

А.А. Гордейчук
**ШЕЙНО-ЧЕРЕПНОЙ СИНДРОМ КАК ФАКТОР НАРУШЕНИЯ
ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ПОЯВЛЕНИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ
РАССТРОЙСТВ**

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. А.Г. Байда
Кафедра нервных и нейрохирургических болезней
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск
МНПЦ хирургии, трансплантологии и гематологии, г. Минск

A.A. Gordeychuk
**CERVICOCRANIAL SYNDROME AS A FACTOR OF LIFE DISRUPTION
AND APPEARANCE OF PSYCHOEMOTIONAL DISORDERS**

Tutor: associate professor A.G. Baida
Department of Nervous and Neurosurgical Diseases
Belarusian State Medical University, Minsk
MSPC of Surgery, Transplantology and Hematology, Minsk

Резюме. При оценке нарушения жизнедеятельности и степени психоэмоциональных расстройств у пациентов с шейно-черепным синдромом в данной выборке были выявлены нарушения сна в 80 % случаев, индекс влияния головной боли на повседневную жизнь в 44 % случаев составил средневысокое влияние. Наибольшее место в структуре астении заняли компоненты общей и физической астении.

Ключевые слова: шейно-черепной синдром, астения, головная боль.

Resume. During assessing disability and the degree of psycho-emotional disorders in patients with cervicocranial syndrome, the following patterns were identified. In this sample, patients had sleep disturbances in 80% of cases, the index of the impact of headaches on daily life in 44% of cases was a medium-high impact. The components of general and physical asthenia occupied the largest place in the structure of asthenia.

Keywords: cervicocranial syndrome, asthenia, headache.

Актуальность. Боль в шее в течение года беспокоит от 10,4 до 21,3% населения [4]. Шейно-черепной синдром встречается, по разным данным, у 70% взрослого населения [3, 5]. Во всех возрастных группах с болью в шее к врачам обращаются чаще женщины, чем мужчины [1]. При этом пик распространенности боли в шее приходится на 45 – 49 лет среди мужчин (около 9 человек на 100 000 населения), а среди женщин на 45 – 54 года (около 13 человек на 100 000 населения) [1]. Более высокая распространенность боли в шее наблюдается в высокоразвитых странах, а также среди жителей городов по сравнению с жителями сельской местности [1, 2]. При отсутствии лечения симптомы могут сохраняться в течение многих лет и даже прогрессировать, что влияет не только на трудоспособность людей (до 11,5% случаев боль в шее становится причиной нетрудоспособности [5]), а также на повседневную активность и их качество жизни.

Цель: оценка степени нарушения жизнедеятельности и психоэмоциональных расстройств у пациентов с шейно-черепным синдромом.

Задачи:

1. Провести анализ жалоб и неврологических синдромов у пациентов с шейно-черепным синдромом.
2. Изучить наличие и степень выраженности коморбидных расстройств по результатам шкал и опросников в группе исследования.
3. Оценить степень нарушения жизнедеятельности у пациентов с шейно-черепным синдромом.

Материалы и методы. Проведен неврологический смотр, анкетирование и анализ историй болезни 25 пациентов с шейно-черепным синдромом, которые проходили лечение на базе неврологических отделений ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии». Исследовательская работа осуществлялась с соблюдением Закона Республики Беларусь № 99-3 «О защите персональных данных» от 7 мая 2021 г. и Постановления МЗ РБ №74 «О формах и порядке дачи и отзыва согласия на внесение и обработку персональных данных пациента» от 7 июня 2021 г.

Коморбидные расстройства оценивались с помощью шкал и опросников: Питтсбургского опросника для определения качества сна (PSQI), индекса влияния головной боли (Индекс НИТ-6), субъективной шкалы оценки астении (MFI-20), индекса ограничения жизнедеятельности из-за боли в шее (NDI). Статистическая обработка результатов проводилась при помощи программ Microsoft Excel и Statistica 10.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст участников в группе исследования составил $58,24 \pm 9,07$ лет (20% пациентов – мужчины, а 80% – женщины); статистически значимой разницы в среднем возрасте мужчин и женщин выявлено не было, $p=0,817$.

Интенсивность болевого синдрома в шейном отделе позвоночника и затылочной области на момент обращения в стационар в данной выборке составила от 6 до 8 баллов по вербальной числовой рейтинговой шкале.

Помимо боли в шее и головной боли пациенты также жаловались на: иррадиацию боли в одну или обе руки (52%), онемение руки или пальцев кисти (28%), головокружение (16%), шум в голове (12%), ограничение функции руки (8%), звон в голове (4%), повышенную тревожность (4%), тремор рук (4%).

В исследуемой группе у 80% пациентов выявлено плохое качество сна (более 5 баллов по Питтсбургскому опроснику). Среднее значение качества сна составило $9,86 \pm 3,44$ (рис.1).

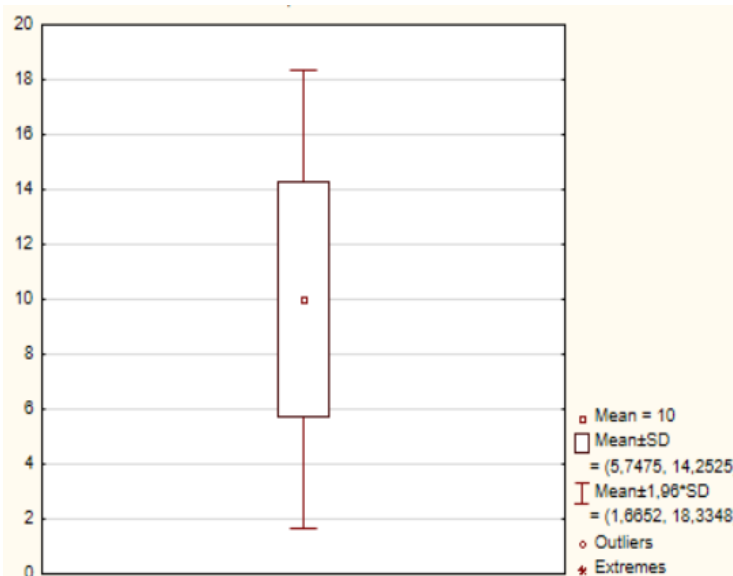


Рис. 1 – Среднее значение качества сна в группе исследования (n= 25) по Питтсбургскому опроснику

Индекс НИТ-6 составил в среднем $51,8 \pm 8,49$ баллов (рис.2), при этом малое влияние головной боли на повседневную жизнь отмечено у 44% пациентов в группе, у 24% высокое, 20% среднее и у 12% легкое.

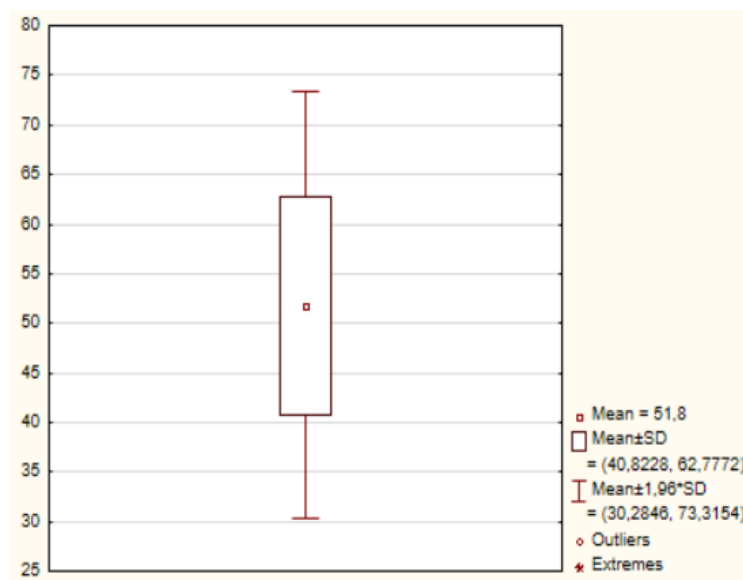


Рис. 2 – Среднее значение Индекса влияния головной боли (НИТ-6) на повседневную активность в группе исследования (n=25)

Среднее значение по шкале астении MFI-20 в исследуемой группе составило $49,52 \pm 15,27$ (рис.3). У 68% пациентов был диагностирован астенический синдром, наибольшее место в его структуре заняли компоненты общей и физической астении.

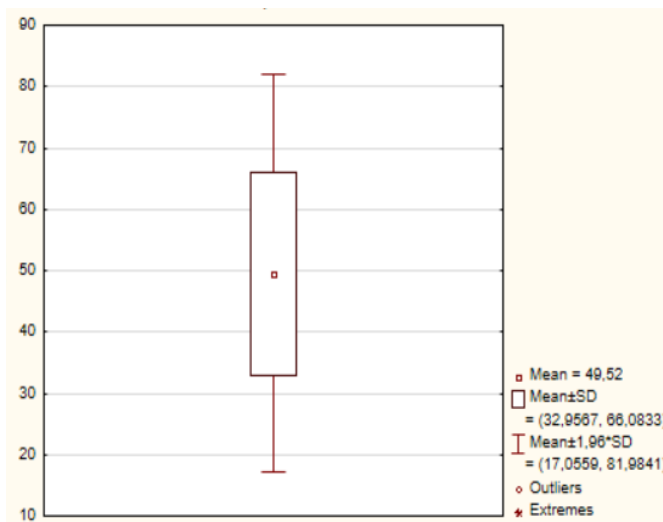


Рис. 3 – Среднее значение результатов по субъективной шкале оценки астении (MFI–20) группе исследования (n=25)

Определён индекс ограничения жизнедеятельности из-за боли в шейно-затылочной области, его среднее значение составило $27,4 \pm 16,13\%$ (рис. 4). При этом у 52% пациентов в исследуемой группе выявлено легкое ограничение жизнедеятельности, у 24% умеренное, у 8% сильное и у 4% полное ограничение.

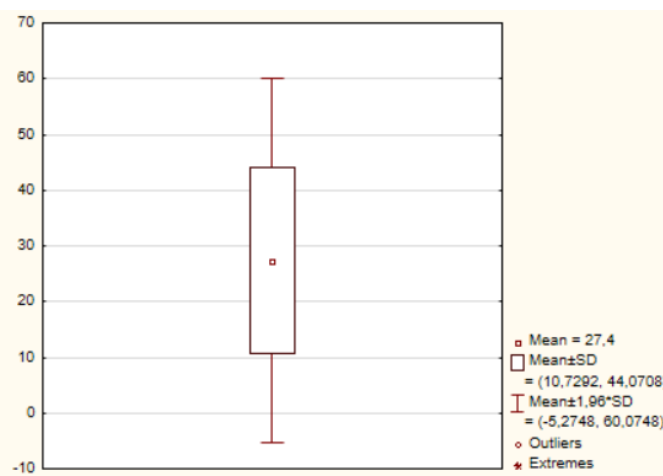


Рис. 4 – Среднее значение индекса ограничения жизнедеятельности из-за боли в шее в группе исследования (n=25)

Выводы:

1. У пациентов с шейно-черепным синдромом помимо умеренно-выраженного болевого, были диагностированы кохлео-вестибулярный и рефлекторно-миотонический синдромы.

2. В группе исследования были выявлены нарушения сна (более 5 баллов по Питтсбургскому опроснику) в 80 % случаев. Индекс влияния головной боли на повседневную жизнь в 44 % случаев составил средневысокое значение. Ограничение жизнедеятельности разной степени выраженности у пациентов с болевым шейно-черепным синдромом определено у 78 % пациентов.

3. Наибольшее место в структуре астении (у 68% пациентов) заняли

компоненты общей и физической астении.

4. Таким образом, шейно-черепной синдром оказывает в том числе влияние на психоэмоциональное состояние пациентов. Поэтому, кроме купирования болевого и рефлекторно-мышечного синдромов шейной локализации, необходимо осуществлять фармакологическую и когнитивно-поведенческую коррекцию вышеописанных коморбидных симптомов.

Литература

1. Safiri S. et al. Global, regional, and national burden of neck pain in the general population, 1990-2017: systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2017 //bmj. – 2020. – Т. 368.
2. Hoy D. G. et al. The epidemiology of neck pain //Best practice & research Clinical rheumatology. – 2010. – Т. 24. – №. 6. – С. 783-792.
3. Цервикокраниалгия: множество причин, одна проблема [Электронный ресурс] // Русский медицинский журнал – Режим доступа: https://www.rmj.ru/articles/bolevoy_sindrom/Cervikokranialgiya_mnoghestvo_prichin_odna_problema/ (дата обращения: 05.03.2024).
4. Чечет, Е. А., Табеева, Г. Р. Боль в шее при различных цефалгиях / Е. А. Чечет, Г. Р. Табеева // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2014. – № 4. – С. 87–93.
5. Шостак, Н. А., Правдюк, Н. Г. Боль в шее: дифференциальный диагноз и основные подходы к лечению / Н. А. Шостак, Н.Г. Правдюк // Лечебное дело. – 2009. – № 2. – С. 54-59.