

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИННОВАЦИОННОЙ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ВИСЦЕРО-ВЕРТЕБРАЛЬНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА

Гаманович А. И. (gamk2@rambler.ru)

ГУ «1134 военный клинический медицинский центр Вооруженных Сил Республики Беларусь»,
Гродно, Беларусь

Введение. Представление о сущности вертеброгенного пояснично-крестцового болевого синдрома, базирующееся только на данных нейровизуализации, без учета состояния целостного организма, – неприемлемо, а методы диагностики и лечения, выработанные на такой основе, – малоэффективны.

Цель исследования. Доказать высокую эффективность лечения при применении инновационной технологии конкретизации пояснично-крестцового болевого синдрома остеохондроза позвоночника.

Материал и методы. В работе приведены данные комплексного обследования и лечения 628 пациентов с пояснично-крестцовым болевым синдромом.

Результаты. Показана высокая эффективность новой технологии, основанной на обосновании ведущего синдрома (вертеброгенного, отраженного висцерального или их сочетания), снижающей длительность стационарного лечения на 20%.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о важнейшей роли висцеральной патологии в формировании и проявлении пояснично-крестцового болевого синдрома и необходимости междисциплинарного подхода в ведении данной категории пациентов.

Ключевые слова: висцеро-вертебральный болевой синдром, поясничный остеохондроз, отраженная висцеральная боль

Введение

Боль в спине является одной из ведущих проблем в современной практической медицине, занимая лидирующие позиции среди инвалидизирующих патологических состояний [1, 2]. При этом остеохондроз позвоночника традиционно рассматривается отечественными авторами (Я. Ю. Попелянский, Б. В. Дривотинов, Г. К. Недзьведь, В. П. Веселовский и др.) в качестве одной из основных причин вертеброгенного болевого синдрома. Между тем сущность и механизмы боли еще окончательно не раскрыты, а методы борьбы с этим недугом недостаточно совершенны [3]. Большой клинический полиморфизм поясничного остеохондроза, основным и ранним проявлением которого является болевой синдром, представлен рефлекторной, корешковой, корешково-сосудистой стадиями [3, 4]. Однако в его патогенезе участвуют также церебральные, спинальные, вегетативно-сосудистые и висцеральные образования [3]. Отсутствие корреляции между выраженностью клинических проявлений и степенью морфологических изменений при остеохондрозе позвоночника привело к отрицанию общей патогенетической связи этих состояний и введению терминов «неспецифическая боль в спине», «миофасциальный болевой синдром», «дорсалгия» и «дорсопатия» преимущественно зарубежными авторами [5, 6]. А причинная связь пояснично-крестцового болевого синдрома только с патологией позвоночника и окружающих его образований изолировала проблему, представив ее как следствие нарушений сугубо опорно-двигательного аппарата [5]. В ряде публикаций нивелируется роль остеохондроза позвоночника в формировании болевого синдрома или доминируют теории механического дискогенного фактора, особенно в нейрохи-

рургических источниках [7, 8]. Не учитывается роль висцеральной патологии в формировании и проявлении пояснично-крестцового болевого синдрома. Ревизия термина «остеохондроз позвоночника» на современном этапе упростила понимание данной нозологии, не снизив ни заболеваемость и инвалидность, ни затраты на лечение и реабилитацию, ни количество оперативных вмешательств и диагностических ошибок [8]. Ежегодно обновляющиеся методы консервативного и оперативного лечения, несмотря на обилие препаратов и высокотехнологичных хирургических методик, не дают должного положительного результата в стратегическом плане решения проблемы. Сохраняется высокий уровень риска побочных действий препаратов и повторных оперативных вмешательств [7, 9, 10].

Таким образом, проблема остеохондроза является не только актуальной в медико-социальной сфере, но и экономически важной. В связи с этим представление о сущности вертеброгенного болевого синдрома, базирующееся только на данных нейровизуализации, без учета состояния целостного организма, – неприемлемо, а методы диагностики и лечения, выработанные на такой основе, – малоэффективны [8].

Цель исследования: доказать высокую эффективность лечения при применении инновационной технологии конкретизации пояснично-крестцового болевого синдрома остеохондроза позвоночника.

Материал и методы

Проведено комплексное обследование и лечение 628 пациентов, проходивших стационарное лечение в неврологическом отделении в 2011-2014 гг. и соответствующих критериям включения (возраст – от 18 до 85 лет; болевой синдром в пояснично-крестцовом отделе позвоночника с

иррадиацией в нижние конечности и без иррадиации; остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника по данным нейровизуализационных (спондилографии, компьютерной и магнитно-резонансной томографии) исследований. На основании данных общеклинических, лабораторных и эндоскопических исследований (гастроскопия, колоноскопия, ректороманоскопия и др.), УЗИ внутренних органов диагностировалась сопутствующая висцеральная патология. По показаниям проводилась консультация смежных специалистов (терапевт, хирург, уролог, гинеколог, онколог) и соответствующая коррекция лечения. Выписка из стационара проводилась после купирования либо значительного уменьшения выраженности болевого синдрома, что и являлось основным критерием эффективности терапевтических мероприятий.

Инновационная технология основана на патогенетической конкретизации пояснично-крестцового болевого синдрома, при котором, в зависимости от клинических проявлений вертеброгенной, висцеральной патологии или их сочетания, пациенты делятся на 4 группы:

1-я группа. Пациенты с отраженным висцеро-вертебральным пояснично-крестцовым болевым синдромом (поясничный остеохондроз у них находится в стадии латентного периода или ремиссии), диагностируются клинические проявления висцеральной патологии.

2-я группа. Пациенты, у которых в формировании пояснично-крестцового болевого синдрома доминирует патология внутренних органов, неврологические проявления поясничного остеохондроза выражены незначительно.

3-я группа. Пациенты, у которых в равной степени проявляется клиника манифестации поясничного остеохондроза и висцеральной патологии (паритетное соотношение).

4-я группа. Пациенты с неврологическими проявлениями поясничного остеохондроза – вертеброгенной люмбагии, люмбоишиалгией или радикулопатией, при отсутствии висцеральной патологии. Патогенетическая терапия проводилась в зависимости от конкретизации причины болевого синдрома.

Статистическая обработка и анализ результатов исследования выполнены с применением программы Microsoft Excel и статистического пакета программы Statistica 10. Использованы непараметрические методы статистического анализа. Сравнение количественных показателей проводилось по критерию Mann-Whitney U, Краскела-Уоллиса; качественных – по критериям Фишера и χ^2 , с поправкой Yates. Количественные данные представлены в виде медианы (Me) и интерквартильного размаха [нижний квартиль 25%; верхний квартиль 75%]. Различия считали статистически значимыми при уровне $p < 0,05$. Все значения p были двусторонними.

Результаты и обсуждение

Для определения эффективности применения новых диагностических и терапевтических технологий, разработанных по руководством про-

фессора Б. В. Дривотинова [3, 4], пациенты основной группы были разделены на две группы: группа А – пациенты, проходившие стационарное лечение в 2011-2012 гг. (282 чел.), мужчин было 218 (77,3%), женщин – 64 (22,6%); группа Б – в 2013-2014 гг. (346 чел.), из них мужчин – 272 (78,6%) и женщин – 74 (21,3%). Статистических различий по гендерным признакам не было ($p=0,8$; $0,7$). Средний возраст пациентов группы А составил $39,9 \pm 16,1$ года, Me 37,5 [25; 50], группы Б – $40,7 \pm 16,9$, Me 38 [24; 52] ($p=0,6$). В группе А осуществлялось стандартное лечение неврологических проявлений поясничного остеохондроза, утвержденное Министерством здравоохранения Республики Беларусь [11], в группе Б проводилась терапевтическая коррекция выявленной висцеральной патологии. Анализ результатов лабораторных методов исследования в сравниваемых группах представлен в табл. 1.

Таблица 1. – Результаты сопоставления выявленных изменений при лабораторных исследованиях пациентов групп А и Б

Группа	Выявляемые отклонения от нормы					
	Общий анализ крови		Общий анализ мочи		Биохимический анализ крови	
	п	%	п	%	п	%
А	66/282	23,4	103/282	36,5	126/213	59,1
Б	85/346	24,5	151/345	43,7	187/313	59,7
Статистическая значимость различий	$p=0,7$		$p=0,2$		$p=0,9$	

Сопоставление полученных результатов лабораторных исследований, представленных в табл. 1, показало отсутствие статистически значимых различий в исследуемых группах. Проведен анализ результатов инструментальных методов исследования – ультразвуковой диагностики (УЗИ) органов брюшной полости, малого таза, эндоскопических исследований желудочно-кишечного тракта, реовазографии нижних конечностей (РВГ) и тестирования по опроснику госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), табл. 2.

Таблица 2. – Результаты сопоставления выявленных изменений при инструментальных исследованиях и тестировании пациентов групп А и Б

Группа	Выявляемые отклонения от нормы							
	УЗИ		эндоскопия		РВГ		HADS	
	п	%	п	%	п	%	п	%
А	173/218	79,3	58/65	89,2	46/124	37,0	37/95	38,9
Б	196/278	70,5	60/70	85,7	61/193	31,6	108/335	32,2
Статистическая значимость различий	$p=0,3$		$p=0,8$		$p=0,4$		$p=0,3$	

Сопоставление полученных данных инструментальных исследований, представленных в табл. 2, показало полное отсутствие различий в исследуемых группах. Таким образом, группы сопоставимы по всем анализируемым параметрам, кроме средней интенсивности болевого

синдрома по шкале ВАШ. В группе А она составила 4,5 балла, Ме 4 [4; 5], в группе Б – 5 баллов, Ме 5 [4; 5] ($p=0,001$). Полученное различие в 1 балл, являясь статистически значимым, в клинической практике несущественно. При поступлении в стационар и до проведения патогенетической конкретизации болевого синдрома в группе А 107 (37,9%) пациентам был установлен диагноз «вертеброгенная или дискогенная люмбалгия/люмбаго», 113 (40,0%) – «люмбоишиалгия», 62 (21,9%) – «радикулопатия». В группе Б, соответственно, – 146 (42,1%) ($p=0,4$), 135 (39,0%) ($p=0,8$) и 65 (18,7%) ($p=0,4$). Полученные данные показали полное доленое соответствие клинических форм болевого синдрома с учетом патогенетического механизма.

Анализ результатов диагностированной висцеральной патологии, представленный в табл. 3, показал отсутствие клинических и статистических различий в исследуемых группах.

Таблица 3. – Показатели диагностированной висцеральной патологии в исследуемых группах

Висцеральная патология	Группа А		Группа Б		р
	п	%	п	%	
Мочеполовая система	104	38,6	127	36,7	0,9
ЖКТ	37	13,1	34	9,8	0,2
Сочетанная патология	36	12,7	40	11,5	0,6
Патология других органов	36	1,0	4	1,1	0,9
Без патологии	102	36,1	141	40,7	0,4

Согласно разработанной нами концепции проведен анализ распределения пациентов в зависимости от преобладающей патологии (висцеральной, вертеброгенной или их сочетания) [4]. Результаты представлены в табл. 4.

Таблица 4. – Распределение сравниваемых групп по группам инновационной технологии

Группы разработанной технологии	Группа А		Группа Б		р
	п	%	п	%	
Первая	45	15,9	40	11,5	0,1
Вторая	83	29,4	76	21,9	0,09
Третья	47	16,6	85	24,5	0,05
Четвертая	107	37,9	145	41,9	0,5

Сопоставление данных, полученных при применении новой технологии диагностики локального вертеброгенного, отраженного висцерального синдромов и их сочетания, представленных в табл. 4, показало отсутствие клинических и статистических различий в исследуемых группах. Таким образом, группы А и Б сопоставимы по всем анализируемым показателям. При анализе данных длительности стационарного лечения у пациентов с висцеральной патологией в группах А и Б до и после внедрения новой технологии в лечебно-диагностическую работу отделения получены статистически значимые различия. Средняя длительность стационарного лечения пациентов без висцеральной патологии в группе А (группа А1) составила 11,0±2,9 кой-

ко-дня, группы Б (группа Б1) – 11,0±3,4 ($p>0,05$). С висцеральной патологией группы А (группа А2) – 12,0±3,2 койко-дня, группы Б (группа Б2) – 11,0±3,3 ($p<0,001$). Статистически значимые различия, полученные на этапе предварительного анализа, указывали на прямую зависимость наличия сопутствующей висцеральной патологии и длительности стационарного лечения. Между тем в группах А2 и Б2 получены клинические и статистически значимые различия, свидетельствующие о высокой эффективности применения терапевтических мероприятий, направленных на коррекцию висцеральной патологии. Отсутствие различий в группах без висцеральной патологии (А1 и Б1) указывало на закономерную неэффективность инновационного метода при применении его у пациентов с вертеброгенным болевым синдромом. Длительность стационарного лечения в группе А составила 11,8±3,1 койко-дня, Ме 11,5 [10; 14], в группе Б – 10,7±3,3, Ме 10 [9; 13] ($p=0,001$). Различия между группами А и Б – 1,5 койко-дня (13,0%). Полученные данные указывали на значимую эффективность разработанной технологии конкретизации болевого синдрома.

В дальнейшем с целью проверки дифференцированной эффективности применяемой инновационной технологии проведен анализ длительности пребывания пациентов в стационаре ежегодно в каждой группе согласно разработанной схеме. У пациентов с вертеброгенным отраженным висцеральным болевым синдромом (1-я группа) в 2011 г. средняя продолжительность лечения составляла 12,3 койко-дня Ме (13, [10;15]); в 2012 г. – 12,2 (Ме 12 [10;14]); в 2013 г. – 10,95 (Ме 11, [9;12]); в 2014 г. – 9,75 (Ме 10, [8;11,5]). Статистически значимые различия выявлены между 2011 и 2014 годами (3 койко-дня, 23% от исходного показателя) ($p=0,01$). В данной группе пациентов достигнута наибольшая эффективность применяемой технологии, учитывая изолированный отраженный висцеральный характер болевого синдрома.

У пациентов с преимущественно отраженным висцеральным болевым синдромом (2-я группа) в 2011 г. средняя продолжительность лечения составляла 11,8 койко-дня (Ме 11, [10;14]); в 2012 г. – 11,8 (Ме 12 [10;13]); в 2013 г. – 10,1 (Ме 10, [8;12]); в 2014 г. – 10,2 (Ме 10, [9;11]); значимые различия установлены между 2011 и 2014 годами (1 койко-день, 9%) ($p=0,02$); 2011 и 2013 годами (1 койко-день, 9%) ($p=0,02$). Меньшая эффективность метода объясняется наличием неврологических проявлений поясничного остеохондроза, на фоне доминирования висцеральной патологии в формировании болевого синдрома.

У пациентов с паритетным соотношением болевых синдромов (3-я группа) в 2011 г. средняя продолжительность лечения составляла 13 койко-дней (Ме 13 [11;15]); в 2012 – 12,3 (Ме 12 [11;14]); в 2013 – 10,8 (Ме 10,5 [9;13]); в 2014 – 11,8 (Ме 11 [9;14]), статистически значимые различия выявлены между 2011 и 2013 годами (2,5 койко-дня, 19%) ($p=0,01$), 2012 и 2013 года-

ми (1,5 койко-дня, 12,5%) ($p=0,02$). Данная группа пациентов отличается наибольшей сложностью курации, учитывая наличие как минимум двух актуальных патологических процессов (висцерального и вертеброгенного). Между тем, был достигнут выраженный положительный результат в сравнении со второй группой пациентов, что объясняется уменьшением взаимной индукции при формировании и течении болевого синдрома на фоне применяемой технологии диагностики и терапевтической коррекции.

У пациентов в вертеброгенном болевом синдромом без сопутствующей висцеральной патологии (4-я группа) в 2011 г. средняя продолжительность лечения составляла 11,2 койко-дня (Me 11, [9;14]), в 2012 г. – 11,3 (Me 11 [10;13]), в 2013 г. – 11 (Me 10, [9;14]), в 2014 г. – 10,6 (Me 10, [9;13]), статистически значимых различий не выявлено ($p>0,1$). Анализ полученных данных у пациентов с неврологическими проявлениями поясничного остеохондроза показал отсутствие эффективности применяемого метода в данной группе. Средняя длительность пребывания пациентов в стационаре по годам представлена на рис. 1.

Выводы

Таким образом, применение разработанной инновационной технологии конкретизации висцеро-вертебрального болевого синдрома поясничного остеохондроза, позволило существенно повысить эффективность диагностических и терапевтических мероприятий, сократив сроки госпитализации у пациентов первых трех групп

Литература

- Эффективность препарата Этодин Форте у пациентов с вертеброгенным болевом синдромом / Г. М. Авдей [и др.] // Неврология и нейрохирургия. Восточная Европа. – 2012. – № 1 (13). – С. 81-91.
- Медицинская экспертиза пациентов с неврологическими проявлениями поясничного остеохондроза / В. Б. Смычек [и др.] // Неврология и нейрохирургия. Восточная Европа. – 2013. – № 1 (17). – С. 5-15.
- Дривотинов, Б. В. Вертебро-висцеральный и висцеро-вертебральный болевой синдром при остеохондрозе позвоночника / Б. В. Дривотинов // Медицинский журнал. – 2010. – № 3 (33). – С. 4-8.
- Особенности диагностики и лечения различных этиопатогенетических вариантов неврологических проявлений поясничного остеохондроза / С. А. Лихачёв [и др.] // Неврология и нейрохирургия. Восточная Европа. – 2015. – № 3 (27). – С. 49-57.
- Жарков, П. Л. Поясничные боли: диагностика, причины, лечение / П. Л. Жарков, А. П. Жарков, С. М. Бубновский. – Москва : Юниартпринт, 2001. – 144 с.
- European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care / M. W. van Tulder [et al.] // Eur. Spine J. – 2006. – Vol. 15, Suppl. 2. – S169-S191. – doi: 10.1007/s00586-006-1071-2.
- Василевич, Э. Н. Сравнительный анализ ближайших результатов хирургического лечения дегенеративно-дистрофических заболеваний поясничного отдела позвоночника / Э. Н. Василевич, Р. Р. Сидорович // Неврология и нейрохирургия. Восточная Европа. – 2015. – № 2 (26). – С. 85-95.
- Дривотинов, Б. В. Новый подход к диагностике и терапевтической коррекции вертеброгенного пояснично-крестцового болевого синдрома / Б. В. Дривотинов, А. И. Гаманович // Военная медицина. – 2016. – № 2 (39). – С. 92-98.
- Загашвили, И. В. Некоторые случаи НПВП-гастропатий при краткосрочном лечении и варианты их профилактики / И. В. Загашвили, А. Н. Януль // Рецепт. – 2015. – № 1 (99). – С. 104-108.
- Шанько, Ю. Г. Проблема хирургического лечения грыж межпозвоночных дисков на пояснично-крестцовом уровне / Ю. Г. Шанько, О. В. Нестерук // Неврология и нейрохирургия. Восточная Европа. – 2013. – № 4 (20). – С. 163-173.
- Клинические протоколы диагностики и лечения больных с патологией нервной системы [Электронный ресурс] : прил. к приказу М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 19 мая 2005 г., № 274. – Режим до-

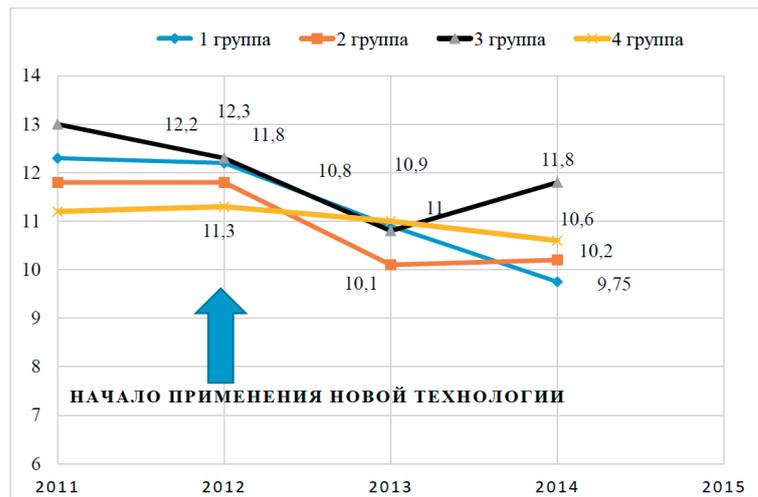


Рисунок 1. - Средняя продолжительность стационарного лечения пациентов в сопоставляемых группах

в среднем на 20% в сравнении с традиционными методами.

Стандартный подход к лечению пациентов с пояснично-крестцовым болевом синдромом при остеохондрозе позвоночника, основу которого составляет прием нестероидных противовоспалительных препаратов, без учета висцеральной патологии не только малоэффективен, но и опасен, учитывая риск возможных осложнений со стороны внутренних органов. Сохранение прежнего уровня продолжительности стационарного лечения у пациентов 4-й группы подтверждает специфичность разработанного метода и отсутствие административного влияния на длительность госпитализации.

ступа: http://minzdrav.gov.by/ru/static/spavochno-infirml/protololy_lechenia/protokoly_2005. – Дата доступа: 08.04.2017.

References

1. Avdey GM, Kulesh SD, Shumskas MS, Lukjanjuk TN, Arcimenja SE, Valkovskaja TV, Orlovskaja TJu, Borisevich AV, Oganeshjan AA, Zhurak NA, Zhulpa-Fedorova AJu, Ganevich AV. Jefferktivnost' preparata Jetodin Fort u pacientov s vertebrogennym bolevym sindromom [Efficacy Etodin Fort in treatment patients with vertebral pain syndrome]. *Nevrologija i neirohirurgija. Vostochnaja Evropa* [Neurology and neurosurgery. The Eastern Europe]. 2012;1(13):81-91. (Russian).
2. Smychek VB, Chapko IJa, Filippovich AN, Stahejko NV, Cherevko TV, Milkota VA. Medicinskaja jekspertiza pacientov s nevrologicheskimi projavlenijami pojasnichnogo osteohondroza [Medical assessment of patients with neurologic implications of lumbar osteochondrosis]. *Nevrologija i neirohirurgija. Vostochnaja Evropa* [Neurology and Neurosurgery. Eastern Europe]. 2013;1(17):5-15. (Russian).
3. Drivotinov BV. Vertebro-visceral'nyj i viscero-vertebral'nyj bolevoj sindrom pri osteohondroze pozvonochnika [Vertebro-visceral and viscero-vertebral pain syndrome in degenerative disc disease]. *Medicinskij zhurnal* [Medical Journal]. 2010;3(33):4-8. (Russian).
4. Likhachev SA, Borisenko AV, Vaschilin VV, Sopich NYu, Avlasevich AA, Voitov VV. Osobennosti diagnostiki i lechenija razlichnyh jetiopatogeneticheskikh variantov nevrologicheskikh projavlenij pojasnichnogo osteohondroza [The peculiarities of different etiopathogenetic variants of lumbar osteochondrosis neurological presentations diagnostics and treatment]. *Nevrologija i neirohirurgija. Vostochnaja Evropa* [Neurology and Neurosurgery. Eastern Europe] 2015;3(27):49-57. (Russian).
5. Zharkov PL, Zharkov AP, Bubnovskij SM. Pojasnichnye boli: diagnostika, prichiny, lechenie [Lumbar pain: diagnosis, causes, treatment]. Moscow: Juniartprint; 2001. 144 p. (Russian).
6. van Tulder M, Becker A, Bekkering T, Breen A, Gil del Real MT, Hutchinson A, Koes B, Laerum E, Malmivaara A. Chapter 3. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *Eur. Spine J.* 2006;15 Suppl 2:S169-191. doi 10.1007/s00586-006-1071-2.
7. Vasilevich EN, Sidorovich RR. Sravnitel'nyj analiz blizhajshih rezul'tatov hirurgicheskogo lechenija degenerativno-distroficheskikh zabolevanij pojasnichnogo otdela pozvonochnika [Comparative analysis of the immediate results of surgical treatment of the lumbar spine degenerative diseases]. *Nevrologija i neirohirurgija. Vostochnaja Evropa.* [Neurology and Neurosurgery. Eastern Europe]. 2015;2(26):85-95.
8. Drivotinov BV, Hamanovich AI. Novyj podhod k diagnostike i terapevticheskoj korekcii vertebrogennogo pojasnichno-krestcovogo bolevogo sindroma [New approach to the diagnostics and therapeutic correction of vertebrogenic lumbosacral pain syndrome]. *Voennaja medicina* [Military medicine]. 2016;2(39):92-98. (Russian).
9. Zagashvili IV, Yanul AN. Nekotorye sluchai NPVP-gastropatij pri kratkosrochnom lechenii i varianty ih profilaktiki [Some cases of NSAID-gastropathy after short-term treatment and variants of its prevention]. *Recept* [Recipe]. 2015;1(99):104-108. (Russian).
10. Shanko UG, Nesteruk OV. Problema hirurgicheskogo lechenija gryzh mezhpozvonkovykh diskov na pojasnichno-krestcovom urovne [The problem of surgical treatment of lumbar disc herniation]. *Nevrologija i neirohirurgija. Vostochnaja Evropa* [Neurology and Neurosurgery. Eastern Europe]. 2013;4(20):163-173. (Russian).
11. Klinicheskie protokoly diagnostiki i lechenija bol'nyh s patologiej nervnoj sistemy : pril. k prikazu M-va zdravoohraneniya Resp. Belarus, 19 maja 2005 g., № 274 [Clinical protocols of diagnosis and treatment of patients with pathology of the nervous system : attachment to the order of the Ministry of Health of the Republic of Belarus, May 19, 2005, No. 274]. Available at: http://minzdrav.gov.by/ru/static/spavochno-infirml/protololy_lechenia/protokoly_2005/. (accessed 08.04.2017). (Russian)

EFFICIENCY OF INNOVATIVE TECHNOLOGY WITH THERAPEUTIC CORRECTIONS OF VISCERAL-VERTEBRAL PAIN SYNDROME OF LUMBAR DEGENERATIVE DISC DISEASE

Hamanovich A. I.

State Institution "Military Clinical Medical Center of the Armed Forces of the Republic of Belarus N1134", Grodno, Belarus

Background. The idea of the essence of the vertebrogenic lumbosacral pain syndrome, based only on neuroimaging data, without considering the state of the whole organism, is not acceptable, and the methods of diagnosis and treatment developed on this basis are ineffective.

Aim of the study. To prove high efficiency of treatment by applying innovative technology of concretization of lumbosacral pain syndrome of degenerative disk disease of the spine.

Material and methods. The work presents the data of a comprehensive medical examination and treatment of 628 patients with lumbosacral pain syndrome.

Results. A high efficiency of the new technology based on the argumentation of the leading syndrome (vertebrogenic, reflected visceral or their combination), which reduces the duration of inpatient treatment by 20%, is shown.

Conclusions. The obtained data testify the important role of visceral pathology in the formation and manifestation of lumbosacral pain syndrome and the need for an interdisciplinary approach to the management of this category of patients.

Keywords: visceral-vertebral pain, lumbar degenerative disk disease, reflected visceral pain

Поступила: 15.03.2017

Отрецензирована: 27.04.2017