

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Wydział Nauk o Zdrowiu

Adam Druszcz

**Ocena skuteczności leczenia zespołu bólowego kręgosłupa
lędźwiowego stabilizatorem międzykolczystym**

Rozprawa na stopień doktora nauk medycznych

Promotor:

dr hab. n. med. Bogdan Czapiga

Recenzenci:

dr hab. n. med. Robert Ślusarz

dr hab. n. med. Sławomir Budrewicz

Wrocław 2019

Życiorys

Adam Druszcz urodzony 13 października 1967 r w Warszawie

Wykształcenie: Liceum Ogólnokształcącego im. Mikołaja Kopernika w Wieruszowie

Studia medyczne na Wydziale Lekarskim Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi w latach 1987 do 1990, a następnie na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej we Wrocławiu w latach 1991 do 1993.

W latach 1991 – 1995 studia na Wydziale Nauk Społecznych Uniwersytetu Wrocławskiego na kierunku filozofia, bez obrony pracy magisterskiej.

Praca: Od 1995 roku zatrudniony w Klinice Neurochirurgii Akademii Medycznej we Wrocławiu - Szpital Im. T. Marciniaka we Wrocławiu, specjalizacja z neurochirurgii w 2003 roku.

W latach 2003-2009 ordynator Oddziału Neurochirurgii Szpital Specjalistycznego im. Dra A Sokołowskiego w Wałbrzychu.

W latach 2010 – 2012 ordynator Oddziału Neurochirurgii Specjalistycznego Centrum Medycznego w Polanicy Zdroju.

Od listopada 2012 ordynator Oddziału Neurochirurgii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy

Dorobek Naukowy:

1. Alicja Markowska-Woyciechowska, Jerzy Wroński, Bogdan Czapiga, Adam Druszcz, Andrzej Bronowicz.: Rodzinne występowanie naczyniaka płodowego Neurol.Neurochir.Pol. 1999T.33nr4;s.971-980
2. Joanna Rosińczuk-Tonderys, Mariola Marynicz-Hyla, Janusz Mierzwa, Adam Druszcz.:Całościowe pielęgnowanie chorego w stanie terminalnym Ann.UMCS-SectioD:Medicina 2007 Vol.62 suppl.18 no.7;s.65-67 poz.473
3. Janusz Mierzwa, Rafał Załuski, Włodzimierz Jarmundowicz, Joanna Rosińczuk-Tenderys, Lesław Zub, Monika Kosmala, Adam Druszcz.: Ocena skuteczności implantów akrylowych (PMMA) w stabilizacji międzytrzonowej po operacyjnym leczeniu dyskopatii szyjnej. Ann.UMCS-SectioD:Medicina 2007 Vol.62 suppl.18 no.5; s.65-67 poz. 473

4. Janusz Mierzwa, Joanna Rosińczuk-Tenderys, Monika Kosmala, Adam Druszcz.: udział pielęgniarki w edukacji pacjenta chorego na SM Ann.UMCS-SectionD:Medicina 2007 Vol.62 suppl.18 no.5; s.68-71 poz. 474
5. Miękiśiak Grzegorz, Miś Maciej, Sandler Adam, Druszcz Adam. Iatrogenic arteriovenous fistula of superficial temporal artery. Oral Maxillofac Surg.2008;12(4):219-21
6. Jacek Radzik, Aleksandra Zawadzka, Jerzy Leszek, Maciej Miś, Adam Druszcz.: The cours of meningioma of the olfactory groove in a patient with a 7-year long psychiatric history: case study, and diagnostic difficulties

Streszczenie pracy

Wstęp. Ból dolnego odcinka kręgosłupa jest wiodącą przyczyną ograniczenia aktywności życiowej i absencji w pracy na całym świecie. Chorobowość w populacji ogólnej sięga od 1% do 58,1%. W 40% przypadków bólu dolnego odcinka kręgosłupa źródłem bólu jest zwyrodnienie krążka międzykręgowego. Objawem choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa może być także ból korzeniowy, którego najczęstszą postacią jest rwa kulszowa. Ból powstający w obrębie kręgosłupa charakteryzuje się znaczną różnorodnością i ma tendencję do przekształcania się w ból przewlekły. Ok. 20-30% pacjentów wymaga leczenia operacyjnego. W diagnostyce choroby zwyrodnieniowej stosuje się klasyczną radiografię, tomografię komputerową oraz badanie rezonansu magnetycznego. Leczenie zespołów bólowych kręgosłupa obejmuje leczenie zachowawcze, operacyjne oraz tzw. minimalnie inwazyjne.

Cele pracy. W przedstawionej pracy wyznaczono następujący główny cel główny: ocena skuteczności leczenia oraz cele szczegółowe: określenie czynników mających wpływ na skuteczność leczenia, ocenę zmniejszenia dolegliwości bólowych pleców oraz kończyn dolnych po zabiegu, określenie czynników mających wpływ na zmniejszenie dolegliwości bólowych pleców i kończyn dolnych, ocena skuteczności leczenia rok po zabiegu.

Metody. Wskazaniem do zabiegu był ból dolnego odcinka pleców definiowany jako przetrwały ból pleców z lub bez bólu korzeniowego, o czasie trwania aktualnego epizodu bólu przynajmniej rok; choroba zwyrodnieniowa krążka międzykręgowego potwierdzona w

wywiadzie, badaniu przedmiotowym i w badaniach obrazowych. Oceny nasilenia bólu dokonywano w skali Visual Analog Scale (VAS), oceny niesprawności w Oswestry Disability Index (ODI). Za kryterium skuteczności leczenia przyjęto różnicę w przed- i pooperacyjnej punktacji ODI ≥ 15 punktów, za zmniejszenie bólu – różnicę w VAS ≥ 1 punktu. U pacjentów podczas zabiegu wykonywano jedynie implantację systemu DIAM. Zabieg wykonywano w znieczuleniu ogólnym.

Materiał. Materiał stanowi 43 pacjentów leczonych z zastosowaniem systemu stabilizacji dynamicznej DIAM z powodu choroby zwyrodnieniowej odcinka lędźwiowego kręgosłupa, w wieku od 24 do 65 lat (średnia 43,4 lata, SD $\pm 10,8$). W badanej populacji były 22 kobiety i 21 mężczyzn. Wszyscy chorzy odczuwali ból pleców, którego średnie natężenie w okresie przedoperacyjnym ocenili na 7 punktów, średnie natężenie bólu na 6,11 punktów oraz maksymalne, jakiego doświadczyli na 7,5 punktów. Ból kończyn dolnych odczuwało 36 chorych, jego średnie nasilenie oceniono średnio na 5,9 punktów, nasilenie bólu w okresie przedoperacyjnym średnio określono na 6,3 punktów natomiast maksymalne – na 7 punktów. U 31 chorych zmiany dotyczyły segmentu L4/L5 odcinka, u 7 odcinka L5/S1 oraz u 5 segmentu L3/L4. Średnia ODI wyniosła 28,4 punktu, minimum 16 punktów, maksimum 42 punkty, SD 6,4 punktów.

Wyniki. Zmniejszenie dolegliwości bólowych w postaci zmniejszenia natężenia bólu pleców ogólnie wystąpiło u 32 pacjentów (74,4%). Średnio natężenie bólu odczuwanego bezpośrednio po zabiegu wyniosło 4,2 punktów. Średnie natężenie bólu odczuwanego w okresie pooperacyjnym wyniosło 4,1 punktów. Najsilniejszy odczuwany ból pleców w okresie pooperacyjnym wyniósł średnio 4,5 punktów. Średnio doszło do spadku nasilenia bólu odczuwanego bezpośrednio przed i po zabiegu o 1,4 punktu w skali VAS, średniego odczuwanego bólu o 2,1 punktu, najsilniejszego odczuwanego bólu o 1,5 punktu. Spośród 36 pacjentów, wszyscy w okresie pooperacyjnym nadal odczuwali ból kończyn dolnych. Średnio natężenie bólu odczuwanego bezpośrednio po zabiegu wyniosło 3,5 punktów. Średnie natężenie bólu odczuwanego w okresie pooperacyjnym wyniosło 3,4 punktów. Najsilniejszy odczuwany ból pleców w okresie pooperacyjnym wyniósł średnio 4,1 punktów. Zmniejszenie dolegliwości bólowych w postaci zmniejszenia natężenia bólu kończyn dolnych ogólnie zaobserwowano u 29 pacjentów (67,4%). Średnio doszło do spadku nasilenia bólu odczuwanego bezpośrednio przed i po zabiegu o 2,6 punktu w VAS, średniego odczuwanego bólu o 2,3 punktu, najsilniejszego odczuwanego bólu o 2,6 punktu. Średnia punktacja ODI wyniosła 19,3 punktu, minimum 2 punkty, maksimum 42 punkty, SD 10,3 punktu. Różnica w

ODI (przed i po zabiegu) wyniosła od -10 do 29 punktów, średnio 9,1, SD 10,6. Czternastu chorych uzyskało spadek w punktacji ≥ 15 punktów (32,6 %). Analiza statystyczna wykazała brak zależności pomiędzy płcią, wiekiem, drętwieniem, problemem z wyprostowaniem tułowia, problemem z pęcherzem, zaburzeniem czucia krocza, zaburzeniem funkcji zwieraczy, impotencją, segmentem operowany, stosowaniem rehabilitacji, nasileniem bólu pleców (w okresie przedoperacyjnym, średnim, maksymalnym), nasileniem bólu kończyn dolnych (w okresie przedoperacyjnym, średnim, maksymalnym) a skutecznością leczenia, zmniejszeniem dolegliwości bólowych pleców i kończyn dolnych po leczeniu. Doszło do jednego powikłania związanego z zabiegiem (2,3%) – uszkodzenia opony twardej i wycieku płynu mózgowo-rdzeniowego. U 3 chorych (6,9%) po zabiegu doszło do zaburzeń czucia głębokiego w postaci konieczności patrzenia na stopy, u jednego z nich także do potykania. U 2 pojawił się problem z wyprostowaniem tułowia (5,4%), u 1 chorego problem z pęcherzem (2,4%), u 1 problem zaburzenia czucia krocza (2,4%), 1 chory po zabiegu zgłaszał impotencję (7,7%). Ponadto ból w ranie pooperacyjnej zgłaszało po zabiegu 30 chorych (69,8%), długi pobyt w szpitalu był dokuczliwy dla 12 chorych (27,9%), długa niezdolność do pracy dla 4 chorych (9,3%) natomiast dla 14 chorych (32,5%) dokuczliwa była blizna pooperacyjna. Rok po zabiegu średnia punktacja ODI wyniosła 18,8 punktu, minimum 1 punkt, maksimum 4 punktów, SD 9,7 punktu. Różnica w punktacji ODI (suma punktów przed zabiegiem – suma punktów po zabiegu) wyniosła od -9 do 29 punktów, średnio 9,5 punktów, 14 pacjentów uzyskało spadek w punktacji ≥ 15 punktów (32,5%) (w porównaniu do stanu sprzed operacji). Odsetek skuteczności nie zmienił się w rocznym okresie kontrolnym.

Wnioski. 1. Leczenie z zastosowaniem stabilizatora międzykolcowego DIAM było skuteczne u 32,5% pacjentów. Doszło do jednego powikłania w trakcie zabiegu – uszkodzenia worka oponowego z wyciekami płynu mózgowo-rdzeniowego. 2. Czynniki takie jak wiek, płeć, poziom kręgosłupa, na którym wykonywano operację, zaburzenia czucia skórnej okolicy krocza, zaburzenia funkcji zwieraczy, problem z przyjęciem postawy wyprostowanej, impotencja, drętwienie, stosowanie rehabilitacji, nasilenie bólu pleców oraz nasilenie bólu kończyn dolnych przed zabiegiem nie miały wpływu na skuteczność leczenia. 3. Zmniejszenie dolegliwości bólowych pleców wystąpiło u 74,4%, zmniejszenie dolegliwości bólowych kończyn dolnych wystąpiło u 67,4% chorych. 4. Czynniki takie jak wiek, płeć, poziom operowany, zaburzenia czucia skórnej okolicy krocza, zaburzenia funkcji zwieraczy, problem z przyjęciem postawy wyprostowanej, impotencja, drętwienie kończyn dolnych, stosowanie rehabilitacji nasilenie bólu pleców oraz nasilenie bólu kończyn

dolnych przed zabiegiem nie miały wpływu na zmniejszenie bólu pleców oraz bólu kończyn dolnych. 5. Skuteczność zabiegu oceniana rok po operacji wyniosła 32,5% i była taka sama jak w okresie pooperacyjnym.