и осложненной гестозом беременности. Полученные данные следует учитывать при изучении ЛФ в популя-

пии в алгоритме оценки состояния здоровья отдельных групп.

Поскольку уровень ЛФ в крови обеспечивается нейтрофилами, мы решили определить количество лейкоцитов в периферической крови у практически здоровых жителей Астрахани, с учетом выявленной у них гиперлактоферринемии. С этой целью провели выборочное исследование показателей общего анализа крови из стационарных и амбулаторных карт 155 практически здоровых пациентов областного онкологического диспансера с доброкачественными новообразованиями кожи и подкожной клетчатки (невусы, фибромы, липомы).

Как оказалось, среднее содержание лейкоцитов у здоровых мужчин ($n = 72$) и женщин ($n = 83$) - жителей Астрахани равно, соответственно, $5,8 \pm 0,2$ (интервал $4,0 - 7,2$) и $5,1 \pm 0,1$ (интервал $3,5 - 6,5$) $\times 10^9$ /л., что несколько ниже общепринятых цифр. Количество эритроцитов у мужчин и женщин равно, соответственно, $4,3 \pm 0,4$ и $3,9 \pm 0,1$ $\times 10^{12}$ /л. Достоверных отличий лейкоцитарной формулы в зависимости от пола мы не выявили. Дальнейшее наблюдение результатов общего анализа крови у нескольких тысяч практически здоровых женщин репродуктивного возраста, посещающих женскую консультацию и смотровые кабинеты поликлиник, подтвердило наличие указанного уровня лейкоцитов в периферической крови городских и сельских жителей Астраханского региона.

Таким образом, относительные гиперлактоферринемия и лейкопения у доноров г. Астрахани, по сравнению с донорами г. Москвы, представляются парадоксальными и, возможно, отражают влияние на организм человека геоэкологических факторов Нижнего Поволжья. В этой связи при оценке состояния здоровья или контроле лечения более ценным может оказаться исследование сывороточного ЛФ в динамике, чем однократное определение в скрининге.

Что касается секреторного ЛФ, то, на основании вышеизложенного, нами сделан вывод о перспективности иммунохимического изучения слюны при профилактиче-

ских осмотрах, как неинвазивного и информативного скринингового теста в оценке состояния здоровья женщин репродуктивного возраста.

Мастопатия

В маммологический кабинет «открытого приёма» за 12 лет самостоятельно обратились 2787 молодых женщин. Из них городских жителей - 88,4%, сельских - 11,3%, со средним специальным и высшим образованием - 92,5%, из категории «неквалифицированные рабочие» - лишь 7,5%. Среди пациенток русских было 79%, а лиц тюркской этнической группы - 21%, что соответствует национальному составу жителей Астраханской области, где русские составляют 69,7%, казахи - 14,2%, татары - 7,02%.

На бесплатные консультации по полису в дневное время за последние 3 года гинекологами женской консультации ГKB №4 направлено в кабинет онкогематолога (график работы пять дней в неделю по шесть часов) 4325 женщин. Информация из медицинских карт, анкет, результатов скрининга и мониторинга этой группы закладывается в базу данных для дальнейшего изучения.

По данным клинического и ультразвукового исследования, признаки мастопатии различной степени выраженности в структуре молочных желез встречаются у 86% женщин всех возрастных групп. Частота сопутствующих хронических заболеваний, инициирующих проявления мастопатии, увеличивается с возрастом (от 16-23 до 44-53 лет) пациенток, соответственно, гинекологических (от 28,6 до 76,5%), органов гепато-билиарной зоны (от 32,6 до 52,9%), желудочно-кишечного тракта (от 14,3 до 46,8%), позвоночника, суставов (от 6,1 до 46,8%) и эндокринные (струма, ожирение, диабет) (от 8,2 до 29,4%), что достоверно выше, чем в контрольной группе женщин без признаков мастопатии или с начальными проявлениями мастопатии в молодом возрасте. При этом до 70% женщин связывают обострение симптомов мастопатии с предшествующими психотравмирующими факторами или ситуациями.

Таблица 1. Частота обнаружения сопутствующих заболеваний у женщин с мастопатией по данным клиничко-лабораторного обследования и анамнеза в зависимости от возраста

Сопутствующие заболевания	Возрастные группы (число лет)								Всего	
	До 23 n=49		24-33 n=142		34-43 n=146		44-53 n=192		n=529	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Гинекологические	14	28,6	94	66,2	110	75,3	134	69,8	352	66,5
Эндокринные	4	8,2	24	16,9	42	28,8	52	27,2	122	23,1
Гепато-панкреато-билиарной зоны	16	32,6	46	32,4	66	45,2	88	45,8	216	40,8
Желудочно-кишечного тракта	7	14,3	26	18,3	40	27,4	86	44,8	159	30,1
Урологические	3	6,1	36	25,4	34	23,3	54	28,1	127	24,0
Спондилопатии	3	6,1	32	22,5	58	39,7	86	44,8	179	33,8
Анемии	3	6,1	14	9,8	12	8,2	14	7,3	43	8,1
Перенесенные операции, травмы	2	4,1	14	9,8	38	26,0	58	30,2	112	21,2

За последние 20 лет отмечается снижение возраста начала половой жизни с 18-22 лет у женщин 1940-1970-х годов рождения до 14-16 лет у пациенток 1980-х годов рождения, а также - либерализация сексуального поведения, рост частоты заболеваний, передающихся половым путем и увеличение заболеваемости репродуктивных органов у последних.

Исследование психологического статуса женщин с мастопатией выявило достоверно более высокую частоту таких типов личности, как истерический (56%), с повышенной ранимостью и подозрительностью (35%), с шизоидными тенденциями (33%), ипохондрический (27%) и психастенический (14%), по сравнению с контрольной группой, соответственно, 21%, 18%, 15%, 15% и 12%.

Диагностика типов отношения к окружающим проводилась по следующим направлениям: «реальное Я», «идеальное Я» и оценка «со стороны». Анализ анкет показал, что по первому направлению у 40% пациенток межличностное поведение является адаптивным по всем предложен-

ным пунктам. У остальных экстремальное поведение до патологии выявлялось по одному пункту из пяти у 20% пациентов, по двум – у 13,3%, по трем – у 20% и лишь в 6,7% - по всем пяти. По второму и третьему направлениям не выявлено совпадения оценок в 20% случаев, но в целом установлено адаптивное поведение.

Таким образом, у всех обследованных пациенток выявлено преимущественно адаптивное межличностное поведение, что обеспечивает им благополучное положение в обществе, дифференцированное восприятие и осознание личностью мнения группы.

Полученные результаты учитываются при назначении психологической коррекции, психотерапевтического и медикаментозного лечения мастопатии и сопутствующих заболеваний по индивидуальным программам.

По нашим данным, сложившееся небесспорное представление о «мастопатии», как о «предраковом» заболевании, и направление женщин в онкологический диспансер на консультацию является допол-

нительным и сильным психотравмирующим раздражителем для тех пациенток, кому такой диагноз устанавливают врачи, не имеющие специализации по маммологии.

В связи с этим, большинство пациенток однозначно высказываются в пользу организации отдельных маммологических кабинетов вне территории онкологического диспансера и направления к «маммологу», а не к «онкологу», так как последнее название ассоциируется у них со «страшной специальностью» или «страшной болезнью».

Выводы:

1) Организация комплексного медицинского обследования «практически здоровых лиц» отдаленных населенных пунктов и промышленных предприятий с помощью выездных врачебных бригад и «Открытого приёма», включая применение неинвазивного иммунохимического метода исследования слюны, позволяет выявить значительный процент отклонений в состоянии здоровья населения и определить его потребность в определенных видах высококвалифицированной и специализированной медицинской помощи.

2) Для оценки состояния здоровья женщин репродуктивного возраста и приближения высококвалифицированной и специализированной медицинской помощи населению отдаленных населенных пунктов необходима организация регулярных комплексных врачебных осмотров и медицинского просвещения с участием не только общественных и частных организаций, но и государственных структур;

3) Создание специализированных маммологических кабинетов при женских консультациях и поликлиниках необходимо для информированности населения, квалифицированной диагностики, лечения и психологической коррекции пациенток с заболеваниями молочных желез.

(Научно-исследовательский проект № 06 – 06 - 00676а, поддержан грантом РГНФ)

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Кира Е.Ф., Скрябин О.Н., Цвелёв Ю.В., Ильин А.Б., Спесивцев Ю.А. О повышении эффективности диагностики, ле-

чения и профилактики дисфункциональных заболеваний молочных желез. Ж. акушерства и женских болезней, выпуск 1, том XLIX, 2000.- с.95-100.

2. Семиглазов В.Ф. Профилактика и ранняя диагностика рака молочной железы. Ж. акушерства и женских болезней, вып. 2, том XLIX, 2005.- с.7-11.

3. Сидоренко Л.Н. Мастопатия. Л., «Медицина», 2-е издание, 1991.- с.6-22.

4. Сухарев А.Е. Тканевые и сывороточные острофазовые белки в клинической оценке неспецифических заболеваний и рака легких. Автореферат дисс. на соискание ученой степени доктора медицинских наук. М., 1992.-28 с.

5. Сухарев А.Е. Результаты и перспективы иммунохимических исследований в онкологии. Труды Астраханской государственной медицинской академии, том 14. Астрахань, 1999.- с.140-148.

6. Сухарев А.Е., Беда Н.А., Мамаева С.А., Ермолаева Т.Н., Москаленко Н.П. Обнаружение щелочной фосфатазы в слюне больных панкреатобилиарной патологией и беременных с гестозами. Журн. РАЕ «Фундаментальные исследования», 2005 г., стр. 91-92.

7. Ханов А.М. Современная система организационных форм активной профилактики рака молочной железы (на модели Республики Башкортостан). Автореферат дисс. д.м.н. Ростов-на-Дону, 2001.- 49 с.

**SOCIAL-HYGIENIC, CLINICAL-IMMUNOCHEMICAL AND PSYCHE-SOMATIC
INVESTIGATION AND ESTIMATE OF REPRODUCTIVE AGE WOMENS HEALTH**

Sukharev A.Ye., Beda N.A., Yermolayeva T.N., Krylov G.F., Khilova L.N., Koluzhnaya O.S.,
Stepanenko A.A., Terentyev A.A.

*Astrakhan Regional Scientific Social Department of Human Problems «GRANT», City clinical
hospital № 4, City Obstetrical clinic, Cathedra of psychology of Astrakhan state university, Ca-
thedra of biochemistry of Russian state Medical university (Moscow)
Astrakhan - Moscow, Russia*

Complex examination of 1390 reproductive age health women (504 industrial workers, 317 non industrial employee and 569 village residents) and more then 7000 women with breast diseases showed digestive, vegetative-vascular and reproductive disorder symptoms in 30 – 67% cases. The levels of acute phase proteins are raised in saliva and blood serum of persons with premorbid conditions and respiratory, digestive or reproductive diseases by contrast control donors.

The emotional disturbance provoked the mastopathy symptoms in 70% cases. We notes decrease of sexual live start from 18-22 to 14-16 years old, increase of sexual infections percent and reproductive organs diseases during last 20 years.

We sure, that special mammalogy departments for information publicity, prophylactic, diagnostic and treatment of breast diseases are necessary.