

ROKAS ĶIRURĢIJA

Latvijas Mikroķirurģijas centrs ir viena no lielākajām plastiskās un rokas ķirurģijas klīnikām Baltijas valstīs, kas sniedz pasaules līmeņa mikroķirurģijas pakalpojumus Latvijā. Mūsu komandu veido pieredzes bagāti plastikas ķirurgi, mikroķirurgi, rokas ķirurgi, traumatologi-ortopēdi, bērnu ķirurgi, anesteziologi, reanimatologi, ergoterapeiti un diagnostiskās radioloģijas speciālisti.

Latvijas Mikroķirurģijas centrs ir vienīgais Baltijā akreditētais Rokas traumas un Replantācijas centrs.

Adrese: Brīvības gatve 410, 2. stāvs, Rīga, LV-1024

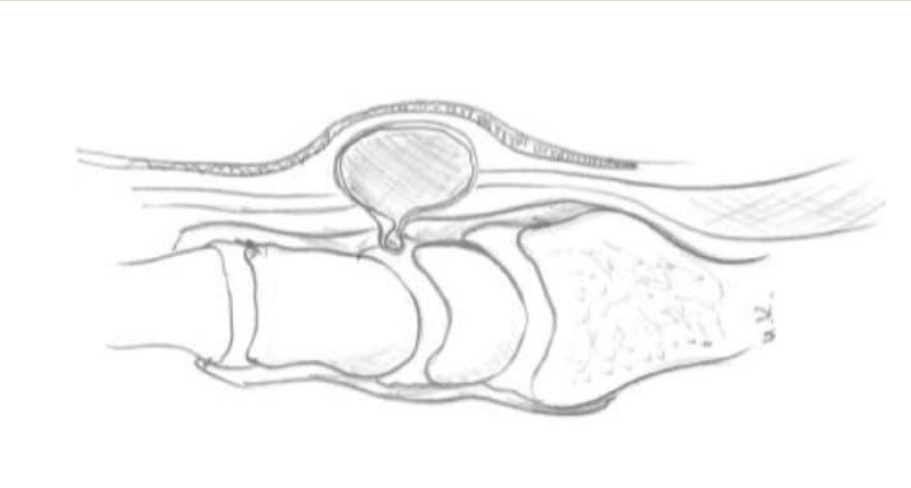
Tālr.: (+371) 67 969 830, (+3r71) 20 284 685

E-pasts: registratura@mcl.lv

LATVIJAS
MIKROĶIRURĢIJAS
CENTRS

FESSH
Federation of
European Societies for
Surgery of the Hand

Plaukstas locītavas un pirkstu gangliji

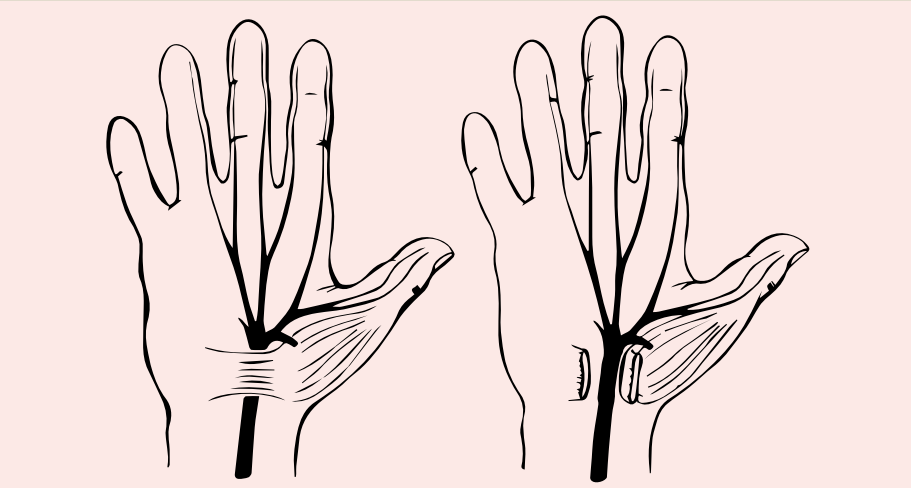


Gangliji jeb higromas ir labdabīgi cistiski veidojumi, kuri rodas gar cīpslām vai locītavām. To rašanās iemesli joprojām nav zināmi, bet Šie veidojumi mēdz būt apaļi vai ovāli, parasti ir pildīti ar želejveida masu. Tiem var būt dažādas izmēru variācijas, kā arī tie var radīt stiprākasvai vājākas sāpes (īpaši, ja kompresē plaukstas nervus). Gangliji var arī ierobežot kustības, ja atrodas tiešā locītavas tuvumā. Biežākā gangliju lokalizācija ir plaukstas virspusē, it īpaši - starp abām karpālo kaulu rindām plaukstas vidusdaļā. Gangliji mēdz būt arī plaukstas locītavas iekšpusē, tad tie pārsvarā lokalizējas īkšķa pamatnes rajonā, retāk sastop ganglijus pirkstu locītavās vai pa saliecējcīpslu gaitu. Gangliji var rasties arī citur – piemēram ceļa vai pēdas locītavā. Ganglijus var sastapt abu dzimumu un dažādu vecumu cilvēkiem, bet visbiežāk to novēro 20 – 40 gadus vecām sievietēm.

Ja gangliji nav lieli un ir nesāpīgi, tos nav obligāti jāārstē. Gadījumos, ja gangliji rada sāpes, kustību ierobežojumus, kā arī traucē estētiski, no tiem var mēģināt atbrīvoties. Gangliju diagnozi var uzstādīt klīniski – veicot pacienta izmeklēšānu, unnozīmējot papildus izmeklējumus, gadījumos, kad tas ir nepieciešams. Papildizmeklējumi var būt rentgenogrāfija, ultrasonogrāfija, kā arī kodolmagnētiskā rezonanse.

Vienkāršākā metode ir ganglija punkcija– gangliju pārdur ar adatu un atsūc tā saturu. Diemžēl šai metodei ir apmēram 50% recidīva risks. Ķirurģiskās ārstēšanas metodes ir vaļēja vai artroskopiska ganglija izgriešana. Ķirurģiskās ārstēšnas metodes izvēle ir atkarīga no ārsta tehniskām iespējām un pieredzes konkrētās metodes pielietošanā.

Karpālā kanāla sindroms (KKS)

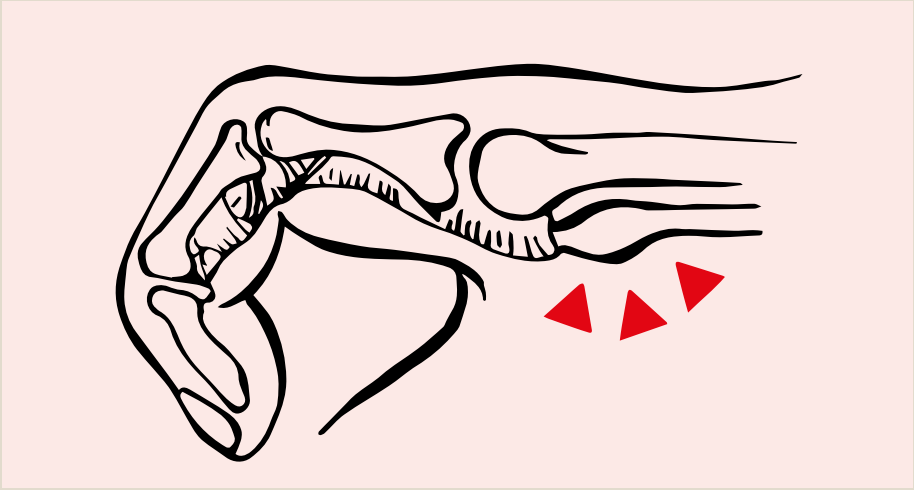


Ir vidusnerva nospiedums plaukstas pamatnes kanālā, kurš izpaužas ar tirpumu un sāpēm īkšķī, rādītājpirkstā un vidējā pirkstā. Visbiežāk nervu nospiež cīpslu satūkušie apvalki, jo caur plaukstas pamatnes kanālu iet ne tikai vidusnervs, bet arī cīpslas. Cīpslu apvalka tūskainības dēļ KKS bieži novērojams kopā ar citām cīpslu apvalka iekaisuma slimībām. Sūdzības pastiprinās naktī. Lai tās kaut nedaudz atvieglotu roka tiek gan purināta, gan turēta virs galvas vai masēta. Ar laiku izdilst īkšķa pamatnes muskulis. Pie KKS zūd precīzās pirkstu kustības, kurās piedalās īkšķis, piemēram, atslēgas satveršana vai krekla pogas aizvēršana. Tirpšana pirkstos raksturīga ne tikai KKS gadījumā, tāpēc jūsu ārsts to rūpīgi izvērtēs.

Kad diagnoze uzstādīta, tad KKS ārstēšanu uzsāk ar konservatīvām metodēm - stipru pretiekaisuma zāļu injekcijām plaukstas pamatnes tunelī, cīpslu apvalka tūskas mazināšanai, uz nakti lietojamu ortozi un nervus stiepes/slīdes vingrojumi.

Ja pēc šādas ārstēšanas 3-4 mēnešu laikā uzlabojumu nav, tad pacientam nepieciešama tuneļa atvēršanas operācija. Ja uzlabojumi ir, bet tie nav pietiekoši, tad var izdarīt atkārtotu pretiekaisuma zāļu injekciju plaukstas pamatnes tunelī, bet ne vairāk kā 3 reizes. Parasti operāciju veic vietējā anestēzijā un tās laikā tiek veikts neliels grieziens plaukstas pamatnē, caur kuru tiek atbrīvots nospiestais nervs. Pēcoperācijas periods ilgst no 3-8 nedēļām. Reizēm ilgāk saglabājas palielināts jūtīgums plaukstā abpusēji operācijas rētai.

Stenozējošais ligamentīts

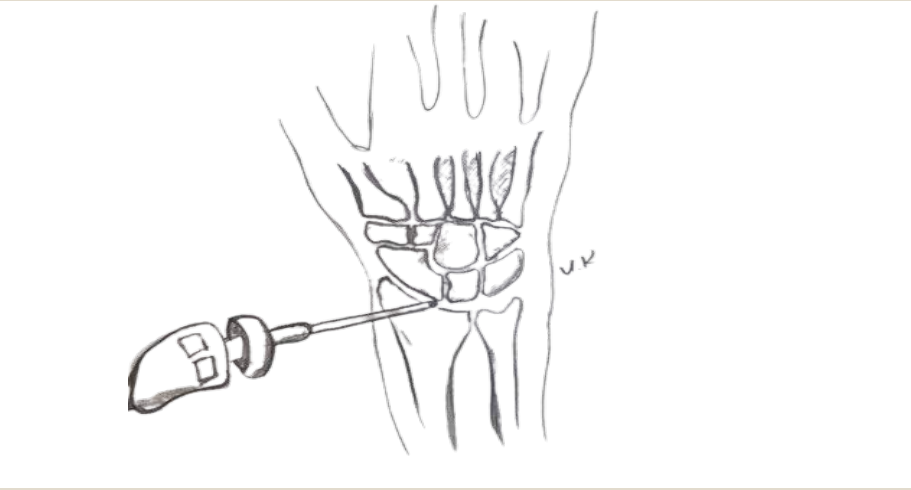


Stenozējošo ligamentītu jeb „ieklemmējušos" pirkstus rada ilgstošs smags un vienmuļš darbs vai īslaicīga nepierasta pārslodze plaukstā. Slimības simptomi – sāpīgi pirksti, to pamatnē virs cīpslām veidojas kustīgs sabiezējums, kas traucēpirkstu salikšanu un atliekšanu. Īpaši sāpīgi un satūkuši pirksti mēdz būt no rītiem, kad vērojama arī pirkstu "pārlekšana", tos saliecot vai atliecot. Slimībai progresējot, rodas grūtības pirkstus saliekt vai atliekt.

Sākotnēji slimības ārstēšanā var palīdzēt šinas vai steroīdu injekcijas, bet ja tie nelīdz, nepieciešama operācija. Tās laikā ar nelielu griezienu plaukstas ādā tiek paplašināts tunelis cīpslas slīdēšanai. Operācija notiek lokālā anestēzijā, tās ilgums parasti nepārsniedz 30 minūtes. Pēc operācijas pacients var doties mājās.

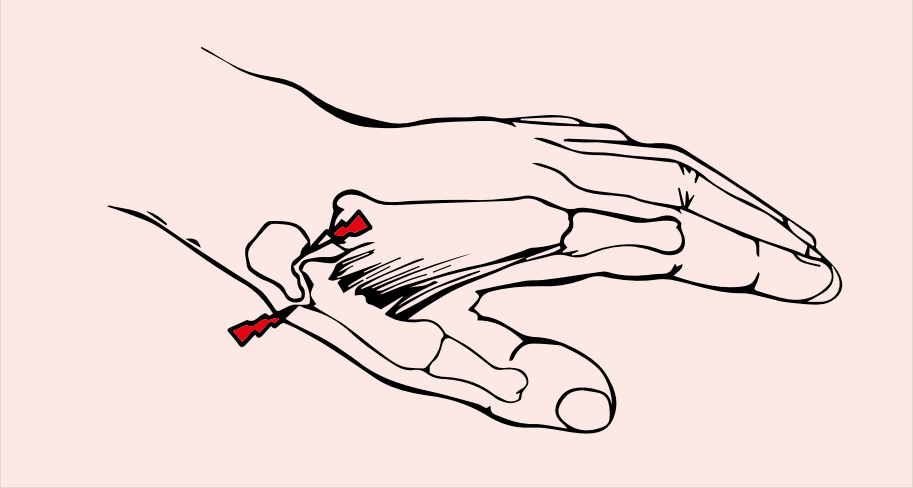
Brūces pārsiešana nepieciešama 2x nedēļā, šuves tiek noņemtas pēc 12-14 dienām. Pēc operācijas ātrākai atlabšanai nepieciešama pirkstu ievingrināšana pie ergoterapeita, sarežģītākos gadījumos locītavu kontraktūras likvidēšanai nepieciešams locītavas fiksators uz nakti. Atlabšanas laiks pēc operācijas ilgst 3-6 nedēļas.

Plaukstas artroskopija



Ir viena no mazinvazīvajām plaukstas locītavas kaulu un mīksto audu problēmu diagnostikas un ārstēšanas metodēm. Artroskopijas laikā ārsts, kurš apguvis šīs manipulācijas un kuram ir attiecīgs tehniskais nodrošinājums var veikt detalizētu diagnostiku, kā arī bojājumu konstatācijas gadījumos novērst problēmu. Plaukstas pamatne ir sarežģīta savstarpēji saistīta15 dažādu locītavu biomehāniskā sistēma, kuru veido 24 locītavu virsmas, kas ir saistītas ar 24 dažādām saitēm un tās kustina 24 cīpslas. Izmantojot 2.7 mm un 1.9 mm standarta optiku (artroskopu), lielāko daļu no šīm locītavu virsmām var vizualizēt HD kvalitatē uz ekrāna. Lai maksimāli samazinātu kādu mīksto audu struktūru bojājumus, ir izstrādāta plaukstas portālu shēma – ir lokalizētas anatomiskās vietas, caur kurām instrumentu ievadīšana un manipulēšāna locītavā rada vismazākos iespējamos riskus apkārtējo audu traumatizācijai. Ārsts izmanto dažādus instrumentus ar kuriem iespējams aiztikt, pārbaudīt, kā arī ārstēt kaulus, skrimšļus un mīkstos audus. Lielākā daļa šo instrumentu nepārsniedz 3 mm diametrā. Kaulu artikulāro lūzumu gadījumos, artroskopiskā vizualizācija palīdz veikt maksimāli precīzu lūzuma fragmentu savietošanu, lai mazinātu posttraumatisku deformāciju veidošanās risku locītavās. Plaukstas artrokopiskās operācijas vizbiežāk veic interkarpālo saišu akūtu un hronisku bojājumu gadījumos, spieķkaula vai karpālo kaulu artikulāro lūzumu osteosintēzes gadījumos, Triangulārā fibroskrimšļa kompleksa (TFCC) bojājumu ārstēšanā, plaukstas locītavas gangliju likvidēšanā, īkšķa pamatnes locītavas artrīta un/vai nestabilitātes agrīnu stadiju ārstēšanā, kā arī to rekomendē veikt ilgstošu un neskaidru diskomforta vai sāpju iemesla diagnosticēšanā, kad citas izmeklēšanas metodes nespēj sniegt pienācīgu informāciju.

Rokas īkšķa pamatnes vai 1. karpometakarpālās (1.KMK) locītavas osteoartrīts

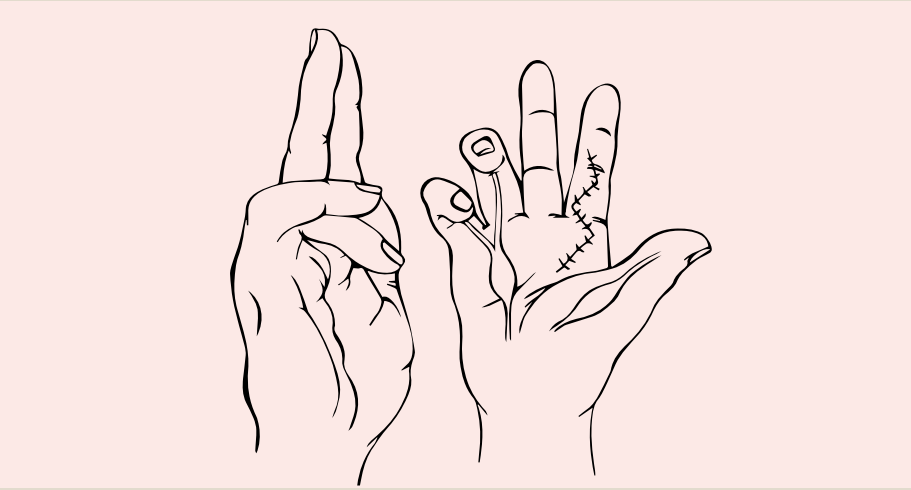


Šīs locītavas deformātīvās izmaiņas ir dabisks cilvēka novecošanas procesa rezultāts. Radioloģiskas izmaiņas konstatē 90% cilvēku, kuri vecāki par 80 gadiem, taču ne visiem cilvēkiem tās ir simptomātiskas. Pēc 1.KMK locītavas anatomiskās uzbūves to sauc par sedlveida locītavu Tās stabilitāte ir būtiski atkarīga no saišu aparāta sabalansētības, jo pretējā gadījumā savstarpējās locītavu virsmas tiek noslogotas nepareizās pozīcijās, kas noved pie skrimšļa bojājumiem, atslāņošanās un sekojošas deformējošās steoartrozes rašanās.

1.KMK locītavas artrozes attīstībā ir vismaz divi dažādi mehānismi – saišu hiperelasticitātes provocētas sekundāras locītavas virsmu artrītiskas izmaiņas, kurās vadošais simptoms ir locītavas nestabilitāte un otrais – primāra osteoartrīta gadījumi, kuros pacientu vadošais simptoms ir locītavas progresējošas sāpes ar kontraktūru veidošanos.

Saslimsanas agrīnajās stadijās pacientiem tiek rekomendētas ortozes, ārstnieciskā vingrošana, artikulāras injekcijas, artroskopiska locītavas “iztīrīšana” no iekaisušajiem audiem, kā arī saišu un kapsulas stabilizācija, apstrādājot vaļīgos audus ar radiofrekvences zondi. Progresējošu locītavas skrimšļa un kaulu bojājumu gadījumā var tikt piedāvatas dažādas ķirurģiskās ārstēšanas metodes, speciālistam individuāli tās piemeklējot atbilstoši pacienta specifiskām vajadzībām.

Dipitrēna slimība



Tā ir plaukstas slimība, kura nosaukta franču izcelsmes ķirurga Dipitrēna (Dupuytren) vārdā. Slimības rašanās iemesli pilnībā nav noskaidroti. Dipitrēna slimiba ir plaukstas saistaudu (palmārās aponeirozes) slimība, kuras rezultātā veidojas cieti saistaudu mezgli, kuri savelk pirkstus. Visbiežāk tiek skarti mazais pirkstiņš, zeltnesis un vidējais pirksts. Ilgstoša kontraktūra izraisa neglābjamus locītavu bojājumus.

Biežāk nekā citiem populācijā šo slimību sastop cukura diabēta slimniekiem, aknu slimniekiem un ar epilepsiju sirgstošajiem, novērota slimības pārmantošana. Kamēr nav izveidojusies kontraktūra (plaukstu var plakaniski nolikt uz galda), ārstēšanu var sākt ar regulāriem stiepes vingrinājumiem, kā arī lokālām E vitamīnu saturošu eļļu masāžām. Tomēr visbiežāk vienīgā ārstēšana ir operācija, kuru izdara plaukstas ķirurgi un plastiskie ķirurgi. Operācija nepieciešama, ja cilvēks vairs nespēj nolikt iztaisnotu plaukstu uz galda ar nagiem uz augšu vai ja mezgliņi ir sāpīgi. Operācijas laikā tiek izgriezti mezgli un rētaudu saites, dažkārt, lai atjaunotu pirkstu kustības, tiek šķeltas pirkstu locītavu kapsulas.

Ja kontraktūra plaukstā ir bijusi ilgstoši, tad cerēt uz pilnīgi normālu plaukstas funkciju pēc operācijas nav pamata, taču ir iespējams ievērojami uzlabot kustības un izskatu. Svarīgi jau laikus doties pie ārsta, jo ārstēšanas rezultāti atkarīgi no slimības stadijas, kā arī no rokas terapijas pēc operācijas. Operāciju iespējams veikt gan reģionālā, gan vispārējā anestēzijā, operācijas ilgums nekomplicētos gadījumos līdz stundai, komplicētos līdz 3 stundām, pēc operācijas palikšana slimnīcā nav nepieciešama. Pārsiešana nepieciešama 2-3 reizes nedēļā, šuves izņem pēc 12-14 dienām.