

Streszczenie rozprawy doktorskiej lek. Marleny Bereźniak p.t. „Diagnostyka rentgenowska ostrych uszkodzeń kręgosłupa piersiowo-lędźwiowego z uwzględnieniem chorób usztywniających” w języku polskim

Częstość występowania złamań odcinka piersiowo-lędźwiowego u pacjentów z tępychmi urazami wynosi 6.9%. Szczególną grupę stanowią pacjenci z chorobami usztywniającymi kręgosłupa, u których 39% urazów spowodowane jest upadkiem z wysokości własnej. Usztywnienie kręgosłupa zmienia jego biomechanikę zwiększając podatność na urazy i zwiększając ryzyko powikłań neurologicznych nawet po niewielkich urazach.

Badania przeprowadzone w ramach cyklu publikacji polegały na ocenie tomografii komputerowej (TK) i zdjęć rentgenowskich (RTG) wykonanych po urazie kręgosłupa piersiowo-lędźwiowego u pacjentów bez i z usztywnieniem kręgosłupa.

Celami pracy były: 1) ocena lokalizacji i morfologii złamań odcinka piersiowo-lędźwiowego kręgosłupa w zależności od obecności i typu usztywnienia kręgosłupa; 2) porównanie częstości występowania złamań niestabilnych oraz złamań wielopoziomowych i złamań w wielu regionach u pacjentów z krótko- i długoodcinkowym usztywnieniem kręgosłupa; 3) ocena skuteczności RTG w wykrywaniu świeżych złamań odcinka piersiowo-lędźwiowego kręgosłupa u pacjentów bez i z chorobami usztywniającymi kręgosłupa, przy użyciu TK jako metody referencyjnej; 4) analiza wpływu doświadczenia osoby oceniającej na czułość, swoistość i skuteczność diagnostyczną RTG.

Pierwsza praca analizuje wpływ różnych typów usztywnienia na lokalizację i morfologię złamań odcinka piersiowo-lędźwiowego kręgosłupa. Zarówno w grupie pacjentów bez usztywnienia jak i z usztywnionym kręgosłupem złamania najczęściej lokalizowały się w okolicy przejścia piersiowo-lędźwiowego, a w grupie z usztywnieniem złamania najczęściej dotyczyły segmentu usztywnionego (46.96%). W grupie z usztywnionym kręgosłupem częściej występowały złamania wielopoziomowe oraz złamania niestabilne typu B i C (odpowiednio 2.53 i 2.1 razy częściej niż w grupie kontrolnej). Złamania wielopoziomowe i niestabilne dotyczyły niemal wyłącznie pacjentów z długoodcinkowym (≥ 4 segmentów) usztywnieniem. Częstość występowania złamań wielopoziomowych w niesąsiadujących segmentach kręgosłupa i złamań w wielu regionach kręgosłupa była odpowiednio 2.1 i 1.76 razy wyższa w grupie z usztywnionym kręgosłupem niż w grupie kontrolnej.

Druga praca ocenia wartość diagnostyczną RTG w odniesieniu do TK w wykrywaniu ostrych złamań kręgosłupa piersiowo-lędźwiowego po urazachiskoenergetycznych. Czułość RTG w wykrywaniu złamań była niska: odpowiednio 44.1% dla rezydenta i 53.6% dla specjalisty, przy wysokiej swoistości (95.5% i 98.8%). Odsetek nierozpoznanych złamań był wyższy u pacjentów z usztywnieniem kręgosłupa niż w grupie bez usztywnienia, a złamania zlokalizowane w odcinku piersiowym były częściej nierozpoznane niż w odcinku lędźwiowym. Błędna klasyfikacja złamań ostrych jako przewlekłe deformacje została zidentyfikowana jako ważna przyczyna nierozpoznanych złamań typu A.

Na podstawie przeprowadzonych analiz można stwierdzić, że badania RTG niezależnie od doświadczenia oceniającego nie zapewniają wystarczającej dokładności diagnostycznej w ocenie świeżych złamań odcinka piersiowo-lędźwiowego kręgosłupa u pacjentów po urazachiskoenergetycznych, zwłaszcza w przypadkach usztywnionego kręgosłupa, w których to częściej występują złamania wielopoziomowe, złamania w wielu regionach kręgosłupa oraz złamania niestabilne typu B i C.

