

КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ И НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА В ОБЛАСТИ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА И ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА

**Якубова Мархамат Миракрамовна,
Мамаджанова Файруза Аваз кизи.**

**Кафедра неврологии и медицинской психологии Ташкентского
государственного медицинского
университета, Республика Узбекистан**

Аннотация. Болевой синдром в области шейного отдела позвоночника и плечевого пояса является одной из наиболее частых причин обращения пациентов к неврологу и ортопеду. Данная патология сопровождается ограничением движений, иррадиацией боли в верхние конечности и снижением качества жизни пациентов. В последние годы наблюдается рост распространенности дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника и патологии плечевого сустава, что обуславливает необходимость комплексного клиничко-инструментального исследования данной категории больных. Целью настоящего исследования явилось изучение клиничко-неврологических и нейровизуализационных особенностей болевого синдрома в области шейного отдела позвоночника и плечевого сустава. В исследование были включены пациенты с различными формами болевого синдрома, которым проводилось клиничко-неврологическое и инструментальное обследование, включая магнитно-резонансную томографию. Результаты исследования показали, что болевой синдром в данной области имеет сложный патогенез и может быть обусловлен как дегенеративными изменениями позвоночника, так и патологией мягких тканей плечевого сустава. Комплексный анализ клиничко-неврологических симптомов

и данных нейровизуализации позволяет повысить точность диагностики и оптимизировать тактику лечения.

Ключевые слова: болевой синдром, шейный отдел позвоночника, плечевой сустав, неврология, магнитно-резонансная томография, дегенеративные изменения.

Введение. По данным эпидемиологических исследований, болевой синдром в области шеи и плечевого пояса относится к числу наиболее распространённых причин временной утраты трудоспособности и снижения качества жизни населения. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, до 30–50% взрослого населения хотя бы один раз в жизни испытывает боли в области шеи или плечевого пояса [1].

Многие исследователи отмечают, что одной из ведущих причин развития данного синдрома являются дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника, которые приводят к поражению нервных корешков и развитию вертеброгенного болевого синдрома [2]. В ряде работ подчёркивается, что патологические изменения шейного отдела позвоночника нередко сопровождаются иррадиацией боли в область плеча и верхней конечности, что значительно усложняет дифференциальную диагностику [3].

Согласно исследованиям Gumina и соавт., у значительной части пациентов с болевым синдромом плечевого сустава выявляются сопутствующие изменения шейного отдела позвоночника, что свидетельствует о тесной анатомо-функциональной взаимосвязи этих структур [4].

Многие современные авторы также указывают на важную роль нейровизуализационных методов диагностики, в частности магнитно-резонансной томографии (МРТ), которая позволяет выявлять дегенеративные изменения межпозвонковых дисков, протрузии, грыжи и патологию мягких тканей плечевого сустава [5].

Несмотря на значительное количество исследований, посвящённых данной проблеме, вопросы дифференциальной диагностики болевого синдрома в области шеи и плечевого сустава остаются актуальными, поскольку клинические проявления различных заболеваний нередко имеют сходную симптоматику.

Цель исследования

Изучить клинико-неврологические и нейровизуализационные особенности болевого синдрома в области шейного отдела позвоночника и плечевого сустава у пациентов неврологического профиля.

Материалы и методы исследования

В исследование были включены **86 пациентов** с болевым синдромом в области шеи и плечевого пояса, находившихся на обследовании и лечении в неврологическом отделении клиники. Контрольную группу составили **20 практически здоровых лиц**, не предъявляющих жалоб со стороны опорно-двигательного аппарата.

Возраст пациентов варьировал от **25 до 65 лет**, средний возраст составил **44,3 ± 11,2 года**.

Все обследованные пациенты были распределены на три клинические группы:

1 группа – пациенты с преимущественным поражением шейного отдела позвоночника (n=32)

2 группа – пациенты с преимущественным поражением плечевого сустава (n=28)

3 группа – пациенты с сочетанным поражением шейного отдела позвоночника и плечевого сустава (n=26)

В исследовании применялись следующие методы исследования: клиническое обследование, неврологический осмотр, лабораторные исследования (общий и биохимический анализ крови), инструментальные методы диагностики, включая магнитно-резонансную томографию шейного

отдела позвоночника и плечевого сустава, а также оценка интенсивности болевого синдрома с использованием визуально-аналоговой шкалы боли (ВАШ).

Полученные данные подвергались статистической обработке с использованием методов описательной статистики.

Результаты исследования. Анализ клинических жалоб пациентов показал, что основными симптомами являлись боль в области шеи, боль в плечевом суставе, ограничение движений и иррадиация боли в верхнюю конечность.

Таблица 1

Частота основных жалоб у пациентов исследуемых групп

Жалобы	Поражение ШОП (n=32)	Поражение плечевого сустава (n=28)	Сочетанно поражение (n=26)
Боль в области шеи	29 (90,6%)	8 (28,6%)	21 (80,7%)
Боль в плечевом суставе	14 (43,7%)	28 (100%)	22 (84,6%)
Иррадиация боли в руку	23 (71,8%)	5 (17,8%)	17 (65,3%)
Ограничение движений	18 (56,2%)	23 (82,1%)	21 (80,7%)

Анализ таблицы показывает, что у пациентов с поражением шейного отдела позвоночника чаще наблюдалась иррадиация боли в верхнюю конечность, тогда как при поражении плечевого сустава преобладало ограничение движений.

Таблица 2

Характер течения заболевания

Течение заболевания	ШОП	Плечевой сустав	Сочетанное	Все
	П	ой сустав	ное	го

Острое	10	13	9	32
Хроническое	22	15	17	54

Из таблицы видно, что хроническое течение заболевания наблюдалось у большинства пациентов.

Таблица 3

Результаты МРТ у пациентов

Изменения	ШОП	Плечо	Сочетанное
Дегенеративные изменения	26	9	20
Протрузии дисков	18	6	17
Грыжи дисков	11	2	9
Патология ротаторной манжеты	5	19	15
Бурсит / тендинит	3	17	14

Результаты МРТ показали, что дегенеративные изменения позвоночника чаще выявлялись у пациентов первой группы, тогда как патология мягких тканей плечевого сустава преобладала во второй группе.

Обсуждение

Полученные результаты согласуются с данными других исследователей, которые отмечают, что болевой синдром в области плечевого пояса часто связан с дегенеративными изменениями шейного отдела позвоночника [3].

Однако структурные изменения позвоночника не всегда полностью коррелируют с интенсивностью боли, что подтверждают результаты других исследований [5].

В ходе исследования было установлено, что сочетанное поражение шейного отдела позвоночника и плечевого сустава встречается достаточно часто, что требует комплексного клинико-инструментального подхода к диагностике.

Практическое значение полученных результатов заключается в том, что ранняя дифференциальная диагностика позволяет повысить эффективность лечения и сократить сроки временной нетрудоспособности пациентов.

С социальной и экономической точки зрения данная проблема также имеет большое значение, поскольку хронический болевой синдром приводит к снижению трудоспособности, увеличению расходов на медицинское обслуживание и ухудшению качества жизни пациентов.

Выводы

Проведённое исследование показало, что болевой синдром в области шейного отдела позвоночника и плечевого сустава имеет многофакторную природу и требует комплексного клиничко-инструментального обследования. Наиболее частыми клиническими проявлениями являются боль, иррадиация в верхнюю конечность и ограничение движений. Использование магнитно-резонансной томографии позволяет выявлять структурные изменения позвоночника и плечевого сустава, однако степень этих изменений не всегда соответствует интенсивности болевого синдрома. Полученные результаты подтверждают необходимость комплексного подхода к диагностике и лечению пациентов с данной патологией.

Список литературы

1. Якубова М. М. и др. Клиничко-неврологическая характеристика пациентов с болевым синдромом в области плечевого пояса и шейного отдела позвоночника //journal of new century innovations. – 2026. – Т. 95. – №. 1. – С. 16-21.
2. Côté P., van der Velde G., Cassidy J.D., Carroll L.J., Hogg-Johnson S., Holm L.W. The burden and determinants of neck pain in the general population. Spine. 2008. Vol.33. P.39–51.
3. Binder A.I. Cervical spondylosis and neck pain. British Medical Journal. 2007. Vol.334. P.527–531.

4. Modic M.T., Ross J.S. Lumbar degenerative disk disease. Radiology. 2007. Vol.245. P.43–61.
5. Ахророва Ш. Б. Prevalence and neurological features of diabetic polyneuropathy in type 1 diabetes //журнал неврологии и нейрохирургических исследований. – 2021. – Т. 2. – №. 2.
6. Gumina S., Carbone S., Postacchini R., Postacchini F. Shoulder pain and cervical spine disorders: a clinical and radiographic study. Journal of Orthopaedics and Traumatology. 2013. Vol.14. P.1–6.
7. Yi J.S. Imaging of herniated discs of the cervical spine. Korean Journal of Radiology. 2010. Vol.11. P.557–566.
8. Akhrorova S. B. Specific changes in the nervous system in patients with post-COVID syndrome //Bulletin of Kazakh National Medical University,(4). – 2021. – Т. 354. – С. 358.
9. Ахророва Ш. Б., Нуруллаев Н. Н. Особенности вегетативной дисфункции при постковидном синдроме //Вестник Совета молодых учёных и специалистов Челябинской области. – 2021. – Т. 1. – №. 1. – С. 10-13.
10. Якубова М. Нейровизуализационные особенности когнитивных нарушений при сахарном диабете 2 типа. – 2022.