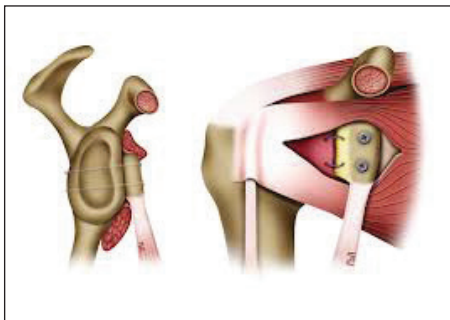


Ulatuslikumate luuliste kahjustuste (eriti abaluu pool-selt) korral, teostatakse enamasti **latarjet-tüüpi operatsioon**.



Joonis 3. Latarjet-tüüpi operatsiooni meetod

Latarjet-tüüpi operatsioon seisneb selles, et õlaliigese eesmistest nihestustest tekkinud abaluupoolse liiges-pinna luudefitsiidi koht täidetakse abaluu kaarnajätkest (*proc. coracoideus*'est) võetud luublokiga, mis viiakse koos temale kinnituv köõlusega läbi eesmise rotaatorman-seti (*subscapularis*) köõluse ja kinnitatakse abaluu liiges-pinna servale kahe kruviga. Seda tüüpi operatsiooniga saavutatakse kahte liigest stabiliseeriv efekt. Ühelt poolt täidetakse luu puuduv osa abaluu ees liigespinna, teiselt poolt tänu temale kinnituv köõluse läbiviimisele *subscapularis*'e köõlusest tekib nn lingu efekt: käe ülestõstmisel takistab tekkinud lisaling õlavarreluu pea ettenihkumist.

Õla eesmistest nihestustest võivad tekkida luukahjustused ja luudefekt (mõlk) õlavarreluu pea tagaosas. Seda nimetatakse *Hill-Sachs*'i vigastuseks ja sel puhul kasutatakse protseduuri, mida nimetatakse „*remplissage*”. Tavapärast on see üks õlaliigese ebastabiilsuse operatsiooni osa, eriti bankart-tüüpi operatsioonil.

Õlaliigese operatsioon teostatakse kas üldnarkoosis või lokaalanesteesias (tuimastatakse ainult käsi). Tavaliselt anesteesia meetodeid kombineeritakse. Sobivaim anesteesia meetod valitakse operatsioonipäeval patsiendi ja anestezioloogi koostöös.

TAASTUMINE

Operatsiooni järel fikseeritakse käsi slingile 3–4 nädalaks, olenevalt valitud operatsioonitehnikast. Operatsioonijärgne ravi seisneb alljärgnevas:

- ▶ külmakoti asetamine käele 3–4 päeva jooksul pärast operatsiooni, et leevendada valu ja alandada turset;
- ▶ valuvaigistavate ravimite tarbimine vastavalt arsti soovistele;
- ▶ harjutuste sooritamine vastavalt raviarsti ja füsioterapeudi juhistele.

Oluline on taastusravi füsioterapeudi juhendamisel operatsioonile järgneva kolme kuu jooksul. Füsioteraapia on reeglina individuaalne, oleneb vigastuse ulatusest, operatsiooni tehnikast ja keerukusest.

Estonia.eu
Positively surprising



Euroopa Liit
Euroopa
Regionaalarengu Fond



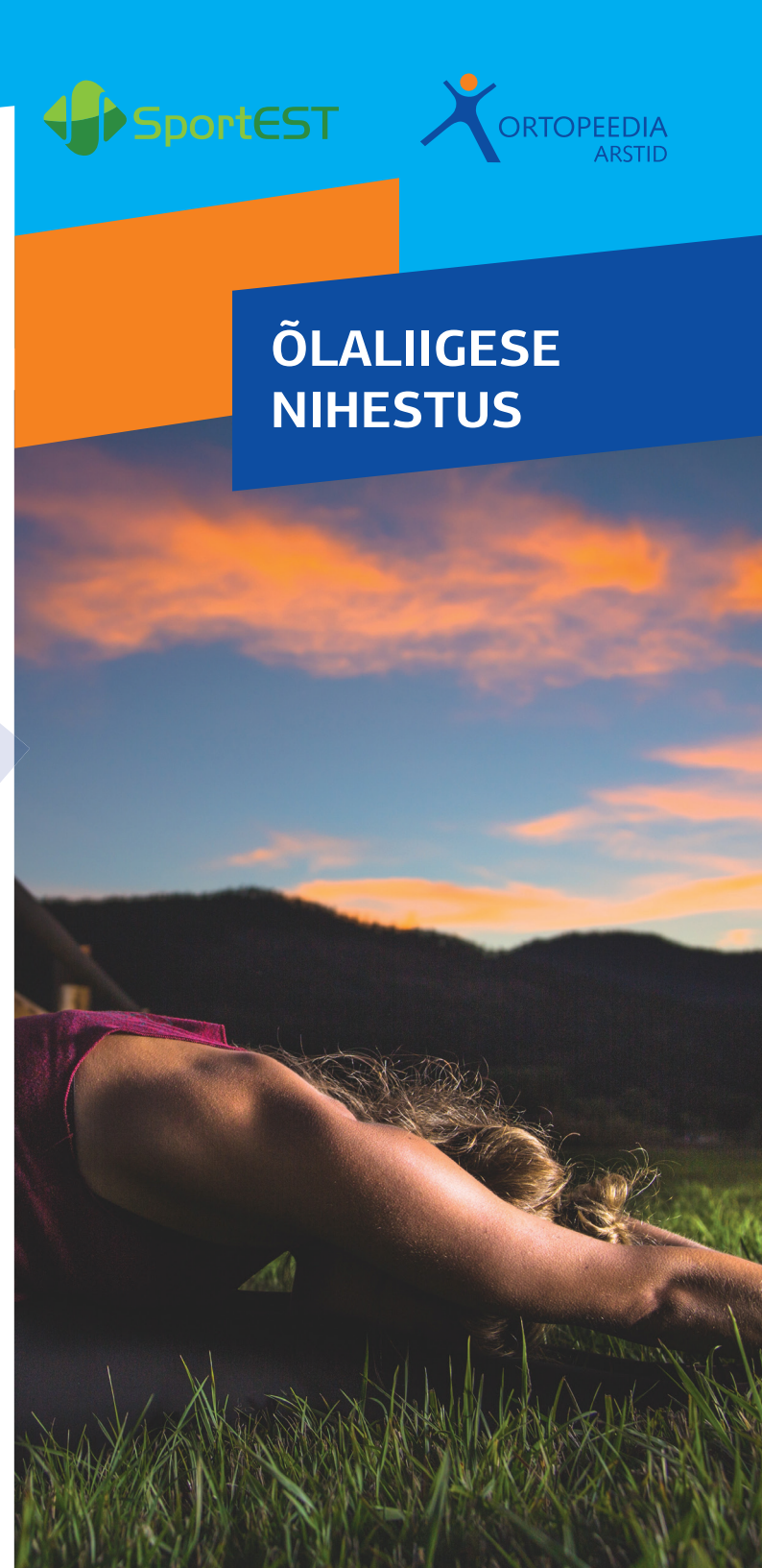
Eesti
tulevikku heaks

Ortopeedia Arstid AS on Liikumistervise innovatsiooni klaster SportEST partner ja valdkonna ekspert. SportEST klaster ühendab liikumisvaldkonna põhi- ja tugiteenuseid pakkuvaid asutusi. Rohkem infot klasterist ja tervislikust sportimisest leiata kodulehelt **www.sportest.ee**.

ORTOPEEDIA ARSTID AS

Paldiski mnt 68a, 10617 Tallinn, tel 606 7747, **www.ortopeediaarstid.ee**

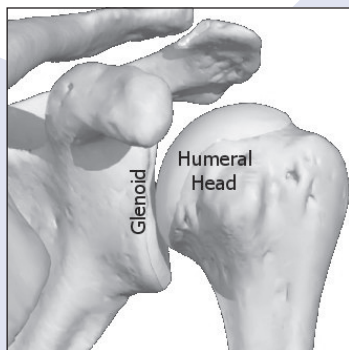
ÕLALIIGESE NIHESTUS



Ülajäsemed on kehatüvega ühendatud õlavarre ja abaluu vahel asuva liigesega ehk õlaliigesega. Liigest ümbritsevad liigesekapsel ja sidemed. **Õlaliigese nihestus** on inimesel enim esinev liigesnihestus, mis on tingitud õlaliigesel liigestuvate pindade eripärast (suur ümar õlavarreluu pea peab püsima paigal suhteliselt väikesel abaluu pinnal) ja liigese suurest liikuvusest.

ESINEMINE JA AVALDUMINE

Tavaliselt esineb õlaliigese nihestus ettesuunal. Esmakordse õlaliigese nihestuse põhjuseks on sageli trauma, kukkumine õlaliigesele või väänamine. Õlaliigese nihestuse korral on õlavarreluu pea õlaliigesest välja tulnud. See on üks raskemaid õlaliigese vigastusi, mille tõttu rebenevad liigest ümbritsev kapsel ja sidemed ning saavad kahjustada lihaskõõlused, veresooned ning närvid. Vigastusega kaasneb enamasti tugev valu. Korduvate nihestuste tekkimiseks piisab sageli juba käe ebasoodsast asendist.



Joonis 1. Õlaliigese nihestus

RAVI

Esmase nihestuse korral on **ravi** tavaliselt **konservatiivne**: õlaliiges paigaldatakse oma pesasse tagasi ja käsi fikseeritakse kolmeks nädalaks spetsiaalse sideme (slingi) abil keha külge. Fikseerimise järgselt on oluline õige **taastusravi** pädeva füsioterapeudi juhendamisel.

Vaatamata konservatiivsele ravile võivad liigesenihestused teatud juhtudel korduma hakata, seda sagedamini:

- ▶ kuni 25-aastastel noortel aktiivsetel inimestel;
- ▶ inimestel, kelle töö või muu tegevus on seotud käe korduva tõstmisega õla kõrgusele või üle selle (ujujad, võrkpallurid, ehitustöölised, müüjad jne);
- ▶ füüsilise tööga tegelevatel inimestel.

Olukorda, kui patsiendil tekib tunne, nagu tahaks õlg paigast ära minna, kuid nihkub siis ise paika tagasi, nimetatakse **subluksatsiooniks**. Sellisel juhul probleemid tavaliselt ajapikku süvenevad.

Korduvate nihestuste korral võivad tekkida ümbitsevate kõõluste, liigestuvate liigespindade ja ka luu kahjustused, mis soodustavad liigese nihestumist veelgi.

Esmaseks ja sageli kõige tõhusamaks ravimeetodiks on **füsioteraapia/taastusravi**, mis seisneb õlaliigest ümbritseva lihaskorseti tugevdamises. Probleemide püsimisel on näidustatud operatiivne (kirurgiline) ravi.

DIAGNOOSIMINE JA UURINGUD

Enamikul juhtudel saab patsiendi seisundit diagnoosida kliiniliste sümptomite põhjal arstliku läbivaatuse käigus, mil teostatakse vajalikud meditsiinilised testid.

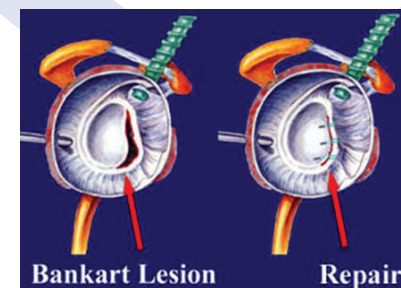
Tavapäraselt teostatakse **röntgenuuring** kahes suunas: otse ja aksiaalselt. Eriuringud määratakse reeglina raviarsti poolt ja need olenevad kaebustest ning probleemi kestusest.

OPERATIIVNE (KIRURGILINE) RAVI

Operatsiooni vajaduse ja sobiva meetodi otsustab opereeriv arst. Operatsiooni meetodi valik sõltub teostatud uuringute tulemustest ja kahjustuste ulatusest. Olulised otsustuskriteeriumid on ka patsiendi aktiivsus, vanus, sportimise ja töö eripära, kaasuvad haigused, liigese üliliikuvus ja patsiendi koostöövalmidus.

Operatsioon võib olla päevakirurgiline, kuid vajadusel jäetakse patsient üheks ööks haiglasse jälgimisele.

Kui tegemist on valdavalt pehmete kudede kahjustusega, teostatakse artroskoopiline **bankarti operatsioon**.



Joonis 2. Bankarti artroskoopiline operatsiooni meetod

Bankarti operatsioon seisneb õlaliigese ettenihkumisel tekkinud eesmise liigeskapsli lahti rebenenud osa fikseerimises tema endisesse kinnituskohta. Fikseerimine toimub spetsiaalsete ankrute abil. Operatsiooni eesmärgiks on taastada liigese algne anatoomia ja struktuur.