

Проявление шейного и грудного остеохондроза при доброкачественных заболеваниях молочной железы

Полецук Н.В., Алифирова В.М.

Symptoms of neck and pectoral osteochondrosis with benign illness of mammary

Polecshuk N.V., Alifirova V.M.

Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

© Полецук Н.В., Алифирова В.М.

Введение

В последние годы наблюдается тенденция к росту числа доброкачественных заболеваний молочных желез, которые диагностируются у каждой 4-й женщины в возрасте до 30 лет. У пациенток в возрасте 40 лет различные патологические состояния молочных желез выявляются в 60% случаев. При этом у каждой 2-й женщины позднего репродуктивного возраста наблюдается диффузная форма фиброзно-кистозной мастопатии (54%). Узловые формы мастопатии диагностируются у 26% пациенток, фиброаденомы — в 18% случаев, рак молочной железы — у 2% женщин.

Таким образом, около 75—80% женщин позднего репродуктивного возраста страдают различными заболеваниями данного органа, часто объединяемыми общим термином «мастопатия».

Остеохондроз остается одним из самых распространенных заболеваний дегенеративно-дистрофического характера. Термин внедрен в клиническую литературу немецким ученым А. Hildebrandt (1950). Между тем развитию и клиническому течению остеохондроза у женщин присущи свои особенности. Так, установлена зависимость между выраженностью дегенеративно-дистрофических изменений в тканевых структурах и концентрацией в крови тропных и половых гормонов (FSH, LH, LTH, АСТН, СТН, эстрогенов, прогестерона и андрогенов). Чем глубже процесс в костно-хрящевой ткани при остеохондрозе, тем сильнее выражены коррелирующие гормональные сдвиги (Дедух Н.В., 1988; Павлова В.Н. и др., 1988; Бурьянов О.А., 1997). Доказано, что хондроциты являются гормонокомпетентными клетками относительно названных гормонов. При снижении концентрации

эстрадиола отмечено уменьшение плотности костной ткани (Бурьянов О.А., 1997).

Дефицит половых гормонов, с одной стороны, вызывает увеличение выделения гонадотропинов, что влечет за собой нарушение порога чувствительности структур головного мозга и приводит к нейроэндокринным нарушениям.

С другой стороны, женщины более резистентны к неблагоприятным воздействиям окружающей среды. Адаптивные системы у них более подвижны и обладают повышенной резервной мощностью к стрессовым ситуациям, но при стрессе в крови у женщин резко повышается уровень пролактина, причем содержание его выше, чем в аналогичной ситуации у мужчин (Бурьянов О.А., 1997). Гиперпролактинемия, в свою очередь, вызывает снижение выделения тропных гормонов, а значит, тормозит образование гормонов яичников. Одновременно в молочных железах наблюдается диффузное нагрубание в предменструальном периоде, при более выраженных изменениях — постоянный застой в железистой ткани, а при длительном течении процесса — кистозные образования.

Материал и методы

В исследование было включено 116 пациенток с различными по степени выраженности проявлениями фиброзно-кистозной мастопатии, находящихся под наблюдением и на лечении в диагностическом центре НИИ онкологии ТЦ СО РАМН (г. Томск). Диагноз мастопатии устанавливался на основании клинического осмотра, по результатам маммографии, ультразвукового, цитологического исследований.

Все пациентки разделены на две группы в зависимости от выраженности мастопатии. Выраженная мастопатия — 62 (53,4%) пациентки, слабовыраженная — 54 (46,5%).

Продолжительность заболевания мастопатией составила: менее года — 13,8%, от 1 года до 5 лет — 55,1%, свыше 5 лет — 31%.

В профессиональном отношении 17% больных были заняты физическим трудом, их работа связана с подъемом тяжестей и переохлаждениями, 72% больных в течение дня испытывали статические и психоэмоциональные нагрузки.

У всех больных оценен неврологический статус, выполнена рентгенография шейного и грудного отделов позвоночника, по показаниям — компьютерная и магнитно-резонансная томография.

При объективном исследовании выявлено следующее. Со стороны черепных нервов без патологии. Перкуссия и пальпация позвоночного столба болезненны у 76 (65,5%) пациенток, напряжение мышц плечевого пояса у 31 (26,7%) пациентки, ограничение движений в плечевых суставах у 4 (3,4%) женщин, ограничение движений в шейном отделе позвоночника у 4 (3,4%) женщин.

У всех пациенток проведено рентгенологическое исследование шейного (ШОП) и грудного отдела позвоночника (ГОП). Данные представлены на рис. 1 и 2.

Вместе с тем неврологические проявления имели место только у 44 (37,9%) женщин. Определялся мышечно-тонический синдром, преимущественно в шейном отделе позвоночника — у 27 (23,2%) человек, синдром позвоночной артерии — у 5 (4,3%), синдром плечелопаточного периартроза — у 8 (6,8%), корешковый синдром С4—С6 у 4 (3,4%). Тотальный остеохондроз позвоночника выявлен у 10 (8,7%) человек. Наряду с остеохондрозом позвоночника 8,6% больных имели сопутствующую соматическую патологию. Среди сопутствующих заболеваний наиболее часто встречались заболевания щитовидной железы, гипертоническая болезнь.

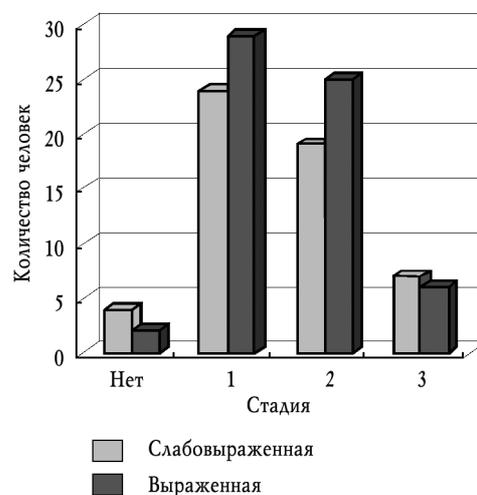


Рис. 1. Распределение стадий остеохондроза (ГОП) в зависимости от степени выраженности мастопатии

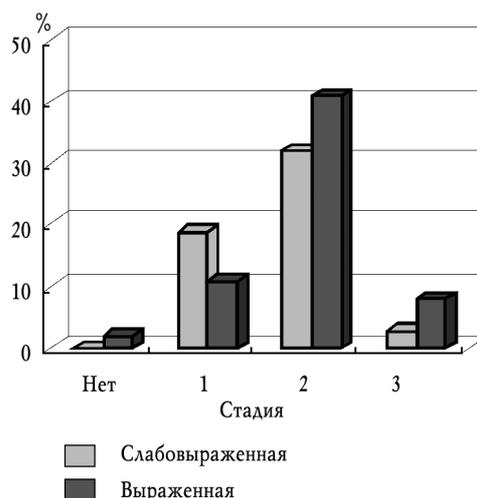


Рис. 2. Распределение стадий остеохондроза (ШОП) в зависимости от степени выраженности мастопатии

Результаты и обсуждения

У 110 (94,8%) пациенток установлены рентгенологические изменения в грудном отделе позвоночника. У женщин с выраженной мастопатией превалировала 1—2-я стадия, так же, как и у женщин со слабовыраженной мастопатией. У 6 (5,1%) пациенток не выявлено изменений при рентгенологическом исследовании.

Анализ взаимосвязи (по критерию χ^2) выраженности мастопатии и рентгенологической стадии остеохондроза позволил сделать вывод об отсутствии взаимосвязи при грудном остеохондрозе.

У 114 (98,2%) пациенток выявлены рентгенологические изменения в шейном отделе позвоночника. Преобладала 2-я стадия остеохондроза у пациенток с выраженной и слабо-выраженной мастопатией (соответственно 35,3 и 27,5%).

Анализ взаимосвязи (по критерию χ^2) выраженности мастопатии и рентгенологической стадии остеохондроза позволил сделать вывод, о наличии взаимосвязи при остеохондрозе шейного отдела позвоночника ($p < 0,05$).

Вместе с тем проявления остеохондроза позвоночника следует считать коморбидными по отношению к мастопатии.

Литература

1. Орлов О.А. Клинические результаты специализированных маммологических профилактических осмотров организованного женского населения // Вопросы онкологии. 2002. № 3. Т. 48.

Актуальные вопросы неврологии, г. Томск, 4—5 июня 2008 г.

2. Сидоренко Л.Н. Мастопатия. Л.: Медицина, 1979.
3. Горюшина О.Г. Новое в тактике ведения больных диффузной мастопатией: определение, классификация, диагностика и лечение // Воен.-мед. журн. 2004. Т. 4. С. 57—61.
4. Горюшина О.Г. Современные взгляды на мастопатию / Вестн. новых мед. технологий. 2002. Т. 9. № 4. С. 22—24.
5. Коган И.Ю., Полянин А.А., Мясникова М.О. и др. Мастопатия (фиброзно-кистозная болезнь): диагностические подходы // Журн. акушерства и женских болезней. 2004. № 2.
6. Серов В.Н., Тагиева Т.Г. Диагностика заболеваний молочных желез // Гинекология. 1999. Т. 1. № 1. С. 6—9.
7. Макаренко Н.П., Корженкова Г.П. Фиброзно-кистозная болезнь // Актуал. вопр. клинич. онкологии. 2004. Т. 6. № 1.
8. Попелянский Ю.А. Хордопатия и остеохондроз // Вертебро-неврология. 1994. № 2. С. 64—66.
9. Шмидт И.Р. Остеохондроз позвоночника: этиология и профилактика. Новосибирск, 1992.
10. Хабиров Ф.А. Руководство по клинической неврологии позвоночника. Казань: Медицина, 2006. 520 с.