

Streszczenie.

Porównanie wyników leczenia pacjentów z zespołem kanału nadgarstka przy użyciu metody minimalnego otwarcia wykonywanej w sposób klasyczny i zmodyfikowany.

Wstęp.

Leczenie operacyjne jest jedynym radykalnym postępowaniem w ZKN. Daje ono najwyższy odsetek trwałych wyleczeń, a liczba powikłań jest niewielka. Celem tej formy leczenia jest uwolnienie (odbarczenie) uciśniętego nerwu pośrodkowego. Najczęściej cel ten uzyskuje się poprzez przecięcie więzadła poprzecznego nadgarstka (z ang. TCL). Aby zmniejszyć częstość występowania objawów tzw. nawracającego ZKN, zaczęto stosować zmodyfikowaną technikę minimalnego otwarcia z dodatkowym większym odbarczeniem nerwu pośrodkowego. Efekt ten może zostać osiągnięty poprzez podłużne wycięcie fragmentu więzadła TCL o szerokości około 4 mm–6 mm na całym jego przebiegu. Ocena wpływu opisanej techniki na objawy, stan funkcjonalny ręki oraz częstość powikłań u pacjentów z ZKN jest głównym tematem poniższej rozprawy.

Cel pracy.

Celem niniejszej pracy jest porównanie wyników leczenia operacyjnego pacjentów z zespołem kanału nadgarstka przy użyciu metody minimalnego otwarcia wykonywanej w sposób klasyczny oraz zmodyfikowany, z uwzględnieniem nasilenia bólu, nasileniem objawów, sprawności funkcjonalnej ręki i kończyny górnej, siły chwytu, progu czucia powierzchownego oraz częstotliwości powikłań pooperacyjnych. Przyjęto hipotezę, że zmodyfikowana technika minimalnego otwarcia zapewnia większą poprawę odczucia bólu (mniejsze jego natężenie), funkcji i siły chwytu, przy porównywalnym profilu bezpieczeństwa w stosunku do metody klasycznej.

Material i metodyka badań.

Badaniami objęto 120 chorych operowanych w warunkach Bloku Operacyjnego Chirurgii Jednego Dnia przy ul. Marii Skłodowskiej-Curie 1 w Tarnowie. Grupa badana obejmowała 87 kobiet i 33 mężczyzn w wieku pomiędzy 29. a 82. rokiem życia (średnio 54,69 lat). Średni wiek kobiet w badanej populacji wyniósł 54,9 lat, a mężczyzn 54,2 lata

Do oceny wyników leczenia wykorzystano następujące narzędzia badawcze:

- a) ocena natężenia odczuć subiektywnych oraz zaburzeń czynnościowych przy użyciu kwestionariusza Levina składającego się z dwóch części: skali natężenia objawów ZKN (Symptom Severity Scale) oraz skali stanu funkcjonalnego ręki (Functional Status Scale)
- b) ocena natężenia bólu ręki przy pomocy skali NRS (Numeryczna Skala Oceny Bólu z ang. Numerical Rating Scale)
- c) ocena sprawności funkcjonalnej kończyny w oparciu o kwestionariusz Quick DASH

d) ocena siły chwytu globalnego przy pomocy ręcznego dynamometru hydraulicznego SAEHAN

e) ocena progu wrażliwości czuciowej w zakresie obszaru zaopatrywanego przez nerw pośrodkowy przy użyciu testu lekkiego dotyku – głębokiego ucisku (test włókienkowy Semmesa-Weinsteina z ang. *Semmes-Weinstein Monofilament Examination* – SWME).

f) ocena wrażliwości nerwu na działanie niekorzystnych warunków i czynników przy zastosowaniu testów prowokacyjnych: Phalena i Durkana

g) ocena częstości powikłań pooperacyjnych

Oceny badanych parametrów dokonywano w przyszpitalnej poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej Szpitala im. L. Rydygiera w Brzesku w następujących okresach:

- bezpośrednio przed zabiegiem operacyjnym,
- w 3. miesiącu,
- po upływie 6 miesięcy od zabiegu operacyjnego.

Wnioski

1. Stopień poprawy objawów (SSS) i progu czucia nie zależy istotnie od techniki operacyjnej.
2. Redukcja bólu między 3. a 6. miesiącem była większa w technice zmodyfikowanej.
3. Między 3. a 6. miesiącem odnotowano bardziej wyrażoną poprawę funkcji ręki i kończyny w technice zmodyfikowanej
4. Siła chwytu poprawiała się szybciej w technice zmodyfikowanej.
5. Powikłania były rzadkie i porównywalne między technikami.
6. Modyfikacja może stanowić wartościową alternatywę u chorych, dla których kluczowy jest szybszy powrót funkcji.

