



Plastikos

Iznāk 4 reizes gadā

Nr. 1 (15) Marts, 2009

Piecus mēnešus pēc rokas traumas atjauno plauksta funkcijas 3,5 gadus vecai meitenei

Meitenīte guvusi traumu 2008. gada vasarā, uz stikla sagriežot labo plaukstu volārajā virsmā plauksta locītavas rajonā. Pirmā palīdzība tika sniegta vietējā slimnīcā, kur veikta brūces sašūšana. Tomēr operācija vēlamo rezultātu nedeva. Pēc rehabilitācijas pirkstu funkcijas neatjaunojās – meitene nespēja veikt fleksiju neviena pirksta falangās, nebija satveršanas funkcijas, ikdienas darbībās plauksta netika izmantota. Paciente vērsās pēc palīdzības Latvijas Plastikās un mikroķirurģijas centrā (LPMC).



Kustību apjoms pirms operācijas



Kustību apjoms pēc operācijas

2008. gada novembrī (apmēram 5 mēnešus pēc traumas) LPMC operāciju veica plastikas ķirurgs **Laura Logina**. Operācijas laikā tika rekonstruētas saliecējciņslas I–V pirkstam ar cīpslu transplantātiem, kā arī veiktas *n. medianus* un *a. ulnaris* šuves.

Pēcoperācijas periods noritēja bez sarežģījumiem. Sākot no otrās pēcoperācijas nedēļas tika sākta agrīna rehabilitācija. Divus mēnešus pēc operācijas meitene plaukstu sākusī izmantot ikdienas aktivitātēs – var ar pirkstiem satvert priekšmetus, zīmē, ir ļoti labas kustības III–V p. distālajās falangās. I–II p. kustību apjoms vēl nav pilnīgs.

Paciente turpina rehabilitāciju.

Pārmaiņu laiks

Rakstu laikā, kad Godmaņa valdība ir demisionējusi, bet jaunā vēl nav pat ieskicēta. Situācija nav patikama, un valda neziņa par šajā gadā plānoto darba apjomu. Pašlaik pārmaiņas skar jebkuru no mums: gan ārstus, gan pacientus. Ierobežotā finansējuma dēļ ir samazinājusies pieejamība valsts apmaksātajiem medicīnas pakalpojumiem un no 1. marta pieauguši pacientu līdzmaksājumi. Ekonomiskās krīzes vai cilvēku neinformētības dēļ ir samazinājušies ambulatorie apmeklējumi, un tas nav atkarīgs tikai no „ambulatorajām kvotām”. No pacientiem uzzinām, ka viņi nav informēti un paredzētās izmaiņas neizprot. Nereti pastāv maldīgs uzskats, ka tās nozīmē milzīgus izdevumus par plānoto operāciju, izmeklēšanas metodēm un speciālistu konsultācijām. Ir pienācis laiks jebkuras specialitātes ārstam – ne tikai ģimenes ārstam – pacientiem skaidrot un kopīgi apspriest jautājumu par nepieciešamību un iespējām apdrošināties, ja pacientam ir hroniska saslimšana un paredzama atkārtota ārstēšanās. Tomēr arī šajos apstākļos mums vajadzētu plānot savu darbu, lai pacienti saņemtu savlaicīgu ārstēšanu. Mūsu specialitātē, piemēram, tās ir operācijas, kas saistītas ar perifēro nervu ķirurģiju un kombinētu audu defektu ārstēšanu. Ja tiek nokavēts optimālais laika periods, ārstēšana var būt ne vien neefektīva, bet pat bezjēdzīga. Tāpēc vēlos visus aicināt arī ierobežota finansējuma apstākļos sniegt katram pacientam adekvātu palīdzību gan laika, gan ārstēšanās ziņā.

Haralds Adovišs
LPMC vadītājs

Reimatoīdais artrīts un tā operatīvās terapijas iespējas

Reimatoīdais artrīts (RA) ir sistēmiska, simetriska, hroniska un iekaisīga locītavu un sinoviālo apvalku slimība. Tā ir viena no imūnpatoloģijām, par kuru operatīvo ārstēšanu ir daudz pretrunīgu viedokļu. Šeit aplūkosim RA ķirurģiskās ārstēšanas indikācijas, kā arī kompleksās ārstēšanas iespējas, to skaitā agrīnu rehabilitāciju un ortožu speciālista palīdzību. Diagnostiku un medikamentozu ārstēšanu atstāsim nozares profesionāļu – reimatologu – ziņā.

Mārtiņš Kapickis
LPMC plastikas ķirurgs

Patoloģija

Rokas ķirurga redzeslokā RA nonāk tajos gadījumos, kad šī patoloģija komplicējas ar cīpslu ruptūru, locītavu deformāciju un sāpēm vai *caput ulnae* sindromu (**1. att.**), kas izpaužas kā distālās radioulnārās locītavas artrīts un ECU cīpslu subluksācija un/vai ruptūra.

Cīpslu ruptūra biežāk novērojama jauniem, aktīviem pacientiem, kam slimība pārsvarā skar interkar- ▶▶



► pālās un radiokarpālās locītavas. Cīpslu plisumi rodas ilgstošā berzes procesā gar kaula reģenerātu asajām šķautnēm. Atliecējcīpslu bojājuma gadījumā visbiežāk tiek skartas ulnārās puses atliecējcīpslas (*Vaughan-Jackson* bojājums – **2. att.**) vai *extensor pollicis longus* bojājums gar *tuberculum listeri*. No fleksoru grupas cīpslām visbiežāk tiek skarta *flexor pollicis longus*, kas tiek bojāts gar *os. Scaphoideum* kaula šķautnēm (*Mannerfelt* bojājums). Retāk cīpslu bojājums ir tiešas sinovija erozīvās ietekmes rezultāts.

Indikācijas

Kaut arī daudzi pacienti pie rokas ķirurga ierodas tieši smagas deformācijas dēļ, tā vēl nav indikācija operācijai. Tieši otrādi, deformācija bez sāpēm vai izteikts funkcijas traucējums NAV indikācija operācijai. Starptautiski atzītas indikācijas rokas RA ķirurģiskai ārstēšanai ir: 1) sāpes, 2) nepieciešamība atjaunot disfunkcionālas rokas funkciju, 3) nepieciešamība novērst bojājumu izplatīšanos, 4) nepieciešamība koriģēt disfunkcionālu deformāciju (funkcionāla deformācija bez sāpēm nav indikācija operācijai).

Metodes

Visas ķirurģiskās procedūras var iedalīt 3 grupās:

Preventīvās procedūras – sinovektomija un tenosinovektomija. Indikācijas šīm procedūrām ir grūti uzstādīt gan reumatologam, gan rokas ķirurgam, bet laicīgi neizdarīta sinovektomi-

ja beidzas ar locītavas agrīnu eroziju un cīpslu ruptūru. Uzskata, ka sinovīts, kas norit ilgstoši (vairāk nekā 6 mēnešus) un agresīvi (nepadodas konservatīvai ārstēšanai), ir indikācija preventīvai operācijai.

Rekonstruktīvās procedūras – cīpslu šuves, miksto audu plastika¹ un artroplastika. Mūsdienās neviens speciālists nešaubās, ka cīpslu ruptūra ir jārekonstruē, tomēr uzskati par rekonstruktīvo operāciju apjomu sāpju un deformācijas gadījumā atšķiras. Reimatoīdās rokas ķirurģijas autoritātes² uzskata, ka situācijā, kad tiek pieņemts lēmums par operāciju, ir jāizdara maksimāli iespējamais rekonstrukcijas apjoms. Piemēram, klasiska rokas RA gadījumā (**3. att.**)

ar MCP locītavu volāra subluksāciju un ulnāru deviāciju (**4. att.**), ko pavada *musculi interossei* spastiskas kontraktūras (*Swan neck* un *Boutonnière* deformācija), kā arī ar ulnāro kolaterālo saišu kontraktūru un radiālo kolaterālo saišu deģenerāciju, nepietiek tikai ar MCP locītavu silikona artroplastiku.

Paliatīvās procedūras – artrodēze parasti tiek veikta proksimālajās starpfalangū locītavās, ikšķa locītavās, kā arī interkarpālajās un radiokarpālajās locītavās. Visās minētajās locītavās silikona artroplastika nav vēlama daudzo komplikāciju dēļ³.

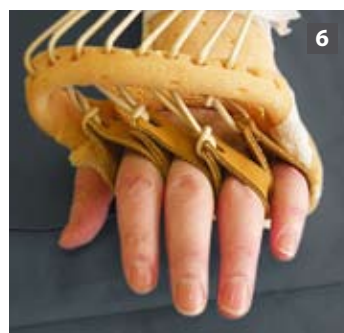
Pirms operācijas – 3., 4. att.

Vēlins pēcoperācijas rezultāts – 8., 9., 10. att.

Obligāti:

- jāveic radiālo kolaterālo saišu plastika,
- jāpagarina un jāšķeļ ulnārās kolaterālās saites,
- jāpagarina vai jāšķeļ *m. Interossei* cīpslas (**5. att.**),
- jāatjauno atliecējcīpslas kapuces iestiepums,
- jācentralizē atliecējcīpsla,
- jāizdara locītavas artroplastika,
- agrīni jāsāk rehabilitācija (**6., 7. att.**).

Izlaižot kādu no minētajiem rekonstruktīvās operācijas etapiem, optimālu rezultātu iegūt ir grūti. Ļoti bieži silikona locītavu protēžu ražotāji un pat ķirurgi proponē, ka operācijas veiksmi nosaka tieši locītavas protezēšana vai – vēl ļaunāk – kāda konkrēta ražotāja protēze. Patiesībā galvenais laba iznākuma priekšnoteikums ir pareiza un biomehāniski pamatota miksto audu rekonstrukcija, kā arī pareiza rehabilitācija. „Modernas” silikona artroplastikas un „klasiskas” fascia lata interpozīcijas artroplastikas rezultāti ir līdzīgi.



Literatūra

- ¹ Sunil TM, Kleinert HE. Fashioning a new radial collateral ligament during arthroplasty of the finger metacarpophalangeal joints in rheumatoid arthritis. *Tech Hand Up Extrem Surg.* 2006 Jun;10(2):79-86.
- ² Kleinert HE, Frykman G. The wrist and thumb in rheumatoid arthritis. *Orthop Clin North Am.* 1973 Oct;4(4):1085-96. Review. No abstract available.
- ³ Cavaliere CM, Chung KC. A systematic review of total wrist arthroplasty compared with total wrist arthrodesis for rheumatoid arthritis. *Plast Reconstr Surg.* 2008 Sep;122(3):813-25.

Krūšu palielināšana (augmentācija)

Krūšu palielināšanas operācija kļūst arvien populārāka. Pēc Latvijas plastikas ķirurģu asociācijas datiem, tā bija vispieprasītākā estētiskās ķirurģijas operācija 2007.–2008. gadā. Visbiežāk šo operāciju izvēlas sievietes vecumā no 20 līdz 45 gadiem. Galvenie iemesli, kāpēc sievietes nāk uz konsultāciju pie plastikas ķirurga un interesējas par krūšu palielināšanas operāciju, ir mazas, neattīstītas krūtis, kā arī krūts audu samazināšanās un tilpuma zudums pēc bērna barošanas ar krūti. Sievietes ar mazām krūtīm izjūt psiholoģisku un fizisku diskomfortu. Mazas krūtis liedz viņām justies sievišķīgām, rada grūtības apģērba izvēlē, neļauj valkāt tērpus ar dekoltē. Tādēļ viņas izlīdzas ar speciāliem, krūšu formu palielinošiem, krūsturiem vai ievieto tajos polsterus, kas ļauj iegūt vēlamo krūšu lielumu. Līdzīgi ir sievietēm pēc bērna barošanas, kad krūšu involūcijas (dziedzera audu samazināšanās) rezultātā veidojas plakanas, nokarens krūtis. Tas ir saistīts ar ādas izstiepšanos grūtniecības un bērna barošanas laikā. Nereti krūts audu daudzums ir pietiekams, bet āda ir izstiepta, un krūtis kļūst nokarens.

Pirms operācijas. Atzīmētas iespējamās griezumvietas



Pēc operācijas



Krūšu palielināšanas operācijas laikā zem krūts dziedzera vai muskuļa tiek ievietoti vēlamā izmēra un formas implantanti. Mūsdienās izmantotie implantanti ir pilnīgi droši, tie neietekmē sievietes veselību vai ierastās fiziskās aktivitātes. Implantanti satur kohezīvu – gelu, kas pat ar bojātu implanta apvalku saglabā formu un neizplūst. Implantantiem ir dažādas formas un projekcijas. Pēc operācijas pacienšu dzīves kvalitāte uzlabojas, jo daudzas sievietes atbrīvojas no kompleksiem un jūtas pašpārliecinātākas. Ja pēc krūšu palielināšanas operācijas sieviete vēlas vēl vienu bērniņu, implants grūtniecībai vai krūts barošanai netraucē. Vienīgais – pēc barošanas krūšu forma var

mainīties, tāpēc reizēm nepieciešama korekcijas operācija.

Krūšu palielināšanas operāciju veic **vispārējā anestēzijā**. Tā aizņem 1,5–2 stundas. Implantus ievieto caur 3,5–5 cm lielu griezumumu, kuru var veikt zem krūts, puslokā areolas apakšējā daļā vai paduses rajonā. Katram griezumam ir savi plusi un mīnusi, kurus konsultācijas laikā ārsts izskaidro un katrai pacientei iesaka labāko risinājumu. Implantu var novietot zem krūts dziedzera vai krūts muskuļa. Tas ir atkarīgs no krūts audu daudzuma, noslīdējuma pakāpes un pacientes vēlmēm attiecībā uz krūts formu. Krūšu implantiem ir dažādas formas un tilpums. Zinot, kādas ir sievietes vēlmes attiecībā uz krūšu formu un izmēru, katrā atsevišķā gadījumā ārsts iesaka labāko risinājumu.

Pēc operācijas 2–3 nedēļas jāvalkā speciāls krūsturis, kā arī jāizvairās no fiziskām aktivitātēm un straujām roku kustībām. Pirmajās pēcoperācijas dienās ir sāpīgas roku un krūškurvja kustības. Sāpes pakāpeniski mazinās un izzūd 1–3 nedēļu laikā. Ja implants ir novietots zem muskuļa un veikta apjomīgāka krūšu izmēra palielināšana, sāpes ir izteiktākas. Tas ir saistīts ar muskuļa un ādas iestiepumu. Mazgāties dušā var no trešās pēcoperācijas dienas, bet peldēties un iet vannā – pēc trim nedēļām. Parasti diegi no brūces nav jāizņem, bet, ja šūts ar izņemamajiem diegiem, tos izņem 7.–10. dienā pēc operācijas. Fiziskās aktivitātes un sporta nodarbības var atsākt pēc trim nedēļām.

Iespējamās agrīnās komplikācijas ir asiņošana un infekcija, bet to risks ir mazs (3–5 %). Tas atkarīgs no tā, cik rūpīgi paciente ievēro ārsta ieteikto pēcoperācijas režīmu, kā arī no organisma imunitātes un vispārējā veselības stāvokļa. Pirmajās pēcoperācijas nedēļās ir vērojama tūska un krūts augšējā daļa ir nedaudz apaļāka. Tā pakāpeniski samazinās, un krūts ieņem savu dabisko formu. Īstais rezultāts redzams aptuveni 2–3 mēnešus pēc operācijas, kad implants ir nostājies savā vietā, audi piekļāvušies implantam un tūska izzudusi.

Vēlīnā komplikācija ir kapsulas kontraktūra. Tās cēloņi var būt dažādi, bet galvenokārt tā ir organisma vēlme norobežot svešķermeni (implantu). Tas izpaužas kā velkoša sajūta krūts rajonā, reizēm sāpīgums. Pakāpeniski var mainīties krūts forma – tā kļūst apaļāka un cietāka. Šādā gadījumā ieteicams veikt krūts masāžu, lai iestieptu audus un neļautu kapsulai savilkties. Ja tas nepalīdz, jāveic operācija, kuras laikā kapsulu izņem vai sašķeļ un ievieto jaunu implantu.

Sievietēm, kas ir neapmierinātas ar savām krūtīm, kā dēļ viņām radušies kompleksi un neapmierinātība ar sevi, pirmais solis, lai situāciju uzlabotu, var būt vizīte pie plastikas ķirurga. Konsultācijas laikā ārsts atbildēs uz visiem jautājumiem un piedāvās optimālāko problēmas risinājumu.



Pēteris Laucis
LPMC plastikas ķirurgs

Informācija

25.03.2009. Latvijas Neirologu asociācijas sēdē LPMC plastikas ķirurgs **Aivars Tihonovs** uzstāsies ar referātu "Perifēro nervu kompresijas neiropatiju ārstēšana mikroķirurga skatījumā".

*** **

Šā gada februārī LPMC traumatologi ortopēdi **Jānis Krustiņš** un **Uldis Krustiņš** piedalījās rokas artroskopijas kursos Roterdamā (Nīderlande). Tās ir vienas no Eiropā prestižākajām šāda veida apmācībām. Līdz ar LPMC pārstāvjiem iemaņas diagnostiskajā artroskopijā un artroskopijas procedūrās pilnveidoja ārsti no Nīderlandes, Beļģijas, Vācijas, Lielbritānijas, Spānijas, Portugāles, Indijas, Somijas, Zviedrijas un Dānijas.

Pasniedzēji bija pasaulē atzīti plaukstas ķirurģijas virtuozu – prof. *Michael Hausmann* (ASV) un prof. *Francisco de Pinal* (Spānija). Mācības bija maksimāli pietuvinātas reālajai dzīvei – ar pilnu STORZ artroskopijas ekipējumu un uz liķu modeļiem (rokām).

Plānots, ka drīz Latvijā plaukstas artroskopiju pacientiem pirmais piedāvās Latvijas Plastikās un mikroķirurģijas centrs.



Kalvis Pastars
LPMC plastikas ķirurgs

Ar zināšanu somu no Singapūras

Paģājušais gads aizritējis kā sprinta skrējieni – vienā elpas vilcienā. Pateicoties kolēģu atbalstam, man bija iespēja strādāt pasaules otrā malā – valstī, kurai ir tik daudz simbolisku līdzību ar Latviju. Singapūra, tāpat kā Latvija, ir maza valsts bez bagātīgiem dabas resursiem. Singapūra ir pieredzējusi okupāciju, tās tauta ir slepkavota, un neatkarību tā ieguvusi salīdzinoši nesen – pirms 43 gadiem. Singapūras bagātība ir ārkārtīgi strādīgi cilvēki un ģeogrāfiski izdevīga atrašanās vieta. Šī ir valsts, no kuras Latvija var daudz ko mācīties, piemēram, kā no klinšainas salas, kas ir aptuveni desmit reižu mazāka par Latviju, kļūt par piekto bagātāko valsti pasaulē.

Tā bija fantastiska pieredze – dzīvot pavisam atšķirīgā vidē un sabiedrībā, kurai ir izteikti rietumnieciska dzīves uztvere, tomēr saglabāta austrumu kultūra un tradīcijas.

Man bija gods strādāt klīnikā *National University Hospital*, kuras Rokas un rekonstruktīvās mikroķirurģijas nodaļa ir viena no labākajām Āzijā. Tās izveidē liela loma bijusi vienam no Āzijas rekonstruktīvās ķirurģijas tēviem profesoram Robertam Fo (*Robert Pho*) – dzīvai leģendai, kura ieguldījums medicīnā ir novērtēts ne vien dzimtenē, bet arī visā pasaulē. Viņš ir cilvēks ar augstām prasībām gan pret sevi, gan kolēģiem.

Kad nodaļas vadītājs Aimeriks Lims (*Aymeric Lim*) teica, ka pirmos divus rotācijas mēnešus būšu tieši profesora Fo komandā, es biju pārsteigts un nedaudz nobijies, uz ko Aimeriks Lims atbildēja: „Ja izturēsi šos divus mēnešus, pārējie rotācijas posmi būs kā viegla pastaiga.” Nevarētu teikt, ka viņa vārdi tobrīd būtu mani nomierinājuši. Protams, profesora redzējums un filozofija, ar kādu tiek risinātas pacientu problēmas, ir tik pamatīgi un visaptveroši, balstīti uz dziļām zināšanām un pieredzi, ka tikai tagad sāku to saprast un novērtēt.

Profesora Fo un viņa nodaļas atpazīstamības dēļ uz Singapūru labprāt brauc vadošie speciālisti no visas pasaules. Šīs nodaļas un visas slimnīcas mērķis ir nemitīga attīstība un izglītība, tas ir vienīgais veids, kā pastāvēt un saglabāt savu statusu. Manas vizītes laikā klīnikā bija ieradies viens no labākajiem rekonstruktīvās mikroķirurģijas speciālistiem pasaulē profesors Juan-Kun Tu (*Yuan-Kun Tu*) no Taizemes – apbrīnojams cilvēks, kurš, būdams viens no vislabāk apmaksātajiem Āzijas ķirurģiem, ir spējis saglabāt vienkāršību un pieejamību jebkurā dzīves situācijā. Profesors, kurš pieņem līdz 300 pacientiem dienā, strādā bez brīvdienām un ģimēni redz tikai

svētdienu pēcpusdienās, kādā neformālā sarunā man atzinās, ka, lai kļūtu par to, kas ir, viņš maksājis augstu cenu – nav iespējams dzīvēt tik daudz iegūt, neko nezaudējot.

Veselības aprūpes maksa Singapūrā ir atkarīga no piedāvātā servisa līmeņa. Ir iespējams 15% pacienta līdzmaksājums, 50% pacienta līdzmaksājums vai pilnībā pacienta apmaksāti pakalpojumi. Filozofija, ka medicīna nedrīkst būt par velti, pacientus disciplinē un dara līdzatbildīgus par savu veselības stāvokli. Tas novērojams arī ikdienas dzīvē – es, piemēram, nesastapu pacientus, kas būtu alkohola reibumā. Slimnīcas gultu noslogojums ir 85–90%, kas, kā atzina paši mediķi, ir par daudz, jo bija situācijas, kad pacienti ilgstoši gaidīja uzņemšanā, kamēr atbrivojās vieta nodaļā. Darbs nodaļā ir veidots, sadalot kolektīvu komandās, kas parasti sastāv no viena sertificēta ārsta (*consultant*), viena vecākā rezidenta (*registrar*) un viena vai vairākiem jaunākajiem rezidentiem (*medical officer*). Komandas ir specializējušās, piemēram, perifēro nervu patoloģijās, rokas skeleta problēmās utt. Dežūras slimnīcā ir smagas, jo slimnīca operāciju zāļu darbu plāno tā, lai būtu 100% noslogojums un nebūtu dīkstāves. Pacienti tiek noteiktas prioritātes, t.i., pacienti tiek iedalīti grupās atkarībā no tā, cik ilgā laikā tie jāoperē. Tā kā rokas operācijām reti bija pirmā prioritāte, bieži nācās operēt naktīs. Taču



Dr. Kalvis Pastars un prof. Juan-Kun Tu
neformālā gaisotnē

darba organizācija un komandas atbalsts darbu nenoliedzami atviegloja. Spilgtā atmiņā palicis brīdis, kas raksturo nodaļas komandas garu. Dežūras laikā mans jaunākais rezidents bija aizņemts uzņemšanā, un pirksta replantāciju man nācās sākt vienam bez asistenta. Pēc pusstundas negaidīti atnāca kolēģis, ar kuru es strādāju vienā komandā, teikdams, ka man palīdzēs. Es zināju, ka viņš ir dežūrējis iepriekšējā dienā un ir operējis visu nakti – to skaidri varēja redzēt pēc viņa apsārtušajām acīm –, turklāt darba laiks sen jau beidzies, bet viņš man atbildēja:

„Mēs taču esam viena komanda.” Un tādu gadījumu nebija maz. Likteņa ironija – jau pirmajā dežūrā, kad strādāju kā vecākais rezidents, tika atvests pacients ar amputētu roku. Latvijas gateru un alkohola patēriņa dēļ rokas replantācija nav operācija, ar kuru mūs, latviešu puikas, nobiedēs! Pēc šīs operācijas manu “akciju vērtība” kolēģu acīs strauji pieauga, un tas ievērojami atviegloja manu tālāko dzīves un zināšanu bagāžas uzkrāšanu Singapūrā.

Cilvēki Singapūrā ir ļoti strādīgi, un, manuprāt, latviešiem no singapūriešiem būtu jāmacās tas, ka viņi nekad nečīkst. Lai arī dzīve Singapūrā nav viegla, želoties par to citiem nav pieņemts, jo pārticis un cienijams cilvēks šajā valstī vari būt tikai tad, ja smagi strādā.

Pacientam tiek rekonstruēts labās rokas īkšķis, izmantojot iegurņa kaula fragmentu

Aizvadītā gada nogalē Latvijas Plastikās un mikroķirurģijas centrā nonāca 40 gadus vecs pacients, kas guvis sadzīves traumu – labās rokas I pirksta amputāciju ar dragātu proksimālās falangas defektu. Lai labās rokas plaukstas funkciju pēc traumas atjaunotu, LPMC ārsts **Ervīns Lavrinovičs** operācijas laikā veica trūkstošā kaula fragmenta aizstāšanu ar iegurņa kaula un I pirksta replantāciju.

Pēcoperācijas periods noritēja bez sarežģījumiem. Piektajā dienā pēc operācijas tika sākta agrīna rehabilitācija. Pacients roku jau sāk izmantot ikdienas darbībā. Turpinās aktīva I pirksta kustību izstrāde.



LATVIJAS PLASTISKĀS UN
MIKROĶIRURĢIJAS CENTRS

LPMC informatīvi izglītojošs izdevums

Plastikos

LATVIJAS PLASTISKĀS UN MIKROĶIRURĢIJAS CENTRS

Klīniskā slimnīca „Gaiļezers”
Hipokrāta iela 2, Rīga

Tālr. 67042642, mob. tālr. 26177339
E-pasts: centrs@plastic-surgery.lv
www.plastic-surgery.lv