- luu kärbumine ehk avaskulaarne nekroos, mis tekib sageli siis, kui murd on pigem luu kehapoolsemas osas;
- operatiivse ravi järel võivad jääda 20% juhtudest ebamäärased valud liigesesisese kõhrekahjustuse tõttu, mis aastakümnete möödumisel areneb osteoartriidiks;
- randmeliigese jäikus: paraneb taastusravi käigus; võib jääda mõningane liikuvuse piiratus, mis ei takista randme normaalset funktsiooni;
- infektsioon: esineb väga harva;
- väärasendis luumurru paranemine (esineb harva);
- ebaliiges, mis tekib kipsravi korral 5–15% juhtudest, operatiivse ravi korral alla 5% juhtudest.

Ebaliigeseks nimetatakse seisundit, kus lodiluumurd ei parane **6 kuu jooksul**. Enamikul juhtudel ei põhjusta ebaliigese olemasolu kaebusi, kuna luufragmentide vahele tekib nn sidekoeline ühendus. Korduvate traumade ja raske füüsilise töö tõttu sümptomid (turse, valu, jäikus) aeg-ajalt ägenevad, kuid need taanduvad, kui anda vigastatud piirkonnale puhkust ja rahu.

Kui kõhrekahjustusi pole veel tekkinud, taastatakse ebaliigese korral lodiluu terviklikkus üldiselt kirurgilistelt, kasutades luuplastikat ja erinevaid fiksaatoreid. Operatsioon tehakse lahtisel või artroskoopilisel meetodil, viimasel juhul on taastumine kiirem.

Kui ebaliigest ei ravita 10–15 aasta jooksul, areneb **randmeliigese osteoartiit** (*scpahoid nonunion advance collaps — SNAC*). See seisund vajab tavaliselt kirurgilist ravi, millega randmeliigese terviklikkust ei saa enam taastada, kuid tulemuseks on valuvabalt funktsioneeriv, aga vähenenud liikumisulatusega liiges.

TAASTUMINE

Lodiluumurdude korral on kalduvus tüsistustele piirkonna halva verevarustuse, ravi hilinenud alguse ja seisundi diagnoosimata jätmise tõttu. Õigeaegse konservatiivse ravi korral paraneb lodiluumurd 85–90% juhtudest.

Kui konservatiivse raviga (lahase paigaldamine) alustatakse 4 nädalat või hiljem pärast murru tekkimist, on täieliku paranemise tõenäosus 25%. Pikaajalisele kipsravile järgneb tavaliselt ka mitme nädala pikkune liigese liikuvuse taastamise periood.

Täieliku taastumiseni kulub enamasti 3–6 kuud (olenevalt murrust, patsiendi tegevusest (suitsetamine jm), vanusest, kaasuvatest haigustest). Tööle naasmise aeg sõltub käelise tegevuse iseloomust — mida raskema iseloomuga töö, seda pikem töövõimetusperiood. Kirurgilise ravi puhul on taastumine kiirem, kuna randme liikuvus taastub rutem.

Ortopeedia Arstid AS on 2005. aastal asutatud erahaigla, mis osutab kõrgetasemelist ambulatoorset ja kirurgilist ravi ortopeedia valdkonnas. Pakume teenuseid nii Eesti Haigekassas kindlustatud isikutele kui ka patsientidele, kes tasuvad oma ravi eest ise või kellel on eraravikindlustus.

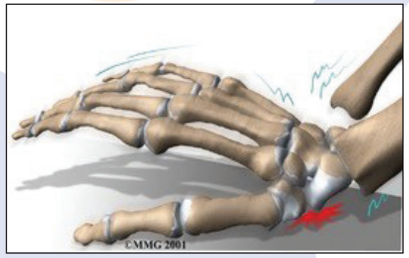
ORTOPEEDIA ARSTID AS
Paldiski mnt 68a, 10617 Tallinn, tel 606 7747, **www.ortopeediaarstid.ee**

ORTOPEEDIA ARSTID

LODILUUMURD JA EBALIIGES

Lodiluu (*os scaphoideum*) on üks kaheksast randmeluust, mis ühendab omavahel kahte randmeluude rida ja on neist kõige liikuvam (vt joonis 1), mistõttu on selle luu vigastuse ehk murru tekkimise tõenäosus suur. Lodiluumurd tekib kukkumisel ettesirutatud käele või löögi tagajärjel randme piirkonda (vt joonis 2). Sageli jääb murd ravita väheste sümptomite tõttu, mistõttu areneb aastate jooksul välja **ebaliiges** ja veel hiljem **osteoartriit** (randmeliigese traumajärgne kulumine).

Joonis 1. Lodiluu asukoht randmel



Joonis 2. Lodiluumurru teke kukkumisel

ESINEMINE JA AVALDUMINE

Randmeluu vigastustest on lodiluumurd kõige sagedasem (70% randmeluu vigastustest). USAs diagnoositakse u 1110 juhtu 1 miljoni elaniku kohta aastas, Eestis diagnoositi 2005. aastal 400 juhtu. Enim esineb lodiluuvigastust 15–30-aastastel meestel.

PÕHJUSED

Lodiluumurru levinumad põhjused on kukkumine ettesirutatud käele, otsene löök vastu peopesa, kontaktspordialadega (poks vms) tegelemisel saadud vigastused.

KAEBUSED JA SÜMPTOMID

Kõnealuse haigusseisundiga seotud kaebused on tihtipeale tagasihoidlikud: valu, kerge turse randme pöidlapoolses osas, valulikkus randmele toetumisel, valu liigutamisel.

Sümptomid taanduvad enamasti 1–2 nädala jooksul. Patsient peab vigastust sageli lihtsalt venituseks või nikastuseks.

Joonis 3. Valu avaldumise piirkonnad lodiluuvigastuse korral

DIAGNOOSIMINE JA UURINGUD

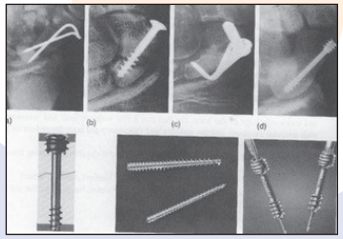
Tavaline **röntgeniülesvõte** ei pruugi kohe murdu näidata, sellisel juhul on abi **eriülesvõtetest**. Nihkumiseta luumurd muutub röntgenipiltidel nähtavaks 1–2 nädala jooksul pärast vigastuse tekkimist, kui surnud luurakud murru piirkonnas on eemaldunud. Seega juhul, kui patsiendi vaevused ei ole 1–2 nädala jooksul pärast vigastuse tekkimist taandunud, on soovitatav pöörduda arsti poole kordusvastuvõtule. Juhul, kui ka korduva röntgenuuringu käigus ei tuvastata murdu, kuid püsib luumurru kahtlus, on näidustatud **kompuutertomograafiline (KT) uuring.**

RAVI

Nihkumiseta murru ravi seisneb valdavalt pikaajalise lahase paigaldamises (8–12 nädalat), kuni luumurd paraneb.

Joonis 4. Lahase paigaldamine randmele

Operatiivne ravi on näidustatud **nihkumisega murdude** ja hilinenud diagnoosi korral, kuna sel juhul on paranemise prognoos halvem. Operatsiooni käigus fikseeritakse murd tavaliselt kruviga, harvem varrastega väikese haava kaudu röntgeni kontrolli all.



Joonis 5. Lodiluu fikseerimine kruvidega

Operatsiooni on võimalik teha ka **artroskoopilisel meetodil**.

Samuti on kirurgiline ravi näidustatud lihtsamate nihkumiseta murdude korral — sellisel juhul paigaldatakse lahas randmele vaid 1–2 nädalaks. Viimane on soovitatav eeskätt nooremaealistele patsientidele, kes peavad kiiremini naasma oma igapäevase tegevuse juurde (käelist tegevust nõudev erialatöö, sportlased jm).

VÕIMALIKUD RISKID JA TÜSISTUSED

Lodiluumurru (operatiivse) ravi järgsed võimalikud tüsistused on järgmised: