

Ocena rozprawy

„Ocena skuteczności leczenia zespołu bólowego kręgosłupa lędźwiowego stabilizatorem międzykolczystym„

przygotowanej na stopień doktora nauk medycznych

przez lekarza Adama Druszcza

Zespoły bólowe odcinka lędźwiowego kręgosłupa są częstą przyczyną ograniczenia codziennej aktywności chorych oraz powodem długotrwałej niezdolności do wykonywania pracy zawodowej. Podstawową przyczyną bólu korzeniowego są następstwa zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa i krążka międzykręgowego. Zespoły bólowe kręgosłupa charakteryzują się znacznym zróżnicowaniem klinicznym i często mają charakter przewlekły. Najczęściej stwierdzaną kliniczną postacią bólu korzeniowego jest rwa kulszowa. Według niektórych doniesień nawet 20-30% pacjentów z przewlekłym zespołem bólowym może wymagać leczenia operacyjnego. Podstawowe znaczenie we współczesnej diagnostyce choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa ma badanie rezonansu magnetycznego, a w diagnostyce jej następstw - badania elektrofizjologiczne. Leczenie zespołów bólowych kręgosłupa obejmuje leczenie zachowawcze oraz operacyjne, w tym tzw. minimalnie inwazyjne.

Rozprawa doktorska ma układ tradycyjny, liczy 127 stron, zawiera 5 tabel i 14 rycin oraz 1 załącznik.

We wstępie Autor przedstawił w sposób bardzo rozbudowany i szczegółowy rys historyczny, anatomię, patofizjologię, objawy, metodykę badania klinicznego, epidemiologię oraz diagnostykę zespołów bólowych kręgosłupa lędźwiowego, a także ich leczenie, ze szczególnym uwzględnieniem metod operacyjnych.

Celem pracy było określenie skuteczności leczenia zespołów bólowych kręgosłupa lędźwiowego stabilizatorem DIAM oraz czynników wpływających na tą skuteczność, a także ocena zmniejszenia nasilenia bólu pleców i kończyn dolnych po leczeniu operacyjnym. Poza tym w pracy przeprowadzono analizę czynników wpływających na zmniejszenie bólów pleców i kończyn dolnych, a także ocenę odległej skuteczności leczenia po roku od zabiegu operacyjnego. Autor postanowił zweryfikować następujące hipotezy:

1. Leczenie stabilizatorem DIAM charakteryzuje się skuteczniejszym efektem przeciwbólowym bezpośrednio po zabiegu w porównaniu do leczenia zachowawczego po 2 miesiącach.
2. Leczenie stabilizatorem DIAM charakteryzuje się lepszym efektem przeciwbólowym po roku od zabiegu w porównaniu do efektu leczenia zachowawczego po tym czasie.
3. Wśród analizowanych zmiennych (m.in. wiek, płeć, nasilenie i czas trwania objawów choroby zwyrodnieniowej, poziom operowany, stosowanie rehabilitacji, nasilenie bólu pleców oraz bólu kończyn dolnych) znajdują się czynniki wskazujące na lepsze rokowanie po leczeniu operacyjnym.
4. U chorych operowanych lepsze wyniki uzyskuje się w leczeniu bólu pleców w porównaniu do leczenia bólu kończyn dolnych.

W metodologii pracy określono wskazania do zabiegu operacyjnego - przetrwały ból pleców z lub bez bólu korzeniowego o rocznym czasie trwania, z chorobą zwyrodnieniową krążka międzykręgowego potwierdzoną w wywiadzie, z objawami klinicznymi w badaniu przedmiotowym i w badaniach obrazowych. Oceny nasilenia bólu dokonano z użyciem skali Visual Analog Scale (VAS), natomiast oceny niesprawności chorych przy pomocy skali Oswestry Disability Index (ODI). Za kryterium skuteczności leczenia przyjęto różnicę w przed- i pooperacyjnej punktacji $ODI \geq 15$, za kryterium zmniejszenia bólu – różnicę w VAS ≥ 1 . Leczenie operacyjne polegało na implantacji systemu DIAM. U chorych nie przeprowadzono innych procedur operacyjnych.

Materiał analizowany stanowiło 43 chorych w wieku od 24 do 65 lat, leczonych z powodu choroby zwyrodnieniowej odcinka lędźwiowego kręgosłupa z wykorzystaniem systemu stabilizacji dynamicznej DIAM. Wszyscy chorzy skarżyli się na ból pleców i/lub kończyn dolnych, który został opisany przy użyciu odpowiednich skal, oceniono także stopień niepełnosprawności chorych. Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa zostały opisane na podstawie badań neuroobrazowych.

W wynikach Doktorant potwierdził zmniejszenie natężenia bólu pleców u 32 pacjentów (74,4%). Średnie natężenie bólu odczuwanego bezpośrednio po zabiegu wyniosło 4,2. Najsilniejszy odczuwany ból pleców w okresie pooperacyjnym wyniósł średnio 4,5. W wyniku leczenia operacyjnego doszło do zmniejszenia średniego nasilenia bólu w skali VAS, średniego odczuwanego bólu, a także najsilniejszego odczuwanego bólu. Wśród 36 chorych wszyscy w okresie pooperacyjnym nadal odczuwali ból kończyn dolnych. Zmniejszenie

natężenia bólu kończyn dolnych stwierdzono u 67,4% chorych. Różnica w ODI (przed i po zabiegu) wyniosła od 10 do 29 punktów, średnio 9,1. Analiza statystyczna wykazała brak zależności pomiędzy płcią, wiekiem, uczuciem drętwienia, trudnością z wyprostowaniem tułowia, opróżnianiem pęcherza, zaburzeniami czucia w okolicy krocza, zaburzeniem funkcji zwieraczy, impotencją, segmentem operowanym, 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 operacyjnym. W badanej grupie stwierdzono jedno powikłanie związane z zabiegiem - uszkodzenie opony twardej z wyciekami płynu mózgowo-rdzeniowego. Rok po zabiegu średnia punktacja ODI wyniosła 18,8 punktów. Różnica w punktacji ODI wyniosła średnio 9,5 pkt. Odsetek skuteczności nie zmienił się w rocznym okresie kontrolnym.

We wnioskach Autor stwierdził, że leczenie z zastosowaniem stabilizatora międzykolcowego DIAM było skuteczne u 32,5% pacjentów. Czynniki takie jak wiek, płeć, poziom zabiegu, zaburzenia czucia w okolicy krocza, zaburzenia funkcji zwieraczy, problem z wyprostowaniem, impotencja, drętwienie, stosowanie rehabilitacji, nasilenie bólu pleców oraz nasilenie bólu kończyn dolnych przed zabiegiem nie miały wpływu na skuteczność leczenia. Zmniejszenie dolegliwości bólowych pleców wykazano u 74,4%, natomiast zmniejszenie dolegliwości bólowych kończyn dolnych u 67,4% chorych. Nie zaobserwowano wpływu takich czynników jak - wiek, płeć, operowany poziom, zaburzenia czucia w okolicy krocza oraz funkcji zwieraczy, zdolność do wyprostowania się, impotencja, drętwienie, stosowanie rehabilitacji, stopień nasilenia bólu pleców oraz nasilenia bólu kończyn dolnych przed zabiegiem na zmniejszenie bólu pleców oraz bólu kończyn dolnych. Skuteczność zabiegu oceniana rok po operacji wyniosła 32,5% i była taka sama jak w okresie bezpośrednio po zabiegu operacyjnym.

Dyskusja stanowi szczegółowe omówienie tematyki badań z wykorzystaniem współczesnego piśmiennictwa, z potwierdzeniem celowości przeprowadzenia badania.

Załączone piśmiennictwo liczy 192 pozycje.

Uważam, że uwzględniając podstawowy temat dysertacji, wstęp pracy doktorskiej jest zbyt długi, liczy aż 47 stron i stanowi jej dominującą część. Bez szkody dla wartości pracy można byłoby usunąć rozdział poświęcony badaniu przedmiotowemu i podmiotowemu chorego, historię naturalną zespołów bólowych, a także istotnie skrócić rozdział omawiający inne metody leczenia operacyjnego. Uważam, że większej uwagi wymagał tylko opis

ocenianej w pracy metody operacyjnej. Wśród ilustracji zamieszczonych w pracy dominują ryciny z materiałów informacyjnych producenta stabilizatora międzykolczystego DIAM.

Rozdział wnioski zawiera przede wszystkim powtórzony opis wyników pracy. Z tego powodu wymaga istotnego przeredagowania.

W dyskusji Doktorant w sposób systematyczny przedstawia piśmiennictwo dotyczące badanego zagadnienia, jednak w zdecydowanie niewielkim stopniu odnosi uzyskane przez siebie wyniki do wyników innych autorów.

Praca zawiera liczne błędy literowe, stylistyczne, z tego powodu wymaga przed publikacją przeprowadzenia istotnych poprawek redakcyjnych. Autor używa także nieprzyjętych w terminologii medycznej sformułowań np. „chromanie neurologiczne”. Pewną niespójność w nazewnictwie i ocenie wyników wprowadza analiza dwóch rodzajów zaburzeń – opróżniania pęcherza moczowego oraz zaburzeń funkcji zwieraczy.

Podsumowując uważam, że Autor przygotował i przeprowadził badanie w sposób właściwy pod względem metodologicznym i wykazał się praktyczną wiedzą dotyczącą tematu przeprowadzonej analizy. Przedłożona przez Doktoranta praca spełnia warunki wymagane dla rozpraw na stopień doktora nauk medycznych oraz wynikające z obowiązujących ustaw.

Zwracam się do Rady Wydziału Nauki o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu o dopuszczenie lekarza Adama Druszcza do kolejnych etapów przewodu doktorskiego.

Dr hab. n. med. Sławomir Budrewicz, prof. nadzw. UMW

Katedra i Klinika Neurologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
KATEDRA NEUROLOGII
KLINIKA NEUROLOGII
kierownik

dr hab. Sławomir Budrewicz, prof. nadzw.