

9. Streszczenie

Opisano wiele metod operacyjnego leczenia ostrych uszkodzeń ścięgna Achillesa.

Przez wiele lat najpopularniejszym sposobem leczenia operacyjnego było leczenie sposobem na otwarty. Zabieg wymaga wytworzenia względnie dużej rany operacyjnej, użycia opaski hemostatycznej i jest stosunkowo czasochłonny, co łącznie stwarza względnie duże ryzyko wystąpienia powikłań infekcyjnych i zakrzepowo – zatorowych.

Wprowadzenie techniki operacyjnej opartej o przezskórne prowadzenie szwów zdawało się eliminować, bądź co najmniej zmniejszać, te ryzyka.

Pomimo upływu już kilkudziesięciu lat od wprowadzenia obydwu powyższych, podstawowych sposobów chirurgicznego leczenia ostrych uszkodzeń ścięgna Achillesa, nadal brak jednoznacznych wytycznych co do wyboru sposobu operacyjnego postępowania leczniczego.

Celem pracy jest porównanie obiektywnych (klinicznych i czynnościowych) oraz subiektywnych (samoocena pacjentów) wyników użycia dwóch metod operacyjnych w leczeniu pacjentów ze świeżymi, przezskórnymi uszkodzeniami ścięgien Achillesa - szwu przezskórnego sposobem Ma i Griffith'a i szwu na otwarty - zmodyfikowanym sposobem Łukasika.

Analiza porównawcza ma na celu wskazanie optymalnej metody leczenia operacyjnego, dającej lepsze wyniki czynnościowe, wyższą samoocenę pacjenta oraz obciążonej mniejszą ilością powikłań.

Dla realizacji celu pracy użyto danych pozyskanych z historii chorób operowanych, z przeprowadzonego na potrzeby pracy badania klinicznego, badania z użyciem dynamometru, badania ultrasonograficznego oraz danych pozyskanych z kwestionariusza ATRS.

W badaniu wzięło udział 6 kobiet i 24 mężczyzn operowanych w Klinice Ortopedii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w latach

1997-2013; 16. z nich zoperowano za pomocą szwu przezskórnego a 14. metodą na otwarto.

Wiek operowanych wahał się w granicach pomiędzy 31 a 66 lat (średnio 51 lat), przy czym kobiety doznawały uszkodzeń średnio w wieku 56,6 roku, a mężczyźni w wieku 50,3 roku.

Pacjenci po leczeniu na otwarto przebywali w oddziale średnio 3 dni, a pacjenci leczeni przezskórnie 1,38 dnia, co stanowiło różnicę istotną statystycznie. Średni czas obserwacji operowanych na otwarto wynosił blisko 60 m-cy, ponad dwukrotnie przekraczając czas obserwacji operowanych metodą przezskórną. Po przeprowadzeniu analizy wyników badania klinicznego, ultrasonograficznego i dynamometrycznego wysnuto następujące wnioski.

1. Badanie dynamometryczne stanowi cenne uzupełnienie oceny czynności mięśni goleni po rekonstrukcji ścięgna Achillesa.
2. Badanie izokinetyczne wykazało utrzymywanie się zmniejszenia parametrów siły i wysoki wskaźnik zmęczenia mięśni zginaczy stopy po ponad 2 latach w grupie operowanych metodą przezskórną; wskaźnik zmęczenia mięśni utrzymywał się na wysokim poziomie także po 4. latach od normalizacji siły mięśni po operacjach przeprowadzonych na otwarto. Ubytki wartości parametrów prędkościowo-siłowych obliczanych przy prędkościach kątowych 60 °/s i 180 °/s, takich jak wartość średniego i szczytowego momentu siły, wartość szczytowego momentu siły względem masy ciała oraz większa moc (praca wykonana w czasie 0,18 sek.) mięśni zginaczy, były istotnie większe w grupie operowanych na otwarto aniżeli w grupie operowanych metodą przezskórną.
3. U większości pacjentów doszło do zaników mięśni łydki operowanej kończyny, przy czym wielkość zaników nie zależała od rodzaju operacji a ubytki masy mięśniowej względem kończyn nieoperowanych nie były istotne statystycznie.

4. Konfrontacja wyników badania izokinetycznego z obrazem klinicznym mięśni goleni ujawniła niedostateczną klinicznie wartość badania jej obwodu jako parametru informującego o wydolności długich mięśni stopy.
5. Po 2 latach od zabiegu, niezależnie od użytego sposobu naprawy chirurgicznej uszkodzonego ścięgna Achillesa, operowani powinni przejść badanie kliniczne oceny czynności stawu skokowego i dynamometryczne oceniające stopień normalizacji siły mięśni goleni.
6. Średnia wartości zakresu ruchu wyprostu stopy po leczeniu operacyjnym zerwania ścięgna Achillesa uległa zwiększeniu niezależnie od sposobu leczenia, przy czym u operowanych metodą przezskórną nieomal istotnie statystycznie znaczej (prawdopodobieństwo w analizie kowariancji $p=0.0609$).
7. Przeprowadzenie zabiegu na otwarcie obarczone jest powstaniem znaczących zrostów pooperacyjnych z otaczającymi tkankami, o czym pośrednio świadczą istotne zwiększenie średnicy ścięgna Achillesa oraz istotnie większe ograniczenie zgięcia stopy aniżeli obserwowane u operowanych sposobem przezskórnym.
8. Można przypuszczać, że ograniczenie zrostów operowanego ścięgna Achillesa z otoczeniem ma podstawowy wpływ na zachowanie pełnego zakresu ruchów stawu skokowego oraz zmniejszenie ubytku momentu siły zginaczy i zmniejszenie wysokiego wskaźnika zmęczenia mięśni zginaczy obserwowanych w 4 lata po zabiegu.
9. U operowanych metodą przezskórną Ma i Griffith'a wystąpiło mniej powikłań aniżeli u operowanych na otwarcie i to zarówno powikłań o mniejszym jak i istotnym znaczeniu klinicznym.
10. Jakość samooceny stanu czynnościowego dokonanej przez operowanych po zakończeniu leczenia nie zależała od wybranego sposobu leczenia operacyjnego.
11. Reasumując całość wyników badania w odniesieniu do realizacji założonych celów pracy, trudno jest jednoznacznie wskazać na

optymalny sposób prowadzenia leczenia operacyjnego. Niemniej krótszy czas hospitalizacji, mniejsze odległe zaburzenia morfologiczno-czynnościowe i mniejsza ilość powikłań chirurgicznych wskazują technikę szwu przezskórnego jako bardziej korzystną w leczeniu świeżych, podskórnych uszkodzeń ścięgna Achillesa.