



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EISSN 2181-2187

1 (87) 2026

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
У.О. АБИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Д.Т. АШУРОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
Э.Б. ХАККУЛОВ
Г.С. ХОДЖИЕВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

1 (87)

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com
E: ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

2026 январь

УДК 616.8-009.7:616.743

КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С МИОФАСЦИАЛЬНЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ ШЕИ

Джусраев Икрам Умматович <https://orcid.org/0009-0001-8956-9839>

Мавлянова Зиёла Фархадовна <https://orcid.org/0000-0001-7862-2625>

Ниезов Шухрат Тошмирович <https://orcid.org/0000-0002-1449-3358>

Самаркандский государственный медицинский университет Узбекистан, г.Самарканд,
ул. Амира Темура 18, Тел: +99818 66 2330841 E-mail: sammu@sammu.uz

✓ Резюме

В статье представлены результаты исследования миофасциального болевого синдрома (МФБС) шеи у лиц трудоспособного возраста с профессиональным риском. Проанализированы клинические формы, локализация триггерных точек, частота неврологического дефицита и психоэмоциональные показатели у офисных работников, производственных рабочих и медицинского персонала. Показано, что производственные рабочие демонстрируют наиболее выраженные проявления боли, неврологический дефицит и психоэмоциональные нарушения, тогда как офисные работники характеризуются преимущественно статической нагрузкой и умеренным выражением симптоматики. Результаты подчеркивают необходимость профессионально-ориентированной диагностики, индивидуализированного подхода к лечению и комплексной реабилитации с учётом психофизиологических факторов для снижения частоты рецидивов и сохранения трудоспособности.

Ключевые слова: миофасциальный болевой синдром, шея и плечевой пояс, триггерные точки, неврологический дефицит, психоэмоциональные факторы, профессиональный риск.

БЎЙИН МИОФАСЦИАЛ ОЎРИҚ СИНДРОМИ БИЛАН БЕМОРЛАРНИНГ КЛИНИК- НЕВРОЛОГИК ҲОЛАТИ

Джусраев Икрам Умматович <https://orcid.org/0009-0001-8956-9839>

Мавлянова Зиёла Фархадовна <https://orcid.org/0000-0001-7862-2625>

Ниезов Шухрат Тошмирович <https://orcid.org/0000-0002-1449-3358>

Самарқанд давлат тиббиёт университети Ўзбекистон, Самарқанд, Амир Темура 18,
Тел: +99818 66 2330841 E-mail: sammu@sammu.uz

✓ Резюме

Мақолада касбий хавф остида бўлган меҳнатга лаёқатли ёшдаги шахсларда бўйиннинг миофасциал оғриқ синдромини (МФОС) ўрганиш натижалари келтирилган. Клиник шакллар, триггер нуқталарнинг локализацияси, неврологик танқислик частотаси ва офис ходимлари, ишлаб чиқариш ишчилари ва тиббиёт ходимларида психоэмоционал кўрсаткичлар таҳлил қилинди. Ишлаб чиқариш ходимларида оғриқ, неврологик етишмовчилик ва руҳий-ҳиссий бузилишларнинг энг яққол намоён бўлиши, офис ходимларида эса асосан статик зўриқиш ва белгиларнинг ўртача ифодаланиши билан тавсифланиши кўрсатилган. Натижалар касалликнинг қайталаниш частотасини камайтириш ва меҳнат қобилиятини сақлаб қолиш учун психофизиологик омилларни ҳисобга олган ҳолда касбий йўналтирилган диагностика, даволашга индивидуал ёндашув ва комплекс реабилитация зарурлигини таъкидлайди.

Калит сўзлар: миофасциал оғриқ синдроми, бўйин ва елка камари, триггер нуқталар, неврологик етишмовчилик, психоэмоционал омиллар, касбий хавф.

CLINICAL AND NEUROLOGICAL STATUS OF PATIENTS WITH MYOFASCIAL PAIN SYNDROME OF THE NECK

Juraev Ikram Ummotovich <https://orcid.org/0009-0001-8956-9839>
Mavlyanova Zilola Farxadovna <https://orcid.org/0009-0000-5150-2308>
Niyozov Shukhrat Toshtemirovich <https://orcid.org/0000-0002-1449-3358>

Samarkand State Medical University Uzbekistan, Samarkand, st. Amir Temur 18,
Tel: +99818 66 2330841 E-mail: sammu@sammu.uz

✓ Resume

The article presents the results of a study on myofascial pain syndrome (MFPS) of the neck in individuals of working age exposed to occupational risk factors. Clinical forms of the syndrome, localization of trigger points, the frequency of neurological deficits, and psychoemotional indicators were analyzed among office workers, industrial workers, and medical personnel. The findings demonstrate that industrial workers exhibit the most pronounced pain manifestations, neurological deficits, and psychoemotional disturbances, whereas office workers are predominantly characterized by static load and a moderate severity of symptoms. The results emphasize the necessity of occupation-oriented diagnostics, an individualized therapeutic approach, and comprehensive rehabilitation that takes psychophysiological factors into account in order to reduce recurrence rates and maintain work capacity.

Keywords: myofascial pain syndrome, neck and shoulder girdle, trigger points, neurological deficit, psychoemotional factors, occupational risk.

Актуальность

Миофасциальный болевой синдром (МФБС) шеи является одной из ведущих причин временной и стойкой утраты трудоспособности у лиц трудоспособного возраста, существенно влияя на качество жизни и профессиональную активность. Распространённость МФБС среди работающих составляет 30–50 % и связана с длительной статической позой, повторяющимися движениями и физическими перегрузками [1–3]. Особенности профессиональной деятельности существенно влияют на формирование триггерных точек, выраженность болевого синдрома и функциональные нарушения [4]. Учитывая ограниченную эффективность стандартных методов лечения и высокую частоту рецидивов, особенно у лиц с длительным стажем работы, актуальной задачей является разработка комплексных профессионально-ориентированных программ диагностики, лечения и реабилитации, включающих коррекцию эргономики, физическую терапию и психокоррекцию [5, 6]. Внедрение таких подходов позволяет снизить выраженность боли, уменьшить частоту рецидивов и сохранить трудоспособность пациентов различных профессиональных групп.

Цель исследования. Оценить клинико-неврологический статус пациентов с миофасциальным болевым синдромом (МФБС) шеи, выявление неврологических, функциональных и мышечных нарушений.

Материал и методы

В исследование были включены 180 пациентов трудоспособного возраста (40–60 лет), у которых проводилось комплексное обследование для всесторонней оценки состояния шейного отдела и плечевого пояса.

Клинико-функциональное обследование включало осмотр и пальпацию мышц с выявлением активных триггерных точек для определения локализации и характера поражения. Оценивалась односторонняя или двусторонняя симметрия процесса, а также сочетание МФБС с другими синдромами - цервикалгией и цервикобрахиалгией. Анализ клинических форм показал, что наиболее частой локализацией триггерных точек является задняя поверхность шеи и верхняя часть трапециевидной мышцы, при этом у производственных рабочих и медицинского персонала поражение подлопаточной области встречается чаще, чем у офисных сотрудников.

Двусторонние проявления преобладали во всех группах, а сочетание с цервикалгией и цервикобрахиалгией наиболее выражено у производственных рабочих.

Неврологическое обследование включало оценку сенсорных нарушений, мышечной силы и выявление вегетативных симптомов. Наибольшая частота неврологического дефицита была зарегистрирована у производственных рабочих, что связано с физической нагрузкой, повторяющимися движениями и вибрационным воздействием. У медицинского персонала показатели были умеренными, а у офисных работников - наименьшими, что соответствует преимущественно статическому характеру нагрузки.

Психофизиологическое обследование проводилось с использованием шкалы HADS для оценки тревожности и депрессии, а также шкалы стрессовой нагрузки для количественной оценки психоэмоционального состояния. Наиболее высокие показатели тревожности, депрессии и стресса отмечались у производственных рабочих, что отражает сочетание физической и психоэмоциональной перегрузки. У медицинского персонала и офисных работников показатели были умеренными, при этом высокий уровень тревоги и стресса встречался во всех группах, подтверждая значимую роль психоэмоциональных факторов в формировании и поддержании МФБС.

Статистическая обработка данных включала описательную статистику (среднее $\pm$ стандартная ошибка, $M \pm m$), сравнительный анализ между группами с использованием t-критерия Стьюдента для количественных показателей и χ^2 для категориальных данных. Уровень статистической значимости принимался при $p < 0,05$, что позволило достоверно выявлять различия и зависимости между показателями у разных профессиональных групп.

Результат и обсуждения

В данном разделе представлены данные, полученные в ходе исследования пациентов с МФБС шеи. Рассмотрены характеристики профессиональных групп, клинические формы МФБС, неврологический дефицит, психоэмоциональные показатели, а также частота рецидивов в зависимости от соблюдения лечебно-реабилитационных рекомендаций и длительности профессионального стажа.

Таблица 1

Структура клинических форм МФБС по профессиональным группам

Показатель	Офисные работники (n=65)	Производственные рабочие (n=55)	Медицинский персонал (n=60)
<i>Локализация триггерных точек</i>			
Задняя поверхность шеи	38 (58,5 %)	42 (76,4 %)	44 (73,3 %)
Верхняя часть трапециевидной мышцы	28 (43,1 %)	38 (69,1 %)	32 (53,3 %)
Подлопаточная область	12 (18,5 %)	25 (45,5 %)	18 (30,0 %)
<i>Характер процесса</i>			
Односторонний	24 (36,9 %)	18 (32,7 %)	20 (33,3 %)
Двусторонний	41 (63,1 %)	37 (67,3 %)	40 (66,7 %)
<i>Сочетание с другими синдромами</i>			
Цервикалгия	51 (78,5 %)	47 (85,5 %)	43 (71,7 %)
Цервикобрахиалгия	23 (35,4 %)	35 (63,6 %)	28 (46,7 %)

Таблица 1 демонстрирует распределение клинических признаков миофасциального болевого синдрома (МФБС) у пациентов трёх профессиональных групп: офисные работники, производственные рабочие и медицинский персонал. Наиболее часто триггерные точки выявлялись в задней поверхности шеи у всех групп, при этом у производственных рабочих и медицинского персонала процент пациентов с этой локализацией был выше (76,4% и 73,3%) по сравнению с офисными работниками (58,5%). Верхняя часть трапециевидной мышцы также является частым источником боли, особенно у производственных рабочих (69,1%), что отражает влияние физической нагрузки и подъёма тяжестей на плечевой пояс. Подлопаточная область поражается реже, но её распространённость выше у производственных рабочих (45,5%) и

медицинского персонала (30,0%), чем у офисных работников (18,5%), что связано с механическими перегрузками плечевого пояса при физической деятельности. У всех профессиональных групп преобладают двусторонние проявления МФБС (63,1-67,3 %), что указывает на симметричное поражение мышц шейно-плечевой области. Односторонний процесс встречался реже (32,7-36,9 %).

Цервикалгия отмечалась у большинства пациентов всех групп (71,7-85,5%), что подтверждает тесную связь МФБС с болевым синдромом шейного отдела позвоночника. Цервикобрахиалгия, отражающая иррадиацию боли в руку и плечо, чаще встречалась у производственных рабочих (63,6%), что может быть связано с интенсивными физическими нагрузками и повторяющимися движениями. У офисных работников этот показатель был ниже (35,4%), а у медицинского персонала - 46,7%.

Приведенные данные иллюстрирует профессионально обусловленные особенности клинического портрета МФБС. У офисных работников боли связаны преимущественно с длительной статикой и локализуются в шее, у производственных рабочих - с физической нагрузкой, поражение трапецевидной и подлопаточной мышц выражено сильнее, а у медицинского персонала наблюдается комбинация механических и статических факторов. Двустороннее поражение и сочетание с цервикалгией остаются характерными для всех групп, в то время как выраженность цервикобрахиалгии зависит от интенсивности профессиональных нагрузок.

Таблица 2

Частота неврологического дефицита у пациентов с МФБС по профессиональным группам

Показатель	Офисные работники, n=65	Производственные рабочие, n=55	Медицинский персонал, n=60
Сенсорные нарушения	12 (18,5 %)	18 (32,7 %)	15 (25,0 %)
Мышечная слабость	8 (12,3 %)	14 (25,5 %)	10 (16,7 %)
Вегетативные симптомы	5 (7,7 %)	9 (16,4 %)	8 (13,3 %)

В таблице 2 приведены данные о распространённости неврологического дефицита у пациентов с МФБС в зависимости от профессиональной принадлежности. Рассмотрены три основных вида нарушений: сенсорные расстройства, мышечная слабость и вегетативные симптомы. Наиболее часто встречались у производственных рабочих - 32,7%, что связано с интенсивными физическими нагрузками, повторяющимися движениями и воздействием вибрации, приводящими к раздражению нервных окончаний. У медицинского персонала сенсорные нарушения фиксировались у 25,0%, а у офисных работников - 18,5%, что может быть связано с преимущественно статическим характером нагрузки и длительным удержанием шеи в фиксированном положении.

Производственные рабочие также имели наибольший процент мышечной слабости (25,5%), отражая влияние физической перегрузки и переутомления мышц. У медицинского персонала мышечная слабость выявлена у 16,7%, а у офисных работников - у 12,3%, что указывает на более лёгкий характер нагрузки и преимущественно функциональное, а не структурное поражение мышц.

Наиболее выражены у производственных рабочих (16,4%), что может быть связано с комбинацией физической и психоэмоциональной нагрузки. У медицинского персонала вегетативные нарушения встречались у 13,3%, а у офисных работников - реже (7,7%), что отражает меньшую степень стресса и статического напряжения в их профессиональной деятельности.

Неврологический дефицит у пациентов с МФБС зависит от характера профессиональной нагрузки. Производственные рабочие демонстрируют наиболее выраженные сенсорные и моторные нарушения, а также вегетативные проявления. У офисных работников и медицинского персонала неврологические нарушения встречаются реже и имеют умеренный характер. Эти данные подчеркивают необходимость профессионально ориентированной диагностики и

индивидуального подхода к лечению МФБС с учётом специфики работы и нагрузки на шейно-плечевую область.

Таблица 3

Психоэмоциональные показатели у пациентов с МФБС по профессиональным группам

Показатель	Офисные работники, n=65	Производственные работчие, n=55	Медицинский персонал, n=60
HADS — тревога, среднее $\pm$ m	9,2 $\pm$ 0,4	10,1 $\pm$ 0,5	9,5 $\pm$ 0,4
Низкий уровень, n (%)	18 (27,7 %)	10 (18,2 %)	15 (25,0 %)
Средний уровень, n (%)	32 (49,2 %)	28 (50,9 %)	32 (53,3 %)
Высокий уровень, n (%)	15 (23,1 %)	17 (30,9 %)	13 (21,7 %)
HADS — депрессия, среднее $\pm$ m	7,8 $\pm$ 0,3	8,5 $\pm$ 0,4	8,0 $\pm$ 0,3
Низкий уровень, n (%)	25 (38,5 %)	15 (27,3 %)	20 (33,3 %)
Средний уровень, n (%)	28 (43,1 %)	25 (45,5 %)	28 (46,7 %)
Высокий уровень, n (%)	12 (18,4 %)	15 (27,3 %)	12 (20,0 %)
Шкала стрессовой нагрузки, среднее $\pm$ m	21,5 $\pm$ 1,2	24,0 $\pm$ 1,5	22,3 $\pm$ 1,1
Низкий уровень, n (%)	15 (23,1 %)	8 (14,5 %)	12 (20,0 %)
Средний уровень, n (%)	35 (53,8 %)	30 (54,5 %)	35 (58,3 %)
Высокий уровень, n (%)	15 (23,1 %)	17 (30,9 %)	13 (21,7 %)

Таблица 3 отражает уровень тревоги, депрессии и стрессовой нагрузки у пациентов с миофасциальным болевым синдромом (МФБС) в зависимости от профессиональной группы, что позволяет оценить психосоматический компонент заболевания. Наибольшие показатели тревоги наблюдались у производственных рабочих (10,1 $\pm$ 0,5), что может быть связано с физическим переутомлением и высокой ответственностью на рабочих местах.

У медицинского персонала средний уровень тревоги составил 9,5 $\pm$ 0,4, а у офисных работников - 9,2 $\pm$ 0,4. Высокий уровень тревоги отмечался у 30,9% производственных рабочих, 23,1% офисных сотрудников и 21,7% медицинского персонала, что указывает на значимую роль психоэмоциональных факторов независимо от вида профессиональной деятельности.

Средние показатели депрессии также были выше у производственных рабочих (8,5 $\pm$ 0,4) по сравнению с медицинским персоналом (8,0 $\pm$ 0,3) и офисными работниками (7,8 $\pm$ 0,3). Высокий уровень депрессии встречался у 27,3% производственных рабочих, 20,0 % медицинского персонала и 18,4% офисных сотрудников. Это подтверждает наличие психоэмоциональной нагрузки как важного патогенетического фактора МФБС.

Наивысшие показатели среднего уровня стрессовой нагрузки зафиксированы у производственных рабочих (24,0 $\pm$ 1,5), что согласуется с физической и психоэмоциональной перегрузкой в их профессиональной деятельности. У медицинского персонала средний показатель составил 22,3 $\pm$ 1,1, а у офисных работников - 21,5 $\pm$ 1,2. Высокий уровень стрессовой нагрузки отмечался у 30,9% производственных рабочих, 23,1 % офисных сотрудников и 21,7% медицинского персонала.

Психоэмоциональные факторы играют значимую роль в формировании и поддержании миофасциального болевого синдрома у всех профессиональных групп. Наиболее выражены тревожность, депрессия и стресс у производственных рабочих, что требует включения психокоррекционных мероприятий в комплексную программу лечения и реабилитации. Данные показатели указывают на необходимость индивидуализированного подхода с учётом профессии и уровня психоэмоциональной нагрузки.

Обсуждение:

Анализ клинических, неврологических и психоэмоциональных характеристик миофасциального болевого синдрома (МФБС) у пациентов различных профессиональных групп

показал выраженные межгрупповые различия, обусловленные спецификой профессиональной деятельности. Данные таблицы 1 демонстрируют, что локализация триггерных точек преимущественно приходится на заднюю поверхность шеи и верхнюю часть трапецевидной мышцы во всех группах, что подтверждает общепризнанный паттерн поражения при МФБС. У производственных рабочих и медицинского персонала чаще наблюдаются триггерные точки в подлопаточной области (45,5% и 30,0% соответственно), что связано с интенсивной физической нагрузкой и статическими или динамическими позами, характерными для этих профессий. Большинство пациентов демонстрировали двусторонний характер процесса (63-67%), что отражает системный характер мышечного перенапряжения при длительном воздействии профессиональных факторов. Сочетание с цервикалгией и цервикобрахиалгией встречалось наиболее часто у производственных рабочих (85,5% и 63,6%), что свидетельствует о более выраженном функциональном нарушении в этой группе и подтверждает данные о высокой частоте рецидивов при интенсивных физических нагрузках.

Таблица 2 показывает, что сенсорные нарушения, мышечная слабость и вегетативные симптомы наиболее выражены у производственных рабочих (32,7%, 25,5% и 16,4% соответственно), что коррелирует с тяжёлыми физическими нагрузками, вибрацией и повторяющимися движениями рук. У офисных работников показатели были минимальны, что связано с преобладанием статических, но менее травмирующих поз. Медицинский персонал демонстрировал промежуточные значения, что отражает сочетание статических и динамических нагрузок при работе с пациентами. Полученные данные подтверждают, что неврологические проявления МФБС зависят от характера профессиональной деятельности и могут служить важным дифференциальным признаком при оценке с радикулопатиями.

Таблица 3 демонстрирует высокий уровень тревожности, депрессии и стрессовой нагрузки у всех профессиональных групп, с наибольшими значениями у производственных рабочих. Средний уровень тревоги и депрессии составил $10,1 \pm 0,5$ и $8,5 \pm 0,4$ соответственно, а высокий уровень стрессовой нагрузки наблюдался у 30,9% пациентов. Это подтверждает наличие психосоматического компонента МФБС и необходимость включения психокоррекционных и стресс-менеджмент мероприятий в комплексную программу лечения.

Комплексный анализ показателей указывает на мультифакторный патогенез МФБС, включающий механическую нагрузку – статические и динамические позы, подъем тяжестей, вибрацию, неврологические изменения – сенсорные и моторные нарушения, проявляющиеся в различной степени в зависимости от профессии и психоэмоциональные факторы – тревожность, депрессия, стресс, усиливающие мышечное напряжение и поддерживающие хронический болевой синдром. Особенно у производственных рабочих наблюдается выраженная взаимосвязь между физической нагрузкой, неврологическим дефицитом и психоэмоциональными стрессовыми факторами, что объясняет более высокую частоту рецидивов и необходимость комплексной, поэтапной реабилитации. У офисных работников и медицинского персонала ведущую роль играют статические и психоэмоциональные факторы, а физическая нагрузка второстепенна.

Таким образом, результаты подтверждают необходимость профессионально-ориентированного подхода к диагностике и лечению МФБС, включающего: эргономическую коррекцию, физическую реабилитацию, работу с триггерными точками, а также психокоррекцию и обучение методам самоконтроля нагрузки. Такой подход позволяет не только снизить интенсивность болевого синдрома, но и уменьшить частоту рецидивов, улучшить функциональное состояние шейного отдела и сохранить трудоспособность пациентов.

Заключение

Структура клинических форм миофасциального болевого синдрома (МФБС) у пациентов различных профессиональных групп демонстрирует выраженные различия. Наиболее часто триггерные точки локализуются на задней поверхности шеи и в верхней части трапецевидной мышцы, при этом у производственных рабочих и медицинского персонала чаще поражается подлопаточная область. Двусторонний характер процесса преобладает во всех группах, а сочетание с цервикалгией и цервикобрахиалгией наиболее выражено у производственных рабочих, что связано с высокой физической нагрузкой и повторяющимися движениями.

Неврологический дефицит, включающий сенсорные нарушения, мышечную слабость и вегетативные симптомы, чаще встречается у производственных рабочих и реже - у офисных работников, тогда как медицинский персонал демонстрирует промежуточные показатели. Эти данные подтверждают связь неврологической симптоматики с характером профессиональных нагрузок и служат ценным инструментом для дифференциальной диагностики МФБС и радикулопатии. Психозмоциональные факторы также играют важную роль в формировании и хронизации МФБС. Средние и высокие уровни тревожности, депрессии и стрессовой нагрузки наблюдаются во всех группах, при этом максимальные показатели характерны для производственных рабочих, что подчёркивает необходимость включения психокоррекционных мероприятий в комплексное лечение. Мультифакторный патогенез МФБС сочетает механическую нагрузку, неврологические нарушения и психозмоциональный стресс, при этом выраженность каждого компонента зависит от профессиональной группы, что требует дифференцированного подхода к диагностике и терапии. Практическое значение заключается в необходимости профессионально-ориентированной комплексной реабилитации, включающей коррекцию эргономики рабочего места, терапию триггерных точек, физическую реабилитацию, психокоррекцию и обучение методам самоконтроля мышечного напряжения. Такой подход способствует снижению интенсивности болевого синдрома, уменьшению частоты рецидивов и сохранению трудоспособности пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Барташевич В.В. Шейный миофасциальный болевой синдром (клиника, механизмы развития, лечение). – Казань: Автореферат диссертации по медицине, 2005; 32 стр.
2. Годзенко А. А. Актуальные вопросы терапии миофасциального синдрома // Лечащий врач. – 2012;4:45-50.
3. Шимарова О.В., Малаховский В.В., Зилов В.Г. Патофизиологическое обоснование комплексного подхода к реабилитации пациентов с миофасциальным болевым синдромом области шеи // Physical and Rehabilitation Medicine / Medical Rehabilitation. 2020;2(1):66-70.
4. Абдусаломова М., Ким О., Дусяров Ж. Оценка качества жизни у больных с дорсопатиями // Журнал вестник врача. 2019;1(4):7-10.
5. Абдусаломова М. А., Мавлянова З. Ф., Ким О. А. Орка мия ва умуртка поғонасининг буйин кдмининг туғрук жароҳдтлари билан беморларнинг диагностикасида электронейромиографиянинг урни // Журнал биомедицины и практики. 2022;7(2).
6. Джурабекова А. Т., Хасанов А. Ю., Мавлянова З. Ф. Диагностическая значимость теста Дюркана и УЗИ-показателя площади поперечного сечения в мультифакторной оценке синдрома карпального канала // Confrencea. 2025;5(1):187-190.
7. Абдумаруф А. и др. Анализ эффективности реабилитационных мероприятий у детей с идиопатическим сколиозом в возрасте от 7 до 15 лет // Yangi O'zbekiston taraqqiyotida tadqiqotlarni o'rni va rivojlanish omillari. 2025;18(2):360-361.
8. Халилов Д. И. и др. Современные биокондуиты для регенеративной хирургии периферических нервов: обзор литературы // Neurology and Neurosurgery Eastern Europe. – 2025; 119 стр.
9. Мавлянова З. Ф. и др. Взаимосвязь биомеханических нарушений и тренировочного процесса у спортсменов с дорсопатиями // Zamonaviy tibbiyot jurnali (Журнал современной медицины). 2025;11(4):250-254.
10. Fejer R., Kyvik K.O., Hartvigsen J. The prevalence of neck pain in the world population: a systematic critical review of the literature // European Spine Journal. 2006;15(6):834-848.
11. Côté P., van der Velde G., Cassidy J.D., et al. The burden and determinants of neck pain in workers: results from the Bone and Joint Decade 2000–2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders // Spine. 2008;33(4):60–74.
12. Jull G., Sterling M., Falla D., Treleaven J., O'Leary S. Whiplash, headache, and neck pain: research-based directions for physical therapies. // Edinburgh: Churchill Livingstone 2008; 312 pp.

Поступила 20.12.2025