

Streszczenie

Praca przedstawia wyniki leczenia kolejnych 250 chorych leczonych w Oddziale Neurochirurgii szpitala Copernicus PL w Gdańsku u których wprowadzono 1362 śruby przeznasadowe z powodu różnych schorzeń kręgosłupa odcinków szyjnego, piersiowego i lędźwiowego.

Celem pracy była ocena: położenia wprowadzanych śrub przeznasadowych do trzonów kręgosłupa według klasyfikacji Getzbein`a i Robbins`a, Heary`ego i Gertzbein`a i Robbinsa w modyfikacji Bredow`a na podstawie badań śródoperacyjnych tomokomputerowych i przy zastosowaniu śródoperacyjnego monitoringu neurofizjologicznego. Dokonano również oceny położenia wprowadzanych śrub przeznasadowych w operacjach przezskórnych i „na otwarty” w różnych schorzeniach kręgosłupa. Oceniono również jaki wpływ na położenie śrub przeznasadowych miały wymiary nasad trzonów kręgowych oraz krzywa uczenia. Ostatnim celem była ocena wpływu położenie śrub przeznasadowych na długość hospitalizacji.

Analiza badanej grupy wykazała, że według klasyfikacji Gertzbein`a i Robbins`a w modyfikacji Bredow`a w odcinku szyjnym 53 śrub (59,55%) było wprowadzonych w strefie bezpiecznej a 36 (40,45%) w strefie bezpiecznej wątpliwej. Według klasyfikacji Gertzbein`a i Robbins`a oraz Heary`ego w odcinku piersiowym i lędźwiowym kręgosłupa 1249 śrub (98,11%) było wprowadzonych w strefie bezpiecznej a 24 (1,89%) w strefie bezpiecznej wątpliwej. W operacjach z zastosowaniem śródoperacyjnego monitoringu neurofizjologicznego 270 śrub (98,54%) było wprowadzonych w strefie bezpiecznej a tylko 4 śruby (1,46%) wprowadzono w strefie bezpiecznej wątpliwej. W operacjach przeprowadzonych techniką przezskórną 370 śrub (92,5%) było wprowadzonych w strefie bezpiecznej. Natomiast w operacjach techniką „na otwarty” 861 śrub (98,63%) było wprowadzonych w strefie bezpiecznej. Różnice okazały się istotne statystycznie ($p < 0,5$). Najlepsze wyniki wprowadzania śrub przeznasadowych stwierdzono u chorych z kręgozmykiem (100%) i w chorobie zwyrodnieniowej (99,19%) a najgorsze wyniki uzyskano w operacjach urazowych (96,06%). Różnice w wynikach okazały się istotne statystycznie ($p < 0,05$). Gorszą ocenę położenia śrub stwierdzono w przypadku wąskich nasad ($p < 0,05$). Wysokość nasad nie miała wpływu na ocenę położenia śrub ($p > 0,05$). Nie stwierdzono statystycznych różnic w ocenie położenia śrub przeznasadaowych w zależności od krzywej uczenia w odcinku szyjnym ($p > 0,05$). W odcinku piersiowym ocena położenia śrub w zależności od krzywej uczenia była istotna statystycznie tylko według klasyfikacji Gertzbein`a i Robbins`a. Natomiast w odcinku lędźwiowym stwierdzono istotne statystycznie różnice

według klasyfikacji Gertzeina i Robbinsa oraz Heary'ego ($p > 0,05$). Nie stwierdzono statystycznych różnic w długości hospitalizacji w zależności od położenia śrub przeznasadowych według klasyfikacji Gertzeina i Robbinsa oraz Heary'ego ($p > 0,05$).