

RAVI

Kannakõõluse tendinopaatiate konservatiivse ravi meetodid on järgmised:

- ▶ koormuse mahu ja intensiivsuse vähendamine, (sh mäest üles ja treppidel jooksu vältimine);
- ▶ kannakõõluse ülevenitamise vältimine;
- ▶ jäämassaaž iga harjutuskorra järel 10–20 min korraga;
- ▶ NSAID-tüüpi ravimite (*ibuprofeen, diklofenak*) 10–14 päevane ravikuur;
- ▶ jalanõude kontrollimine ja kulunud jalanõude (jooksujalatsid) väljavahetamine;
- ▶ elektriline lihasmassaaž/-stimulatsioon, ultraheli-ravi;
- ▶ lööklaineravi (*shockwave*);
- ▶ füsioterapeudi koostatud terapeutiliste harjutuste järgimine;
- ▶ kontsentreeritud vereliistakute sisaldusega plasmastid (PRP-ravi);
- ▶ glükokortikosteroid (hormoon-) süstid (nt *Kenalog* või *Depo-Medrol*);
- ▶ hüpervoleemiline lahuse süstimine kõõlusekoe ümber;
- ▶ lahase paigaldamine (kipsimmobilisatsioon);
- ▶ tallatoed.

Kannakõõluse rebendi konservatiivse ravi korral raken-datekse kipsimmobilisatsiooni (lahastamist) 8–10 nädala vältel.

RISKITEGURID

- ▶ Organismi vananemine;
- ▶ Krooniline kannakõõluse tendinopaatia;
- ▶ Varasemad glükokortikosteroid süstid;

- ▶ Kaasuvad süsteemsed sidekoe haigused (reumatoid-artriit);
- ▶ Teatud tüüpi antibiootikumide (*quinolane*) kasutamine.

OPERATIIVNE RAVI

Kannakõõluse kroonilise tendinoosi ja peritendoniidi puhul, mis ei ole pikast konservatiivsest ravist hoolimata paranenud, on näidustatud operatiivne (kirurgiline) ravi.

Samuti on kirurgiline ravi näidustatud kannakõõluse täieliku rebendi korral, juhul kui ei ole tegemist vastunäidustuste-ga operatiivse ravi osas kas vanuse või muude kaasuvate haigusseisundite tõttu.

MÄRKMED:

Estonia.eu
Positively surprising



Euroopa Liit
Euroopa
Regioonarengu Fond



Eesti
tuleviku heaks

Ortopeedia Arstid AS on Liikumistervise innovatsiooni klaster SportEST partner ja valdkonna ekspert. SportEST klaster ühendab liikumisvaldkonna põhi- ja tugiteenuseid pakkuvaid asutusi. Rohkem infot klasterist ja tervislikust sportimisest leiate kodulehelt www.sportest.eu.

ORTOPEEDIA ARSTID AS

Paldiski mnt 68a, 10617 Tallinn, tel 606 7747, www.ortopeediaarstid.ee



KANNAKÕÕLUSE TENDINOPAATIA



Kannakõõlus (ehk *achilleuse* kõõlus) on inimese tugi-aparaadi kõige tugevam kõõlus, mis ühendab kolme lihast – *m. gastrocnemiuse* sisemist ja välimist kimpu ning *m. soleust*, kinnitudes kandluu tagaosale.



Joonis 1. Kannakõõlus ja säärelihased

ESINEMINE JA AVALDUMINE

Sportlastel võib kannakõõlusele rakenduv jõud ületada 12,5-kordselt tema keha massi. Kannakõõluse verevarustus on halb, eriti piirkonnas, mis jääb kannakõõluse kinnituskohast 2–6 cm kõrgemale. Eeltoodu tingib asjaolu, miks kannakõõluse vigastustest paranemine võtab sageli palju aega.

Kannakõõluse kahjustuse tekkimisel hakkab patsienti häirima tavaliselt valulikkus ja/või turse kannakõõluse piirkonnas, kusjuures probleemi täpse asukoha alusel jagatakse kannakõõlus kolmeks tsooniks:

- kinnituskohast luule;
- kõõluse-lihase ülemineku tsoon;
- kannakõõluse „keha“.

Kannakõõlusega seotud kahjustused jagatakse järgmiselt:

- ▶ Ülekoormusvigastused – tendinopaatiad (kõõluse kahjustused) ja tendinoos.
- ▶ Traumaatilised kõõlurebendid.

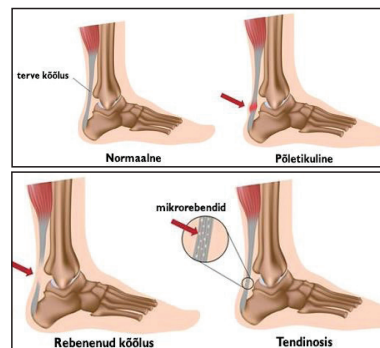
I Tendinopaatiad

Kliiniliselt eristatakse nn ägedate tendinopaatiate käsitlemisel **peritendoniiti** (kõõluseümbrise põletik) ja **tendi-noosi** (verevarustuse häirest tingitud kõõluse struktuuri kahjustus). Kui haigus on väldanud üle 6 kuu, tekib mõlema puhul armkude, mis esimesel juhul tekib kõõlust ümbritsevas kõõlustupes ja sellega piirnevas tsoonis, teisel juhul kõõluse koes, asendades osaliselt kõõluse normaalse struktuuri.

Krooniline kannakõõluse tendinoos on peamiseks riskifaktoriks kannakõõluse rebendi tekkimisel.

II Kannakõõluse rebendid

Traumaatilisi kannakõõluse rebendeid võib tekkida igas vanuses, kuid sagedamini esineb vigastust harrastussportlaste hulgas – kuni 12 juhtu 100 000 harrastussportlase kohta inimestel vanuses 30–50 a.



Joonis 2. Kannakõõluse vigastused

TEKKEPÕHJUSED JA KAEBUSED

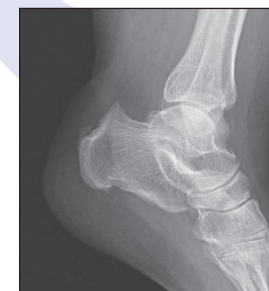
Kannakõõluse tendinopaatiate teket soodustavad järgmised tegurid:

- ▶ koormuse järsk suurenemine (treeningmahu järsk kasv) või ühekordne ülemäärane koormus (näiteks treppidest või mäest üles kõndimine/jooksmine);
- ▶ liialt pehme kannaaluse osaga või liialt jäiga põiaosaga jalanõud;
- ▶ pinges, väheelastsed sääre ja reie tagumise rühma lihased.

DIAGNOOSIMINE

Enamasti saab kannakõõlusega seotud kahjustusi diagnoosida kliiniliste testide alusel, kuid abiks on ka lisauuringud:

- ▶ **röntgenuuring** (kandluu osteofüüdid, Haglundi deformatsioon, ossifitseeruv tendinoos;



Joonis 3. Achilleuse kõõluse röntgenuuring

- ▶ **ultraheliuuring** (kannakõõluse intaktsus ja struktuursed muutused);
- ▶ **MRT (magnetresonantstomograafia) uuring** (pehmete kudede uuringu osas täpsem kui ultraheli).