

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.,
Колюжная О.С., Степаненко А.А., Терентьев А.А.

*Астраханское региональное общественное учреждение
гуманитарных проблем (АРОУГП) «ГРАНТ»,*

МУЗ ГКРД и ГКБ № 4 г. Астрахани,

Медико-юридическая консультация Астраханского филиала

Саратовской государственной академии права,

Кафедра психологии Астраханского государственного университета,

*Кафедра биохимии Российского государственного медицинского
университета (г. 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 разработана 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 фрак-

ции 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 популяции 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 профилактических 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 ГКБ № 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.

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%.

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

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 предложенным 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 сопут-

ствующих 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 дополнительным 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.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Кира Е.Ф., Скрыбин О.Н., Цвелёв Ю.В., Ильин А.Б., Спасивцев Ю.А. О повышении эффективности диагностики, лечения 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-HEALTHFUL, CLINICAL-IMMUNOCHEMICAL AND PSYCHOSOMATIC RESEARCH IN HEALTH STATE ESTIMATION OF REPRODUCTIVE AGE WOMEN

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

*Astrakhan Regional Social Service of Humanitarian Problems (ARSSHP) "Grant", МЕМС
ССЛН and ССН № 4, Astrakhan,*

*Medical-Legal Consultation office of Astrakhan Branch of Saratov State Academy of Right
Department of Psychology, Astrakhan State University*

Department of Biochemistry, Russian State Medical University, Moscow

An integrated research of health parameters of 1390 practically healthy productive age women of different social and manufacturing groups was carried out: 504 city workers, 317 employees and 569 country women. With reference to broken breast more than 7000 women addressed. Deviation signs in health state of digestive apparatus, cardio-vascular and reproductive systems have been detected in 30 - 67 % of the cases. An authentic increase of acute-phase antigen number in pooled saliva and pooled serum of people with preclinical states and respiratory passages, digestive apparatus and reproductive system diseases was found out compared to healthy donors; up to 70% women associating broken breast symptoms' recrudescence with preceding psychotraumatic factors or situations.