

ENAMLEVINUD PROBLEEMID ÕLALIIGESES JA NENDE RAVI

ÕLALIIGESE ANATOMIA

Õlaliigese puhul on oluline tagada ülajäsemete (käte) võimalikult lai liikuvusulatus eri suundades. Õlg koosneb kolmest luust: õlavarreluu (*humerus*), abaluu (*scapula*) ja rangluu (*clavicle*). Ülajäsemed on keha ühendatud õlavarreluu ja abaluu vahel asuva liigese ehk õlaliigese. Õlaliigest ümbritsevad ja aitavad stabiliseerida neli lihast, mille kõõlused moodustavad ümber õlaliigese rotaatormanseti (ingl *rotator cuff*). Rotaatormanseti lihased ja kõõlused võimaldavad teostada liigutusi õlaliigese. 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.

ÕLALIIGESE NIHESTUS JA EBASTABIILSUS

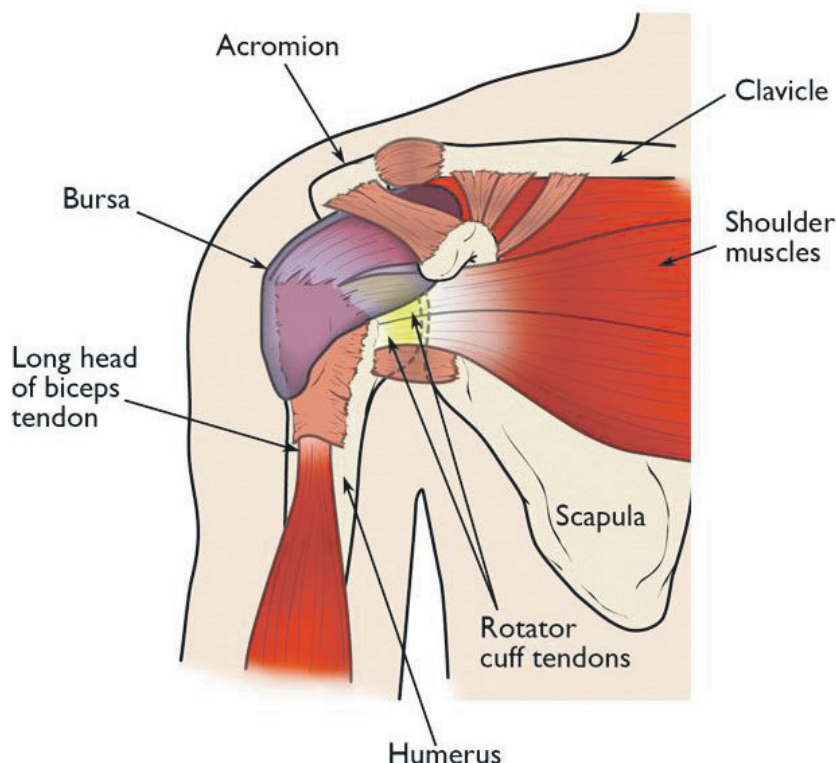
Õlaliiges on suure liikuvusulatusel liiges, samas peab õlavarreluu pea püsima paigal suhteliselt väikesel abaluu pinnal. Õlaliigest hoiavad paigal liigeskapsel ja lihased-kõõlused. Teatud puhkudel (sageli on põhjus trauma, näiteks kukkumine, väänamine) võib õlg tulla liigesest välja ehk tekkida õlaliigese nihestus. See on üks raskemaid õlaliigese vigastusi, mille tõttu rebenevad liigest ümbritsev kapsel ja sidemed ning võivad saada kahjustada lihas-kõõlused, veresooneid ning närvid. Vigastusega kaasneb enamasti tugev valu, samuti võib käe funktsioon olla häiritud. Ei ole harv olukord, kus pärast esmakordset paigaltnihkumist hakkab õlg korduvalt liigesest välja käima. Seda esineb sagedamini noortel aktiivsetel inimestel ja neil, kelle töö või muu tegevus on seotud käe korduva tõstmisega õla kõrgusele või üle selle (ujujad, võrkpallurid, ehitustöölised jne). Korduvate nihestuste korral võivad tekkida ümbitsevate kõõluste, liigestuvate liigespindade ja ka luu kahjustused, mis soodustavad liigese nihestumist veelgi.

Õlaliigese nihestust ja ebastabiilsust diagnoositakse enamasti erinevate kliiniliste testidega ortopeedi või füsioterapeudi visiidi käigus. Sageli teostatakse täiendavalt röntgenuurig.

Õlaliigese nihestust ravitakse enamasti mitteoperatiivselt – liiges paigaldatakse pesasse tagasi ja käsi fikseeritakse spetsiaalse sideme (ortoosi) abil. Fikseerimise järel on oluline õige taastusravi füsioterapeudi või taastusraviarsti juhendamisel. See seisneb peamiselt õlaliigest ümbritseva lihaskorseti tugevdamises. Operatsiooni kaalutakse korduvate nihestuste korral, samuti kui on tekkinud tõsisemad rebendid ja kahjustused pehmetes kudedes (lihased, kõõlused) või luudes.

«PÕLETIKULISED» ÕLAHAIGUSED

Kui õlaliigese nihestust ja ebastabiilsust esineb sagedamini nooremapoolsetel patsientidel, siis nn põletikulised õlahaiused kimbutavad enamjaolt kesk- ja vanemaealisi, sagedamini naisi kui mehi. «Põletikuliste» õlahaiuste põhitunnused on reeglina tugev valu liigutustel või püsivalt, samuti on liigutuste ulatus valu tõttu sageli piiratud.



Joonis: AAOS (<https://orthoinfo.aaos.org/en/diseases--conditions/rotator-cuff-tears/>)

«Põletikuliste» liigeshaiguste korral on enamasti valu tekkinud võrdlemisi järsku, kuid ei pruugi olla tingitud traumast. Sagedasemateks diagnoosideks nimetatud kaebuste korral on **külmunud õla sündroom** (ingl *frozen shoulder*) või **kaltsifitseeruv tendiniit**. Kaltsifitseeruv tendiniit on haigus, mille korral tekivad rotaatormanseti kõõluste sisse kaltsiumiladestused. Tekkinud kaltsiumiladestused avaldavad kõõlustele survet ja võivad tekitada neis keemilist ärritust, põhjustades õlaliigese piirkonnas valu. Valu võib olla väga intensiivne ja esineda pigem haiguse lõppstaadiumis, kui organism püüab põletikulise reaktsiooni tekitamisega kaltsiumiladestust kõõlusest eemaldada. Samas võib haigus kulgeda täiesti valutult. Kuivõrd kaebused «külmunud õla» sündroomi ja kaltsifitseeruva tendiniidi puhul on sarnased, teostatakse enamasti röntgen- või ultraheliuurig, mis võimaldavad tuvastada kaltsiumiladestuste esinemist õlaliigese.

«Külmunud õla» sündroomi diagnoositakse enamasti läbivaatuse käigus, kus arst kontrollib abaluud fikseerides õla liikuvust erinevates suundades.

«Külmunud õla» sündroom jagatakse ajalise kulu järgi kolme staadiumisse:

- esimene staadium («külmumise» ehk valu faas) kestab 2–9 kuud. Sel perioodil esineb tugev ja töövõimet oluliselt piirav õlavalu, mis võib öösiti muutuda tugevamaks. Aja jooksul jääb õlg aina jäigemaks;
- teine staadium («külmunud oleku» ehk jäikuse faas) kestab 4–6 kuud. Selles etapis on õlg endiselt jäik, mistõttu igapäevased tegevused on häiritud, kuid valu taandub vähehaaval. Õist valu reeglina enam ei esine.
- kolmas staadium (nn sulamise faas) kestab 6–24 kuud. Selles etapis on valu taandunud ja liigese liikuvus taastub vähehaaval.

Põletikuliste õlahaiuste ravi eesmärk on valu vähendamine või kõrvaldamine ja õla liikuvuse ning lihaste jõudluse taastamine. Enamasti kasutatakse nimetatud haiguste

raviks mitteoperatiivseid ravimeetodeid – põletiku- ja valuvaigistid, ravivõimlemine õla liikuvusulatus taastamiseks, teatud puhkudel kasutatakse hormoonasendust põletiku kõrvaldamiseks. Kaltsifitseeruva tendiniidi puhul võib suuremate kaltsiumiladestuste korral kõne alla tulla kaltsifikatsiooni eemaldamine ultraheli kontrolli all või kirurgilisel teel. «Külmunud õlg» võib terveneda ka ravita, kuid sellisel juhul on paranemine enamasti pikaajaline ning õlaliigese liikuvus ei pruugi täies ulatuses taastuda.

ÕLALIIGESE PITSUMISSÜNDROOM

Klassikalisel tähenduses tekib õlaliigese pitsumissündroomi korral ühe liigesstruktuuri pitsumine vastu teist, mis põhjustab valu ning õla liikuvuse häirimist. Pitsumissündroomi korral tekivad kõõlustes struktuurimuutused, millega kaasnevad põletikulised protsessid. Lõppstaadiumis tekivad õlaliigese kõõluste rebendid ja erinevad luulised deformatsioonid. Enamasti esineb õlaliigese pitsumissündroomi pigem kesk- või vanemaealistel inimestel, põhjuseks enamjaolt degeneratiivsed ehk liigesstruktuuride kulumisega seotud protsessid (sh rangluu-abaluu liiduse artroos), aga ka korduvate liigutustega seotud töö või sport (ujujad, võrkpallurid, ehitustöölised). Noorematel on enamasti põhjuseks rangluu-abaluu liiduse ülekoormus ja korduv käeline tegevus (teatud spordialad, füüsiline töö ja arvutiga töötamine).

Õlaliigese pitsumissündroomi põhitunnuseks on valu, sh käe tõstmisel ja selja taha viimisel, kuid erinevalt «külmunud õla» sündroomist ei ole käe liikuvus enamasti oluliselt piiratud. Esineda võib käe jõudluse vähenemist.

Haigust diagnoositakse enamasti kliiniliste testide sooritamisel. Ravimeetodid on analoogsed teiste põletikuliste õlahaiuste raviga. Kirurgilist ravi kaalutakse juhul, kui 3–6 kuuline mitteoperatiivne ravi (valu- ja põletikuravi, ravivõimlemine) ei ole tulemusi andnud.

ROTAATORMANSETI REBEND

Rotaatormansett ehk pöörajaliigaste kõõluskätkis koosneb neljast abaluule kinnituvast lihast ja kõõlustest, mis katavad õlavarreluu pead. Rotaatorlihased töötavad koordineeritult, stabiliseerides ja liigutades õlavarreluu pead, võimaldades seeläbi sirutada ülajäset erinevates suundades. Käe korduv koormus põhjustab kõõlustes degeneratiivseid ehk nn väsimusmuutusi ja rebendeid. Mida eakam inimene, seda suurem on rebendite esinemise tõenäosus, kuivõrd kõõlus muutub järjest hapramaks. Kõõluse rebendeid esineb enam kui pooltel 80. eluaastates inimestest, kuid kõigil ei põhjusta need valu ega muid kaebusi.

Kõõluse rebendid liigitatakse järgmiselt:

- nn väsimusrebendid on kroonilise iseloomuga ja tekivad kõõluse struktuurimuutuste tõttu, mis on tingitud näiteks verevarustuse häirumisest kõõluste kinnituskohal õlavarreluul. Nende tekkepõhjus ei ole enamasti trauma, vaid näiteks pikaajaline korduv füüsiline tegevus (käd-üle-pea asendid, õla ülekoormus).
- Traumaatilised rebendid, mille põhjus on enamasti kukkumine, otsene löök õlapiirkonda või jõuline järsk tõmme. Ka nende tekkimise eeldus on enamasti kõõluse kulumine ja juba varem väljakujunenud (mikro)rebendid, mis ei ole seni vaevusi tekitanud.

Rotaatormanseti rebendi sümptomid on valu käe tõstmisel või jõulisel tegevusel. Esineda võib ka õist valu, eriti õlal magades. Samuti on haigusele iseloomulikud jõu puudumine käe tõstmisel ning õla liikuvuse piiratus, millega võivad kaasneda «kriginad» õlaliigese.

Rotaatormanseti rebendi diagnoosimiseks kasutatakse nii kliinilisi teste arstlikul läbivaatusel kui ka erinevaid diagnostilisi uuringuid (röntgen, ultraheli, magnetresonants- või kompuutertomograafia). Ulatuslikumate rebendite (eeskätt trauma tagajärjel tekkinud) korral ravitakse haigust enamasti kirurgiliselt. Operatsiooni käigus fikseeritakse rebenenud kõõlus- või liigesstruktuurid. Väiksemate ja nn krooniliste rebendite korral või ka näiteks puhkudel, kus operatsioon võib patsiendile kõrge ead tõttu olla riskantne, ravitakse rotaatormanseti rebendeid mittekirurgiliselt, kombineerides erinevaid meetodeid – valuvaigistavad ja põletikku alandavad ravimid, ravivõimlemine, vereplasmaravi ja aparatuursed füsioteraapia protseduurid (ultraheli, magnet- ja laserravi). Kiireid tulemusi siiski oodata ei maksa – ravi kestab mõnest kuust poole aastani.

ORTOPEEDIA ARSTID AS:

- Ortopeedi vastuvõtt
- Füsioterapeudi vastuvõtt
- Vereplasmaravi ja liigesgeelisüstid
- Põlveliigese artroskoopia
- Põlveliigese endoproteesimine

Telefon 606 7747

E-post orto@ortopeediaarstid.ee

Merimetsa tervisekeskuse I korrus

Paldiski mnt 68a, 10617 Tallinn

www.ortopeediaarstid.ee