

Piotr Tederko, Marek Krasuski, Jerzy Kiwerski, Izabela Barcińska

Klinika Rehabilitacji Akademii Medycznej

Oddział II Centrum Rehabilitacji im. Prof. Mariana Weissa

Znaczenie weryfikacji rozpoznania u pacjentów po urazie rdzenia kręgowego hospitalizowanych w oddziale rehabilitacji

The importance of verifying diagnosis in patients with spinal cord injury hospitalized in a rehabilitation department

Słowa kluczowe: diagnostyka, urazy rdzenia kręgowego, urazy wielonarządowe
Key words: diagnostics, spinal cord injury, multi-organ injury

SUMMARY

Background. According to Annex 7 to Resolution no. 226/2003, the National Health Fund does not cover the costs of diagnostic procedures performed in rehabilitation departments. Everyday clinical practice shows that the availability of imaging studies and specialized laboratory tests is often crucial for effective and safe patient management. The purpose of our research was to analyze the need for diagnostic procedures and verification of referral diagnosis in patients with spinal cord injury admitted to a rehabilitation department.

Material and methods. We studied 175 patients (134 males and 41 females, 16 to 75 years of age, mean age 35.2 years) admitted with a diagnosis of spinal cord injury to the Rehabilitation Department of the Warsaw Medical University in the period from 1998 to 2004. Referral diagnoses were compared to the diagnoses established after examination on admission to our Department (verified diagnoses).

Results. In 67 patients (38.3%) the referral diagnosis differed from the verified diagnosis. The most frequent new diagnoses included: myositis ossificans: 22 cases (12.6%), decubitus ulcers: 14 cases (8.0%); other trophic skin lesions: 9 cases (5.4%) and undiagnosed concomitant injuries: 5 cases (2.9%). 13 patients (7.5%) were disqualified from further rehabilitation and referred for surgical treatment.

Conclusions. 38.3% of our patients with spinal cord injury admitted for rehabilitation had an incorrect referral diagnosis. Legislative decisions limiting the availability of diagnostic procedures at rehabilitation departments lead to decreased health care quality. Spinal cord injury patients admitted for rehabilitation require verification of the referral diagnoses, preferably by the staff of the rehabilitation department.

STRESZCZENIE

Wstęp. W oparciu o załącznik nr 7 do uchwały 226/2003, Narodowy Fundusz Zdrowia nie finansuje procedur diagnostycznych w oddziałach rehabilitacji. Praktyka kliniczna pokazuje, że dodatkowe badania diagnostyczne mają w wybranych przypadkach rozstrzygające znaczenie dla efektywności i bezpieczeństwa leczenia.

Materiał i metody. 175 pacjentów (134 mężczyzn i 41 kobiet w wieku 16-75 lat, średnia 35,2) po urazie rdzenia kręgowego leczonych w Klinice Rehabilitacji Akademii Medycznej w Warszawie w latach 1998-2004. Analiza rozpoznania ze skierowania i zweryfikowanych na podstawie wstępnego badania podczas przyjęcia pacjenta do Kliniki.

Wyniki. U 67 pacjentów (38,3%) rozpoznanie po weryfikacji różniło się od rozpoznania ze skierowania. Najczęstsze nowe rozpoznania to: skostnienia pozaszkieletowe – 22 (12,6%), odleżyny – 14 (8,0%), zmiany skórne stóp w postaci wrastających paznokci – 9 (5,4%) i uprzednio nierozpoznane urazy narządu ruchu – 5 (2,9%). 13 chorych (7,5%) zdyskwalifikowano z usprawniania, ustalając wskazania do leczenia operacyjnego.

Wnioski. W materiale Kliniki Rehabilitacji 38,3% pacjentów przyjętych po urazie rdzenia kręgowego miało nieprawidłowe, bądź niepełne rozpoznanie ze skierowania. Utrudnienia legislacyjne w realizacji diagnostyki w oddziałach rehabilitacji obniżają jakość usług leczniczych. Pacjenci po urazie rdzenia kręgowego, kierowani na oddział rehabilitacyjny wymagają weryfikacji rozpoznania wstępnego przed rozpoczęciem hospitalizacji, celem uniknięcia realizacji niewłaściwych procedur.

WSTĘP

Według wytycznych Narodowego Funduszu Zdrowia, merytoryczną i finansową odpowiedzialność za kwalifikację pacjenta do rehabilitacji ponosi lekarz kierujący [1]. Podstawą kwalifikacji do usprawniania jest, według ustawy, stopień sprawności według skali Rankina. Finansowanie leczenia usprawniającego w warunkach szpitalnych nie obejmuje procedur diagnostycznych [1]. Ustalenia te mogą się przyczyniać do wzrostu ilości nieprawidłowych skierowań do oddziałów rehabilitacji, zwiększenia ryzyka błędów terapeutycznych, spadku ogólnej oceny efektywności leczenia. Zjawiska te w konsekwencji mogą prowadzić do degradacji prestiżu rehabilitacji jako specjalności medycznej. Obecne przepisy Narodowego Funduszu Zdrowia utrudniają, bądź uniemożliwiają realizację założeń Polskiej Szkoły Rehabilitacji [2].

Istniejący stan prawny może stanowić poważną barierę dla realizacji rehabilitacji ze względu na brak znajomości specyfiki tej dziedziny medycyny przez lekarzy kierujących i ograniczanie środków finansowych przeznaczanych na diagnostykę w warunkach ambulatoryjnych i szpitalnych. Nieprawidłowe, bądź niepełne rozpoznanie, brak znajomości właściwego postępowania w przypadku konsekwencji urazów kręgosłupa i uszkodzeń wielonarządowych utrudnia podjęcie prawidłowego leczenia i osiągnięcie optymalnej sprawności

przez pacjenta oraz generuje zbędne koszty leczenia.

Celem pracy jest określenie odsetka nieprawidłowych lub niepełnych rozpoznań klinicznych u chorych po urazie rdzenia kręgowego kierowanych do oddziału rehabilitacji.

MATERIAŁ I METODY

Porównanie rozpoznań ze skierowania z rozpoznaniem wstępnym, ustalonymi na podstawie badania pacjenta po przyjęciu do oddziału rehabilitacji.

Osoby z rozpoznaniem urazowego uszkodzenia rdzenia kręgowego przyjęte do Kliniki Rehabilitacji Akademii Medycznej między 1998 a 2004. Badana grupa liczy 175 osób (41 kobiet i 134 mężczyzn) w wieku od 16 do 75 lat (średnio 35,2). Mechanizm urazu prowadzącego do uszkodzenia rdzenia kręgowego przedstawia Tabela 1. Okres upływający od momentu urazu do przyjęcia chorego do Kliniki wahał się od 2 tygodni do 30 lat (średnio 18 miesięcy). W przypadku parokrotnej hospitalizacji pacjenta w Klinice w analizowanym okresie brano pod uwagę tylko pierwszy pobyt. 129 (73,7%) pacjentów z badanej grupy zostało skierowanych do Kliniki z oddziału szpitalnego, zaś 46 (26,3%) z leczenia otwartego.

Lokalizację uszkodzenia kręgosłupa według rozpoznania ze skierowania przedstawia Tabela 2. W badanej grupie stwierdzono 179 uszkodzeń kręgosłupa.

Tab. 1. Przyczyny urazów rdzenia kręgowego w badanej grupie

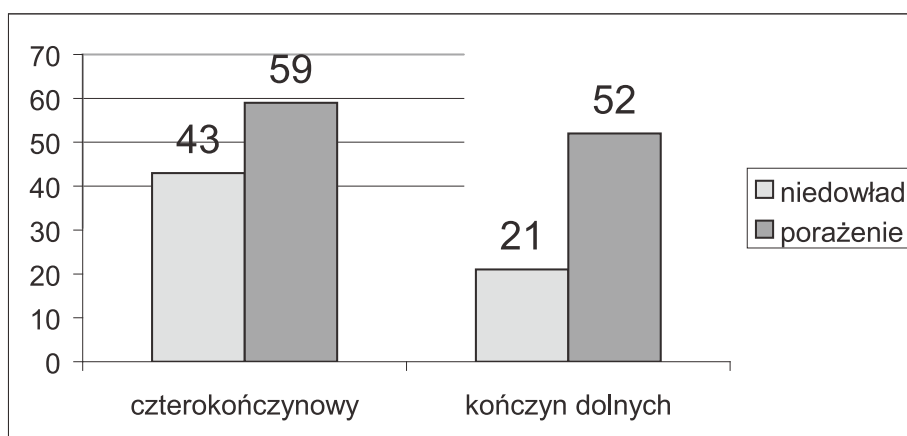
Tab. 1. Causes of spinal cord trauma in the study group

Przyczyna	Odsetek
urazy komunikacyjne	44,0%
upadki z wysokości	24,6%
skok do wody	17,1%
przygnięcie	6,9%
upadek na tym samym poziomie	2,3%
inne (ostrzał, uraz na zjeżdżalni, dźwignięcie ciężaru, ciągnięcie za głowę)	3,4%
Nieznane	1,7%

Tab. 2. Lokalizacja uszkodzenia kręgosłupa

Tab. 2. Localization of spinal injury

Lokalizacja	Ilość	Odsetek
Odcinek szyjny	102	60,0%
Odcinek piersiowy Th1-Th6	15	8,4%
Odcinek piersiowy Th12-Th11	25	14,0%
Th12 i L1	28	15,6%
Odcinek lędźwiowy	9	5,0%
Razem	179	100%



Ryc. 1. Zaburzenia neurologiczne w badanej grupie (n = 175)

Fig. 1. Neurological deficits in the study group (n = 175)

W dwóch przypadkach stwierdzono dwupoziomowe uszkodzenie kręgosłupa (pacjent JP l. 42: złamanie C₅ i zwinięcie Th₄/Th₅; pacjentka HU: l. 36: złamanie Th₈ i złamanie Th₁₂L₁), zaś w jednym przypadku – trzypoziomowe uszkodzenie (pacjent KG l. 45: złamanie C₅, Th₁₂ i L₂).

U wszystkich chorych występowały zaburzenia neurologiczne pod postacią niedowładu lub porażenia (Ryc. 1).

WYNIKI

Po przeprowadzeniu badania wstępnego 12 pacjentów (6,9%) zdyskwalifikowano z leczenia usprawniającego. Przyczyny takich decyzji ilustruje Tabela 3.

Weryfikacja wstępna prowadziła do zmiany rozpoznania zasadniczego tylko w jednym przypadku. Na podstawie badania neurologicznego stwierdzono tetraparezę o typie zespołu centralnego u pacjenta skierowanego z rozpoznaniem porażenia czterokończynowego.

W 55 przypadkach (30,7%) skierowanie, oprócz choroby podstawowej, obejmowało rozpoznania towarzyszące. Zestawienie rozpoznań towarzyszących przedstawia Tabela 4. Nie uwzględniono infekcji dróg moczowych jako powszechnego zaburzenia stwierdzanego po urazie rdzenia kręgowego.

Spośród 175 analizowanych przypadków 67 (38,3%) miało nieprawidłowo postawione rozpoznanie,

bądź błędną kwalifikację do leczenia usprawniającego. Poniżej przedstawiono wybrane przypadki ilustrujące problematykę diagnostyczną u chorych w różnych okresach po urazie rdzenia kręgowego:

1) Nieprawidłowe rozpoznanie przyczyny zespołu neurologicznego.

Pacjent K. R. – l. 54. przyjęty do Oddziału Rehabilitacji 4 lata po urazie kręgosłupa w odcinku szyjnym z powodu tetraparezy nasilającej się od paru miesięcy. Pacjent został skierowany z rozpoznaniem konsekwencji neurologicznych złamania łuku C₂ (Ryc. 2). W trakcie badania wstępnego u chorego wykryto niedowład z poziomu C₅. Po wykonaniu MR stwierdzono ognisko malacji rdzenia na poziomie C₄-C₅ (Rycina 3).

2) Brak kontroli stanu miejscowego po zespoleniu kręgosłupa, brak rozpoznania powikłań nerkowych, zaniedbania pielęgnacyjne, niewłaściwa kwalifikacja do leczenia

Pacjent T. S. – l. 19. przyjęty do Oddziału Rehabilitacji celem nauki chodzenia 2 lata po urazie w okolicy piersiowo-lędźwiowej z rozpoznaniem paraplegii. Podczas przyjęcia stwierdzono destrukcję zespolenia, utrzymujące się zwinięcie Th₁₂-L₁ z bezpośrednim zagrożeniem ciągłości skóry przez migrujące elementy implantu (Ryciny 4 i 5), obustronne wodonercze, gronkowcowo-paciorkowcową infekcję obu stóp, odleżynę okolicy kostki bocznej pod-

Tab. 3. Przyczyny dyskwalifikacji z leczenia usprawniającego

Tab. 3. Causes of disqualification from rehabilitation in the study group

Rozpoznanie po weryfikacji	Liczba przypadków
Migracja materiału zespalającego	6
Brak repozycji kręgosłupa, stenoza kanału kręgowego wymagające leczenia operacyjnego	4
Odleżyna okolicy krzyżowej 3-4 stopnia	1
Ropień talerza kości biodrowej	1

Tab. 4. Porównanie rozpoznań ze skierowania z rozpoznaniem ustalonymi na podstawie badania wstępnego w Klinice Rehabilitacji

Tab. 4. Referral diagnoses compared to the diagnoses as verified by preliminary examination in the Rehabilitation Clinic

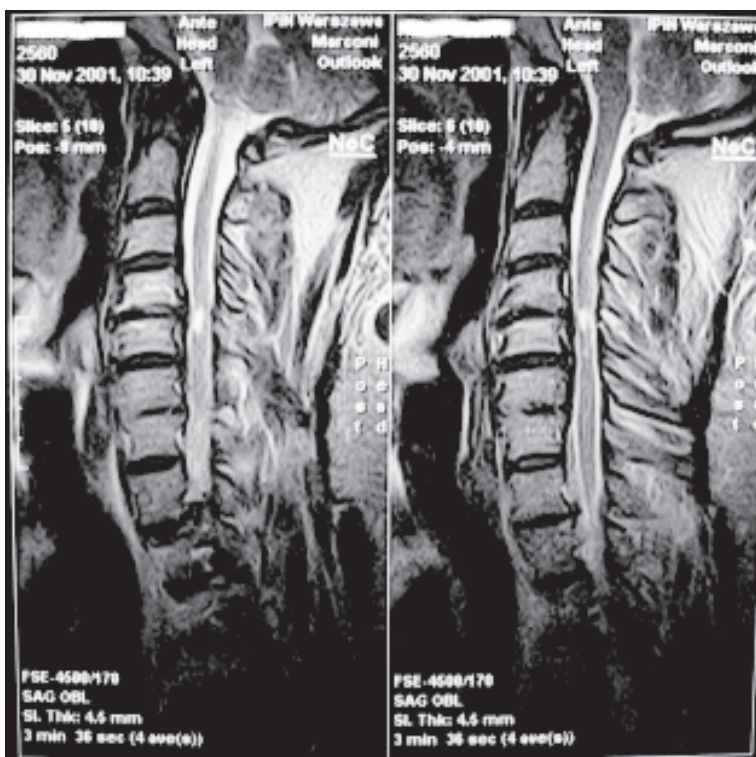
Rozpoznanie towarzyszące	Ze skierowania	Po weryfikacji	Nowe rozpoznania
Dodatkowy uraz	25	29	4
Choroba wrzodowa przewodu pokarmowego	8	8	0
Zaburzenia psychiczne	7	9	2
Skostnienia pozaszkieletowe	3	25	22
Wirusowe zapalenie wątroby	3	3	0
Odleżyny	2	16	14
RZS	2	2	0
ZZSK	2	2	0
Padaczka	2	1	0
Nadciśnienie tętnicze	2	2	0
Cukrzyca	2	2	0
Uszkodzenia nerwów czaszkowych	2	2	0
Choroby skóry	1	13	12
Zaburzenia rytmu serca	1	1	0
Zaćma	1	1	0
Jaskra	1	1	0
Koarktacja aorty	1	1	0
Białaczka limfatyczna	1	1	0
Sarkoidoza	1	1	0
Nadczynność tarczycy	1	1	0
Zapalenie żył głębokich	0	2	2
Inne schorzenia ortopedyczne	0	11	11
Moczówka prosta	0	1	1
Mięśniaki macicy	0	1	1
Przewlekłe zapalenie oskrzeli	0	1	1
Choroba Parkinsona	0	1	1

udzia prawego. Chorego zakwalifikowano do usunięcia zespoleń po uprzednim wyleczeniu zmian skórnych i opanowaniu narastającej niewydolności nerek. Po operacji pacjent szybko nauczył się chodzić w stabilizatorach udowo-podudziowych typu LETOR. Wypisany bez odleżyn, zaopatrzony w obustronną nefrostomię.

3) Uraz wielonarządowy – konsekwencje braku właściwego rozpoznania i leczenia mnogich uszkodzeń narządu ruchu

Pacjentka H. U. – l. 35, przyjęta rok po urazie wielonarządowym w wyniku upadku z 11 piętra. Przy przyjęciu rozpoznano głęboką paraparezę w następstwie złamania kręgosłupa Th₈, TH₁₂ i L₁, uszkodzenie nerwu błotkowego lewego, złamanie Malgaigne'a z przemieszczeniem, złamanie goleni prawej z utrzymującym się podwichnięciem stawu skokowo-goleniowego. Uszkodzenia w obrębie narządu ruchu dotychczas leczono zachowawczo. Podczas przyjęcia stwierdzono niedowład kończyn dolnych z poziomu Th₈ oraz obecność znacznej stenozy kanału kręgowego na tym poziomie (Rycina 6). Chorą zakwalifikowano do dekompresji rdzenia kręgowego. Po czę-

Ryc. 2. Pacjent 1. Złamanie łuku C₂ rozpoznane w trakcie hospitalizacji po urazie kręgosłupa w 1998 rokuFig. 2. Patient 1. Hangman's fracture (C₂) diagnosed after an injury in 1998



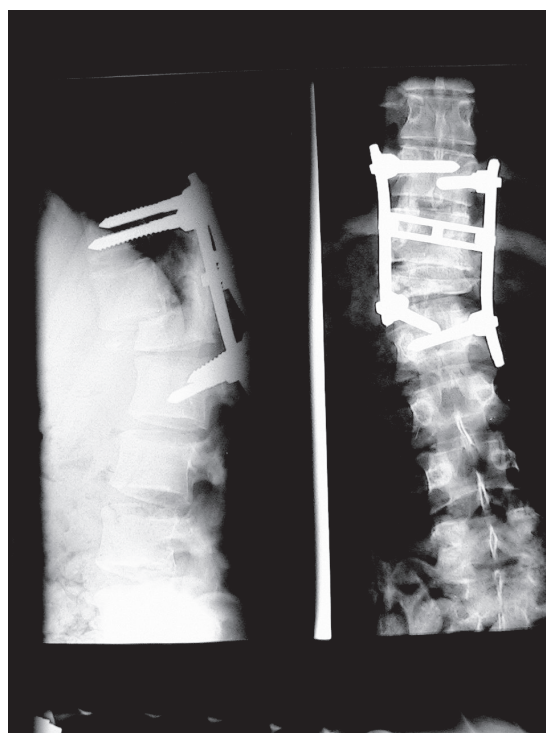
Ryc. 3. Pacjent 1. Rezonans magnetyczny wykazuje ognisko malacji rdzenia kręgowego na poziomie C₅ wykryte w trakcie hospitalizacji w 2002 roku

Fig. 3. Patient 1. Spinal cord lesion (malacia) at the C₅ level as detected by MR images in 2002



Ryc. 4. Pacjent 2. Stan kliniczny przy przyjęciu: przemieszczone elementy zespolenia kręgosłupa napinają skóry grzbietu

Fig. 4. Patient 2. Clinical status upon admission: dislocated thoracolumbar fixation system stretching the skin



Ryc. 5. Pacjent 2. Obraz radiologiczny przy przyjęciu: Zwinięcie kręgosłupa, przemieszczenie materiału zespalającego.

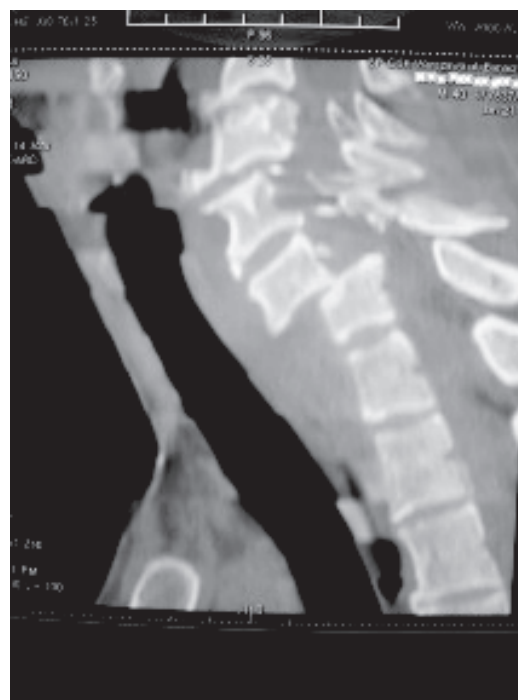
Fig. 5. Patient 2. X-ray presentation on admission: Thoracolumbar malalignment, migration of the fixation material



Ryc. 6. Pacjentka 3. Złamanie kręgów Th₈, Th₁₂ i L₁; znaczna stenoza kanału kręgowego na poziomie Th₈
 Fig. 6. Patient 3. A multilevel spinal fracture (Th₈, Th₁₂, L₁) with significant spinal canal stenosis at the Th₈ level

ściowej korporektomii Th₈ obserwowano spektakularną poprawę neurologiczną. Chorą wypisano jako chodzącą w stabilizatorach kończyn dolnych.

- 4) Brak rozpoznania złamania dna panewki stawu biodrowego u pacjenta z wypadku komunikacyjnego, nieprawidłowe leczenie złamania kręgosłupa
 Pacjent P. K. – l. 41 skierowany do Oddziału Re-



Ryc. 7. Pacjent 4. Urazowe zwichnięcie C₆/C₇
 Fig. 7. Patient 4. Traumatic C₆/C₇ luxation

habilitacji 2 miesiące po potrąceniu przez samochód. Bezpośrednio po urazie u pacjenta stwierdzono tetraplegię w następstwie zwichnięcia C₆/C₇ (Ryc. 7), poddano pilnemu leczeniu operacyjnemu. W pierwszych dniach po urazie stwierdzono obniżanie się poziomu hemoglobiny. Rozpoznano krwawienie z przewodu pokarmowego. W trakcie diagnostyki wykonano tomografię jamy brzusznej, nie zwracając uwagi na cechy uszkodzenia stawu biodrowego lewego (Ryc. 8). Podczas przyjęcia do Kliniki stwierdzono, nierozpo-



Ryc. 8. Pacjent 4. Złamanie dna panewki stawu biodrowego lewego widoczne w badaniu tomograficznym jamy brzusznej
 Fig. 8. Patient 4. A fracture of the base of the left acetabulum, detected on abdominal CT-scan



Ryc. 9. Pacjent 4. Nawrót zwichnięcia szyjnego odcinka kręgosłupa stwierdzony podczas przyjęcia do oddziału rehabilitacji

Fig. 9. Patient 4. A cervical re-luxation detected on admission to the rehabilitation department

znane dotychczas, zastarzałe centralne zwichnięcie stawu biodrowego oraz utrzymujące się zwichnięcie kręgosłupa (Ryc. 9). Chory wymagał reoperacji kręgosłupa z powodu nasilającej się dysfagii.

DYSKUSJA

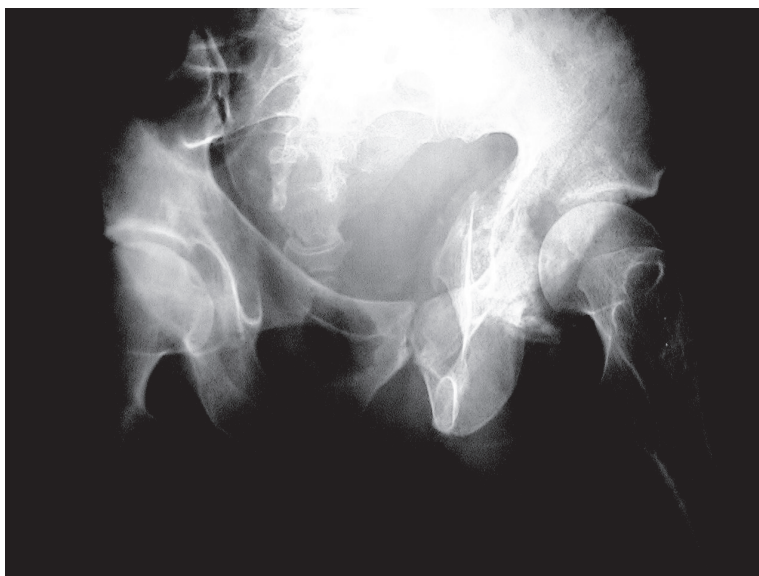
Blisko 60% chorych z urazem odcinka lędźwiowego i piersiowego kręgosłupa oraz 12% z urazem w odcinku szyjnym ma obrażenia towarzyszące. Są to najczęściej uszkodzenia kończyn, złamania miednicy, uszkodzenia opłucnej i śródpiersia, urazy narządów jamy brzusznej (śledziony, wątroby, jelit), układu moczowego, obrażenia głowy. Obecność tych zmian w zasadniczy sposób zwiększa ilość powikłań i pogarsza rokowania co do poprawy funkcjonalnej u osób po urazie rdzenia kręgowego [3,6,10,11,12]. W analizowanym materiale istotnym problemem wydaje się być znaczna ilość niewykrytych przez lekarza kierującego towarzyszących urazów, bądź innych schorzeń ortopedycznych obecnych u chorego z uszkodzeniem rdzenia kręgowego (15 przypadków – 8,6%). Pacjenci tacy często stają się przedmiotem diagnostycznego i terapeutycznego zaniedbania. Osoba nie rokująca odzyskania pełnej sprawności bywa traktowana z mniejszą starannością i wnikliwością (por. przypadki kliniczne 2, 3,4). Zaburzenia ruchowe, czuciowe, spastyczność, wtórne deformacje sprawiają,

że rozpoznawanie schorzeń układu mięśniowo-szkieletowego, zwłaszcza poniżej poziomu uszkodzenia rdzenia kręgowego bywa bardzo trudne. Nie zwalnia to jednak lekarzy oddziałów urazowych i lekarzy rodzinnych z obowiązku dokładnego badania kończyn niedowładnych lub porażonych. W przypadku zaistnienia wątpliwości diagnostycznych niezbędna jest rozszerzona diagnostyka laboratoryjna i obrazowa [7,9,10]. U naszych pacjentów stwierdziliśmy nierozpoznane poprzednio niestabilności pourazowe stawu kolanowego (6 przypadków), barkowego (2 przypadki), złamania kości piętowych (3 przypadki), złamanie dna panewki stawu biodrowego, złamanie Th6 u pacjenta z tetraplegią, nawykowe zwichnięcie endoprotezy stawu biodrowego, dyskopatię lędźwiową u chorych po urazie kręgosłupa w odcinku szyjnym (2 przypadki).

6,9% chorych przyjętych do oddziału z powodu konsekwencji urazu rdzenia kręgowego nie nadawało się do leczenia usprawniającego. Chorzy ci wymagali w pierwszej kolejności zabiegu chirurgicznego kręgosłupa (10 przypadków) lub resekcji zmiany o charakterze septycznym (2 przypadki). Błędy w kwalifikacji do leczenia usprawniającego są wynikiem niestarannego badania lub braku znajomości sposobu i postępowania rehabilitacyjnego przez lekarza kierującego. Niepokojące jest, że zaniedbania te stwierdzano u znacznego odsetka chorych kierowanych do Kliniki z oddziałów szpitalnych (9 przypadków – 6,7 % skierowanych pacjentów).

W 14 przypadkach (8,0%) lekarz kierujący nie wiedział, że pacjent ma odleżyny. Pominięcie tak ważnego problemu świadczyć może jedynie o zaniedbaniu podstawowych elementów badania klinicznego. Wszystkie nierozpoznane przez lekarza kierującego odleżyny dotyczyły osób z całkowitym deficytem neurologicznym. Stwierdzono je u 7 pacjentów z paraplegią i 7 z tetraplegią.

Skostnienia pozaszkieletowe stanowią kolejne ważne schorzenie, którego rozpoznawanie sprawia trudność lekarzom kierującym do oddziału rehabilitacji. W badanej grupie znalazło się 25 osób (14,3%) z ograniczeniem ruchomości stawów biodrowych, podwyższonym poziomem fosfatazy zasadowej i radiologicznymi cechami skostnień. Zaburzenie ruchomości stawów biodrowych utrudnia przebywanie w pozycji siedzącej, przeszkadza w pionizacji i niejednokrotnie udaremnia naukę chodzenia. Masa kostna wzrastająca w okolicy biodra zaburza odpływ krwi i chłonki z kończyny dolnej, stając się przyczyną obrzęku i zwiększając ryzyko zaburzeń zakrzepowozatorowych [3]. Lekceważenie skostnień u chorych z dysfunkcjami neurologicznymi świadczy o braku zrozumienia podstawowych potrzeb funkcjonalnych



Ryc. 10. Pacjent 4. Zastarzałe złamanie dna panewki lewego stawu biodrowego stwierdzone przy przyjęciu do oddziału rehabilitacji

Fig. 10. Patient 4. An inveterated fracture of the base of the left acetabulum, discovered upon admission to the rehabilitation department

i niedocenianiu zagrożeń zaburzeń żylnych w tej grupie niepełnosprawnych.

Pacjenci kierowani z oddziałów szpitalnych, najczęściej ortopedyczno-urazowych lub neurochirurgicznych, (129 osób) trafiali do Kliniki Rehabilitacji średnio 1,2 miesiąca po urazie. Chorzy przyjmowani do naszego ośrodka z leczenia otwartego (46 osób) trafiali do kliniki średnio po upływie 4,9 lat od urazu. Analizując nieprawidłowe rozpoznania w tych dwóch grupach stwierdzono porównywalną częstość nierozpoznanych odleżyn – 10 przypadków (7,8 %) u chorych szpitalnych i 4 przypadki (8,2%) u kierowanych z domu. Znamienna różnica wystąpiła natomiast w częstości braku rozpoznania skostnień pozaszkieletowych – 20 przypadków (15,5%) w grupie chorych szpitalnych i 2 przypadki (4,1%) u pacjentów z domu. Oznaczać by to mogło, że w miarę upływu lat problem związany ze skostnieniem staje się na tyle istotny, że zwraca uwagę chorego i opiekującego się nim lekarza. Prawdopodobnie specyfika opieki nad pacjentem w pierwszych tygodniach po urazie skłania do wybiórczego leczenia stanu miejscowego kręgosłupa i prowadzi do odwrócenia uwagi od wczesnych powikłań.

Porównano grupę osób z niedowładem, bądź porażeniem czterokończynowym (102 pacjentów) i deficytem neurologicznym kończyn dolnych (73 osoby). U osób z paraplegią, bądź paraparezą stwierdzono większą częstość nierozpoznanych urazów towarzyszących (18 przypadków – 25,0%) w porównaniu do osób z konsekwencjami urazu odcinka szyjnego

(7 przypadków – 6,9%). Również w grupie paraplegii i paraparezy częściej stwierdzano konieczność reoperacji kręgosłupa (8 przypadków – 11,1%) niż u pacjentów z tetraplegią, bądź tetraparezą (4 przypadki – 3,9%).

U osób z urazem narządu ruchu ryzyko wystąpienia infekcyjnych zmian skóry i tkanek miękkich wynosi 13% [12]. Przeanalizowany materiał wskazuje, że również na to zagadnienie lekarze kierujący nie zwracają należytej uwagi. W badanej grupie 10 osób (5,7%) miało przy przyjęciu do Kliniki zmiany stóp pod postacią zapalenia wałów paznokciowych palców pierwszych (5 przypadków jednostronnie, 5 przypadków obustronnie). Zaburzenie to ani razu nie wspomniane w skierowaniach nie przyczyniło się do powiększenia liczby rozpoznań uznanych za nieprawidłowe, ponieważ za każdym razem towarzyszył mu jeden z innych niedostrzeżonych problemów (Tabela 4). Wrastanie paznokci pojawia się w badanej grupie znamiennie częściej niż u ogółu populacji [4, 5]. W przypadku chorych po urazie rdzenia kręgowego może istnieć większe ryzyko rozwoju tego typu zmian ze względu na zaburzenia czucia, trudności we właściwej pielęgnacji stóp, w dobraniu obuwia czy zaburzenia troficzne. Sprawa ta wymaga dokładniejszych badań, zwłaszcza, że nie pozostaje bez znaczenia dla funkcjonowania osoby niepełnosprawnej. Zapalenie wału paznokciowego powoduje wzrost spastycznego napięcia mięśni, stanowi ognisko infekcyjne i utrudnia niektóre zabiegi pielęgnacyjne i fizjoterapeutyczne [5,6].

Czy możliwe jest zmniejszenie odsetka osób niepełnosprawnych ze złymi rozpoznaniem? Z pewnością jedną z przyczyn przedstawionego stanu rzeczy jest obserwowana w ostatnich latach tendencja do ograniczania funduszy przeznaczanych na zabiegi diagnostyczne przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Do przejawów tego postępowania należy formułowanie tzw. negatywnych koszyków usług medycznych czy rozwiązanie płatności za badania takie jak tomografia komputerowa czy magnetyczny rezonans jądrowy, badania elektrofizjologiczne układu nerwowo-mięśniowego na zasadzie współfinansowania przez poradnię rehabilitacyjną wraz z innymi poradniami [1]. Problem ten nie wyczerpuje jednak listy przyczyn niskiego poziomu diagnostyki. Pierwszym krokiem do poprawy sytuacji powinna być zmiana w kształceniu ustawicznym, egzekwująca od lekarzy pracujących z osobami niepełnosprawnymi, zwłaszcza na oddziałach urazowych, większą czujność diagnostyczną zwłaszcza w przypadkach urazów wielonarządowych. Nie powinno się dopuszczać do lekceważącego traktowania pacjentów nie rokujących pełnego powrotu funkcji z powodu np. uszkodzenia rdzenia. Doświadczenie pokazuje bowiem, że niewłaściwie leczone uszkodzenia towarzyszące takie jak niestabilności stawowe czy złamania kończyn poniżej poziomu urazu rdzenia, jak i źle leczone powikłania wczesne są źródłem poważnych zaburzeń wydolności funkcjonalnej w odległym okresie od urazu [7,8,9,13]. W realizacji takiego zadania główna rola przypada towarzystwom naukowym.

Liczbę pomyłek diagnostycznych i błędnych przyjęć szpitalnych mogłoby zredukować upowszechnienie zwyczaju rutynowych konsultacji dokonywanych przez lekarzy pracujących w oddziale rehabilitacji. Takie badanie, dokonane w trybie ambulatoryjnym przed terminem planowanego przyjęcia, pozwala na wykrycie niektórych zaniedbań w diagnostyce i może spowodować uniknięcie niepożądanego hospitalizacji w oddziale rehabilitacyjnym pacjenta, który nie ma do tego wskazań.

W świetle przedstawionych wyników wydaje się oczywiste, że prowadzenie skutecznej i bezpiecznej rehabilitacji osoby po urazie rdzenia w oddziale szpitalnym wymaga współpracy konsultantów – przedstawicieli różnych dziedzin medycznych i szybkiej dostępności do współczesnych metod diagnostycznych, takich jak badanie radiologiczne zwłaszcza czynnościowe i wykonywane przy użyciu toru wizyjnego, tomografia komputerowa czy magnetyczny rezonans jądrowy.

WNIOSKI

1. W materiale Kliniki Rehabilitacji wśród pacjentów po urazie rdzenia kręgowego 38,3% miało nie-

prawidłowe, bądź niepełne rozpoznanie ze skierowania.

2. Utrudnienia legislacyjne w realizacji diagnostyki w oddziałach rehabilitacji obniżają jakość usług leczniczych.
3. Pacjenci po urazie rdzenia kręgowego kierowani na oddział rehabilitacyjny wymagają weryfikacji rozpoznania wstępnego przed rozpoczęciem hospitalizacji, celem uniknięcia realizacji niewłaściwych procedur.

PIŚMIENNICTWO

1. Szczegółowe materiały informacyjne o przedmiocie postępowania w sprawie zawierania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych ubezpieczonym w Narodowym Funduszu Zdrowia od 1 stycznia 2004 roku w rodzaju świadczeń zdrowotnych rehabilitacja lecznicza (załącznik nr 7 do ustawy 226/2003 NFZ).
2. Milanowska K., Dega W. (red.): Rehabilitacja medyczna. PZWL, Warszawa 1999.
3. Kiwerski J. (red.): Schorzenia i urazy kręgosłupa. PZWL Warszawa 2001.
4. Robbins J. M.: Recognizing treating and preventing common foot problems. *Cleve Clin Med* 2000; 67 (1): 45-56.
5. Jaffrey D., Masri W.: Ingrowing toenails and tetraplegia. *Paraplegia* 1985; 23 (3): 176-181.
6. McSwan N. E., Martinez J. A., Tiberlake G. A.: Cervical spine trauma Theme Med Pub New York 1989.
7. Prasad V. S., Aschwartz A., Bhutani R., Sharkey P. W., Schwartz M.: Characteristics of injuries to the cervical spine and spinal cord in polytrauma patients population. Experience from a regional trauma unit. *Spinal Cord* 1999; 37 (8): 560-568.
8. Moorhead J. F.: Cost-effective rehabilitation. Part 1: Basic principles. *Physician Exec* 1995; 21 (10): 32-36.
9. Richards P. J.: Cervical spine clearance. A review. *Injury* 2005; 36 (2): 248-269.
10. Crim J. R., Moore K., Brodke D.: Clearance of the cervical spine in multitrauma patients: the role of advanced imaging. *Semin Ultrasound Ct MR* 2001; 22(9): 283-305.
11. Rabinovici R., Ovadia P., Mathiak G., Abdullah F.: Abdominal injuries associated with lumbar spine fractures in blunt trauma. *Injury*, 1999; 30 (7): 471-474.
12. Papia G. et al.: Infection in hospital trauma patients: incidence, risk factors and complications. *J Trauma* 1999; 47 (5): 923-927.
13. Fern K. T., Smith J. T., Zee B., Lee A., Back D., Pichoro D. R.: Trauma patients with multiple extremity injuries: resource utilization and long term outcome in relation to injury severity scores. *J Trauma* 1998; 45 (3): 489-494.

Adres do korespondencji / Address for correspondence
 Dr n. med. Piotr Tederko
 Klinika Rehabilitacji AM
 05-510 Konstancin, ul. Wierzejewskiego 12

Otrzymano / Received
Zaakceptowano / Accepted

11.05.2005 r.
 20.07.2005 r.