

## КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ В ОБЛАСТИ ПЛЕЧЕВОГО ПОЯСА И ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

*Якубова Мархамат Миракратовна,  
Мамаджанова Файруза Аваз кизи.*

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

**Аннотация.** Представлен клинико-статистический анализ пациентов с болевым синдромом плечевого пояса и шейного отдела позвоночника, наблюдаемых в неврологической практике. Определено распределение пациентов по полу и возрасту, структуре диагноза, представление жалоб, клинические проявления, магнитно-резонансная томография (МРТ). Полученные результаты позволяют выявить клинические особенности поражения шейного отдела позвоночника, поражения плечевого сустава и сочетанного поражения а также необходимость комплексного неврологического и инструментального обследования данной категории пациентов.

**Ключевые слова:** неврология, болевой синдром, плечевой пояс, дорсалгия, шейный отдел позвоночника, МРТ.

**Введение.** Болевой синдром в области шеи и плечевого пояса является одной из наиболее распространённых причин временной нетрудоспособности и обращения к врачу, что подтверждается данными эпидемиологических исследований[1] Патология связана с сильными болевыми ощущениями, ограничением движений и обычно сопровождается неврологическими симптомами, включая иррадиацию боли, парестезии и головные боли. Детальное клиническое обследование требуется для дифференциальной диагностики симптомов поражения плечевого сустава и шейного отдела позвоночника [2]. В ряде исследований[3] подчёркивается тесная взаимосвязь болевого синдрома в области плеча с дегенеративными изменениями шейного отдела позвоночника.

**Цель исследования.** Изучение клинико-неврологических и нейровизуализационных особенностей болевого синдрома в области плеча и шейного отдела позвоночника.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 41 пациент с болевым синдромом в плечевом поясе и шейном отделе позвоночника. Из 41 больных 10 (24%) мужчины и 31 (76%) женщины. Возраст больных варьировал от 20 до 60 лет, средний возраст  $40 \pm 10$  лет. Больные были разделены на 3

группы: 1 – с преимущественным поражением шейного отдела позвоночника: 2- с преимущественным поражением плечевого сустава: 3 – с одновременным поражением плечевого сустава и шейного отдела позвоночника.

При исследовании применялись следующие методы: клинические, неврологические, лабораторные (общие и биохимические), нейровизуализация (магнитно-резонансная томография (МРТ) плечевого сустава и шейного отдела позвоночника). Для характеристики боли применялась шкала ВАШ (визуализационно - аналоговая шкала) Данные обрабатывались с использованием описательных статистических методов.

### **Результаты исследования.**

На основании анализа собранных жалоб, болевой синдром в области шейного отдела позвоночника и плечевого сустава был наиболее распространенным клиническим проявлением у изученных пациентов. Значительная часть пациентов испытывала сочетание болей в различных местах, что указывает на частое одновременное вовлечение шейного отдела позвоночника и плечевого сустава в патологический процесс. **Таблица 1** иллюстрирует частоту и структуру основных жалоб у пациентов в зависимости от основного места поражения. Это подчеркивает необходимость комплексной клиничко-инструментальной диагностики и лечения пациентов, предъявляющих жалобы на болевой синдром в области плечевого пояса и шейного отдела позвоночника.( см табл 1)

**Частота встречаемости жалоб у больных исследуемых групп.**

<b>Жалобы</b>	<b>Поражение шейного отдела позвоночника n=17</b>	<b>Поражение плечевого сустава n=12</b>	<b>Сочетанное поражение n=12</b>
Боль в области шеи	16 (94%)	4 (33%)	10 (83%)
Боль в плечевом суставе	8 (47%)	12 (100%)	10 (83%)
Иррадиация боли в верхнюю конечность	13 (76%)	2 (17%)	6 (50%)
Ограничение движений	10 (59%)	10 (83%)	9 (75%)
Онемение / парестезии в руке	9 (53%)	0 (0%)	4 (33%)
Интенсивность боли по шкале ВАШ	5,6 ± 1,2	7,4± 1,1	6,6 ± 1,0

Исследования клинических проявлений на основе неврологических обследований показали, что у пациентов с преимущественным поражением шейного отдела позвоночника основными жалобами являлись боль в области шеи, иррадиация боли в верхнюю конечность и неврологические симптомы, что

отражает вертеброгенный характер болевого синдрома. Во второй когорте пациентов с поражением плечевого сустава часто отмечались локальная боль в области плеча и выраженное ограничение движений и также присутствовали высокие показатели болевого синдрома по шкале ВАШ по сравнению с пациентами с других групп.

Таким образом, глубокий анализ и подробно собранные жалобы помогают дифференцировать источник болевого синдрома уже на этапе клинического обследования, до проведения инструментальных методов диагностики.

По течению заболевания больные были распределены группы с острым течением и хроническим течением. С острым болевым синдромом наблюдались 16 больных, а с хроническим 25 больных. Анализ по течению заболевания по 3-м исследуемым группам показал что хроническое течение заболевания (срок продолжительности симптомов более трех месяцев) наблюдалось у большинства пациентов с преимущественным поражением шейного отдела позвоночника, что свидетельствует о длительном, рецидивирующем течении болевого синдрома у данных пациентов. На основе собранных данных можно предположить, что объективный осмотр позволяет провести дифференциальную диагностику до выявления патологии с помощью инструментальной диагностики (см. табл.2).

**Таблица 2.**

<b>Течение заболевания</b>	<b>Поражение шейного отдела позвоночника n=17</b>	<b>Поражение плечевого сустава n=12</b>	<b>Сочетанное поражение n=12</b>	<b>Всего (n=41)</b>
Острое течение	5 (29,4%)	7 (58,3%)	4 (33,3%)	16 (39,0%)
Хроническое течение	12 (70,6%)	5 (41,7%)	8 (66,7%)	25 (61,0%)

Анализ клинических проявлений позволил выделить характерные признаки, способствующие дифференциальной диагностике между поражением шейного отдела позвоночника и поражением плечевого сустава.

Так, для преимущественного поражения шейного отдела позвоночника были типичны иррадиация боли в верхнюю конечность и выраженный мышечно-тонический синдром, тогда как при поражении плечевого сустава ведущим симптомом являлось ограничение движений в плечевом суставе, особенно пассивных.

В группе сочетанного поражения клиническая картина носила смешанный характер, что подчёркивает необходимость комплексного клинико-инструментального подхода к диагностике данной категории пациентов.(см табл. 3)

Таблица 3.

**Частота встречаемости клинико-неврологических проявлений в зависимости от исследуемых групп**

Клинические проявления	Поражение шейного отдела позвоночника n=17	Поражение плечевого сустава n=12	Сочетанное поражение n=12
Локализация боли	Шея, плечо	Плечевой сустав	Шея + плечо
Иррадиация боли в верхнюю конечность	13 (76%)	2 (17%)	9 (75%)
Мышечно-тонический синдром	14 (82%)	5 (42%)	10 (83%)
Ограничение активных движений	8 (47%)	10 (83%)	11 (92%)
Ограничение пассивных движений	3 (18%)	9 (75%)	8 (67%)
Усиление боли при движениях в ШОП	15 (88%)	2 (17%)	11 (92%)
Усиление боли при движениях в плечевом суставе	5 (29%)	11 (92%)	10 (83%)

Магнитно-резонансная томография является одним из наиболее информативных методов диагностики дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника,[3] и так как были проведено немало исследований,[4] которые доказали, что боль в области плеча ассоциируется с изменениями на МРТ шейного отдела позвоночника. По результатам магнитно-резонансной томографии у пациентов с первичными поражениями шейного отдела позвоночника (n=17) чаще всего выявлялись дегенеративно-дистрофические изменения в этом отделе — у 14 (82,4%) из обследованных. Протрузии межпозвоночных дисков были обнаружены у 10 (58,8%) пациентов, а грыжи межпозвоночных дисков у 6 (35,3%). Признаки спондилоартрита наблюдались у 7 (41,2%) пациентов, а стеноз позвоночного канала у 3 (17,6%). Патологические изменения в ротаторной манжете плеча диагностировались реже и были обнаружены у 3 (17,6%) пациентов. В исследуемой группе пациентов с первичными поражениями плечевого сустава (n=12) чаще всего наблюдались патологии мягких тканей плеча: у 9 пациентов (75,0%) были выявлены поражения ротаторной манжеты, а у 8 (66,7%) — признаки субакромиального бурсита и тендинита. Дегенеративно-дистрофические изменения в шейном отделе позвоночника встречались значительно реже в этой группе и были диагностированы только у 4 пациентов (33,3%), при этом грыжи

межпозвоночных дисков были обнаружены только у 1 пациента (8,3%). У пациентов с комбинированными поражениями шейного отдела позвоночника и плечевого сустава (n=12) результаты МРТ показали смешанную картину. Дегенеративно-дистрофические изменения в шейном отделе позвоночника были обнаружены у 10 (83,3%) пациентов, протрузии межпозвоночных дисков наблюдались у 8 (66,7%), а грыжи у 5 (41,7%). В то же время у большинства пациентов этой группы были патологии плечевого сустава: повреждения ротаторной манжеты у 8 (66,7%), субакромиальный бурсит или тендинит у 7 (58,3%) пациентов. (см. табл. 4)

**Таблица 4.**

Распределение больных в зависимости от показателей МРТ

<b>МРТ-изменения</b>	<b>Поражение шейного отдела позвоночника n=17 (%)</b>	<b>Поражение плечевого сустава n=12(%)</b>	<b>Сочетанное поражение n=12(%)</b>
Дегенеративно-дистрофические изменения ШОП	14 (82,4%)	4 (33,3%)	10 (83,3%)
Протрузии межпозвоночных дисков	10 (58,8%)	3 (25,0%)	8 (66,7%)
Грыжи межпозвоночных дисков	6 (35,3%)	1 (8,3%)	5 (41,7%)
Спондилоартроз	7 (41,2%)	2 (16,7%)	6 (50,0%)
Стеноз позвоночного канала	3 (17,6%)	0 (0%)	2 (16,7%)
Изменения ротаторной манжеты плеча	3 (17,6%)	9 (75,0%)	8 (66,7%)
Субакромиальный бурсит / тендинит	2 (11,8%)	8 (66,7%)	7 (58,3%)
Отсутствие клинически значимых изменений	1 (5,9%)	2 (16,7%)	0 (0%)

**Обсуждение.** Используя интенсивность болевого синдрома по шкале ВАШ, данные магнитно-резонансной томографии показали, что структурные изменения не всегда идеально коррелируют с субъективным восприятием боли. Например, у пациентов с преимущественным поражением плечевого сустава было обнаружено более высокое значение по шкале ВАШ, несмотря на относительно меньшие дегенеративные изменения в шейном отделе позвоночника, что, вероятно, является прямым следствием наличия околосуставных мягких тканей и выраженной боли при движении. Между тем, у пациентов с поражением шейного отдела позвоночника болевой синдром чаще был умеренным, несмотря на значительные дегенеративно-дистрофические

изменения, выявленные на МРТ, что указывает на хроническое течение заболевания и адаптации к болевому синдрому. В случаях сочетанного поражения шейного отдела позвоночника и плечевого сустава интенсивность боли по шкале ВАШ была промежуточной и была связана с комбинированными структурными изменениями, это подчеркивает необходимость более комплексной оценки клинических, болевых и инструментальных данных при проведении дифференциальной диагностики.

**Выводы.** Клиническо-инструментальный анализ пациентов с болевым синдромом в области плечевого пояса и шейного отдела позвоночника показал, что сходство в клинических жалобах не всегда отражает одинаковую природу болевого синдрома. Дифференциация характеристики боли, клинико-неврологические проявления, данные МРТ помогли обосновать деление пациентов на три клинические группы: с преобладанием поражения шейного отдела позвоночника, поражения плечевого сустава и сочетанного поражения. Клиническое обследование вместе с оценкой боли, общей интенсивности болевого синдрома по шкале ВАШ имеет значение для дифференциальной диагностики этих расстройств и помогает выявлять основную причину боли во время клинического обследования, даже до применения инструментальных методик. Клинические различия между группами могут быть подтверждены магнитно-резонансной томографией, но структурные изменения не всегда коррелируют с интенсивностью болевого синдрома, что подчеркивает необходимость комплексного клиническо-инструментального подхода к диагностике и лечению пациентов с болевым синдромом в области плечевого пояса и шейного отдела позвоночника.

#### Список литературы

1. Côté P., van der Velde G., Cassidy J.D. et al. The burden and determinants of neck pain in the general population. *Spine*, 2008; 33(4): S39–S51.
2. Gumina S., Carbone S., Postacchini R. et al. Shoulder pain and cervical spine disorders: a clinical and radiographic study. *Journal of Orthopaedics and Traumatology*, 2013; 14(1): 1–6.
3. Modic M.T., Ross J.S. Lumbar degenerative disk disease. *Radiology*, 2007; 245(1): 43–61. (Используется для обоснования роли МРТ при дегенеративных изменениях позвоночника)
4. Clinical evaluation versus magnetic resonance imaging in cervical radiculopathy — обзор/рекомендации.
5. Yi JS. Imaging of herniated discs of the cervical spine. *Korean J Radiol.* (обзор МРТ при шейной грыже).
6. Zhao W. An MRI Study of Symptomatic Adhesive Capsulitis. *PLOS One* 2012 (утолщение CHL и капсулы).