

КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ЦЕРВИКО-БРАХИАЛЬНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Исаметдинова У.З.

Гайбиев А.А.

**Самаркандский государственный медицинский университет,
Самарканд, Узбекистан**

<https://doi.org/10.5281/zenodo.20930976>

Актуальность. Хронический цервико-брахиальный болевой синдром (ЦББС) является одной из наиболее распространённых причин снижения трудоспособности среди лиц, занятых в условиях профессиональных вредностей. Длительное статическое напряжение, повторяющиеся движения и вынужденное положение тела способствуют развитию дегенеративно-дистрофических, миофасциальных и нейропатических изменений в области шеи и плечевого пояса.

Ключевые слова: хроническая боль, цервико-брахиальный синдром, профессиональная патология, нейропатическая боль, электронейромиография, качество жизни.

Цель исследования. Изучить клинико-неврологические особенности хронического цервико-брахиального болевого синдрома у пациентов с профессиональной патологией и оптимизировать подходы к диагностике и лечению.

Материалы и методы. Обследовано 120 пациентов трудоспособного возраста с хроническим болевым синдромом шейно-плечевой области, сформировавшимся на фоне профессиональных нагрузок. Проводились клинико-неврологическое обследование, оценка интенсивности боли по ВАШ, определение нейропатического компонента по шкале DN4, функционального дефицита по NDI, QuickDASH и SPADI. Использовались инструментальные методы исследования: рентгенография шейного отдела позвоночника, ультразвуковое исследование плечевого сустава и электронейромиография.

Результаты. Выделены четыре клинико-неврологических фенотипа хронического ЦББС: нейропатический, плечевой периартикулярный, вертеброгенно-миофасциальный и смешанный. У швей преобладал вертеброгенно-миофасциальный вариант (40,0%), у маляров — плечевой периартикулярный (37,8%), у стоматологов — смешанный вариант (35,6%). Установлена связь между характером профессиональной нагрузки и особенностями клинических проявлений заболевания. Комплексное использование клинических шкал и инструментальных методов позволило повысить точность диагностики и дифференцировать ведущий генератор боли.

Выводы. Хронический цервико-брахиальный болевой синдром у работников с профессиональной патологией характеризуется клинической и патогенетической неоднородностью. Фенотипический подход к диагностике

способствует более точному определению механизмов формирования боли и позволяет повысить эффективность лечебно-профилактических мероприятий.

Adabiyotlar, References, Литературы:

1. Аль-Мухаммад К. А. (2022). Методы физиотерапии при миофасциальном болевом синдроме. Журнал реабилитационной медицины, 29(1), 25–30.
2. Коэс Б. В., ван Тулдер М. В., Томас С. (2006). Диагностика и лечение боли в поясничном отделе позвоночника и шейного болевого синдрома. BMJ, 332(7555), 1430–1434.
3. Петрушин А. А. (2021). Применение ультразвуковой терапии и комплексной реабилитации. Физиотерапия и курортное лечение, 8(3), 40–43.
4. Гросс А. Р. и соавт. (2015). Манипуляции и мобилизация при механических нарушениях шейного отдела позвоночника: Кокрейновский обзор. Spine, 40(3), 133–145.
5. Бойцов С. А. (2018). Электротерапия в реабилитационном лечении неврологических больных. Практическая неврология, 9(6), 50–55.
6. Вернон Х., Мейджор С. (1991). Индекс нарушения функций шеи (Neck Disability Index): исследование надежности и валидности. Journal of Manipulative and Physiological Therapy, 14(7), 409–415.
7. Бутов Н. А. (2022). Цервикалгия и цервикобрахиалгия: дифференцированный подход к терапии. Неврологический журнал, 54(1), 90–95.
8. Бронфорт Г., Хаас М., Эванс Р. Л. и соавт. (2012). Неинвазивные методы лечения острой и хронической боли в шее. Journal of Spine, 12(10), 811–819.