

Alaseljavaluga haige käsitlese põhimõtted

Ando Vaher – TÜ Kliinikumi närvikliinik

Võtmesõnad: seljavalu, radikulopaatia, mittesteroidsed põletikuvastased ained

Alaseljavalu on levinud tervisehäire. Need haiged on perearstide, närviarstide, ortopeedide, reumatoloogide sagedased külastajad. Enamasti on tegemist hea prognoosiga, sageli iseparaneva mittespetsiifilise seljavaluga. Nii äge kui ka krooniline alaseljavalu võib olla ka ohtliku halva prognoosiga haiguse sümptomiks. Need seisundid on vaja õigel ajal diagnoosida ja ravida.

Seljavaluga võib kaasneda ka radikulopaatia sümptomaatika. Kõikidel juhtudel, eriti retsidiveeruva, alaägeda ja kroonilise kulu korral on vaja täpsustada vaevuste põhjus. Esmaseks uuringuks on haige püstiasendis tehtud spondülogrammid, visualiseerimismeetoditest on eelistatuid MRT.

Seljavaluga haige ravi on kompleksne (füsiaatriline ja medikamentoosne). Tähtsal kohal on haige nõustamine, tema aktiivne osavõtt raviprotsessist. Kirurgiline ravi on rakendatav kindlatel näidustustel.

Alaseljavalu on väga levinud tervisehäire: hinnanguliselt 84–90% inimestest on mingil eluperioodil seda kogunud (1). Selle esinemissagedus on meestel ja naistel võrdne. Ligikaudu 15–20% täiskasvanud inimestest tunneb igal aastal seljavalu ja 39% neist pöörduv arsti poole abi saami-

seks (2). Perearsti külastavatest tööealistest meestest kuni 7% ning naistest kuni 6% pöörduvad arsti poole abi saamiseks seljavalu tõttu ning neile väljastatakse 15% kõigist ajutist töövõimetust kinnitavatest dokumentidest (3). Probleemi olulisust näitab fakt, et alaseljavalu on alla 45aastaste isikute puude peamiseks põhjuseks (2). Kulud nimmevaluga haigete ravile on samas suurusjärgus kuludega südame isheemiatõvega haigetele (4).

Alaseljavaluga haige kliinilise käsitlese põhimõtete esitamisel on lähtutud Euroopa vastavate ravijuhendite soovistest (5–7).

ALASELJAVALUGA HAIGE UURIMINE

Anamnees on olulisim osa alaseljavaluga haige uurimisel. Küsitlusel tuleb selgitada järgmist:

1. Varasem alaseljavalu esinemine (sümptomite algus, arsti visiidid, varasemad uuringud, ravi ja haiguslehel viibimised).
2. Käesolev alaseljavalu (algus, iseloom, sümptomite intensiivsus, valu kiirgumine, igapäevaelu segavad tegurid, uuringud, rakendatud ravi ja selle tõhusus).
3. Muud haigused (operatsioonid, traumad, muud muskuloskeletaalsed häired, teised haigused, diabeet, arterioskleroos alajäsemetes, urogenitaaltrakti haigused, allergiad, varasem ravi).
4. Sotsiaalne anamnees (perekond, haridus, töö ja vaba aja sisustamine).
5. Eluviis (füüsilised harjumused, suitsetamine, alkohol, dieetid jm).

Objektiivse leiu uurimisel on rõhuasetus närvijuure ja/või seljaaju kompres-

siooni tunnuste otsimisel ja patsiendi funktsionaalse seisundi hindamisel. Patsient tuleb piisavalt lahti riietada.

1. Vaatlus:

- Lordoosi lamemine või ägedast valusündroomist põhjustatud skolioos.
- Liikuvuse ulatuse piiratus alaseljas.
- Lülisamba ja *n. ischiadicus*'e palpatsioon:
- *Processus spinosus*'te palpatoorne hellus võib viidata mitmetele haigustele (tuumor, põletik, spontaanne murd jm).

2. Unilateraalne tuhara- ja reielõtvus, lihaste või palpatoorne hellus võib viidata närvijuure kompressioonile.

3. Oswestry küsimustik annab ettekujutuse patsiendi enesehinnangust oma funktsionaalse võimekusele (vt lisa).

4. Närvijuure kompressiooni tunnused:

- Lasègue'i test on tundlik, kuid mittespetsiifiline tunnus, et avastada S1 ja L5 närvijuure kompressiooni. Testi peetakse positiivseks, kui see kutsub esile seljast kiirguva valu jalga. Seljavalu ise ega pinge põlveõndlas ja/või reie tagaküljel ei ole testi positiivsuse tunnused.
- Närvijuure kompressiooni puhul suurendab passiivne hüppeliigese dorsaalfleksioon Lasègue'i testi ajal valu kiirgumist seljast jäsemesse.
- Ristuv valukiirgumine Lasègue'i testil, kiirguva valu intensiivistumine vastasjala tõstmisel on spetsiifiline närvijuure kompressiooni tunnus.
- Alajäsemete lihaste tugevust ja funktsiooni hinnatakse järgmiste sümptomite alusel:
 - 1) põlvesirutus (L4, osaliselt L3 närvijuur);
 - 2) labajala ja suure varba dorsaalfleksioon (L5, osaliselt L4 närvijuur);
 - 3) labajala ja suure varba plantaarfleksioon (S1 närvijuur);
 - 4) häiritud kõnd kandadel (L5, osaliselt L4 närvijuur);
 - 5) häiritud kõnd varvastel (S1 närvijuur).
- Kõõlusperioostaalreflekside hindamine: patellaarrefleks (L4), Achilleuse refleks (S1).

- Tundlikkusehäired (puuetundlikkus) sääre eesmises alumises mediaalses osas (L4), anterolateralses (L5) või posterolateralses osas (S1).
- Paraparees ja/või positiivne Babinski refleks viitavad selja- või peaju kahjustusele ning need haiged tuleb erakorraliselt suunata neuroloogi juurde.
- Pöie või päraku tegevuse häired seljavaluga haigel on *cauda equina* kahjustuse tunnused.

Mitmed **psühhosotsiaalsed tegurid** võivad pikendada patsiendi funktsionaalse võimekuse halvenemist ja modifitseerida ning mõjutada tema haiguskäitumist. Need tegurid (nn kollased lipud) suurendavad haiguse krooniliseks muutumise riski.

Riskiteguriks on füüsilist pingutust nõudev sundasendis või patsiendi jaoks liiga raske töö. Oluline on inimese informeeritus oma haigusest, paranemist ei soodusta haige liiga kartlik käitumine: uskumus, et valu ja füüsiline aktiivsus on ohtlikud, et tegu on tõsise, halva prognoosiga haigusega. Sellisel juhul haige ei usu soovitusesse võimelda. Arvab, et tööle võib naasta alles siis, kui vaevused on täielikult möödunud. Mõnedel juhtudel hakkab patsient otsima alternatiivseid, tõestamata ravivõimalusi, mis kindlasti paranemist ei soodusta. Haiguse krooniliseks muutumist soodustavad samuti probleemid töökohal või perekonnas, depressioon, negatiivne ellusuhtumine või sotsiaalne võõrandumine. Paranemist ei soodusta n-ö liigne sisseelamine haigusse: kompensatsiooni taotlus, puude saamise soov. Paranemiseks on oluline omaste ja töökaaslaste toetav ning julgustav suhtumine (8).

Seljavalu võivad põhjustada ka mitmed halva prognoosiga elu ja tervist ohustavad haigused, mis on harvad seljavalu põhjused, kuid nende õigeaegne äratundmine on ülioluline, et varakult alustada ravi. Samuti on tähtis varakult ära tunda närvijuure kompressioonisündroomid.

Tabel. Sagedasemad potentsiaalselt ohtlikud või spetsiifilised alaseljavalu põhjused.

Haigus	Sümptomid ja tunnused
<i>Cauda equina</i> sündroom	Uriinipeetus, päarakupidamatus, tundlikkusehäire päraku ümbruses (sadulanesteesia), alumine paraparees (valdavalt distaalne)
Aordi aneurüsmi ruptuur, dissektsioon	Äkiline, tugev valu, vanus üle 50 aasta, ebastabiilne hemodünaamika
Maligne tuumor	Vanus üle 50 aasta, anamneesis vähk, eelnevalt kaalulangus, korduvad febrilised episoodid, progresseeruvad sümptomid, öised valud, valu kestus üle kuu, paraparees
Bakteriaalne spondüliit	Eelnenud seljaoperatsioon, kuseteede või nahainfektsioon, immunosupressioon, kortikosteroidide tarvitamine anamneesis, ravimite veenisisene manustamine
Lülisamba kompressioonimurd	Vanus üle 50 aasta, anamneesis trauma, steroidide pikaajase kasutamine
Spondüloosteos	Noorukiiga (8–15 aastat)
Spinaalstenooos	Vanus üle 50 aasta, neurogeenne klaudikatsioon
Anküloseeriv spondüliit	Sümptomite algus enne 40. eluaastat, valu ei leevendu voodirežiimil, hommikune seljakangus, kestus vähemalt 3 kuud

Praktikas on otstarbekas seljavalu **sümptomid** jaotada **kolme kategooriasse**, tuginedes haiguse anamneesile ja kliinilisele leiule:

1. Potentsiaalselt raske seljahaigus (tuumor, infektsioon, lülimurd, *cauda equina* sündroom) või spetsiifiline haigus (anküloseeriv spondüliit, kliiniliselt sümptomaatiline spondüloosteos).
2. Närvijuure düsfunktsioonile viitavad sümptomid alajäsemes (radikulopaatia, vahelduv lonkamine).
3. Mittespetsiifiline alaseljavalu: kaebused ja sümptomaatika piirdub alaseljaga ilma närvijuure kahjustuse tunnusteta või viideteta muudele seljahaigustele.

Sagedasemad potentsiaalselt ohtlikud või spetsiifilised alaseljavalu põhjused on toodud tabelis.

POTENTIAALSelt OHTLIKU VÕI SPETSIIFILISE SELJAHAIgUSE SAGEDASEMAD TUNNUSED (NN PUNASED LIPUD)

- Nõrkus, tundlikkusehäired või tuimus alajäsemetes (ühe- või kahepoolne erinevas astmes väljenduv, progresseeruv või persisteruv).
- Kusepeetus (-pidamatus), roojapidamatus.
- Seljavalu ei leevendu voodis valu vältiva asendiga.
- Seljavalu esineb koos palavikuga.
- Üldseisund halveneb silmanähtavalt ja/ või valu on väga tugev.

- Seljavaluga kaasneb tugev kõhuvalu.
- Anamneesis on pahaloomuline kasvaja, kiire kaalulangus.
- Püramidaaltrakti kahjustuse tunnused (hüperrefleksia, positiivne Babinski sümptom).
- Lülisamba hellus palpatsioonil või perkussioonil, eriti isikul vanuses alla 20 või üle 55 eluaasta.
- Immuunsupressiooni võimalikkus, ravimid (steroidid), HIV.
- Hiljutine trauma anamneesis.
- Lülisamba rinnaosa valu.

Kirjeldatud tunnuste ilmnemise korral on vaja osutada erakorralist spetsialiseeritud abi. Haigete tuleb selgitada, et tema seisund vajab lisauuringuid diagnoosi täpsustamiseks, kuid peab vältima spekulatsioone erinevate haiguste võimalikkusest. Alati tuleb silmas pidada, et normaalne spondülogramm ei välista potentsiaalselt ohtliku haiguse võimalust.

Laboratoorsed uuringud ei ole tavaliselt alaseljavaluga haigel vajalikud. Kui jääb kahtlus tõsise või spetsiifilise haiguse suhtes, siis on soovituslik määrata SR, CRV, Hgb, Hkt, verepilt, uriinianalüüs.

Radioloogilistest uuringutest tuleb esimese uuringuna teha püstiasendis spondülogrammid kahes suunas.

- Seisundi täpsustamiseks on MRT kuldne standard.

- KT on asendusuring, kui tuleb kaaluda erakorralise operatiivse ravi vajadust ja MRT ei ole kättesaadav või on vastunäidustatud.

Alaseljavaluga haige **neurofüsioloogiline uurimine** osutub vajalikuks järgmistel juhtudel:

- Vaja on täpsustada närvijuure kahjustuse võimalikkust juhtudel, kui kliiniline pilt ei ühti teiste uuringute leiuga.
- Patsiendil on radikulaarne sündroom, kuid uuringutel ei visualiseeru selle mehaanilist põhjust.
- Kroonilise seljavalu puhul võib olla näidustatud uuringute kompleksi osana.
- Mõnikord kasutatakse progностilise uuringuna.

RADIKULOPAATIA

- Kõige sagedam põhjus on lülivaheketta väljasopistus.
- Kui erakorralisteks uuringuteks ja operatiivseks raviks näidustused puuduvad, on sel puhul otstarbekas rakendada konservatiivset ravi 6 nädala vältel, enne kui kaaluda võimalikku kirurgilist ravi. Krooniline radikulopaatia esineb sagedasti spinaalstenoosi korral tingituna spinaalkanali ja/või intervertebraalmulskude ahenemisest.
- Voodirahu ei kiirenda paranemise kulgu radikulopaatiaga haigel, seega ei ole see soovitatav radikulopaatiaga haige ravi skeemis. Haige võib jätkata oma igapäevategevust, mida valu võimaldab, vältides tegevusi, mis suurendavad valu. Samas võib tugev radikulaarne valu loomult nõuda voodirahu ja sobiv asend seda leevendada.
- Hoolikalt valitud patsientidel kindlustab kirurgiline ravi kiirema valust vabanemise kui konservatiivne ravi. Ravitulemustel ei ole vahet, kas haiget on ravitud mikrodiskektoomiaga või konventsionaalsel meetodil.
- Aktiivne ja intensiivne võimlemine, mida on rakendatud 4–6 nädala jooksul pärast operatiivset ravi, parandab funktsionaalset võimekust, vähendab valu ja

kiirendab naasmist tööle, suurendamata reoperatsiooni riski.

Erakorraliste uuringute ja operatiivse ravi näidustused radikulopaatia korral on järgmised:

- *Cauda equina* sündroom.
- Kiiresti tekkinud, parees, progresseeruv lihaskõue langus painutaja- või sirutajalihasest labajalas ja/või reies.
- Väljakannatamatu valu, mis põhjustab haige sundasendi ja piirab oluliselt liikumisvõimet, on suhteliseks operatsiooninäidustuseks.

ÄGE ALASELJAVALU (KESTUS ALLA 6 NÄDALA)

Sagedasim seljavalu liik, mida haige kirjeldab kui selja venitust, äratõstmist/tõmbamist, on olemuselt valdavalt muskuloskeletaalne, müalgiline või müofastsiaalne valu.

Lühiajalise alaseljaprobleemiga (alla 6 nädala) haige käsitlus peaks piirduma anamneesi ja kliinilise uurimisega ilma laboratoorsete ja radioloogiliste uuringuteta, juhul kui ei ole alust kahtlustada teisi haiguseid, mis võiks vajada uuringuid ja spetsiifilist ravi.

Haigetele tuleb korduvalt rõhutada haiguse beniigset loomulikku kulgu ja head spontaanset paranemistendentsi: 50% -l taandub 2 nädalaga, 60% naaseb tööle 1 kuuga, 90% 3 kuuga, 2–7% -l areneb välja krooniline (>3 kuu) kestav alaseljavalu (7).

Lühike haiguspuhkus on tavaliselt piisav. Haiguspuhkuse eelduseks on tööle naasmise potentsiaal.

Tuleb soovitada **vältida voodirežiimi** (7). Lühike voodisolemine on mõnikord vältimatu üliägeda valu korral, kuid voodirežiimi ei tohi vaadelda kui ravi seljavalude puhul.

Patsienti on vaja julgustada jätkama oma igapäevast tegevust või naasma selle juurde nii ruttu kui võimalik, sageli saab kergema füüsilise koormusega tööd jätkata.

Analgeetiline ravi. Paratsetamooli võiks soovitada valikravimina, selle analgeetiline toime on võrreldav mittesteroidsete põle-

tikuvastaste ravimite (NSAID) toimega. NSAIDE tuleb ordineerida, kui paratsetamool ei anna loodetud efekti. Ibuprofeeni peetakse hästi talutavaks NSAIDiks. Ei ole andmeid erinevate NSAID-preparaatide eelistamiseks. Tuleb leida patsiendile sobivaim preparaat.

Vajaduse korral võib soovitada nõrga opiaadi lisamist paratsetamoolile või NSAIDile, selline ravimikombinatsioon on tõhusam kui opiaat eraldi.

Tsentraalse toimega lihasrelaksandid (nt tisanidiin) on ägeda seljavalu korral tõhusamad kui platseebo, kuid nad ei ole toimivamad kui NSAIDid ning nende kombinatsioonid koos NSAIDiga ei ole tõhusamad kui NSAID monoravimina. Küll võivad lihasrelaksandid olla alternatiivsed ravimid, kui NSAID on vastunäidustatud.

Kerged **harjutused** vormisoleku säilitamiseks nagu kõndimine on soovitatavad. Aktiivne ravikehakultuur seljale ei ole kasulik haiguse varases staadiumis. Tugikorsett ei ole tõenäoliselt tõhus, et vältida alaseljavalu või selle ägenemisi.

Manipulatsioonidel – manuaalteraapia – on mõningane efekt ägeda alaseljavalu korral. Selle toime on sarnane üldarsti tagatud konventsionaalse raviga ja valuvaigistitega, harjutustega või seljakooliga (alaselja ülekoormuste vältimine).

Manipulatsioone peaks tegema inimene, kes on vastava hariduse ja koolitusega (manuaalteraapia väljaõppega arst, litsentsitud kiropraktik, luu-liigesearst). Manuaalteraapiat võib teha ilma eelneva röntgenuurunguta, kui ei ole põhjust arvata, et patsiendil on vastunäidustusi, nt mõnda seisundit, mis võiks soodustada spinaalse või süvendada radikulaarset kahjustust (nagu kaugelearenenud osteoporoos, kasvaja, põletik, anküloseeriv spondüliit, spinaalstenoos, ebastabiilsus, spondülolistees, kaugelearenenud spondüloartroos, hiljutine trauma). Selja venitusravi ei ole alaseljavalu või radikuloopaatia ravis efektiivne.

ALAÄGE ALASELJAVALU (KESTUS 6–12 NÄDALAT)

Kui seljavalu kestus pikeneb, peaks tegema **uuringud** diagnoosi täpsustamiseks, ravile hinnangu andmiseks ja vajaduse korral kõikehõlmava rehabilitatsiooniplaani koostamiseks. Psühhiaatri, ortopeedi, reumatoloogi või neurokirurgi konsultatsioon on sageli vajalik diagnoosi täpsustamiseks (spetsiifilised uuringud), ravi, funktsionaalse ja töövõimekuse ning rehabilitatsiooni vajalikkuse määramiseks.

Patsiendi haiguskäitumist, tema kurnatust ja depressiooni on soovitatav hinnata intervjuul ja valu skaalal ning funktsionaalset võimekust küsimustikega, mille patsient ise täidab.

Ravi eeldab patsiendi aktiivset osavõttu raviprotsessist. Patsiendile on vaja talle arusaadavas vormis põhjalikult selgitada haiguse olemust, selle prognoosi ja ravi võimalusi. Uuringud ja kogemused on näidanud, et nii on võimalik saavutada haige funktsionaalse võimekuse taastumine ja tööle naasmine ning ennetada kroonilise valu kujunemist.

Põhilised **ravimite** kasutamise reeglid on samad nagu ägeda alaseljavalu puhul. Valuvaigistite pikaajalise tarvitamise kõrvaltoimeid tuleb arvestada eriti vanemaealistel, kellel on NSAIDide pikaajaseks tarvitamiseks suurem risk peptilise haavandi, mao perforatsiooni või veritsuse tekkeks. Koksiibide kõrvaltoimeid kardiovaskulaarsele süsteemile tuleb samuti arvestada. Antidepressantidel pole siiani näidatud platseebost paremat toimet alaseljavalude ravis, aga antidepressante võib kasutada, kui patsient on selgelt depressiivne. Bensodiasepiine peaks välja kirjutama ettevaatlikult ja antipsühhootikumid pole seljavalu ravis soovitatud.

Sihipärased harjutused nimme- ja piirkonna lihaskorseti tugevdamiseks on efektiivsed nii valu vähenemise kui ka funktsionaalse võimekuse tagamiseks. Pindmine soojendamine põhjustab lühiajalise valu vähenemise ja töövõime paranemise

alaägeda seljavaluga patsientidel. Manuaalteraapia, massaaž, nõelravi, mitmesugused blokaadid võivad mõnele patsientidele olla soodsa toimega, kuid pole tõestatud nende eeliseid muude ravivõtete ees.

KROONILINE ALASELJAVALU (KESTUS ÜLE 12 NÄDALA)

Üle 3 kuu kestnud seljavalu ravis on üldjuhul samad soovitusel kui alaägeda faasi korral. Intensiivne ja sihispärane füüsiline treening on kasulik multidistsiplinaarse rehabilitatsiooni osana. Töövõimekuse taastamine vajab ka meetmeid, mis võimaldaksid kohandada tööprotsessi patsiendi võimetele.

Ravimeid kasutatakse perioodiliselt, lähtudes valu tugevuse ja ilmnemise mustri. Ägenemiste korral ei ole neid soovitatud kasutada pikemalt kui 3 kuud.

Paratsetamooli, NSAIDI või NSAIDI ja nõrga opioidi kombinatsiooni on soovitatav kasutada regulaarselt kindlatel kellaaegadel. Antidepressandid võivad leevendada valu, kuid ilmselt ei paranda funktsionaalset võimekust. Kliinilistes uuringutes on tõestatud tritsükliliste antidepressantide efektiivsus. Gabapentiin ja topiramaat võivad leevendada neuropaatilist radikulaarset valu. Võib kaaluda lihasrelaksantide lühiaegset kasutamist.

Manuaalteraapia tõhusus kroonilise seljavalu korral on sarnane üldarsti tagatud konventsionaalse raviga ja valuvaigistitega, füsioteraapiaga, harjutustega või seljakooliga. Lumbaaltraktsioon (venitusravi) ei ole isoleeritud interventsioonina kroonilise alaseljavalu ravis efektiivne.

Transkutaanne elektriline närvistimulatsioon (TENS) ei ole tõhusam kui platseebo. Akupunktuur üksinda või lisana teistele raviviisidele võib kergendada kroonilist seljavalu ja parandada funktsiooni lühiajaliselt. Laserteraapial ei ole mingit kliiniliselt olulist kasulikkude efekti pikaajalise või kroonilise seljavalu korral.

Raviviisidel, nagu epiduraalne kortikosteroidide manustamine, intraartikulaarsed steroidisüstid, lokaalsed fassetblokaadid, *trigger*-punkti blokaadid, botuliintoksiinravi, radiofrekventne mõjutamine, diskiradiotermiline mõjutamine, ei ole tõestatud toimet. Püsiva valusündroomiga patsiendi võib ka suunata valukliinikusse seisundi hindamiseks ja raviks. Kirurgilist ravi rakendatakse vastavate näidustuste olemasolu korral.

LISA

Oswestery küsimustik on olnud kasutusel juba 25 aastat ja ta on osutunud kergesti kasutatavaks ning samal ajal heaks informatiivseks vahendiks patsiendi funktsionaalse võimekuse hindamiseks nii hetkeolukorras kui ka dünaamikaks (9). See võimaldab hinnata ravi tulemuslikkust ja prognoosida dünaamilisel jälgimisel haige töövõimet.

Küsimustikus on 10 osa, igas osas 6 küsimust, millest patsient valib parima tema seisundit iseloomustava vastuse. Vastuseid hinnatakse vahemikus 0–5. Kõikide osade vastuste punktid liidetakse ja arvutatakse patsiendi võimekuse puude protsent järgmise valemiga: punktid x 100 / 50.

INFO PATSIENDILE

Küsimustiku eesmärk on teada saada, kuidas selja- või jalavalu mõjutab Teie toimetulekut igapäevaelus. Palun vastake

igale osale. Märgistage ainult see vastusevariant, mis kirjeldab Teie **hetkeseisundit** kõige paremini.

OSWESTERY KÜSIMUSTIK

1. osa. Valu tugevus

- (0) Praegu mul valu ei esine.
- (1) Praegu on valu nõrk.
- (2) Praegu on valu keskmine.
- (3) Praegu on valu üsna tugev.
- (4) Praegu on valu väga tugev.
- (5) Praegu on valu väljakannatamatu.

2. osa. Enesehooldus (pesemine, riietumine jm)

- (0) Saan hakkama, ilma et see põhjustaks valu.
- (1) Saan hakkama, kuid see põhjustab valu.
- (2) Enesehooldus põhjustab valu ning ma olen ettevaatlik.
- (3) Enamasti saan enesehooldusega hakkama, kuid vajan abi.
- (4) Enamasti vajan enesehoolduse puhul abi iga päev.
- (5) Ma ei suuda ennast riietada, enda pesemine on raske ning ma olen voodis.

3. osa. Tõstmine

- (0) Suudan tõsta raskeid esemeid, ilma et see põhjustaks mulle valu.
- (1) Suudan tõsta raskeid esemeid, kuid see põhjustab mulle valu.
- (2) Valu ei võimalda mul suuri raskusi pörandalt tõsta, kuid saan hakkama, kui need on asetatud sobivale kohale, näiteks lauale.
- (3) Valu ei võimalda mul tõsta suuri raskusi, kuid kergeid ja keskmiste raskustega saan hakkama, kui need on asetatud sobivale kohale.
- (4) Suudan tõsta ainult väga kergeid esemeid.
- (5) Ma ei suuda midagi tõsta ega kanda.

4. osa. Kõndimine

- (0) Valu ei takista kõndimist.
- (1) Valu ei võimalda kõndida rohkem kui 1–2 km.
- (2) Valu ei võimalda kõndida rohkem kui 0,5 km.
- (3) Valu ei võimalda kõndida rohkem kui 200 m.
- (4) Saan kõndida ainult kepi või karkude abil.
- (5) Enamiku ajast olen voodis ja tualetti suudan minna vaid roomates.

5. osa. Istumine

- (0) Suudan istuda igasugusel toolil nii kaua, kui tahan.
- (1) Suudan istuda oma lemmiktoolil nii kaua, kui tahan.
- (2) Valu ei võimalda istuda rohkem kui 1 tund.
- (3) Valu ei võimalda istuda rohkem kui 30 min.
- (4) Valu ei võimalda istuda rohkem kui 10 min.
- (5) Valu ei võimalda üldse istuda.

6. osa. Seisimine

- (0) Saan seista niikaua, kui tahan, ilma et see tekitaks mulle valu.
- (1) Saan seista niikaua, kui tahan, kuid see tekitab valu.
- (2) Valu ei võimalda seista rohkem kui 1 tund.
- (3) Valu ei võimalda seista rohkem kui 30 min.
- (4) Valu ei võimalda seista rohkem kui 10 min.
- (5) Valu ei võimalda üldse seista.

7. osa. Magamine

- (0) Magades ei esine kunagi valu.
- (1) Magades esineb aeg-ajalt valu.
- (2) Valu tõttu saan magada vähem kui 6 tundi.
- (3) Valu tõttu saan magada vähem kui 4 tundi.
- (4) Valu tõttu saan magada vähem kui 2 tundi.
- (5) Valu tõttu ei saa ma üldse magada.

8. osa. Seksuaalelu

- (0) Minu seksuaalelu on normaalne ega põhjusta valu.
- (1) Minu seksuaalelu on normaalne, kuid põhjustab valu.
- (2) Minu seksuaalelu on peaaegu normaalne, kuid põhjustab valu.
- (3) Minu seksuaalelu on valu tõttu tugevasti piiratud.
- (4) Valu tõttu seksuaalelu peaaegu puudub.
- (5) Valu tõttu seksuaalelu puudub.

9. osa. Ühiskondlik elu

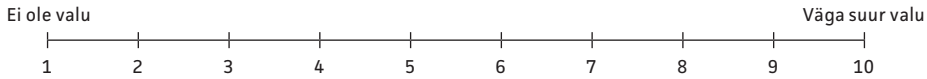
- (0) Minu ühiskondlik elu on normaalne ega ei põhjusta mulle valu.
- (1) Minu ühiskondlik elu on normaalne, kuid põhjustab valu.
- (2) Valu ei mõjuta mu ühiskondlikku elu oluliselt, v.a tegevused, kus läheb vaja rohkem energiat (nt sportimine).
- (3) Valu piirab mu ühiskondlikku elu ja ma ei käi enam tihti väljas.
- (4) Valu tõttu piirdub minu ühiskondlik elu koduga.
- (5) Valu tõttu mul ühiskondlik elu puudub.

10. osa. Reisimine, liikumine

- (0) Saan reisida kõikjale, ilma et see põhjustaks valu.
- (1) Saan reisida kõikjale, kuid see põhjustab valu.
- (2) Valu on tugev, kuid üle 2 tunni kestva liikumisega saan ma hakkama.
- (3) Valu tõttu saan liikuda vaid alla 1 tunni
- (4) Valu tõttu saan liikuda vaid alla 30 minuti.
- (5) Valu tõttu ei saa ma liikuda, teen seda ainult ravi eesmärgil.

VALU TUGEVUSE HINDAMISEKS SOBIV VAS (VISUAAL-ANALOOGSKAALA) EHK VALUSKAALA

Kui tõsine on Teie seljavalu täna? Palun tehke vertikaalne märk joonele, mis näitab, kui suurt valu Te täna tunnete.



Kui kaua on Teil esinenud seljavalusid (kui mitu päeva, kuud, aastat)?

Kas Teil esineb seljavalu esimest korda või on see krooniline?

Ando.Vaher@kliinikum.ee

KIRJANDUS

- Rubin DI. Epidemiology and risk factors for spine pain. *Neurol Clin* 2007;25:353–71.
- Carey TS. Acute severe low back pain: a population-based study of prevalence and care seeking. *Spine* 1996; 21:339–44.
- Deyo RA. Primary care: low back pain. *N Engl J Med* 2001;344:363–70.
- Luo X. Estimates and patterns of direct health care expenditures among individuals with back pain in the U.S. *Spine* 2003;29:79–86.
- European guidelines for the management low back pain. *Ehrllich-Bulletin of the World Health Organization* 2003;81:671–6.
- Van Tulder M, Becker A, Bekkering T, et al. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *Eur Spine J* 2006;15(Suppl2):S169–91.
- Airaksinen O, Brox J-I, Cedraschi C, et al. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *Eur Spine J* 2006;15(Suppl2):S192–300.
- Krismer M, van Tulder M. Strategies for prevention and management of musculoskeletal conditions. *Low back pain (nonspecific. Best Pract Res Clin Rheumatol* 2007;21:77–91.
- Fairbank JC, Pynsent PB. The Oswestry Disability Index. *Spine* 2000;25:2940–52.

SUMMARY**Low back pain – current concepts**

Low back pain is a common musculoskeletal disorder affecting 80% of people at some point of their life. It can be either acute, subacute or chronic in duration.

In the minority of cases it may occur as a symptom of serious medical condition (trauma, cancer, epidural inflammation, compression radiculopathy, cauda equina syndrome etc) and requires urgent diagnostic testing and treatment.

In the case of recurrent, subacute and chronic low back pain X-ray spondylograms

and imaging testing (preferably MRI) are needed.

Treatment of low back pain should be complex involving physical exercise and use of NSAID medication. Spinal manipulations, acupuncture, injections, and massage are not superior to standard conservative management. Surgery may be indicated when conservative treatment is not effective in the case of functionally limiting neurologic symptoms (leg weakness, cauda equina syndrome).