

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПРИ МАСТОПАТИИ

Ермолаева Т.Н., Булах Н.А., Ахушкова Л.М., Крупнов П.А., Сухарев А.Е.

АРОУ по содействию научным исследованиям «ГРАНТ»,

Астраханская государственная медицинская академия, Астрахань,

e-mail: alexandr.suharev2010@yandex.ru

(Научные проекты № 10-06-00621а, № 09-06-00933а, поддержанные грантами РГНФ)

Распространённость мастопатии в популяции может достигать более 70% и не зависит от этнического фенотипа. 92,5% пациенток, самостоятельно обратившихся по поводу мастопатии, – это городские жители из социальной категории «служащие» со средним специальным и высшим гуманитарным образованием. Сопутствующие заболевания органов пищеварения и урогенитальной системы, а также девиантные психологические черты личности достоверно чаще регистрируются у женщин с мастопатией, чем в контроле. Более 70% женщин отмечают усиление симптомов мастопатии после обострения соматических заболеваний и нервных стрессов, а более 80% испытывают психологический дискомфорт от направления в онкодиспансер.

Необходимы специализированные маммологические кабинеты при женских консультациях и поликлиниках для квалифицированной диагностики, лечения и психологической коррекции пациенток с доброкачественными заболеваниями молочных желез.

Ключевые слова: мастопатия, организация маммологической помощи, соматические и психологические исследования, диспансеризация

Распространенность мастопатии у женщин точно не установлена и может достигать в популяции 70% и более [2,3]. При этом нет четких представлений об этиопатогенезе доброкачественных изменений в молочных железах [1-5], а в регионе, как и в РФ в целом, отсутствует система организации и финансирования оказания специализированной медицинской помощи при мастопатии [5-8]. Сложившаяся практика монопольного обслуживания женщин с мастопатией в региональных онкологических диспансерах (ОД) не приводит к уменьшению заболеваемости и смертности от рака молочной железы, перегружает ОД непрофильной работой и снижает эффективность сил и средств, предназначенных для диагностики и лечения злокачественных новообразований [7,8]. В этой связи, с целью улучшения информированности населения и определения подходов к оптимизации маммологической помощи в регионе, мы проводим с 1992 г. комплексное медико-социальное

и психологическое обследование женщин репродуктивного возраста с мастопатией с привлечением внебюджетных средств [7].

Материал и методы исследования

Обследование «практически здоровых» лиц проведено на различных предприятиях и в сельской местности в составе выездных врачебных бригад по договорам. В кабинете «Открытого приёма» при консультативной детской поликлинике № 1 принято 2790 женщин с мастопатией по психологическому принципу самоорганизации и самообращаемости (платные услуги), а в «Школе здоровья для женщин с заболеваниями молочных желез» при женской консультации ГКБ № 4 – по направлению гинекологов по полису ОМС – более 10000 человек.

Для определения частоты распространённости мастопатии в женской популяции Астраханского региона исследовали нескольких репрезентативных групп практически здоровых женщин в возраст-

те 20–50 лет (всего 8218 человек). Из них – 1078 женщин, подвергнутых осмотру на предприятиях выездными врачебными бригадами, в том числе 422 – анкетированию, 2353 пациентки из смотрового кабинета ГKB № 4, 1933 – из смотрового кабинета городской поликлиники № 6 и 930 женщин, прошедших маммографию при диспансеризации на прикрепленной к нашей клинике территории. Кроме того, приводим данные ультразвукового исследования (УЗИ) молочных желез 1044 пациенток в возрасте 14–63 лет и результаты тонко-игольной пункции молочных желез 880 больных из женской консультации с направительным диагнозом «мастопатия».

Выборочному социологическому анализу подвергли ещё 265 из 2790 амбулаторных карт «открытого» приёма. На наличие соматических «фоновых» заболеваний исследовано 529 случаев с наличием признаков мастопатии (основная группа) и 197 – без признаков мастопатии (контрольная группа) из пациенток женской консультации. В работе использованы также данные официальной статистики общей и онкологической заболеваемости и смертности министерства здравоохранения Астраханской области (МЗ АО).

Психологические исследования проведены при собеседовании и анкетировании. Модифицированные тесты ММРІ и интерперсональной диагностики Т. Лири применили у 140 пациенток в возрасте 18–40 лет с мастопатией и в контрольной группе из 136 женщин 20–30 лет без мастопатии.

Результаты исследования и обсуждение

Статистика мастопатии

На наличие у себя тех или иных признаков мастопатии (субъективная оценка) при анкетировании указали 42 из 422 (10%) обследованных женщин, тогда как при целенаправленном врачебном осмотре «практически здоровых» симптомы мастопатии регистрируются почти в три раза чаще: у 295 из 1078 (27,4%), разница достоверна ($p < 0,001$). При ежегодном профилактиче-

ском осмотре более 2000 женщин в смотровом кабинете ГKB № 4 признаки мастопатии выявлены лишь у 4,8%. В смотровом кабинете городской поликлиники № 6 за первое полугодие осмотрено 1933 женщин, признаки мастопатии выявлены у 180 (9,3%). Более низкий процент выявления мастопатии в смотровых кабинетах, по сравнению с обследованием врачебной бригадой, видимо, обусловлен тем, что женщин осматривают медработники со средним образованием.

При маммографии во время диспансеризации признаки мастопатии у женщин трудоспособного возраста (40–55 лет) выявляются в 72,3%, при УЗИ молочных желез в возрасте от 14 до 63 лет – в 88,9%, а при цитологическом исследовании пункционного материала из молочных желез – в 78%.

Таким образом, морфологические признаки не всегда совпадают с клиническими и, поэтому, распространенность мастопатии в популяции, судя по выборочным рентгенологическим, ультразвуковым и цитологическим критериям, может достигать более 70%, что не противоречит и литературным данным по исследованию аутопсийного материала [2].

Медико-социальные факторы при мастопатии

В платный маммологический кабинет «открытого приёма» при детской поликлинике по психологическому принципу самоорганизации самостоятельно обратились 2790 женщин. В женской консультации по полису обязательного медицинского страхования ежегодно на консультацию с диагнозом «мастопатия» к нам направляется более 2500 женщин – жителей городской территории обслуживания. По данным выборочного анализа 1026 амбулаторных карт обеих групп, основной контингент представляют лица репродуктивного возраста. При этом, из числа самостоятельно обратившихся городские жители составляют 88,4%, сельские – 11,3%, со средним специальным и высшим образованием – 92,5%, из категории «рабочие» – лишь 7,5%. Из них русских зарегистрировано

79 %, а женщин тюркской этнической группы – 21 %, что соответствует национальному составу жителей Астраханской области, где русские составляют 69,7 %, казахи – 14,2 %, татары – 7,02 %. Следовательно, проявление симптомов и мотивация к самообращению по поводу мастопатии не зависят от этнического фенотипа.

В группе самостоятельно обратившихся женщин моложе 24 лет из числа сельских жителей не зарегистрировано. В старших возрастных группах число сельских пациенток составляет 8,5–16,7 %. Это соотношение может свидетельствовать как о меньшей информированности сельских жителей о проблеме мастопатии, так и трудностях социального характера: занятость сельским трудом, отдаленность места жительства от лечебно-профилактических учреждений областного центра, финансовые проблемы.

Из числа пациенток со средним и высшим образованием в среднем 20,7 % – формально «неработающие» домохозяйки:

- 1) женщины, воспитывающие 1–2 детей и имеющие обеспеченных мужей;
- 2) женщины, занимающиеся мелким бизнесом.

Для них удобным является посещение платного маммологического кабинета в вечернее время без полиса и других формальностей, связанных с его получением (гражданство, прописка и др.).

Низкий процент (в среднем 7,5 %) обратившихся женщин из категории «рабочих» с начальным образованием, по нашему мнению, свидетельствует о важной роли, как информированности, так и уровня образования и принадлежности к определенной социальной группе. Как известно, прямая связь низкого уровня санитарной грамотности и отношения к собственному здоровью и здоровью членов семьи является одним из основных показателей (критериев) психического здоровья [5].

Репродуктивное поведение

Начало половой жизни из числа обследованных старших возрастных групп (после 33 лет) большинство женщин указало

на возраст 17–25 лет. В возрастных группах до 33 лет большинство пациенток указывают более ранний период – 14–16 лет. На раннее начало половой жизни современных девочек-подростков и высокий процент наличия в анамнезе 1–3 заболеваний передающихся половым путем указывают и другие авторы [11].

По нашим данным, число женщин, у которых были беременности, увеличивается от 16,3 % в возрастной группе до 23 лет до 71,8–98,9 % у женщин старше 23 лет. Из 49 женщин в возрасте до 23 лет лишь 4 человека (8,2 %) имеют детей; из 142 женщин в возрасте от 24 до 33 лет 74 человека (52,1 %) имеют лишь одного ребенка, а двое и более детей зарегистрированы лишь у 10 (7,0 %) женщин этой группы. К 43 годам двое и более детей имеют 69 человек (47,3 %). Это несколько меньше, чем в старшей группе (44–53 гг.), соответственно 116 человек (64,4 %).

Аборты отмечены в анамнезе у 75,0 % в 1-й группе, 69,6 % – во 2-й, 79,7 % – 3-й и 87,1 % – в старшей. Из них на 1–2 аборта указывают 75,0 % женщин 1-й группы, 58,8 % – 2-й, 57,8 % – 3-ей и 38,8 – 4-й. При этом 3 и более абортов (в отдельных случаях до 20) отмечают, соответственно, 0, 10,8, 21,9 и 48,3 %.

Таким образом, у старших возрастных групп число абортов и выкидышей в анамнезе, относящемся к молодому возрасту, достоверно выше, чем у современных молодых женщин, что объясняется возросшими возможностями контрацепции за последние десятилетия. Одновременно отмечается и тенденция к сокращению числа детей в семье у женщин 1970–1980 годов рождения, по сравнению со старшим поколением женщин (1950–1960 годов рождения).

До 80 % женщин с мастопатией отмечают раннее прекращение лактации в сроки 1–4 мес. по причине уменьшения количества молока, раннем прикармливании и отказе ребенка от груди. Лишь около 20 % кормили ребенка грудью более 1 года. По нашему наблюдению длительность лактации до

1 года и более ассоциируется с меньшими морфологическими изменениями молочных желёз, чем у женщин, кормивших грудью меньше 3-х месяцев.

*Сопутствующие заболевания
у женщин с мастопатией*

Выборочное исследование показало, что у женщин с мастопатией достоверно чаще, по сравнению с контролем, регистрируются в амбулаторных картах заболевания органов пищеварения (гастродуоденит, холецистит, панкреатит, колит) и урогенитальной системы. Частота заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП): уреаплазмоз, хламидиоз, трихомониаз, гонорея и др., отмеченных в анамнезе, также достоверно выше в основной группе, по сравнению с контролем, соответственно, 44,4 и 8,8%. У пациенток 1980-1989 годов рождения – соответственно, 53,1 и 0,0% (табл. 4). Эти данные не исключают роли воспалительных и аутоиммунных реакций организма, вызываемых ЗППП, в патогенезе мастопатии [1-5].

Исследование психологического статуса женщин с мастопатией выявило достоверно более высокую частоту таких типов личности, как истерический (55,7%), с повышенной ранимостью и подозрительностью (35,0%), с шизоидными тенденциями (32,9%), ипохондрический (27,8%) и психастенический (13,6%), по сравнению с контрольной группой, соответственно, 21,3; 18,4; 14,7; 15,4 и 11,8%.

По нашему наблюдению, перенесенные психотравмы, обострения сопутствующих воспалительных заболеваний репродуктивной сферы, гепато-билиарной зоны, аборт или выкидыши, стрессовые ситуации обычно способствуют проявлениям симптомов мастопатии: усилению болей, появлению уплотнений в молочных железах и выделений из сосков, что согласуется с данными литературы [1, 4, 5].

Диагностика типов отношения к окружающим проводилась по следующим направлениям: «реальное Я», «идеальное Я» и оценка «со стороны». Анализ анкет выявил у всех обследованных пациенток пре-

имущественно адаптивное межличностное поведение, что обеспечивает им благополучное положение в обществе, дифференцированное восприятие и осознание личностью мнения группы. Полученные результаты учитываются нами при назначении психологической коррекции, психотерапевтического и медикаментозного лечения мастопатии и сопутствующих заболеваний по индивидуальным программам.

Мы разделяем мнение о том, что создание специализированных маммологических кабинетов при женских консультациях и поликлиниках необходимо для информированности населения, квалифицированной диагностики, лечения и психологической коррекции женщин с мастопатией, а также – для разгрузки онкологических диспансеров от непрофильной работы [3,4,5,7,8].

Список литературы

1. Андреева Е.Н., Леднева Е.В. Основные аспекты этиологии и патогенеза фиброзно-кистозной болезни молочной железы // Акушерство и гинекология. – 2002. – № 6. – С. 7 – 9.
2. Картер Р. Л. Предраковые состояния: монография. – М.: Медицина, 1987. – С. 78–95.
3. Пинхосевич Е.Г., Голов Л.Б., Сеницын В.А., Школьник Л.Д. К вопросу о выделении маммологии в самостоятельный раздел клинической медицины // Рак молочной железы: Сб. науч. трудов / МНИОИ им. П.А. Герцена [под ред. проф. В.П. Демидова]. – М., 1991. – С. 41–46.
4. Семиглазов В.Ф. Профилактика и ранняя диагностика рака молочной железы // Акушерство и женские болезни. – 2005. – Вып. 2, Т. XLIX. – С. 7–11.
5. Сидоренко Л.Н. Мастопатия: монография – 3-е изд. – СПб.: Гиппократ, 2007. – С. 147–170.
6. Сухарев А.Е., Ермолаева Т.Н., Беда Н.А., Мамаева С.А. Психологические аспекты ятрогении в онкологии // Современные наукоёмкие технологии. – 2005. – №7. – С. 25–30.
7. Сухарев А.Е., Ермолаева Т.Н., Беда Н.А., Тегза В.Ю. Мастопатия (социально-гигиенические и психосоматические аспекты): Монография, Астрахань – СПб., 2008. – С. 54–96.
8. Ханов А.М. Современная система организационных форм активной профилактики рака молочной железы (на модели Республики Башкортостан): автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Ростов-на-Дону, 2001. – 49 с.

9. Ханжин Б.М., Ханжина Т.Ф. История разрушения и уничтожения биологических ресурсов Волго-Каспийского бассейна: монография. – М.-Астрахань, 2003. – С. 3–64.
10. Чалов В.В., Мирошников В.М., Галимзянов Х.М., Сердюков А.Г. и др. Состояние здоровья населения и деятельность учреждений здравоохранения Астраханской области в 2004 г.: статистические материалы к итоговой коллегии. – Астрахань, 2005. – 135 с.
11. Шубочкина Е.И. Социально-гигиенические факторы риска и репродуктивное здоровье девушек, обучающихся в ПТУ // Планирование семьи. – 2000. – № 2. – С. 19-24.

ORGANIZE AND PSYCHOLOGY ASPECTS OF DISPENSARY BY MASTOPATHY

Yermolajeva T.N., Bulakh N.A., Akhushkova L.M., Krupnov P.A., Sukharev A.E.

*APOY on assistance scientific researches «GRANT»,
the Astrakhan state medical academy, Astrakhan,
e-mail: alexandr.suharev2010@yandex.ru*

The spreading of mastopathy in population is more than 70% and it is no correlation from ethnic phenotype. 92,5% of selves-coming patients with mastopathy are represented the employee townswomen with middle and high humanitarian education. More frequency of digestive and urogenital diseases, and psychology deviation of personality patterns percent have women with mastopathy, relative to control group. More than 70% patient notes provoke role of somatic diseases and neurological stress for mastopathys manifestation, and more than 80% women have psychological disarrangement (disturbance) from visit to dispensary of oncology. We sure, that special mammary departments for information publicity, prophylactic, diagnostic and treatment of benign breast diseases are necessary.

Keywords: mastopathy, organization of mammology help, somatic and psychology search, dispensary system