

# EESTI ARST

Eesti Arst 2012;91(Lisa 1):1–48

## Tartu Ülikooli arstiteaduskonna aastapäeva teaduskonverents 2012



## O.24. 12 nädalat kestva taastusravi mõju keskealistel haigetel pärast meniski resektsiooni

**Ann Tamm<sup>1</sup>, Liis Lamson<sup>1</sup>, Merle Rokk<sup>1</sup>, Andres Kukner<sup>2</sup>, Toomas Saluse<sup>2</sup>, Leho Rips<sup>2</sup>, Toomas Tein<sup>2</sup>, Egon Puuorg<sup>2</sup>, Aivar Pintsar<sup>2</sup>, Urmo Kõõbi<sup>3</sup>** – <sup>1</sup>TÜ Kliinikumi spordimeditsiini ja taastusravi kliinik, <sup>2</sup>TÜ Kliinikumi traumatoloogia ja ortopeedia kliinik, <sup>3</sup>TÜ Kliinikumi sisekliinik

Põlveliigese artroskoopiliste operatsioonide järgse taastusravi korralduse soovitusel on senini ebaselgust.

**EESMÄRK.** Uurida 12 nädalat kestnud taastusravi mõju keskealistele isikutele pärast meniski resektsiooni.

**UURITAVAD.** 66 patsienti vanuses 35–60 aastat, kes vajasis artroskoopilist ravi põlvevaevuste tõttu. 36 neist võtsid osa 12nädalasest liikumisravi (LR) programmist ning 30 ei saanud LRi.

**MEETODID.** Enne artroskoopiat ja pärast 12nädalast LRi täitsid haiged põlvespetsiifilise (*knee injury and osteoarthritis outcome score*, KOOS) ja tervise üldküsimumstiku (SF-36), nende alajäsemete võimekust hinnati 5 testiga. *Tibia, femur*’i ja *patella* platoode kõhre kahjustuse astet ning kahjustuse ulatust hindas kirurg operatsiooni ajal VAS skaala järgi (0–10) ning hiljem arvutati SFA skoor. LR koosnes isomeetrilistest, isoki-neetilistest ja dünaamilistest harjutustest. 60 minutit kestnud harjutused toimusid kaks korda nädalas saalis ja üks kord basseinis.

**TULEMUSED.** Liigesekõhrede kahjustus oli enam väljendunud LR-rühmas (TF mediaalne SFA skoor 0–82, keskmine 15,1 ja LRta rühmas vastavalt 0–42, keskmine 11). LRi vältel vähenesid oluliselt (KOOS skaala alusel) patsientide põlvevalu ja tegevuspiirangud. Maksimaalne muutus saavutati üle 45 a vanustel patsientidel 8nädalase LRiga. Enesehinnangutes ja funktsionaalsete testide tulemuste paranemises ilmnedid selged soolised erinevused: meestel tulemused paranesid oluliselt, naistel mitte. Positiivne dünaamika ilmnedid kõikide SF-36 alaskaalade näitajates, enim valu vähenemisena ja emotsionaalsete piirangute vähenemisena igapäevaelu tegevustes.

**JÄRELDUSED.** 1. Suurel osal keskealistel patsientidel on pärast meniski resektsiooni vajalik pikaajaline liikumisravi. Sellega on võimalik saavutada nii valu ja teiste subjektiivsete piirangute (KOOS ning SF-36 küsimustike alusel) vähenemist kui ka alajäseme liikumisfunktsiooni paranemist. 2. Raviefekt sõltub oluliselt kõhre kahjustuse ulatusest, aga ka patsiendi soost ja vanusest. Üksikjuhtudel on vaja enam kui 12nädalast taastusraviprogrammi. Naistel võib LRi positiivne raviefekt avalduda üksnes emotsionaalsete piirangute vähenemisena juhul, kui funktsionaalsete testide tulemustes veel muutust ei ilmne.

**TÄNUAVALDUS.** Taastusravi läbiviimist toetas TÜ Kliinikum, 30.04.2010. a otsus nr 1007612.

## O.25. Nimmediski prolapsiga patsientide osalus kirurgilise ravimeetodi valikus ja selle mõju ravi tulemustele

**Andreas Abel<sup>1</sup>, Tõnu Rätsep<sup>1</sup>, Ülla Linnamägi<sup>1</sup>** – <sup>1</sup>TÜ Kliinikumi närvikliinik

**TAUST JA EESMÄRGID.** Nimmediski prolapsiga seotud radikulopaatiat ravi üheks võimaluseks on operatsioon. Kindlate näidustuste korral on kirurgiline ravi valik-meetodiks, kuid sageli võiks ravimeetodi valik sõltuda ka patsiendi eelistustest. Töö eesmärgiks oli uurida, 1) kuidas otsustati nimmeradikulopaatiaga patsiendile määratud kirurgilise ravi kasuks ja millised tegurid võisid mõjutada patsiendi osalust raviotsuse tegemisel ning 2) kuidas mõjutas patsiendi osalus kirurgilise ravi määramisel tema paranemist ja kaugtulemust.

**METOODIKA.** Valimisse kaasati 150 patsienti, kes olid nimmediski prolapsi operatsioonil TÜ Kliinikumi neurokirurgia osakonnas ja kellel puudusid haigusnähud, mis tingiksid vältimatu ja erakorralise operatsiooni. Esimene intervjuu patsientidega tehti haiglas. Patsiendi osalust raviotsuse tegemisel hinnati valikvariantidega küsimuse abil. Patsientide paranemist ja kaugtulemust hinnati telefoniintervjuu abil operatsioonist ühe aasta möödumisel.

**TULEMUSED.** 42%-l juhtudest tegi otsuse kirurgilise ravi kasuks pigem või ainuisikuliselt arst. 36%-l juhtudest tegid patsient ja arst otsuse üheskoos. 22% patsientidest leidis, et tegi pigem ise või ainuisikuliselt otsuse operatsiooni kasuks. Eestlased olid raviotsuse tegemisesse vähem aktiivselt kaasatud kui venelased. Patsiendid, kelle puhul oli otsuse kirurgilise ravi kasuks teinud arst, hindasid aasta pärast operatsiooni oma üldist tervislikku seisundit halvemaks kui need patsiendid, kes raviotsuse tegemisele ise rohkem kaasa aitasid. Raviotsuses osalemise määr ei olnud aasta pärast seotud patsiendi rahuloluga operatsiooniga ega jätku-vate radikulopaatiaga seotud kaebuste olemasoluga.

**JÄRELDUSED.** Paljudel juhtudel oli kirurgilise ravi valimisel tegemist pigem arsti ainuotsusega, kuid patsiendid ise osalevad operatsiooniga seotud otsuste tegemisel siiski olulisel määral. Patsiendid, kes näitasid raviotsuse tegemisel välja suuremat aktiivsust, hindasid oma tervislikku seisundit aasta pärast operatsiooni paremaks kui vähem aktiivsed patsiendid.