

Клинический случай: биорегуляционная терапия при острой цервикобрахиалгии

Хайбуллина Д.Х.

Абстракт

Боль в спине и шее широко распространена в популяции, преимущественно среди пациентов трудоспособного возраста. Источником боли могут быть различные структуры: суставы, мышцы, связки, межпозвонковые диски. Физикальное исследование пациента, включает в себя нейроортопедическое и неврологическое обследование и является ведущим диагностическим методом. Рассматриваемый клинический случай посвящен терапии острой скелетно-мышечной боли у коморбидной пациентки с имеющимися противопоказаниями к стандартной терапии НПВП. Используемая схема лечения с включением препаратов биорегуляторного ряда (Траумель® С, Цель® Т, Спаскупрель® и Неврохель®) позволили купировать не только болевой синдром, но и сопутствующую инсомнию и тревожность без ухудшения течения коморбидной патологии.

Актуальность проблемы

Боль в спине широко распространена в популяции [1], при этом боль в спине хотя бы один раз в течение жизни испытывают от 60 до 90% населения, а 25 - 40% отмечают появление боли в спине ежегодно [2, 3]. Изучение заболеваемости населения на глобальном уровне (Global Burden of Disease Study) показало, что боль в спине является основной причиной нетрудоспособности в мире [1], так как поражает наиболее трудоспособную часть населения [4, 5]. Скелетно-мышечная боль (СМБ) занимает первое место среди других видов боли в спине [6-10]. По определению междисциплинарного консенсуса (2016), скелетно-мышечная боль определяется как «...боль, связанная с физической нагрузкой и вызванными этой нагрузкой повреждением и асептическим воспалением различных мягкотканых элементов опорно-двигательного аппарата. СМБ характеризуется четкой локализацией и связью с движением определенной анатомической структуры» [11]. Источником СМБ могут быть различные структуры опорно-двигательного аппарата: кости, суставы, мышцы, фасции, сухожилия, связки, межпозвонковые диски. Среди провоцирующих факторов развития СМБ на первом месте указываются статические и динамические перегрузки, которые вызывают активацию периферических ноцицепторов, что приводит к возникновению боли. Боль носит, как правило, ноющий, сжимающий характер, усиливается при определенных движениях в заинтересованном регионе, а интенсивность болевого синдрома зависит от множества факторов (конституциональные особенности, психоэмоциональная составляющая и т.д.).

Основным диагностическим методом при СМБ является физикальное исследование пациента, которое включает в себя сбор жалоб и анамнеза, визуальный осмотр в статике и динамике, нейроортопедическое и неврологическое обследование. В подавляющем большинстве случаев клинический диагноз СМБ возможно поставить без проведения дополнительных методов исследования.

СМБ может носить острый или хронический характер. Болевой синдром длительностью менее 6 недель считается острым, от 6 до 12 недель – подострым и более 12 недель – хроническим [12, 13]. Есть мнение, что, если боль длится менее 12 недель, то она рассматривается как острая, а более 12 недель - как хроническая [14]. Общий подход к тактике лечения острого болевого синдрома включает нестероидные противовоспалительные препараты, миорелаксанты, глюкокортикоиды, простые и опиоидные анальгетики в сочетании с немедикаментозными методами [11-15] с учетом противопоказаний. Включение когнитивно-поведенческой терапии и лечебной физкультуры в схему лечения СМБ повышает эффективность [16, 17].

Быстрое и эффективное купирование острого болевого синдрома предотвращает его трансформацию в синдром хронической боли [18].

Клинический случай

Женщина 37 лет, бухгалтер, обратилась за медицинской помощью с жалобами на боли в шее и области левого надплечья с иррадиацией до локтя. Появление жалоб пациентка связывала с длительной (по 10-12 часов) статической нагрузкой в виде работы за компьютером в течение недели. Кроме того, пациентка предъявляла жалобы на чувство усталости, скованности, дискомфорта в межлопаточной области, задней поверхности шеи, надплечьях, которые уменьшались при разминке, перемене положения тела или массаже. Три дня тому назад описанные неприятные ощущения стали беспокоить сильнее и постепенно переросли в боль, которая локализовалась в заднебоковой поверхности шеи, области левого надплечья с иррадиацией в левую затылочную область и левую руку до уровня локтевого сустава. Пациентка начала самостоятельный прием нестероидного противовоспалительного препарата, который несколько снижал болевые ощущения, но полностью их не купировал. Болевой синдром беспокоил пациентку и ночные часы, что вызывало нарушение сна в виде затруднений засыпания в связи с необходимостью найти удобное положение тела, а также просыпаний ночью из-за усиления боли при перемене положения тела. В анамнезе у пациентки – язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки (последнее обострение 1 год назад).

На момент осмотра выраженность боли по ВАШ пациентка оценивала на 8 баллов. Пациентка эмоциональная лабильна, обращает на себя внимание повышенная тревожность. При осмотре было выявлено нарушение статики в форме латерофлексии шейного отдела позвоночника влево, асимметрии надплечий (справа - ниже), пропульсии головы. При исследовании объема движения в ШОП выявлялось ограничение экстензии, ротации влево на 20°, латерофлексии вправо на 15°. Пальпаторно определялась болезненность остистых отростков C_{IV}, C_V, C_{VII}, Th_I, повышение тонуса и болезненность следующих мышц: ременной мышцы шеи слева, нисходящей порции трапецевидной мышцы, поднимающей лопатку, надостной. Тесты на укорочение указанных мышц оказались положительными, а резистивные провокационные тесты выявили их участие в развитии болевого синдрома. Нейроортопедическое исследование выявило функциональные блоки в направлении экстензии-ротации влево в позвоночно-двигательных сегментах (ПДС) C_{IV-V}, C_{VII}-Th_I. В неврологическом статусе пациентки изменений не определялось. Учитывая, левостороннюю локализацию болевого синдрома, было проведено электрокардиографическое исследование с целью исключения патологии сердечной мышцы. На основании жалоб, анамнеза, данных объективного исследования пациентке был выставлен клинический диагноз: «Цервикобрахиалгия (M53.1). Мышечно-тонический синдром мышц: нисходящей порции трапецевидной, поднимающей лопатку, надостной, ременной шеи слева. Функциональные блоки в ПДС C_{IV-V}, C_{VII}-Th_I. Острое течение. Выраженные клинические проявления. Тревожное расстройство. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки». Учитывая, наличие у пациентки противопоказаний к применению нестероидных противовоспалительных препаратов, с целью купирования болевого синдрома были назначены препараты Траумель® С и Цель® Т по 2,2 мл (1 ампула) внутримышечно через день №10. Наличие мышечно-тонического синдрома продиктовало назначение препарата – Спаскупрель® по 1 таб х 3 раза в день 14 дней. Кроме того, было рекомендовано ввести в курс лечения мазь Траумель® С: наносить на заднебоковую часть шеи и надплечье 3-4 раза в день в течение 14 дней. С целью устранения патобиомеханических изменений в форме функциональных блоков ПДС и укорочения мышц применялись мобилизационные и релаксационные техники мануальной терапии. Эффективность терапии была оценена через 7 дней от начала лечения и выявила снижение выраженности болевого синдрома до 5 баллов по ВАШ, что было расценено как «недостаточная эффективность». У пациентки сохранялись нарушения сна и изменения в психоэмоциональной сфере (тревожность, эмоциональная лабильность), которые являются так называемыми, «желтыми флагами» и могут приводить к хронизации боли, в схему лечения был добавлен препарат Неврохель® по 1 таб х 3 раза в день на 14 дней, а

также рекомендована консультация психотерапевта. Проведенная на 14-й день от начала терапии оценка эффективности лечения показала, что выраженность боли уменьшилась до 2 баллов по ВАШ, уменьшилась тревога, нормализовался сон. В связи с этим было принято решение продолжить прием препаратов Траумель® С и Цель® Т в таблетированной форме – по 1 таб х 3 раза в день 1 месяц, Неврохель® – продолжить прием в ранее назначенной дозировке до 14 дней. Кроме того, пациентке была назначена консультация врача ЛФК, даны рекомендации по организации рабочего места в соответствии с требованиями эргономики. При контрольном осмотре через 1 месяц пациентка жалоб не предъявляла, что позволило завершить курс лечения.

Обсуждение

Воспаление является универсальной реакцией организма на любое повреждение и сопровождает развитие острого или хронического болевого синдрома. Длительное сокращение или укорочение таких элементов опорно-двигательного аппарата как мышцы, связки, фасции вызывает развитие асептического воспаления с выделением провоспалительных цитокинов, что приводит к раздражению ноцицепторов в зоне повреждения. Длительное укорочение мышц вызывает локальное повреждение части миофибрилл и развитие миофасциального болевого синдрома.

В представленном клиническом случае описан вариант острой скелетно-мышечной боли. В типичном случае, когда нет противопоказаний, данной категории пациентов назначают препарат из группы нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). Наша пациентка страдала язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки, что является прямым противопоказанием для применения НПВП. Поэтому была выбрана комбинация трёх биорегуляционных препаратов Траумель® С, Цель® Т и Спаскупрель®, которые по действию дополняют друг друга. Три препарата являются многокомпонентными и содержат растительные, биологические ингредиенты, а также минералы. При этом считается, что Траумель® С в большей степени обладает противовоспалительным действием и оказывает быстрый анальгезирующий эффект. Из курса патофизиологии известно, что воспаление имеет определенные стадии течения: острая, переходная, разрешение, восстановление. При этом в каждый момент активируются определенные факторы, способствующие физиологичному протеканию и разрешению воспалительного процесса. Действие же классических НПВП основано на подавлении ЦОГ-2, который является важным медиатором, способствующим синтезу простагландина E2 и ряда проразрешающих факторов воспаления. Траумель® С способствует протеканию воспаления по физиологичному пути, приводя его к естественному разрешению и восстановлению тканей. Препарат Цель® Т обладает не

только противовоспалительным, но и хондропротективным действием. Данный препарат влияет на ферменты ЦОГ и ЛОГ путём ингибирования медиатора хронического воспаления лейкотриена В₄ и медиатора острого воспаления простагландина Е₂. Оказывая воздействие на фактор роста сосудистого эндотелия (VEGF) и трансформирующий ростовой фактор бета (TGF-β), Цель[®] Т способен поддерживать хондрогенез, что предотвращает хронизацию воспалительной реакции, а также препятствует разрушению хрящевой ткани. Препарат Спаскупрель[®] применялся в качестве аналога миорелаксантов. Включение в схему терапии препарата Неврохель[®] позволило быстро купировать инсомнические расстройства и снизить уровень тревожности у нашей пациентки. Необходимо отметить хороший профиль переносимости указанной схемы терапии даже с учетом коморбидности.

Литература

1. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013 // Lancet. 2015. Vol. 386. № 9995. P. 743–800. doi: [10.1016/S0140-6736\(15\)60692-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60692-4)
2. Manek NJ, MacGregor AJ. Epidemiology of back disorders: prevalence, risk factors, and prognosis. Curr Opin Rheumatol. 2005 Mar;17(2):134-40. doi: 10.1097/01.bor.0000154215.08986.06.
3. Котова О.В., Акарачкова Е.С. Боль в спине: эпидемиология, этиология, лечение. Consilium Medicum. 2017; 19 (2.3. Неврология и Ревматология): 43–47. DOI: 10.26442/2075-1753_19.2.3.43-47
4. Hoy D, Brooks P, Blyth F, Buchbinder R. The Epidemiology of low back pain. Best Pract Res Clin Rheumatol 2010; 24 (6): 769–81. DOI: 10.1016/j.berh.2010.10.002
5. Hoy DG, Protani M, De R. The epidemiology of neck pain. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2010 Dec;24(6):783–92. DOI: 10.1016/j.berh.2011.01.019. Koes BW, van Tulder M, Lin CW, et al. An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care. Eur Spine J. 2010;19:2075–94. doi: 10.1007/s00586-010-1502-y.
6. Oliveira CB, Maher CG, Pinto RZ, Traeger AC, Lin CC, Chenot JF, van Tulder M, Koes BW. Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care: an updated overview. Eur Spine J. 2018 Nov;27(11):2791-2803. doi: 10.1007/s00586-018-5673-2
7. Bardin L.D., King P., Maher C.G. Diagnostic triage for low back pain: a practical approach for primary care. Med J Aust. 2017;206(6):268–273. doi: 10.5694/mja16.00828.

8. Heuch I, Foss IS. Acute low back usually resolves quickly but persistent low back pain often persists. J Physiother. 2013 Jun;59(2):127. doi: 10.1016/S1836-9553(13)70166-8.
9. Парфенов В.А. Ведение пациентов с хронической неспецифической поясничной болью. Медицинский совет. 2019; 1:40-25. DOI: [10.21518/2079-701X-2019-1-40-45](https://doi.org/10.21518/2079-701X-2019-1-40-45)
10. Баринов А.Н., Махинов К.А., Сергиенко Д.А. Острая боль в спине. Медицинский Совет. 2016;(8):44-49. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2016-8-44-49>
11. Насонов Е.Л., Яхно Н.Н., Каратеев А.Е., Алексеева Л.И., Баринов А.Н., Барулин А.Е. и др. Общие принципы лечения скелетно-мышечной боли: междисциплинарный консенсус. Научно-практическая ревматология. 2016;54(3):247-265. doi: <http://dx.doi.org/10.14412/1995-4484-2016-247-265>
12. Кукушкин М.Л., Табеева Г.Р., Подчуфарова Е.В. Болевой синдром: патофизиология, клиника, лечение. Клинические рекомендации. Под ред. Н.Н. Яхно. 2-е изд. Москва: ИМА-пресс; 2014. 72 с. Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=30574304>
13. Котова О.В., Акарачкова Е.С., Данилов А.Б. Вопросы длительной терапии болевых синдромов. Рус. Мед. Журн. 2015; 23 (30): 16–8. Режим доступа: https://elibrary.ru/download/elibrary_25690505_66906106.pdf
14. Верткин А.Л., Каратеев А.Е., Кукушкин М.Л., Парфенов В. А., Яхно Н.Н. Консенсус по ведению пациентов с болью в спине для терапевтов и врачей общей практики поликлиник. Москва. 2017; 16 с. Режим доступа: <https://www.rnmot.ru/public/uploads/RNMOT/clinical/2017pdf>
15. Баринов А.Н., Махинов К.А., Сергиенко Д.А. Боль в спине: новые технологии и старые предрассудки. Фарматека. 2016;7:14–21. Режим доступа: https://elibrary.ru/download/elibrary_26010190_69551064.pdf
16. Парфенов В.А., Головачева В.А. Диагностика и лечение острой неспецифической пояснично-крестцовой боли. Терапевтический архив. 2019; 91 (8): 155–159. doi: 10.26442/00403660.2019.08.000315
17. Кукушкин М.Л. Острая боль в спине: диагностика и лечение. Нервные болезни. 2019; (2):46-51. DOI: [10.24411/2226-0757-2019-12104](https://doi.org/10.24411/2226-0757-2019-12104)
18. Каратеев АЕ, Алексеева ЛИ. Анальгетическое лечение с использованием системного алгоритма. Современная ревматология. 2015;9(2):37–50; DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/1996-7012-2015-2-37-50>