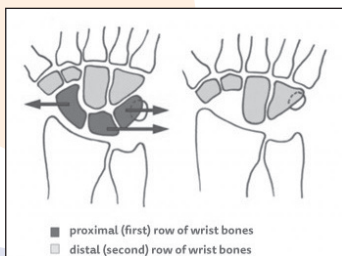


RANDMEPIIRKONNA SIDEMEVIGASTUSED

Krooniliste seisundite ravis kasutatakse samuti ajutist lahastamist, tegevuse režiimi muutmist (nt koormuse vähendamine või teatud tegevuste ärajätmine), põletikuvastaseid valuvaigisteid, lokaalset salv- ja elektriravi põletikulise reaktsiooni raviks. Abi võib olla ka **hormoonsüstidest** (nt Kenalog), aga ka oma **vereplasma (PRP) süstidest**. **Füsioteraapiast** on kasu liigesejäikuse vähendamisel ja ka küünarvarrelihaste tugevdamisel.

Krooniliste seisundite korral on näidustatud ka kirurgiline ravi, juhul kui konservatiivne ravi ei anna soovitud tulemust. **Operatiivse ravi meetodid** sõltuvad vigastuse ulatusest, aga ka kaasuvate kõhrekahjustuste olemasolust. Teatud meetoditega (nt sideme plastiline operatsioon) on võimalik taastada liigese terviklikkus, kõhrevigastuste korral aga tehakse operatsioon, mis võimaldab taastada piisavalt liikuva valuvaba liigese (luude liitmine või eemaldamine jm).



Joonis 4. Luude eemaldamine operatsiooni käigus

Kui eeltoodu ei ole võimalik, saab ka liigese jäigastada või valuteed läbistada (neurotoomia).

VÕIMALIKUD RISKID JA TÛSISTUSED

Konservatiivse ravi võimalikud tÛsistused on vigastuse sÛvenemine, liigese jäikus ja valulikkus.

Pärast operatiivset ravi võib mõningatel juhtudel esineda järgmisi seisundeid:

- ▶ haavapiirkonna tundlikkus ja valulikkus (u 20% haigetest): seisund paraneb kuudega;

- ▶ käe pigistustugevuse vähenemine: taastub 0,5–1 aastaga;
- ▶ sõrmede ja randme kangus;
- ▶ operatsiooniarmi ümbruse tuimus (ei tekita funktsionaalseid probleeme);
- ▶ infektsioon (tõenäosus u 1%): paraneb antibakteriaalse ravi tulemusena.

Raske, kuid harva esinev tÛsistus on **krooniline reflektorne valusündroom (CPRS)**, mis on pikaajalist valu, turset ja jäikust tekitav neurovaskulaarse ebalooleliku reaktsiooni tagajärg. Ettenägematute asjaolude tõttu võivad sÛmptomid ka halveneda, seda küll harva.

TAASTUMINE

Konservatiivse ravi rakendamisel on taastumise periood randme sidemete ägedate vigastuste korral u 6 nädalat — mida raskem käeline füüsiline töö või tegevus, seda pikem on tööle naasmise aeg. Arvestama peab 2–4 kuu pikkuse tööst eemalolekuga ja käelisest sportlikust tegevusest loobumisega isegi kuni kuueks kuuks. Kindlasti tuleb taastumise alguses kasutada randme tugivahendeid (ortoose).

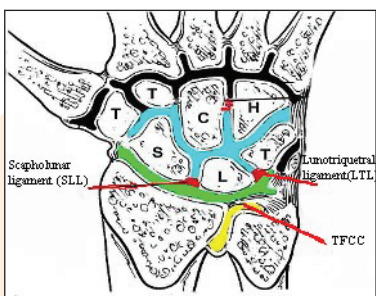
TFCC sideme vigastuse taastav kirurgia annab üldiselt häid tulemusi — vajalik on u 6 nädala pikkune fiksatsiooni aeg ja veel 6–9 nädalat taastumiseks. Artroskoopilise operatsiooni korral on taastumine kiirem. SLL-i ja LTL-i stabiliseerivate lõikuste tulemus sõltub kaasuvate vigastuste olemasolust, kuid üldjuhul jäävad patsiendid tulemusega rahule. Siingi on taastumine pikaajaline — ranne fikseeritakse u 8 nädalaks, sama pikk aeg kulub ka randme liikuvuse taastamiseks. Arvestama peab kuni 4 kuu pikkuse tööst eemalolekuga ja sportlikust tegevusest loobumisega isegi kuni kuueks kuuks.

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

Randmeliiges on üks inimkeha keerulisemaid liigeseid, koosnedes kaheksast randmeluust, mis liigestuvad teineteisega ja kahe küünarluuga. Liigeseid stabiliseerivad mitmed sidemed — mõned neist asetsevad luude vahel, teised katavad liigeseid pealtpoolt, moodustades liigesekapsli. Olulisemad sidemed, mis hoiavad koos randmeluid, paiknevad lodiluu ja kuuluu vahel (*scapholunar*'i side — SLL) ning kuuluu ja kolmkantluu vahel (*lunotriquetral*'i side — LTL). Eraldi liiges asub randmes kahe küünarluu vahel, mida toetavad kõhreketas, sidemed ja kõõlused. Sellist struktuuri nimetatakse **triangulaarseks fibrooskõhreliseks kompleksiks** (TFCC).



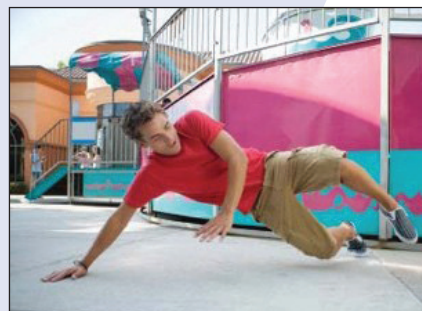
Joonis 1. Randmeliigese ehitus

ESINEMINE JA AVALDUMINE

Randmeliigese vigastusi esineb nii noortel kui ka keskealistel aktiivsetel meestel ja naistel. Eriti ohustatud on inimesed, kelle sidekoe elastsus on suurenenud (sagedamini naised) ja kellel isegi väiksemad traumad võivad põhjustada randme sidemete vigastusi. Riskirühma kuuluvad ka kontaktspordialade ja reketimängude harrastajad (tennisistid, golfimängijad, võrk- ja korvpallurid, võimlejad, poksijad), samuti raske füüsilise tööga tegelevad inimesed.

PÕHJUSED

Randme piirkonna liigesevigastuste tekkepõhjuseks on kas äge trauma või korduvad mikrotraumad ja ülekoormus. Tüüpiline näide on kukkumine käele või järsk käe pööramine randmest maksimaalses sirutus- või painutusasendis (vt joonis 2).



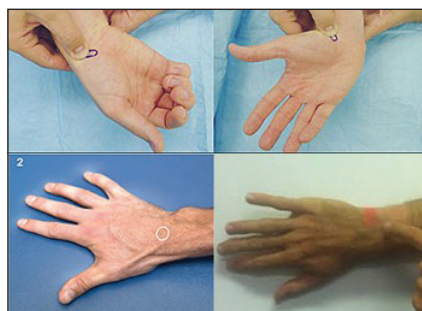
Joonis 2. Randmeliigese vigastuse teke kukkumisel

Ülekoormuse või korduvate liigutuste korral arenevad sidekoe mikrotraumadest aja möödudes sidemete rebendid. Esineda võivad degeneratiivsed vigastused põletikuliste haiguste aga ka kaasasündinud luulise anomaalia tõttu.

KAEBUSED JA SÜMPTOMID

Levinuim kaebus randme sidemete vigastuse korral on randme piirkonna valu ja turse. Esineda võivad ka plõksumine randme liigutamisel, nõrkus käelise tegevuse ajal (isegi kirjutamisel), käele toetamine võib olla valulik.

TFCC vigastuste puhul avaldub valu randme väikese sõrme poolses osas, SLL-i vigastuse korral keskel ja pöidla pool, LTL-i korral keskel ja väikese sõrme pool.



Joonis 3. Valu avaldumise piirkonnad randme sidemete vigastuste korral

DIAGNOOSIMINE JA UURINGUD

Randme piirkonna sidemevigastusi saab diagnoosida arstliku läbivaatuse ajal meditsiiniliste testide teel, aga ka **röntgenuuringu** abil.

Vigastuse ulatus võib olla väga erinev, mille tõttu erinevad ka uuringute tulemused. Kerge vigastuse korral (valu esineb vaid teatud liigutustel) võib tavapärane röntgeniülesvõte anomaaliaid mitte näidata — sellisel juhul võib **kontrastainega magnetresonantsstomograafia (MRT)** või **artroskoopiline uuring** olla täpsem diagnoosimise meetod.

Kui tavapärasel röntgeniülesvõttel ilmneb luuline kõrvalekalle, on üldjuhul tegemist täieliku rebendiga ehk **staatilise ebastabiilsusega**. Kui nimetatud leiuga kaasuvad liigese kulumise nähud (osteoartriit), on tegemist kroonilise degeneraalse vigastusega.

KONSERVATIIVNE JA OPERATIIVNE RAVI

Konservatiivse ravi meetoditest rakendatakse ägedate osalist vigastuste korral liigese lahastamist 4–6 nädalaks, millele lisanduvad valu vaigistavad ravimid ja vigastatud piirkonnale rahu andmine. Vaevuste püsimisel tuleb kaaluda operatiivset ravi — eelistatud meetod on sideme artroskoopiline taastamine.

Ägedate täielike rebendite korral on operatiivse ravi alternatiivseks meetodiks lahtine (tavapärane) operatsioon.

Sageli ei pöördu haige arsti poole, kuna seisund ei sega igapäevast tegevust ja töötamist. Kui vigastatud piirkonda ei ravita, võivad aja jooksul osadel haigetel sümptomid kaduda, eriti kui käelist tegevust ja koormust muudetakse. Sel juhul võib esineda randme jäikust ja aeg-ajalt ägenevat valulikkust koormuse korral ning aja jooksul areneda **krooniline vigastus**. Samas on võimalik ka sümptomite täielik kadumine u 1–1,5 aasta vältel (nt kui koormust ja tegevust muudetakse).