

Ocena pracy doktorskiej lek. med. Dawida Sobańskiego
nt. „Ocena leczenia operacyjnego pacjentów ze stenozą zwyrodnieniową w odcinku
lędźwiowym kręgosłupa”

Lek. med. Dawid Sobański zajął się od lat istniejącym, kontrowersyjnym problemem, którym jest leczenie stenozy zwyrodnieniowej kręgosłupa. Doktorant we wstępie pracy ukazuje istotę problematyki, którą się zajął, obszernie odnosząc się do stenozy zwyrodnieniowej i głównego jej objawu jakim jest chromanie neurogenne. W pracy skupił się na problemie stenozy w odcinku lędźwiowo-krzyżowym kręgosłupa. Autor prezentuje skale stosowane do oceny chorych ze stenozą kanału kręgowego w tym skalę Oswestry stosowaną relatywnie często w ocenie chorych z różnymi schorzeniami kręgosłupa.

W pracy lek. med. Dawid Sobański dla oceny leczonych chorych zastosował własnego pomysłu ankietę oraz analogową skalą bólu (VAS). Przy omawianiu patologii chromania neurogennego na str. 11 autor posiłkuje się sformułowaniem opisanym w 1986 r. w Journal of Neurosurgery, którego załączone tłumaczenie na język polski brzmi cyt: „skargi na chromanie neurogenne są przypisywane „ekotopowemu impulsowi nerwowemu”, który oscyluje w unaczynieniu ogona końskiego”. Sformułowanie to jakkolwiek barwne, moim zdaniem powinno być jednak szerzej skomentowane.

Badaniu autor poddał 60 chorych (w tym 33 kobiety i 27 mężczyzn) operowanych w oddziale neurochirurgii Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Kaliszu w latach 2003-2010. Wszyscy chorzy operowani byli z powodu stenozy w odcinku lędźwiowo-krzyżowym. Uważam, że pacjenci ze stenozą L1/L2 powinni być wyeliminowani z tego badania bo na występujące tu objawy neurologiczne mogły nakładać się cechy ucisku na stożek końcowy. Wszyscy pacjenci operowani byli metodą jednostronnej hemilaminektomii z usunięciem więzadeł żółtych i przerosniętych elementów łącznotkankowych stawów międzykręgowych.

Jak wynika z opisu techniki operacyjnej stronę dostępu chirurgicznego determinował zespół objawów klinicznych. W pracy na str. 28 w opisie techniki operacyjnej czytamy „Za pomocą zgrzaczki kostnych typu Kerison i Luer, dokonano odbarczenia usuwając część łuku kręgu, pozostawiając drugą część łuku, wyrostek kolczysty i kompleks więzadeł długich kręgosłupa, przylegające więzadła żółte oraz przerośnięte elementy stawu kręgosłupa”. Wynika z tego opisu, że nie usuwano przerośniętych elementów łącznotkankowych stawu międzykręgowego po drugiej stronie. Z osobistego doświadczenia recenzenta wynika, że problem laminektomii umożliwiającej w bardzo zaawansowanych przypadkach pełne szerokie odbarczenie kanału kręgowego jest nieco demonizowane, a z pewnością nieliczne przypadki kwalifikują się do aplikacji stabilizacji przemasadowej.

W przypadkach, kiedy stenoza powodowana jest również osteofitami penetrującymi do światła kanału kręgowego, po ich usunięciu wraz ze zwyrodniałym krążkiem międzykręgowym niezbędna jest stabilizacja międzytrzonowa. Stabilizacja przemasadowa w takich przypadkach powinna mieć limitowane wskazania, potwierdzają to dane z piśmiennictwa i słusznie podkreśla autor w swej pracy. Przypadki stenozы kanału kręgowego dotyczą ludzi w podeszłym wieku, stąd należy uwzględnić szereg schorzeń towarzyszących, które limitują zakres stosowanych technik operacyjnych i stanowią pretekst do poszukiwania technik małoinwazyjnych. Jednak należy pamiętać, że technika małoinwazyjna oznacza jedynie małoinwazyjny dostęp ale nakazuje radykalne usunięcie przyczyny choroby. W literaturze spotyka się nadal kontrowersyjne poglądy jak chociażby taki, że chorzy powinni być poddawani leczeniu operacyjnemu dopiero po wykorzystaniu pełnego zakresu leczenia fizjoterapeutycznego, co zresztą słusznie ujmuje w swojej analizie doktorant. Wspomniany kontrowersyjny problem leży u podłoża dysertacji lek med. Dawida Sobańskiego, ponieważ porównuje on właśnie te dwa podejścia do problematyki leczenia stenozы zwyrodnieniowej w aspekcie - leczenie zachowawcze versus leczenie operacyjne. Grupę porównawczą

stanowiło 60 chorych leczonych rehabilitacją i fizykoterapią pod kontrolą zespołu neurochirurgów macierzystego oddziału lek. med. Sobańskiego. Z uznaniem odnoszę się do rzetelności doktoranta, który, pomimo niewątpliwych zasług należnych mu za wykonanie tej ważnej dla praktyki klinicznej pracy, wskazuje na fakt, że pomysłodawcą był poprzedni kierownik oddziału dr n. med. Wiesław Sthrom. Walorem pracy jest i to, że proces leczenia zachowawczego fizjoterpią kontrolowany był przez neurochirurgów, przy oczywistej współpracy z fizjoterapeutami. Niewątpliwie o sukcesie leczenia w takich przypadkach decyduje praca zespołowa. Brakuje jednoznacznych kryteriów odnośnie kwalifikowania chorych do poszczególnych badanych grup. O ile kryteria te są wymienione odnośnie kwalifikacji do leczenia operacyjnego, to w odniesieniu do chorych leczonych zachowawczo kryteria nie są zdefiniowane. Wyniki leczenia, zarówno zachowawczego (fizjoterapią) jak i operacyjnego, chorzy przedstawili w tych samych ankietach, różniących się jedynie w aspekcie punktu 6 – opinia na temat przebytego leczenia. Chorzy po leczeniu, zarówno operacyjnym jak i zachowawczym, oceniani byli w okresie wczesnym, po miesiącu oraz odległym tj. po 6 m-cach. W metodyce pracy autor nie podaje sposobu obiektywnego pomiaru zasadniczego objawu chromania tj. dystansu, jaki pokonywali chorzy przed i po stosowanym leczeniu. Poza badaniem ankietowym i oceną dolegliwości bólowych kkd w skali VAS oceniano również szerokość kanału kręgowego AP przed i po leczeniu na podstawie badań obrazowych KT MR. Na rycinie 41 ukazującej wyniki pomiarów brakuje rozróżnienia na rodzaj ocenianego badania MR czy KT. Wyniki uzyskane w ankietach obu grup chorych doktorant poddał analizie statystycznej pakietem specjalistycznym Statistica 10 PL, testem t-Studenta oraz szeregiem innych testów, używanych dla bardziej szczegółowej oceny. Wyniki badań przedstawiono w formie tabel i rycin będących graficznymi diagramami każdej badanej cechy ujętej w tabeli. Autor podsumowuje uzyskane wyniki oraz wyciągnięte z nich wnioski w dość obszernej i rzeczowej dyskusji wspierając się o dane z

różnojęzycznego piśmiennictwa. W sumie materiał badawczy, metodykę stosowanego leczenia operacyjnego, jak też wyniki badań, autor zaprezentował w 70 tabelach oraz 71 rycinach. Chciałbym podkreślić, że dodatkowym walorem ocenianej pracy jest widoczne w niej zdroworozsądkowe podejście autora, zwłaszcza w aspekcie wskazań do stabilizacji wewnętrznej, moim zdaniem, w wielu przypadkach techniki stosowanej nazbyt szeroką ręką. Na fakt ten wskazują wytyczne europejskie, nakazujące stawianie ostrych kryteriów dla stabilizacji wewnętrznej w przypadkach zaawansowanej choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego. Chciałbym również podkreślić inny istotny aspekt recenzowanej pracy a mianowicie to, że autor lek. med. Dawid Sobański podąża za współczesnymi trendami chirurgii małoinwazyjnej.

Wnioski:

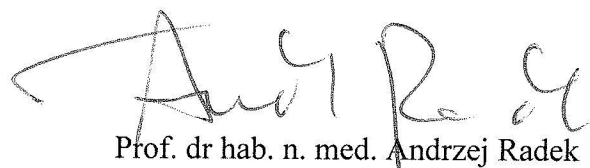
Autor pracę podsumowuje czterema wnioskami.

Wniosek pierwszy „Leczenie operacyjne stenozy w odcinku lędźwiowym kręgosłupa, znacznie bardziej zmniejsza objawy choroby niż leczenie zachowawcze” jest zgodny ze współczesnymi trendami światowymi.

Wniosek drugi „Jednostronne odbarczenie kanału kręgowego nie powoduje pooperacyjnej niestabilności, zachowując anatomie i funkcje stawów oraz kompleksu tylnych więzadeł wraz z wyrostkami kolczystymi.” Jakkolwiek oparty na obserwacjach klinicznych, to jednak należy podkreślić, że autor nie przeprowadził badań biomechanicznych nad stabilnością.

Wniosek trzeci „Jednostronne odbarczenie kanału kręgowego daje możliwość szerokiego odbarczenia, znacznie zmniejszającego objawy stenozy w odcinku lędźwiowym kręgosłupa” i czwarty „Jednostronne odbarczenie jest mniej inwazyjne, związane z mniejszą ilością powikłań, mniejszym bólem pooperacyjnym i krótszym pobytem w szpitalu” wynikają z pracy. Autor cytuje 115 pozycji piśmiennictwa, najczęściej anglojęzycznego, szkoda, że nie

wymienia prac polskich w cytowanym piśmiennictwie. W podsumowaniu stwierdzam, że praca doktorska lek med. Dawida Sobańskiego jest wartościową z punktu widzenia klinicznej pragmatyki pozycją doskonale wpisującą się nurt współcześnie pojmowanej małoinwazyjnej chirurgii kręgosłupa. Dysertacja stanowi indywidualne osiągnięcie autora a drobne poczynione przeze mnie uwagi niech przyczynią się do podniesienia jej walorów podczas przygotowania do publikacji. Wnoszę zatem do Wysokiej Rady Wydziału Wojskowo Lekarskiego o dopuszczenia lek med. Dawida Sobańskiego do dalszych etapów przewodu doktorskiego.



Prof. dr hab. n. med. Andrzej Radek