

# SAGEDASEMAD TUGI-LIIKUMISAPARAADI HAIGUSED. KINNISTE VIGASTUSTE ESMAABI

GUNNAR MÄNNIK, AALO ELLER, SIIM SCHNEIDER, REIN JALAK

## VIGASTUSTE LIIGID

**Spordivigastusi jaotatakse mitmeti. Lihtne ja loogiline on jagada sporditraumad ägedateks ja kroonilisteks.**

**Ägedad vigastused tekivad stressi vahetul tagajärjel. Siia kuuluvad luumurrud, venitused, rebendid, põrutused jms. Põhjustavad tegurid saab jagada välisteks ja sisemisteks.**

Välised tegurid on:

- kokkupõrge teise inimese või spordivahendiga, ootamatu löök, kukkumine;
- valesti valitud jalanõud, riietus, spordivahendid, kaitsevahendid;
- halvad treening- ja võistlustingimused.

Sisemised tegurid on:

- oma võimete ülehindamine;
- reeglite eiramine;
- haigena treenimine ja võistlemine;
- vale treeningumetoodika;
- halb koordineerimine;
- organismi vedeliku- ja mineraalide kadu.

Kroonilised vigastused tekivad, kui varasematest vigastustest pole taastatud. Neid põhjustavad korduvad koormused, mis ületavad konkreetse piirkonna koormustaluvuse.

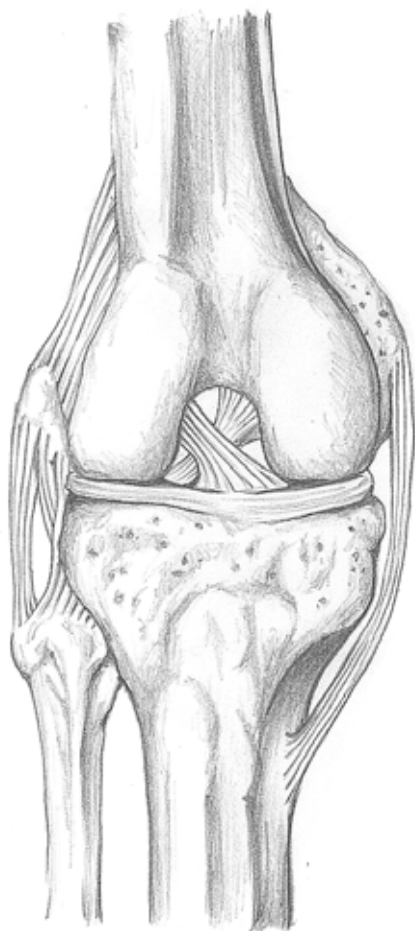
*Ägedate vigastuste tekkepõhjused on välised ja sisemised*

*Kroonilised vigastused tekivad välja ravimata vigastustest korduval koormusel*

**NB!**

*Meniskivigastused  
– kõige  
sagedasemad  
põlvevigastused*

## PÕLVE MENISKIVIGASTUSED



Meniskid kujutavad endast hoburaua-  
kujulisi kiudkõhrest siledapinnalisi  
moodustusi, mis paiknevad põlveliigeses  
reieluu ja sääreluu vahel. Meniskite üles-  
anne on koormuse ühtlane ümberjaota-  
mine, liigese stabiliseerimine ja energia  
absorbeerimine. Ühel põlveliigesel on  
kaks meniskit – välimine (lateraalne) ja  
sisemine (mediaalne). Sisemine menisk  
on liigese kapsliga tihedalt seotud,  
mistõttu selle vigastusi esineb sageli.  
Välimine menisk on liikuv ja kahjustub  
harvemini.

Meniskid summutavad tõukeid ja põru-  
tusi põlveliigeses käimise, hüppamise ja  
jooksmise ajal.

Meniskivigastused on kõige sagedase-  
mad põlveliigese vigastused. Spordiala-  
dest esineb vigastusi enam jalgpallis,  
korvpallis, maadluses, tennis, mäesuus-  
satamises, suusahüpetes jm.

Sageli kaasneb põlveliigese sisemise  
külgsideme vigastusega ka sisemise  
meniski vigastus, kuna need on anatoo-  
miliselt omavahel kontaktis.

Kõige tavalisem meniski rebendi tekkimise viis on fikseeritud põiaga põlveliigese  
pööramine, põlve ülesirutamine ja ülepainutamine või hüppelt maandumine.  
Samuti võib vigastuse tekitada tugev löök vastu põlve, näiteks jalgpallis.

Sisemise meniskivigastuse sümptomid:

- valu põlveliigese sisemisel poolel koormuse ajal või pärast koormust,
- kangustunne põlveliigese sisemisel poolel,
- põlveliigese "lukustumine",
- ei saa kükitada, trepist ülesminek raskendatud,
- turse põlveliigese sisemisel poolel.

Välimise meniski vigastuse korral on valu välisküljel, sümptomid on üldjoontes  
sarnased.

Enamiku meniskirebendite puhul on näidustatud operatiivne ravi, välja arvatud  
tagasihoidlike kaebustega väheaktiivsed patsiendid. Konservatiivne ravi seisneb  
valu ja turse alandamises.

Operatsiooni eesmärk on meniski maksimaalne säilitamine. Artroskoopia võimal-  
dab optimaalset ravi vähima operatsioonitraumaga.

Kui on tegemist ainult meniski rebendiga, on operatsioonijärgne taastumine tava-  
liselt täielik. Ravikehakultuur on keskendunud reielihaste tugevdamisele. Tree-  
ninguid võib alustada, kui operatsiooni järel on kaebused taandunud, sõrkjooks  
on tavaliselt võimalik nelja nädala pärast, pallimängud 6–8 nädala möödudes.

## PÕLVELIIGESE KÜLGSIDEME VIGASTUS

Põlveliigese stabiilsus on põhiliselt tagatud nelja sidemega – eesmise ja tagumise ristatisideme ja kahe külgsidemega. Ristatisidemed takistavad liigese ülemäärast sirutust ja painutust, külgsidemed aga nihkumist külgedele. Harva tekib traumajärgselt üksiku sideme rebend, sagedamini on vigastatud mitu sidet ning menisk.

Vigastused põlveliigese sisemisel poolel on seotud sisemise külgsideme ehk kollateraalsideme vigastusega. Vigastusi esineb sageli just kontaktspordialadel – jalgpall, korvpall, judo, maadlus, jäähoki jm. Sisemise külgsideme vigastusi esineb enam kui välimise sideme vigastusi. Vastavalt raskusastmele eristatakse venitust, osalist rebendit, täielikku rebendit.

Vigastus tekib tavaliselt järgmistel põhjustel:

- tugev löök või surve liigese välisküljele,
- põlveliigese ülesirutus ja ülepainutus,
- rotatsioon põlveliigese,
- nõrgad reielihased, eriti eesmised,
- ülekoormus.

Spordis vigastatakse enamasti siis, kui põlveliiges on mõõdukalt painutatud asendis. Valu võib vastavas piirkonnas sportlastel esineda ka ilma eelneva traumata, siis on põhjuseks külgsideme ülekoormusest tekkinud sideme venituse. Väga suur osa vigastuste ennetamisel on tugevatel reie eesmistel lihastel.

Põlveliigese välimise ehk lateraalse külgsideme vigastused tekivad harvemini. Tavaliselt tekib vigastus eraldi, kuid võivad kahjustuda ka mõlemad külgsidemed või koos ristatisidemetega. Vigastus tekib samadel põhjustel kui sisemise sideme korral.

## PÕLVELIIGESE RISTATISIDEME VIGASTUS

Põlveliigese paigub kaks ristatisidet – eesmine ja tagumine. Need sidemed paiknevad liigese keskel üksteise suhtes risti ja ühendavad reieluud sääreluuga. Mõlemad ristatisidemed on väga tugevad ja purunevad väga suure põlveliigese trauma korral. Ligi pooled eesmise ristatisideme vigastustest toimuvad koos meniskivigastusega. Eesmine ristatiside tõmbub pingule siis, kui põlveliiges on painutusasendis ja lõõgastub sirutuse ajal. Rebestuse põhjusteks on:

- põlveliigese rotatsioon sissepoole samaaegse ülemäärase väljasirutusega,
- põlveliigese rotatsioon väljapoole samaaegse hüppeliigese pöördumisega väljapoole.

Peamiselt toimuvad traumad pärast üleshüpet ühel jalal, jala kinnijäämisel vastase jala taha, ebaõnnestunud pöördel maandumisega tugijalale. Riskifaktoriteks on nõrgad ja/või jäigad reielihased, eelnev põlveliigese vigastus, ebaküllaldane taastumine, puudulik ettevalmistus.

Ristatisideme vigastuse diagnoosimisel kasutatakse nn sahtli sümptomit. Selle sooritamiseks painutatakse põlveliigest 90 kraadi ning seejärel tõmmatakse jalga säärest ette ja taha. Eesmise ristatisideme vigastuse puhul esineb ülemäärane liikumine ette – nn eesmine sahtel. Tagumise ristatisideme rebendi korral liigub sääär liigselt taha – nn tagumine sahtel.

Värske vigastuse korral on võimalik ristatisideme taastamine õmblemise teel. Ristatisideme venituse või külgsideme rebendi puhul on ravi tavaliselt konservatiivne – põlveliiges fikseeritakse ortoosiga.

Ravikehakultuuri eesmärgiks on reielihaste tugevdamine. Treeningutega alustamise kriteeriumideks on kaebuste puudumine, taastunud reielihased ja põlveliigese normaalne liikuvusulatus.

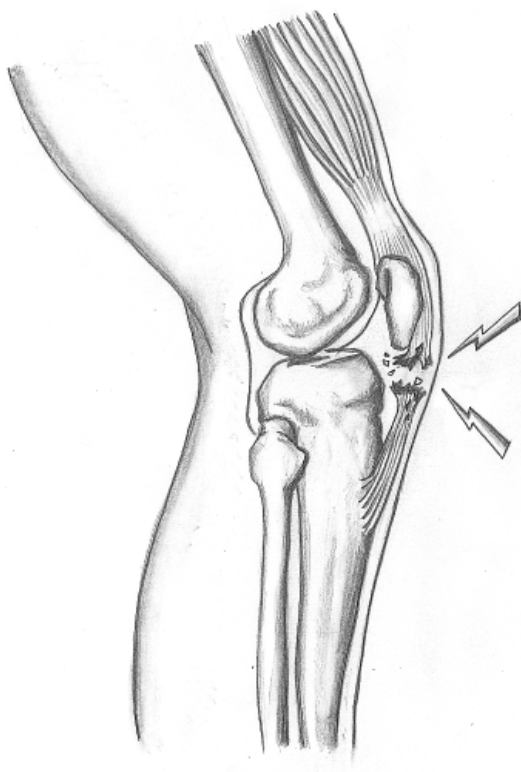
*Vigastusi esineb enam põlve sisemisel külgsidemel*

*Vigastust aitab diagnoosida nn sahtli sümptom*

**NB!**

*Tekkele aitavad kaasa nõrgad reie eesmised lihased ja ülepinges reie tagalihased*

## “HÜPPAJA PÕLV”



Põlvekedraside algab põlvekedra ehk patella alumisest äärest ja kinnitub sääreluu eesmisele pinnale. Regulaarse ülekoormuse tagajärjel võib pikkamööda tekkida valu vahetult patella all. “Hüppaja põlveks” nimetatakse põlvekedra kõõluse ülemise osa vigastust, mis on põhjustatud põlveliigese korduvast sirutusest. Kõige sagedamini esineb seda korvpalluritel, võrkpalluritel, jalgpalluritel, kergejõustiku hüppe- ja heitealadel, tõstjatel, balletitantsijatel jt.

Lastel ja noorukitel on sündroomi tekkimise põhjuseks lubisoolade ladestumine vahetult patella alla, kesk- ja vanemas eas põlvekedrasideme kulumise tagajärjel tekkinud osaline sideme purunemine vahetult põlvekedra all. Vigastuse tekkele aitavad kaasa lühenenud pinges reie tagalihased ja nõrgad reie eesmised lihased.

Peamised sümptomid:

- valu põlvekedra all, mis süveneb järk-järgult,
- valu suureneb kükkimise ajal ning maandumisel pärast üleshüpet,
- eelsoojenduse ajal valu väheneb,
- valu suureneb treeningu lõpus,
- vigastuse süvenedes esineb valu kogu aeg.

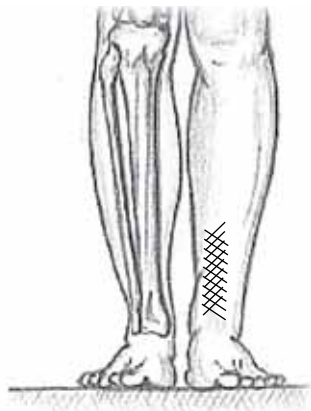
Ravi hõlmab esmalt puhkust, külmaprotseduure ja põletikuvastaseid ravimeid. Valu taandumisel alustatakse reie nelipealihase jõu- ja reie tagumiste lihaste venitusharjutustega. Edasisel spordiga tegelemisel on kasu spetsiaalsest kitsast põlvesidemest.

## “JOOKSJA PÕLV”

Sündroomi korral esineb valu põlvekedra ülemises osas. Vigastus esineb peamiselt jooksjatel, tekkepõhjuseks ülekoormus patella ülaosas. Ülekoormus tekib ebanormaalse põia allapoole pööramise (pronatsiooni) tulemusena maapinnast äratõuke momendil. Selle tagajärjel reie nelipealihase kõõlus ülemäära pingutub, mis viib valu tekkele. Peamised sümptomid:

- jooksmisel valu põlvekedra ülemises osas,
- põlve sirutusel vastu takistust tekib valu põlvekedra ülaservas,
- pidev valu vigastuse süvenedes.

## SÄÄRE LUUÜMBRISE PÕLETIK



Sääreluu mediaalse osa stressisündroom, rahvakeeles sääreluu ümbrise põletik kujutab enesest valusündroomi, mille põhjustab põletikuline reaktsioon selles piirkonnas asuvates lihastes, kõõlustes ja luuümbrises. Muutused tekivad enamasti sääre eesmises – sisemises (ehk mediaalses) piirkonnas, kuid võivad mõnikord olla ka välimises (lateraalses) piirkonnas.

Põletik tekib ülekoormuse mõjul sääre eesmises sisemises (mediaalses) piirkonnas, kuid põhjuseks võib olla ka otsene trauma – löök jalaga vastu säärt. Vigastust esineb nii lastel kui ka täiskasvanuil, spordialadest enam jooksu, tennise, kõrgushüppe, kaugushüppe, jalgpalli, balleti jm alade puhul.

Vigastuse põhjustest moodustab ülekoormus 90% ja traumad 10%.

Peamised põhjused on:

- jooksmine ja hüppamine vähese amortisatsiooniga pinnasel,
- järsk treeningukoormuse suurendamine lühikese aja jooksul,
- jäigad säärelihased ja Achilleuse kõõlused,
- nõrgad sääremarjalihased,
- ebakvaliteetsed spordijalanõud,
- igapäevane kõrge kontsaga (üle 4 cm) kingadega käimine,
- tugev löök sääre eesmisesse piirkonda.

Algul tekib väike valu sääre eesmises sisemises ja harvem välimises piirkonnas. Valu esineb peamiselt jooksmisel ja hüppamisel. Koormuse järel puhates valu enamasti möödub. Valu muutub koormustega järjest tugevamaks, ühel hetkel võib tugev valu esineda juba tavalisel käimisel ja puhkusel.

## ACHILLEUSE KÕÕLUSE PÕLETIK

Achilleuse kõõlus ehk kannakõõlus on inimese kõige võimsam kõõlus. Ülekoormuse tagajärjel võib tekkida kõõluses ja selle ümber põletik. Vigastust esineb suhteliselt sageli jalgpallis, põhjuseks näiteks ilma kummipuruta kunstmuruväljakud. Põletikku esineb sageli ka korvpallis, jooksus, kergejõustiku hüppealadel. Kui algul tekkiv äge põletik jääb üle kolme kuu välja ravimata, läheb see üle juba raskesti ravitavaks krooniliseks põletikuks. Achilleuse kõõluse põletik võib haarata kogu kõõluse, kuid enamasti esineb see 4–5 cm kõrgusel kandluust. Selles piirkonnas on verevarustus kõige halvem.

Enam tekib ägedat kõõlusepõletikku vähetreennitud sportlastel, kes alustavad harjutamisega suure intensiivsusega, jättes eelnevalt ka tegemata vajalikud venitus-harjutused. Seevastu kogenud sportlastel on kõõlusepõletiku põhjusteks enamasti:

- maapind – liiv, asfalt jm,
- mittesobivad spordijalanõud – liialt kõrge kand, jäik tald jm,
- puudulik eelsoojendus,
- pinnavormi vahetamine hooaja jooksul – mäest üles, pehmelt kõvale pinnasele.



**NB!**

*Sääre luuümbrise põletik tekib esmajoones ülekoormusest*

*Mitteravimise korral hakkab valu sääres järjest tugevnema*

*Äge põletik tekib enamasti vähetreennitud sportlastel*

*Välja ravimata põletiku puhul haigusnähtud oluliselt suurenevad*



**NB!**

Äge kõõlusepõletik jaguneb kolme staadiumi – algav, mõõdukas ja suur põletik.

Algava põletiku tunnused:

- väike valu või kangustunne kõõluse piirkonnas jooksmisel ja hüppamisel,
- väike valu või kangustunne jalapöia väljasirutamisel või tõustes varvastele,
- väike puutevalu, võttes kõõluse pöidla ja nimetissõrme vahele.

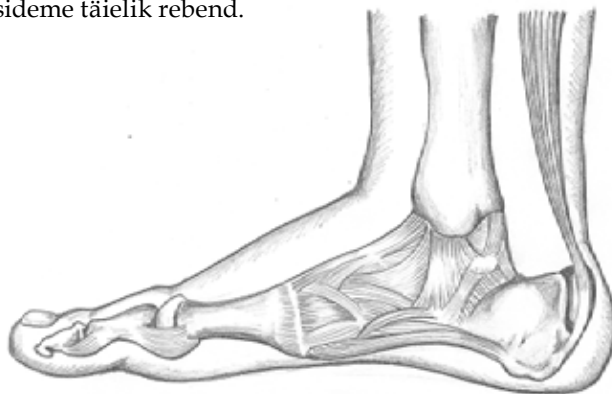
Kui sportlane jätkab harjutamist ja võistlemist põletiku foonil, areneb põletik mõõdukaks ja edasi suureks. Algava põletiku valutunnused on nüüd juba hoopis tugevamad, kõõluse piirkonda tekib turse, kõõlus on kange eriti hommikul ärghates, inimene hakkab lonkama, katsudes on tunda krudinat.

## HÜPPELIIGESE SIDEMETE VIGASTUSED

Hüppeliigese funktsioon on keharaskuse edasikandmine pöiale ning tasakaalu säilitamine.

Sagedamini saavad vigastada hüppeliigese välimisel küljel olevad sidemed, eeskätt eesmine pindluu – kontsluu side. Vastav vigastus moodustab ligi 70% kõigist hüppeliigese vigastustest. Sideme vigastamisel eristatakse kolme raskusastet:

1. aste – sideme venituse,
2. aste – sideme osaline rebend,
3. aste – sideme täielik rebend.



Esimese astme puhul esineb mõõdukas valu hüppeliigese välimisel poolel, kui pöörata hüppeliigese välimine pool allapoole. Kaasneb ka kerge turse liigese välisküljel. Teise astme vigastuse korral on mõõdukas valu hüppeliigese välimisel poolel, eriti hüppeliigese välist poolt alla pöörates. Esineb mõõdukas turse välisküljel, hüppeliiges on kangestunud. Kolmanda astme korral on valu hüppeliigeses väga tugev, eriti jalapöia liigutamisel üles-alla. Samuti on hüppeliiges ebastabiilne. Enamasti on sidemekiud ja hüppeliigest ümbritsev kapsel täielikult purunenud, sageli on vigastatud ka seesmisel poolel paiknev deltaside.

Kui sportlasel kohe pärast vigastust turset ei teki, on suure tõenäosusega tegemist 1. astme vigastusega. Kui tekib turse, on taastumisaeg oluliselt pikem.

Hüppeliigese sisemisel poolel paikneva deltasideme vigastust esineb küllalt harva, need moodustavad umbes 10% kõigist hüppeliigese sidemete vigastustest. Tavaliselt on rebend osaline, kuid deltaside võib koos luukilluga ka kinnituskohast lahti tulla. Põhjuseks on jalapöia keeramine väljapoole, mis võib esineda maandumisel, löögil hüppeliigese piirkonda. Peamised tunnused on valu, turse ja kangustunne hüppeliigese piirkonnas seespool.

Iga hüppeliigese sidemete vigastus ei vaja röntgenuuringut. Röntgenuuring on enamasti vajalik, kui esineb üks alljärgnevatest:

- välimise või sisemise peksi valulikkus,
- patsient on võimetu astuma neli sammu.

*Enam levinud on vigastus hüppeliigese välisküljel*

*Sisemise deltasideme vigastust esineb harva*

Neid reegleid järgides tuvastatakse suure tõenäosusega kaasuvad luumurrud, samas välditakse otstarbetuid uuringuid.

Esialgne hüppeliigese vigastuse ravi:

- pooljäik liigese immobiliseerimine,
- puhkus,
- külmaprotseduurid,
- vigastatud liigese kompressioon (elastiksidemega jm),
- kõrgemale tõstmine.

#### Rehabilitatsiooni viis faasi:

- 1) esialgne ravi;
- 2) valu leevendamine, valuvaba liikuvusulatuse suurendamine, korduva vigastuse vältimine lahastamisega, isomeetrilised jõuharjutused;
- 3) normaalse liikuvusulatuse saavutamiseks liigese mobiliseerimine ja venitusharjutused, jõu suurendamiseks isotoonilised ja isokineetilised harjutused, propriotseptiivne treening;
- 4) spordiala spetsiifilised harjutused;
- 5) korduvate vigastuste vältimiseks jõuharjutused, propriotseptiivne treening, vajadusel tugiside.

## JALATALLA PATOLOOGIA

Jalapöia luud moodustavad kolm anatoomilist võlvi:

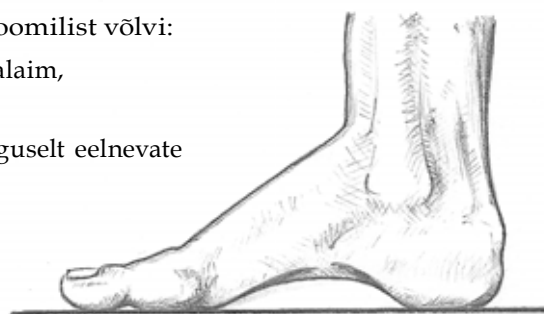
- eesmine ehk ristivõlv on lühim ja madalaim,
- sisemine pikivõlv on pikim ja kõrgeim,
- välimine pikivõlv on pikkuselt ja kõrguselt eelnevate vahepealne.

Võlve toestavad sidemed, lihased ja kõõlused. Keharaskus jaotub kolmele toetuspunktile: 1. ja 5. põialuu pähikule ning kandluu kühmule.

Liigse koormuse, kehakaalu või ebasobivate jalatsite mõjul tekib sidemetes põletik, mis väljendub põia koormamisel ja liigutamisel valuna (äge põia ülepingutus-sündroom). Kroonilistel juhtudel venivad sidemed välja ning tekibki põiavõlvide lameneamine. Põiavõlvide lamenemisel võivad kaebused peale põia esineda veel sääres, põlves, puusas ja alaseljas.

Eristatakse kahte põhilist põiavõlvide patoloogiat:

- lamppöid - kõik võlvid on lamenevad;
- kaarpöid - ülemäära kõrge piki-võlv.



KÕRGE VÕLV



NORMAALNE VÕLV



LAME VÕLV

**NB!**

*Esmased soovitud ravi alustamisel*

*Taasturavis tuleks jälgida viit faasi*

*Jalatallal on eesmine, sisemine ja välimine võlv*

**NB!**

*Lamppöiad kutsuvad esile erinevaid ülekoormussündroome*

**KÕRGE****NORMAALNE****LAMP**

Lamppöia puhul moodustab põia külj pikisuunas madala kaare ning põia keskmine ja eesmine osa on püsivalt allapoole pööratud (ehk pronatsioon). Suurenenud koormus jala ja põia siseküljele, samuti põia suutmatuse toimida jäiga kangina toovad kaasa patoloogilisi probleeme. See põhjustab ülemäära sissepoole pöördumist ja muudab jala liikumist. Tulemuseks on ülekoormussündroomide teke. Järgnevalt mõned olulisemad tekkida võivad vigastused:

- põlvesidemete põletik,
- sääreluuümbrise põletik,
- sääreluu väsimusmurd,
- hüppaja põlv,
- Achilleuse kõõluse põletik,
- jalatalla kukekannuse sündroom jm.

Kaarpöia puhul moodustab põia välisserv pikisuunas kõrge kaare ning tema keskmine ja vahel ka eesmine osa säilitavad ülespoole pööratud (ehk supinatsioonile) omase asendi. Painduvuse puudumise ja põia välisservale langeva ülemäärase koormuse tõttu esinevad sel juhul sageli just ägedad traumad, näiteks:

- hüppeliigese sidemete venituse,
- kõhrevigastused,
- kandluu esimese jätke rebend,
- Achilleuse kõõluse põletik.

Ägeda ülepingutusündroomi raviks on vaja valusat kohta hõõruda jääga ning puhata treeningutest paar päeva, tugeva valu korral rohkem. Lisaks sobivad põletikuvastased salvid, ultraheli, massaaž.

Pöiavõlvide korrigeerimiseks kasutatakse ortopeedilisi abivahendeid (jalatalla toed, teipimine) ning tehakse põiaharjutusi jalatalla lihaste tugevdamiseks.

Pöia probleemide ennetamiseks on oluline kanda pehmeid ja mugavaid treeningujalatseid ning vältida jooksmist kõval pinnasel.

*Kaarpöid võib spordis põhjustada ägedaid vigastusi*

*Pöiavõlvide tugevdamiseks tuleb teha vastavaid harjutusi*



## JALATALLA PLANTAARKÕÖLUSE PÕLETIK

Jalatalla plantaarkõõluse põletik ehk plantaarfastsiid tekib enamasti kõõluse kinnituskoha läheduses kandluule ja jalapöia keskosas. Põletik on tüüpiline ülekoormusvigastuse tagajärg jalgpalluritel, jooksjatel, tennisistidel, korvpalluritel jt, kel langeb suur koormus jalapöiale. Eelsoodumuseks on suhteliselt kõrge ning jäik põiavõlv ja liigne kehakaal.

Kõõlusepõletiku põhjused:

- kaarjalgsus,
- lamppöid,
- ilma jalavõlvi toeta jalanõude pidev kandmine,
- kanged sääremarjalihased,
- järsk treeningukoormuse suurendamine,
- vähese amortisatsiooniga maapind (asfalt),
- jäigad põiavõlvi lihased ja sidemed.

Peamine sümptom on valu jalapöia all.

## KANNAPIIRKONNA PÕRUTUS

Inimese kanna piirkonnas paikneb padjand, mis koosneb mitmest väikesest rasva sisaldavast ja sidekoega ümbritsetud sagarast. Korduvad põrutused jooksmise ja hüppamise tagajärjel võivad esile kutsuda sidekoeliste seinte purunemise sagarate ümber. Sellega pressitakse rasv sagaratest välja ja väheneb nende kaitsev funktsioon. Sagarate peal olev nahk katab nüüd ainult luud ning muutub jooksmisel ja hüppamisel valule järjest tundlikumaks. Põrutuse põhjused:

- vähese amortisatsiooniga spordijalanõud,
- korduvad treeningud kõval maapinnal (näiteks asfaldil) või jäiga pinnaga spordiväljakul,
- kukumine maapinnale täistallal.

Kannapiirkonna põrutuse põhisümptomid on valu ja turse kanna all, samuti lonkamine.

## SELJAVALUD

Seljavalude tekkeks on erinevaid põhjusi – raske kehaline töö, halb lihastoonus, ülekaal, halb elustiil, lihaste haigused ja traumad. Nõrga lihastoonuse ja ülekaalu korral langeb lülisambale liigne koormus, sest peab hoidma keha pidevalt õiges asendis. Seetõttu tekivad ühel hetkel lülisambas püsivad muutused ja inimene hakkab tundma valu. Regulaarsel raskel kehalisel tööl on lihased küll heas toonus, kuid valesti tõstes võib lülivahekettad ära nihestada. Regulaarselt vales istuvas asendis olles võib selg ära vajuda ja taas valu tekkida. Seljavalu võib tekkida ka kõrgelt alla hüpatas, samuti mõnedest siseorganite haigustest.

## SELJAVALUD JA SPORT

Seljavalud on spordiga tegelejate hulgas sagedased. Ennekõike esinevad need sportlastel, kellel spordialast tingituna mõjuvad lülisambale suure amplituudiga kiired ja järsud liigutused (võimlejad, heitjad, jalgpallurid, võrkpallurid, vehklejad, vettahüppajad, sõudjad, maadlejad).

Valude põhjuseks on lihaste ja sidemete venitused või rebendid, põrutus või luumurd otsesest löögist lülisambale, fassettsündroom, spondüülolüüs, spondüülolüüsi, lülidvahelise diski väljasopitus.

*Jalatalla kõõlusepõletik on ülekoormusvigastuse tulemus*

*Sportlasel on seljavalude leevendamiseks oluline lihaste tugevdamine*

**NB!**

Ravi ja ennetuse põhitegevuseks on ravivõimlemine ja patsientide vastav nõustamine. Kirurgiline ravi on harva näidustatud, osutudes vajalikuks vaid konservatiivsetele meetmetele mitte alluvatel juhtudel.

Võimlemises on rõhk asetatud kehatüve lihaste tugevdamisele (kõhulihased, tuharalihased jt), et parandada lülisamba stabiilsust.

Ägeda alaseljavalu puhul on peaesmärgiks valu leevendamine. Valuravis on efektiivseks osutunud pidev soojaravi (soojakott). Treeningutele naastes peaks endisele koormustasemele jõudma järk-järgult.

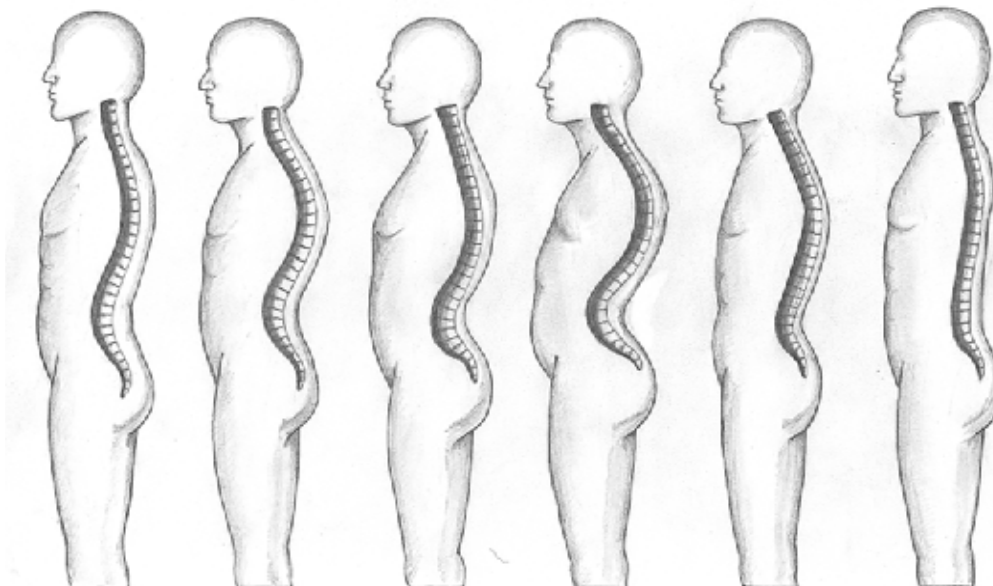
## RÜHIHÄIRED

Rüht ehk kehahoiak on viis, millega säilitatakse keha vertikaalasend. Õige rüht:

- hoiab luud ja liigesed õiges asendis ja vahekorras,
- aitab vähendada liigesepindade ebanormaalset kulumist,
- vähendab lülisamba ja liigesesidemete ülekoormust,
- hoiab ära lülisamba fiksatsiooni ebanormaalses asendis,
- hoiab ära väsimuse teket,
- hoiab ära pinge ja ülekoormusega seotud probleemid,
- hoiab ära seljavalu ja lihasvalud,
- aitab kaasa heale väljanägemisele.

Sagitaaltasandil (eest taha) võivad esineda järgmised rühihäired:

- kühmselgsus – süvenenud on rinnaküfoos,
- nõgusselgsus – süvenenud on nimmelordoos,
- kumerselgsus – kõik lülisamba kõverdused on süvenenud ja vaagna kaldenurk suurenenud,
- lameselgsus – kõik lülisamba kõverdused on lamenenud ja vaagna kaldenurk vähenenud.



Frontaaltasandil (küljele) esinevat lülisamba telje muutust nimetatakse vildakselgsuseks. Kui vildakselgsusega kaasneb lüliskehade pöördumine ehk torsioon, tekib fikseerunud vildakselgsus ehk skolioos.

Rühihäirete tekke peamised põhjused on järgmised

- keha raskuskeskme muutumine kasvuperioodil,
- ebaõige tööasend,
- kehatüve lihaste nõrkus, mis ei võimalda stabiliseerida kehaasendit vajalikus asendis,
- lihaste asümmeetriline areng, mis esineb tihti sportlastel.

*Rühihäired esinevad nii eest-tahakui ka küljesuunas*

Lihaste asümmeetria esineb näiteks tennisistidel, kelle treeningus pole küllaldaselt üldkehalist ettevalmistust ning harjutused on ainult spordialale spetsiifilise iseloomuga.

Rühihäired mõjuvad ebasoodsalt mitmete organite talitlusele:

- väheneb hingamisreserv, mis väljendub hüpoventilatsioonina suurenenud hapnikutarbimise tingimustes;
- nõrgenenud kõhulihaste tõttu tekivad sapipõie ja soolestiku häired ning kõhuorganite allavajumine;
- müofastsiaalsed valud nimme piirkonnas;
- häirub põvelüigese keskseis, mis loob eeldused põlvede vaarusseisu (O-jalad) ja valgusseisu (X-jalad) tekkeks;
- keskeas areneb koksartroos ehk puusaliigese kulumine;
- ebaõige kehahoiaku tõttu on lihaste lõõgastumine häiritud.

Rühihäirete ravi oleneb nende raskusastmest. Kui hoiak on sirutamisel ja keha raskuskeskme muutmisel kergesti korrigeeritav, on abi ravivõimlemisest ja massaažist, lisaks võib kasutada toetavat korsetti. Võimlemises on rõhk asetatud kehatüve lihaste tugevdamisele (kõhulihased, paraspinaalsed ja tuharalihased) ning venitusharjutustele. Fikseerunud väljendunud rühihäirete ravi on operatiivne.

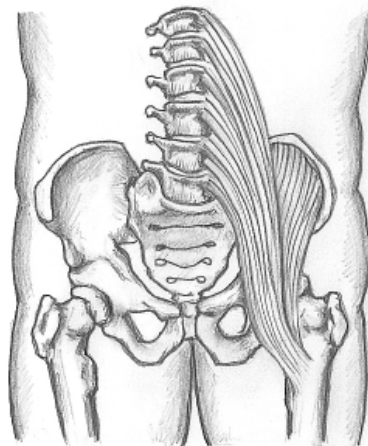
## NIMMEPIIRKONNA VALUD

Nimmevalude põhjuseks peetakse lülidvahelise ketta ehk diski suhteliselt varajast vananemist. Lülivaheketas muutub kuivemaks ja killustub või sopistub selgrootülid vahelt välja ning hakkab suruma närvijuurtele. Diski väljasopistumist esineb enam meestel ja seda seostatakse raske kehalise tööga. Samas on nimmevalude põhjusi veelgi – lülisambakanali ahenemine, ühe lüliskeha nihkumine allpool oleva lüli suunas. Oma osa on ka pärilikkusel. Enam ohustatud on inimesed, kes peavad töötama istudes. Sageli vallandub valu selgroo liigse koormuse või trauma tagajärjel, mis oluline just spordis. Nimmevalusid esineb vähem tugevate seljalihaste korral.

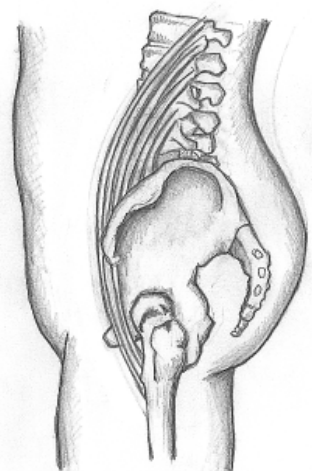
Valu on enamasti selja ja/või ristluu piirkonnas, samuti võib see kiirguda tuharatesse ja reie tagapinnale. Vahel tekivad jalavalud mõned päevad pärast nimmevalusid. Valu tekib või suureneb tavaliselt liikumisel. Selja alaosa valude üks põhjus spordis oli ka aastaid kasutusel olnud vale kõhulihaste treening, kus koormati just niude-nimmelihast (ehk iliopsoas) ega tehtud lihasele vajalikke venitusharjutusi. See tekitas niude-nimmelihase kokkutõmbe ja sellega seljanõgususe suurenemise.

Ravis on oluline ravivõimlemine.

Oluline on mõõdukas kehaline koormus, mis aitab tugevdada seljalihaseid. Hea vahend on ujumine, sest treenitakse sisuliselt kõiki seljalihaseid ja koormus lülisambale sisuliselt puudub. Ülekaalu korral on vajalik kaalu langetada, sest liigne mass mõjutab lülisammast. Ettevaatlik tuleb olla raskuste tõstmisel. Nimmevalude korduval esinemisel on vaja kiiresti alustada raviga.



*Selja alaosa valu põhjuseks on ka kõhulihaste vale treening*



*Nimmevalusid aitab leevendada seljalihaste ja kõhulihaste õige treening*

**NB!**

## ÜLAJÄSEME VIGASTUSED

Õlaliigeses esineb erinevaid vigastusi – liigesepeõrutus, õlavõõtme rotaatorite manseti vigastus, õlaliigese nihestus, pitsumissündroom, õlanukialuse limapauna põletik, õlaliigese kapsuliit ehk “külmunud õla” sündroom. Tutvume lühidalt kahe spordis enam levinud vigastusega.

### ÕLAVÕÕTME ROTAATORITE MANSETI SÜNDROOM

Õlaliigest ümbritseb ja aitab stabiliseerida neli suurt lihast, mille kõõlused moodustavad ümber õlaliigese rotaatorite manseti. Kolme lihase – harjaülise, harjaaluse ja väikese ümarlihase kõõlused stabiliseerivad õlaliigest tagantpoolt, abalualune lihas kinnitub oma kõõlusega aga liigesele eestpoolt. Trauma või ülekoormuse tagajärjel võib mansett aga kahjustuda, tekib valu ja sportlik tegevus on häiritud. Eristatakse rotaatorite manseti venitust, osalist või täielikku rebendit. Vigastusi esineb nii noores kui ka vanemas eas, viimastel enamasti pärast pikka pausi taas spordiga alustades – tennise, jalgpalliga, käsipalliga, odaviskega, suusatamisega jm.

Õlaliigese piirkonna valudest moodustavad ligi 75% just rotaatorite manseti vigastused, enamasti esineb vigastus õlanuki all. See on seotud asjaoluga, et regulaarselt kätt õlaliigesest tõstes ja langetades (näiteks ujumisel) surutakse käe tõstmisel õlanukialune limapaun ühe liigese sideme ja õlavarreluu pea vahele. Tulemuseks on verevarustuse häirimine, mis ongi eelsoodumus vigastuse tekkeks. Samas võib harjaülise lihase ehk *M. supraspinatus*'e vigastus muutuda krooniliseks, kõõluses tekivad degeneratiivsed muutused ja võib tekkida kõõluse purunemine. Osaline kõõluse purunemine on sage noorte hulgas, täielik aga üle 30 aasta vanustel. Vigastuse üldised põhjused on traumad, ülekoormus ja nõrgad ning jäigad õlavõõtmelihsed.

### ÕLALIIGESE NIHESTUS

Ülajäse on kehatüvega seotud õlavarre ja abaluu vahel asuva liigese ehk õlaliigese. Liigest ümbritsevad liigese kapsel ja sidemed. Esmakordse õlaliigese nihestuse põhjuseks on trauma, kukkumine õlaliigesele või väänamine. Korduvate nihestuste korral pole vajagi konkreetset vigastust, piisab kahjuks juba käe ebasoodsast asendist. Tavaline tekkemehhanism on käe jõuline eemaldamine koos välisrotatsiooniga, millega rebestatakse liigese kapsli eesmine osa. Kõikidest inimkeha liigestest tekib nihestus õlaliigeses kõige sagedamini.

Pärast nihestust tekib tugev valu, kätt õlaliigesest liigutada ei saa. Valu leevendamiseks on käsi küünarliigesest kõverdatud ja toetatakse seda teise käega. Vigastuse puhul esineb liigese piirkonna deformatsioon, õlanukialune on tühi, valu tekib õlavarre passiivsel eemaldamisel ja välisroteerimisel. Diagnoosi kinnitab röntgenuuring. Nihestus paigaldatakse narkoosis, sellele järgneb patsiendi vanusest sõltuvalt 1–4 nädala pikkune õlavarre immobiliseerimine kaelasidemega. Samal ajal alustatakse ravikehakultuuriga, mis ei koorma otseselt õlaliigest. Immobiliseerimine on vajalik, et vältida ebastabiilse õlaliigese teket.

*Rotaatorite manseti sündroom on spordis kõige sagedasem õlaliigese vigastus*

*Nihestusi esineb liigestest kõige enam just õlaliigeses*

## TENNISISTI KÜÜNARLIIGES (VÄLIMINE EPIKONDÜLIIT)

Anatoomiliselt kinnituvad küünarvarre sirutajalihased ehk ekstensorid kõõlustega küünarnuki välimisele poolele. Regulaarne ülekoormus nendele kõõlustele kutsub esile põletiku, mis väljendub kliiniliselt valuna. Kuna vigastust esineb



*Vigastus esineb peamiselt tennis, lauatennis, sulgpallis*

kõige enam tennisistidel, ongi hakatud seda nimetama tennisisti küünarliigeseks. Veel esineb seda sulgpallis, lauatennisel jm, igapäevases elus ka õmblejatel, koristajatel, arvutihirega töötamisel. Teket soodustab asjaolu, et käe sirutajalihased on nõrgemad kui painutajalihased ja sirutajad peavad seepärast painutajaid tasakaalustama. Lisaks soodustab patoloogia teket piirkonna kesine verevarustus ja halb sporditehnika.

Tüüpiliseks tunnuseks on valu küünarliigese välimise põnda piirkonnas, mis suureneb käe liigutamisel. Sageli kiirgub valu sõrmede või õlani, kätes esineb nõrkustunne, käte jõud langeb. Kroonilistel juhtudel käsivarre lihased kõhenevad. Raviks kasutatakse mittesteroidseid põletikuvastaseid preparaate ning spetsiaalset ribakujulist tugisidet.

## HEITJA KÜÜNARLIIGES (SEESMINE EPIKONDÜLIIT)

Haigus lokaliseerub küünarliigese seesmise põnda piirkonda, kuhu kinnituvad kõõlustega küünarvarre painutajalihased. Esineb sageli kettaheitjatel, odaviskajatel, golfimängijatel, riistvõimlejal, odaviskes jm. Rahvakeeles nimetatakse seda nii heitja kui ka golfimängija küünarnukiks.

Valu ja kangustunne asub seesmise põnda piirkonnas, valu suureneb käelaba liigutamisel randmest üles-alla, viskamise ajal on tunda küünarliigese sisemisel poolel teravat valu.



**NB!****KINNISTE VIGASTUSTE ESMAABI**

Kui ägeda vigastuse käigus ei ole tekkinud verejooksu või luumurdu, tuleb kohe alustada meetmetega, mille lühendiks 3K ehk külm-kõrgele-kompressioon, lisandub kindlasti rahuolek.

Ägeda vigastuse esmaabi põhi-reeglid:

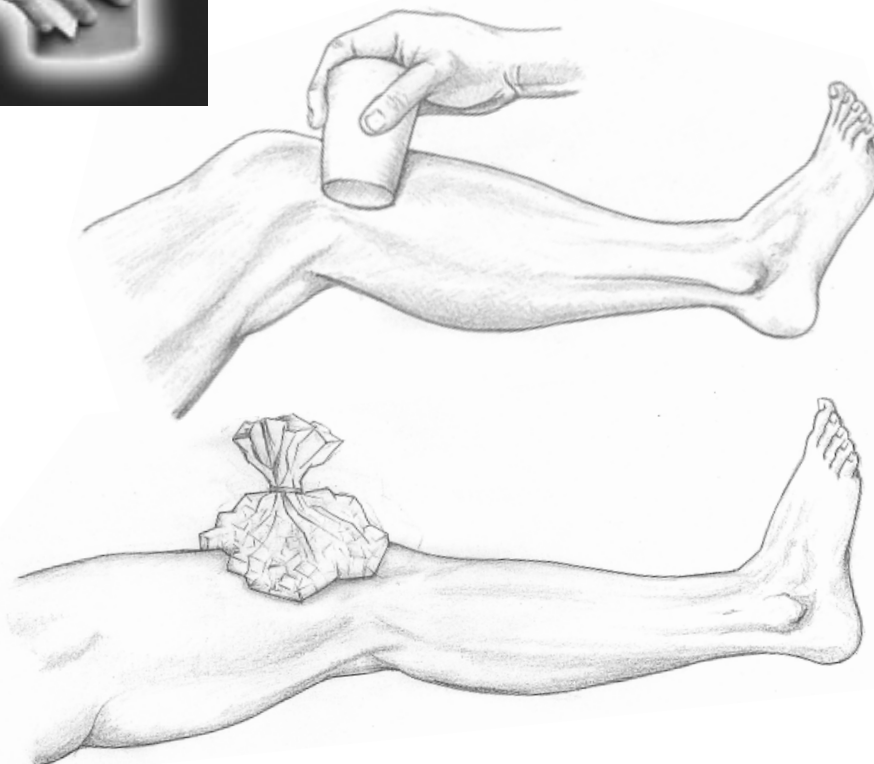
- külm,
- kõrgele,
- kompressioon,
- rahu



1. **Külm.** Külma mõjul valu leeveneb, ainevahetusprotsessid aeglustuvad, veresooned ahenevad ning turse alaneb. Vigastatud piirkonda tuleb ravida külmaga 24–48 tunni jooksul, soovitatav on külma tsükliline manustamine (näiteks 20 min külma, 10 min puhkust või 30 min külma, 2 tundi puhkust). Külmaravi sagedasemateks võimalusteks on jääkotid, jäämassaaž, külmaaerosoolid, keemilised külmakotid. Samas ei tohiks külmakompressi asetada vahetult nahale, vahele tuleks panna side, rätik jne. Väga hea vahend on külmaveekott.

2. **Kõrgele.** Vigastatud jäse tuleb tõsta kõrgemale ja hoida nii 1–2 päeva jooksul võimalikult kaua.

3. **Kompressioon.** Oluline on vigastatud piirkonna kinnisidumine, et ennetada või vähendada turset. Selleks kasutatakse elastiksidet, elastseid tugikaitseid või pneumaatilisi vahendeid.



4. **Rahu.** Vigastatud kehaosa immobiliseeritakse tugikaitsete, lahaste või teipimise abil. Treeningud tuleks katkestada, et vähendada turset ning vältida kordusvigastuste teket. Puhkeperioodi kestus sõltub vigastuse ulatusest.

Kinniste vigastuste esmaabis peaks kindlasti kinni pidama veel järgmistest soovitustest:

- väikeste liigeste korral mitte kasutada külmakotte üle 10 min,
- kõige ohtlikumad piirkonnad on põlveliigese ja küünarliigese väline külg, ka seal ei tohiks maksimaalne aeg ületada 10 minutit.

