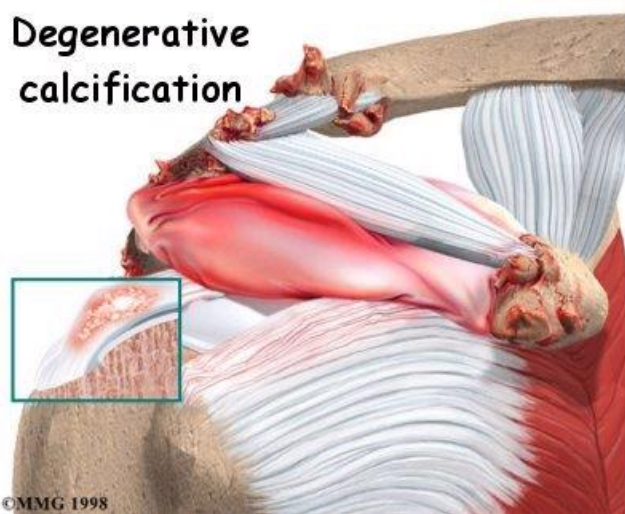


## ÕLALIIGESE KALTSIFITSEERUV TENDINIIT



**Kaltsifitseeruv tendiniit** on haigus, mille korral tekivad õlas rotaatormanseti lihaste kõõluste sisse kaltsiumiladestused. Rotaatormansett ehk pöörajahaste kõõluskätis koosneb neljast abaluule kinnituvast lihasest ja kõõlustest, mis katavad õlavarreluu pead. Harjaüline lihas (*m. supraspinatus*) on vajalik käe tõstmiseks, harja alune lihas (*m. infraspinatus*) ja väike ümarlihas (*m. teres minor*) käe väljapoole pööramiseks, abaluualune lihas (*m. subscapularis*) käe sissepoole pööramiseks.

Rotaator manseti lihased ja kõõlused võimaldavad teostada liigutusi õlaliigesest. Enamikul juhtudel tekivad kaltsiumi ladestused *m. supraspinatus*e kõõlusesse.

### ESINEMINE JA AVALDUMINE

Kaltsiumi ladestuste tekkimise põhjused on teadmata, kuid kõige sagedamini esineb nimetatud haigust keskealistel naistel vanuses 30–60 eluaastat. Tekkinud kaltsiumi ladestused avaldavad kõõlustele survet ja võivad tekitada neis keemilist ärritust, põhjustades õlaliigese piikonnas valu. Valu võib olla väga intensiivne ja seda esineb pigem haiguse lõppstaadiumis, kui organism püüab kaltsiumi ladestust kõõlusest eemaldada.

Valu põhjustajaks on kaasnev põletikureaktsioon, samas võib haigus kulgeda ka täiesti valutult. Lisaks keemilisele ärritusele ja kõõlusesisesele survele võivad suuremad ladestused ahendada õlanuki alust ruumi, põhjustades kõõluse pitsumist ja häirides kõõluste tööd käe tõstmisel.

### KAEBUSED JA SÜMPTOMID

Kaltsifitseeruva tendiniidiga patsiendil ei pruugi kaebusi üldse esineda, kuid ta võib ka tunda kõige tugevamat õlapiirkonna valu.

Haiguse sümptomiteks on:

- ▶ Valu käe tõstmisel või jõulisel tegevusel (esineb enamasti õla ülemises ja välimises osas, kuid võib kiirguda ka õlavarde).
- ▶ Õla liikuvus võib olla piiratud ja valulik.
- ▶ Sagedasemaks kaebuseks on öine valu, eriti õlal magades.

## DIAGNOOSIMINE JA UURINGUD

Enamikul juhtudel saab seisundit diagnoosida lähtuvalt kliinilistest sümptomitest arstliku läbivaatuse käigus ja radioloogiliste uuringutega. Enamasti selgub diagnoos **röntgenuuringu** käigus, väiksemaid kaltsiumiladestusi võib olla kergem tuvastada **ultraheliuuringu** teel. Sageli teostatakse korduvad röntgenuuringud haiguse kulu jälgimiseks ja edasise ravi üle otsustamiseks.

MRT (magnetresonantstomograafia) või KT (kompuutertomograafi uuringut rutiinselt ei teostata.



**Joonis 1.** Kaltsifi kaadi esinemine kõõluses

## SARNASTE SÜMPTOMITEGA HAIGUSSEISUNDID

- ▶ **Külmunud õlg** ehk *frozen shoulder* – lisaks valule liigutuste lõppasendites esineb ka õla liikuvuse piiratust. Radioloogilist muutust sel juhul ei esine.
- ▶ **Õlaliigese artroos** – tavaliselt esineb valu, sh rahuolekus. Röntgenis on nähtav liigese moondumine.
- ▶ **Murrud õla piirkonnas.**

## RAVI

Ravi on vajalik juhul, kui esinevad kaebused. Ravi eesmärgiks on valu vähendamine/kõrvaldamine, õla liikuvuse ja lihaste jõudluse taastamine ja õla biomehaanika parandamine. Ravimeetodite valik sõltub erinevatest asjaoludest nagu valu intensiivsus, valu kestus, kaltsifikaadi iseloom radioloogilistel uuringutel jne. Enamikul juhtudel konservatiivse ravi tulemusena valu taandub ja õla funktsioon taastub. Väga suurte kaltsiumiladestuste ja tugeva valu korral võib agressiivsem sekkumine (kaltsifikaadi purustamine, operatsioon jne) kiirendada sümptomite taandumist.

Kaltsifitseeruva tendiniidi korral on konservatiivne ravi võrdlemisi aeganõudev, tulemusi võib oodata alles nädalate/kuude pikkuse ravitsükli järel.

Esmaseks sammuks on valu kõrvaldamine/vähendamine, kõõluste turse vähendamine ja seejärel liigese liikuvuse ja stabiliseerivate lihaste töö taastamine.

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 mitte steroidseid põletikuvastaseid preparaate ehk NSAID-e (ibuprofeen) ja paratsetamooli. Kui valu leevendus on ebapiisav, kasutatakse lisaks retsepti ravimeid. Ravimite kasutamisel tuleb arvestada võimalike kõrvaltoimetega.
- ▶ **Ravivõimlemine/füsioteraapia** – eesmärgiks säilitada või taastada õlaliigese liikuvus/jõudlus, vähendada kõõluse ärritust.
- ▶ **Hormoonsüstid/raviblokaadid** – teatud juhtudel on soovitatav teha õlanuki alusesse ruumi (subakromiaalruumi) või õlaliigese glükokorti koidi (*Kenalog, Depo-Medrol* jne) süste, mis pärsivad põletikku ja vähendavad lühiajaliselt sümptomeid.  
NB! Süstimine on invasiivne protseduur ja sellega võib kaasneda raskeid tüsistusi (nt infektsioon, liigese kahjustus, allergiline reaktsioon).
- ▶ **Kaltsifikaadi eemaldamine ultraheli abil** –ultraheli kontrolli all süstitakse kaltsiumi ladestusse korduvalt lokaalanesteetikumi ja seejärel tõmmatakse ladestus süstlaga välja. Antud ravi on efektiivsem kui steroidsüstid ja annab 70% juhtudel positiivse tulemuse valu leevenemise näol, kuivõrd vähendab survet kõõlusele. Samas ei ole alati võimalik kaltsifikaati selle konsistentsi tõttu eemaldada. Protseduuri järgse ägeda põletikureaktsiooni vältimiseks tehakse sageli protseduuri lõpus hormoonsüst subakromiaalruumi.
- ▶ **Lööklaine** ehk „*shockwave*“ on protseduur, kus kaltsiumi ladestusega piirkonda suunatakse lööklaineid. Protseduuri teostatakse tavaliselt 1 kord 3 nädala jooksul. Impulsid aitavad kaltsifikaate lõhustada, et organismil oleks kergem neid eemaldada.
- ▶ **Erinevad aparatuursed füsioteraapia protseduurid** (ultraheli, magnet- ja laserravi) ja lisavõimalused (teipimine, vereplasmasüstid jm) – võivad mõjutada haiguse kulgu, kuid toime efektiivsus ei ole kliiniliselt tõestatud.

## OPERATIIVNE RAVI

**Operatiivne (kirurgiline) ravi** on eeskätt vajalik juhul, kui eelnevalt kirjeldatud konservatiivse ravi meetodid ei ole andnud tulemusi ja/või esineb väga tugev ja/või öine valu. Ravi eesmärgiks on eemaldada kaltsifikaat kõõlusest ja seejärel vajadusel kõõlusdefekt sulgeda. Teatud puhkudel avardatakse luu resektsiooniga (eemaldamisega) õlanuki alust ruumi, vähendades seeläbi survet kõõlusele. Operatiivne ravi on tavaliselt artroskoopiline ja sõltub haiguse põhjusest. Alati ei ole võimalik kogu kaltsiumi ladestust operatsiooni teel eemaldada ja kaebusi saab vaid osaliselt leevendada. Operatsioon on invasiivne protseduur, millega võivad kaasneda erinevad **tüsistused**. Sagedasemateks operatsioonijärgseteks tüsistusteks on „külmunud õlg“ ja infektsioon. Üks haigusele iseloomulikke tüsistusi on kõõluse rebend kaltsifikaadi kohalt.

## TAASTUMINE

Operatsioonijärgne taastumise periood on võrdlemisi pikk ja võib olla valulik. Töövõime taastumiseks võib kuluda 6–8 nädalat, täielik taastumine võib võtta aega 3–4 kuud. Operatsiooni järgselt soovitatakse vähemalt 3 päeva jooksul asetada külmakotte õla piirkonda. Õla liikuvuse ja jõu taastamisega hakatakse tegelema aegsasti

peale operatsiooni. Väga oluline on õige ravivõimlemine. Täpsema taastusravi koordineerib füsioterapeut või taastusravispetsialist vastavalt ortopeedi ettekirjutustele ja teostatud operatsioonile.

Mõnikord on vajalik kõõluste taastumise eesmärgil anda käele rahu, st kätt ei tohi aktiivselt kasutada. Lubatud on teha passiivseid harjutusi, mille käigus õla rotaatorlihaseid ei kasutata. Sellisel juhul hakkab aktiivsem ravivõimlemine alles alates kuuendast nädalast ja õlale **ei tohi anda füüsilist koormust** kuni kolm kuud. Kuigi tänapäeval on õla piirkonna operatsioonid reeglina miniinvasiivsed (artroskoopilised), on operatsioonist taastumise aeg pikk ja võib alguses olla valulik.

### **RAVIVÕIMLEMISE SOOVITUSED**

Harjutustega tuleks võimalusel alustada füsioterapeudi juhendamisel ning jätkata kodus iseseisvalt, koormust järk-järgult suurendades. Harjutustega kaasneb alati teatav valuaisting (nn „pinge“), mis rahuolekus taandub. Kui valu jääb pärast harjutuste sooritamist tundideks püsima, süveneb või tekib öine valu, mida varasemalt ei esinenud, viitab see liigsele koormusele. Sellisel juhul tuleb harjutuste intensiivsust vähendada.

**Allikas:**

**ORTOPEEDIA ARSTID AS**

[www.ortopeediaarstid.ee](http://www.ortopeediaarstid.ee)