

вья, до 1, соответствующей полному здоровью, по аналогии с оценкой пользы), что облегчает расчёт затрат на единицу изменения показателя КЖ.

Мы очень надеемся, что интерес к оценке КЖ онкологических больных в нашей стране будет расти и дальше, так как его поддержание на определённом уровне, наряду с выживаемостью, в настоящее время является наиболее важным критерием эффективности лечения.

МАСТОПАТИЯ – ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Сухарев А.Е., Ермолаева Т.Н., Булах Н.А.
*Астраханская государственная медицинская академия
Астрахань, Россия*

В периоды социально-экономических реформ и кризисов проблема сохранения репродуктивного здоровья населения становится важной государственной задачей и требует участия в её решении не только заинтересованных министерств ведомств, но и различных общественных структур (Фролова О.Г., Ильичёва И.А., 2002).

В реалиях социально-экономической ситуации конца 80-х, начала 90-х г.г. с целью сохранения положительного опыта и гуманитарной направленности отечественной медицины нами была теоретически разработана и внедрена в практику организационная модель взаимодействия элементов государственного и муниципального здравоохранения, научно-образовательных учреждений, хозрасчетных медицинских предприятий, частной медицины, а также общественных профессиональных организаций. В связи с требованиями практики, нами сформулирована концепция адаптации и развития организации маммологической помощи населению Астраханской области в указанный период. Эта концепция стала основой нашего регионального научного проекта, впоследствии (к 2005 г.) получившего идеологическое соответствие с национальным проектом РФ «Здоровье» и правительственную финансовую поддержку в виде грантов РГНФ.

Приведены некоторые результаты комплексного исследования состояния здоровья более 10000 женщин с заболеваниями молочных желез (мастопатия, рак) и 1390 «практически здоровых» женщин репродуктивного возраста различных социальных групп.

По данным генеральной выборки самостоятельно обратившихся пациенток, основным контингентом (87,4%) явились женщины репродуктивного возраста. Из них городских жителей 88,7%, сельских – 11,3%, в их числе служащих и специалистов со средним специальным и высшим образованием – 92,5%, а из категории неквалифицированные рабочие – лишь 7,5%.

Показательным является низкий процент обратившихся женщин - неквалифицированных

рабочих с начальным образованием. Этот факт, по нашему мнению, свидетельствует о важной роли, как информированности, так и уровня образования и принадлежности к определенной социальной группе. То есть, прослеживается прямая связь низкого уровня санитарной грамотности и отношения к собственному здоровью и здоровью членов их семьи. Как известно, последнее является одним из основных показателей (критериев) психического здоровья.

В Астраханском регионе ежегодно регистрируется около 3000 и более больных злокачественными новообразованиями (290 – 340 человек на 100.000 населения). При этом показатели заболеваемости и смертности от рака молочной железы возросли соответственно от 12,9 до 33,3 и от 5,6 до 16,8 (на 100.000 населения) в последние три десятилетия.

По органам и системам эти показатели распределяются следующим образом: рак органов пищеварения – 27,6%, органов репродуктивной системы – 21,0% (включая молочные железы – 41%), органов дыхания – 5,6%, прочие – менее 3%.

При комплексном обследовании «практически здоровых» женщин - работниц промышленных, сельскохозяйственных предприятий и административных учреждений, выявлены хронические воспалительные и обменные заболевания органов пищеварения (до 60%), урогенитального тракта (до 32%), опорно-двигательного аппарата (до 20%), эндокринной системы (до 15%). При этом ведущим симптомокомплексом в оценке состояния здоровья и внутренней картины болезни указанного контингента являются признаки нарушений функции и морфологические изменения системы пищеварения.

Таким образом, в структуре, как онкологических, так и не онкологических заболеваний первые места занимают поражения системы пищеварения и репродуктивных органов. Эти данные позволяют акцентировать внимание на роль желудочно-кишечного тракта и питания при изучении проблем здоровья и качества жизни трудоспособного женского населения репродуктивного возраста. Мы придаём этому факту немалое значение, поскольку выявленное неблагополучие со стороны органов пищеварения даёт основание в дальнейшем к дополнительному изучению проблемы питания населения и профилактики соответствующих заболеваний. С другой стороны, мы видим в этих показателях один из объяснительных подходов к пониманию многих психо-эмоциональных и вегетоневрологических нарушений у людей, вследствие неблагоприятного состояния фундаментальных побудительных мотивов поведенческих реакций за счет пищевых и репродуктивных инстинктов и рефлексов.

Клинический анализ симптомокомплексов и данных анамнеза при мастопатии позволяет выделить по этиопатогенетическому признаку

следующие варианты этого заболевания: дигестивная, гинекологическая, вертеброгенная, эндокринная и психогенная, что помогает корректировать схемы лечения и профилактики заболевания молочных желез.

Научный проект № 09-06-00933а поддержан грантом РГНФ

ПЛАЦЕНТАРНАЯ ЩЕЛОЧНАЯ ФОСФАТАЗА В СИСТЕМАХ

«МАТЬ – ПЛОД»

И «ОРГАНИЗМ – ОПУХОЛЬ»

Сухарев А.Е., Ермолаева Т.Н., Булах Н.А.
*Астраханская государственная медицинская академия
Астрахань, Россия*

Плацентарную щелочную фосфатазу (ПЩФ) относят к белкам, ассоциированным с беременностью и опухолевым ростом. ПЩФ генетически полиморфна и, в отличие от других типов щелочной фосфатазы (ЩФ), выдерживает нагревание до 65°C в течение 10 - 15 минут и ингибируется в высокой степени L-фенилаланином, незначительно - L-гомоаргинином, но не L-лейцином, мочевиной и ЭДТА. Различают 6 общих фенотипов ПЩФ S, F, I, FS, SI и FI, согласно их электрофоретической подвижности: S - медленная, F - быстрая и I - промежуточная. До 10-й недели беременности в плаценте присутствует ЩФ, похожая по свойствам на печеночную ЩФ взрослого человека, а к 10 - 14 неделям определяется ПЩФ, которая продуцируется в кровотоке матери в количестве от 1,0 до 40,0 Ед/л, причём синтез её стимулируется эстрогенами. Вероятно, печеночная ЩФ является филогенетически более древней, а плацентарная ЩФ - более поздним продуктом эволюции, т.к. встречается только у некоторых приматов и человека. Большое сходство с ПЩФ имеет менее термостабильная тонкокишечная ЩФ (ТКЩФ) человека. Предполагают, что ген ТКЩФ появился на более ранней стадии эволюции, а ген ПЩФ развился из гена ТКЩФ путём дупликации и последующих мутаций. Обнаружены гибриды ПЩФ-ТКЩФ.

Методом встречного иммуноэлектрофореза (ВИЭФ) с кроличьей моноспецифической антисывороткой на ПЩФ, после соответствующей иммунохимической окраски иммуноэлектрофоретических ферментов выявляется в сыворотке крови женщин на 3 - 4 неделях беременности в количестве 1 - 2 ЕД Боданского. К моменту родов титр фермента увеличивается до 16-32 ЕД. В случаях неблагоприятного течения беременности наблюдается низкий уровень ПЩФ (0 - 2 ЕД), что может быть использовано в клинико-лабораторной оценке плацентарной недостаточности. Мы также обнаружили ПЩФ в крови рожениц, где она определяется в количестве 8-32 ЕД до момента выписки из стационара (8-14

дней). Вероятно, источником ПЩФ у рожениц (в отсутствие плаценты) является сокращающаяся и резорбирующаяся матка, поскольку в большинстве случаев наблюдается даже повышение уровня ПЩФ в крови в послеродовом периоде, что не согласуется с данными о периоде её полураспада. Через месяц после родов и позднее мы не выявили в крови женщин ПЩФ.

Иммунохимическими и иммуногистохимическими методами ПЩФ обнаруживается в бутаноловых экстрактах и криостатных срезах тканей легких и других органов плодов с 16 - 26 недель внутриутробного развития. Отсутствие ПЩФ в сыворотках крови плодов и водно-солевых экстрактах других фетальных органов делает допустимым предположение о синтезе её, кроме плаценты, в тканях фетальных лёгких и других органов.

Изоэнзимы ПЩФ выявлены в злокачественных опухолях легких, яичек, яичников, тела матки, пищевода, желудка, трофобласта и других органов. По нашим данным, ПЩФ обнаруживается в опухолевой, околоопухолевой легочной ткани и коже больших раком легких иммуногистохимическими методами в 61 - 70% случаев, что ассоциируется с существованием в клинической картине рака паранеопластических синдромов. При этом количество этого изоэнзима в 8 раз выше в тканях низкокодифференцированного или недифференцированного рака легкого, по сравнению с высококодифференцированным раком. Таким образом, количество ПЩФ обратно пропорционально степени злокачественности раковых опухолей легких, что может быть использовано в их иммуноморфологической характеристике.

В сыворотке крови ПЩФ чаще всего определяется при запущенных формах рака тела матки, яичников, гепато-билиарной зоны, легких, мезотелиоме плевры. Вместе с тем, в сыворотках крови онкологических больных, особенно, со злокачественным процессом в печени, мы обнаружили не только термостабильную форму ПЩФ (изоэнзим Регана), но и ТКЩФ (изоэнзим Казахстана). Примечательным является тот факт, что высокая частота встречаемости изоэнзимов ПЩФ и ТКЩФ у онкологических больных ассоциируется с поражениями печени. Это также может служить дополнительным диагностическим и прогностическим признаком.

По нашему мнению, в системе «организм-опухоль» продукция ПЩФ осуществляется в несколько этапов: I - на ранних стадиях опухолевого роста ПЩФ выявляется только в опухолевой ткани; II - по мере прогрессирования процесса ПЩФ обнаруживается в околоопухолевой ткани (фибробластах и эндотелии новообразующихся сосудов); III - при генерализации процесса в синтез ПЩФ вовлекается печень, что приводит к появлению этого изоэнзима в кровотоке.

Поскольку ПЩФ считается маркером герминогенных опухолей, то обнаружение её при