



Офисный синдром: факторы риска, методы профилактики и лечения

Сегодня большинство жителей городов проводят свой рабочий день в офисе. Сидячий образ жизни, работа за компьютером, психоэмоциональные нагрузки, стресс – факторы риска развития так называемого офисного синдрома. Чаще всего офисные работники страдают от болевых синдромов (мышечно-скелетных болей в шее, плечах и верхних конечностях, а также в нижней части спины). В рамках интерактивного курса, проведенного при поддержке компании «КРКА», были подробно рассмотрены возможности профилактики и лечения офисного синдрома с помощью фармакологических и немедикаментозных методов.



Профессор
А.Б. Данилов

С развитием информационных технологий, автоматизации и механизации труда изменился образ жизни современного человека. Гипокинезия и гиподинамия – настоящий бич современного общества, наносящий серьезный урон здоровью. Малоактивный и сидячий образ жизни, психоэмоциональные нагрузки, стресс на работе приводят к нарушениям в различных системах организма и могут стать причиной развития так называемого офисного синдрома.

Принципы ведения пациентов с офисным синдромом

Д.м.н., профессор Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, директор Ассоциации междисциплинарной медицины Алексей Борисович ДАНИЛОВ напомнил, что офисный синдром – это симптомокомплекс, который развивается у людей в связи с воздействием различных факторов окружающей «офисной» среды и включает нарушения в различных органах и системах. Последние проявляются головными и мышечно-скелетными болями, синдромом «компьютерной мышцы» (туннельный синдром), сердечно-сосудистыми заболеваниями, синдромом «сухого глаза», гастритом и язвой желудка, геморроем и трещинами прямой кишки, воспалением органов малого таза, синдромом хронической усталости, варикозным расширением вен, тромбофлебитом. По данным исследований, самыми распространенными нарушениями у офисных работников являются болевые синдромы: го-

ловная боль и боль в шее (42%), нижней части спины (34%), верхней части спины (28%), кистях (20%), плечах (16%), стопах (13%), коленях (12%), бедрах (6%), локтях (5%)¹. Следует отметить, что на развитие болевых синдромов у офисных служащих оказывают влияние не только физические, но и психосоциальные факторы: плохие отношения в коллективе, неадекватный стиль работы, неудобное рабочее место. Понимание механизмов развития боли основано на представлении о существовании двух систем: ноцицептивной и антиноцицептивной. Ноцицептивная система (восходящая) обеспечивает проведение боли от периферических рецепторов до коры головного мозга. Антиноцицептивная система (нисходящая) предназначена для контроля над болью. На первом этапе формирования боли происходит активация болевых (ноцицептивных) рецепторов, что вызывает проведение болевых импульсов к задним

¹ Janwantanakul P, Pensri P, Jiamjarasrangri V, Sinsongsook T. Prevalence of self-reported musculoskeletal symptoms among office workers // Occup. Med. (Lond.). 2008. Vol. 58. № 6. P. 436–438.



Сателлитный симпозиум компании «КРКА»

рогам спинного мозга. На сегментарном спинальном уровне происходит модуляция ноцицептивной афферентации. Так, нисходящие антиноцицептивные системы влияют на различные опиятные, адренергические, глутаматные, пуриновые и другие рецепторы, расположенные на нейронах заднего рога. Этот болевой импульс передается в вышележащие отделы центральной нервной системы (таламус, кора головного мозга), где происходит обработка и интерпретация информации о характере и локализации боли. От активности антиноцицептивной системы зависит восприятие боли. Одно и то же раздражение у одного человека может вызвать сильную боль, а у другого – слабую. Усилить восприятие боли могут такие факторы, как депрессия, тревога, инсомния, хронический стресс, ожирение, низкий уровень физической активности, социальная изоляция. При поиске причин развития болевого синдрома у пациента следует учитывать взаимосвязь когнитивных, эмоциональных и физиологических характеристик.

Частым нарушением у офисных работников являются головные боли напряжения. В их развитии особое место занимает возникновение мышечного спазма, ведущее за собой сосудистые изменения. В ответ на постоянную болевую импульсацию постепенно перестраивается нервная система, что ведет к хронизации болевого синдрома. В патогенезе головной боли напряжения и мигрени ключевую роль играет наличие психологического стресса. Стресс является мощным фактором, который может привести к дезадаптации орга-

низма человека, склонного к негативным установкам, тревоге и депрессии.

Среди факторов риска возникновения мышечно-скелетных болей в нижней части спины, связанных с рабочей средой, можно выделить физические и психосоциальные. К физическим факторам относят длительное положение сидя, неудобное рабочее место, работу с компьютером более восьми часов в сутки, сколиоз, нестабильность позвоночника, плохое физическое развитие. Отдельную группу составляют психосоциальные факторы, такие как хронические стрессы, неудовлетворенность работой, зарплатой, отсутствие социальной поддержки, плохие отношения в коллективе, недооценка работника начальством².

Профилактика и лечение различных проявлений офисного синдрома зависят от выраженности этого состояния. На первом этапе человека беспокоят эпизодические головные боли напряжения, повышенная утомляемость и тревожность, периодически возникают боли в шее, пояснице, кистях рук. При отсутствии изменений среды и своевременной профилактики синдром переходит во вторую стадию. Для этого этапа свойственны частые головные боли напряжения, боли в спине, шее с временной потерей трудоспособности, повышенная тревожность и депрессия. Третий этап характеризуется хронической головной болью, хроническими болями в спине, тревожно-депрессивным синдромом, сопутствующими соматическими нарушениями.

Следует отметить, что в основе лечения на любом из уровней развития офисного синдрома лежит информационно-образо-

вательная работа с пациентом, формирование у него правильных убеждений и ожиданий от работы. Большое значение имеет стиль работы – индивидуальная реакция человека (его физическая и психологическая устойчивость) в ответ на повышенные требования на работе. По данным исследования, в котором принимали участие офисные работники с болевым синдромом в верхних конечностях, стиль работы непосредственно влияет на выраженность и продолжительность болевого синдрома у офисных служащих. Через восемь месяцев в группе с неадекватным стилем работы частота болевого синдрома составила 80%, а через 12 месяцев – 100%. В группе с адекватным стилем работы через восемь месяцев болевой синдром составил 45%, а через 12 месяцев – 33%. Таким образом, неадекватный стиль работы в три раза повышает риск хронизации боли³.

В другом клиническом исследовании с офисными работниками с неадекватным стилем работы в течение полугода проводили шесть занятий. На этих занятиях обсуждались различные факторы риска развития и хронизации боли, необходимость проведения упражнений, более частых перерывов и других мероприятий для улучшения условий работы. Через 12 месяцев от начала наблюдения достоверно уменьшились случаи боли в шее и плечевом поясе⁴.

На первом этапе развития офисного синдрома необходимо использовать в первую очередь профилактические методы, такие как анализ индивидуальных факторов риска, изменение стиля работы, не прибегая к раннему использованию фармакотерапии.

² Janwantanakul P., Pensri P., Moolkay P., Jiamjarasrangsi W. Development of a risk score for low back pain in office workers – a cross-sectional study // BMC Musculoskelet. Disord. 2011. Vol. 12. ID 23.

³ Meijer E.M., Sluiter J.K., Frings-Dresen M.H. Is workstyle a mediating factor for pain in the upper extremity over time? // J. Occup. Rehabil. 2008. Vol. 18. № 3. P. 262–266.

⁴ Bernaards C.M., Ariëns G.A., Knol D.L., Hildebrandt V.H. The effectiveness of a work style intervention and a lifestyle physical activity intervention on the recovery from neck and upper limb symptoms in computer workers // Pain. 2007. Vol. 132. № 1–2. P. 142–153.



Эффективными способами лечения периодически возникающей головной боли напряжения являются отдых, расслабление, релаксация, массаж, акупунктура, плавание, йога.

На втором этапе развития офисного синдрома применяются те же методы, что и на первом, но добавляется фармакотерапия. Лекарственные средства должны быть эффективными, безопасными, оптимальными по соотношению «цена – качество». И что очень важно, препараты не должны оказывать негативного влияния на трудовую деятельность и активный образ жизни офисного работника.

При выраженном болевом синдроме в спине пациентам рекомендуется по возможности оставаться активными, придерживаясь постельного режима только в случае крайней необходимости и не дольше одного – трех дней. В случае умеренной боли постельный режим не рекомендуется. Больным показано раннее (но плавное) возвращение к привычному уровню двигательной активности. При этом важным аспектом терапии является формирование адекватных ожиданий пациента с помощью специальной образовательной литературы, информации из интернета. Выбор медикаментозного лечения зависит от выраженности болевого синдрома.

Для лечения острой боли в спине применяют различные классы препаратов: парацетамол, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), миорелаксанты, бензодиазепины, трамадол, опиоидные анальгети-

ки. В качестве симптоматической терапии для снятия сильного болевого синдрома необходимо использовать анальгетические препараты с быстрым началом действия.

Профессор А.Б. Данилов более подробно остановился на преимуществах применения для симптоматического лечения болевого синдрома такого НПВП, как Налгезин® (действующее вещество напроксен). Налгезин® оказывает обезболивающее, жаропонижающее и противовоспалительное действие. Налгезин® в дозировке 275 мг назначают при болевом синдроме слабой или умеренной выраженности. При выраженном болевом синдроме используют Налгезин® Форте, содержащий 550 мг напроксена.

Налгезин® обеспечивает быстрое начало обезболивающего действия за счет быстрого растворения в кишечнике и высокой степени всасывания действующего вещества в кровоток⁵.

Данные многочисленных клинических и эпидемиологических исследований подтверждают, что Налгезин® имеет благоприятный уровень безопасности. Доказано, что применение напроксена ассоциируется с наименьшим риском осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы⁶. Риск сердечно-сосудистых осложнений статистически значимо возрастает при увеличении дозы для диклофенака и ибупрофена и не увеличивался при повышении дозы напроксена⁷. Напроксен – единственный препарат из класса НПВП, разрешенный к приме-

нию при умеренном риске сердечно-сосудистых осложнений⁸.

Несмотря на то что гепатотоксичность рассматривается как характеристика, присущая всему классу НПВП, напроксен реже вызывает повреждения печени, чем многие другие НПВП. Согласно данным крупного исследования, наибольший вклад в развитие гепатотоксических осложнений вносили нимесулид, бромфенак, диклофенак и сулиндак. Напроксен вошел в группу тех НПВП, которые в меньшей степени были ответственны за развитие поражения печени⁹.

В заключение профессор А.Б. Данилов отметил, что хронический стресс запускает процессы системного воспаления, которое является своеобразным фундаментом коморбидности. Последствием системного воспаления у человека может быть развитие таких заболеваний и состояний, как депрессия, хроническая боль, ожирение, артриты, сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, онкологические заболевания и др. Стресс, гиподинамия, нарушение режима питания и сна, негативные эмоции – это факторы, которые приводят современного офисного работника к развитию хронических синдромов, сопровождающихся болью и снижением качества жизни. Предотвратить ухудшение физического и психологического состояния, сохранить высокое качество жизни позволят регулярная физическая активность, контроль массы тела, правильный образ жизни, позитивное мышление и осознанный подход к здоровью.

⁵ Moore R.A., Derry S., McQuay H.J., Wiffen P.J. Single dose oral analgesics for acute postoperative pain in adults // Cochrane Database Syst. Rev. 2011. Vol. 9. CD008659.

⁶ Trelle S., Reichenbach S., Wandel S. et al. Cardiovascular safety of non-steroidal anti-inflammatory drugs: network meta-analysis // BMJ. 2011. Vol. 342. ID c7086.

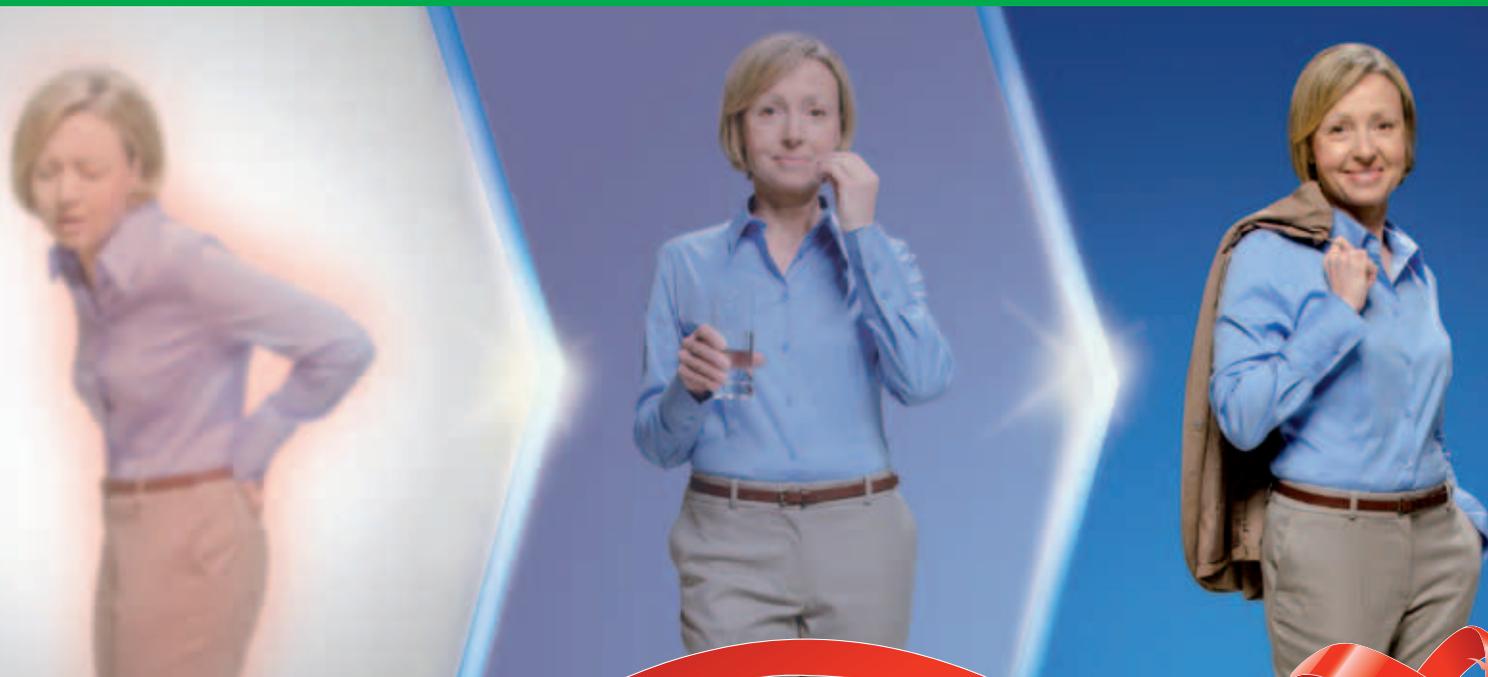
⁷ McGittigan P., Henry D. Cardiovascular risk and inhibition of cyclooxygenase: a systematic review of the observational studies of selective and nonselective inhibitors of cyclooxygenase 2 // JAMA. 2006. Vol. 296. № 13. P. 1633–1644.

⁸ Каратеев А.Е., Яхно Н.Н., Лазебник Л.Б. и др. Применение нестероидных противовоспалительных препаратов. Клинические рекомендации. М.: ИМА-ПРЕСС, 2010.

⁹ Sanchez-Matienzo D., Arana A., Castellsague J., Perez-Gutthann S. Hepatic disorders in patients treated with COX-2 selective inhibitors or nonselective NSAIDs: a case/noncase analysis of spontaneous reports // Clin. Ther. 2006. Vol. 28. № 8. P. 1123–1132.



Доверие препаратам KRKA – это доверие передовым технологиям и высокому европейскому качеству



Когда приходит боль...

...есть оптимальное решение

Налгезин®

форте

напроксен натрия

таблетки, покрытые пленочной оболочкой 550 мг

- НПВС с длительным эффектом¹
- НПВС с оптимальным профилем кардиоваскулярной безопасности²

Регистрационный номер: ПН014104/01-061207

Фармакологические свойства.

Налгезин форте обладает обезболивающим, жаропонижающим и противовоспалительным действием. Механизм действия связан с неселективным ингибированием активности ЦОГ-1 и ЦОГ-2. Налгезин форте хорошо растворяется, быстро всасываются из ЖКТ и обеспечивают быстрое наступление обезболивающего эффекта.

Фармакокинетика.

Абсорбция из ЖКТ – быстрая и полная, биодоступность – 95% (прием пищи практически не влияет ни на полноту, ни на скорость всасывания).
Время достижения С_{max} – 1-2 ч, связь с белками плазмы >99%, период полувыведения – 12-15 ч.

Показания.

- Заболевания опорно-двигательного аппарата.
- Болевой синдром слабой или умеренной выраженности: невралгия, оссалгия, миалгия, люмбоишиалгия, посттравматический болевой синдром, сопровождающийся воспалением, послеоперационная боль, головная боль, мигрень, альгодисменорея, аднексит, зубная боль.
- В составе комплексной терапии инфекционно-воспалительных заболеваний уха, горла, носа с выраженным болевым синдромом.
- Лихорадочный синдром при «простудных» и инфекционных заболеваниях.

Рекомендуемая схема терапии:

СД составляет 1-2 таблетки (550 -1100 мг).

При очень сильных болях и отсутствии в анамнезе желудочно-кишечных заболеваний можно увеличить СД до 3 таблеток (1650 мг), но не более чем на 2 недели.
Для предупреждения приступов мигрени – 1 таблетка (550 мг) 2р/д. При первых признаках мигренозного приступа – 1,5 таблетки (825 мг), а при необходимости еще 0,5-1 таблетку (275-550 мг) спустя 30 мин.

При менструальных болях и спазмах, болях после введения ВМС и других гинекологических болях начальная доза – 1 таблетка (550 мг), далее по 0,5 таблетки (275 мг) каждые 6-8 ч.

При остром приступе подагры начальная доза – 1,5 таблетки (825 мг), далее 1 таблетка (550 мг) спустя 8 ч, а затем 0,5 таблетки (275 мг) каждые 8 ч до прекращения приступа.

При ревматоидных заболеваниях обычная начальная доза препарата составляет от 1-2 таблетки (550-1100 мг), утром и вечером.

Условия отпуска из аптек.

По рецепту¹.

Источники информации: 1. Инструкция по медицинскому применению.

2. McGettigan P, Henry D. Cardiovascular risk and inhibition of cyclooxygenase. JAMA 2006; 296: 1633-44.

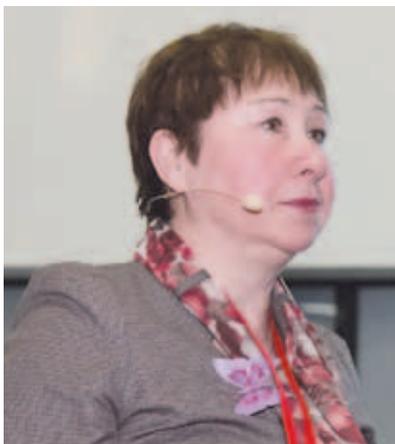
Информация предназначена для медицинских и фармацевтических работников.

Заказчик размещения рекламы ООО «КРКА ФАРМА»

125212, г. Москва, Головинское шоссе, д. 5, корп. 1

Тел.: (495) 981-10-95, факс (495) 981-10-91. e-mail: info@krka.ru. www.krka.ru





Профессор
Л.Ф. Васильева

Основатель и президент Межрегиональной ассоциации прикладной кинезиологии, д.м.н., профессор РНИМУ им. Н.И. Пирогова Людмила Федоровна ВАСИЛЬЕВА провела мастер-класс, продемонстрировав способы диагностики заболеваний костно-мышечной системы с помощью методов прикладной кинезиологии.

В некоторых случаях традиционные неврологические методы диагностики не позволяют быстро и точно поставить пациентам диагноз. Прикладная кинезиология – новый междисциплинарный подход к здоровью, который основывается на функциональном исследовании и лечении пациента с позиции способности нервной системы к самовосстановлению. С помощью методов прикладной кинезиологии можно оценить состояние больного не только с использованием стандартизированных методик диагностики, но и применяя анализ работы систем организма под нагрузкой. Основным диагностическим и контролирующим методом прикладной кинезиологии является мануальное мышечное тестирование.

На примере участников симпозиума, жалующихся на боли в области запястья и шеи, докладчик наглядно показала этапы тестирования, включающие последовательную оценку состояния биомеханики костно-мышечной системы. Клиническая диагностика начинается с оценки состояния мышечно-скелетной системы,

Мастер-класс по прикладной кинезиологии

независимо от заболевания и его локализации. В ходе тестирования профессор Л.Ф. Васильева исследовала физиологические функции мышц и суставов пациентов в динамике с целью выявить ослабленные мышцы и найти причину заболевания. В диагностике функциональных нарушений нервной системы применяют ручной тест оценки активности рефлекса на растяжение каждой отдельной мышцы, многообразии взаимных рефлекторных влияний, уровень иннервации и кровоснабжения. Анализ позы и мышечное тестирование являются первыми и наиболее информативными методами исследования в прикладной кинезиологии.

Распространенным заболеванием среди офисных работников является синдром запястного канала (туннельный синдром), который также называют синдромом «компьютерной мыши». Он проявляется болью, онемением, парестезиями и слабостью в руке, кисти. Эти симптомы обусловлены сдавлением срединного нерва на уровне запястья. При этом часто развива-

ется длительный воспалительный процесс. Однако при постановке диагноза акцентировать внимание только на области запястья не следует. Часто мышечная дисфункция – это следствие дисбаланса в организме. На сегодняшний день доказано наличие функциональной связи между патологией органов и систем организма и тонусом скелетной мускулатуры. Именно поэтому прикладная кинезиология рассматривает организм человека как единую систему, а врач-кинезиолог последовательно обследует пациента при помощи специальных тестов для определения причины снижения функции и тонуса мышц.

Профессор Л.Ф. Васильева призвала всех использовать новые методы прикладной кинезиологии в диагностике и лечении больных с нарушениями мышечно-скелетной системы. Своевременное выявление мышечного дисбаланса, применение эффективных способов мануальной терапии помогут избежать развития осложнений заболеваний у пациента и его зависимости от приема фармацевтических препаратов.

Заключение

В ходе симпозиума эксперты отмечали необходимость полноценной и своевременной диагностики проявлений офисного синдрома. Это позволит предупредить ухудшение состояния пациента и сократить финансовые расходы. Были показаны возможности методов прикладной кинезиологии в выявлении мышечного дисбаланса и поиске причины снижения функции мышц. Тактика лечения офисного синдрома зависит от выраженности этого состояния и включает как немедикаментозные, так и фармакологические методы. При появлении мышечно-скелетных болей в результате развития офисного синдрома возникает необходимость

быстрого и эффективного обезболивания. В таких случаях можно применять напроксен (Налгезин®). Налгезин® характеризуется жаропонижающим, анальгезирующим, а также противовоспалительным свойством. Препарат быстро всасывается из желудочно-кишечного тракта, обеспечивая быстрое обезболивание. Эффективность Налгезина продемонстрирована в многочисленных рандомизированных плацебоконтролируемых исследованиях. Следует отметить высокий профиль безопасности Налгезина: это единственный препарат из класса НПВП, разрешенный к применению при умеренном риске сердечно-сосудистых осложнений. *