



ALASELJAVALU DIAGNOSTIKA JA RAVI ESMATASANDIL

Eesti ravijuhend

RJ-M/38.1-2019

Ravijuhendi töörühma liikmed

Boris Gabovitš (töörühma juht)	Anestesioloog, Lääne-Tallinna Keskhaigla Valuravi lisapädevusega arst, Medicum Eesti Valu Selts
Tanel Vahopski	Ortopeed, Ida-Tallinna Keskhaigla Eesti Ortopeedia Selts
Jelena Sveklina	Anesteesiaõde, Ida-Tallinna Keskhaigla Valuravi lisapädevusega õde, Medicum Eesti Valu Selts
Mai Tammaru	Patsientide esindaja
Ando Vaher	Neurokirurg, Tartu Ülikooli Kliinikum L. Puusepa nim Eesti Neuroloogide ja Neurokirurgide Selts
Ande Lindmäe	Neuroloog, Põhja-Eesti Regionaalhaigla L. Puusepa nim Eesti Neuroloogide ja Neurokirurgide Selts
Katrin Antsov	Neuroloog, Pärnu Haigla L. Puusepa nim Eesti Neuroloogide ja Neurokirurgide Selts
Kristiina Tamm	Perearst, Eesti Kaitsevägi Eesti Perearstide Selts
Helve Kansi	Perearst, Helve Kansi OÜ Eesti Perearstide Selts
Teele Kaarma-Tõnne	Taastusarst, Tartu Ülikooli Kliinikum Assistent, Tartu Ülikool Ekspertarst, Põhja-Eesti Taastusravi Keskus Eesti Taastusarstide Selts
Eve Sooba	Taastusarst, Ida-Tallinna Keskhaigla Eesti Taastusarstide Selts
Malle Avarsoo	Peaspetsialist, Eesti Haigekassa

Töörühma konsultandid

Triinu Niiberg-Pikksööt	Kliiniline psühholoog, Tartu Ülikooli Kliinikum Eesti Psühholoogide Liit
Indrek Hanso	Radioloog, Põhja-Eesti Regionaalhaigla Eesti Radioloogia Ühing

Ravijuhendi sekretariaadi liikmed

Mark Braschinsky (sekretariaadi juht)	Neuroloog, Tartu Ülikooli Kliinikum L. Puusepa nim Eesti Neuroloogide ja Neurokirurgide Selts
Sergei Goška	Anestesioloog, Ida-Viru Keskhaigla Valuravi lisapädevusega arst, Medicum Eesti Valu Selts
Aleksandra Šilova	Arst-resident (üldkirurgia), Ida-Viru Keskhaigla Valuravi lisapädevusega arst, Medicum Eesti Valu Selts
Kairit Linnaste	Füsioterapeut, VIREO (kuni 08.2018 Pärnu Haigla) Eesti Füsioterapeutide Liit
Eduard Tsvetkov	Taastusarst, Medicum Eesti Valu Selts

Metoodiline tugi

Kaja-Triin Laisaar	Metoodikakonsultant, TÜ meditsiiniteaduste valdkonna ravijuhendite püsisekretariaat Epidemioloogia teadur, TÜ peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut
--------------------	--

Huvide deklaratsioonide koond, tõendusmaterjali kokkuvõtted ja koosolekute protokollid on kättesaadavad veebiaadressil

<https://www.ravijuhend.ee/tervishoiuvarav/juhendid/125/alaseljavaalu-diagnostika-ja-ravi-esmatasandil>

Soovituslik viitamine: Alaseljavaalu diagnostika ja ravi esmatasandil, RJ-M/38.1-2019. Ravijuhendite nõukoda 2019.

Otsingusõnad: alaseljavaalu, ravijuhend, spetsiifiline alaseljavaalu, mittespetsiifiline alaseljavaalu, äge alaseljavaalu, alaäge alaseljavaalu, krooniline alaseljavaalu, kollased lipud, punased lipud.

© Eesti Haigekassa 2019
Lastekodu 48, Tallinn 10144

www.ravijuhend.ee
info@haigekassa.ee

ISBN 978-9949-585-83-0
ISBN 978-9949-585-84-7 (pdf)

Alaseljavalu diagnostika ja ravi esmatasandil

Eesti ravijuhend



RJ-M/38.1-2019

Ravijuhend on valminud vastavalt Eesti ravijuhendite koostamise käsiraamatule (www.ravijuhend.ee)

Teadusliku tõenduse kvaliteet (Balshem 2011)¹

Kõrge	Võib olla väga kindel, et sekkumise tegelik mõju on väga lähedane uuringutes antud hinnangutele.
Mõõdukas	Võib olla mõõdukalt kindel, et sekkumise tegelik mõju on lähedane uuringutes antud hinnangutele, kuid see võib ka oluliselt erineda.
Madal	Ei saa olla kindel sekkumise mõjule antud hinnangutes, tegelik mõju võib hinnangutest oluliselt erinev olla.
Väga madal	Ei saa üldse kindel olla sekkumise mõjule antud hinnangutes, tegelik mõju on tõenäoliselt hinnangutest oluliselt erinev.

Soovituse tugevus ja suund (Guyatt 2008)²

Tugev soovitus teha 	Soovituse tugevus peegeldab seda, kui kindel võib olla, et sekkumisest saadav kasu ületab võimaliku kahju.
Soovitus pigem teha 	Soovituse tugevuse määravad järgmised tegurid: - soovitud ja soovimatu toime vahelise erinevuse suurus; - teadusliku tõenduse kvaliteet; - patsientide eelistuste varieeruvuse määr; - ressursikulu.
Soovitus pigem mitte teha 	Tugev soovitus antakse, kui on kindel, et enamik hästi informeeritud patsiente otsustaks kõnealuse sekkumise kasuks.
Tugev soovitus mitte teha 	Nõrga soovitusel puhul on ette näha, et patsiendi suhtumine sekkumise valikusse sõltub isiklikest väärtustest ja eelistustest. Arst peab olema kindel, et neid on arvestatud. Tugev soovitus on väljendatud sõnadega „tehke, kasutage“, nõrk soovitus väljenditega „võib teha, kaaluge tegemist“.

Hea tava suunised

	Ravijuhend sisaldab suuniseid, mis põhinevad ravijuhendi töörühma liikmete kliinilisel kogemusel ja mis võivad olla praktikas abiks parima ravitulemuse saamisel.
---	---

- 1 Balshem, H., Helfand, M., Schünemann, H.J., Oxman, A.D., Kunz, R., Brozek, J., et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. J Clin Epidemiol. April 2011; 64 (4): 401–6.
- 2 Guyatt, G.H., Oxman, A.D., Vist, G.E., Kunz, R., Falck-Ytter, Y., Alonso-Coello, P., et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. BMJ. 26. April 2008; 336 (7650): 924–6.

Sisukord

Lühendid	8
Mõisted	9
Sissejuhatus	11
Juhendi koostamise vajadus	11
Ravijuhendi käsitusala ja sihtrühm	12
Ravijuhendi soovitude loetelu	13
Ravijuhendi soovitused koos tõenduse ja arutelu lühikokkuvõttega	16
Diagnoosimine	16
Ravi	30
Patsiendi suunamine teise eriala spetsialisti juurde	46
E-konsultatsioon	49
Ravijuhendi koostamine	50
Tõendusmaterjali otsimine ja hindamine	52
Lisa 1	53
Lisa 2	55
Lisa 3	56
Kasutatud kirjandus	57

Lühendid

BPI	<i>Brief Pain Inventory</i> , valutugevuse hindamise mõõdik
CI	<i>Confidence interval</i> , usaldusvahemik
EEK-2	Emotsionaalse enesetunde küsimustiku 2. versioon (subjektiivse enesehinnangu skaala depressiooni ja ärevuse sümptomite hindamiseks)
EQ-5D	<i>EuroQol-5 Dimension</i> , elukvaliteedi mõõdik
MODEMS	<i>Musculoskeletal Outcomes Data Evaluation and Management System</i> , kehalise sooritusvõime hindamise mõõdik
MSPR	Mittesteroidne põletikuvastane ravim
ODI	<i>Oswestry Disability Index</i> , kehalise sooritusvõime hindamise mõõdik
PCS	<i>Pain Catastrophising Scale</i> , valu katastrofiseerimise ehk valule liigse tähelepanu pööramise, selle ülehindamise mõõdik
RHK-10	Rahvusvahelise haiguste ja nendega seotud terviseprobleemide statistilise klassifikatsiooni 10. versioon
RMDQ	<i>Roland Morris Disability Questionnaire</i> , kehalise sooritusvõime hindamise mõõdik alaseljavalu korral
RR	<i>Relative risk</i> , suhteline risk
RT	Riigi Teataja
SF-6D	<i>Short-Form 6-Dimension</i> , üldise terviseseisundi mõõdikule SF-36 tuginev, enamasti sekkumise kulutõhususe hindamisel kasutatav mõõdik
SF-36	<i>Short-Form 36</i> , üldise terviseseisundi mõõdik
SMD	<i>Standardized mean difference</i> , standarditud keskmiste erinevus)
STarT-BST	<i>Keele STarT Back Screening Tool</i> , STarT seljavalu küsimustik, alaseljavaluga patsientide prognoosi – valu krooniliseks muutumise tõenäosuse hindamise mõõdik
TSK	<i>Tampa Scale for Kinesiophobia</i> , kinesiophobia ehk valu korral liikumise või liigutamise kartuse hindamise mõõdik
ÖMPQ	<i>Örebro Musculoskeletal Pain Questionnaire</i> , alaseljavaluga patsientide prognoosi – funktsioonivõime pikaajalise häire ja tööle mittenaasmise tõenäosuse hindamise mõõdik

Mõisted

Alaäge valu	6–12 nädalat (k.a) kestnud valu
Blokaad	Närviimpulsi ülekande katkestamine lokaalanesteetikumiga närvijuure, -tüve, -fastsiikuli või perifeerse närvi tasemel. Mõistet kasutatakse ka süste korral limapauna, lihase kinnituskoha vm.
Interventsionaalne valuravi	Valuravi invasiivsete võtetega, selle ravijuhendi kontekstis eelkõige süsteravi, mitmesugused blokaadid
„Kollased lipud“	Kliinilised ohumärgid, mis iseloomustavad patsiendi (selle ravijuhendi kontekstis alaseljavaluga patsiendi) psühhosotsiaalset seisundit või omadusi: emotsionaalset sättemust, valukäitumist ja hirmu tõsise haiguse ees. Nende ohumärkidega patsient on haavatavam ning võib käitumismustrilt tervishoiutöötajale vastanduda. Nende ohumärkide esinemisel on valu krooniliseks muutumise tõenäosus suurem.
Konservatiivne valuravi	Valuravi, mille puhul ei kasutata invasiivseid meetodeid (nt farmakoloogiline ravi, füsioteraapia)
Krooniline valu	Üle 12 nädala kestnud valu
Liikumisravi (ehk terapeutilised harjutused)	Füsioteraapias konkreetsele patsiendile mõeldud harjutused, mida tehakse füsioterapeudi juhendamisel. Liikumisravi alla kuuluvad planeeritud liigutused, juhendatud kehaasendid ja/ või tegevused, mille eesmärk on parandada patsiendi liikuvust ja lihasjõudu, ennetada vigastusi ning seeläbi parandada tema üldist tervislikku seisundit.
Mitme-dimensiooniline mõõdik	Tervise erinevaid tahke ehk dimensioone (nt valu psühhosotsiaalseid aspekte, kehalist sooritusvõimet) hindav mõõdik
Mittespetsiifiline alaseljavalu	Alaseljavalu, mida ei saa seostada kindla teadaoleva patoloogiaga (nt infektsioon, kasvaja, osteoporoos, lülimurd, strukturealne deformatsioon, põletikuline haigus, radikulaarne sündroom või <i>cauda equina</i> sündroom)

Psühholoogiline distress	Üldmõiste, mida kasutatakse häirivate emotsionaalsete kogemuste kirjeldamiseks, mis mõjutavad inimese igapäevast funktsioneerimist. Psühholoogilise distressi tulemusena võib inimesel kujuneda negatiivne mõttemuster maailma, teiste ja iseenda nägemiseks. Kroonilise haiguse korral on pikaajalise psühholoogilise distressi ilminguiks hirm, kurbus, ärevus, häiritus ja/või vaimse tervise häirete sümptomid.
„Punased lipud“	Kliinilised ohumärgid, mis viitavad potentsiaalselt ohtlikule ja/või spetsiifilisele (selle juhendi kontekstis alaseljaluga kulgevale) haigusele (nt pahaloomuline kasvaja, infektsioon, lülilmurd, <i>cauda equina</i> sündroom).
Spetsiifiline alaseljalvalu	Valu alaseljas, millel on kindel spetsiifiline põhjus: haigus (nt pahaloomuline kasvaja, infektsioon, <i>cauda equina</i> sündroom) või lülilmurd alaselja piirkonnas
Valu päästikpunkt	Hell piirkond lihases või selle ümbrises, mille ärritamisel vallandub terav, piiristunud, kiirguv ning sügav valu
Äge valu	Kuni kuus nädalat (k.a) kestnud valu
Ühe-dimensiooniline mõõdik	Tervise üht tahku ehk dimensiooni (nt valu psühhosotsiaalseid aspekte, kehalist sooritusvõimet) hindav mõõdik

Sissejuhatus

Juhendi koostamise vajadus

Alaseljavalu on valu või ebamugavustunne alumise roide ja tuharavoldi vahelisel alal. Valu võib kiirguda ka ühte või mõlemasse jalga (reide), sellega võivad kaasneda muud neuroloogilised nähud (radikulopaatia).

Enamikul alaseljavaluga inimestest ei ole võimalik kindlaks teha spetsiifilist notsitseptiivset põhjust (nn koeprobleemi) – üle 90% juhtudest on tegemist mittespetsiifilise alaseljavaluga (Maher 2017). On mõned tõsised püsiva alaseljavalu põhjused (pahaloomuline kasvaja, lülilmurd, *cauda equina* sündroom, infektsioon või põletikuline haigus nagu anküloseeriv spondüloartriit), mis vajavad tuvastamist ja spetsiifilist põhjuslikku ravi. Need spetsiifilised alaseljavalu juhud moodustavad kõigist alaseljavalu juhtudest väga väikese osa. Alaseljavalu on kompleksne seisund, kus paljud tegurid, sh biofüüsikalised, psühholoogilised, sotsiaalsed ja geneetilised tegurid ning kaasuvad haigused võivad aidata kaasa alaseljavalu püsijäämisele. Kõik need tegurid mõjutavad vastastikku üksteist, mistõttu ei ole püsiv alaseljavalu üksnes koeprobleem.

Kui alaseljavalu on kestnud 0–6 nädalat (k.a), loetakse seda ägedaks, kui 6–12 nädalat (k.a), siis alaägedaks. Üle 12 nädala kestnud alaseljavalu on krooniline. Kui eelmisest valuepisoodist on möödas üle kuue kuu, on tegemist uue ägenemisega.

Alaseljavalu on üks sagedasemastest terviseprobleemidest rahvastikus ja seega ka tervishoiusüsteemi esmasandil. Uuringute andmeil on alaseljavalu eluaegne levimus ligi 90% (Hoy 2012). Valdav enamus alaseljavaluga patsientidest pöördub esmasandiarstile (Scott 2010). Kui alaseljavalu diagnoosimine on arstide ülesanne, siis selle ravi on kompleksne ning sisaldab lisaks medikamentoosle ravile ka füsio-, psühhoterapeutilisi ja muid meetodeid. Tegemist on väga kuluka terviseprobleemiga, seda nii otseste kui kaudsete sotsiaalmajanduslike kulude näol (Dagenais 2008).

Seni on Eestis puudunud alaseljavalu käsitlev juhend, mis annaks selle terviseprobleemiga kokkupuutuvatele spetsialistidele ühtsed tõenduspõhised diagnoosimise ja ravi juhised. Eesti Haigekassa auditeeris 2014. aastal 29 perearstikeskuses kokku 243 ägeda alaseljavaluga 20–55-aastase patsiendi käsitlust esmakordsel pöördumisel perearsti vastuvõtule (Soots 2016). Et alaseljavaluga patsiendi käsitlus oli perearstide väga erinev, soovitasid auditeerijad koostada vastava esmasandile mõeldud juhendi.

Koostatud juhend aitab tagada alaseljavaluga patsientidele kaasaegse käsitluse. Ravijuhendi rakendamisega paraneb alaseljavaluga patsientide käsitlus esmasandil, mis pikemas perspektiivis vähendab eriarstiabi ja siduserialade koormust. Patsientide liikumine erinevate erialade esindajate vahel muutub sujuvamaks. Lisaks võib oodata ajutise töövõimetusega seotud haiguspäevade ning kroonilisest alaseljavalust tingitud püsiva töövõimetusega seotud kulude vähenemist.

Ravijuhendi käsitusala ja sihtrühm

Käesolev diagnostika- ja ravijuhend käsitleb alaseljavaluga täiskasvanuid (15-aastasi ja vanemaid) esmatasandi arstiabis – perearsti juures, erakorralise meditsiini osakonnas ja kiirabis. Tööjaotus arstide ja õdede vahel sõltub konkreetse esmatasandi arstiabi meeskonna/osakonna töökorraldusest.

Vanusepiir on toodud 15 eluaastale seetõttu, et just selles vanuses noortel võib ilmnedas alaseljavaluna väljenduv haigus – juveniilne diski degeneratsioon. Ehkki seda esineb harva, on tegemist tõsise haigusega.

Juhend annab soovitused alaseljavalu diagnoosimise ja ravivalikute kohta. Enamik soovitusi põhineb teaduslikul tõendusmaterjalil, millest esitatakse juhendis kokkuvõtted, ning kliinilisel praktilal. Mõnel juhul piirdus tõõrühm igapäevatõõ kogemusest tulenevate praktiliste soovitustega. Ravijuhendi soovitused tõõlbustavad individuaalselt sobivate diagnoosi- ja ravimeetodite leidmist ning patsiendi ja tervishoiutõõtõtajate omavahelist suhtlemist diagnoosimise ja ravi käigus. Ravijuhend ei anna ravimite kohta detailset teavet ning praktilas tuleb lähtuda ravimi omaduste kokkuvõttest (www.ravimiamet.ee).

Ravijuhend ei käsitle lüüisamba kaela- ja rinnaosa valusid ega seljatraumasid.

Ravijuhendi soovitude loetelu

Diagnoosimine		
1		Alaseljavalu diagnoosimisel kasutage RHK-10 järgi neljakohalist diagnoosikoodi M54.0, M54.1, M54.3–M54.5, M54.8, M54.9. <i>Praktiline soovitus</i>
2		Alaseljavaluga patsiendi esmavisiidil võtke ja dokumenteerige põhjalik anamnees. <i>Praktiline soovitus</i>
3		Alaseljavaluga patsiendi esmavisiidil tehke ja dokumenteerige põhjalik objektiivne läbivaatus. <i>Praktiline soovitus</i>
4		Alaseljavaluga patsiendi esmavisiidil hinnake anamneesi ja objektiivse läbivaatuse põhjal võimalikke kliinilisi ohumärke („punaseid lippe“). <i>Praktiline soovitus</i>
5		Alaseljavaluga patsiendi esmavisiidil elukvaliteedi küsimustikku ärge kasutage. <i>Tugev soovitus, madal tõendatuse aste</i>
6		Alaseljavaluga patsiendi esmavisiidil hinnake valu krooniliseks muutumise riski STarT-küsimustikuga. <i>Tugev soovitus, madal tõendatuse aste</i>
7		<u>Ägeda</u> alaseljavaluga patsiendi esmavisiidil ärge kasutage psühho-emotsionaalse seisundi hindamise küsimustikku. <i>Praktiline soovitus</i>
8		<u>Kroonilise</u> alaseljavaluga patsiendi esmavisiidil kasutage emotsionaalse enesetunde hindamiseks EEK-2 küsimustikku. <i>Praktiline soovitus</i>

9		Alaseljavaluga patsiendi esmavisiidil, kui kliinilisi ohumärke („punaseid lippe“) ei esine, ärge tehke radioloogilisi uuringuid. <i>Tugev soovitus, madal tõendatuse aste</i>
Ravi		
10		Alaseljavaluga patsiendi ravi alustage nõustamisega, varudes selleks piisavalt aega. <i>Praktiline soovitus</i>
11		Alaseljavaluga patsiendi farmakoteraapia vajadusel (ja vastunäidustuste puudumisel) alustage ühe mittesteroidse põletikuvastase ravimiga minimaalses toimivas annuses. <i>Nõrk soovitus, madal tõendatuse aste</i>
12		Alaseljavaluga patsiendi monofarmakoteraapias pigem ärge kasutage paratsetamooli. <i>Nõrk soovitus, väga madal tõendatuse aste</i>
13		Alaseljavaluga patsiendil mittesteroidse põletikuvastase ravimi toime puudumisel vahetage ravimirühma: alustage ravi nõrga opioidiga koos paratsetamooliga või ilma. <i>Tugev soovitus, väga madal tõendatuse aste</i>
14		Alaseljavaluga patsiendil mittesteroidse põletikuvastase ravimi ebapiisava toime korral lisage nõrk opioid koos paratsetamooliga või ilma. <i>Tugev soovitus, väga madal tõendatuse aste</i>
15		Kui alaseljavaluga patsiendile on mittesteroidne põletikuvastane ravim vastunäidustatud, kasutage nõrka opioidi koos paratsetamooliga või ilma. <i>Tugev soovitus, väga madal tõendatuse aste</i>
16		<u>Ägeda</u> alaseljavaluga patsiendi ravis võite lühiajaliselt (kuni 7 päeva) kasutada lihaselõõgasteid (v.a bensodiasepiinid). <i>Nõrk soovitus, väga madal tõendatuse aste</i>

17	✗	<u>Kroonilise</u> alaseljavaluga patsiendi ravis pigem ärge kasutage lihasedõõgasteid. <i>Nõrk soovitus, väga madal tõendatuse aste</i>
18	✗	Neuropaatilise komponendita alaseljavaluga patsiendi ravis pigem ärge kasutage gabapentinoide. <i>Nõrk soovitus, väga madal tõendatuse aste</i>
19	✓	<u>Kroonilise</u> alaseljavaluga patsiendi ravis võite kaaluda tritsükliliste antidepressantide kasutamist. <i>Nõrk soovitus, väga madal tõendatuse aste</i>
20	✗	Alaseljavaluga patsiendi ravis ärge kasutage süstitavaid ravimeid, sh lihasesiseseid süste ja „blokaade“. <i>Tugev soovitus, kõrge tõendatuse aste</i>
21	✗	<u>Ägeda</u> alaseljavaluga patsiendi ravis ärge kasutage liikumisravi. <i>Tugev soovitus, mõõdukas tõendatuse aste</i>
22	✓	<u>Alaägeda</u> alaseljavaluga patsiendi ravis pigem kasutage liikumisravi. <i>Nõrk soovitus, mõõdukas tõendatuse aste</i>
23	✓	<u>Kroonilise</u> alaseljavaluga patsiendi ravis kasutage liikumisravi. <i>Tugev soovitus, mõõdukas tõendatuse aste</i>
24	✓	<u>Ägeda</u> alaseljavaluga patsiendil soovitage püsida füüsiliselt aktiivne. <i>Tugev soovitus, mõõdukas tõendatuse aste</i>

Patsiendi suunamine teise eriala spetsialisti juurde

Töörühma tervishoiukorralduslikke ehk alaseljavaluga patsiendi teiste erialade esindajate juurde suunamist puudutavaid soovitusi vt juhendi vastavas peatükis lk 46 ja alaseljavaluga patsiendi käsitusalgoritmis (lisa 1).

Ravijuhendi soovitused koos tõenduse ja arutelu lühikokkuvõttega

Diagnoosimine

1		Alaseljavalu diagnoosimisel kasutage RHK-10 järgi neljakohalist diagnoosikoodi M54.0, M54.1, M54.3–M54.5, M54.8, M54.9. <i>Praktiline soovitus</i>
---	---	---

Eesti Haigekassa auditeeris 2014. aastal 29 perearstikeskuses ägeda alaseljavaluga patsientide käsitlust esmakordsel pöördumisel perearsti vastuvõtule (Soots 2016). Auditeerimise käigus selgus, et suure osa haigusjuhte pidi valimist välja jätma, sest rahvusvahelise haiguste ja nendega seotud terviseprobleemide statistilise klassifikatsiooni 10. versiooni (RHK-10) alusel oli põhidiagnoosi kodeering ebatäpne (SoM 2019; <http://rhk.sm.ee>). Auditeerijad andsid tervishoiuteenuse osutajatele edaspidiseks soovitusena kasutada diagnoosi panemisel RHK-10 neljakohalist kodeeringut, mis määratleb seljavalu täpsema lokalisatsiooni.

Käesoleva juhendi töörühm nõustub auditeerijate soovitusena kasutada alaseljavalu diagnoosimisel RHK-10 järgi neljakohalist diagnoosikoodi, et edaspidi oleks võimalik adekvaatselt hinnata käesoleva juhendi soovitusete järgimist alaseljavaluga patsiendi käsitlemisel esmatasandi arstiabis.

* * *

Anamneesi ja **objektiivse läbivaatuse** eesmärk patsiendi esmasel pöördumisel arsti poole alaseljavalu tõttu on kõigepealt kindlaks teha kliiniliste ohumärkide ehk „**punaste lippude**“ olemasolu või puudumine. Selle alusel tuleb diagnoosida või välistada potentsiaalselt ohtlikud ja spetsiifilised alaseljavaluga kulgevad haigused. Alles seejärel võib alaseljavalu käsitleda kui mittespetsiifilist alaseljavalu.

2		Alaseljavaluga patsiendi esmavisiidil võtke ja dokumenteerige põhjalik anamnees . <i>Praktiline soovitus</i>
---	---	--

Eesti Haigekassa auditeeris 2014. aastal 29 perearstikeskuses ägeda alaseljavaluga patsientide käsitlust esmakordsel pöördumisel perearsti vastuvõtule (Soots 2016). Auditist selgus, et „kogutud anamnees oli umbes pooltel juhtudel informatiivne,

kuid pooltel juhtudel oli dokumenteerimine puudulik. Kõige paremini oli dokumenteeritud valu lokalisatsioon ja kiirgumine (87,7%). Pooltel juhtudel oli olemas info valu alguse, kestuse ja funktsiooni-piirangute kohta, kolmandikul juhtudest valu intensiivsuse ja riskitegurite esinemise kohta. Kõige harvem (11,1%) oli teave mootorikahäire esinemise või puudumise kohta“.

Anamnees on olulisim osa alaseljavaluga patsiendi uurimisest. Ägeda alaseljavalu tõttu esmaselt perearsti poole pöördunud patsiendi **anamnees** peab olema põhjalik. Patsient ootab aktiivset kuulamist ja empaatiat. Juba ainuüksi anamneesi võtmisel toimuv vestlus võib vähendada patsiendi hirme ning häälestada teda paremale koostööle.

Patsiendilt anamneesi võttes tuleb valu kohta esitada järgmised küsimused:

- Kus valu esineb?
- Kas valu kiirgub peamisest piirkonnast ka kusagile edasi (nt jalga)?
- Kui tugev on valu kümnepalliskaalal, kus null tähendab valu puudumist ja kümme talumatut valu?
- Millal valu esmakordselt tekkis?
- Kui kaua on valu kestnud?
- Kuidas (millises olukorras või mida tehes) valu tekkis?
- Milline on valu iseloom: terav, tuim, kõrvetav vm?
- Kas valu segab liigutamist ja liikumist?
- Kas valu esineb ka öösel ja/või rahuolekus?
- Mis valu leevendab?
- Mis valu ägestab/tugevdab?
- Kuidas valu igapäevaelu mõjutab?
- Kas valu segab tööl käimist?
- Kas varem elu jooksul on sarnast valu esinenud?

Lisaks peab patsiendilt anamneesi võtmise käigus küsima järgmised küsimused:

- Kas lisaks valule esineb mõnes kehapiirkonnas (sh lahkliha ja/või perianaalpiirkonnas) tundlikkuse häireid?
- Kas lisaks valule esineb põie- ja/või sooletegevuse häireid?
- Kas on tekkinud palavik?
- Milliseid haigusi ta põeb?
- Milliseid ravimeid ta igapäevaselt tarvitab?
- Kas ta on alaseljavalu tõttu juba mingit ravi saanud?
- Kas tal on esinenud traumasid?
- Kas tal on diagnoositud kasvaja?
- Kui ta käib tööl, siis milline on tema töö iseloom?
- Millised on tema harrastused? Kas neil võiks alaseljavaluga seos olla? Kas praegu segab valu nendega tegelemist?
- Kas ta suitsetab?

Patsiendi vastused kõigile nimetatud küsimustele peab haigusloos dokumenteerima.

3		Alaseljavaluga patsiendi esmavisiidil tehke ja dokumenteerige põhjalik objektiivne läbivaatus. <i>Praktiline soovitus</i>
---	---	--

Alaseljavaluga patsiendi objektiivse läbivaatuse eesmärk on panna võimalikult täpne diagnoos. Kõigepealt tuleb kindlaks teha potentsiaalselt ohtliku spetsiifilise seljahaiguse tunnused ehk „punased lipud“ (vt ka juhendi soovitus 4). Samuti võimaldab objektiivne läbivaatus hinnata patsiendi funktsionaalset seisundit ja valu intensiivsust. Läbivaatus annab aimu haiguse prognoosist ja on patsiendi edasise käsitluse aluseks.

Eesti Haigekassa auditeeris 2014. aastal 29 perearstikeskuses ägeda alaseljavaluga patsientide käsitlust esmakordsel pöördumisel perearsti vastuvõtule (Soots 2016). Auditist selgus, et „ravidokumentides oli objektiivne läbivaatus tehtud vaid 78,2%-l juhtudest. Kõige sagedamini (61,9%) hinnati lülisamba liikuvust; pooltel juhtudest lülisammast palpeeriti ja/või perkuteeriti. Lasègue'i test tehti kolmandikul juhtudest. Alajäsemete mootorika ja tundlikkuse häiret hinnati harva, vastavalt 20,1%-l ja 12,7%-l juhtudest. Kõõlusperiostaalreflekse oli hinnatud 13,5%-l juhtudest“.

Objektiivse läbivaatuse käigus tuleb anda järgmised hinnangud (Vaher 2010):

Kehaasend	• Kas normaalne kehahoiak on muutunud? Sundasendid, valuvältivad asendid, kompensatoorsed siirdumised.
Lülisamba liikuvus	• Lülisamba liikuvuse hindamine: painutus/fleksioon, sirutus/ekstensioon, külgpainutus/lateraalfleksioon, pööramine/rotatsioon. Liikuvus pannakse kirja kraadilise/cm täpsusega või visuaalse üldhinnanguna (nt <i>flex</i> – saab sõrmedega puudutada põrandat; <i>ext</i> – kompenseerib sirutust põlvedest; <i>lat flex</i> – <i>dex</i> norm, <i>sin</i> piiratud ja valus). • Kas liigutused põhjustavad valu? • Kas kehapoolte vahel on oluline asümmeetria?
Lülisammas ja vaagen (palpeerimisel ja perkuteerimisel)	• <i>Processus spinosus</i>'te palpatoorne hellus võib viidata mitmele haigusele (tuumor, põletik, spontaanne murd vm). • Unilateraalne tuhara- ja reielõtvus, lihaste palpatoorne hellus võib viidata närvijuure kompressioonile.

Lasègue'i test (vt testi tegemise kirjeldust juhendi lisas 2)	• Lasègue'i test on tundlik, kuid mittespetsiifiline meetod S1 ja L5 närvijuure kompressiooni avastamiseks. Testitulemus on positiivne, kui testi tegemine kutsub esile valu kiirgumise seljast edasi jalga (allapoole põlve). 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. • Valu ristuv kiirgumine seljast Lasègue'i testi ajal ehk kiirguva valu intensiivistumine vastasjala tõstmisel on spetsiifilisem ja tundlikum närvijuure kompressiooni tunnus.
Alajäsemete mootorika	Kas loetletud tegevuste korral esineb mootorikahäire, mis viitab konkreetse(te) närvijuur(t)e kompressioonile: • põlvesirutus (L4, osaliselt L3 närvijuur) • labajala ja suure varba dorsaalfleksioon (L5, osaliselt L4 närvijuur) • labajala ja suure varba plantaarfleksioon (S1 närvijuur) • kõnd kandadel (L5, osaliselt L4 närvijuur) • kõnd varvastel (S1 närvijuur)
Alajäsemete tundlikkus	Kas alajäseme nimetatud piirkonnas esineb tundlikkushäire, mis viitab konkreetse(te) närvijuur(t)e kompressioonile: • sääre eesmise alumises mediaalses osas (L4) • alajäseme anterolateraalses osas (L5) • alajäseme posterolateraalses osas (S1)
Kõõlus-periostaal-refleksid	• Patellaarreflexi nõrgenemine viitab L4 närvijuure kompressioonile. • Achilleuse reflexi nõrgenemine viitab S1 närvijuure kompressioonile.

Samuti on vaja hinnata patsiendi **kehamassiindeks**.

Patsiendi objektiivse läbivaatuse käigus antud hinnangud, sh normile vastavad tulemused peab haigusloos dokumenteerima.

4		Alaseljavaluga patsiendi esmavisiidil hinnake anamneesi ja objektiivse läbivaatuse põhjal võimalikke kliinilisi ohumärke („punaseid lippe“).
		<i>Praktiline soovitus</i>

Anamneesi ja objektiivse läbivaatuse põhjal tuleb alaseljavaluga patsiendi esmasel visiidil teha kindlaks potentsiaalselt ohtlikule või spetsiifilisele haigusele viitavad tunnused, mistõttu patsient vajab erakorralist spetsialiseeritud abi: suunamist erakorralise meditsiini osakonda või teise eriala spetsialisti juurde.

Sagedasemad potentsiaalselt ohtlikud ja spetsiifilised alaseljavaluga kulgevad haigused ja neile viitavad kliinilised ohumärgid ehk „punased lipud“ (PERH 2017, Bigos 1994):

Pahaloomuline kasvaja ja/või infektsioon	• anamneesis pahaloomuline haigus või selle kahtlus kliiniliste andmete põhjal • kaalulangus teadmata põhjusel • immunosupressioon • kuseteede infektsioon • intravenoosne narkootiliste ainete kasutamine • kortikosteroidide pikaajaline kasutamine • alaseljavalu ei parane konservatiivse raviga
Lülilmurd	• anamneesis märkimisväärne energiaga trauma • potentsiaalse luuhõrenemise või kõrgema eluea korral: kergem kukkumine või raskuste tõstmine • kortikosteroidide pikaajaline kasutamine
Cauda equina sündroom¹ või raske neuroloogiline ärajääm	• äkki tekkinud uriiniretensioon² või ülevooluinkontinents • anaalsfinkteri toonuse kadu või roojapidamatus • lahkliha anesteesia • täielik või osaline tundide või päevadega progresseeruv alumine paraparees

¹ *Cauda equina* sündroomi kõrval nõuavad erakorralist käsitlust mh ka müeliit, spinaalne insult, *sclerosis multiplex*.

² Sageli võib ägeda nimmevalu korral esineda urineerimistakistus ka üksnes valu tõttu. Sellisel juhul ei ole tegemist *cauda equina* sündroomiga.

Alaseljavaluga patsiendi esmase visiidi dokumenteerimisel peab arst haiguslukku kirja panema ka hinnangu potentsiaalselt ohtlike või spetsiifiliste seljahäiguste esinemise võimaluse kohta. Konkreetse haiguse kahtlusel, mille tõttu suunati patsient erakorralise meditsiini osakonda või teise eriala esindaja juurde, peab arst haigusloos kirjeldama oma mõttekäiku, sh kirja panema tehtud laboratoorse ja/või radioloogiliste uuringute tulemused.

KOKKUVÕTVALT on juhised alaseljavaluga patsiendi käsitlemise kohta „punaste lippude“ kindlakstegemisel esitatud patsiendi käsituslusalgoritmis (vt juhendi lisa 1).

* * *

Alaseljavalu, eriti pikema kestuse korral, mõjub patsiendi elukvaliteedile negatiivselt. Et anda arstile objektiivsele läbivaatusele võimalik täiendav „abivahend“ alaseljavaluga patsiendi seisundi (ja edaspidi selle muutuste) hindamiseks, tõstatas juhendi töörühm küsimuse elukvaliteedi küsimustiku kasutamise mõttekusest alaseljavaluga patsiendi puhul.

Elukvaliteedi hindamiseks välja töötatud enesehinnangulised küsimustikud jagunevad üldisteks ja seisundispetsiifilisteks. Üldised küsimustikud mõõdavad üldist tervisega seotud elukvaliteeti (tervise erinevaid dimensioone ehk tahke). Üldistest mõõdikutest on tuntumad *Short-Form 36* (SF-36) (Ware 1992) ning sellest edasi arendatud lühemad versioonid (nt SF-6D) (Brazier 1998) ja *EuroQoL 5D* (EQ-5D) (EuroQol Group 1990, EuroQol Foundation: <https://euroqol.org>). Seisundispetsiifilistest mõõdikutest on alaseljavalu kontekstis kohased nt *Brief Pain Inventory* (BPI) (Cleeland 1985), *Oswestry Disability Index* (ODI) (Fairbank 1980) ning viimase eelkõige Ameerika Ühendriikides kasutusel olnud 1996. aastal välja töötatud arvutipõhine versioon *Musculoskeletal Outcomes Data Evaluation and Management System* (MODEMS™) (Saleh 2004).

5		Alaseljavaluga patsiendi esmavisiidil elukvaliteedi küsimustikku ärge kasutage. <i>Tugev soovitus, madal tõendatuse aste</i>
---	---	---

Käesoleva juhendi koostamise käigus vaadati teemakohase tõendusmaterjali otsinguil läbi rahvusvahelised alaseljavalu käsitlevad juhendid. Neist kolmes (NICE 2016, APTA 2012, ACP 2007) soovitati alaseljavaluga patsiendi elukvaliteeti hinnata eelkõige tema funktsionaalse ja psüühomotsionaalse seisundi kaudu. Oluline on märkida, et funktsionaalse seisundi küsimustikud sisaldavad sageli küsimusi ka elukvaliteedi kohta.

Tõendusmaterjali otsingul ei leitud süstemaatilisi ülevaateid ega metaanalüüse, mis oleksid võrrelnud erinevate mõõdikute ja nende (ala)osade võimet alaseljavaluga patsientide elukvaliteedi muutusi ära tunda. Tõendus pärineb ühest juhuslikustatud kontrollitud uuringust (n = 172) (Johnsen 2013) ja kahest vaatlusuuringust (n = 37; n = 970) (Whynes 2013; Walsh 2003). Neis võrreldi mõõdikuid omavahel eelkõige erinevate haigustunnuseid (nt valu) ja haigusega kaasuvaid häireid (nt funktsioonihäired) hindavate alaosade kaupa. Johnseni jt üldisi mõõdikuid (SF-6D ja EQ-5D) võrrelnud uuringust selgus, et SF-6D tuvastas muutusi alaseljavaluga patsiendi funktsionaalses seisundis paremini. Whynesi jt uuring, milles võrreldi üldist küsimustikku ED-5Q ning spetsiifilisi küsimustikke ODI ja BPI, näitas, et seisundispetsiifiliste küsimustikega on võimalik muutusi patsiendi seisundis veidi paremini ära tunda kui üldise mõõdikuga. Walshi jt uuringust, kus võrreldi üldise mõõdiku SF-36 ja spetsiifiliste mõõdikute ODI ning MODEMS tundlikkust alaseljavaluga patsientide sümptomite hindamisel, tuli küll välja, et mõõdikute valuskaalad olid tundlikumad kui funktsiooniskaalad, kuid üldise ja spetsiifiliste mõõdikute vastavate skaalade tundlikkus statistiliselt olulisel määral ei erinenud. Kõik nimetatud uuringud olid väga madala kvaliteediga.

Uuringute tulemuste ja kvaliteedihinnangute kokkuvõte on esitatud tõendusmaterjali kokkuvõtte tabelis nr 1 (vt www.ravijuhend.ee).

KOKKUVÕTTES otsustas käesoleva juhendi tööriühm, et alaseljavaluga patsiendi seisundi hindamisel ei ole üldise elukvaliteedi mõõdiku kasutamine näidustatud, sest teadusuuringud viitasid pigem seisundispetsiifilis(t)e mõõdiku(te) eelistele. Samas ei joonistunud elukvaliteedi mõõtmisel välja ühegi spetsiifilise mõõdiku selge eelis teiste ees. Seetõttu jõudis tööriühm järeldusele, et kui patsiendilt on võetud põhjalik anamnees ja tehtud põhjalik objektiivne läbivaatus, ei anna elukvaliteedi küsimustiku kasutamine arstile patsiendi edasiseks käsitluseks seda-võrd olulist lisainfot, et see kaaluks üles küsimustiku kasutamisega paratamatult kaasneva aja- ja rahakulu.

* * *

Järgmisena keskendus tööriühm alaseljavalu kontekstis kohastele mõõdikutele, mis aitaksid arstil vastu võtta patsiendi edasise käsitluse seisukohast olulisi otsuseid.

Alaseljavalu on mitmetahuline probleem: peale valu ja sellest tulenevate funktsionaalsete häirete mängivad haiguse kulus olulist rolli ka teatud psühhosotsiaalsed tegurid ehk „**kollased lipud**“. Need on patsiendi emotsionaalne sättumus, valukäitumine ja hirm võimaliku tõsise haiguse ees. Vastavate ohumärkidega patsiendid on haavatavamad ja käitumismustrilt pigem vastanduvad

tervishoiutöötajale. „Kollased lipud“ suurendavad haiguse krooniliseks muutumise tõenäosust. Seetõttu jõudis töörihm järeldusele, et alaseljavaluga patsiendi esmasel arstile pöördumisel on eelkõige oluline hinnata **valu krooniliseks muutumise tõenäosust** (väike, keskmine või suur risk), sest patsiendi riski(rühma)st sõltub tema edasine käsitlus.

6		Alaseljavaluga patsiendi esmavisiidil hinnake valu krooniliseks muutumise riski STarT-küsimustikuga. <i>Tugev soovitus, madal tõendatuse aste</i>
---	---	---

Maailmas on kasutusel nii alaseljavalu erinevaid tahke (dimensioone) hindavad mitmedimensioonilised kui ka peamiselt valu ühele tahule keskenduvad ühedimensioonilised mõõdikud. Mitmedimensioonilistest mõõdikutest on tuntumad *Keele STarT Back Screening Tool* (STarT-BST) (Hill 2008) ja *Örebro Musculoskeletal Pain Questionnaire* (ÖMPQ) (Linton 2003). Selles, kas kehalisele sooritusvõimele keskenduva *Roland Morris Disability Questionnaire* (RMDQ) (Roland 1983, RMDQ 2000, <http://www.rmdq.org>) näol on tegemist ühe- või siiski pigem mitmedimensioonilise mõõdikuga, maailmas päris ühel meelel ei olda (Magnussen 2015). Tuntumad ühedimensioonilised mõõdikud on patsiendi kehalist sooritusvõimet hindav *Oswestry Disability Index* (ODI) / *Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire* (ODQ) (Fairbank 2000) ning valu psühhosotsiaalseid aspekte hindavad *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) (Kroenke 2002, Kroenke 2001), *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI) (Spielberger 1983), *Tampa Scale for Kinesiophobia* (TSK) (Miller 1991), *Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire* (FABQ) (Waddell 1993) ja *Pain Catastrophizing Scale* (PCS) (Sullivan 1995).

Eesti keelde on ametlikult tõlgitud ning viimastel aastatel Eestis alaseljavaluga patsientide puhul ka järjest enam kasutusel mitmedimensiooniline **STarT seljavalu küsimustik** (ingl *Keele STarT Back Screening Tool*) (Hill 2008). Eeldades, et arstil on igapäevatöös mitme erineva mõõdiku asemel lihtsam kasutada üht valu erinevaid tahke hindavat mõõdikut, soovis töörihm teada, kuivõrd tõhus abivahend on STarT-küsimustik alaseljavaluga patsiendi seisundi (sh valu krooniliseks muutumise tõenäosuse) hindamiseks esmavisiidil.

Hilli jt (2011) juhuslikustatud kontrollitud uuringus (n = 851) võrreldi seljavaluga patsientide ravitulemusi ja -kulu sekkumiserühmas ja kontrollrühmas. Sekkumiserühma patsientide käsitlus põhines esmavisiidil STarT-küsimustikuga kindlaks tehtud seljavalu krooniliseks muutumise riski(rühma)l. Kontrollrühma patsiente käsitleti tavapäraselt ühtsetel alustel. (Hill 2011) Esmaseks tulemusnäitajaks oli RMDQ kehalise sooritusvõime skoori muutus mõõdetuna 4. ja 12.

kuul pärast ravi algust. Uuring oli hea kvaliteediga ja selgus, et nii 4. kui ka 12. kuuks oli RMDQ-skoor sekkumisrühmas statistiliselt paranenud oluliselt enam kui kontrollrühmas. Uuringurühmades toimunud muutuste keskmised erinevused olid vastavalt 0,32 (95% CI 0,19 kuni 0,45), $p < 0,0001$ ning 0,19 (95% CI 0,04 kuni 0,33), $p = 0,0095$. Lisaks patsientide riskirühmale rääkisid vastava käsitluse kasuks sekkumisrühmas mitmete teiseste tulemusnäitajate paremad tulemused (nt katastrofiseerimine, hirm, depressioon, üldine (füüsiline) tervis, STarT-skoori alusel riski vähenemine). Uuringust selgus veel, et sekkumisrühma patsientidel oli suurem tõenäosus raviga rahul olla (4. kuul mõõdetuna) ning töölt vähem haiguspäevi võtta (12. kuul mõõdetuna). See omakorda tähendab, et patsientide käsitlusel oli vastavalt STarT-riskirühmale keskmine tervisekasu suurem (täiendavalt 0,039 QALY), samas keskmine tervishoiukulu väiksem (kulu-kokkuhoid 34–39 GBP). Kulude kokkuhoid (12-kuulise jälgimisperioodi jooksul sekkumisrühmas võrreldes kontrollrühmaga 675 GBP) tekkis ka väiksema arvu haiguspäevade arvelt.

STarT seljavalu küsimustiku kohta pärineb tõendus veel kolmest väga madala kvaliteediga läbilõikelisest uuringust.

Riisi jt (2017) uuring ($n = 304$), kus kõrvutati STarT seljavalu küsimustikuga saadud tulemusi RMDQ-ga, näitas, et patsiendi riskirühm (vastavalt STarT-skoorile algsel visiidil) oli peamiseks patsiendi kliiniliselt olulist (8 nädala jooksul vähemalt 30-protsendilist) funktsionaalset paranemist prognoosivaks tunnuseks.

Hill jt (2010) võrdlesid ühes varasemas uuringus ($n = 130$) omavahel kaht mitme-dimensioonilist mõõdikut: 9-küsimuselist STarT seljavalu küsimustikku ning ligi aastakümme varem välja töötatud ja selle uuringu ajaks kuldstandardiks kujunenud 24-küsimuselist ÖMPQ-d. Uuringust selgus, et kuna nende mõõdikute mõõteomadused on tugevas positiivses seoses (mõõdikute üldskooride Spearmani korrelatsioonikordaja $r_s = 0,802$), on STarT-küsimustik ÖMPQ-le sobiv alternatiiv alaseljavaluga patsientide valu krooniliseks muutumise riski hindamisel. Samas on STarT-küsimustik tunduvalt lühem ja lihtsam kasutada.

Beneciuk jt (2015) võrdlesid STarT seljavalu küsimustiku valu erinevaid dimensioone hindavaid alaskaalasid ühedimensiooniliste mõõdikutega PHQ-9, STAI, TSK, FABQ, PCS, RMDQ, ODI/ODQ ja valutugevust skaalal 0–10 hindava mõõdikuga ($n = 146$). Uurijad leidsid, et STarT-küsimustikku on võimalik kasutada alaseljavaluga patsientide esmasel valuga seotud psühholoogiliste tegurite (eelkõige psühholoogilise distressi ja puuduliku toimetuleku) hindamisel. Samuti leiti STarT-riskirühma seos RMDQ tulemustega.

Kõigi kirjeldatud käesoleva soovitusel aluseks olevate uuringute tulemuste ja kvaliteedihinnangute kokkuvõtte on esitatud tõendusmaterjali kokkuvõtte tabelis nr 2 (vt www.ravijuhend.ee).

KOKKUVÕTTES otsustas töörühm, et STarT seljavalu küsimustik kui erinevaid alaseljavalu tahke (dimensioone) hindav küsimustik on esmatasandi arstile tõhus abivahend alaseljavaluga patsientide esmaseks, sh valu krooniliseks muutumise riski hindamiseks ning seega ka patsiendi edasise käsitluse üle otsustamiseks.

Küsimustik koosneb üheksast küsimusest, mille vastusevariandid on „ei ole nõus“ või „olen nõus“. Nii sellele vastamine (patsiendil) kui ka tulemuse arvutamine (arstil) on lihtne ja nõuab suhteliselt vähe aega. STarT seljavalu küsimustik on ametlikult eesti keelde tõlgitud (vt juhendi lisa 3). STarT seljavalu küsimustik on kättesaadav ka vene keeles (https://startback.hfac.keele.ac.uk/wp-content/uploads/2019/02/Russian-translation_STarT-Back-Tool.pdf). Käesoleva juhendi rakendustegevusteks on mh planeeritud venekeelse küsimustiku tõlkele ametliku kinnituse taotlemine ja nii küsimustiku eesti- kui ka venekeelse versiooni valideerimine.

7		<u>Ägeda</u> alaseljavaluga patsiendi esmavisiidil ärge kasutage psühho-emotsionaalse seisundi hindamise küsimustikku. <i>Praktiline soovitus</i>
---	---	--

Alaseljavaluga patsiendi ravis on oluline roll patsiendil endal: kuidas ta valu tajub, sellesse suhtub ning kuidas koostööaldis ta on. Mitmedimensiooniline STarT seljavalu küsimustik, mida käesoleva juhendi töörühm soovib esmavisiidil kõigi alaseljavaluga patsientide puhul kasutada (vt soovitus 6), mõõdab mh ka valuga seotud psühhosotsiaalseid tegureid.

KOKKUVÕTTES otsustas töörühm, et ägeda alaseljavaluga patsiendi psühhoemotsionaalse seisundi hindamiseks esmavisiidil piisab põhjaliku anamneesi võtmise käigus saadud informatsioonist ning STarT seljavalu küsimustiku kasutamisest.

8		<u>Kroonilise</u> alaseljavaluga patsiendi esmavisiidil kasutage emotsionaalse enesetunde hindamiseks EEK-2 küsimustikku. <i>Praktiline soovitus</i>
---	---	---

Pikalt kestva valu tulemusena alaneb patsiendi meeleolu, langevad valutaluvus ja valulävi ning väheneb koostöövalmidus. Samas on oluline vahet teha, kas tegemist on meeleolu mõningase langusega valu tõttu või psüühikahäirega (nt ärevushäire, depressioon). Uuringud on näidanud, et kroonilise valuga patsientidel esineb depressiooni tunduvalt sagedamini kui üldrahvastikul (Currie 2004, Haggman 2004, Atkinson 1991). Seetõttu ei pidanud töörihm otstarbekaks kroonilise valuga patsiendi psüühomotsionaalse seisundi hindamisel piirduda STarT seljavalu küsimustikuga.

Tõendusmaterjali otsingu käigus ei leitud uuringuid, mis oleksid (ala)seljavaluga patsientide psüühomotsionaalsete häirete kindlakstegemisel võrrelnud kõigi patsientide söeluurimise ja kliinilise läbivaatuse mõju alaseljavalu ravitulemustele. Ehkki ei ole põhjust arvata, et psüühikahäirega patsientide väljasõelumiseks mõne mõõdiku (küsimustiku) kasutamine kahju tekitaks, toob see siiski kaasa teatud aja- ja rahakulu.

Eestis on aga esmatasandi arstiabis igapäevaselt kasutusel patsientide subjektiivse enesehinnangu skaala depressiooni ja ärevuse sümptomite hindamiseks: emotsionaalse enesetunde küsimustiku 2. versioon (EEK-2) (Ööpik 2006, Aluoja 1999). Töörihm soovis teada saada, kuivõrd põhjendatud oleks EEK-2 asendamine mõne teise mõõdikuga. Vaatluse alla võeti mõõdikud, mille kasutamine esmatasandi arstiabis oleks võimalikult lihtne, eelistati lühikesi enesehinnangulisi küsimustikke.

Tõendusmaterjali läbitöötamise käigus jäid sõelale *Patient Health Questionnaire* (PHQ) erinevad versioonid (Spitzer 1999, Kroenke 2003, Kroenke 2010); *Beck Depression Inventory* (BDI) erinevad versioonid (Beck 1979, Beck 1996, Beck 1997); *Center of Epidemiological Studies Depression Scale* (CES-D) (Radloff 1977); *General Health Questionnaire* (GHC) (Goldberg & Williams 1991) ning *Web Screening Questionnaire* (WSQ) (Donker 2009). Uuringuid, mis oleksid küsimustikku EEK-2 otseselt nimetatud küsimustikega võrrelnud, tehtud ei ole. Küll aga on uuritud kõiki neid küsimustikke võrdluses kuldstandardiks peetavate patsiendi psüühomotsionaalset seisundit struktureeritud intervjuu vormis hindavate mõõdikutega *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) (Robins 1988) ja *Mini-International Neuropsychiatric Interview* (MINI) (Sheehan 1998).

Asjakohaste väga madala kuni madala (ühe erandiga) kvaliteediga vaatlusuuringute põhjal võib öelda, et tundlikkuse ja spetsiifilisuse alusel sobiks kõik varasemalt nimetatud patsiendi enda täidetavad küsimustikud esmatasandi arstiabis kroonilise alaseljavaluga patsientide psüühomotsionaalse seisundi (ärevushäire, depressiooni)

hindamiseks. Nimelt loetakse selliste n-ö sõelumisel kasutatavate mõõdikute omadusi heaks, kui mõõdiku tundlikkus jääb vahemikku 0,79–0,97 ning spetsiifilisus vahemikku 0,63–0,86 (Robins 1988). Ööpiku jt (2006) uuring (n = 1058) näitas, et EEK-2 tundlikkus ja spetsiifilisus depressiooni hindamisel (võrdluses CIDI-ga), kui hindamiskünnis oli 11 punkti juures, oli 0,81 (Ööpik 2006).

Kõigi selle soovitus juures arvesse võetud uuringute tulemuste ja kvaliteedi-hinnangute kokkuvõte on esitatud tõendusmaterjali kokkuvõtte tabelis nr 3 (vt www.ravijuhend.ee).

KOKKUVÕTTES jõudis töörühm järeldusele, et juhul, kui patsiendil on esmakordse alaseljavalu tõttu arsti poole pöördumise hetkeks valu juba krooniliseks muutunud (kestnud vähemalt kolm kuud), tuleb hinnata tema psühhoemotsionaalset seisundit. Töörühm soovib võimalike psühhoemotsionaalsete probleemidega patsientide väljasõelumiseks kasutada Eestis juurdunud küsimustikku EEK-2, sest see on piisavalt tundlik ja spetsiifiline, olemas nii eesti kui ka vene keeles, valideeritud ja litsentsitasuta.

Töörühm pidas kroonilise alaseljavaluga patsiendi psühhoemotsionaalse seisundi hindamist kohe esmasel visiidil oluliseks ka seetõttu, et edaspidi ravi käigus ära tunda võimalikud muutused patsiendi seisundis. EEK-2 rutiinne kasutamine eeldab aga e-tervise süsteemi muudatuste tegemist, et küsimustikuga saadud tulemusi oleks võimalik digitaalsel kujul säilitada.

* * *

9		Alaseljavaluga patsiendi esmaviisiidil, kui kliinilisi ohumärke („punaseid lippe“) ei esine, ärge tehke radioloogilisi uuringuid. <i>Tugev soovitus, madal tõendatuse aste</i>
---	--	--

Kliinilises praktikas on laialt levinud arusaam, et alaseljavalu korral peab tegema radioloogilisi uuringu. Ka Eesti haigekassa 2014. aastal 29 perearstikeskuses läbi viidud ägeda alaseljavaluga patsientide käsitluse auditist selgus, et „patsiendi esmakordsel pöördumisel perearsti vastuvõtule ägeda seljavalu tõttu tehti röntgeniülevõtte lülisambast üllatavalt sageli – 23,9%-l juhtudest“ (Soots 2006). Samas tõid auditi tegijad juba toona kokkuvõttes välja, et „ägeda mittespetsiifilise seljavalu korral ei ole /juhendites/ soovitatud rutiinselt pildidiagnostilisi uuringuid teha, kuna see ei paranda ravi tõhusust ega mõjuta prognoosi. Lülisamba röntgeniuuring on näidustatud juhul, kui planeeritakse kirurgilist ravi või kui on kahtlus süsteemse haiguse suhtes“.

Käesoleva juhendi tööühm keskendus radioloogiliste uuringute põhjendatusele olukorras, kus esmatasandi arst on esmakordselt tema vastuvõtule pöördunud ägeda alaseljavaluga patsiendilt võetud anamneesi ja tehtud objektiivse läbivaatuse põhjal välistanud potentsiaalselt ohtlikule, spetsiifilisele haigusele viitavad ohumärgid ehk „punased lipud“ ja jõudnud järeldusele, et tegemist on mitte-spetsiifilise alaseljavaluga.

Tõendus kohese (esmavisiidil tehtud) radioloogilise uuringu tegemise mõjust patsiendi edasisele seisundile pärineb kolmest erineva (kokkuvõttes madala) kvaliteediga juhuslikustatud kontrollitud uuringust (Djais 2005, Kerry 2002, Kendrick 2001) ning kahest väga madala kvaliteediga vaatlusuuringust (Jarvik 2015, Kerry 2002). Kõigis neis uuringuis võrreldi röntgenuuringu tegemist selle mittetegemisega, lisaks võrdsid Jarvik jt ka kompuuter- ja magnetomograafilise uuringu tegemist nende mittetegemisega. Mõju patsiendi seisundile hinnati nii valutugevuse (mõõdik VAS), kehalise sooritusvõime (RMDQ), psühoemotsionaalse seisundi (HDAS) kui ka elukvaliteedi (EQ, EQ-5D) põhjal. Uuringutes hinnati tulemusi erinevatel ajahetkedel vahemikus kolmandast uuringunädalast kuni ühe aastani. Ükski nimetatud uuringuist ei näidanud röntgenuuringu tegemise positiivset mõju patsiendi alaseljavalu tugevusele (Djais 2005, Kendrick 2001) ega patsiendi kehalisele sooritusvõimele (Jarvik 2015, Djais 2005, Kerry 2002, Kendrick 2001). Kerry jt vaatlusuuringust ($n = 506$) selgus, et röntgenuuringu patsientide keskmine depressiooniskoor oli nii 6. nädalal kui ka aasta pärast statistiliselt oluliselt madalam kui teistel (mõlemal ajahetkel skooride erinevus 1,0 [95% CI 0,1 kuni 2,0]) (Kerry 2002). Samas ei näidanud teine samade autorite paralleelselt tehtud juhuslikustatud kontrollitud uuring röntgenuuringu positiivset mõju patsientide psühoemotsionaalsele seisundile (Kerry 2002). Neljast patsientide elukvaliteeti hinnanud uuringust näitas Kerry jt juhuslikustatud kontrollitud uuring ($n = 153$), et 6. uuringunädalal oli kontrollrühmas uuritavate keskmine vaimse tervise skoor (elukvaliteedi mõõdiku SF-36 alajaotuse järgi) statistiliselt oluliselt väiksem kui röntgenuuringu rühmas (skooride erinevus -9 [95% CI -15 kuni -3]). Uuringu lõpuks ehk aasta pärast oli see erinevus kadunud (Jarvik 2015, Djais 2005, Kerry 2002, Kendrick 2001).

Jarviku jt (2015) vaatlusuuringust, kus hinnati ka magnet- ja kompuutertomograafiliste uuringute tegemise mõju patsientide seisundile ($n = 349$), nende tegemise positiivset mõju (võrreldes mittetegemisega) patsientide kehalisele sooritusvõimele ei täheldatud. Kuigi 12. uuringukuul esines uuringurühmade vahel statistiliselt oluline erinevus nii uuritavate elukvaliteedis kui valutugevuses (jalga kiirguva valu osas), hindasid uurijad need erinevused kliiniliselt mitteolulisteks.

Kirjeldatud uuringute tulemuste ja kvaliteedihinnangute kokkuvõte on esitatud tõendusmaterjali kokkuvõtte tabelis nr 4 (vt www.ravijuhend.ee).

Mõne radioloogilise uuringu (röntgenuuring, kompuutertomograafiline uuring) kasutamisel tuleb arvestada ioniseeriva kiirguse kahjustavate omadustega, millest kõige olulisem on kantserogeenne toime. Vähirisk on võrdelises sõltuvuses kiirgusdoosist. Näiteks rindkere röntgenülesvõttega võrreldes on lülisamba nimmepiirkonna röntgenülesvõtte komplekti (eest taha ja külgsuunas ülevõtte) efektiivdoos reeglina 30–40 korda suurem ning nimmepiirkonna kompuutertomograafilise uuringu doos 300–500 korda suurem (European Commission 2014). Samuti on iga (sh radioloogilise) uuringuga seotud kulu: nii selle otsesene maksumus kui ka valepositiivsel juhul lisakulu järgnevalt teiste tervishoiuteenuste kasutamise tõttu. Radioloogilisi muutusi, eriti vanemas eas, leitakse sageli ka kaebusteta patsientidel.

KOKKUVÕTTES otsustas töörühm, et esmavisiidil ei ole mittespetsiifilise alaseljavaluga patsiendile radioloogilise uuringu tegemine põhjendatud. Arvesse võeti radioloogiliste uuringute peaaegu olematut kliinilist kasu, samuti potentsiaalset kiirguskahju ja rahalist kulu.

Ravi

Alaseljavalu ja sellest tulenevad funktsioonihäired on inimese jaoks väga häirivad, mistõttu valule otsitakse võimalikult kiiret leevendust, enamasti juba enne arsti poole pöördumist. Paljudel inimestel on koduapteegis olemas ning vajadusel apteegist käsimüügiravimina kergesti kättesaadavad mitmed valuravimid. On aga tõenäoline, et ilma arstiga konsulteerimata võidakse valuravimeid kasutada meelevaldselt ning võimalikele (tõsiste) kõrvaltoimetele piisavalt mõtlemata.

Alaseljavalu tõttu arstile pöördudes soovib patsient esimese asjana valule leevendust saada, eeldades sageli, et valuravi seisneb tõhusa ravimi väljakirjutamises. Isegi kui arst ei pea kohest valuravimi määramist vajalikuks, on tõenäoline, et patsient muretsseb ravimi visiidi järel apteegi käsimüügist ise. Alaseljavalu ravi on kompleksne ja farmakoterapia moodustab sellest vaid ühe, enamasti lühiajalise osa.

10		Alaseljavaluga patsiendi ravi alustage nõustamisega, varudes selleks piisavalt aega. <i>Praktiline soovitus</i>
----	---	--

Töörühma hinnangul on hea ravitulemuse eelduseks, et arst selgitab patsiendile kohe esimesel visiidil pärast alaseljavalu diagnoosimist järgmised asjaolud:

- millest valu tuleneb;
- kuidas valu tavapäraselt kulgeb;
- kas analüüsid ja uuringud on vajalikud;
- milles seisneb ravi;
- mida patsient ise valu vähendamiseks teha saab.

Nimetatud punktide selgitamine patsiendile loob aluse patsiendi nõustamisele. Nõustamiseks peab arst varuma piisavalt aega ning veenduma, et patsient mõistab edastatud infot ja on oma küsimustele vastused saanud. Kõik oluline peab olema patsiendiga ühiselt läbi arutatud, nii on patsient algusest peale aktiivselt raviprotsessi kaasatud.

Nõustamisel on arstile abiks käesoleva juhendiga koos välja töötatud patsiendile mõeldud infovoldik (vt www.ravijuhend.ee), mille saab patsiendile meespeana esmaviisiidil kaasa anda.

Alaseljavalu esmase farmakoterapia kohta käiva teadusliku tõendusmaterjali uurimisel selgus, et mittespetsiifilise (eelkõige ägeda) alaseljavalu korral ei anna farmakoloogiline ravi (võrreldes ravimite mittekasutamisega) alati kliiniliselt oluliselt paremat ravitulemust. Kaudselt toetab ka see teadmine soovitus alustada mittespetsiifilise alaseljavalu ravi alati nõustamisest.

Järgnevad ravisoovitused võib jagada kaheks: soovitused 11–20 puudutavad alaseljavalu farmakoteraapiat ja soovitused 20–24 muid meetodeid ning võtteid. Et käesolev juhend on suunatud eelkõige perearstidele ja -õdedele, siis kõiki alaseljavalu ravimeetodeid juhendis lähemalt ei käsitleta, vaid antakse soovitusel, millal alaseljavaluga patsient mõne teise eriala esindaja juurde suunata vt lk 46 ja alaseljavaluga patsiendi käsituslusalgoritm, lisa 1).

11		Alaseljavaluga patsiendi farmakoteraapia vajadusel (ja vastunäidustuste puudumisel) alustage ühe mittesteroidse põletikuvastase ravimiga minimaalses toimivas annuses. <i>Nõrk soovitus, madal tõendatuse aste</i>
----	---	--

Kliinilises praktikas on alaseljavalu farmakoteraapias esmavalikuna laialt kasutusel mittesteroidsed põletikuvastased ravimid (MSPR-id).

Käesoleva juhendi tõendusmaterjal MSPR-ide kohta (võrdluses platseeboga) pärineb kahest, Machado jt (2017) ning Enthoveni jt (2016; Cochrane'i ülevaatenähtud juhulikustatud kontrollitud uuringutel põhinevast süstemaatilise ülevaatest ja metaanalüüsist. Et Enthoveni jt uuring keskendus vaid kroonilisele valule ja sinna kaasatud kuuest uuringust viis olid kaasatud ka Machado jt analüüsi, siis Enthoveni jt uuringut eraldi tõendusmaterjalina arvesse ei võetud. Enthoveni jt metaanalüüsi kaasatud kuues uuring (Berry 1982) pärines aastast 1982, mistõttu ei arvatud ka seda käesoleva juhendi tõendusmaterjali hulka.

Machado jt (2017) hindasid metaanalüüsides MSPR-ide mõju valutugevusele (18 uuringut), kehalisele sooritusvõimele (12 uuringut) ja elukvaliteedile (4 uuringut) nii ägeda kui ka kroonilise alaseljavaluga patsientidel. Kõigis neis analüüsides teiseks erinevate mõõdikutega saadud tulemused skaalale 0–100, kliiniliselt oluliseks peeti vähemalt 10-pallist skoorimuutust. MSPR-ide mõju hinnati ägeda ja kroonilise valu korral eraldi kuni kahe nädala (k.a) jooksul ja ajavahemikus alates kahest nädalast kuni kolme kuuni (k.a). Samuti hindasid Machado jt MSPR-ide ohutust: kõrvaltoime(te) tekke tõenäosust uuringu vältel.

Machado jt metaanalüüsidesse kaasatud uuringud olid madala või mõõduka kvaliteediga. Kokkuvõttes selgus, et ehkki mittespetsiifilise alaseljavalu ravi korral MSPR-idega vähenes valutugevus ja paranesid nii patsientide kehaline sooritusvõime kui ka elukvaliteet statistiliselt oluliselt enam kui platseeboga, ei pidanud uurijad neid erinevusi kliiniliselt olulisteks. Kõrvaltoimete puhul MSPR- ja platseeborühmas statistiliselt olulist erinevust ei esinenud.

Käesolevas juhendis võeti tõendusmaterjalina arvesse ka Shirado jt (2010) Jaapanis tehtud juhuslikustatud kontrollitud uuringu (n = 201) tulemused kroonilise mittespetsiifilise alaseljavaluga patsientidel. Selles uuringus võrreldi võimlemise (kehatüve lihaseid tugevdavate ja venitusharjutuste kodust kompleksi) ja MSPR-ide tulemuslikkust. Uuring näitas, et positiivne mõju valutugevusele, patsiendi kehalisele sooritusvõimele ja elukvaliteedile oli mõlemal sekkumisel. Statistiliselt osutus oluliselt paremaks võimlemise mõju patsiendi elukvaliteedile, uurijate hinnangul ka kehalisele sooritusvõimele, kuigi selle tulemusnäitaja osas oli erinevus uuringurühmade vahel piiripealne. Sekkumiste mõju valutugevusele uuringurühmade vahel ei erinenud. Samas ei olnud uurijad ka selles uuringus kindlad, kuivõrd kliiniliselt oluliseks võib lugeda saadud statistiliselt olulisi erinevusi.

Kirjeldatud uuringute tulemuste ja kvaliteedihinnangute kokkuvõte on esitatud tõendusmaterjali kokkuvõtte tabelis nr 5 (vt www.ravijuhend.ee).

Kirjeldatud tõendusmaterjal pärines küllaltki erinevatest (statistiliselt heterogeensetest) uuringutest, samas ilmnes (võrdluses platseeboga) MSPR-ide mõningane ravitoime ja nendega ei kaasnenud oluliselt rohkem kõrvaltoimeid. Töörühm leidis, et MSPR-ide kasutamine alaseljavaluga patsiendi ravis on näidustatud, kui valu häirib patsienti olulisel määral ning takistab tal igapäevategevustega toimetulekut ja aktiivsena püsimist. Arvestades kliinilises praktikas MSPR-ide tarvitamisel siiski küllaltki sageli esinevaid, peamiselt seedetrakti ja südameveresoonkonna kõrvaltoimeid (eelkõige vanemaealistel), soovib töörühm alaseljavalu farmakoteraapiat alustada ühe ravimiga ning kasutada seda minimaalses toimivas annuses.

12		Alaseljavaluga patsiendi monofarmakoteraapias pigem ärge kasutage paratsetamooli. <i>Nõrk soovitus, väga madal tõendatuse aste</i>
----	--	--

Alaseljavalu ravis on laialt kasutusel analgeetikum paratsetamool. Ehkki paratsetamooli toimemehhanism ei ole üheselt selge, on selle mõju alaseljavalu korral peetud sarnaseks mittesteroidsete põletikuvastaste ravimitega (MSPR-idega), samas peetakse kõrvaltoimete riski väiksemaks. Eelkõige vähemate kõrvaltoimete tõttu on paratsetamooli varasemalt alaseljavalu farmakoteraapias esmavalikuna soovitatud (Graham 2013, Koes 2010).

Käesolevas juhendis kasutati tõendusmaterjalina Saragiotto jt (2016) Cochrane'i ülevaadet. Saragiotto jt vaatlesid juhuslikustatud kontrollitud uuringuid, milles võrreldi paratsetamooli toimet platseeboga mittespetsiifilise alaseljavaluga patsientidel. Ägeda valu korral ei näidanud hea kvaliteediga tõendusmaterjal ehk üks suur uuring (osalejate arv kõigi tulemusnäitajate puhul üle 1500) paratsetamooli eelist

platseebo ees ühegi tööühma hinnangul kriitilise tähtsusega tulemusnäitaja puhul (valutugevus, kehaline sooritusvõime, elukvaliteet) (Williams 2014). Kroonilise valu korral ei näidanud tõendusmaterjal ehk samuti üks väike ($n = 72$) väga madala kvaliteediga uuring samuti parasetamooli ja platseebo mõju erinevust (Wetzel 2014). Kõrvaltoimete puhul parasetamooli ja platseebo vahel ägeda mittespetsiifilise alaseljavaluga patsientide ravis olulisi erinevusi ei tuvastatud (Williams 2014).

Kirjeldatud uuringute tulemuste ja kvaliteedihinnangute kokkuvõtte on esitatud tõendusmaterjali kokkuvõtte tabelis nr 5 (vt www.ravijuhend.ee).

KOKKUVÕTTES leidis tööühm teaduslikule tõendusmaterjalile tuginedes, et parasetamooli kasutamine ägeda alaseljavalu ravis monoterapiiana näidustatud ei ole. Kuna parasetamooli mõju (täpsemalt selle puudumine) kroonilise valu korral ei ole siiski piisavalt tõendatud ja parasetamoolil esineb MSPR-idega võrreldes vähem kõrvaltoimeid, piirdus tööühm nõrga soovitusel parasetamooli alaseljavalu monoravis mitte kasutada.

13		Alaseljavaluga patsiendil mittesteroidse põletikuvastase ravimi toime puudumisel vahetage ravimirühma: alustage ravi nõrga opioidiga koos parasetamooliga või ilma. <i>Tugev soovitus, väga madal tõendatuse aste</i>
14		Alaseljavaluga patsiendil mittesteroidse põletikuvastase ravimi ebapiisava toime korral lisage nõrk opioid koos parasetamooliga või ilma. <i>Tugev soovitus, väga madal tõendatuse aste</i>
15		Kui alaseljavaluga patsiendile on mittesteroidne põletikuvastane ravim vastunäidustatud , kasutage nõrka opioidi koos parasetamooliga või ilma. <i>Tugev soovitus, väga madal tõendatuse aste</i>
16		<u>Ägeda</u> alaseljavaluga patsiendi ravis võite lühiajaliselt (kuni 7 päeva) kasutada lihaselõõgasteid (v.a bensodiasepiinid). <i>Nõrk soovitus, väga madal tõendatuse aste</i>
17		<u>Kroonilise</u> alaseljavaluga patsiendi ravis pigem ärge kasutage lihaselõõgasteid. <i>Nõrk soovitus, väga madal tõendatuse aste</i>

Kui alaseljavaluga patsiendile on näidustatud farmakoteraapia, kuid MSPR on kaasuva haiguse ja/või võimaliku koostoime tõttu tarvitatava(te) ravimi(te)ga **vastunäidustatud**, on enesestmõistetav, et ravi tuleb alustada teise ravimirühma kuuluva(te) ravimi(te)ga.

Kui aga MSPR-iga ei saavutata soovitud ravitulemust, peab arst välja selgitama, kas ravikuur on olnud piisav. Kui patsiendi heas ravisoostumuses ei ole põhjust kahelda ja MSPR-i annus on olnud optimaalne, kuid **toime puudub**, on selge, et valuravi ei ole mõtet MSPR-iga jätkata. Kui MSPR-il on olnud positiivne, kuid **ebapiisav toime**, tekib küsimus MSPR-i kombineerimisest teise ravimirühma kuuluva(te) ravimi(te)ga.

Töörühm soovis välja selgitada võimalikud ravimikombinatsioonid, kui MSPR-monoravi on vastunäidustatud või sellest ei piisa. Kõigepealt keskenduti ravimirühmadele, mida alaseljavalu farmakoteraapias on kliinilises praktikas enam kasutatud: paratsetamool, opidoidid ja lihaselõõgastid.

Esmalt kaalus töörühm olukorras, kus MSPR-raviga ei saada piisavalt head tulemust, võimalust kombineerida MSPR-i paratsetamooliga. Sellise kombinatsiooni kasutamisel tuleks kõne alla MSPR-i annuse vähendamine, mistõttu võiks eeldada ka kõrvaltoimete tekke tõenäosuse vähenemist. Asjakohaseid süstemaatilisi ülevaateid ja metaanalüüse ei leitud. Tõendusmaterjal pärineb Ostojic jt (2017) väikesest (n = 80) juhuslikustatud kontrollitud uuringust, milles võrreldi ägeda alaseljavalu või kroonilise alaseljavalu ägenemisega patsientide ravitulemusi ibuprofeeni ja paratsetamooli kombinatsioonravi ning ibuprofeeni monoravi korral. Uuringust selgus, et ehkki kombineeritud ravi rühmas oli valutugevus ühe mõõdiku (VAS 0–100 mm) alusel statistiliselt oluliselt väiksem 4. uuringupäeval ja teise mõõdiku (5-palline Likerti skaala) alusel 10. uuringupäeval, oli neisse analüüsidesse kaasatud vaid osa uuritavatest: need, kes uuringuperioodi jooksul vajadusel nn päästeravimina lisaks lubatud paratsetamooli ei tarvitanud. Analüüsi kaasatute arvu uurijad artiklis aga ei esitanud, mistõttu ei saa neile tulemustele väga suure nihke tõenäosuse tõttu kuigivõrd tugineda. Tõendusmaterjal on väga madala kvaliteediga. Kuigi autorid (Ostojic jt) soovisid hinnata ka uuritavate kehalise sooritusvõime muutusi, osutus kummastki uuringurühmast analüüsi kaasatutel kehaline sooritusvõime juba uuringu alguses sedavõrd erinevaks, et edasistest uuringurühmadevahelise erinevuse hindamisest loobuti. Kõrvaltoimete osas selles uuringus kombineeritud ja monoravi vahel statistiliselt olulist erinevust ei leitud.

Töörühm järeldas, et MSPR-ravi ebapiisava toime korral ei ole põhjust kombineerida MSPR-i ja paratsetamooli, vaid mõelda muudele ravimikombinatsioonidele.

Süsteemaatilisi ülevaateid ja metaanalüüse ei leitud ka mittespetsiifilise alaseljavalu korral MSPR-ravi võrdluse kohta MSPR-i ja teistesse (kliinilises praktikas alaseljavalu ravis enam kasutatavatesse) ravimirühmadesse kuuluvate ravimite kombinatsioonidega. Järgnevalt kirjeldatud üksikuuringud olid tõendusmaterjalina kas madala või väga madala kvaliteediga.

Friedmani jt (2015) juhuslikustatud kontrollitud uuringus ($n = 323$) võrreldi ägeda mittespetsiifilise alaseljavaluga patsientidel MSPR-monoravi (tegelikult MSPR-i ja platseebo kombinatsioonravi) MSPR-i ja lihaselõõgasti ning MSPR-i ja opioidi/paratsetamooli kombinatsioonaviga. Peamine tulemusnäitaja oli ravi mõju patsientide kehalisele sooritusvõimele: nädala jooksul hinnati RMDQ-skoori keskmise muutuse erinevusi uuringurühmade vahel. Erinevused statistiliselt oluliseks ei osutunud: MSPR koos lihaselõõgastiga vs. MSPR 0,3 palli (98,3% CI, -2,6 kuni 3,2), $p = 0,77$; MSPR koos opioidi/paratsetamooliga vs. MSPR 1,3 palli (98,3% CI, -1,5 kuni 4,1), $p = 0,28$. Samuti ei olnud erinevus kahe kombinatsioonravi rühma vahel (opioidi/paratsetamool vs. lihaselõõgasti) statistiliselt oluline: 0,9 palli (98,3% CI, -2,1 kuni 3,9), $p = 0,45$. Ravi mõju valutugevusele hinnati samuti nädala pärast vastavalt nende uuritavate osakaalule, kes vaatamata ravile hindasid viimase 24 tunni jooksul esinenud alaseljavalu tugevaks või mõõdukaks (mitte nõrgaks või puuduvaks). Tugevat või mõõdukat valu kirjeldas MSPR-i ja lihaselõõgasti rühmas 6% (-7% kuni 19%) ning MSPR-i ja opioidi/paratsetamooli rühmas 11% (-2% kuni 24%) rohkem uuritavaid kui MSPR-monoravi rühmas. Statistiliselt olulised need erinevused ei olnud. Kõrvaltoimeid esines MSPR-kombinatsioonravi korral võrreldes MSPR-monoraviga rohkem: MSPR-i ja opioidi/paratsetamooli rühmas vastavalt 19% rohkem (7% kuni 31%) ning MSPR-i ja lihaselõõgasti rühmas vastavalt 13% rohkem (1% kuni 25%). Kombinatsioonravi rühmade kõrvaltoimete erinevus 6% (-6% kuni 19%) oluliseks ei osutunud). Kuna uuring oli tõendusmaterjalina väga madala kvaliteediga, ei saa üksnes kõrvaltoimete puhul esinenud erinevuste olulisusele tuginedes ühe või teise ravivaliku eeliste kohta põhjapanevaid järeldusi teha.

Friedmani jt (2018) juhuslikustatud kontrollitud uuringus ($n = 240$) võrreldi ägeda mittespetsiifilise alaseljavaluga patsientidel MSPR-monoravi (tegelikult MSPR-i ja platseebo kombinatsioonravi) MSPR-i ja lihaselõõgasti kombinatsioonaviga (nii orfenadiiri kui metokarbamooli). Peamiseks tulemusnäitajaks oli uuritavate kehalise sooritusvõime muutus nädala jooksul (RMDQ-skoori alusel). RMDQ-skoori keskmise muutuse erinevused uuringurühmade vahel statistiliselt oluliseks ei osutunud: orfenadiiri- ja platseeborühma erinevus oli 1,5 palli (95% CI -1,4 kuni 4,3) ning platseebo- ja metokarbamoolirühma vahel 2,8 palli (95% CI 0 kuni 5,7). Uuringus hinnati ka ravi mõju valutugevusele vastavalt nende uuritavate osakaalule, kes vaatamata ravile nädala pärast viimase 24 tunni jooksul

esinenud alaseljavalu tugevaks või mõõdukaks (mitte nõrgaks või puuduvaks) hindasid. Tugevat või mõõdukat valu kirjeldas vastavalt orfenadriini rühmas 1% (–14% kuni 16%) ja metokarbamooli rühmas 15% (–11% kuni 20%) rohkem uuritavaid kui platseeborühmas. Statistiliselt olulised need erinevused ei olnud. Kõrvaltoimete puhul, millest ükski ei osutunud tõsiseks ega olnud uurijate jaoks ootamatu, ei leitud uuringurühmade vahel samuti statistiliselt olulisi erinevusi. Friedmani jt uuring oli tegemist madala kvaliteediga tõendusmaterjal.

Kirjeldatud uuringute tulemuste ja kvaliteedihinnangute kokkuvõte on esitatud tõendusmaterjali kokkuvõtte tabelis nr 6 (vt www.ravijuhend.ee).

KOKKUVÕTTES viitavad eelkirjeldatud madala ja väga madala kvaliteediga uuringud sellele, et MSPR-monoravi ja kombinatsioonravi ägeda mittespetsiifilise alaseljavalu korral tulemuslikkuselt oluliselt ei erine, küll aga võib kõrvaltoimeid kombinatsioonravi korral rohkem esineda. Samuti on mitme ravimi kooskasutamisel ravikulu enamasti suurem. Siiski leidis töörühm kliinilisele kogemusele tuginedes, et olukorras, kus alaseljavaluga patsiendile on farmakoterapia näidustatud, kuid samas jääb ravitulemus maksimaalses võimalikus annuses MSPR-monoraviga ebapiisavaks, on kõigele vaatamata parimaks võimalikuks lahenduseks erinevate valuravimite kombineerimine. Samuti leidis töörühm, et MSPR-ile tasub lisada valuvastase toime tugevusest sarnase ravimi (paratsetamooli) asemel tugevam ravim (nõrk opioid).

Töörühm pidas ka oluliseks märkida, et nõrga opioidi võib julgemalt lisada ägeda alaseljavalu korral. Kroonilise alaseljavalu korral peab nõrgast opioidist saadava kasu ja kahju vahetada hoolikamalt kaaluma, sest valu krooniliseks muutumisel mängivad sageli suurt rolli psühhosotsiaalsed tegurid („kollased lipud“). Kui kroonilise alaseljavalu esmane farmakoloogiline ravi ei anna soovitud tulemust, tuleb (taas) mõelda patsiendi emotsionaalse sättumuse, valutähtsuse jm psühhosotsiaalsete tegurite võimalikule rollile ning vajadusel hoopis neile keskenduda.

Nõrga opioidi kasutamise soovitusel ütles töörühm, et seda võib kasutada koos paratsetamooliga või ilma. Ehkki tõenäoliselt piisaks üksnes nõrgast opioidist, on üks kahest asjakohasest ravimist (kodeiin) hetkel Eestis saadaval vaid kombinatsioonis paratsetamooliga.

Lihaselõõgastite kasutamise kohta alaseljavalu ravis pärineb tõendus üksnes ägeda valu patsientide seas läbi viidud uuringutest. Teadlikuna lihaselõõgasti tõendamata lisakasust pidas töörühm seda siiski vajalikuks lisavõimaluseks, kui kõik muud ägeda valu farmakoterapia võimalused on ära proovitud. Kuna tegemist on üksnes lisavõimalusega, soovitas töörühm lihaselõõgastit kasutada vaid lühiajaliselt. Eraldi tõi töörühm välja, et lihaseid lõõgastava toimega, kuid muu peamise näidustusega

bensodiasepiine ei ole ägeda alaseljavalu korral põhjust kasutada. Kuna asjakohaseid uuringuid ei leitud, pidas töörihm kroonilise alaseljavalu korral oluliseks keskenduda pigem psühhosotsiaalsetele teguritele ja lihaselõõgastit mitte määrata.

* * *

18		Neuropaatilise komponendita alaseljavaluga patsiendi ravis pigem ärge kasutage gabapentinoide. <i>Nõrk soovitus, väga madal tõendatuse aste</i>
----	---	---

Neuropaatilise valu (nt diabeetilise neuropaatia) korral on tulemuslikuks osutunud epilepsiaavastased ravimid gabapentinoidid (Finnerup 2015). Seetõttu on gabapentinoide ka mittespetsiifilise alaseljavalu farmakoteraapias lisavõimalusi otsides järjest enam kasutama hakatud, kui tulemus muu farmakoteraapiaga on jäänud ebapiisavaks.

Gabapentinoidide kasutamise kohta alaseljavaluga patsientidel leiti Shanthanna jt (2017) süstemaatiline ülevaade ja metaanalüüs, milles võrreldi kroonilise alaseljavaluga patsientidel gabapentiini ja pregabaliini nii platseebo kui ka muude valu-ravimitega, samuti lisana muudele valuravimitele. Esmasteks tulemusnäitajateks olid valutugevuse muutus ja ravimite ohutus (kõrvaltoimete esinemine), põgusalt hinnati ka ravi mõju patsiendi kehalisele sooritusvõimele ja emotsionaalsele toimetulekule.

Gabapentinoidide võrdluse kohta platseeboga pärinesid andmed kolmest uuringust gabapentiiniga (Atkinson 2016, McCleane 2001, McCleane 2000). Valutugevus (10-pallisel skaalal) vähenes gabapentiini rühmas ($n = 91$) 0,22 palli enam kui platseeborühmas ($n = 94$), kuid see erinevus ei olnud statistiliselt oluline. Standarditud keskmiste erinevuse (SMD) 95% usaldusvahemik oli -0,51 kuni 0,07. Kõrvaltoimetest neis uuringuis ($n = 221$) ühtki surmajuhtu või hospitaliseerimist ei registreeritud. Gabapentiini rühmas esines statistiliselt olulisel määral rohkem järgmisi kõrvaltoimeid: pearinglus (RR = 1,99, 95% CI [1,17 kuni 3,37]), kurnatus (ingl *fatigue*) (RR = 1,85, 95% CI [1,12 kuni 3,05]), vaimse tegevuse raskused (ingl *difficulties with mentation*) (RR = 3,34, 95% CI [1,54 kuni 7,25]), nägemishäired (RR = 5,72, 95% CI [1,94 kuni 16,91]).

Gabapentinoidide (pregabaliini) ja teiste valuravimite toimet võrdles kolm uuringut (Sakai 2015, Kalita 2014, Romano 2009). Uuringuist selgus, et teiste valuravimitega ($n = 169$) vähenes valu 10-pallisel skaalal keskmiselt 0,42 palli võrra rohkem kui ravi korral pregabaliiniga ($n = 163$). Uuringurühmade standarditud keskmiste erinevus (SMD) oli 0,42 (95% CI 0,20 kuni 0,64). Kolmest uuringust

kahe põhjal oli võimalik ravi (valutugevuse alusel) hinnata ka tulemuslikuks või mitte (Sakai 2015, Kalita 2014). Sellisel juhul uuringurühmade ravitulemuste erinevus statistiliselt oluliseks ei osutunud (RR = 1,13, 95% CI [0,66 kuni 1,95]). Kõigi kolme uuringu põhjal esines pregabaliini kasutamisel muude valu-ravimitega võrreldes kõrvaltoimena rohkem pearinglust (RR = 2,70, 95% CI [1,25 kuni 5,83]) (Sakai 2015, Kalita 2014, Romano 2009).

Tõendusmaterjal gabapentinoidide lisamise mõttekuse kohta muudele ravimitele alaseljavalu farmakoteraapias pärinevad kolmest uuringust. Muudeks ravimiteks olid vastavalt kas buprenorfiin (Pota 2012), tselekoksiib (Romano 2009) või tapentadool (Baron 2015). Gabapentinoidi koos muu valuravimiga sai uuringutes kokku vastavalt 215 ja üksnes muud valuravimit kokku 208 uuritavat. Et uuritud ravimid olid väga erinevad, otsustasid Shanthanna jt (2017) metaanalüüsi mitte teha. Kui suurimas nimetatud üksikuuringus (Baron 2009) valutugevuse puhul uuringurühmade vahel erinevusi ei leitud, siis kahes väiksemas ja tõendusmaterjalina väga halva kvaliteediga uuringus vähenes valutugevus gabapentinoidi lisamisel 10-pallisel skaalal kliiniliselt olulisel määral ehk vähemalt 2 palli võrra enam (Pota 2012, Romano 2009).

Gabapentinoidide mõju kohta patsiendi funktsioonivõimele ja emotsionaalsele toimetulekule, mis kaudselt mõõtis patsiendi elukvaliteeti Shanthanna jt süstemaatilise ülevaate teiseste tulemusnäitajate kohta ülevaatesse kaasatud uuringute heterogeensuse tõttu metaanalüüsi ei tehtud. Autorite sõnul nende näitajate puhul uuringurühmade vahel olulist erinevust ei olnud (Shanthanna 2017).

Shanthanna jt süstemaatilisse ülevaatesse ja metaanalüüsidesse kaasatud uuringute tulemuste ja kvaliteedihinnangute kokkuvõtte on esitatud tõendusmaterjali kokkuvõtte tabelis nr 7 (vt www.ravijuhend.ee).

KOKKUVÕTTES, kuna muude haiguste korral on gabapentinoidide kasutamise tulemuslikkus tõestatud just neuropaatilise valu korral ning tuginedes varasemalt kirjeldatud piiratud ja madala kvaliteediga üksnes kroonilist alaseljavalu käsitlevale tõendusmaterjalile, otsustas töörühm, et neuropaatilise komponendita alaseljavalu korral ei ole gabapentinoidide kasutamine põhjendatud.

* * *

19		<u>Kroonilise alaseljavaluga</u> patsiendi ravis võite kaaluda tritsükliliste antidepressantide kasutamist. <i>Nõrk soovitus, väga madal tõendatuse aste</i>
----	---	--

Kui alaseljavalu farmakoteraapia eespool soovitatud nn tüüpiliste valuravimitega ei anna soovitud tulemust ja valu on kestnud pikka aega, tuleb (taas) mõelda patsiendi emotsionaalsele sätumusele jm psühhosotsiaalsetele teguritele („kollastele lippudele“). Kroonilise valuga koos võib esineda nt depressioon, mis vajab eraldi ravi. Kliinilises praktikas kasutatakse depressiooniravimeid kroonilise, eelkõige neuropaatilise ehk närvikahjustusest tingitud valu korral ametliku näidustusega ka seetõttu, et osal neist (tritsüklilised antidepressandid) arvatakse olevat valu moduleerivad omadused (Chou 2010, Saarto 2007).

Käesoleva juhendi koostamisel ei leitud süstemaatilisi ülevaateid ega metaanalüüse, milles oleks uuritud antidepressantide kasutamist lisaks juhendis eespool soovitatud alaseljavalu esmaavaliku ravimitele.

Antidepressantide mõju kohta alaseljavalu korral võrdluses platseeboga on süstemaatilistes ülevaadetes ja metaanalüüsides saadud vastukäivaid tulemusi (Williamson 2014). Juhuslikustatud kontrollitud uuringutel põhinevad värskemad süstemaatilised ülevaated ja metaanalüüsid ei ole antidepressantide eeliseid näidanud (valutugevuse, depressiooni ja kehalise sooritusvõime muutuse alusel) (Kuijpers 2011, Urquhart 2010). Samas on varasemates ülevaadetes leitud, et antidepressandid vähendavad valutugevust rohkem kui platseebo (Schnitzer 2004, Staiger 2003, Salerno 2002). Oluline on aga lisada, et enne 2002. aastat oli uuringumetoodika valuravi käsitlevates originaaluuringutes ebaühtlane, sest rahvusvaheliselt ei olnud ühtsed reeglid veel kokku lepitud (Williamson 2014).

Käesoleva juhendi koostamisel keskenduti tritsüklilistele antidepressantidele. Võttes tõendusmaterjali kogumisel aluseks NICE-i (2016) alaseljavalu käsitleva juhendi, selgub, et juhuslikustatud kontrollitud uuringuid on tritsükliliste antidepressantidega (võrdluses platseeboga) tehtud vähe ning need pärinevad aastaist 1976–1998 (Atkinson 1998, Goodkin 1990, Alcock 1982, Jenkins 1976). Nende uuringute põhjal tehtud metaanalüüs näitas, et tritsüklilistel antidepressantidel platseebo ees eeliseid ei olnud (hinnatuna mõju alusel valutugevusele ja psühholoogilisele distressile ning ka kõrvaltoimete alusel). Vastav tõendusmaterjal oli sõltuvalt tulemusnäitajast väga madala kuni mõõduka kvaliteediga.

Et NICE-i tõendusmaterjali otsing hõlmas uuringuid kuni 15.12.2015, tehti käesoleva juhendi koostamisel värskema tõendusmaterjali jaoks lisaotsing (perioodi 01.01.2015–31.05.2019 kohta). Leitud süstemaatilistest ülevaadetest ja üksikuuringutest osutusid asjakohaseks kolm juhuslikustatud kontrollitud uuringut (Urquhart 2018, Schliessbach 2018 ja Khoromi 2007).

Urquharti jt (2018) kroonilise mittespetsiifilise alaseljavaluga patsientide seas tehtud hea kvaliteediga juhuslikustatud kontrollitud uuringust (n = 146) selgus, et ravi väikeses annuses (25 mg) amitriptülliiniga ei vähendanud alaseljavalu (mõõdetuna 100 mm visuaal-analoogskaala alusel) statistiliselt oluliselt enam kui nn aktiivne võrdlusravim benstropiin. Erinevus sekkumis- ja kontrollrühmas toimunud keskmise muutuse vahel oli 6. ja 3. uuringukuul vastavalt -7,81 (95% C, -15,7 kuni 0,10) ning -1,05 (95% CI -7,87 kuni 5,78). Samas selgus Urquharti jt uuringust, et amitriptülliin parandas uuritavate funktsioonivõimet statistiliselt oluliselt enam kui võrdlusravim. 3. uuringukuuks oli sekkumis- ja kontrollrühma RMDQ-skoori muutuse erinevus -1,62 (95% CI -2,88 kuni -0,36). Uuringu lõpus (6. kuul) ei olnud see erinevus enam statistiliselt oluline. Kõrvaltoimete tõttu katkestas uuringu mõlemas uuringurühmas võrdne arv uuritavaid (n = 9), uuringurühmade vahel 6. kuu seisuga mõõdukate ja tõsiste kõrvaltoimete puhul olulisi erinevusi ei esinenud. Urquharti jt uuring näitas, et uuringu käigus pikenes uuritavate uneaeg. 6. kuul teatas sellest vastavalt 55% ja 16% amitriptülliin- ja võrdlusravirühma kuulunutest ja erinevus oli statistiliselt oluline ($\chi^2 = 15,4$; p < 0,001). Platseebo asemel kasutati võrdlusravimina benstropiini, millel on amitriptülliiniga sarnased kõrvaltoimed (nt suukuivus), samas puudub teadaolevalt mõju kroonilisele valule. Urijad ise pidasid seda uuringu tugevuseks (Urquhart 2018).

Schliessbachi jt (2018) mittespetsiifilise alaseljavaluga patsientide seas tehtud väga halva kvaliteediga uuringus (n = 50) hinnati ühe annuse (75 mg) imipramiini toimet valutugevusele kahe tunni jooksul võrreldes võrdlusravimi tolterodiiniga (Schliessbach 2018). Uuringurühmade vahel ei nähtud statistiliselt olulist erinevust.

Nimmeradikulopaatiale keskendunud ja siinse juhendi kontekstis tõendusmaterjalina väga madala kvaliteediga Khoromi jt uuringust (n = 28) tritsüklilise antidepressandi nortriptülliini eeliseid (valutugevuse ja kehalise sooritusvõime alusel) platseebo, morfiini ja morfiini + nortriptülliini kombinatsiooni ees välja ei tulnud (Khoromi 2007). Samas esines selles uuringus just nortriptülliinravi ajal kõige vähem kõrvaltoimeid (Khoromi 2007).

Tritsükliliste antidepressantide kohta käivate uuringute tulemuste ja kvaliteedi-hinnangute kokkuvõte on esitatud tõendusmaterjali kokkuvõtte tabelis nr 8 (vt www.ravijuhend.ee).

KOKKUVÕTTES leidis töörühm, et ehkki tritsükliliste antidepressantide eelist platseebo ees kroonilise mittespetsiifilise alaseljavaluga patsientidel (hinnatuna mõju alusel nende kehalisele sooritusvõimele) näitas vaid üks hea kvaliteediga uuring (Urquhart 2018), ei esinenud nende kasutamisel kõigi tõendusmaterjalina arvesse võetud väga madala kuni kõrge kvaliteediga uuringute alusel ka oluliselt

rohkem kõrvaltoimeid. Nii otsustas töörühm, et juhtudel, kui kõik muud kroonilise valu farmakoteraapia võimalused on ära proovitud, on tritsüklilised antidepressandid teatud juhtudel kroonilise alaseljavalu ravis vajalikuks lisavõimaluseks.

* * *

20		Alaseljavaluga patsiendi ravis ärge kasutage süstitavaid ravimeid, sh lihasesiseseid süste ja „blokaade“. <i>Tugev soovitus, kõrge tõendatuse aste</i>
----	---	--

Algselt soovis töörühm välja selgitada, kas alaseljavalu korral peaks valuravi olema konservatiivne või interventsionaalne. Juhendi koostamise käigus alaseljavalu esmatasandi käsitlele keskendudes taandus küsimus aga sellele, kuivõrd on alaseljavalu korral näidustatud süsteravi.

Tõendusmaterjali kogumisel võeti aluseks NICE-i (2016) alaseljavalu diagnostika- ja ravijuhend, kus alaseljavalu süsteravi oli jagatud kolmeks: 1) spinaalsed süsted (sh fassettliigese blokaad, spinaalnärvi mediaalse haru blokaad, diskisisene süste, proloteeraapia); 2) raadiosageduslik ablatsioon ning 3) epiduraalsed süsted. Samas leidis töörühm, et Eesti esmatasandi arst (perearst, EMO arst) neid meetodeid ilma spetsiaalse ettevalmistuseta kasutada ei tohiks. Vaja on nii väljaõpet (sh ohutusnõuete tundmist ja järgimist) kui ka aparatuuri (nt piltkontrollitud protseduuride korral). Lisaks on osa nimetatud meetodeist põhjendatud vaid kindlas järjestuses. Näiteks on raadiosageduslikku ablatsiooni mõtet teha vaid pärast positiivset diagnostilist blokaadi ja üksnes spinaalnärvide mediaalsete harude innerveeritud struktuuridest tuleneva valu korral. Samas on Eestis esmatasandil siiski arste, kes alaseljavalu korral ravimeid süstivad – nt valu päästikpunktidesse.

Käesoleva juhendi kontekstis osutus NICE-i juhendis (2016) kasutatud tõendusmaterjalist asjakohaseks vaid kolm uuringut: kaks juhuslikustatud kontrollitud uuringut (Foster 2001, Sonne 1985) ja peale tõendusmaterjali nappuse tõttu otsingu muudele uuringukavanditele laiendamist ka üks kohortuuring (Carrasco 2003). Kahjuks olid ühes uuringus (Sonne 1985) tulemused esitatud üksnes graafiliselt ning neid ei olnud võimalik kasutada.

Fosteri jt (2001) väikeses juhuslikustatud kontrollitud uuringus (n = 31) võrreldi kroonilise alaseljavaluga patsientide seas valu päästikpunktidesse botuliini ja füsioloogilise lahuse manustamise mõju. Uuringust selgus, et botuliinil oli füsioloogilisest lahusest statistiliselt oluliselt suurem mõju valutugevusele. 3. uuringunädalaks oli botoksit saanud 15 patsiendist 11-l (73,3%) ning võrdlusrühmas 16

patsiendist 4-l (25%) valutugevus vähenenud > 50% ($p = 0,012$), 8. nädalal vastavalt 15 patsiendist 9-l (60%) ning 16 patsiendist 2-l (12,5%-l) ($p = 0,009$). Samuti oli 8. nädalaks mõõdikuga *Oswestry Low Back Pain Questionnaire* mõõtmisel kehaline sooritusvõime botoksi rühmas paranenud 10 uuritava 15-st (66,7%), füsioloogilise lahuse rühmas 3 uuritava 16-st (18,8%) ($p = 0,011$). Kõrvaltoimetest ei teatatud kummaski uuringurühmas. Et selles uuringus oli lisaks uuritavale ravile lubatud ka mistahes muu valuvaigistav ja lihaseid lõõgastav ravi, siis ei aita selle uuringu tulemused otseselt vastata tööühma esitatud kliinilisele küsimusele.

Carrasco jt (2003) retrospektiivses kohortuuringus võrreldi botuliinravi ja steroidi + anesteetikumi ravi mõju alaseljavaluga patsientide seas ($n = 51$), kel eelnev valuravi ei osutunud tulemuslikuks ning kellele oli vähemalt kolme kuu vältel süstitud lumbaarpiirkonda botuliini. Valutugevus (mõõdetuna nii VAS-il kui *Margolis Pain Scale*'il) vähenes botuliinraviga küll rohkem kui võrdlusraviga, kuid andmeid selle kohta, kas uuringurühmade vahe osutus kokkuvõttes statistiliselt oluliseks või mitte, ei esitatud.

Kirjeldatud uuringute tulemuste ja kvaliteedihinnangute kokkuvõte on esitatud tõendusmaterjali kokkuvõtte tabelis nr 9 (vt www.ravijuhend.ee).

KOKKUVÕTTES, tuginedes eelkirjeldatud tõendusmaterjalile ehk madala ja väga madala kvaliteediga vähestele uuringutele leidis tööühm, et mittespetsiifilise alaseljavalu esmatasandi ravis ei ole ravimite süstimise (sh „blokaadide“) eelised suukaudse ravi ees piisavalt tõendatud.

Otsus alaseljavaluga patsiendi ravis süstitavaid ravimeid, sh lihasesisesid süste ja „blokaade“ mitte kasutada tugineb ka Eestis 2016. aastal valminud ravijuhendile „Perioperatiivne ägeda valu käsitlet (RJ-R/8.1-2016)“, milles on valuravi kohta antud tugevad soovitusused „Manustage ravimeid võimalusel suukaudselt“ ning „Vältige ravimite lihasesisest manustamist“ (<https://www.ravijuhend.ee/tervishoiuvarav/juhendid/13/perioperatiivne-ageda-valu-kasitlet#soovitus22>).

* * *

21		<u>Ägeda</u> alaseljavaluga patsiendi ravis ärge kasutage liikumisravi. <i>Tugev soovitus, mõõdukas tõendatuse aste</i>
22		<u>Alaägeda</u> alaseljavaluga patsiendi ravis pigem kasutage liikumisravi. <i>Nõrk soovitus, mõõdukas tõendatuse aste</i>

23		<u>Kroonilise</u> alaseljavaluga patsiendi ravis kasutage liikumisravi. <i>Tugev soovitus, mõõdukas tõendatuse aste</i>
----	---	--

Liikumisravi ehk terapeutilised harjutused on füsioteraapias konkreetsele patsiendile mõeldud harjutused, mida tehakse füsioterapeudi juhendamisel. Vastava tõendusmaterjali kogumisel võeti aluseks NICE-i (2016) alaseljavalu diagnostika- ja ravijuhend, kus alaseljavalu korral liikumisravi asjakohasuse hindamisel kasutati Haydeni jt (2005; mõningais andmebaasides aastaarvuga 2011) Cochrane'i süstemaatilist ülevaadet.

Hayden jt leidsid, et liikumisravi all mõistetakse küllaltki erinevaid sekkumisi, koguni sekkumisstrateegiaid. Juhuslikustatud kontrollitud uuringutele tuginevasse süstemaatilisse ülevaatesse kaasasid Hayden jt uuringud, milles oli liikumisravi võrreldud nii mitte millegi tegemise (nn platseebosekkumistega) kui ka muu konservatiivse raviga (Hayden 2005). Erinevates metaanalüüsides hinnati sekkumiste mõju uuritavate kehalisele sooritusvõimele ja valutugevusele eraldi ägeda, alaägeda ja kroonilise alaseljavalu korral. Seda tehti nii üksikuuringutes tulemuse esmase hindamise ajahetke arvestades kui ka 6. uuringunädalal ning 6. ja 12. uuringukuul (Hayden 2005).

Ägeda alaseljavalu kohta leidsid Hayden jt kokku 11 uuringut ($n = 1192$) (Hayden 2005). Ükski nende uuringute põhjal tehtud metaanalüüsist ei näidanud uuritavate kehalisele sooritusvõimele ega valutugevusele võrreldud sekkumiste mõjus statistiliselt olulisi erinevusi.

Alaägeda alaseljavalu kohta leidsid Hayden jt kokku kuus uuringut ($n = 881$) (Hayden 2005). Enamik süstemaatilises ülevaates tehtud metaanalüüse tugines vaid ühele või kahele-kolmele uuringule. Liikumisravi eeliseid muude sekkumiste ees näitas vaid Cherkini jt uuring ($n = 194$) (Hayden 2005), mille kvaliteet tõendusmaterjalina oli kas kõrge või mõningais võrdlustes tulemuste (eba)täpsust arvestades mõõdukas. Cherkini jt uuringust selgus, et võrreldes liikumisravi mitte millegi tegemise või nn platseebosekkumistega, oli uuritavate kehalise sooritusvõime keskmise muutuse erinevus uuringurühmade vahel (liikumisravi kasuks) statistiliselt oluline nii 6. uuringunädalal ($-3,48$ [95% CI $-6,22$ kuni $-0,74$]) kui ka 12. uuringukuul ($-8,27$ [95% CI $-13,89$ kuni $-2,65$]) (Hayden 2005). Samuti osutusid statistiliselt oluliseks valutugevuse keskmiste muutuste erinevused uuringurühmade vahel (liikumisravi kasuks) nii 6. uuringunädalal ($-8,00$ [95% CI $-10,93$ kuni $-5,07$]) kui ka 12. uuringukuul ($-8,00$ [95% CI $-14,37$ kuni $-1,63$]) (Hayden 2005). Võrdlustes muu konservatiivse raviga liikumisravi eelised välja ei tulnud.

Kroonilise alaseljavalu kohta leidsid Hayden jt kokku 43 uuringut ($n = 3907$) (Hayden 2005). Tehtud metaanalüüsides selgus liikumisravi statistiliselt oluline paremus (nii kehalise sooritusvõime kui valutugevuse alusel hinnatuna) muust konservatiivsest ravist ja ka mitte millegi tegemisest (nn platseebosekkumistest). Seda nii siis, kui sekkumise mõju hinnati 6 nädala möödudes kui ka 6–12 kuu möödudes.

Kõigi nende võrdluste, aga ka ägedat ja alaägedat alaseljavalu käsitlevate uuringute tulemuste ja kvaliteedihinnangute kokkuvõtte on esitatud tõendusmaterjali kokkuvõtte tabelis nr 10 (vt www.ravijuhend.ee).

KOKKUVÕTE

Ehkki liikumisravi kasutamise kohta **ägeda alaseljavalu** korral oli tõendusmaterjali tase mõõdukas, otsustas töörihm anda tugeva soovituseta seda mitte kasutada. Töörihm pidas silmas, et valu ägedas faasis on üldjuhul esmatähtis keskenduda sellele, et patsient säilitaks oma tavapärase aktiivsuse (vt soovitus 24). Samuti arvestas töörihm, et enamikul patsientidest möödub äge valu ilma spetsiaalsete sekkumisteta paari nädala jooksul. Patsient, kel on STarT seljavalu küsimustiku alusel keskmine või suur valu krooniliseks muutumise risk, tuleks suunata taastusarsti ja/või füsioterapeudi juurde, kes analüüsib tema liikumisvõimet ja annab täpsemad soovitused.

Alaägeda valu korral tulid liikumisravi eelised välja vaid ühest, selle kliinilise küsimuse kontekstis tõendusmaterjalina kokkuvõttes mõõduka kvaliteediga uuringus. Seetõttu andis töörihm alaägeda alaseljavalu korral liikumisravi kasutamiseks nõrga soovituseta. Samas pidas töörihm oluliseks rõhutada, et kindlasti tuleb liikumisravi vajadust patsiendile selgitada ja patsient vastavale ravile suunata enne, kui valu krooniliseks muutub.

Kroonilise alaseljavalu korral oli tõendusmaterjali tase kokkuvõttes mõõdukas, kuid liikumisravi kasutamise eelised tulid 16 tõendusmaterjali sünteesimisel tehtud metaanalüüsist selgelt välja 11 analüüsis, mistõttu otsustas töörihm anda selle kasutamiseks tugeva soovituseta.

Juhendi koostamise käigus töötas sekretariaat läbi tõendusmaterjali ka erinevate treeningviiside kohta (nt pilates, jooga, rattasõit, vesivõimlemine), mis võiksid sobida kroonilise alaseljavaluga patsientidele. Et need treeningviisid ei kuulu esmastasandi arsti pädevusse, siis nende võrdlusi siinkohal ei esitata. Kokkuvõtvalt võib aga läbi töötatud tõendusmaterjali põhjal öelda, et oluline pole mitte niivõrd see, milline treeningviis valida, vaid see, et kroonilise alaseljavaluga patsient tegeleb korrapäraselt jõukohase füüsilise treeninguga.

24		Ägeda alaseljavaluga patsiendil soovitage püsida füüsiliselt aktiivne. <i>Tugev soovitus, mõõdukas tõendatuse aste</i>
----	---	--

Nii alaägeda kui ka kroonilise alaseljavalu korral anti juhendis eelnevalt soovitus liikumisravi kasutamiseks, mis tähendab ühtlasi (n-ö automaatselt), et patsient peab püsima füüsiliselt aktiivne. Et äge alaseljavalu võib mõningail juhtudel leeveneda pikali heites, tuleb kliinilises praktikas küllaltki sageli ette, et valu ägedas faasis piirab patsient oma igapäevaseid füüsilisi tegevusi või jääb üldse voodisse.

Käesoleva juhendi koostamisel tõendusmaterjali otsinguil läbi töötatud ravi-juhendites (sh NICE-i 2016. aasta alaseljavalu käsitlevas juhendis) ei antud soovitusi alaseljavaluga patsientide füüsilise aktiivsuse kohta. Seetõttu otsiti meditsiinilise teaduskirjanduse e-andmebaasidest viimase kümne aasta jooksul tehtud asjakohaseid süstemaatilisi ülevaateid ja metaanalüüse. Tõendusmaterjalina jäi sõelale Dahm'i jt (2010) Cochrane'i süstemaatiline ülevaade, milles keskenduti üksnes ägeda alaseljavalu ja mujale kiirguva valuga (ingl *sciatica*) patsientide füüsilisele aktiivsusele. Käesoleva juhendi kontekstis osutus asjakohaseks kolm ägeda alaseljavaluga patsientide seas tehtud uuringut (n = 480) (Dahm 2010). Uuringuist selgus, et patsientidel, kel soovitati püsida aktiivne, oli keheline sooritusvõime nii lühi- kui ka pikaajalises perspektiivis (vastavalt uuringu 3.–4. ja 12. nädalaks) paranenud statistiliselt oluliselt enam kui neil, kes jäid voodirežiimile (uuringurühmadevahelised standarditud keskmiste erinevused SMD = 0,29 [95% CI 0,09 kuni 0,49] ja SMD = 0,24 [95% CI 0,04 kuni 0,44]) (Dahm 2010). Leiti, et 12. uuringunädalal oli valutugevus uuringurühmade vahel statistiliselt oluliselt erinev aktiivsena püsimise kasuks (SMD = 0,25 [95% CI 0,05 kuni 0,45]) (Dahm 2010). Samuti selgus Malmivaara jt (1995) uuringust, et aktiivsena püsinuol oli ka töölt eemaloleku aeg 12. uuringunädalal hinnatuna statistiliselt oluliselt lühem: 4,5 päeva võrra (95% CI 1,37 kuni 7,63) (Dahm 2010).

Kirjeldatud uuringute tulemuste ja kvaliteedihinnangute kokkuvõte on esitatud tõendusmaterjali kokkuvõtte tabelis nr 11 (vt www.ravijuhend.ee).

KOKKUVÕTTES, tuginedes kirjeldatud vähestele, kuid kõrge kvaliteediga tõendusmaterjalile soovitas töörühm ägeda alaseljavaluga patsiendil püsida füüsiliselt aktiivne ehk jätkata tavapäraste igapäevatoimingutega. Töörühm leidis, et kui patsient on seni regulaarselt trenni teinud, võib ta sellega enesetunnet jälgides jätkata. Samuti võib jätkata tööl käimist. Füüsiliselt rasket tööd tegeva inimese puhul peab aga perearst otsustama, kas mõneks ajaks tööst puhkamine on näidustatud ja kas tuleb väljastada töövõimetusleht.

Patsiendi suunamine teise eriala spetsialisti juurde

Alaseljavalu tõttu kiirabi kutsunud või perearsti poole pöördunud patsient, kel esinevad infektsioonile, lüümurrule, *cauda equina* sündroomile või raskele neuroloogilisele ärajäämale viitavad kliinilised ohumärgid ehk „punased lipud“ (vt tabelit lk 20), tuleb kohe suunata **erakorralise meditsiini osakonda või võimalusel otse lülisambakirurgiaga tegeleva arsti (ortopeedi või neurokirurgi)** ehk siis vastava osakonna valvekirurgi juurde.

Kui alaseljavaluga patsiendi kliinilised ohumärgid viitavad pahaloomulisele kasvajale (vt tabelit lk 20), tuleb patsient suunata **onkoloogi** juurde. Lülisammast haarava tuumori kahtlusel **võib patsiendi suunata ka lülisambakirurgiaga tegeleva arsti (ortopeedi või neurokirurgi)** juurde.

Mittespetsiifilise alaseljavaluga patsienti, kel on „punased lipud“ välistatud, ravib perearst. Teise eriala spetsialisti juurde tuleb patsient suunata vastavalt alljärgnevatele soovistustele.

Mittespetsiifilise alaseljavaluga patsiendi suunamine teise eriala spetsialisti juurde

Mitte-spetsiifilise alaseljavalu faas	Patsiendi kirjeldus/seisund	Spetsialist(id), kelle juurde patsient suunata
Äge ehk kuni 6 nädalat (k.a) kestnud valu	STarT seljavalu küsimustiku alusel keskmine valu krooniliseks muutumise risk	füsioterapeut
	STarT seljavalu küsimustiku alusel keskmine valu krooniliseks muutumise risk ning valu püsib ka pärast esmast füsioteraapiat	taastusarst
	STarT seljavalu küsimustiku alusel suur valu krooniliseks muutumise risk	füsioterapeut ja taastusarst
	Vajab lisanõustamist igapäevaste tegevustega hakkamasaamiseks	füsioterapeut
	Hoolimata maksimaalsest medikamentoosest ravist püsib tugev valu	valuarst
	Kaasuv psüühikahäire mõjutab oluliselt igapäevast tegevusvõimet	kliiniline psühholoog või psühhiaater
	Psüühikahäire kahtlus	kliiniline psühholoog või psühhiaater

	Valu on seotud psühhosotsiaalse teguriga (negatiivne elusündmus või stress muul põhjusel, nt lein, raske haigus perekonnas)	kliiniline psühholoog või psühhiaater
	Valu on ebatüüpiline: vaheldub, ei ole seotud trauma või füüsilise koormusega, kaasuvad muud psühhosomaatilised nähud või seletised	kliiniline psühholoog või psühhiaater
Alaäge ehk 6–12 nädalat (k.a) kestnud valu	Kõik patsiendid	füsioterapeut ja taastusarst
	Konservatiivse raviga ei saavutata soovitud ravitulemust	valuarst
	Kaasuv psüühikahäire mõjutab oluliselt igapäevast tegevusvõimet	kliiniline psühholoog või psühhiaater
	Psüühikahäire kahtlus	kliiniline psühholoog või psühhiaater
	Valu on seotud psühhosotsiaalse teguriga (negatiivne elusündmus või stress muul põhjusel, nt lein, raske haigus perekonnas)	kliiniline psühholoog või psühhiaater
	Valu on ebatüüpiline: vaheldub, ei ole seotud trauma või füüsilise koormusega, kaasuvad muud psühhosomaatilised nähud või seletised	kliiniline psühholoog või psühhiaater
Krooniline ehk üle 12 nädala kestnud valu	Kõik patsiendid	füsioterapeut ja taastusarst
	Konservatiivse raviga ei saavutata soovitud ravitulemust	valuarst
	Kaasuv psüühikahäire mõjutab oluliselt igapäevast tegevusvõimet	kliiniline psühholoog või psühhiaater
	Psüühikahäire kahtlus (vestluse, vaatluse ja/ või EEK-2 suure skoori põhjal)	kliiniline psühholoog või psühhiaater
	Valu on seotud psühhosotsiaalse teguriga (negatiivne elusündmus või stress muul põhjusel, nt lein, raske haigus perekonnas)	kliiniline psühholoog või psühhiaater
	Valu foonil on tekkinud ärevus, püsiv meeleoluhäire ja/või unehäire	kliiniline psühholoog või psühhiaater
	Valu on ebatüüpiline: vaheldub, ei ole seotud trauma või füüsilise koormusega, kaasuvad muud psühhosomaatilised nähud või seletised	kliiniline psühholoog või psühhiaater

Tabelis antud soovitused on kokkuvõtlikult esitatud ka alaseljavaluga patsiendi käsitusalgoris (vt juhendi lisa 1).

Kui algselt mittespetsiifilise alaseljavalu diagnoosiga patsiendil tekib esmakordselt jalga kiirgav radikulaarne valu, mis ei allu valuravile ja/või on 2–4 nädala jooksul süveneva tendentsiga või esineb radikulaarne valu kehalist sooritusvõimet mittesegava kerge neuroloogilise ärajäämaga, mis püsib muutumatuna vähemalt 6–8 nädala jooksul, tuleb patsient suunata **lülisambakirurgiaga tegeleva arsti (ortopeedi, neurokirurgi)** juurde.

Samuti tuleb alaseljavaluga patsient lülisambakirurgiaga tegeleva arsti juurde suunata juhul, kui esmatasandil on kasutatud kõiki juhendis eespool soovitatud konservatiivse ravi võimalusi, kuid oluliselt elukvaliteeti halvendavad kaebused püsivad või süvenevad (sh koormusel).

Enne patsiendi suunamist lülisambakirurgiaga tegeleva arsti juurde peab esmatasandi arst olema veendunud, et patsient ei välista kategooriliselt kirurgilise ravi võimalust.

Kui patsiendil on (ala)seljavalu alanud enne 40. eluaastat või hiilivalt ja kestnud üle kolme kuu, võib see olla üks spondüloartriidi tunnuseid. Sel juhul peaks patsiendil esinema ka mõni teine spondüloartriidile viitav tunnus: artriit, daktüliit, entesiit (nt ahhilotendiniit), psoriaas, uveiid, põletikuline soolehaigus, spondüloartriit perekonnaanamneesis, C-reaktiivse valgu taseme tõus, mis pole seletatav muude põhjustega (nt infektsiooniga), geneetiline marker HLAB27 positiivne, hea ravivastus MSPR-ravile. Spondüloartriidi kahtlusel tuleks patsient suunata **reumatoloogi** juurde.

Arvestades senist alaseljavaluga patsientide suunamise praktikat Eestis, pidas tööühm väga oluliseks eraldi rõhutada, et kuna neuroloogilised haigused ei põhjusta alaseljavalu, ei ole alaseljavaluga patsiendi suunamine **neuroloogi** juurde näidustatud.

E-konsultatsioon

Erialadevahelise koostöö tõhustamiseks on perearstidele loodud võimalus patsiendi diagnoosi täpsustamiseks ja ravi määramiseks eriarstidega tervise infosüsteemi kaudu konsulteerida. E-saatekirjas sisalduva info põhjal otsustab teise eriala spetsialist, kas piisab perearstile erialase nõu andmisest või kutsub ta patsiendi oma vastuvõtule 7 päeva jooksul, 8–42 päeva jooksul või hiljem. Juhul kui perearsti e-saatekiri ei sisalda otsuse tegemiseks vajalikku informatsiooni, jääb teise eriala spetsialistile võimalus konsultatsioon tagasi lükata.

Alates 01.01.2018 on perearstil ortopeedi ja reumatoloogi ning alates 01.01.2019 ka taastusarsti, valuarsti, onkoloogi ja psühhiaatri e-konsultatsiooni võimalus. Kõik e-konsultatsiooni nõuded on täpselt kirjas Eesti Perearstide Seltsi ja erialaühenduste vahel sõlmitud lepingutes ja avaldatud Riigi Teatajas vastavalt RT I, 29.12.2017, 14 (lisad 33 ja 22) ja RT I, 28.12.2018, 21 (lisad 43, 44, 34 ja 37). Juhendi koostamise hetkel puudub perearstil neurokirurgi e-konsultatsiooni võimalus.

Ravijuhendi koostamine

Juhendi koostamise algatas 2017. aastal Eesti Valu Selts. Moodustati töörühm ja sekretariaat (mõlema koosseisud on esitatud ravijuhendi alguses) ning esimene ravijuhendi koostajate koosolek toimus 24. mail 2017. Töörühma liikmeteks ja konsultantideks kutsuti asjakohaste kutsealade, patsientide ja Eesti Haigekassa esindajad. Juhendi koostamist koordineeris kuni 2018. aasta suveni Eesti Haigekassa, misjärel võttis selle üle Tartu Ülikooli meditsiiniteaduste valdkonna ravijuhendite püsisekretariaat. Püsisekretariaadi koordineerimisel kogunesid juhendi koostajad esimest korda 8. novembril 2018. Metoodiliselt nõustas juhendi koostajaid Eesti Haigekassast algselt Mare Oder, hiljem ka Anneli Truhanov ning toonastele koosolekutele oli metoodikaspetsialistina kutsutud ka Kaja-Triin Laisaar Tartu Ülikoolist. Ravijuhendite püsisekretariaadist nõustas juhendi koostajaid metoodiliselt Kaja-Triin Laisaar.

Eesti Haigekassa ravijuhendite nõukoda kinnitas juhendi käsitlusala lõpliku versiooni 22. mail 2018. Käsitlusala sisaldas üheksat PICOformaadis kliinilist küsimust ja viit tervishoiukorralduslikku küsimust. Ravijuhendi käsitlusala, täisversioon, tõendusmaterjali kokkuvõtted, rakenduskava, koosolekute protokollid ning koostajate huvide deklaratsioonide kokkuvõte on kättesaadavad veebiaadressil www.ravijuhend.ee.

Ravijuhendi koostamisel lähtuti algselt „Eesti ravijuhendite koostamise käsi-raamatu“ 2011. aasta versioonist, hiljem juba uuema, 2017. aasta versiooni põhimõtetest. Kliiniliste küsimuste arutamiseks ja soovitude sõnastamiseks pidas töörühm seitse koosolekut (lisaks üks e-koosolek). Tervishoiukorralduslikele küsimustele vastamiseks ja muude juhendi materjalide (patsiendi infovoldik, patsientide käsitlusalgoritm, rakenduskava) koostamiseks veel kuus koosolekut. Iga koosoleku alguses vaadati läbi töörühma ja sekretariaadi liikmete võimalike huvide konfliktide deklaratsioonid ja veenduti otsustajate kallutamatuses. Koosolek loeti otsustusvõimeliseks, kui kohal oli vähemalt 2/3 töörühma liikmetest. Koosolekutel tehtud otsused olid üksmeelsed.

Kliiniliste küsimuste kohta valmistas sekretariaat töörühma koosolekuks ette tõendusmaterjali kokkuvõtte. Selleks analüüsiti olemasolevate ravijuhendite soovitusi ja nende aluseks olevat tõendusmaterjali, vajadusel ka juurde otsitud teadusuuringute tulemusi. Soovitude koostamisel arvestati lisaks teadusliku tõendusmaterjali tugevusele ka sekkumise kasu tervisele (sh potentsiaalse kasu ja kahju vahekorda), patsientide eelistusi ja väärtushinnanguid ning soovitusega kaasneda võivat patsientide ebavõrdsesse olukorda jätmist, samuti võimalusi ja ressursse soovitatava tegevuse rakendamiseks Eesti kontekstis.

Tervishoiukorralduslikele (alaseljavaluga patsiendi teiste erialade esindajate juurde suunamist puudutavatele) küsimustele vastamiseks konsulteerisid töörühma liikmed vastavate erialade esindajatega (kolleegidega) ja erialaseltsidega.

Patsiendi infovoldiku koostamiseks loodi töörühma liikmetest eraldi töögrupp. Töögruppi kuulus patsientide esindaja, lisaks testisid töögrupi tervishoiutöötajatest liikmed materjali oma igapäevatöö käigus patsientide peal.

Juhendis antud soovitude majandusliku mõju hindamiseks koostati Eesti Haigekassa kaasabil ülevaade seni Eestis alaseljavaluga patsientidele osutatud tervishoiuteenustest ja hinnati, kuivõrd nende teenuste maht juhendi rakendumisel muutuda võib.

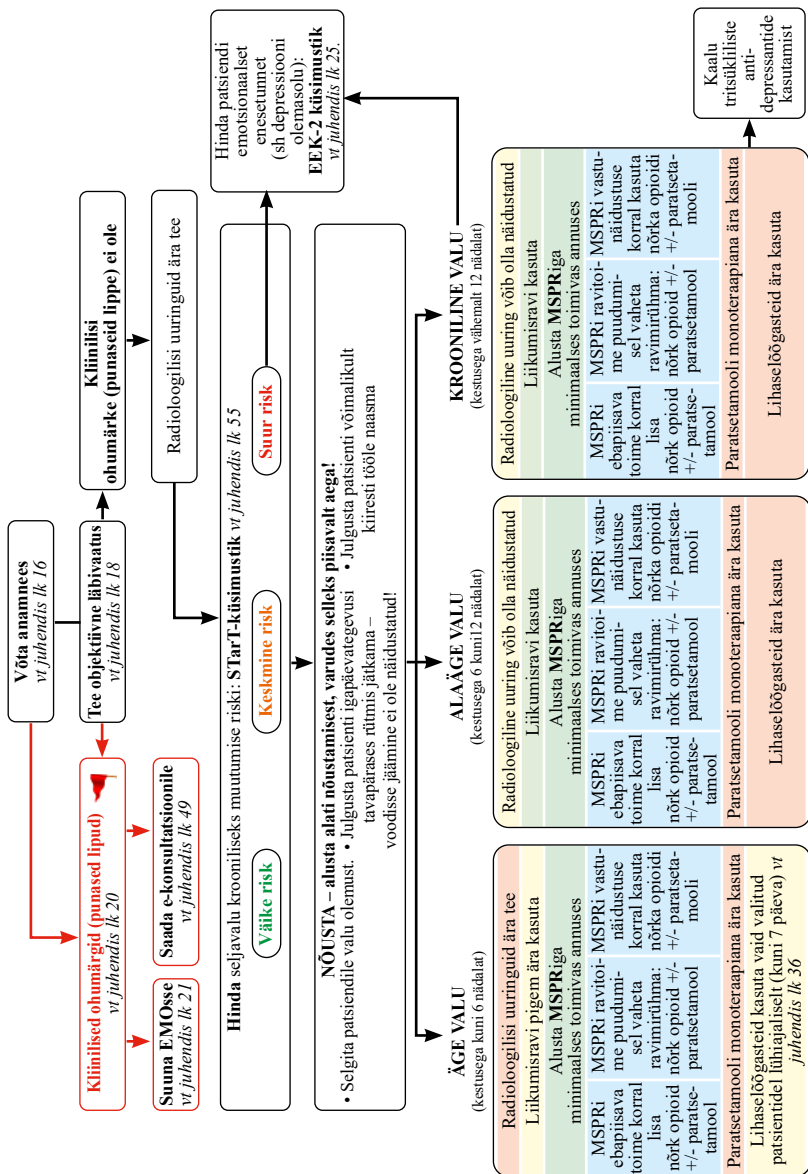
Ravijuhendit uuendatakse viis aastat pärast selle kinnitamist või uute oluliste teadusandmete lisandumisel.

Tõendusmaterjali otsimine ja hindamine

Ravijuhendi koostamiseks otsiti tõendusmaterjali Eesti ravijuhendite käsiraamatu juhiste järgi. Esmalt otsiti alaseljavalu käsitlevaid tõenduspõhiseid ravijuhendeid. Ravijuhendite süstemaatilise otsingu tegi SA TÜ Kliinikumi Medinfo keskuse infospetsialist. Läbi vaadati spetsiaalsed ravijuhendite andmebaasid, nt National Institute for Health and Care Excellence (<http://www.nice.org.uk>) ja Eesti ravijuhendite andmebaas (<https://www.ravijuhend.ee/>). Lisaks otsiti 1996. kuni sõltuvalt küsimuse käsitlemise ajast 2017. või 2018. aastal avaldatud ingliskeelseid ravijuhendeid meditsiinalase teaduskirjanduse andmebaasist Medline.

Rahvusvahelistest ravijuhenditest osutus teemale vastavaks 13 juhendit, neist tõendusmaterjali allikadena piisavalt kvaliteetseks hinnati 7 (tööriistaga AGREE II). Iga ravijuhendit hindas teineteisest sõltumatult kaks sekretariaadi liiget, olulisi hinnangute lahknevusi ei esinenud. Teistest ravijuhenditest leiti tõendusmaterjali koostatava juhendi käsitlusala 15 küsimusest 12 kohta. Kaasatud juhendeis vaadati läbi koostatava juhendi käsitlusala haakuvad soovitusel, nende aluseks olnud teaduslik tõendusmaterjal ning muud soovite suunda ja tugevust mõjutanud kriteeriumid. Valdavalt toetus sekretariaat käesoleva juhendi koostamisel NICE-i 2016. aastal välja antud alaseljavalu teemalisele juhendile „Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management“. Vajadusel otsiti konkreetse kliinilise küsimuse juures lisaks süstemaatilisi ülevaateid, metaanalüüse ja üksikuuringuid. Otsingul algselt uuringukavandit ei piiratud, kuid eelistati juhustlikustatud võrdlusrühmaga uuringuid. Sekretariaat koostas iga kliinilise küsimuse kohta tõendusmaterjali kokkuvõtva tabeli, milles esitati asjakohaste teadusuuringute tulemused ja kvaliteedihinnang. Tõendusmaterjali kokkuvõtte tabelid (nr 1–11) on kättesaadavad ravijuhendite veebiaadressil www.ravijuhend.ee. Seejärel koostas sekretariaat iga kliinilise küsimuse kohta soovite koostamise ehk tõendusmaterjalist soovituseni jõudmise tabeli, milles lisaks teadusliku tõendusmaterjali lühikokkuvõttele esitati hinnang huvipakkuva meetodi/tegevuse kasu-kahju tasakaalule, patsientide eelistustele ja väärtushinnangutele, meetodi/tegevuse vastuvõetavusele, teostatavusele ja ressursivajadusele. Soovite koostamise tabelile tuginedes sõnastas töörühm üksmeelselt soovite nii teadusliku tõendusmaterjali kui ka teiste nimetatud kriteeriumite põhjal. Iga antud soovite põhjendus on kokkuvõtlikult kirjas juhendi tekstis vastava soovite järel.

Patsiendi käsitusalgorithm



NA Taastusarst, füsioterapeut, valuarst, kliiniline psühholoog või psühhiaater, reumatoloog, lülisambakirurg

RAVI MEID ÄRA SUSTI

MITTESPETSHIFILISE ALASELJAVALUGA patsiendi suunamine teise eriala spetsialisti juurde (vt ka juhendis lk 46–48)

Füsioterapeut

- Ägeda alaseljavaluga patsient, kel STarT seljavalu küsimustiku alusel valu krooniliseks muutumise risk keskmine või suur
- Ägeda alaseljavaluga patsient, kes vajab lisanõustamist igapäevaste tegevustega hakkamasaamiseks
- Alaägeda ja kroonilise alaseljavaluga patsiendid

Taastusarst

- Ägeda alaseljavaluga patsient, kel STarT seljavalu küsimustiku alusel valu krooniliseks muutumise risk keskmine, kellel valu püsib pärast esmast füsioteraapiat
- Ägeda alaseljavaluga patsient, kel STarT seljavalu küsimustiku alusel valu krooniliseks muutumise risk suur
- Alaägeda ja kroonilise alaseljavaluga patsiendid

Valuarst

- Ägeda alaseljavaluga patsient, kellel vaatamata maksimaalsele medikamentossele ravile püsib tugev valu
- Alaägeda ja kroonilise alaseljavaluga patsiendid, kellel ei saavutata konservatiivse raviga soovitud ravitulemust

Kliiniline psühholoog või psühhiaater

- Alaseljavaluga patsient, kel kaasuv psüühikahäire mõjutab oluliselt igapäevast tegevusvõimet
- Alaseljavaluga patsient, kel arst kahtlustab psüühikahäiret
- Alaseljavaluga patsient, kelle valu on seotud psühhosotsiaalse teguriga (negatiivne elusündmus, stress muul põhjusel – nt lein, raske haigus perekonnas)
- Kroonilise alaseljavaluga patsient, kel valu foonil on tekkinud ärevus, püsiv meeleoluhäire, unehäire

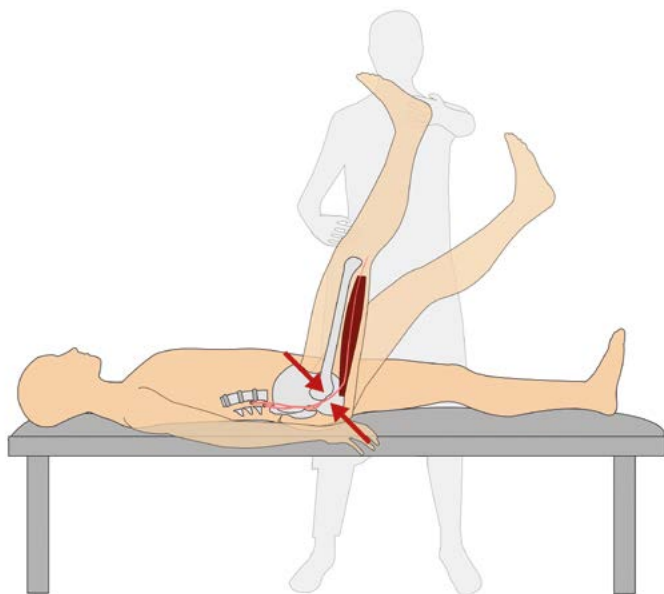
SPETSHIFILISE ALASELJAVALU KAHTLUSEGA patsiendi suunamist teise eriala spetsialisti juurde vt juhendis lk 46 ja 48

Lisa 2

Lasègue test

Sirge jala tõstmine (ingl *Straight Leg Raise*, *SLR*) on selili lamava patsiendi passiivne sirge jala tõstmine sümptomaatilisel poolel. Test on positiivne, kui puusaliigese fleksiooni juures jala tõstmisel 30–70° kiirgub valu allapoole põlve (radikulopaatia). Soovituslik kraadide vahemik on uuringutes varieerunud. Nii võib anda üldise soovitusliku mõõta kraadid, mil valu tekib, ja kasutada seda antud patsiendi dünaamika jälgimiseks.

Lasègue test on SLR-i edasiarendus, kus valu tekkel langetatakse jalga 5–10° ja labajalg viiakse dorsaalfleksiooni. Test on positiivne, kui valu kiirgub allapoole põlve (radikulopaatia). Lasègue testis on kraadid hüppeliigese asendi tõttu veidi väiksemad.



Lisa 3

STarT seljavalu küsimustik (The Keele STarT Back Screening Tool)

Patsiendi nimi: _____ Kuupäev: _____

Mõeldes viimasele 2 nädalale märkige oma vastus järgmistele küsimustele:

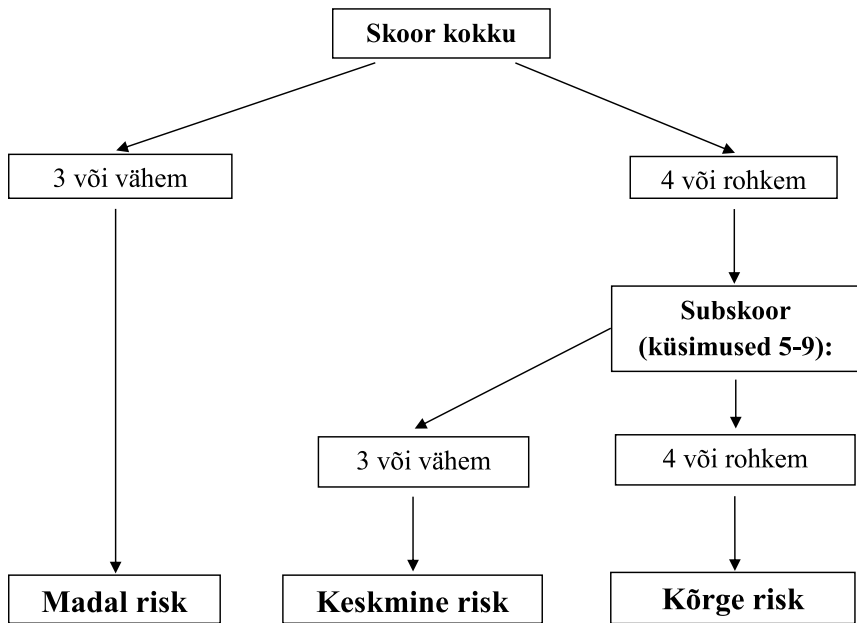
- | | Ei ole nõus | Olen nõus |
|---|--------------------------|--------------------------|
| | 0 | 1 |
| 1. Minu seljavalu on aeg-ajalt kiirgunud mööda jalga allapoole viimase 2 nädala jooksul. | ☐ | ☐ |
| 2. Mul on olnud aeg-ajalt valu õlas või kaelas viimase 2 nädala jooksul. | ☐ | ☐ |
| 3. Ma saan seljavalu tõttu kõndida ainult lühikesi vahemaid . | ☐ | ☐ |
| 4. Viimase 2 nädala jooksul olen seljavalu tõttu riietunud aeglasemalt kui tavaliselt. | ☐ | ☐ |
| 5. Tegelikult ei ole ohutu sellises seisundis nagu mul on, olla füüsiliselt aktiivne. | ☐ | ☐ |
| 6. Murettekitavad mõtted on peast läbi käinud mitmeid kordi. | ☐ | ☐ |
| 7. Ma tunnen, et mu seljavalu on kohutav ja see ei muutu kunagi paremaks . | ☐ | ☐ |
| 8. Üldiselt ma ei naudi kõiki asju, mida olen varem nautinud.. | ☐ | ☐ |
| 9. Kokkuvõttes, kui palju on seljavalu teid 2 viimase nädala jooksul vaevanud? | | |

Mitte üldse	Veidi	Mõõdukalt	Väga	Äärmiselt
☐	☐	☐	☐	☐
0	0	0	1	1

Skoor kokku (kõik 9): _____ Subskoor (küsimused 5-9) _____

© Keele University 01/08/07
Funded by Arthritis Research UK

STarT seljavalu küsimustiku hindamise süsteem



© Keele University 01/08/07
Funded by Arthritis Research UK

Kasutatud kirjandus

ACP (American College of Physicians). Diagnosis and Treatment of Low Back Pain: Recommendations from the American College of Physicians/American Pain Society. ACP 2007; https://www.acponline.org/acp_policy/guidelines/low_back_pain_treatment_guideline_2007.pdf.

Alcoff J, Jones E, Rust P, Newman R. Controlled trial of imipramine for chronic low back pain. *Journal of Family Practice* 1982; 14(5): 841–846.

Aluoja A, Shlik J, Vasar V, Luuk K, Leinsalu M. Development and psychometrics properties of the Emotional State Questionnaire, a self-report questionnaire for depression and anxiety. *Nord J Psychiatry* 1999; 53: 443–449.

APTA (American Physical Therapy Association). Low Back Pain Clinical Practice Guidelines Linked to the International Classification of Functioning, Disability, and Health from the Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association. APTA 2012; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4893951/>.

Atkinson JH, Slater MA, Capparelli EV, Patel SM, Wolfson T, Gamst A, et al. A randomized controlled trial of gabapentin for chronic low back pain with and without a radiating component. *Pain* 2016; 157(7): 1499–1507.

Atkinson JH, Slater MA, Williams RA, Zisook S, Patterson TL, Grant I, et al. A placebo-controlled randomized clinical trial of nortriptyline for chronic low back pain. *Pain* 1998; 76(3): 287–296.

Baron R, Martin-Mola E, Müller M, Dubois C, Falke D, Steigerwald I. Effectiveness and Safety of Tapentadol Prolonged Release (PR) Versus a Combination of Tapentadol PR and Pregabalin for the Management of Severe, Chronic Low Back Pain With a Neuropathic Component: A Randomized, Double-blind, Phase 3b Study. *Pain Pract* 2015; 15(5):455–470. Epub 2014 Apr 17.

Beck AT, Guth D, Steer RA, Ball R. Screening for major depression disorders in medical inpatients with the Beck Depression Inventory for Primary Care Behav Res Ther 1997; 35: 785–791.

Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, et al. *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Wiley; 1979.

Beck AT, Steer A, Brown GK. *Beck Depression Inventory Manual 2*. San Antonio, Texas: The Psychological Corporation; 1996.

Beneciuk JM, Robinson ME, George SZ. Subgrouping for patients with low back pain: a multidimensional approach incorporating cluster analysis and the STarT Back Screening Tool. *J Pain* 2015; 16(1):19–30. Epub 2014 Oct 22.

Berry H, Bloom B, Hamilton EBD, Swinson DR. Naproxen sodium, diflunisal, and placebo in the treatment of chronic back pain. *Annals of the Rheumatic Diseases* 1982; 41(2): 129–132.

Bigos SJ, Bowyer OR, Braen GR, et al. Acute Low Back Problems in Adults. Clinical Practice Guideline No. 14. AHCPR Publication No. 95-0642. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service, U.S. Department of Health and Human Services 1994.

Brazier J, Usherwood T, Harper R, Thomas K. Deriving a preference-based single index from the UK SF-36 Health Survey. *J Clin Epidemiol* 1998; 51(11): 1115–1128.

Carrasco AT, Wescoat L, Roman A. A retrospective review of Botulinum toxin type A compared with standard therapy in the treatment of lumbar myofascial back pain patients. *Pain Clinic* 2003; 15(3): 205–211.

Cherkin DC, Deyo RA, Battie M, Street J, Barlow W. A comparison of physical therapy, chiropractic manipulation, and provision of an educational booklet for the treatment of patients with low back pain. *N Engl J Med* 1998; 339: 1021–1029.

Chou R. Pharmacological management of low back pain. *Drugs* 2010; 70(4): 387–402.

Williams CM, Maher CG, Latimer J, McLachlan AJ, Hancock MJ, Day RO, Lin CWC. Efficacy of paracetamol for acute low-back pain: a double-blind, randomised controlled trial Wetzel 2014. *Lancet* 2014; 384.

Cleeland CS. Measurement and prevalence of pain in cancer. *Semin Oncol Nurs* 1985; 1: 87–92.

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.

Dahm KT, Brurberg KG, Jamtvedt G, Hagen KB. Advice to rest in bed versus advice to stay active for acute low-back pain and sciatica. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 6. Art. No.: CD007612.

Donker T, van Straten A, Marks I, Cuijpers P. A brief Web-based screening questionnaire for common mental disorders: development and validation. *J Med Internet Res* 2009 Jul 24; 11(3): e19.

EC (European Commission). Medical Radiation Exposure of the European Population. Radiation Protection N°180. Diagnostic Reference Levels in Thirty-six European Countries. EC. 2014; <https://ec.europa.eu/energy/sites/ener/files/documents/RP180%20part2.pdf>.

Enthoven WTM, Roelofs PDDM, Deyo RA, van Tulder MW, Koes BW. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for chronic low back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 2. Art. No.: CD012087.

EuroQol Group. EuroQol – a new facility for the measurement of health-related quality of life. Health Policy (Amsterdam, Netherlands). EuroQol Group 1990; 16(3): 199–208.

EuroQol Research Foundation. Marten Meesweg 107, 3068 AV Rotterdam, The Netherlands; <https://euroqol.org>. Vaadatud 11.04.2019.

Fairbank JC, Couper J, Davies JB. The Oswestry Low Back Pain Questionnaire. Physiotherapy 1980; 66: 271–273.

Fairbank JC, Pynsent PB. The Oswestry Disability Index. Spine 2000 Nov 15; 25(22): 2940–52; discussion 52.

Finnerup NB, Attal N, Haroutounian S, McNicol E, Baron R, Dworkin RH, et al. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. Lancet Neurol 2015; 14(2): 162–73.

Foster L, Clapp L, Erickson M, Jabbari B. Botulinum toxin A and chronic low back pain: a randomized, double-blind study. Neurology 2001; 56(10): 1290–1293.

Friedman BW, Dym AA, Davitt M, Holden L, Solorzano C, Esses D, Bijur PE, Gallagher EJ. Naproxen With Cyclobenzaprine, Oxycodone/Acetaminophen, or Placebo for Treating Acute Low Back Pain. A Randomized Clinical Trial. JAMA 2015; 314(15): 1572–1580.

Goldberg DP, Williams P. A User's Guide to the General Health Questionnaire. Windsor: NFER-Nelson 1991.

Goodkin K, Gullion CM, Agras WS. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of trazodone hydrochloride in chronic low back pain syndrome. Journal of Clinical Psychopharmacology 1990; 10(4): 269–278.

Graham GG, Davies MJ, Day RO, Mohamudally A, Scott KF. The modern pharmacology of paracetamol: therapeutic actions, mechanism of action, metabolism, toxicity and recent pharmacological findings. Inflammopharmacology 2013; 21: 201–232.

Hayden J, van Tulder MW, Malmivaara A, Koes BW. Exercise therapy for treatment of non-specific low back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 3. Art. No.: CD000335.

Hill JC, Dunn KM, Lewis M, Mullis R, Main CJ, Foster NE, Hay EM. A primary care back pain screening tool: identifying patient subgroups for initial treatment. *Arthritis Rheum* 2008; 59(5): 632–641.

Hoy D, Bain C, Williams G, March L, Brooks P, Blyth F, Woolf A, Vos T, Buchbinder R. A systematic review of the global prevalence of low back pain. *Arthritis Rheum* 2012; 64(6): 2028–2037.

Itz CJ, Willems PC, Zeilstra DJ, Huygen FJ; Dutch Society of Anesthesiologists; Dutch Orthopedic Association; Dutch Neurosurgical Society. Dutch Multi-disciplinary Guideline for Invasive Treatment of Pain Syndromes of the Lumbosacral Spine. *Pain Pract* 2016; 16(1): 90–110. Epub 2015 Jun 1.

Jenkins DG, Ebbutt AF, Evans CD. Tofranil in the treatment of low back pain. *Journal of International Medical Research* 1976; 4(2 Suppl.): 28–40.

Johnsen LG, Hellum C, Nygaard OP jt. Comparison of the SF6D, the EQ5D, and the Oswestry disability index in patients with chronic low back pain and degenerative disc disease. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2013.

Khoromi S, Cui L, Nackers L, Max MB. Morphine, nortriptyline and their combination vs. placebo in patients with chronic lumbar root pain. *Pain* 2007; 130(1–2): 66–75. Epub 2006 Dec 19.

Koes BW, van Tulder M, Lin CW, Macedo LG, McAuley J, Maher C. An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care. *European Spine Journal* 2010; 19: 2075–2094.

Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Medical Care* 2003; 41: 1284–1292.

Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001; 16(9): 606–613.

Kroenke K, Spitzer RL. The PHQ-9: A new depression and diagnostic severity measure. *Psychiatric Annals* 2002; 32: 509.

Kuijpers T, van Middelkoop M, Rubinstein SM, Ostelo R, Verhagen A, Koes BW, van Tulder MW. A systematic review on the effectiveness of pharmacological interventions for chronic non-specific low-back pain. *Eur Spine J* 2011; 20(1): 40–50. Epub 2010 Jul 31.

Linton SJ, Boersma K. Early identification of patients at risk of developing a persistent back problem: the predictive validity of the Örebro Musculoskeletal Pain Questionnaire. *Clin J Pain* 2003; 19: 80–86.

Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management. NICE guideline [NG59]. Published date: November 2016; <https://www.nice.org.uk/guidance/ng59>

Machado GC, Maher CG, Ferreire PH, Day RO, Pinheiro MB, Ferreira ML. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for spinal pain: a systematic review and meta-analysis. *Ann Rheum Dis* 2017; 76: 1269–1278.

Magnussen LH, Lygren H, Strand LI, Hagen EM, Breivik K. Reconsidering the Roland-Morris Disability Questionnaire: time for a multidimensional framework? *Spine (Phila Pa 1976)* 2015; 40(4): 257–263.

Malmivaara A, Hakkinen U, Aro T, Heinrichs ML, Koskenniemi L, Kuosma E, et al. The treatment of acute low back pain - bed rest, exercises, or ordinary activity?. *N Engl J Med* 1995; 332(6): 351–355.

McCleane GJ. Does gabapentin have an analgesic effect on background, movement and referred pain? A randomised, double-blind, placebo controlled study. *The Pain Clinic* 2001; 13(2): 103–107.

McCleane GJ. Gabapentin reduces chronic benign nociceptive pain: a double-blind, placebo-controlled cross-over study. *The Pain Clinic* 2000; 12(2): 81–85.

Metsma T, Mürk K, Kalvet K. Äge ja krooniline alaseljavalu (infomaterjal). SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla 2017.

Miller RP, Kori S, Todd D. The Tampa Scale: a measure of kinesiophobia. *Clin J Pain* 1991; 7(1): 51–52.

NICE (National Institute for Health and Care Excellence. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management. NICE 2016; <https://www.nice.org.uk/guidance/ng59>

Ostojic P, Radunovic G, Lazovic M, Tomanovic-Vujadinovic S. Ibuprofen plus paracetamol versus ibuprofen in acute low back pain: a randomized open label multicenter clinical study. *Acta Reumatol Port.* 2017; 42(1): 18–25.

Radloff LS. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement.* 1977; 1: 385–401.

RHK-10. Rahvusvaheline haiguste klassifikatsioon, 10. versioon. Sotsiaalministeerium 2019; <http://rhk.sm.ee>.

Riis et al. Predictive ability of the start back tool: an ancillary analysis of a low back pain trial from Danish general practice. *BMC Musculoskeletal Disorders.* 2017; 18: 360.

Robins LN, Wing J, Wittchen HU, Helzer JE, Babor TF, Burke J, Farmer A, Jablenski A, Pickens R, Regier DA, et al. The Composite International Diagnostic Interview. An epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Archives of general psychiatry* 1988; 45(12): 1069–1077.

Robins LN, Wing JK, Wittchen H-U et al. The composite international diagnostic interview. An epidemiologic instrument for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Arch Gen Psychiatry*. 1988; 45: 1069–1077.

Roland MO, Morris RW. A study of the natural history of back pain. Part 1: Development of a reliable and sensitive measure of disability in low back pain. *Spine* 1983; 8: 141–144.

PERH (Põhja-Eesti Regionaalhaigla). Roose Ä, Hanso I, Raudvere P. Alaselja-vaevustega EMO-sse pöördunud patsiendi radioloogilise uurimise tegevusjuhend. SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla. Kinnitatus 12.12.2017 nr 2017/1-9.3/130-1.

Saarto T, Wiffen PJ. Antidepressants for neuropathic pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2007 Oct 17; (4): CD005454.

Saleh KJ, Bershadsky B, Cheng E, Kane R. Lessons learned from the hip and knee musculoskeletal outcomes data evaluation and management system. *Clin Orthop Relat Res* 2004; 429: 272–278.

Salerno SM, Browning R, Jackson JL. The effect of antidepressant treatment on chronic back pain: a meta-analysis. *Arch Intern Med* 2002; 162: 19–24.

Saragiotto BT, Machado GC, Ferreira ML, Pinheiro MB, Abdel Shaheed C, Maher CG. Paracetamol for low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 6. Art. No.: CD012230.

Schliessbach J, Siegenthaler A, Bütikofer L, Limacher A, Juni P, Vuilleumier PH, Stamer U, Arendt-Nielsen L, Curatolo M. Effect of single-dose imipramine on chronic low-back and experimental pain. A randomized controlled trial. *PLoS One* 2018 May 9; 13(5): e0195776.

Schnitzer TJ, Ferraro A, Hunsche E, Kong SX. A comprehensive review of clinical trials on the efficacy and safety of drugs for the treatment of low back pain. *J Pain Symptom Manage* 2004; 28: 72–95.

Scott NA, Moga C, Harstall C. Managing low back pain in the primary care setting: the know-do gap. *Pain Res Manag* 2010; 15(6): 392–400.

Shanthanna H, Gilron I, Rajarathinam M, AlAmri R, Kamath S, Thabane L, Devereaux PJ, Bhandari M. Benefits and safety of gabapentinoids in chronic low back pain: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS Med* 2017 Aug 15; 14(8): e1002369. eCollection 2017 Aug.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 Suppl 20: 22-33; quiz 34–57.

Sonne M, Christensen K, Hansen SE, Jensen EM. Injection of steroids and local anaesthetics as therapy for low-back pain. *Scandinavian Journal of Rheumatology* 1985; 14(4): 343–345.

Soots M, Tiidermann M, Kansi H, Nigol H, Takker U. Kokkuvõte kliinilisest auditist „Alaseljavaluga patsiendi diagnostika ja ravi kvaliteet esmatasandil“. *Eesti Arst* 2016; 95(8): 502–504.

Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene R, Vagg PR, Jacobs GA 1983. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, et al. Validation and utility of a self-report version of the PRIME-MD: the PHQ primary care study. *Journal of the American Medical Association* 1999; 282: 1737–1744.

Staiger TO, Gaster B, Sullivan MD, Deyo RA. System- atic review of anti-depressants in the treatment of chronic low back pain. *Spine (Phila Pa 1976)* 2003; 28: 2540–2545.

Sullivan MJL, Bishop SR, Pivik J. The Pain Catastrophizing Scale: Development and validation. *Psychol Assess* 1995; 7: 524–32.

Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67: 361–370.

The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. *General Hospital Psychiatry* 2010; 32(4): 345–359.

The Roland-Morris Disability Questionnaire and the Oswestry Disability Questionnaire. *Spine* 2000; 25: 3115–3124.

Urquhart DM, Hoving JL, Assendelft WW, Roland M, van Tulder MW. Anti-depressants for non-specific low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2008 Jan 23; (1): CD001703.

Urquhart DM, Wluka AE, van Tulder M, Heritier S, Forbes A, Fong C, Wang Y, Sim MR, Gibson SJ, Arnold C, et al. Efficacy of Low-Dose Amitriptyline for Chronic Low Back Pain: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 2018; 178(11): 1474–1481.

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

Verdu B, Decosterd I, Buclin T, Stiefel F, Berney A. Antidepressants for the treatment of chronic pain. *Drugs* 2008; 68(18): 2611–2632.

Waddell G, Newton M, Henderson I, Somerville D, Main CJ. A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain* 1993; 52(2): 157–168.

Walsh TL, Hanscom B, Lurie JD, Weinstein, JN. Is a Condition-Specific Instrument for Patients with Low Back Pain/Leg Symptoms Really Necessary? The Responsiveness of the Oswestry Disability Index, MODEMS and the SF-36. *Spine* 2003.

Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30(6): 473–483.

Wetzel L, Zadrazil M, Paternostro-Sluga T, Authried G, Kozek-Langenecker S, Scharbert G. Intravenous nonopioid analgesic drugs in chronic low back pain patients on chronic opioid treatment. *European Journal of Anaesthesiology.* 2014; 31: 35–40.

Wetzel L, Zadrazil M, Paternostro-Sluga T, Authried G, Kozek-Langenecker S, Scharbert G. Intravenous non opioid analgesic drugs in chronic low back pain patients on chronic opioid treatment: A crossover, randomised, double-blinded, placebo-controlled study: Retraction. *European Journal of Anaesthesiology* 2015; 32: 287.

Whynes, DK, McCahon RA, Ravenscroft A jt. Responsiveness of the EQ-5D Health-Related Quality-of-Life Instrument in Assessing Low Back Pain. *Value in Health* 2013.

Williamson OD1, Sagman D, Bruins RH, Boulay LJ, Schacht A. Antidepressants in the treatment for chronic low back pain: questioning the validity of meta-analyses. *Pain Pract* 2014; 14(2): E33-41. Epub 2013 Oct 17.

Ööpik P, Aluoja A, Kalda R, Maaroos H. Screening for depression in primary care. *Family Practise* 2006; 23: 693–689.

Märkused

Handwriting practice lines consisting of 20 horizontal dotted lines.

