



Неспецифическая боль в спине в период самоизоляции

Н.В. Вахнина, к.м.н., Д.О. Туряница

Адрес для переписки: Наталья Васильевна Вахнина, nvakhnina71@mail.ru

Для цитирования: Вахнина Н.В., Туряница Д.О. Неспецифическая боль в спине в период самоизоляции // Эффективная фармакотерапия. 2020. Т. 16. № 29. С. 42–45.

DOI 10.33978/2307-3586-2020-16-29-42-45

В статье приведены современные данные о причинах развития неспецифической боли в спине и методах ее терапии. Обсуждается косвенная роль новой коронавирусной инфекции и периода самоизоляции в формировании такой боли. Представлены клинические случаи возникновения скелетно-мышечной боли в спине в условиях удаленной работы.

Ключевые слова: боль в спине, нестероидные противовоспалительные препараты, удаленная работа, самоизоляция

Актуальность

Пандемия новой коронавирусной инфекции помимо собственных очевидных рисков обнажила ряд других медицинских проблем. Большое число осложнений, значимость которых еще предстоит оценить, связано с изменениями привычных условий труда и образа жизни в условиях самоизоляции. Так, если до 2020 г. ведущим фактором риска боли в спине была неравномерность физических нагрузок, то сейчас на первый план выходят удаленный характер работы, длительное пребывание в ограниченном пространстве и общее снижение двигательной активности. Сегодня пациенты нередко сталкиваются с проблемой нерационально организованного рабочего пространства (в частности, отсутствие письменного стола и удобного кресла). Вследствие постоянного нахождения дома увеличивается время пребывания в сидячем положении. Будучи не всегда хорошо осведомленными о главных принципах профилактики боли в спине, пациенты часто отказываются от перерывов во время рабочего дня, тем самым обрекая себя на физическую пассивность. Вместо того чтобы увеличить физическую нагрузку, многие предпочитают отдых в горизонтальном положении. В совокупности с длительным эмоциональным стрессом это приводит к значительному увеличению обращений по поводу боли в спине [1].

Неспецифическая боль в спине

Боль в спине – одна из основных причин, приводящих к нарушению трудоспособности лиц среднего возраста. До 90% людей в течение жизни хотя бы раз испытывают боль в спине. Более 85% болевых синдромов в области спины относятся к так называемой неспецифической боли в спине (НБС). В остальных случаях боль обусловлена корешковой компрессией или так называемыми специфическими причинами: травмой, воспалительными заболеваниями или злокачественными новообразованиями [2].

При длительности болевого синдрома более трех месяцев говорят о хронической боли. Ее патогенез всегда более сложный и включает в себя ноцицептивные, дисфункциональные, а в ряде случаев невропатические компоненты. Уточнение конкретной причины боли в спине имеет определяющее значение при выборе тактики ведения пациента. НБС чаще развивается вследствие биомеханической дисфункции с повреждением и/или нарушением функции мышц, связок или суставов. В большинстве случаев наблюдается сочетание нескольких факторов, которые не всегда удается разграничить. Поражение нескольких отделов скелетно-мышечной системы способно приводить к выраженным нарушениям биомеханики и, как следствие, более

интенсивному и длительному болевому синдрому. Как правило, основным или одним из основных источников боли являются мышцы [3].

Среди факторов риска развития болевого синдрома в области спины выделяют возраст 40–50 лет, избыточную физическую, в частности статическую, нагрузку, недостаточную повседневную двигательную активность, резкие колебания нагрузок, высокий рост, ожирение и курение. Кроме того, активно обсуждается роль генетических факторов [4].

В диагностике болевого синдрома в области спины основное место занимают опрос и клинический осмотр. В соответствии с современными рекомендациями, в отсутствие атипичных симптомов, указывающих на специфический характер боли («красные флажки»), параклинические методики, такие как рентгенологическое исследование или магнитно-резонансная томография, не показаны. Исключение составляют ситуации, когда, по мнению клинициста, результаты данных методов исследования могут повлиять на тактику лечения [5].

При оценке состояния пациента огромное значение имеет выявление «красных флажков», которые могут свидетельствовать о специфическом характере болевого синдрома. В отличие от типичной неосложненной неспецифической боли в спине в такой ситуации обычно требуется более подробное дополнительное обследование. К таким признакам относятся:

- онкологический анамнез;
- снижение массы тела без четко выявленной причины;
- повышение температуры тела;
- иммуносупрессивное состояние, длительный прием цитостатиков или глюкокортикостероидов;



- отсутствие ответа на адекватно проводимое ранее лечение;
- боль в ночное время, генерализация боли или боль в состоянии покоя;
- возраст дебюта боли ранее 20 или старше 50 лет;
- наличие четких неврологических симптомов, таких как нарушение мочеиспускания и дефекации [4].

В ходе клинического осмотра оценивают интенсивность и локализацию боли, уточняют характер ее иррадиации, характер боли при выполнении движений и определенных положениях тела, провокации боли при пальпации, наличие или отсутствие вынужденного положения. В большинстве случаев выявляют так называемые триггерные точки – спазмированные участки мышц или их сухожилий, при пальпации которых возникает боль. Проводится неврологический осмотр с целью исключения корешковой или иной очаговой неврологической симптоматики, способной изменить клиническое представление о причинах болевого синдрома [6].

Исходя из современных общепринятых рекомендаций, при формулировке диагноза следует отказаться от использования термина «остеохондроз». Характер дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника, выявленных при рентгенологическом исследовании, не имеет существенного значения для клинического диагноза [2]. В то же время в диагнозе необходимо отразить локализацию болевого синдрома: цервикалгия, торакалгия, люмбагия или люмбоишалгия. При кодировке на основании Международной классификации болезней данные состояния попадают в группу М54:

- ✓ боль в шее (цервикалгия) – М54.2;
- ✓ боль в средней части спины (торакалгия) – М54.6;
- ✓ боль в пояснице (люмбагия) – М54.5;
- ✓ распространение болевого синдрома в нижнюю конечность (люмбоишалгия) – М54.4.

Рассмотрим болевые синдромы, которые развились в условиях самоизоляции, на конкретных примерах.

Клинический случай 1

Пациентка С.М., 30 лет, обратилась за медицинской помощью в связи с выраженным болевым синдромом в межлопаточной области. Интенсивность

боли – 7–8 баллов по визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Болевой синдром возник на фоне длительной самоизоляции. Желая повысить двигательную активность, пациентка самостоятельно нагружала себя импровизированными спортивными упражнениями. После двух дней выполнения таких упражнений она отметила острую боль в межлопаточной области с переходом на переднюю поверхность левой половины грудной клетки и поясницу. Не придав должного значения новым ощущениям, пациентка продолжала активно заниматься физкультурой, что привело к дальнейшему усилению боли и сделало ее нетерпимой.

На момент осмотра симптомы повреждения центральной или периферической нервной системы отсутствовали. Мышечная сила, чувствительность и координаторные пробы – в норме. Нейроортопедический статус: значительное ограничение подвижности в грудном и поясничном отделах позвоночника. Отмечалась локальная боль при пальпации мышц грудной клетки и грудного отдела позвоночника с провокацией типичного паттерна боли. Аналогичные боли имели место при пальпации ключично-грудинных и реберно-грудинных сочленений. Симптомы натяжения и выпадения нет. Поддержание позы и ходьба не нарушены. Клинический диагноз: тораколюмбагия скелетно-мышечного генеза с болевым и мышечно-тоническим синдромом (М54.5). С учетом значительной выраженности болевого синдрома схема лекарственной терапии на первом этапе включала внутримышечные инъекции Дексалгина 2 мл в течение двух дней с последующим переходом на пероральный прием препарата (25 мг два раза в день) в течение пяти дней. Через неделю наблюдался значительный, но неполный регресс болевого синдрома (с 7–8 до 3–4 баллов по ВАШ) и нейроортопедических нарушений. Было решено продолжить терапию препаратом Нимесил (100 мг два раза в день). Даны рекомендации по образу жизни, скорректирована программа физических упражнений. Через семь дней зафиксирован полный регресс болевого синдрома.

Клинический случай 2

Пациентка З.Н., 27 лет, обратилась за медицинской помощью в связи с раз-

витием на фоне удаленной работы выраженной боли в области шеи и поясницы. Интенсивность болевого синдрома – 6–7 баллов по ВАШ. Со слов пациентки, болевая симптоматика периодически возникала в течение последних пяти лет, что совпадало с периодом активной офисной работы. В настоящий момент объем работы существенно увеличился, и пациентка значительно больше времени проводила за компьютером без перерыва на двигательную активность. Самостоятельно пробовала использовать мази с нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП) – без существенного эффекта. Поскольку болевой синдром сохранялся, а эффект от самостоятельного лечения отсутствовал, пациентка обратилась к неврологу.

При первичном осмотре – отсутствие симптомов повреждения центральной или периферической нервной системы, снижения мышечной силы, чувствительности или трудностей выполнения координаторных проб. Нейроортопедический статус: резкое ограничение подвижности в шейном и поясничном отделах позвоночника. Отмечалась локальная боль при пальпации мышц шеи и спины с провокацией типичного паттерна боли. В проекции остистых отростков шейных позвонков также имела место интенсивная боль при пальпации. Симптомы натяжения и выпадения не выявлено. Поддержание позы и ходьба не нарушены. Рентгенография шейного отдела позвоночника, выполненная незадолго до обращения к неврологу, показала смещение С3-позвонка кзади на 2 мм (допустимое смещение – до 3 мм). Обращало на себя внимание также изменение биомеханики шейного отдела позвоночника в виде выпрямления шейного лордоза. Установлен диагноз «цервикалгия скелетно-мышечного генеза с болевым и мышечно-тоническим синдромом (М54.2). Люмбагия скелетно-мышечного генеза с болевым и мышечно-тоническим синдромом (М54.5)». Начато лечение, которое также предусматривало внутримышечную инъекцию Дексалгина (однократно) с последующим переходом на пероральный прием препарата (25 мг два раза в день) в течение пяти дней. Через неделю выраженность болевого синдрома



снизилась с 6–7 до 3 баллов по ВАШ, умеренное ограничение подвижности в шейном и поясничном отделах позвоночника сохранялось. Лечение продолжено препаратом Нимесил (100 мг два раза в день) в течение семи дней. Даны рекомендации по образу жизни и лечебной физкультуре в домашних условиях. При повторном визите через две недели зафиксирован полный регресс болевого синдрома.

Терапия неспецифической боли в спине

К лечению боли в спине необходимо подходить системно. В соответствии с рекомендациями Российского общества изучения боли и международными принципами терапии болевого синдрома спины (NICE Guideline), терапевтические мероприятия при НБС следует начинать с образовательной программы для пациента. Она должна включать в себя разъяснение доброкачественного характера заболевания (уровень доказательности А) и необходимости поддержания оптимальной двигательной активности (уровень доказательности А) [7, 8].

Для купирования болевого синдрома препаратами первого выбора считаются НПВП (уровень доказательности А). Их эффективность подтверждена в абсолютном большинстве рандомизированных клинических исследований. Одновременно при наличии мышечно-тонического или миофасциального синдрома иногда назначают миорелаксанты.

По данным российского многоцентрового исследования НОТА (НПВП для Обезболивания: Терапевтический Анализ), комбинация НПВП и миорелаксантов обеспечивает лучший терапевтический эффект при НБС по сравнению с монотерапией. Помимо медикаментозного лечения при ведении пациентов с НБС широко используются кинезиотерапия, массаж и мануальная терапия. Эффективность терапии у пациентов с НБС не следует оценивать ранее 7–14 дней после назначения лекарственных средств [9–11]. Важнейшим аспектом ведения пациентов является оценка и минимизация рисков, связанных с побочными эффектами назначаемых лекарственных препаратов. Так, в связи с неизбежной блокадой циклооксигеназы (ЦОГ) 1-го и 2-го типов большинством НПВП их применение у пациентов

с высоким риском желудочно-кишечных и сердечно-сосудистых осложнений должно быть ограничено. Кроме того, нужно учитывать вероятность снижения артериального давления при использовании миорелаксантов, что требует его регулярного контроля [12]. Пациентке С.М., равно как и пациентке З.Н., было назначено лечение в соответствии с изложенными принципами. В обоих случаях был реализован ступенчатый принцип терапии. При выраженном болевом синдроме предпочтительно парентеральное введение Дексалгина 2 мл (внутримышечно) в течение двух дней с последующим переходом на гранулы 25 мг для приема внутрь два раза в сутки в течение пяти дней. На второй неделе лечения используют еще более безопасный в отношении желудочно-кишечных и сердечно-сосудистых осложнений препарат Нимесил 200 мг/сут. Общим пациентам были даны рекомендации по выполнению комплекса упражнений в рамках лечебной физкультуры. Через семь дней в обоих случаях наблюдался значительный регресс болевого синдрома – не менее чем на 50% от исходного уровня. Через две недели ступенчатой терапии у обеих пациенток зафиксирован полный регресс боли.

Декскетопрофен (Дексалгин) является правовращающим изомером кетопрофена. Данное соединение характеризуется более высокой и быстрой абсорбцией после приема внутрь. Максимальная концентрация декскетопрофена в плазме крови достигается быстрее (через 15–45 минут), чем кетопрофена. Около 70–80% препарата выводится с мочой в первые 12 часов. Дексалгин обладает мощной ингибирующей активностью в отношении ЦОГ. Его анальгетическое действие основано на комбинации центрального и периферического эффектов. Дексалгин быстро проникает через гематоэнцефалический барьер, ингибирует деполаризацию задних столбов спинного мозга, блокирует NMDA-рецепторы и подавляет деполаризацию ионных каналов. Одновременно наблюдается ингибирование периферической ноцицепции по общим для класса НПВП механизмам. Частота возникновения нежелательных эффектов, обусловленных повреждением слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта, при использовании декскетопрофена зна-

чительно меньше, чем на фоне применения кетопрофена [13].

Эффективность Дексалгина при боли в спине продемонстрирована в ряде рандомизированных клинических исследований. Так, J. Beltran и соавт. сравнивали эффективность Дексалгина и кетопрофена у 183 пациентов с НБС. Эффективность Дексалгина оказалась почти в 1,5 раза выше таковой его рацемического предшественника кетопрофена [14]. Нимесулид (Нимесил), представленный на фармакологическом рынке двух десятков европейских стран, используется в терапии боли свыше 30 лет. Нимесил отличается быстротой развития клинического эффекта. В течение получаса после перорального приема в плазме определяется более 50% максимальной концентрации средства, 99% препарата связывается с альбумином. В суставной синовиальной жидкости накапливается треть его концентрации в плазме, а период полувыведения составляет менее пяти часов. Эффективность Нимесила связана с преимущественным подавлением активности ЦОГ-2. Следует подчеркнуть, что именно ингибирование ЦОГ-2 является наиболее важным механизмом противовоспалительного действия НПВП, в то время как ингибирование ЦОГ-1 в основном связано с развитием побочных эффектов и в меньшей степени принимает участие в подавлении воспалительной реакции. Нимесил характеризуется достаточно высокой селективностью и в терапевтических концентрациях ингибирует 88% ЦОГ-2. Кроме того, Нимесил активен в подавлении гиперпродукции цитокинов (интерлейкина 6, фактора некроза опухоли альфа), фермента фосфодиэстеразы 4, активности макрофагов и нейтрофилов. Все это уменьшает выраженность синдрома системного воспаления, что особенно актуально у пациентов с метаболическим синдромом. Кроме того, на фоне применения Нимесила снижается активность металлопротеиназ (ферментов, разрушающих суставной хрящ), что при длительном использовании препарата обеспечивает его хондропротективный эффект. Отсутствие индукции симптомов «аспириновой астмы» на фоне применения Нимесила обусловлено его антигистаминным эффектом [15]. Эффективность Нимесила при острой боли в спине показана в ряде



исследований, в том числе с применением двойного слепого метода. Так, Т. Pohjolainen и соавт. установили, что селективный ингибитор ЦОГ-2 Нимесулид является эффективным и хорошо переносимым средством для использования в общей практике с целью лечения острой боли в пояснице. При этом частота возникновения побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта при использовании Нимесила ниже, чем на фоне применения препарата сравнения ибупрофена [16].

Заключение

Увеличение распространенности неспецифической боли в спине – одно из неочевидных осложнений пандемии новой коронавирусной инфекции, что связано с изменениями условий труда и образа жизни, значительным снижением двигательной активности во время удаленной работы и самоизоляции. Уменьшение повседневной активности формирует неблагоприятные для скелетно-мышечной системы предпосылки развития болевого синдрома.

В соответствии с современными российскими и международными рекомендациями, терапия неспецифической боли в спине должна быть комплексной и включать в себя как фармакотерапию, так и обучение пациентов. Особое значение имеют образовательные программы по разъяснению природы боли в спине и двигательная терапия. Препаратами выбора при НБС признаны НПВП. При этом следует учитывать потенциальное неблагоприятное воздействие неселективных НПВП на желудочно-кишечный тракт. *

Литература

1. Song X.-J., Xiong D.-L., Wang Z.-Y. et al. Pain management during the COVID-19 pandemic in China: lessons learned // *Pain Med.* 2020. Vol. 21. № 7. P. 1319–1323.
2. Парфенов В.А., Исайкин А.И. Боль в нижней части спины: мифы и реальность. М.: ИМА-ПРЕСС, 2016.
3. Исайкин А.И., Шевицова Г.Е., Рожков Д.О. и др. Роль мышечного фактора в развитии поясничной боли // *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2017. Т. 9. № 2. С. 95–101.
4. Исайкин А.И., Кузнецов И.В., Кавелина А.В., Иванова М.А. Неспецифическая люмбагия: причины, клиника, диагностика, лечение // *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2015. Т. 7. № 4. С. 101–109.
5. Balagué F., Mannion A.F., Pellisé F., Cedraschi C. Non-specific low back pain // *Lancet.* 2012. Vol. 379. № 9814. P. 482–491.
6. Парфенов В.А. Причины, диагностика и лечение боли в нижней части спины // *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2009. № 1. С. 19–22.
7. Lizier D.T., Perez M.V., Sakata R.K. Exercises for nonspecific low back pain treatment // *Rev. Bras. Anestesiol.* 2012. Vol. 62. № 6. P. 838–846.
8. Парфенов В.А., Яхно Н.Н., Кукушкин М.Л. и др. Острая неспецифическая (скелетно-мышечная) поясничная боль. Рекомендации Российского общества по изучению боли (РОИБ) // *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2018. Т. 10. № 2. С. 4–11.
9. Каратеев А.Е., Погожева Е.Ю., Филатова Е.С. и др. Факторы, влияющие на результаты анальгетической терапии. Результаты Российского многоцентрового исследования НОТА (НПВП для обезболивания: терапевтический анализ) // *Терапевтический архив.* 2018. Т. 90. № 6. С. 65–73.
10. Аверченкова А.А., Парфенов В.А. Хроническая боль в нижней части спины (люмбагия) у пожилых // *Клиническая геронтология.* 2015. Т. 21. № 7–8. С. 3–9.
11. Ciolac E.G., Rodrigues-da-Silva J.M. Resistance training as a tool for preventing and treating musculoskeletal disorders // *Sports Med.* 2016. Vol. 46. № 9. P. 1239–1248.
12. Van Tulder M., Becker A., Bekkering T. et al. Chapter 3 European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care // *Eur. Spine J.* 2006. Suppl. 2. P. S169–191.
13. Пилитович А.А. Декскетопрофен: возможности применения в неврологии // *Consilium Medicum.* 2018. Т. 20. № 9. С. 71–75.
14. Beltrán J., Martín-Mola E., Figueroa M. et al. Comparison of dexketoprofen trometamol and ketoprofen in the treatment of osteoarthritis of the knee // *J. Clin. Pharmacol.* 1998. Vol. 38. № S1. P. 74S–80S.
15. Погожева Е.Ю., Амирджанова В.Н., Каратеев А.Е. Проблемы терапии скелетно-мышечной боли: фокус на нимесулид // *Consilium Medicum.* 2019. Т. 21. № 2. С. 74–78.
16. Pohjolainen T., Jekunen A., Autio L., Vuorela H. Treatment of acute low back pain with the cox-2-selective anti-inflammatory drug nimesulide: results of a randomized, double-blind comparative trial versus ibuprofen // *Spine.* 2000. Vol. 25. № 12. P. 1579–1585.

Non-Specific Back Pain in the Self-Isolation Period

N.V. Vakhnina, PhD, D.O. Turyanitsa

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

Contact person: Natalya V. Vakhnina, nvakhnina71@mail.ru

The article summarizes the current data on the causes of the development and methods of treatment of non-specific back pain. The indirect role of coronavirus infection and the period of self-isolation in the formation of back pain is discussed. Specific clinical cases of nonspecific back pain in remote work conditions are considered.

Key words: back pain, NSAIDs, teleworking, self-isolation