

ШЕЙНЫЕ ДОРСАЛГИИ И ИХ КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ

Маджидова Е. Н.

Ходжаева З. А.

Иноятова С. О.

Хусенова Н. Т.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность проблемы

Дорсалгия — набор симптомов, которые объединяет различной интенсивности жалаящая или жгучая боль в районе спины. Различают несколько видов дорсалгий: шейного отдела, грудного отдела и крестцового отдела. Причинами, вызывающими боль в спине, является множество различных заболеваний вертебрального или невертебрального характера. В данной статье рассмотрены шейные дорсалгии и их клиничко – неврологическое течение

Ключевые слова: Дорсалгия, болевой синдром, невростатус, шейный отдел, цервикалгия.

Дорсалгия это группа нарушений, характеризующихся мягкой, умеренной или интенсивной болью, которая появляется в мышечных нервах или суставах, расположенных в спинной области.

Боль может быть постоянной или прерывающейся, локализованной на каком-то участке или рассеянной по широкой области. Она может быть жалаящей или жгучей. Если боль связана с шейным отделом, она может переходить в интенсивную боль, сопровождающуюся ощущением немоты.

Клинически симптомы дорсалгии варьируются от пациента к пациенту в зависимости от причины болезни. Однако можно выделить несколько общих наблюдаемых симптомов: жалаящая или жгучая боль, трудности в принятии какого-либо положения, трудности в сгибании верхней части туловища, интенсивная боль в случае защемления нерва, трудности в перемещении без опоры и т. д.

Боль в спине или шее (дорсалгия) переживают в течение жизни подавляющее большинство населения планеты, дорсалгия находится на втором месте по распространенности, уступая лишь простудным заболеваниям.

Цель исследования: определить клиничко-неврологические особенности шейных дорсалгий у взрослых пациентов.

Материал и методы. Нами обследованы 214 человек с шейными дорсалгиями (ШД) – 86 (40,2%) мужчин (22-60 лет средний возраст – $37,9 \pm 5,4$ лет) и 128 (59,8%) женщин в возрасте от 21 до 55 лет (в среднем $41,1 \pm 6,1$ лет).

Все пациенты были зрелого возраста, на который приходится пик личной, социальной и профессиональной работоспособности. Нами проведен комплексный клиничко-неврологический осмотр, применены исследовательские шкалы: визуально-аналоговая шкала боли (ВАШ), индекс мышечного синдрома (ИМС). Применяли и радиологические методы исследования – КТ и МРТ.

Результаты исследования. При обращении боль в покое по ВАШ среднем составляла $4,3 \pm 0,3$ балла, т.е. была умеренной интенсивности, а после физической нагрузки у 164 (76,64%) пациентов интенсивность возрастала до $6,2 \pm 0,4$ баллов – становилась выраженной, постепенно снижаясь в покое. Боль была умеренной у 111 (57,87%) больных, выраженной – у 87 (40,65%) пациентов, резко выраженной – у 11 (5,14%) пациентов. Слабейшая средняя боль составляла $3,0 \pm 0,4$ балла, а сильнейшая – $7,8 \pm 0,7$ балла.

Напряжение мышц шеи ограничивало движения в шейном отделе позвоночника, что приводило у всех больных к наклону линии плеч, у четверти – к асимметрии плеч, у 43 (20,09%) больных I группы – к кифозу шейного отдела, а у 51 (23,83%) больных этой группы – к функциональному кифозу шейного отдела без структурных изменений на КТ и/или МРТ.

Констатация наличия или отсутствия активного воспалительного компонента ШД позволяло нам принимать решение о тактике терапии и ее компонентности. Уровень активного воспаления пациентов позволил нам выделить часть пациентов с явным признаком воспалительного генеза обострения ШД – 52 (24,3%) пациента (СОЭ – $26,2 \pm 3,8$ мм/ч, лейкоциты – $10,3 \pm 1,7 \cdot 10^9$ /л, СРБ – $11,4 \pm 2,6$ мг/л). У остальных 162 (75,7%) уровни маркеров воспаления колебались в пределах допустимых норм. Соотношения воспалительных и не воспалительных ШД составили 1:3,12, то есть более $\frac{3}{4}$ пациентов с ШД имеют не воспалительный генез обострений.

Рентгеноморфологические признаки компенсаторной гипермобильности позвонков существенно зависят от продолжительности болезни. Рефлекторная миофиксация в позвоночно-дисковом сегменте (ПДС) отмечена у всех (100%) наблюдавшихся больных с нейропатическими болями с длительностью заболевания от 3 лет. А у всех пациентов с ноцицептивными болями после 7 лет развивается внутридисковая дистрофия. На КТ и МРТ у 47 (21,96%) больных констатировали уменьшение высоты межпозвоночных поясничных дисков I-II стадий и у 21 (9,81%) больных спондилоартроз III стадии.

Заключение. При обследовании пациентов с ШД нами выявлены дистрофически-дегенеративные процессы и другие патологии шейного отдела позвоночника у 36,92%

пациентов с болью в области шеи, у остальных 63,08% боли не имели отношение к патологии позвоночника и являлись миофасциальными, воспалительный генез болей отметили у 26,17% пациентов и функциональные миофасциальные боли – у 73,83%. Соотношения воспалительных и не воспалительных ШД составили 1:3,12, то есть более ¾ пациентов с ШД имеют не воспалительный генез обострений и не нуждаются в назначении курса НПВС.

Список литературы

1. Зокиров М.М. & Касимова, С. А., & Рустамова, И. К. (2019). Нейропсихологическое исследование пациентов с длительной посттравматической эпилепсией. Молодой ученый, (4), 116-118.
2. Sarvinoz, T., & Muzaffar, Z. (2022). Rehabilitation aspects of water therapy in modern medicine. Uzbek Scholar Journal, 6, 102-106.
3. Sarvinoz, T., & Muzaffar, Z. (2022). Rehabilitation for childhood cerebral palsy. Uzbek Scholar Journal, 6, 97-101.
4. Sarvinoz, T., & Muzaffar, Z. (2022). Rehabilitation for childhood cerebral palsy. Uzbek Scholar Journal, 6, 97-101.
5. Nabievna, M. Y., & Muzaffar, Z. (2022). Literatural review of the relevance of the problem of neurosaisds. Modern Journal of Social Sciences and Humanities, 4, 558-561.
6. Nabievna, M. Y., & Muzaffar, Z. (2022). Modern View on the Pathogenesis of Hiv Encephalopathy. Spanish Journal of Innovation and Integrity, 6, 478-481.
7. Muzaffar, Z., & Okilbeck, M. (2022). Dementia and arterial hypertension. Modern Journal of Social Sciences and Humanities, 4, 19-23.
8. Muzaffar, Z., & jonov Okilbek, M. (2022). Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Combination with Cardiovascular Diseases. European Multidisciplinary Journal of Modern Science, 6, 150-155.
9. Зокиров, М., & Мухаммаджонов, О. (2022). Особенности развития тревожных и депрессивных расстройств при заболеваниях, сопровождающихся хроническим болевым синдромом. Barqarorlik va yetakchi tadqiqotlar onlayn ilmiy jurnali, 841-844.
10. Зокиров, М., & Мухаммаджонов, О. (2022). Вич энцефалопатия и его патогенетические аспекты. Barqarorlik va yetakchi tadqiqotlar onlayn ilmiy jurnali, 855-858.
11. Muzaffar, Z. (2022). HIV Encephalopathy and its Pathogenetic Aspects. European Multidisciplinary Journal of Modern Science, 4, 843-846.
12. Зокиров, М. М., Рустамова, И. К., Касимова, С. А., & Кучкарова, О. Б. (2019). Жарохатдан кейинги талвасада кечки нейровизуализацион ўзгаришлар. In Современная медицина: новые подходы и актуальные исследования (pp. 56-60).