

Uus teadusdoktor Madis Rahu

ÕLALIIGESE KAPSLI TAGUMIS-ÜLEMISE PIIRKONNA STRUKTUURI JA VEREVARUSTUSE UURIMISTULEMUSTE RAKENDAMINE ÕLALIIGESE EESMISE TRAUMAATILISE NIHESTUSE KIRURGILISES RAVIS

2. aprillil 2020 kaitses Madis Rahu arstiteaduse filosoofiadoktori väitekirja „Õlaliigese kapsli tagumis-ülemise piirkonna struktuuri ja verevarustuse uurimistulemuste rakendamine õlaliigese eesmise traumaatilise nihestuse kirurgilises ravis“ (*Structure and blood supply of the postero-superior part of the shoulder joint capsule with implementation of surgical treatment after anterior traumatic dislocation*).

Väitekirja juhendasid Tartu Ülikooli arstiteaduskonna anatoomia instituudi endine dotsent Ivo Kolts, Põhja-Eesti Regionaalhaigla kirurgiakliiniku ortopeediakeskuse ülemarst - osakonna juhataja Kristo Kask, Tartu Ülikooli bio- ja siirdemeditsiini instituudi lektor Elle Põldoja ning Göteborgi Ülikooli kliinilise teaduse instituudi professor Jüri Kartus. Oponeeris professor Anne Agur Toronto Ülikoolist.

Õlaliigese traumaatiline eesmine nihestus on sagedasim liigese nihestus. Alla 25aastastel noorukitel võib see esineda pärast esmast konservatiivset ravi sageli ka kordvalt.

Õlaliigese eesmise nihestuse korral nihkub õlavarreluupe üle abaluu liigeseõõnsuse eesmis-alumise serva ja haakub selle serva taga õlavarreluupe tagumis-ülemise pinnaga. Sageli tekib sellise vigastuse käigus õlavarreluupe tagumis-ülemise osas luudefekt, mida nimetatakse Hilli-Sachsi vigastuseks. Varem laipmaterjalil tehtud biomehaanilised uuringud on tõestanud, et liigese sisene õlaliigese kapsli tagumis-ülemise osa läbilõikamine rotaatormanseti kõõluselist osa

vigastamata suurendab õlaliigese nihestust ette-alla suunas 45–50%. Õlaliigese eesmise nihestuse mehhanismist lähtuvalt tekkisid uurimistöö autoritel järgmised küsimused: kas õlaliigese ette-alla nihkumisega kaasnevad ka liigese-kapsli tagumis-ülemises osas paiknevate struktuuride vigastused, millised struktuurid saavad nihkumisel vigastada ja milline on nende muutuste kliiniline tähendus.

Uurimistöö esimene eesmärk oli täpsustada õlaliigese tagumis-ülemise kapsli osa anatoomilisi struktuure ja nende verevarustust. Makroanatomilise prepareerimise käigus leiti, et õlaliigese kapsli ülemine osa on tihedalt seotud rotaatormansetilihaste kõõlustega, mida liigese-kapsli ülemises osas tugevdab kaarjas struktuur – nn rotaatorkaabel (*lig. semicirculare humeri*). Rotaatorkaabli tagumine kinnituskohd on ka kolme rotaatormansetilihase (*m. supraspinatus, infraspinatus et teres minor*) kõõluseid ühendavaks alaks. Uurimistöös on kirjeldatud õlaliigese kapsli tagumis-ülemises osas kulgevast anatoomiliselt konstantset sidekoe-list struktuuri *lig. glenocapsulare*'t. See kapsli struktuur kinnitub abaluu kaelale ja rotaatorkaabli tagumis-ülemise ossa ja toetab rotaatormanseti funktsiooni.

Teise aspektina kirjeldati töös alla 25aastastel patsientidel esmase õlaliigese traumaatilise eesmise nihestuse korral esinevaid vigastusi. Operatsioonide käigus leiti, et üle 50%-l patsientidest esines tagumis-ülemise rotaatormanseti osas vigastusi, millest enamik olid



pindmised ja haarasid liigese-kapslit. Vigastatud liigese-kapsli piirkonnas eemaldati operatsioonide käigus lahtised vigastatud osad ja taastati eesmis-alumised kapslistruktuurid. Kahe aasta pärast tehtud järelkontroll näitas, et operatsioon tagas samalaadsed tulemused, kui õlaliigese kapsli tagumis-ülemise osa vigastuseta patsientidel.

Arvesse võttes õlaliigese kapsli ja seda piiravate anatoomiliste struktuuride verevarustust ning veresoonte kulgu nendes struktuurides, töötas autor välja operatsioonitehnika haakuvate Hilli-Sachsi vigastuste ravimiseks. Turvalise stabiilsuse tagamiseks ja verevarustuse säästmiseks peaksid kinnituskohad kulgema lihaskiududega paralleelselt, haarates lihase (*m. infraspinatus*) kõõluselist osa ja rotaatorkaabli tagumist kinnituskohda. Analoogset tehnikat on soovitatav kasutada ka väiksemate mittehaakuvate Hilli-Sachsi vigastuste korral, kus on kahjustatud ka rotaatorkaabli tagumine kinnituskohd.