

- ▶ **Ravivõimlemine/füsioteraapia** – operatiivse ravi kõrval efektiivsem võimalus kaebuste taandumiseks ja nende hilisema taastumise vältimiseks.
- ▶ **Hormoonsüstid/raviblokaadid** – teatud juhtudel on õlaliigese probleemsesse piirkonda soovitatav teha glükokortikoidi (*Kenalog, Depo-Medrol* jne) süste, mis pärsvad põletikku ning vähendavad lühiajaliselt sümptomeid, võimaldades patsiendil tegeleda ravivõimlemisega.
- ▶ **Erinevad aparatuursed füsioteraapia protseduurid** (ultraheli, magnet- ja laserravi) ja lisavõimalused (teipimine, vereplasma süstid jm) – võivad mõjutada haiguse kulgu, kuid toime efektiivsus ei ole kliiniliselt tõestatud.

OPERATIIVNE RAVI

Operatiivne (kirurgiline) ravi on eeskätt vajalik juhul, kui noorema- või keskealisel patsiendil esineb traumaatiline kõõlusrebend - eriti kui sellega kaasneb oluline funktsioonihäire -, aga ka siis, kui mitmekuuline (3–6 kuud) ravivõimlemine/füsioteraapia ei ole andnud oodatud tulemusi. Operatiivne ravi on tavaliselt artroskoopiline ja sõltub haiguse põhjusest.

Kasutatavad operatiivse ravi võimalused on:

- ▶ **Kõõluse fikseerimine artroskoopilisel meetodil** – võimaluse korral teostatakse kõõluse täielik fiksatsioon. Juhul kui kõõluse täielik taastamine ei ole võimalik, teostatakse selle osaline taastamine.
- ▶ **Teiste õla piirkonna kõõluste transpositsioon** ehk ümbertõstmine.
- ▶ **Muude liigesesiseste luuliste osade resektsioon** ehk eemaldamine – rangluu-abaluu vahelise liigese resektsioon, akroomioni resektsioon.
- ▶ **Katkiste liigesstruktuuride operatsioon** – biitseps pika pea kõõluse tenotomia (läbilõikamine), tenodees (stabiliseeriv fikseerimine).

- ▶ **Õlaliigese proteesimine** – vanematel inimestel võib anda parema ja kiirema tulemuse kui kõõluste operatsioonid.

TAASTUMINE

Operatsioonijärgne taastumise periood on pikk (kuni kuus kuud), olenevalt kahjustuste suurusest ja patsiendi iseseisvast tööst. Väga oluline on õige ravivõimlemine. Täpsema taastusravi määrab füsioterapeut või taastusravispetsialist vastavalt ortopeedi ettekirjutustele, vigastusele ja teostatud operatsioonile.

Sõltuvalt kõõluse operatsioonieelsest seisundist, operatsioonist ja patsiendi lõikusjärgsest tegevusest, esineb 20–50%-l opereeritud patsientidest uusi rebendeid.

Pärast operatsiooni ei tohiks opereeritud kõõluseid 4–6 nädalat üldse koormata (**kätt ei tohi õlast aktiivselt liigutada!**). Teha tohib vaid passiivseid harjutusi. Kätt tuleks sel perioodil toetada tugistoosiga. Ajapikku koormust küll tõstetakse, kuid reeglina **ei tohi** õlale anda füüsilist koormust kuni kolm kuud pärast operatsiooni. Kui õlaliigese liikuvus, jõudlus ja stabiilsus on taastunud, võib töö/spordiga jätkata, kuid täiskõormusel alles kuus kuud pärast kõõluseid taastavat operatsiooni.

Estonia.eu
Positively surprising



Euroopa Liit
Euroopa
Regionaalarengu Fond



Eesti
tuleviku heaks

Ortopeedia Arstid AS on Liikumistervise innovatsiooni klasteri 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

ROTAATORMANSETI REBENDID JA TENDINOPAATIAD



Rotaatormansett ehk pöörajahaste kõõluskätis koosneb neljast abaluule kinnituvast lihasest ja kõõlustest, mis katavad õlavarreluu pead. Rotaatormanseti lihased ja kõõlused võimaldavad teostada liigutusi õlaliigesest. Rotaatorlihased töötavad omavahel koordineeritult, stabiliseerides ja liigutades õlavarreluu pead. Harjaüline lihas (*m. supraspinatus*) on vajalik käe tõstmiseks, harjaalune lihas (*m. infraspinatus*) ja väike ümarlihas (*m. teres minor*) käe väljapoole pööramiseks, abaluualune lihas (*m. subscapularis*) käe sissepoole pööramiseks. Korduv ülekoormus põhjustab kõõlustes degeneratiivseid ehk „väsimusmuutusi“ ja rebendeid.

ESINEMINE JA AVALDUMINE

Rotaatormanseti rebend on keskealistel ja vanematel inimestel üheks enam levinud õlavalu põhjuseks. Kõõlust läbivaid rebendeid esineb 20%-l 50ndates ja ligi pooltel 80ndates eluaastates inimestel. Enamikul väsimusrebenditega inimestel kaebusi ei esine, mistõttu nad ei ole alati ka rebendite olemasolust teadlikud.

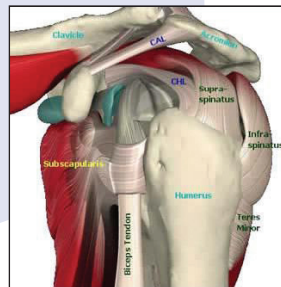
Kõõluste **tendinoos** (kõõlusstruktuuri „väsimusmuutused“ ja kulumine) tekib korduval käe tõstmisel õlajoonest kõrgemale. Selle seisundi väljakujunemist soodustavad tegevused, mis eeldavad käe jõulist kasutamist ülestõstetud asendis (ujumine, võrkpall, ehitustööd jne). Tulemusena tekivad **tendinopaatiad** (verevarustuse häired kõõluste kinnituskohal õlavarreluul ja kõõluse struktuuri muutused), lõppstaadiumis kõõluste rebendid ja erinevad luulised muutused õlaliigeses.

PÕHJUSED

Kõõluse rebendid liigitatakse järgmiselt:

- ▶ **Nn „väsimusrebendid“** – tekivad enamasti krooniliste tendinopaatiate tagajärjel ning ei eelda otsest traumaat (käed-üle-pea asendid, ülekoormus õlale jne).
- ▶ **Traumaatilised rebendid** – tekivad traumade tagajärjel. Enamasti on põhjuseks kukkumine, otsene löök

õla piirkonda või järsk jõuline tõmme. Traumaatilise rebendi tekkimise eelduseks on enamasti teatav kõõluse degeneratsioon ning juba varasemalt tekkinud rebendid, mis pole senini sümptomeid tekitanud.



Joonis 1. Rotaatormanseti lihased

KAEBUSED JA SÜMPTOMID

- ▶ Valu käe tõstmisel või jõulisel tegevusel (esineb enamasti õla ülemises ja välises osas, kuid võib kiirguda ka õlavarde); valu tugevus ei vasta alati rebendi ulatusele.
- ▶ Jõu puudumine käe tõstmisel.
- ▶ Õlaliigese liikuvus võib olla piiratud ja valulik, võivad esineda „krõbinad“ ehk krepitatsioonid.
- ▶ Sagedasemaks kaebuseks on öine valu, eriti õlal magades.

DIAGNOOSIMINE JA UURINGUD

Enamikul juhtudel saab seisundit diagnoosida kliiniliste sümptomite põhjal arstliku läbivaatuse käigus, mil teostatakse vajalikud meditsiinilised testid. Vahel on vajalikud diagnostilised süstid. Muude haigusseisundite välistamiseks määratakse patsiendile sageli röntgenuuring. Teatud juhtudel on vajalikud ultraheli, MRT (magnetresonantstomograafia) või KT (kompuutertomograafia), et hinnata täpsemalt kõõluse rebendi ulatust ja võimalikke lihastes/kõõlustes tekkinud muutusi.

SARNASTE SÜMPTOMITEGA HAIGUSSEISUNDID

- ▶ **Külmunud õlg** ehk *frozen shoulder* – lisaks valule liigutuste lõppasendites esineb ka õla liikuvuse piiratust. Kaasneb sageli kõõluste traumaatilistele rebenditele.
- ▶ **Õlaliigese artroos** – tavaliselt esineb valu just rahuolekus. Röntgenis on nähtav liigese moondumine. Võib esineda haiguse lõppstaadiumis.
- ▶ **Murrud õla piirkonnas.**

RAVI

Rotaatormanseti rebendi ravi sõltub erinevatest asjaoludest: rebendi tekkimise põhjusest, valu intensiivsusest, patsiendi vanusest, tegevusalast, traumast möödumise ajast, lihaste/kõõluste degeneratsioonist jne.

Rotaatormanseti rebendi korral on konservatiivne ravi võrdlemisi aeglane protsess. Tulemusi võib oodata alles paari kuu pikkuse ravitsükli järel. Õige ja järjekindel ravivõimlemine võib anda positiivse tulemuse kuni 80%-l juhtudest.

Esmaseks sammuks on valu kõrvaldamine/vähendamine ja kõõluste turse alandamine, seejärel taastatakse liigese liikuvus ja abaluud stabiliseerivate lihaste töö ning lõpuks ennistatakse spetsiifiliste harjutuste abil õlaliigese üldine jõudlus ja funktsioon.

Konservatiivne ravi hõlmab alljärgnevat:

- ▶ **Puhkus** – valu tekitava tegevuse lõpetamine.
- ▶ **Külm** – külmakoti asetamine õlale iga 1–2 tunni järel ca 15 minutiks.
- ▶ **Ravimid** – kõõluse turse vähendamiseks kasutatakse keskmisest suuremaid doose mittesteroidseid põletikuvastaseid preparaate ehk NSAID-e (ibuprofeen) ja paratsetamooli. Kui valu leevendus on ebapiisav, kasutatakse lisaks retseptiravimeid. Ravimite tarvitamisel tuleb aga arvestada võimalike kõrvaltoimetega.