

# Alaseljavalust uue Eesti ravijuhendi valguses

Aleksandra Šilova<sup>1</sup>, Teele Kaarma-Tõnne<sup>2,3</sup>, Sergey Goshka<sup>4</sup>, Kaja-Triin Laisaar<sup>5</sup>

Alaseljavalu on valu või ebamugavustunne alumise roide ja tuharavoldi vahelisel alal. Valu võib kiirguda ühte või mõlemasse jalga ja sellega võivad kaasned ka radikulopaatia nähud.

Alaseljavalu on väga sage terviseprobleem – uuringute andmeil on seda elu jooksul kogunud ligi 90% inimestest (1). Enamasti pöörduvad inimesed alaseljavalu tõttu perearsti poole, aga ka erakorralise meditsiini osakonda (2). Üle 90%-l juhtudest on alaseljavalu mittespetsiifiline ehk valul ei ole tõsist püsivat põhjust (3) ja asjatundliku käsitluse korral on paranemise prognoos hea ning äge valu ei kujune krooniliseks. 5–9%-l juhtudest esineb alaseljavalu koos seljaaju või närvijuurte kahjustuse nähtudega, mis viitavad mingile spetsiifilisele põhjusele (nt spinaalstenosis) ning väga harva (umbes 0,9% juhtudest) on alaseljavalu mõne tõsise haiguse (nt kasvaja, lülimurd, *cauda equina* sündroom või infektsioon) tunnuseks (4). Nendele spetsiifilistele alaseljavalu põhjustele viitavad teatud ohumärgid ehk nn punased lipud ning taoline alaseljavalu vajab patogeneetilist ravi.

Kui alaseljavalu on kestnud kuni 6 nädalat (k.a), peetakse seda ägedaks; kui 6–12 nädalat (k.a), siis alaägedaks. Üle 12 nädala kestnud alaseljavalu puhul on tegemist kroonilise valusündroomiga. Alaseljavalu käsitlus sõltub nii valu olemusest (mittespetsiifiline või spetsiifiline) kui ka kestusest (äge vs. krooniline).

Eesti Haigekassa auditeeris 2014. aastal 29 perearstikeskuses

kokku 243 ägeda alaseljavaluga 20–55aastase patsiendi käsitlust esmakordsel pöördumisel perearsti vastuvõtule. Selgus, et selle sageda terviseprobleemi käsitlus oli perearstite väga erinev (5). Alaseljavalu diagnoosib arst, kuid selle ravi on kompleksne – lisaks valuvaigistavatele ravimitele on väga oluline nii patsiendi enda panus kui ka füsio- ja psühhoteraapia meetodite rakendamine.

Tegemist on väga kuluka terviseprobleemiga, seda nii otseste kui ka kaudsete sotsiaal-majanduslike kulude tõttu (6). Näiteks on alaseljavalu sageda töövõimetusele väljastamise põhjus, eriti just nooremate inimeste seas. Eestis viibis 2019. aastal haigekassa andmetel 20–64aastasest tööealistest isikutest seljavalu (rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni 10. väljaande (RHK-10) järgne kood M54) tõttu ajutisel töövõimetusele ligi 12 000 inimest keskmiselt 17 päeva ning sellest tulenev kulu ulatus üle 4,3 miljoni euro (andmepäring Eesti Haigekassale, 2020, avaldamata andmed). Erakorralise meditsiini osakonda jõudis seljavalu tõttu ligi 6000 inimest, neist kolmandikul põhjuseks nimmevalu (RHK-10 kood M54.5) (andmepäring Eesti Haigekassale, 2020, avaldamata andmed). Seega pole alaseljavalu käsitlus esmatasandil olnud piisavalt tõhus ja standardiseeritud.

Et patsientide ravi Eestis oleks tõendus põhine ja tulemuslik, koostatigi Eestis juhend „Alaseljavalu diagnostika ja ravi esmatasandil”. Põhirõhk on juhendis mittespetsiifilise alaseljavaluga patsiendi käsitlusel esmatasandil ja vajaduse korral eriarsti juurde suunamisel. Optimaalse lähenemisega saab vähendada eriarstiabi ja siduserialade koormust

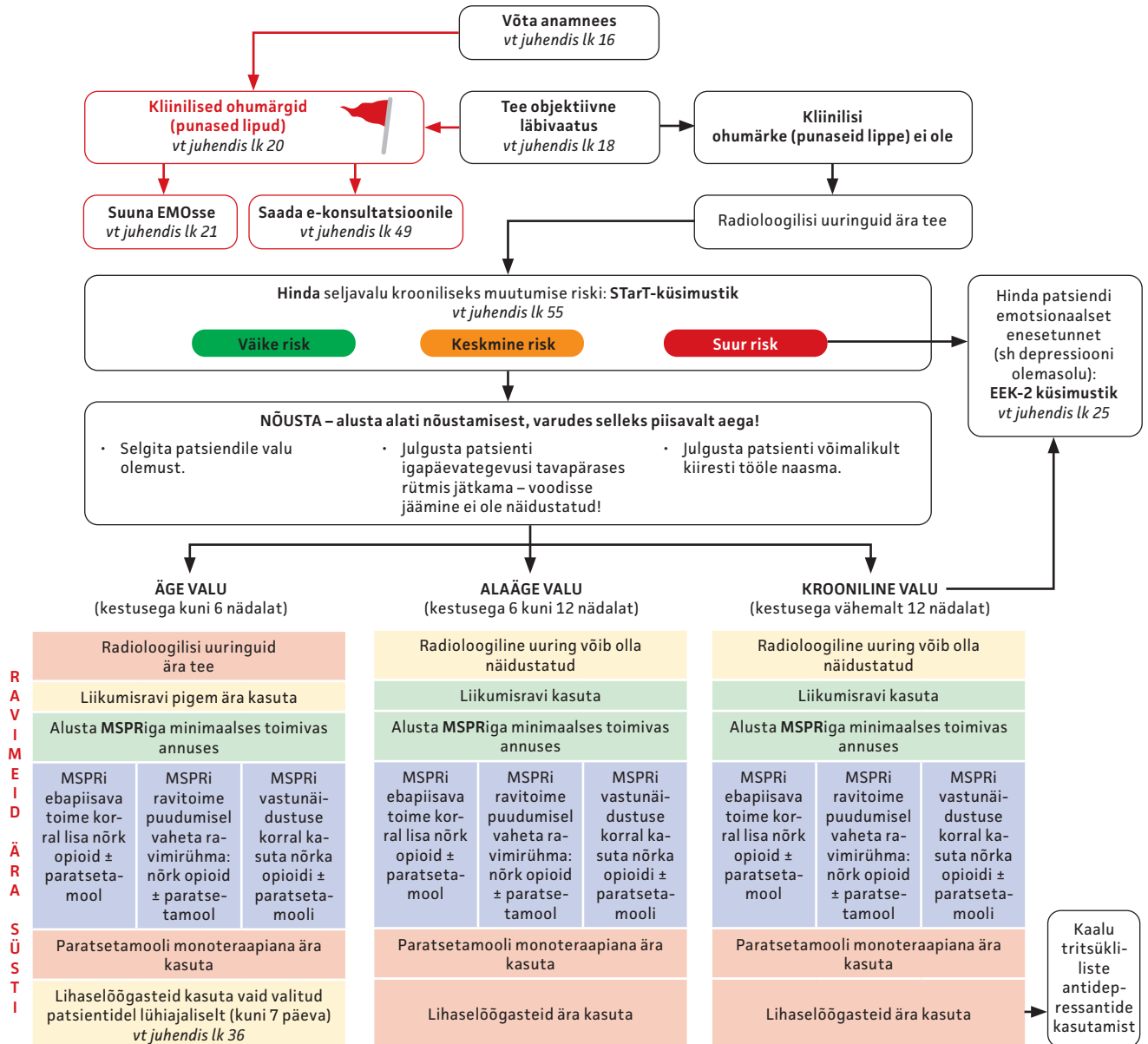
ning ajutise töövõimetusega seotud haiguspäevi ja püsivast töövõimetusest tulenevaid kulusid.

Kõik alaseljavalu diagnostika ja ravi juhendi materjalid leiab Eesti ravijuhendite veebikeskkonnast <https://www.ravijuhend.ee> märksõnaga „alaseljavalu“ või otse lingilt <https://www.ravijuhend.ee/tervishoiuvarav/juhendid/125/alaseljavalu-diagnostika-ja-raviesmatasandil#4a07651dkeelne>. Lisaks haiguse diagnoosimise, ravi ja patsiendi suunamise soovitus-tele (ja selgitustele) on juhendile lisatud ka kõiki soovitusi koondav algoritm (vt siin joonis 1) ning seljavalu krooniliseks muutumise riski hindamiseks soovitatav START-küsimustik. Samuti on koostatud infovoldik „Sinu alaseljavalu” (nii eesti kui ka vene keeles), mille saab patsiendile esmavisiidil meespeana kaasa anda. Juhendi materjalid on saadaval ka trükituna. Tasuta trükiseid saab tellida, kirjutades aadressil [trykised@haigekassa.ee](mailto:trykised@haigekassa.ee).

## Olulisemat (mittespetsiifilise) alaseljavalu diagnoosimise kohta

Esmatasandil keskendub käsitlus triaazole – kliiniliste ohumärkide ehk nn punaste lippude olemasolu hindamisele. Erakorralist spetsialiseeritud abi vajavatele haigusseisunditele viitavad teatud tunnused, mida saab anamneesi võtmise ja objektiivse läbivaatuse käigus edukalt välja sõeluda. Et vastuvõtu ajapiirides mõni sümptom tähelepanuta ei jääks, on juhendis loetletud kõik olulised küsimused, mida alaseljavaluga patsiendile esmavisiidil esitada, ja hinnangud, mida anda. Kui punaseid lippe ei esine, on tegemist mittespetsiifilise alaseljavaluga.

<sup>1</sup> Ida-Viru Kesksaigla kirurgiikliinik,  
<sup>2</sup> Tartu Ülikooli Kliinikumi spordimeditsiini ja taastusravi kliinik,  
<sup>3</sup> Tartu Ülikooli kliinilise meditsiini instituut,  
<sup>4</sup> Ida-Viru Kesksaigla anestezioloogia ja intensiivravi kliinik,  
<sup>5</sup> Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituudi ravijuhendite püsisekretariaat



VAJADUSEL SUUNA taastusarsti, füsioterapeudi, valuarsti, kliinilise psühholoogi või psühhiaatri, reumatoloogi, lülisambakirurgi juurde  
Suunamisi teise eriala spetsialisti juurde vt ravijuhendi lisa 1 oleva täismahus algoritmi pöördelt ja ravijuhendis lk-146–48

EMO – erakorralise meditsiini osakond; MSPR – mittesteroidne põletikuvastane ravim; EEK-2 – emotsionaalse enesetunde küsimustik 2

## Joonis 1. Alaseljavaluga patsiendi käsitlemise algoritm.

Mittespetsiifiline alaseljavalu on mitmetahuline probleem: peale valu ja sellest tulenevate funktsionaalsete häirete mängivad haiguse kulu ja prognoosi kujunemises olulist rolli psühhosotsiaalsed tegurid ehk nn kollased lipud. Need on patsiendi emotsionaalne sättumus, valukäitumine ja hirm võimaliku tõsise haiguse ees. Siis on patsiendid haavatavamad ja käitumismustrilt pigem vastanduvad tervishoiu-

töötajate soovitudele. Samuti on neil suurem tõenäosus, et alaseljavalu areneb krooniliseks valuks. Valu krooniliseks muutumise riski (madal, keskmine või kõrge) põhjal saab aga kohe algusest peale valida patsiendile sobivaima käsitlemise.

Juhendis on pakutud seljavalu krooniliseks muutumise riski hindamiseks ning patsiendi edasise käsitlemise üle otsustamiseks tõhus abivahend – STaRT-küsimustik. Selle

kasutamine alaseljavalu korral on teistest küsimustikest eelistatum. Eestis laialt juurdunud ja patsiendi psühhosotsiaalseid probleeme täpsemalt selgitaval emotsionaalse enesetunde küsimustikul EEK-2 on lisaväärtus juhul, kui esmavisiidi ajaks on patsiendil valu kestnud vähemalt kolm kuud ehk see on muutunud juba krooniliseks.

Kliinilises praktikas on laialt levinud arusaam, et alaseljavalu

korral peab tegema radioloogilise uuringu. Ka patsiendid kipuvad enamasti ootama, et tehakse seljapilt. See on põhjendamatu müüt, mis toob endaga lisakoormust nii tervishoiule kui ka patsiendile. Nimme röntgenograafia ja kompuutertomograafia eksponeerivad patsienti ioniseeriva kiirguse kumulatiivsele mõjule, mis võib viia vähi tekkeni (7). Samuti ei korreleeru uuringuleid alati kliinilise pildiga. Tuginedes radioloogiliste uuringute peaaegu olematule kliinilisele kasule (mittespetsiifilise alaseljavaluga patsiendi esmavisiidil), on juhendis tugev soovitus – punaste lippude puudumise korral pole radioloogilisi uuringuid vaja teha. See ei muuda edasist käsitlust.

### Olulisemat mittespetsiifilise alaseljavalu ravi kohta

Tavaliselt on äge mittespetsiifiline alaseljavalu iseparanev. Sellegipoolest otsitakse funktsiooni piirangute tõttu valule võimalikult kiiret leevendust, enamasti ravimitega. Siiski pole farmakoteraapia mittespetsiifilise alaseljavalu käsitluses esmatähtis, vaid sel on abistav osa.

Oluline on alustada ravi patsiendi nõustamisega. Ainuüksi selgitamisega saab suurema osa patsiendi muresid lahendada. Diagnoosi määramise järel tuleb patsiendile selgitada ja temaga koos läbi arutada valu tekkepõhjused, kulg ja käsitluse põhimõtted, sh see, mida patsient ise valu vähendamiseks teha saab. Nii on patsient algusest peale aktiivselt ravise kaasatud.

Sageli arvatakse, et alaseljavalu puhul tuleb jälgida voodirežiimi, kuna liikumisega tehakse endale rohkem kahju. Paljud patsiendid piiravad seetõttu oma igapäevaseid füüsilisi tegevusi, jäävad voodisse. Taoline lähenemine on veel üks müüt. Vastupidi, tõendus põhiseest kirjandusest lähtuvalt on ülimalt oluline, et patsient säilitaks tavapärase füüsilise aktiivsuse. See mõjub positiivselt ka paranemisele. Juhul, kui ägeda alaseljavaluga patsient on seni regulaarselt trenni teinud,

võib ta sellega suure tõenäosusega enesetunnet jälgides ka jätkata. Samuti tuleb jätkata tööl käimist. Üksnes füüsiliselt rasket tööd tegeva inimese puhul peab arst otsustama, kas oleks vaja mõneks ajaks tööst puhata ja seetõttu väljastada töövõimetusleht.

Kui ägeda alaseljavalu tõttu arsti poole pöördunud patsiendil on STarT-küsimustiku põhjal kõrge või keskmine risk valu krooniliseks muutumiseks, tuleb ta suunata taastusrsti ja/või füsioterapeudi juurde, kes valib sekkumised vastavalt patsiendi individuaalsele riskiprofiilile. Valu alaägedas faasis soovitatakse alustada füsioterapeudi juhendamisel tehtavaid terapeutilisi harjutusi. Juhendis on rõhutatud, et nende harjutuste tegemise olulisust tuleb patsiendile selgitada ja patsient neid tegema suunata enne, kui valu krooniliseks muutub. Kroonilise valu korral on juhendis tõendusmaterjalile tuginedes aga juba selge soovitus terapeutilisi harjutusi kasutada.

Liikumine on alaseljavalu n-ö esmaravim. Siiski on juhendis välja toodud tõendus põhisele meditsiinile toetudes ka soovitus alaseljavalu ravis kõige sagedamini kasutatavate ravimirühmade kohta: paratsetamool, mittesteroidsed põletikuvastased ravimid (MSPR), opioidid, lihasedõlgastid, gabapentinoidid, tritsüklilised antidepressandid. Alaseljavalu valikravimiks on MSPR, mida tuleb kasutada minimaalses toimivas annuses. Arvestada tuleb aga vastunäidustustega, millest kõige levinumad on gastrointestinaalsed haavandid ja verejooks, neerupuudulikkus, ravimata hüpertensioon ja südamepuudulikkus. Paratsetamooli kasutamine monoterapiana pole soovitatav. Teisi preparaate ja nende kombinatsioone on soovitatav kasutada alaseljavalu kliinilistes erisituatsioonides, millest on antud ülevaade ravijuhendis.

Eraldi on juhendis toodud, et esmatasandil ei ole põhjust ravimeid süstida, olgu siis lihassesse või blokaadina (selleks peab olema

eriväljaõpe ja kasutada tuleb visuaalseerimisvahendeid – röntgenit või ultraheli), kuna sellega kaasneb hulk kõrvaltoimeid ja võimalikke tüsistusi. Suukaudne ravimi manustamine on kui mitte suurema, siis vähemalt sama efektiivsusega ning palju ohutum.

### Kokkuvõtlikult mittespetsiifilise alaseljavaluga patsiendi suunamisest teise eriala spetsialisti konsultatsioonile

Juhendis on eraldi peatükk pühendatud alaseljavaluga patsiendi suunamisele teise eriala spetsialistide juurde. Suunamise soovitusel sõltuvad sellest, kui kaua on patsiendil valu kestnud ehk kas tegemist on ägeda, alaägeda või kroonilise valuga. Olukorrad, mil patsient suunata füsioterapeudi, taastusrsti, valuarsti, kliinilise psühholoogi või psühhiaatri juurde, on juhendis kokku võetud nii tabelisse kui ka patsiendi käsitluse algoritmi. Samuti on juhendis kirjeldatud olukorrad, mil patsiendil spetsiifilist alaseljavalu kahtlustada ja ta lülisambakirurgiaga tegeleva arsti (ortopeedi, neurokirurgi) või reumatoloogi juurde suunata.

Arvestades senist alaseljavaluga patsientide suunamise praktikat Eestis, on juhendis eraldi esile toodud, et kuna neuroloogilised haigused alaseljavalu ei põhjusta, ei ole alaseljavaluga patsiendi suunamine neuroloogi juurde näidustatud.

### ALLIKAD

- Hoy D, Bain C, Williams G, et al. A systematic review of the global prevalence of low back pain. *Arthritis Rheum* 2012;64:2028–37.
- Scott NA, Moga C, Harstall C. Managing low back pain in the primary care setting: the know-do gap. *Pain Res Manag* 2010;15:392–400.
- Maher C, Underwood M, Buchbinder R. Non-specific low back pain. *Lancet* 2017;389:736–47.
- Foster NE, Anema JR, Cherkov D, et al. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *Lancet* 2018;391:2368–83.
- Soots M, Tiidermann M, Kansi H, Nigol H, Takker U. Kokkuvõtte kliinilisest auditist „Alaseljavaluga patsiendi diagnostika ja ravi kvaliteet esmatasandil“. *Eesti Arst* 2016;95:502–4.
- Dagenais S, Caro J, Halderman S. A systematic review of low back pain cost of illness studies in the United States and internationally. *Spine* 2008;8:8–20.
- Chou R, Deyo RA, Jarvik JG. Appropriate use of lumbar imaging for evaluation of low back pain. *Radiol Clin North Am* 2012;50:569–85.