

26.12.2021

**חוות דעת רפואית****בעניינו של מר אביב דהן ת.ז. 322273921**

אני החתום מטה נתבקשתי ע"י מר דהן לחוות דעתי המקצועית בשאלת נכותו האורתופדית כתוצאה מתאונה בתאריך 18.10.2019.

לצורך כתיבת חוות דעתי מר דהן נבדק על ידי בתאריך 8.12.2021.

אני נותן חוות דעתי זו במקום עדות בבית המשפט ואני מצהיר בזאת כי ידוע לי היטב, שלעניין הוראות החוק הפלילי בדבר עדות שקר לאחר אזהרה בבית המשפט, דין חוות דעתי זו כשהיא חתומה על ידי כדן עדות לאחר אזהרה שנתתי בבית המשפט.

בעת כתיבת שורות אלו לא קיימים ניגודי עניינים ביני למי מהצדדים.

**פרטי השכלתי**

- רופא כאב, המכון לכאב כרוני ואקוטי, המרכז הרפואי תל אביב ע"ש סורסקי, איכילוב.
- אורתופד מנתח במרכז שניידר לרפואת ילדים.
- מנהל מטעם היחידה לקנאביס רפואי במשרד הבריאות לרישוי קנאביס רפואי, יועץ לטיפול מורכב בכאבים על רקע אורתופדי.
- יועץ אקדמי לחקר עצבים, שרירים ושלד במכון ויצמן למדע.
- בוגר קורס לרופאים לקביעת דרגת נכות על פי דין (אוניברסיטת ת"א).
- מומחה בכירורגיה אורתופדית מ.ת.מ. 39598.
- בעל רישיון ישראלי לעסוק ברפואה מ.ר. 120775.

**המסמכים שעמדו לרשותי**

- תעודה רפואית, מרפאת ביקור רופא, מתאריכים 18.10.2019, 23.10.2019, 26.10.2019, 13.11.2019, 29.10.2019.
- סיכומים רפואיים צה"ל, מערכת CPR, מתאריכים 11.11.2019, 1.1.2020, 8.1.2020, 16.2.2020.
- מכתב שחרור, המחלקה לרפואה דחופה שיבא, מתאריך 11.11.2019.
- מכתב שחרור, מרפאת כירורגיה של היד בשיבא, מתאריכים 13.1.2020, 12.2.2020, 4.3.2020.
- מכתב שחרור, מחלקת כירורגיה של היד בשיבא, מתאריך 24.1.2020.
- סיכום ביקור, מכון לריפוי בעיסוק בשיבא, מתאריך 20.2.2020.

**בדיקות העזר שעמדו לרשותי**

- סונוגרפיה על קולית מתאריך 30.12.2019

**תולדות המקרה**

אביב יליד 19.4.2000, דומינטיות ימנית.  
ברקע אסתמה, נוטל ונטולין במשך על פי הצורך.  
כעת אביב סטודנט למשפטים.  
בתאריך 13.11.2018 התגייס לשירות סדיר בצה"ל בתפקיד לוגיסטי פיזי בגלילות, פרופיל 45 עקב סעיף ליקוי של אסתמה.  
בתאריך 18.10.2019 נחתך מזכוכית בכף ידו הימנית כאשר עבד במסגרת פרטית במסעדה, העבודה הנוספת

אושרה על ידי שלטונות הצבא.

ביום הפציעה פנה למרפאת ביקור רופא - תועד חתך בפן האחורי מעל ראש מסרק 3, נתפר ושוחרר.  
פנה מספר פעמים נוספות באוקטובר 2019 למרפאת ביקור רופא עקב בעיית איחוי, טופל עם אנטיביוטיקה  
פומית עד הסרת התפרים באבחנה של זיהום מקומי.  
עקב הגבלת תנועה שארית באצבע וכאבים בעלי אופי דוקר השלים הדמיה על קולית בתאריך 30.12.2019 בה  
הודגם קרע בגיד המיישר בגובה ראש המסרק השלישי עם פער של כ 3.3 מ"מ, המכיל בתוכו גוף זר בקוטר 1.1  
מ"מ.  
בתאריך 23.1.2020 נותח במחלקת כף יד במרכז רפואי שיבא, בחדר הניתוח הגיד המיישר של אצבע 3 מימין  
נתפר, לא נמצא גוף זר.  
טופל במסגרת פיזיותרפיה וריפוי בעיסוק תחילה בשיבא ובהמשך במסגרת הצבא עם הגבלה שארית בתפקוד  
האצבע.

#### סיכום המסמכים הרפואיים

- תעודה רפואית, מרפאת ביקור רופא, מתאריך 18.10.2019 - חייל, נחתך מזכוכית בכף ידו הימנית בזמן עבודתו, נראה חתך בפן האחורי מעל ראש מסרק 3, תחושה שמורה, טווח מלא ללא חסר NV, החתך נתפר.
- תעודה רפואית, מרפאת ביקור רופא, מתאריך 23.10.2019 - חשד לזיהום בפצע, שוחרר עם המלצה לטיפול אנטיביוטי פומי ומקומי.
- תעודה רפואית, מרפאת ביקור רופא, מתאריך 26.10.2019 - ללא רושם לזיהום בפצע, שוחרר עם המלצה להמשך טיפול אנטיביוטי.
- תעודה רפואית, מרפאת ביקור רופא, מתאריך 29.10.2019 - מעט נפיחות, טווחי תנועה טובים, תפרים הוסרו.
- סיכום רפואי צה"ל, מערכת CPR, מתאריך 11.11.2019 - אודם, נפיחות ורגישות תחת הצלקת הניתוחית, תוארה הפרשה לאחר הסרת התפרים, הופנה למיון.
- מכתב שחרור, המחלקה לרפואה דחופה שיבא, מתאריך 11.11.2019 - צלקת תקינה, ללא סימני זיהום, ללא חשד לפגיעה בגידים, תקין מבחינה נירוו-וואסקולארית, שוחרר עם המלצה להשלמת US במידה והכאבים לא חולפים.
- סיכום רפואי צה"ל, מערכת CPR, מתאריך 1.1.2020 - מתואר פענוח US המדגים קרע בגיד המיישר בגובה ראש המסרק השלישי עם פער של כ 3 מ"מ, המכיל בתוכו גוף זר בקוטר 1.1 מ"מ, הופנה ליעוץ מנתח כף יד.
- מכתב שחרור, מרפאת כירורגיה של היד בשיבא, מתאריך 13.1.2020 - בבדיקה נפיחות דורסאלית סביב MCPJ, חסר יישור של כ 25 מעלות אצבע 3 מימין, פאסיבית יישור מלא, US הדגים קרע חלקי של הגיד המיישר וגוף זר בגודל 1 מ"מ, קלינית חשד לחתך מלא, מופנה לאקספלורציה.
- מכתב שחרור, מחלקת כירורגיה של היד בשיבא, מתאריך 24.1.2020 - בתאריך 23.1.2020 בחדר הניתוח עבר תפירת גיד מיישר של אצבע 3 מימין, לא נמצא גוף זר.
- מכתב שחרור, מרפאת כירורגיה של היד בשיבא, מתאריך 12.2.2020 - ביקורת ראשונה לאחר הניתוח, פצע תקין, תפרים נמסים, הומלץ על הפעלה מיידיית בריפוי בעיסוק, חופשת מחלה 4 שבועות, ביקורת חוזרת בעוד כשלושה שבועות.
- סיכום רפואי צה"ל, מערכת CPR, מתאריך 16.2.2020 - סיכום ריפוי בעיסוק, נעזר בסד ייעודי, המשך טיפול במרפאת ריפוי בעיסוק בתדירות של כ 1-2 בשבוע ומעקב חוזר כ 3-4 שבועות לאחר מכן.

- סיכום ביקור, מכון לריפוי בעיסוק בשיבא, מתאריך 20.2.2020 - טווח MCPJ כיפוף אקטיבי 75 מעלות, חסר יישור 15 אקטיבי, 5 פאסיבי, PIPJ כיפוף אקטיבי 35 מעלות, יישור - חסר אקטיבי של 35 מעלות, פאסיבי מלא, DIPJ כיפוף אקטיבי 50 מעלות, חסר יישור של 5 מעלות אקטיבי, פאסיבי מלא.
- מכתב שחרור, מרפאת כירורגיה של היד בשיבא, מתאריך 4.3.2020 - גיד מיישר עובד לא מלא, בהמלצות נרשם כי ניתן לעבוד פאסיבית על כיפוף ויישור MP.

### התלונות בעת

כעת מתלונן על כאבים בעלי אופי דוקר, המופעים בזמן פעילות, כמו כן כאבים ליליים המעירים משינה. אביב מספר על חולשה כף היד המפריעה בפעילות היום יום, מתאר פחד בהפעלת כף היד הימנית עקב הכאבים.

בעבודתו אביב מספר כי מתקשה בהרמת משאות, אינו מסוגל להרים ארגזים ששוקלים כ-10 ק"ג עקב כאבים חדים המופיעים בכף היד בזמן לפיתת וו ולפיתת כוח, הפסיק להרים משקלים בעבודתו לאחר שמספר פעמים שטם ארגזי שתיה עקב הכאבים והחולשה שהופיעו בידו, כעת נעזר בעגלה להעברת משקלים, דבר הגורם לפעולה לקחת זמן רב, עקב מגבלתו הפיזית פוטר מעבודתו. בלימודיו מספר כי מתקשה מאוד לכתוב עקב הפציעה ומקליד באופן איטי יותר מבעבר, הוכר לצורך הלימודים ובחינת הפסיכומטרי (יולי 2021) פטור מכתובה עקב נכותו.

מתקשה מאוד בהרמת משאות גם בחייו הפרטיים, אינו מסוגל לשאת שקיות מהסופר. בעברו שיחק טניס באופן תחרותי - התאמן כ-3 אימונים בשבוע, מאז הפציעה הפסיק לשחק לחלוטין. מתקשה בלפיתת המחבט הן עקב החולשה והן עקב הכאבים. בעבר התאמן בחדר הכושר לרבות הרמת משקולות - הפסיק אימונים אלו לחלוטין עקב הפציעה. מתארי כי לעיתים בזמן השינה מתעורר בלילה עקב דקירות באזור הניתוח, כ-2-3 פעמים בלילה.

### בדיקה (זוויות נמדדו ע"י מד זווית אלקטרוני, אורכים נמדדו ע"י סרט מדידה)

מימין צלקת - באורך 3.5 ס"מ כוללת בתוכה את ראש המסרק, צבעה סגול אדום - בולטת אל מול העור סביבה עם היפרטרופיה של העור מעל ראש המסרק. אינה רגישה למגע, טינל אינו מפיק הקרנה. ללא דלדול שרירי בכף היד משמאל בהשוואה לימין. בסגירת אגרוף - ללא חסר גס הקופץ לעין. ביישור אצבעות - ללא חסר גס הקופץ לעין. תנועת אגודל תקינה - פלקציה ואקסטנציה, אופוזיציה ורטרופוזיציה, אדוקציה ואבדוקציה פלמרית ורדיאלית. אבדוקציה שלא האצבעות - שווה. אפקט טנדוטי - תקין ושווה ללא פיגור ביישור וכיפוף. תפקוד גידים מכופפים ומערכת מיישרת תחת התנגדות - תקין, מופקים כאבים. פרפוזיה - שמורה, דופק רדיאלי ואולנארי נמושו. פרפוזיה תקינה.

## טווחי תנועה פאסיביים

| TOTAL | DIP | PIP | MCP |              |
|-------|-----|-----|-----|--------------|
| 282   | 60  | 120 | 102 | אצבע 3 מימין |
| 317   | 95  | 120 | 102 | אצבע 3 משמאל |

## טווחי תנועה אקטיביים (ראו נספח א)

| TOTAL | DIP | PIP | MCP |              |
|-------|-----|-----|-----|--------------|
| 237   | 50  | 95  | 92  | אצבע 3 מימין |
| 312   | 90  | 120 | 102 | אצבע 3 משמאל |

## בדיקות עזר (ראו מספח ב)

- סונוגרפיה על קולית מתאריך 30.12.2019 - ניראה חתך של הגיד באורך 3.3 מ"מ עם גוף זר בקוטר 1.1X1.1 מ"מ.

## סקירת ספרות רלוונטית (ראו מקורות בנספח ג)

פציעות בכף היד מהוות כ-10% מסך כל סיבות הפנייה למיון וכ-20% מהפציעות הדורשות טיפול דחוף. פציעה ברקמות הרכות של כף היד מהוות כ-84% מהפציעות בכף היד. בפציעות חודרות לכף היד ושורש כף היד שכיחות הפגיעה בגידים היא גבוהה, הוערך כי ישנה פגיעה גידים בכ-54.8% מהחתיכים השטחיים ובכ-92.5% מהחתיכים העמוקים המעריבים אזורים אלו. נמצא כי שכיחות הפציעה הינה 33.2 על כל 100,000 תושבים, השכיחות גבוהה ביותר בקבוצת הגיל 20-29 ובגברים יותר מנשים, מרבית הפציעות כוללות גיד יחיד ופגיעה בגידי המערכת המיישרת של האצבעות נפוצה יותר מגידי המערכת המכופפת. כ-24.9% מפציעות הגידים התרחשו במסגרת תאונת עבודה כאשר מאלו 44.2% בעובדי ענף הבנייה, 14.4% בענף המסעדות והמזון ו-12.5% בענף התחבורה והשינוע. פציעה שנראית תחילה יחסית זניחה עלולה להשפיע באופן ניכר, קלינית, כלכלית וחברתית (1).

המערכת המיישרת של שורש כף היד והאצבעות הינה מערכת מורכבת, ניתן לחלק את השרירים הפעילים לשרירים הממוקמים בכף היד עצמה ושרירים הממוקמים באמה וגידיהם מגיעים אל כף היד והאצבעות. בשרירי האמה הקבוצות מחולקות לקבוצה השטחית והקבוצה העמוקה. שרירי הקבוצה השטחית הינם:

- ECRL- extensor carpi radialis longus
- ECRB- extensor carpi radialis brevis
- EDC- extensor digitorum comunis
- EDM- extensor digiti minimi
- ECU- extensor carpi ulnaris

שרירי הקבוצה העמוקה הינם :

- APL – abductor policis longus
- EPB – extensor policis brevis

- EPL- Extensor pollicis longus
- EIP – extensor indicis proprius

בגובה שורש כף היד הגידים המיישרים עוברים בדרכם מתחילתם בשרירי האמה אל האחז בכף היד, דרך שישה מדורים (תעלות) הנוצרים ע"י מערכת רצועות מעל לשקעים גרמיים (extensor retinaculum) הממוקמים בפן האחורי של שורש כף היד:

- מדור 1- EPB+APL
- מדור 2 – ECRB+ECRL
- מדור 3- EPL
- מדור 4 – EIP+EDC
- מדור 5 - EDM
- מדור 6 – ECU

עם התקרבות גידי האצבעות המיישרים אל כף היד והאצבעות עצמן המערכת הופכת מורכבת יותר, בגובה המסרקים הגידים בין האצבעות השונות מחוברים אחד לשני בחיבורים אופקיים בשם juncturae tendinum. **בגובה מפרק MCP הכבלים הסגטליים (sagittal bands) מתחברים אל הלוחית הוולארית ועוטפים את הגיד המיישר במטרה לייצבו.**

כאשר עוברים את מפרק MCP השרירים המיישרים הממוקמים בכף היד מתחברים אל המערכת המיישרת (lumbricals + interossei) ומתחברים אל הכבלים הצדדיים (slips).

בגובה מפרק PIP הגיד המיישר (EDC) מתפצל לשלושה כבלים במבנה דמויי קלשון- שניים בצדדים (lateral bands) ואחד מרכזי (central slip), הכבלים הצדדיים מגיד EDC ושרירי כף היד (lateral bands + medial and lateral slips) מתאחדים והופכים לגיד הסופי (terminal tendon) הנאחז בגליל המרוחק ומיישר אותו, מבנה בשם הרצועה המשולשת (triangular ligament) מייצבת את המערכת בגובה זה.

קלסיפיקציה המחלקת את הפציעות והחתכים במערכת המיישרת של אצבעות 2-5 מחלקת את היד ל 9 אזורים מגובה קצה האצבע ועד גובה המרפק, אזורים אי זוגיים ממוקמים מעל מפרקים, אזורים זוגיים מוקמים מעל עצמות (2).

- אזור 1 – פגיעה בגובה DIP (terminal tendon)
- אזור 2 – פגיעה בגובה הגליל האמצעי של האצבע
- אזור 3 – פגיעה בגובה מפרק PIP של האצבע
- אזור 4 - פגיעה בגובה הגליל המקורב של האצבע
- **אזור 5 - פגיעה בגובה מפרק MCP של האצבע**
- אזור 6 – פגיעה בגובה המסרקים
- אזור 7 – פגיעה בגובה שורש כף היד וששת המדורים (תעלות) שהוזכרו לעיל.
- אזור 8- פגיעה בגובה השליש המרוחק של האמה עד למעבר גיד- שריר
- אזור 9 – פגיעה בגובה שני השלישים המקורבים של האמה.

מבחינת אפשרויות הטיפול – החלוקה משתנה בהתאם לאזור הפציעה, באזור 5 – פציעה בגובה מפרק MCP הינה הפציעה הנפוצה ביותר של המערכת המיישרת, המנגנון הקלאסי המתואר בספרות הינו פציעת קטטה (fight bite), כאשר שיניו של הנחבט חותכות את עורו של החובט, בפציעות אלו זיהום הינו נפוץ ויש לשקול טיפול אנטיביוטי מוקדם.

ככלל בחתכים בגובה זה פרט לתיקון הגיד המיישר במידה והפציעה מערבת יותר מ-50% משטח הגיד, יש צורך גם לתקן את מערכת הכבלים הסגיליים בכדי למנוע חוסר יציבות של הגיד. אפשרויות הטיפול הינן טיפול שמרני, טיפול ניתוחי לתיקון הגיד הפגום ומערכת הייצוב הפגומה ובמידה ולא ניתן לתקנה שחזור של המערכת ע"י מבנים אחרים (2,3,4).

בשאלת תוצאות התיקון למערכת המיישרת נראה כי הגורמים אותם כתב מילר (Miller) ב-1942 בנוגע לתוצאת ההחלמה מהפציעה נכונים גם היות וכוללים

- מידת הפגיעה העורית.
- מיקום הפציעה.
- פציעות נלוות.
- הטכניקה ואיכות התיקון הניתוחי.
- פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק וטיפול בתר ניתוחי.
- מידת שיתוף הפעולה של המטופל.

מאלו נראה כי החשיבות הגבוהה ביותר ניתנת למיקום הפציעה ובטיפול בתר ניתוחי בפיזיותרפיה ובריפוי בעיסוק, מילר גם העריך את תוצאת ההחלמה של תיקון גידים מיישרים על פי שני מדדים - חסר ביישור האצבע והגבלה בטווח הכיפוף, **ככלל ההגבלה הנפוצה יותר הינה הגבלת כיפוף ולא יישור לאחר תיקון גידים מיישרים** (4,5).

H. D. Carl ושותפיו העריכו את תוצאות התיקון הראשוני של פציעות במערכת המיישרת על פי שיטת ניקוד המשכללת של גלדמכר (Geldmacher) :

- העדר יישור מלא של האצבע
- טווח כיפוף כולל של כל מפרקי האצבע (DIP+PIP+MCP)
- אובדן טווח במפרק בודד
- המרחק בין קצה האצבע אל כף היד בנסיין סגירת אגרוף.

על פי הניקוד הניתן לקטגוריות תוצאות ההחלמה סווגו ל 4 קבוצות – החלמה מצוינת, טובה, בינונית או נמוכה. תוצאות המחקר הראו את הנתונים הבאים (4,6):

- אזור 1 – כ 90% מהמקרים החלימו בתוצאה מצוינת או טובה.
- אזור 2 – 100% מהמקרים החלימו בתוצאה מצוינת.
- אזור 3 – כ 57% מהמקרים החלימו בתוצאה בינונית או נמוכה.
- אזור 4 – כ 90% מהמקרים החלימו בתוצאה מצוינת או טובה.
- **אזור 5 – כ 90% מהמקרים החלימו בתוצאה מצוינת או טובה.**
- אזור 6 – כ 46% מהמקרים החלימו בתוצאה בינונית או נמוכה.

נוקשות וקשיון במפרקי כף היד והאצבעות הינה תופעה נפוצה לאחר פציעות, הסיבות הנפוצות לאובדן טווח תנועה הינן בצקת ברקמות הרכות, היווצרות צלקת, קיבוע ארוך ללא תנועת המפרקים או שילוב של הסיבות לעיל.

1. בצקת נגרמת ע"י נזל עשיר בחלבון הגודש את הרקמה, במצב זה חלבון קולגן עלול לשקוע ברקמות רבות על הגידים המכופפים והמיישרים ולהדביק אותם לרקמה סביבם ולגרום כך להגבלה בתנועה.

2. רקמת צלקת עלולה להיווצר לא רק באזור הפציעה והעור אלא גם ברקמות סמוכות- מקורבות או מרוחקות על פי פיזור האזור הבצקתי במנגנון שתואר לעיל.
3. קיבוע גורם להגבלת תנועה לאחר שחרורו בשלושה מנגנונים עיקריים- קיצור רקמת החיבור סביב המפרקים, קיצור בטני השריר שאינם פעילים כך שטווח הפעולה של השרירים יורד והידבקויות של הגידים אל הרקמות סביבם.

בכדי להימנע מנוקשות ומקשיון לאחר פציעות יש צורך להוריד את בצקת הרמות ולהפעיל את המפרקים בהקדם האפשרי אם באופן פאסיבי או אקטיבי, בעזרת סדים קבועים או דינאמיים, טיפולים אלו נעשים לרוב במרפאות פיזיותרפיה ומרפאות ריפוי בעיסוק. (7)

### סיכום

אביב יליד 19.4.2000, דומינטיות ימנית.  
בתאריך 18.10.2019 נחתך מזכוכית בכף ידו הימנית בעבדתו במסעדה, ביום הפציעה פנה למרפאת ביקור רופא -תועד חתך שנתפר ובהמשך טופל עם אנטיביוטיקה.  
בתאריך 30.12.2019 השלים הדמיה על קולית עקב הגבלת תנועה שארית באצבע וכאבים בעלי אופי דוקר, הודגם קרע בגיד המיישר בגובה ראש המסרק השלישי עם פער של כ 3.3 מ"מ, המכיל בתוכו גוף זר בקוטר 1.1 מ"מ.  
בתאריך 23.1.2020 בחדר הניתוח נתפר הגיד המיישר של אצבע 3 מימין.  
טופל במסגרת פיזיותרפיה וריפוי בעיסוק תחילה בשיבא ובהמשך במסגרת הצבא עם הגבלה שארית בתפקוד האצבע, עקב נכותו שוחרר טרם התאריך המיועד משירותו בצה"ל.  
כעת מתקשה בהרמת משקל כבד וככלל בעבודות פיזיות, כמו כן בלימודיו מספר כי מתקשה מאוד לכתוב עקב הפציעה ומקליד באופן איטי יותר מבעבר, הוכר לצורך הלימודים ובחינת הפסיכומטרי (יולי 2021) פטור מכתובה עקב נכותו.

### דיון

בבחינת המקרה באופן אובייקטיבי תחילה נראה כי החלמה כשל אביב הינה מוצלחת, בחישוב מגבלתו על פי גלדמכר נמצא כי החלמתו בדרגה טובה ולא מצוינת עקב ההגבלה בטווחי התנועה במפרקי האצבע.

עם זאת בבחינת המקרה הפרטני עולה התמונה של גבר צעיר, בתחילת שנות ה 20 לחייו, שנפצע בידו הדומיננטית עם מגבלה שארית, בגין מגבלה זו שוחרר מוקדם משירותו הצבאי ופוטור מעבודתו שהינה עבודה פיזית במהותה, כעת בלימודיו כסטודנט מתקשה להקליד.

אין ספק כי בשלב זה בחייו של אביב, כושר פרנסתו העיקרי מבוסס על יכולותיו הפיזיות, ופציעתו בידו הדומיננטית מגבילה מאוד את כושר פרנסתו, להערכתי נכותו הרפואית הנקבעת על פי ספר התקנות של הביטוח הלאומי מעריכה בחסר את נכותו התפקודית.

## המלצות

על פי תקנות הביטוח הלאומי (קביעת דרגת נכות לנפגעי עבודה), תשט"ז 1956, מעודכן לחשון תשע"ט, נובמבר 2018 אני מעריך את נכותו של מר אביב דהן על פי הסעיפים הבאים:

- 10% על פי סעיף (2)(ד) - הגבלת תנועה שארית באצבע 3 מימין בעקבות פגיעה במערכת המיישרת.
- 5% על פי סעיף (4) - קשיון נוח של אצבע 3.
- 10% על פי סעיף (1)(ב) - צלקת השונה בצבע מסביבתה, גדולה ומכוערת בפן החיצוני של כף היד.

בכבוד רב

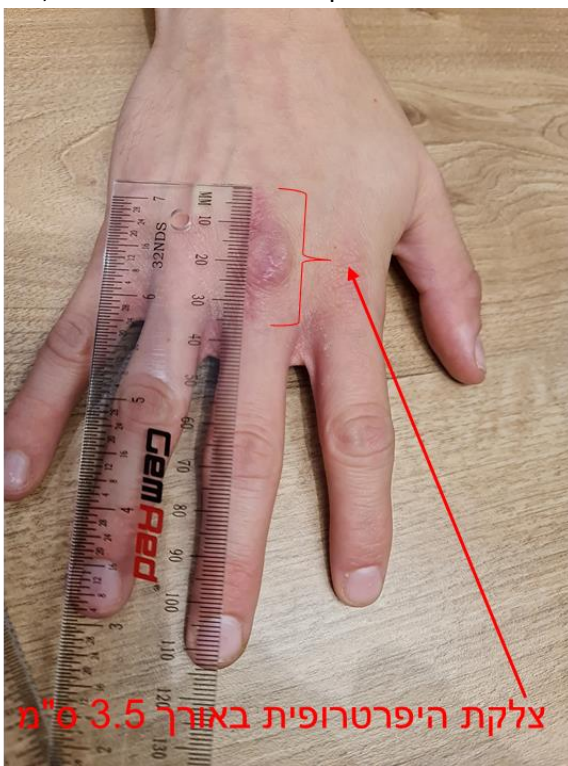
נספח א- מדידת זוויות על ידי מד זווית יעודי

נספח ב - הדמית סונוגרפיה על קולית

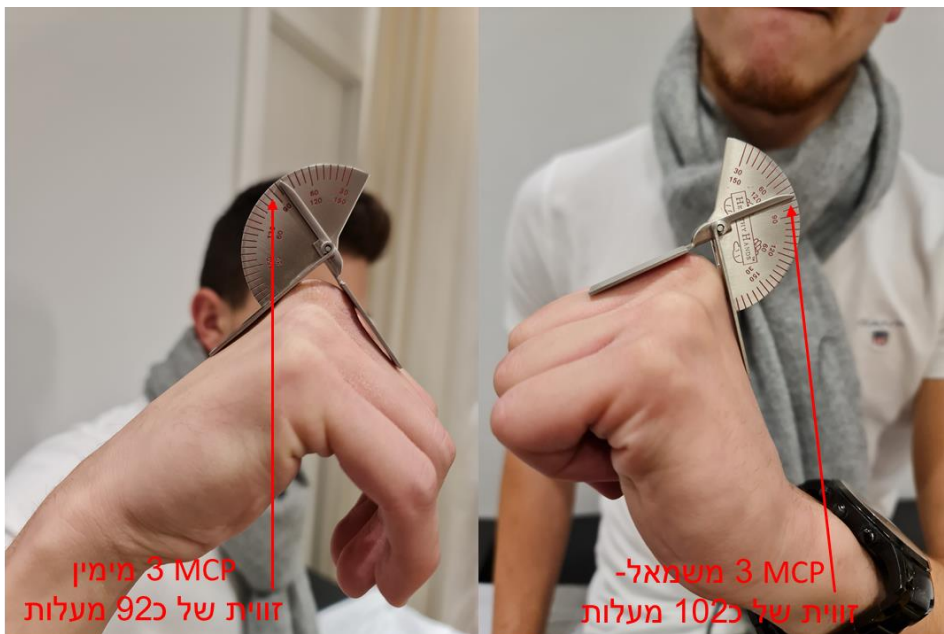
נספח ג - מקורות לסקירת הספרות

## נספח א

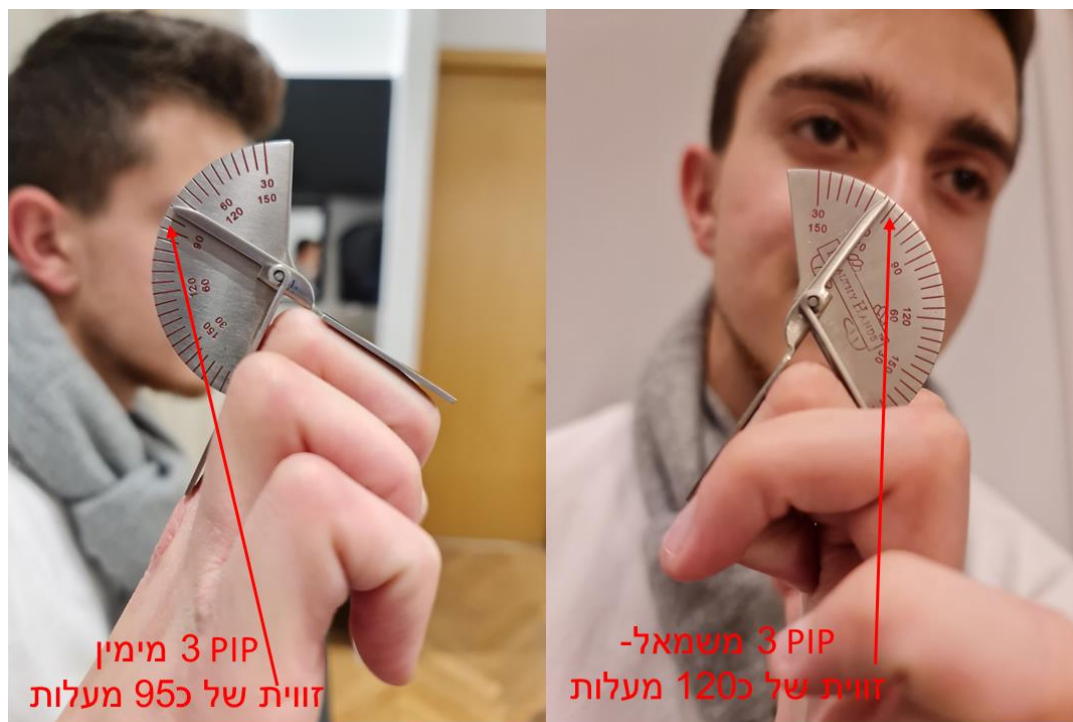
תמונה 1- הדגמת הצלקת הניתוחית ומדידת אורכה, ראש מסרק 3 מימין.



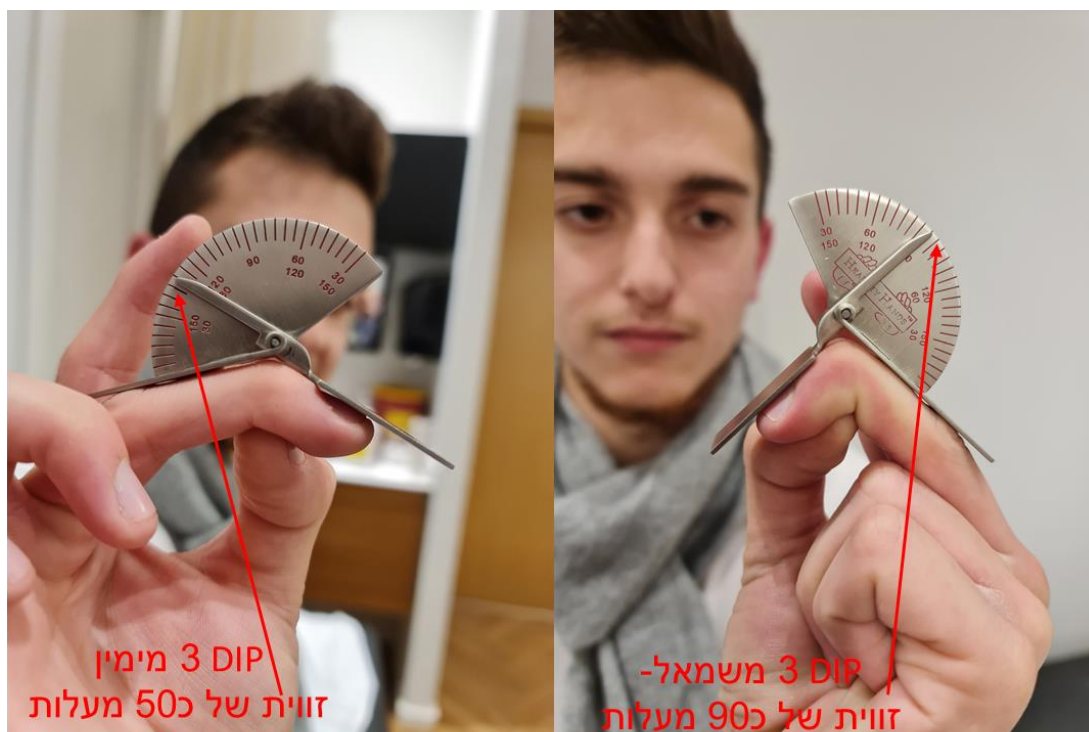
תמונה 2 – מדידת זוויות כיפוף אקטיביות במפרק MCP 3 מימין בהשוואה לשמאל



תמונה 3 – מדידת זוויות כיפוף אקטיביות במפרק 3 PIP מימין בהשוואה לשמאל

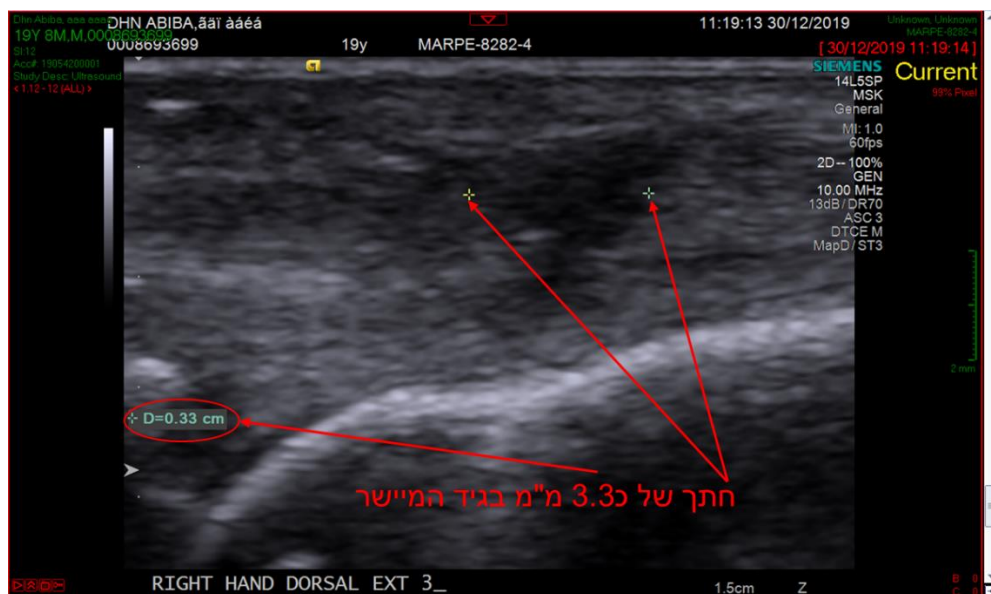


תמונה 4 – מדידת זוויות כיפוף אקטיביות במפרק 3 DIP מימין בהשוואה לשמאל



## נספח ב

תמונות מהדמיית התהודה המגנטית מתאריך 30.12.2019, טרם הניתוח המדגימות קרע בגיד המיישר וגוף זר במיטת הקרע



---

נספח ג - מקורות לסקירת הספרות