

ширение программы обследования больных перед назначением препарата и контроль над лечением. Для исключения асимптомных повреждений слизистой необходимо проводить эзофагогастродуоденоскопию.

В ЦНИИ гастроэнтерологии лечение одним из препаратов алендроновой кислоты (алендронат натрия плюс колекальциферол, Фосаванс — 1 таблетка 1 раз в нед) получила 21 пациентка с остеопенией и(или) остеопорозом на фоне таких заболеваний ЖКТ, как хронический панкреатит, цирроз печени, постхолестероэктомический синдром. Длительность наблюдения за больными превышала 2 года, и за это время мы наблюдали в общей сложности 8 нежелательных реакций (табл. 3).

За прошедший период нежелательные реакции возникли у 2 (9,5%) пациенток (данные следует интерпретировать с учетом небольшого размера выборки). У 1 (4,8%) пациентки появились симптомы рефлюкс-эзофагита, который удалось купировать приемом ингибитора протонной помпы, отмены препарата не потребовалось, и больная продолжила лечение. Только у одной больной появились клинические и эндоскопические симптомы эзофагита, что потребовало отмены препарата.

Таким образом, хотя при приеме алендроната возможны желудочно-кишечные расстройства, эти побочные эффекты развиваются редко, и их, как правило, можно избежать при соблюдении правил приема препарата и четком контроле над лечением со стороны врача даже у пациентов с сопутствующей патологией ЖКТ. Следует также помнить, что нежелательные явления со стороны ЖКТ, в частности диспепсия, могут возникать независимо от лечения примерно у 1/3 пожилых пациентов, которым показаны бифосфонаты, и что одновременно с бифосфонатами эти пациенты в большинстве случаев получают кальций, который сам по себе может вызывать диспепсию. Поэтому у врача не может быть уверенности, что она вызвана именно бифосфонатами, например алендронатом.

В таких ситуациях часто используют подход «отмена — повторное назначение» («dechallenge — rechallenge»). То есть в случае возникновения диспепсии подозреваемый препарат (например, бифосфонат) отменяют на 4–6 нед, а затем его прием возобновляют. Если после отмены препарата симптомы уменьшаются/исчезнут, а при повторном назначении возникнут снова, врач уже может утверждать, что причиной симптомов со стороны ЖКТ является именно этот препарат (в данном случае — бифосфонат), и сможет планировать замену терапии. Такой подход позволяет дифференцированно подходить к оценке нежелательных явлений на фоне лекарственной терапии и избегать необоснованных отмен лечения у пациентов, которым это лечение необходимо.

*Список литературы см. на сайте [www.rusvrach.ru](http://www.rusvrach.ru).*

#### THE EFFICIENCY AND SAFETY OF BIPHOSPHONATE TREATMENT FOR OSTEOPENIA AND OSTEOPOROSIS

*Professor V. Drozdov, MD; Yu. Embutnieks, Candidate of Medical Sciences*

*Central Gastroenterology Research Institute, Moscow*

*The paper gives the currently available data on the efficacy and safety of biphosphonates used in the treatment of osteoporosis. It clarifies the role of concomitant therapy, including that with nonsteroidal anti-inflammatory drugs, in the occurrence of adverse reactions. Whether biphosphonates may be used in patients with osteoporosis that develops in digestive diseases is discussed.*

**Key words:** biphosphonates, osteoporosis, adverse reactions.

из практики

## ПРОСПЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЙ В СПИНЕ

**М. Кокина<sup>1</sup>, Е. Филатова<sup>2</sup>**, доктор медицинских наук,

<sup>1</sup>Поликлиника № 192 ЮАО, Москва, <sup>2</sup>ММА им. И.М. Сеченова

E-mail: kokina@yandex.ru

*Анализ показал несколько избыточную хирургическую активность при болях в спине. При более высоких ближайших результатах отдаленные (в сроки более 2 лет) приближались к дооперационным и не зависели от длительности последнего обострения, продолжительности и частоты госпитализаций, наличия или отсутствия корешкового синдрома и размеров межпозвоноковых грыж.*

**Ключевые слова:** боли в спине, оперативное лечение, ближайшие и отдаленные результаты.

Большинство людей хотя бы раз в жизни испытывали боль в спине. Около 20% взрослого населения страдают от периодически повторяющихся болей в спине длительностью от 3 дней и более. Среди них примерно у 80% пациентов под воздействием лечения боли проходят в течение месяца, а у 20% отмечаются хронические боли в спине, длящиеся более 3 мес.

Боли в спине могут возникать в любом возрасте, у мужчин и у женщин. Чаще болями в спине страдают люди в возрасте от 30 до 45 лет; именно в этом периоде боли в спине являются одной из наиболее частых причин потери трудоспособности.

Радикулопатия, или корешковый синдром, как осложнение остеохондроза позвоночника встречается только в 5–8% случаев. Корешок поражается в результате микротравматизации окружающими тканями — в нем появляются отек, ишемия, неспецифическое воспаление. Непосредственным источником микротравматизации корешков при остеохондрозе позвоночника могут быть: грыжи дисков, артрозы в межпозвоночных суставах, гипертрофия задней продольной связки, остеофиты.

При лечении радикулопатии применяют консервативную терапию (аналгезию, физиотерапию, мануальную терапию, психотерапию). Альтернативой является хирургическое лечение, направленное на удаление межпозвоноковой грыжи, компремирующей корешок.

Показания к хирургическому лечению болей в спине можно разделить на абсолютные и относительные. К абсолютным показаниям относят: нарастающий неврологический дефицит, синдром компрессии конского хвоста, явления миелорадикулоишемии, не купируемый болевой синдром. Относительными показаниями являются: недостаточный эффект от консервативной терапии в течение 3 мес, повторные эпизоды ишиалгии, неврологический дефицит.

Данные литературы о сравнительной эффективности хирургического и нехирургического лечения боли в спине носят противоречивый характер: с одной стороны, отмечается увеличение числа хирургических вмешательств по поводу болей в спине, с другой — растет число публикаций о «недостатках» хирургического метода [3, 5, 7, 9, 11–13].

В частности в обсервационном исследовании SPORT, которое проводилось в 13 клиниках 11 стран с участием 743 па-

Таблица 1

**Сравнительный анализ клинической характеристики пациентов**

Показатель	До операции		p
	До операции	После операции	
Частота обострений общая	9,4	3,6	<0,05
Количество госпитализаций в стационар	2,056	1,11	<0,05
Средняя длительность обострения, дни	34,66	16,98	<0,05
Длительность последнего обострения, дни	47,62	14,83	<0,05
Корешковый синдром, n (%):			
четкий	36 (67,9)	18 (33,9)	<0,05
сомнительный	9 (17)	9 (17)	
отрицательный	8 (15,1)	26 (49,1)	

Таблица 2

**Результаты анкетного обследования пациентов по поводу болей в спине**

Опросник	Результат, %		p
	хороший (n=28)	плохой (n=25)	
Опросник КЖ	29,64	45,45	<0,05
Опросник Бэка	8,71	19,8	<0,05
Опросник Спилбергера в данный момент	40,5	51,16	<0,05
обычно	46,11	52,72	<0,05
СОН			
до лечения	18,32	15,24	<0,05
после лечения	20,75	18,24	<0,05
Опросник ДН4			
НБ <sup>+</sup> , n	7	15	<0,05
НБ <sup>-</sup> , n	21	10	
Инвалидизация, баллы	3,82	6,48	<0,05
ВАШ при движении, баллы	6,53	7,56	<0,05

*Примечание.* НБ<sup>+</sup> – число пациентов с нейропатической болью, НБ<sup>-</sup> – при ее отсутствии.

Таблица 3

**Сравнительный анализ клинической картины заболевания до и после операции**

Показатель	До 2 лет		После 2 лет	
	до операции	после операции	до операции	после операции
Длительность последнего обострения, дни	45,45	13,39	54,3	17,2
Средняя длительность обострений за год, дни	34,06	16,24	35,65	18,2
Частота обострений				
общая	9,27	2,12	9,6	6,1
за год	2,18	1,69*	2,25	1,72
Число госпитализаций в стационар	1,79	0,69	2,53*	1,8*
Длительность госпитализации, дни	35,9	14,6	47,05*	34,65*
Корешковый синдром, n:				
четкий	19	9	16	9
сомнительный	7	4	3	5
отрицательный	7	20	1	6

\* p>0,05 по сравнению с показателем до операции; в остальных случаях различия достоверны.

циентов, было показано, что через 3 мес результаты хирургического лечения превосходили полученные при консервативном, но через 2 года различия исчезали [14]. Несмотря на значительный прогресс в последние годы в решении проблемы диагностики грыж дисков, их хирургического лечения, отдаленные результаты не могут считаться вполне благоприятными. Лишь в немногих из опубликованных работ целенаправленно изучены причины неудач и намечены пути их преодоления.

Нами для оценки эффективности результатов оперативного лечения пациентов с болями в спине и уточнения факторов, влияющих на исход операции, проведен ретроспективный анализ историй болезни 53 пациентов, наблюдающихся в районной поликлинике № 192 ЮАО Москвы по поводу болей в спине и подвергшихся оперативному лечению. Проанализированы также результаты рентгенологического исследования поясничного отдела позвоночника и данные МРТ поясничного отдела позвоночника – с целью оценки выраженности вертеброгенной патологии до оперативного вмешательства. Проведено клиническое неврологическое исследование тех же пациентов с оценкой эффективности операции по мнению врача и пациента. Средний возраст обследованных составил 43±1,22 года, женщин было 32 (60%), мужчин – 21 (40%). Анализировали болевой синдром у пациентов, перенесших оперативное лечение: показатели Визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) в покое и при движении, подвижность вперед, вправо и влево, индекс инвалидизации по Ваделю. Проведено анкетное исследование: оценка качества жизни, тест самооценки выраженности депрессии Бека, тест Спилбергера для оценки выраженности реактивной и личностной тревоги, анкета качественных характеристик сна, тест ДН4 для выявления признаков нейропатической боли (НБ). Статистическая обработка данных осуществлена с помощью программы Statistica-99.

Детальный клинический анализ историй болезней показал, что большинство пациентов, подвергшихся оперативному лечению, были женщины – 32 (60%); возраст при дебюте боли в спине составил 32,7 года; средняя длительность заболевания – 4,11 года. Дискэктомия была выполнена 47,5% пациентам, микродискэктомия – 45,3%, лазерная нуклеотомия – 7,5%. Оперативные вмешательства выполнялись хирургами в разных медицинских учреждениях Москвы. Среди факторов риска развития болевого синдрома в спине большинство пациентов указывали на поднятие тяжести (43,4%) и стресс (43,4%), работу в холодном помещении (28,3%) и длительное пребывание в вынужденном положении (20,8%). Из сопутствующих заболеваний на 1-м по частоте месте была артериальная гипертензия (38,8%), существенно реже у пациентов с болями в спине выявляли язвенную болезнь желудка и ожирение (по 7,5%), хронический бронхит (5,7%), гастрит (9,4%), ИБС и опухоль мочевого пузыря (по 1,9%). Не обнаружено сопутствующих заболеваний у 20 (37,7%) обследованных. При анализе историй болезни отмечено, что наряду с болями в спине пациенты жаловались на боли в других частях тела, т.е. болевой синдром носил генерализованный характер. Преобладали боли в голове – у 40 (75,5%),

в руках — у 36 (67,9%), в животе — у 24 (45,3%), в ногах — у 12 (22,6%) и лишь у 5 (9,4%) пациентов не выявлено болевых синдромов.

Вертеброгенный синдром, по данным рентгенографического исследования, был представлен сколиозом (35,8%), спондилезом (34%), спондилоартрозом (у 1,9%); у 15 (28,3%) обследованных вертеброгенного синдрома не выявлено. По данным МРТ, преобладали межпозвонковые грыжи размером 7–8 (45,2%) и 9–13 (у 22,8%) мм; обнаружены секвестрированные межпозвонковые грыжи (у 13,2%), протрузии межпозвонковых дисков (9,4%) и межпозвонковые грыжи небольшого размера — 4–6 мм (у 9,4%).

Сравнительный анализ клинических характеристик пациентов до и после оперативного лечения представлен в табл. 1, из которой видно, что в целом по группе оперативное вмешательство привело к позитивной динамике хронического болевого синдрома (достоверное сокращение общего числа обострений после операции, количества госпитализаций, средней длительности обострений) и улучшению клинической картины заболевания.

Корешковый синдром мы расценивали как четкий, сомнительный и отрицательный. Четкий корешковый синдром отмечен у 36 (67,9%) больных с симптомами выпадения, истинным синдромом Лассега и болями в спине с дистальным их распространением по ходу пораженного корешка; сомнительный корешковый синдром был у 9 (17%) пациентов с рефлекторной асимметрией или легкой гипестезией в зоне того или иного корешка, отрицательный корешковый синдром определяли у 8 (15,1%) человек. После операции достоверно уменьшилась представленность четкого корешкового синдрома.

Пациентам было предложено дать оценку операции (хороший или плохой результат). При этом они ориентировались на выраженность болевого синдрома после операции. Врач также давал оценку операции, ориентируясь на наличие или отсутствие корешкового синдрома, частоту обострений, их длительность, наличие госпитализаций после операции. В целом оценка врача и пациента совпадала. В группу с хорошим результатом вошли 28 человек, плохим был результат у 25 оперированных. При сравнении этих групп отмечено, что при хорошем результате была исходно меньшая частота обострений, больные — более молодого возраста и с меньшей длительностью заболевания, частота обострения в год — гораздо меньше, чем в группе с плохими результатами ( $p < 0,05$ ). При сравнении групп по таким показателям, как длительность последнего обострения, продолжительность госпитализации, средняя длительность обострения, частота госпитализаций в стационар, а также с учетом наличия или отсутствия корешкового синдрома и размера межпозвонковых грыж, достоверных отличий не найдено ( $p > 0,05$ ).

Пациенты были также разделены на 3 группы в зависимости от размера межпозвонковых грыж. В 1-ю группу вошли 10 пациентов с межпозвонковыми протрузиями и грыжами 4–6 мм, во 2-ю группу — 24 больных с грыжами 7–8 мм, в 3-ю — 19 пациентов с грыжами 9–13 мм и секвестрированными межпозвонковыми грыжами. При сравнении этих групп между собой ни одного достоверного отличия не выявлено. Так, не отмечено влияния размера межпозвонковой грыжи до оперативного вмешательства на частоту и длительность обострений, частоту госпитализаций пациентов, а также на результат оперативного вмешательства (плохой или хороший).

При сравнении 2 групп с учетом наличия или отсутствия корешкового синдрома (36 обследованных с четким корешковым синдромом и 17 — с отрицательным) до и после оперативного лечения ни одного достоверного отличия не было, что свидетельствовало о незначительном влиянии корешкового синдрома на течение хронической боли в спине и результаты оперативного вмешательства.

При анкетном обследовании в группе с плохим результатом операции ( $n=25$ ) установлен высокий уровень депрессии (19 и более баллов по опроснику Бэка), тревоги (более 50 баллов по опроснику Спилбергера), выявлено нарушение сна по Опроснику сна (18 баллов и менее), уровень инвалидизации по Ваделю составил  $>6$  баллов, оценка болевого синдрома при движении по ВАШ  $>7$  баллов, снижение качества жизни составило 45,45% по Опроснику качества жизни, наличие признаков нейропатической боли (НБ) было у большинства пациентов этой группы (табл. 2).

С целью анализа влияния времени, прошедшего после вмешательства, мы разделили всех пациентов на 2 группы: до 2 лет после операции ( $n=33$ ) и больше 2 лет после нее ( $n=20$ ) (табл. 3). Из нее видно, что при небольшом сроке наблюдения после операции (менее 2 лет), имелись значительные достоверные различия по всем анализируемым показателям. При более длительном периоде наблюдения отличия становились менее выраженными, а такие показатели, как число госпитализаций и их длительность, возвращались к дооперационному уровню. Таким образом, можно сказать, что позитивный терапевтический эффект от оперативного лечения пациентов по поводу болей в спине со временем нивелируется.

Нами проведен сравнительный анализ клинических характеристик пациентов, которым были выполнены микродискэктомия и дискэктомия до оперативного лечения. В группе пациентов с микродискэктомией ( $n=28$ ) до операции частота обострений — общая и за год — была гораздо меньше, чем в группе с дискэктомией ( $n=25$ ;  $p < 0,05$ ). Однако при сравнении по другим показателям (длительность обострения, продолжительность госпитализаций, частота госпитализаций в стационар, средняя длительность обострения, длительность заболевания, возраст, корешковый синдром и результаты лечения) достоверных различий между пациентами с дискэктомией и микродискэктомией не выявлено. При сравнении этих групп после оперативного лечения ни одного достоверного отличия также не было ( $p > 0,05$ ). Таким образом, можно полагать, что методику оперативного вмешательства выбирали произвольно, а не основываясь на клинических проявлениях заболевания, и эффективность 2 сравниваемых методов была приблизительно одинаковой.

Анализ историй болезни пациентов, оперированных по поводу болей в спине, показал, что в большинстве случаев использовались относительные показания.

Важно также отметить, что при решении вопроса об оперативном вмешательстве в ряде случаев не учитывалась объективная картина заболевания — только у 67,9% пациентов был четкий корешковый синдром (у 17% больных он был сомнительным и у 15,1% вовсе отсутствовал). Результаты операции не зависели от наличия, размера межпозвонковой грыжи, вида операции. Эти данные согласуются с результатами эпидемиологических исследований, проведенных в США 1999–2001 гг., в которых отмечен рост числа оперативных вмешательств на 220% по сравнению с предыдущими годами, что, однако, не было связано с улучшением

эффективности или уточнением показаний. Другими словами, можно сказать, что в настоящее время во всем мире, в том числе и в России, имеет место избыточная и часто необоснованная хирургическая активность по поводу болей в спине.

При анализе средних показателей по группе, отражающих течение хронического болевого синдрома в спине (общее число обострений, количество госпитализаций, средняя длительность обострений и клиническая картина заболевания после операции), отмечалась достоверная положительная динамика. Однако более важным оказалось динамическое наблюдение за пациентами, показавшее, что со временем различия 2 методов лечения стираются.

Анкетное обследование показало, что плохой результат лечения при оперативном вмешательстве по поводу болей в спине ассоциирован с наличием признаков НБ по опроснику ДН 4, депрессией и тревогой.

Известно, что при грыже межпозвонкового диска механизмы болевого синдрома носят смешанный характер: ноцицептивный и нейропатический. Оперативное вмешательство направлено исключительно на ноцицептивный компонент боли: удаление поврежденного диска приводит к ликвидации компрессии корешка и уменьшению воспалительных периферических изменений. В отношении нейропатической составляющей этот метод терапии, как правило, неэффективен. С этой целью используются препараты для лечения нейропатической боли — прегабалин, нейронтин [2, 8]. Большое значение в поддержании боли в хроническом состоянии играют психосоциальные факторы. Именно повышенным уровнем тревоги и депрессии можно объяснить несоответствие выраженности болевого синдрома структурным изменениям. Нами показано, что эффект оперативного вмешательства во многом зависел не от структурных изменений, а от выраженности эмоциональных расстройств.

По-видимому, при выборе метода лечения (оперативное или консервативное) следует руководствоваться абсолютными показаниями к операции, а также учитывать наличие нейропатического компонента боли и выраженность тревожно-депрессивных нарушений. Игнорирование перечисленных факторов почти у половины наших пациентов привело к отрицательной оценке результатов оперативного лечения.

С целью повышения эффективности консервативной терапии и сокращения хирургической активности пациентам с корешковым синдромом необходимо включать в комплексную терапию антиконвульсанты (габапентин) и антидепрессанты [1, 2, 6, 10].

## Литература

1. Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Голубев В.Л. и соавт. Депрессия в неврологической практике (клиника, диагностика, лечение). — 3-е изд. — М.: Мед. информ. агентство, 2007. — 208 с.
2. Данилов А.Б., Давыдов О.С. Нейропатическая боль. — М.: Боргес, 2007. — С. 101–107.
3. Лабаш А.Т. Декомпрессирующие операции передним и задним доступом в хирургическом лечении корешкового синдрома поясничного остеохондроза. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1992. — 20 с.
4. Лебедев А.С. Отдаленные результаты хирургического лечения грыж поясничных межпозвонковых дисков и пути их улучшения. Дис. ... канд. мед. наук. — Л., 2002.
5. Некрасов М.А., Некрасов А.К. Анализ причин неудачных клинических исходов хирургического лечения грыж межпозвонковых дисков поясничного отдела позвоночника / Актуальные вопросы повреждений и заболеваний нервной системы: Материалы конф. нейрохирургов Нижегородского межобл. центра. — Иваново, 2001. — С. 124.
6. Избранные лекции по неврологии / Под ред. Голубева В.Л. — М., 2006. — С. 55, 224.
7. Продан А.И., Грунтовский Г.Х., Волков Е.Б. и соавт. Причины неудач хирургического лечения и анализ результатов повторных операций // Ортопедия, травматология и протезирование. — 1987; 8: 39–43.
8. Царев Н.И., Маслихин В.А., Васильчук Ю.Н. О хирургическом лечении грыж поясничных дисков // Вестн. хирургии им. Грекова. — 1989; 133 (7): 57–58.
9. Шульман Х.М., Данилов В.И. Функциональная нейрохирургия остеохондроза поясничного отдела позвоночника / III Всесоюз. съезд нейрохирургов: Тез. докл. — М., 1982. — С. 182.
10. Яхно Н.Н., Алексеева В.В., Подчуфарова Е.В. и соавт. Невропатическая боль: клинические наблюдения. — М.: Изд. РАМН, 2009. — С. 47–58.
11. Arcq M., Godolias G. Musssdie lumbale Spondylolyse immer operiert werden? // Orthop. Prax. — 1992; 28 (11): 782–785.
12. Mazanec D., Okercke L. Interpreting the spine patients outcomes research trial. Medical vs surgical treatment of lumbar disk herniation: implication for future trials // Cleve Clin. J. Med. — 2007; 74 (8): 577–583.
13. Mayer H., Brock M. The herniated lumbar disc: «Standard» treatment or «differential» therapy? // Europ. Congr. of Neurosurgery 9-th: (Abstr.). — Moscow, Russia, 1991. — P. 454.
14. Weinstein J. et al. Surgical vs nonsurgical treatment for lumbar disk herniation: the spine patient outcomes research trial (SPORT) observation cohort // JAMA. — 2006; 296 (20): 2457–2459.

### PROSPECTIVE ASSESSMENT OF THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT FOR BACK PAIN

**M. Kokina, E. Filatova, MD**

*Polyclinic One Hundred and Two, South Administrative District, Moscow; I.M. Sechenov Moscow Medical Academy*

*An analysis demonstrated surgical overactivity in back pain. With high immediate success rates, the long-term (more than 2-year) results approached the preoperative values and failed to depend on the duration of the last exacerbation, the length and rate of hospital stays, the presence and absence of the radicular syndrome, and the sizes of intervertebral disk hernias.*

**Key words:** back pain, surgical treatment, immediate and long-term results.

ФГУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ ([www.unmc.su](http://www.unmc.su)) приглашает к участию в Межведомственной научно-практической конференции «Актуальные инновационные медицинские технологии в области неврологии и мануальной терапии», которая состоится 17 ноября 2010 г. по адресу Москва, Романов пер., д. 2.

Формы участия — научный доклад, публикация научных статей, публикация тезисов.

Дополнительная информация о конференции: [http://www.kremlin-neurology.ru/conf\\_neuro-manual\\_2010.htm](http://www.kremlin-neurology.ru/conf_neuro-manual_2010.htm)