

Kasutusel on ka doonortransplantaadid, kuid nende kasutamise võimaluse ja vajaduse täpsustab opereeriv arst patsiendiga.

OPERATIIVSE RAVIGA SEOTUD RISKID

Lisaks üldistele riskidele nagu veriliiges ja infektsioon võivad ERS plastika operatsioonidel esineda:

- ▶ operatsioonijärgne liikuvuse piiratus;
- ▶ transplantaadi ülevenitus ja sellest tingitud uue ebastabiilsuse teke.

Tüsistuste ärahoidmiseks on oluline järgida operatsiooni-järgseid ortopeedi ja füsioterapeudi soovitusi.

TAASTUMINE

Haiglas viibimise aeg on erinev ja kestab tavaliselt 1–3 päeva. Operatsioonijärgne ravi seisneb alljärgnevas:

- ▶ Külmakoti asetamine opereeritud piirkonnale päevas regulaarselt 6–8 korda esimese 5–7 päeva jooksul.
- ▶ Jala kõrgemal hoidmine turse tekkimise vältimiseks esimese 7 päeva jooksul pärast operatsiooni. Mida vähem on turset, seda väiksem on valu!
- ▶ Valu- ja põletikuvastase ravi määrab raviarst.
- ▶ Õmbluste eemaldamine toimub reeglina 10–14 päeva pärast operatsiooni.

Haava piirkonda võib pesta jooksva vee all kolm päeva pärast operatsiooni. Pärast pesemist tuleb haav desinfitseerida ja katta plaastritega.

Oluline on kasutada liikumise abivahendina karke ja osalise koormusega jalale toetumine on soovitatav alles 2–3 nädala jooksul pärast operatsiooni, kui patsient tunneb end käies kindlalt.

Patsiendi töövõime taastub istuva töö korral 2–3 nädala jooksul, seisva ja füüsilise töö korral 2–4 kuu jooksul. Täielik taastumine võtab üldjuhul aega 6–8 kuud, eeldades lihasjõu, koordinatsiooni ja spordispetsiifilise osa täielikku taastumist.

Oluline on pidev taastusravi füsioterapeudi juhendamisel operatsioonile järgneva 4 kuu jooksul.

OPERATSIOONI TULEMUSED

ERS plastika mõte on taastada põlveliigese stabiilsus ja koos sellega ka patsiendi tagasipöördumine endisele aktiivsuse tasemele. Reeglina saavutab endise aktiivsuse taseme 90% igapäevatöö ja tervisespordiga ja 80% kontaktspordialadega tegelevatest inimestest.

Pikemaajalisemad tulemused (5–10 aasta lõikes) olenevad liigese kahjustuste suurusest, kaasuvate vigastuste ulatusest, aga ka inimese sportlikust aktiivsusest.

Estonia.eu
Positively surprising



Euroopa Liit
Euroopa
Regionaalarengu Fond



Eesti
tulevikule

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.eu.

ORTOPEEDIA ARSTID AS

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



EESMISE RISTATISIDEME REBEND (ERS)



Põlveliigeses on kaks ristatisidet: eesmine ja tagumine. Mõlemad sidemed on põlveliigese keskel üksteise suhtes risti ning kinnituvad reie- ja sääreluule.

Eesmine ristatiside (edaspidi ERS) kulgeb põlveliigeses sääreluu eesmisest osast reieluu tagumisse ossa põlve keskosas ja vastutab põlveliigese eesmise stabiilsuse eest – et liigese alumine osa ei nihkuks ette.

ESINEMINE JA AVALDUMINE

ERS vigastus tekib väänamise, sääre ettenihkumise või ülesirutusmehhanismi tõttu. Enim esineb vigastust kontaktspordialadega (jalgpall, mäesuusatamine) tegelevatel inimestel. Paljudel juhtudel pole põhjuseks otsene kontakt (löök vm trauma), vaid kontrollimatu põlveliigese väänamine.

Reeglina rebeneb side ise, kuid lastel, noorukitel ja vanaemaalistel võib esineda **ERS rebenemist sääreluult koos luutükiga**.

ERS-ga võivad **kaasuda** erinevate põlveliigesesiseste (meniskid, kõhred) ja liigeseväliste sidemete vigastused, aga ka luumurrud.

SÜMPTOMID JA DIAGNOOSIMINE

Värske vigastuse korral esineb reeglina veriliiges (turse tekkimine liigesesse kogunenud vere tõttu) ja ebastabiilsuse tunne (jalg läheb põlveliigest välja).

Vigastuse väljaselgitamiseks:

- ▶ hinnatakse vigastuse mehhanismi ja vigastusjärgset kulgu (korduv liigese „välja käimine“);

- ▶ arst teostab ebastabiilsuse testid (hinnatakse vigastatud põlve stabiilsust võrreldes terve põlvega).

Röntgenuuring teostatakse selleks, et hinnata ERS rebenemist koos luutükiga. **MRT** (magnetresonantstomograaf) uuring on soovitatav, et hinnata kaasuvate vigastuste olemasolu.

RAVI

ERS rebendi esmane ravi on üldjuhul **konservatiivne** (taastusravi, spetsiifilised harjutused füsioterapeudi ettekirjutusel). Korduvate ebastabiilsuse juhtude korral ning kaasuvate vigastuste olemasolul on näidustatud operatiivne ravi.

OPERATIIVNE RAVI

Igat ERS vigastusega patsienti opereerima ei pea!

Operatiivse (kirurgilise) ravi vajaduse hindamiseks jaotatakse vigastatud patsiendid vastavalt aktiivsusele kolme gruppi:

- ▶ tiptasemel kontaktspordiala sportlased, kelle sportlikku aktiivsust vigastus suure tõenäosusega segab, opereeritakse vigastuse varajases staadiumis;
- ▶ füüsiliselt aktiivsed inimesed, kelle sportlikul aktiivsusel, vaatamata taastusravile ja erisidemete kasutamisele, esinevad ebastabiilsuse nähud, soovatakse operatsiooni ebastabiilsuse episoodi kordumisel ja kaasuvate vigastuste esinemisel;
- ▶ inimesed, kellel esinevad tavaelus või tööl ebastabiilsuse hetked, mis omakorda piiravad tavapärase füüsilist tegevust.

Püsival ebastabiilsuse nähtude esinemisel on suur oht vigastada meniskeid ja kõhrepindasid, mis viib liigese pöördumatute muutuste tekkimise ehk **artroosini**.

Ägedas faasis ERS-i reeglina ei opereerita, kuna see võib osaliselt ise tagasi fikseeruda ja tagada põlve vajaliku stabiilsuse. Operatsioon teostatakse ägedate juhtude korral vajadusel kahe nädala jooksul pärast vigastuse tekkimist, kui esmane turse on taandunud. Muudel juhtudel teostatakse operatsioon 2–3 kuud pärast taastusravi lõpetamist ebastabiilsuse nähtude püsimisel.

OPERATIIVSE (KIRURGILISE) RAVI KULG

Kuna rebenenud sidet tagasi õmmelda ei õnnestu (v.a. kui on tegemist luutükiga vigastusega), teostatakse **kõõluse plastika**, milleks kasutatakse reeglina patsiendi enda kõõluseid (autotransplantaat):

1. Reie tagaosast eemaldatakse *semitendinosus* ja *gracilis* kõõlus, millest valmistatakse neljakordne kõõlus. Selleks teostatakse ca 3 cm lisaõige sääre ülaosa siseküljel kõõluste kinnituskohas, kus kõõlused prepareeritakse eriinstrumentidega ja valmistatakse uus kõõlus.
2. Põlvekedra kõõluses keskosast koos luuplokkidega põlvekedra ja sääre kinnitukohtadest – nahalõiked tehakse reeglina põlvekedra ja sääreluu luuplokkide piirkonnas.

Sääre- ja reieluusse puuritakse ERS anatoomilistesse kinnitukohtadesse luukanalid, viiakse artroskoopiliselt uus transplantaat liigesesse ja kinnitatakse raviautuses kasutusel olevate kinnitusvahenditega (kruvid, spetsiaalsed ankrud). Kaasuvaid meniski- ja kõhre vigastusi ravitakse sama operatsiooni käigus.