

Veel kord alaseljavalude ravimisest*

Käesoleva aasta Eesti Arsti esimeses numbris kirjutas kolleeg Ando Vaher alaseljavaludega haigete käsitlemise põhimõtetest (1). See teema on huvitanud arstide kõiki põlvkondi ja ilmselt jääbki huvitama ning see näitab, et lõplik tõde on ikka veel leidmata, kui seda üldse olemas ongi. Eesti tervishoiu eripära tõttu satuvad ägedate alaseljavaludega haiged oma absoluutses enamikus perearsti juurde, ja kui nad lõpuks neuroloogi vastuvõtule jõuavad, on ägedale perioodile „eraldatud” aeg kenasti ümber. Ja vaevalt on perearstidel piisavalt aega dr Vaheri asjalikke näpunäiteid alaseljavalude diagnoosimiseks ellu viia. Seega satuvad neuroloogi juurde enamasti krooniliste seljavaludega haiged. Hea veel, kui neil mõnenädalast labajala pareesi ei ole.

Õnneks on medikamentoosne ravi seljavalude ägedas perioodis üsna ühetaoline. Mõni aasta tagasi lugesin raamatut pealkirjaga „Acute Low Back Pain”, mis oli paks nagu piibel. Selles käsitleti enamikus Euroopa riikides (mitte küll Eestis) ja Iisraelis kasutatavat medikamentoosset ravi ägedate alaseljavalude korral. Kogu selle paksu raamatu sisu võiks kokku võtta ühe sõnaga – paratsetamool. Eri riikides kasutati erinevaid mittesteroidseid põletikuvastaseid ravimeid (NSAIDe), kuid ei mäleta, et mõne riigi vastavas ravijuhendis oleks opiaatidest juttu tehtud. Eks see üks libe tee ikka ole.

Tuline õigus on autoril, kes alaseljavalude korral ei poolda kiireid radioloogilisi uuringuid, kuid neist loobumine valude algstaadiumis nõuab perearstilt teatud kodanikujulgust. Kahjuks ei selgu artiklist autori seisukoht, kui kiiresti peab opereerima haiget, kel on just tekkinud L5 või S1 parees. Ise arvan, et oodata operatsiooniga võib siin kõige rohkem 2 nädalat (elektrostimulatsiooni kaitse all). Loomulikult on ravivõimlemine alaseljavaludega patsientidele hädavajalik ja seda nii ägedas, alaägedas kui ka kroonilises perioodis. Nagu on näidanud Riigikontrolli korduvad taastusraviauditid ja järelauditid, saab Eestis neile vajalikku taastusravi 30–40% vastavatest haigetest, sh ka ravivõimlemist vajavatest haigetest. Ja siin ei aita n-ö korraks ettenäitamine füsioterapeudi poolt: ka alaseljavaludega haige peaks vähemalt 2–3 korda vajalikud harjutused füsioterapeudi silma all läbi tegema, et asi meelde jääks.

Arvan ka, et kogenud arsti tehtud blokaad võib olla vägagi efektiivne. Saksa keelses kirjanduses leidub selle teema kohta mõndagi huvitavat. Dr Vaher on mitmes kohas maininud „üldarsti poolt tagatud konventsionaalset ravi”. Kuidas alaseljavaludega patsient peaks küll sattuma üldarsti, aga mitte perearsti juurde, jääb veidi segaseks. Sõnapaar „konventsionaalne ravi” mõjub muidugi imposantselt, aga siin oleks oodanud rohkem konkreetset. Võib ehk isegi nõustuda, et krooniliste seljavalude

*Toimetus on dr Matti Tarumi kirja avaldanud lühendatud kujul.

lude korral ei ole venitusravi (eriti) efektiivne. Aga kuidas on asi ägedas ja alaägedas perioodis?

Ei tahaks küll nõustuda autori väitega, et aktiivses perioodis on ravivõimlemine kahjulik. Eks see sõltub palju ka füsioterapeudi kogemustest, aga kerged venitusharjutused ja lihaste lõõgastamine on ka valu ägedas perioodis omal kohal. Mõne vihjena on artikli autor rääkinud ka aparaatsest füsioterapiast, sedagi riivamisi. Artiklis on mainitud ravimist transkutaanse elektrilise närvistimulatsiooniga (TENS) ja laserterapiat. TENS olevat platseebo. Oma olemuselt on TENS üks impulssvooludega keha mõjutamise alaliike, jagunedes veel impulsside kuju ning sageduse järgi mitmeks alarühmaks, mida on paarkümmend. Võib öelda, et enamik asjatundjatest soovib TENS-ravi kasutada just krooniliste valude korral, seda ka onkoloogias. Olen nõus artikli autoriga, et laserravi efekt on küsitav pikaajaliste valude korral. Taastusarstid ongi seisukohal, et laserravi on tõhusaim just ägedate valude ravis. Üldiselt aga jäi aparaatse füsioterapia osa selles artiklis üsnagi napiks. Üldse soovitaksin artikli autoril kasutada resolootse väljendi „ei ole tõestatud” asemel väljendeid „ei ole seni veel tõestatud” või „katsetulemusi on veel vähe”. Allakirjutanu on juba üle 40 aasta kasutanud mitmesu-

guseid aparaatse füsioterapia vahendeid nii ägedate, alaägedate kui ka krooniliste alaseljavalude ravis ning väljendid nagu „efekt pole tõestatud” ei pane mind enam isegi mitte õlgu kehitama.

Kokkuvõtteks võib öelda, et valu kemoterapia on Eestis üsna õhukesel jään nagu Euroopas üldiseltki. Kui paratsetamooli osas on enam-vähem valitsev soodne seisukoht, siis NSAIDide, opiaatide ja trunkvillisaatorite suhtes on nii poolt- kui ka vastuhääli. Ise hindan valuseltsi asjalikkus suhtumist mitmesuguse genesiga valude kompleksesse kemoterapiasse, kuid näib, et neuroloogid neid seisukohti eriti ei arvesta. Hoolimata toodud pretensioonidest leian, et vaadeldud artikkel võib saada korralikuks alusmaterjaliks alaseljavalusid käsitlevale ravijuhendile. Muidugi peaksid vastavasse loodavasse töörühma kuuluma peale neuroloogide ka neurokirurgid, valuarstid, anestezioloogid ja muidugi veel aparaatset füsioterapiat valdavad taastusarstid.

Matti Tarum – taastusarst 1968–2010

matti.tar@mail.ee

KIRJANDUS

1. Vaher A. Alaseljavaluga haige käsitluse põhimõtted. Eesti Arst 2010;89(1):32–39.