
Šaknelinio kojos ir apatinio nugaros skausmo ryšys su funkcinė būkle

K. Petrikonis

Kauno medicinos universiteto
Neurologijos klinika

Santrauka. Straipsnyje pateikiami duomenys apie šaknelinio kojos ir apatinio nugaros skausmo ryšį su objektyviai ir subjektyviai įvertintu funkcijos sutrikimu. Pristatomas tyrimas, kurio metu ištirti 196 pacientai, iš kurių 52% vyrų ir 48% moterų, amžiaus vidurkis 44,6 metų, sergantys degeneracinėmis stuburo ligomis, sąlygojančiomis šaknelinį kojos skausmą. Ūminį, iki 3 mėn. trukmės, skausmą patyrė 120, o lėtinį 76 pacientai. Dauguma, išskyrus 9,7% tiriamųjų, jautė ir juosmens-kryžmens srities skausmą. Ūminio skausmo metu kojos skausmas turėjo didesnę įtaką funkcijos sutrikimui nei nugaros. Lėtinio skausmo metu abiejų lokalizacijų skausmų įtaka funkcijos sutrikimui buvo panaši. Ištyrus Roland-Moriss ir Oswestry klausimynų lietuviškų versijų tarpusavio koreliaciją ir koreliaciją su objektyviai įvertintais funkcijos apribojimais, nustatytas šių diagnostikos instrumentų pagrįstumas ir patikimumas šių lokalizacijų skausmo diagnostikai. Pagal skausmo, įvertinto skaičių analogijos skale, ryšį su subjektyviai vertinamu funkcijos sutrikimu Roland-Moriss skale, nustatytos optimalios apatinio nugaros ir šaknelinio kojos skausmo skirstymo pagal PSO į stadijas ribos.

Raktažodžiai: apatinis nugaros skausmas, juosmens-kryžmens skausmas, šaknelinis skausmas, kojos skausmas, skaičių analogijos skalė, funkcijos sutrikimo vertinimo klausimynai, Roland-Moriss klausimynas, Oswestry klausimynas

Neurologijos seminarai 2004; 3(21): 27–31

ĮVADAS

Vienas iš skausmo komponentų yra skausmą patiriančiojo elgesys. Todėl vertinant skausmą ir funkcijos sutrikimą būtina prisiminti abiejų jų kompleksškumą, ryšį per biopsichosocialinį ligos modelį. Nors audinių ir struktūros sužalojimas sąlygoja ir palaiko skausmą ir funkcijos sutrikimą, tačiau pripažįstama, kad pastarųjų ryšys gali būti ne toks ir didelis [1]. Norint įvertinti šį ryšį vis dažniau taikomas daugiadimensinis ir daugiakomponentinis paciento funkcijos – ir objektyvios, ir subjektyvios vertinimas [1]. Patvirtinta, kad pacientams, sergantiems apatinės nugaros dalies skausmu (ANS), apimančiu juosmens-kryžmens anatominę sritį, funkcinės būklės subjektyvaus vertinimo klausimynai yra patikimesni ir lengviau taikomi nei atskiri objektyvūs testai. Deyo [2] įrodė, kad standartinis juosmens judesių fleksijos/ekstenzijos bei pėdos dorzifleksijos jėgos nustatymas yra mažiau patikimas (0,50/1,00) nei klausimynas, kuris „matuoja“ kasdieninės veiklos funkcinę būklę – Ligos įtakos tyrimas (Sickness Impact Profile – 0,9/1,0) ar skausmo matavimas (Vizualinė analogijos skalė – 0,94/1,00). Ištiestos kojos pakėlimo (Lasego) testo patikimumas yra 0,78/1,00. Metaanalizė, kurią atliko Anderson ir Meeker [3], taip pat parodė, kad standartizuoti klausimynai yra patikimesni nei objektyvūs atskirų siaurų funkcijų matavimai.

Sergančiųjų apatinės nugaros dalies skausmais funkcinėi būklei įvertinti parengta įvairių klausimynų, iš kurių dėl patikimumo ir pakartojamumo bei konstrukcijos tvirtumo populiariausi yra Oswestry apatinės nugaros skausmo negalios rodiklis „Oswestry Disability Index for Low Back Pain“ [4] ir Roland-Moriss apatinio nugaros skausmo klausimynas „Roland-Moriss Low Back Pain Questionnaire“ [5].

Esant lėtiniam recidyvuojančiam ANS, instrumentiniu matu laikomas pirmasis iš minėtų, Oswestry klausimynas (OK), sukurtas J. C. Fairbank ir bendraautorių 1980 m. Jo patikimumas pakartotinai testuojant – $r > 0,83$ (testuojant su 1 sav. pertrauka) [6]. Klausimyno vidinis nuoseklumas – Cronbach $> 0,77$ [6]. 24 klausimų Roland-Moriss klausimynas (RMK) yra kiek lengviau suprantamas. Per daugiau nei 20 šio klausimyno taikymo metų buvo pasiūlyta ne viena pakoreguota versija. Paskutinis RMK variantas [7] apima funkcijos sutrikimą dėl ANS ir kojos skausmo. Pakartotinai tiriant šio klausimyno pagrįstumas yra geras, $r > 0,83$, tiriant net 3 savaičių intervalu, esant stabiliai tiriamųjų būklei [6], vidinis klausimyno nuoseklumas – Cronbach $> 0,89$ [6]. Turinio pagrįstumas dar nėra pakankamai tvirtai įrodytas [8]. Konstrukcijos pagrįstumas įrodytas ne viename tyrime. Stebėta nuo silpnos iki vidutinės koreliacija, lyginant savo fizinės funkcijos vertinimą su skausmu, fizinio tyrimo ir psichosocialiniais kintamaisiais [8]. RMK yra jautresnis paciento būklės pokyčiams nei OK. Kitas funkcinės būklės vertinimo būdas – skausmo intensyvumo vertinimas vienakomponentinėje skalėje tampa įprastas

Adresas:

Kęstutis Petrikonis
KMU Neurologijos klinika
Eivenių g. 2, 50166 Kaunas
Tel. (8-37) 326747, el. paštas: neurpain@kmu.lt

kiekvieno gydytojo instrumentas. Ryšys tarp skausmo intensyvumo ir funkcijos sutrikimo yra nelinijinis, skiriasi dėl ligos pobūdžio. Cleeland ir kolegos [9] 1991 m. pastebėjo, kad 0–4 balų ribos skausmas onkologinių pacientų funkcijai didesnės įtakos neturi. Kai skausmas dėl įvairių priežasčių sustiprėja iki 5 ar daugiau balų, tokie pacientai nurodo labai ryškiai pakitusią funkciją. Pasaulinė Sveikatos Organizacija (PSO) skausmą pagal intensyvumą klasifikuoja į silpną, stiprų ir vidutinį. Pagal tai rekomenduojama skirti analgezinį gydymą. Tačiau koks skausmas yra silpnas, o koks stiprus, šios organizacijos rekomendacijose nenurodyta. Serlin su bendradarbiais [10] apibendrinė 1897 pacientų iš 4 šalių – JAV, Filipinų, Prancūzijos ir Kinijos, sergančių onkologine liga, lydima skausmo, tyrimų rezultatus. Pacientai skausmą ir funkcijos sutrikimą vertino skaičių analogijos skalėje (SAS). Didžiausią funkcijos sutrikimų atskiriamąją gebą, skirstant skausmą į tris grupes, turėjo SAS įverčių suskirstymas į silpną skausmą, kai skausmas buvo 1–4, vidutinį – 5–6, stiprų – 7–10. Taikydami panašią tyrimų metodiką Jensen MP ir bendradarbiai [11] tyrė poamputacinį skausmą, lydimą fantominio, nugaros ir kitos lokalizacijos skausmų. Pastebėta, kad kiekvieno iš šių skausmo tipų ryšys su funkcijos sutrikimu buvo skirtingas, taip pat skirtingi buvo silpno, vidutinio ir stipraus skausmo įverčiai SAS [12]. Apatinio nugaros ir kojos skausmui panašių tyrimų nėra atlikta, todėl skausmo skirstymas į stadijas pagal PSO rekomendacijas lieka ne visai aiškus.

DARBO TIKSLAS

- 1) Palyginti ANS ir šaknelinio kojos skausmo pacientų funkcinę būklę, atliekant objektyvų ir subjektyvų jos vertinimą;
- 2) Įvertinti Roland-Moriss ir Oswestry klausimynų pagrįstumą ir patikimumą;
- 3) Nustatyti skaičių analogijos skalėje įvertinto skausmo optimalų, funkciškai pagrįstą skirstymą į tris skausmo intensyvumo grupes.

TIRIAMIEJI IR TYRIMO METODIKA

Tyrimė analizuojami 196 pacientų, kurių amžius nuo 18 iki 70 metų (vidurkis $44,6 \pm SN11,6$), 102 vyrų (52%) ir 94 moterų (48%), kuriems diagnozuotas ūminis iki 3 mėn. (pirmą kartą atsiradęs ar nesikartojęs 3 metus) arba lėtinis, daugiau nei 3 mėn. trukmės šaknelinis kojos skausmas, klinikinio skausmo ir neurologinio tyrimo duomenys. 53 (37,2%) pacientai ištirti neurologiškai, 69 (35,2%) neurochirurgiškai ir 54 (27,6%) ambulatoriškai. Visiems tiriamiesiems kompiuterinės tomografijos ar magnetinio rezonanso tomografijos metodu patvirtinta specifinė degeneracinė šaknelinio kojos skausmo priežastis (disko išvarža, stenozė, spondilolistezė ar jų derinys). Standartizuoto klinikinio ir neurologinio tyrimo metu patikslintas L3, L4, L5 ar S1 šaknelės

sensorinis, motorinis, autonominis arba mišrus pažeidimas. Skaudamos srities funkcinė būklė objektyvuota, išmatuojant maksimalią neskausmingą aktyvią stuburo juosmeninės dalies fleksiją ir ekstenziją stovint ir atliekant pasyvų ištiestų, sveikos, po to skaudančios kojų pakėlimo mėginį. Stuburo judesių amplitudė išmatuota klinikinio goniometru (MIE Medical Research Ltd, Leeds, U.K.), matuojant L1 slankstelio aukštyje. Juosmeninės stuburo dalies fleksijos normatyvu laikytas judesys virš 87 laipsnių kampų. Normalia šios srities ekstenzija laikytas judesys virš 18 laipsnių. Ištiestos kojos pakėlimo mėginys laikytas teigiamu, jei skausmas, parestezijos ar dizestezijos atsiradavo ar sustiprėdavo šio mėginio metu kojoje iki 60 . Išmatuotas pažeistos kojos pakėlimo kampas klubo sąnaryje, kuriame šie simptomai atsiranda. Pacientai, kuriems šis mėginys buvo teigiamas, suskirstyti į dvi grupes – iki 30 ir 30 –60 . Papildomai įvertintas sudribimo mėginio buvimas. Pastarasis yra mažiau priklausomas nuo raumenų tempimo, todėl specifiskesnis. Skausmo intensyvumas per parą įvertintas atskirai apatinei nugaros daliai ir kojai. 11 skaičių, sužymėtų kas 1 cm, analogijos skalėje, kurios nulinės padalos lygyje buvo parašyta – neskauda, o 10 padalos lygyje – stipriausias skausmas, kokį galima išsivaizduoti, paciento buvo prašoma pažymėti skaičių, kuris geriausiai nurodytų skausmo intensyvumą tyrimo dieną.* Subjektyvi paciento funkcinė būklė vertinta Roland-Moriss ir Oswestry originalių klausimynų mūsų parengtomis lietuviškomis versijomis (pažymėtina, kad autorių sutikimo naudoti šiuos klausimynus nereikia). RMK modifikavome. Vietoj vieno klausimyno, kuris įvertintų ir ANS, ir kojos skausmą lydinčių funkcijos sutrikimą, tiriamųjų prašėme kiekvieną iš šių funkcijų apribojimų vertinti atskirai, todėl buvo užpildyti 2 RMK – kojai ir juosmeniui [9]. Pacientų, kurie neatsakė į daugiau nei vieną iš šių 3 klausimynų, tyrimo rezultatų į duomenų analizę neįtraukėme. Statistinė duomenų analizė atlikta SPSS 11,5 programine įranga. Skirtumai tarp proporcijų vertinti ², vidutinės intervalinės ir ranginės reikšmės palygintos Student'o (t) kriterijumi. Koreliaciją tarp kintamųjų įvertinome Pearson'o r koreliacijos koeficientu. Klausimynų patikimumą įvertinome pagal vidinį jų nuoseklumą parodantį Cronbach koeficiento dydį. Nustatydami optimalų SAS skirstymą į silpną, vidutinį skausmą palyginome 4 skausmo stadijų skirstymo variantus pagal atitinkamus įverčius balais: SAS37 (silpnas 1–3, vidutinis 4–6, stiprus 7–10), SAS38 (silpnas 1–3, vidutinis 4–7, stiprus 8–10), SAS47 (silpnas 1–4, vidutinis 5–6, stiprus 7–10), SAS48 (silpnas 1–4, vidutinis 5–7, stiprus 8–10), atlikome 16 dispersinių analizių (ANOVA metodu). Nepriklausomais kintamaisiais pasirinkome šiuos 4 skirstymo variantus, priklausomu kintamuoju pasirinkome su skausmu susijusį funkcijos sutrikimą atspindintį RMK kojai arba apatinei nugaros daliai (juosmeniui), priklausomai kurios vietos skausmą klasifikavome. Atlikome kojos, juosmens ir ūminio bei lėtinio šių vietų skausmo SAS klasifikaciją.

*Tirdami pacientus apatinės nugaros dalies skausmą vadinome bendrinio juosmens skausmo pavadinimu, todėl lentelėse ir paveiksluose pavadinimai rašomi taip, kaip buvo klausiami pacientų.

Šiuose tyrimuose didesnis F (Fisher) kriterijaus dydis rodo didesnę skirtumą tarp klasifikuojamų grupių, priklausomai nuo funkcijos sutrikimo. Didžiausią tokių skiriamųjų pajėgumą turintis suklasifikuotas SAS variantas pasižymėtų ir geresnėmis funkcijos sutrikimą atspindinčiomis savybėmis.

REZULTATAI

Ūminio šaknelinio kojos skausmo grupę sudarė 120 pacientų, lėtinio – 76. 19 pacientų nenurodė ANS (17 iš ūminio skausmo grupės ir 2 iš lėtinio). Tiriamųjų demografiniai ir klinikiniai duomenys pateikiami 1 lentelėje. Pacientai pagal lytį ir amžių grupėse statistiškai reikšmingai nesiskyrė. Stuburo juosmeninės dalies fleksija abiejose grupėse buvo vienodai ryškiai apribota – iki 55 laipsnių. Lėtinio skausmo pacientų grupėje šis judesys statistiškai reikšmingai buvo mažesnės amplitudės, lyginant su ūminių skausmą patiriančiais pacientais. Ištiesios kojos pakėlimo testas dažniau teigiamas (iki 60 laipsnių) buvo lėtinio skausmo grupėje ($p>0,05$). Kontralateralinis kojos pakėlimo mėginys ūminio skausmo grupėje buvo teigiamas 17,5%, o lėtinio skausmo – 21,5% tiriamųjų. Sudirbimo simptomas ūminio skausmo tiriamiesiems buvo rastas 82,5%, o lėtinio – 77,6% dažniu ($p>0,05$). Kojos skausmo

intensyvumas abiejose grupėse nesiskyrė. Ūminio skausmo pacientai juosmens-kryžkaulio srities skausmo intensyvumą statistiškai reikšmingai vertino mažesniais balais. Subjektyviai vertinama funkcinė būklė visuose 3 klausimynuose RMK kojai, RMK juosmeniui ir OK buvo blogesnė lėtinį skausmą patiriančioms pacientams. 2 lentelėje parodyti funkcinę atspindinčių rodiklių koreliacinės analizės rezultatai. Aktyviųjų judesių tyrimo duomenys vidutiniškai koreliavo su subjektyviai vertinama funkcinė būkle. Vidutiniškai priklausomi buvo ir skausmo bei funkcijos sutrikimo subjektyvūs vertinimai. Palyginus SAS kojai ir RMK kojai bei SAS juosmeniui ir RMK juosmeniui koreliacijos koeficientus, statistiškai reikšmingai juosmens skausmo ir funkcinės būklės vertinimai buvo labiau priklausomi nei kojos skausmo ir funkcijos sutrikimo įverčiai ($p=0,022$). Vidinių klausimynų nuoseklumą apibūdinantys Cronbach koeficientai rodo labai gerą jų patikimumą. Standartinė abiejų RMK matavimo paklaida nesiekia 2, OK nesiekia 3,5 (3 lentelė). Šie dydžiai parodo kliniškai minimaliai reikšmingą klausimynų įverčio pokytį. 4–7 lentelėse nurodyti dispersinės analizės, kurią atliekant buvo nustatomas geriausiai funkcinę būklę atspindintis SAS skirstymo į 3 skausmo stadijas variantas, rezultatai. Šakneliniam kojos skausmui, nepriklausomai nuo trukmės, geriausiai tinka variantas, kai SAS silpnas skausmas = 1–4, vidutinis = 5–6,

1 lentelė. Ūminį ir lėtinį šaknelinį kojos skausmą patiriančių pacientų demografiniai ir klinikiniai duomenys

Požymis	Ūminio skausmo (<3 mėn.) grupė	Lėtinio skausmo (<3 mėn.) grupė	p reikšmingumo lygmuo
Lytis (vyrai) n=102	69 (67,6%)	33 (32,4%)	0,066
Lytis (moterys) n=94	51 (54,3%)	43 (45,7%)	
Amžius (metais) m	43,82 (±SN 12)	45,72 (±SN 10,92)	0,263
Fleksija (laipsniais) m	54,94 (±SN 13,61)	52,57 (±SN 11,90)	0,213
Ekstenzija (laipsniais) m	8,58 (±SN 3,95)	7,37 (±SN 3,21)	0,026
Kojos pakėlimas iki 30 n (%)	9 (7,5)	5 (6,6)	0,807
Kojos pakėlimas 30 –60 n (%)	77 (64,2)	58 (76,3)	0,073
Skausmas SAS koja balai m	5,56 (±SN 2,48)	5,99 (±SN 2,18)	0,224
Skausmas SAS juosmuo balai m	3,89 (±SN 2,67)	5,50 (±SN 2,48)	0,0001
RMK koja balai m	9,76 (±SN 5,79)	12,00 (±SN 6,08)	0,01
RMK juosmuo balai m	7,43 (±SN 6,02)	12,63 (±SN 5,68)	0,0001
OK balai m	40,50 (±SN 21,11)	47,96 (±SN 17,21)	0,008

RMK – Roland-Moriss klausimynas, OK – Oswestry klausimynas, SAS – skaičių analogijos skalė

2 lentelė. Paciento funkcijos sutrikimą atspindinčių klausimynų ir požymių rodiklių tarpusavio koreliacija (Pearson'o koreliacijos koeficientas)

Rodikliai	RMK juosmuo	OK	Fleksija	Ekstenzija	SAS koja	SAS juosmuo
RMK koja	0,553	0,567	-0,335	-0,318	0,466	0,254
RMK juosmuo		0,544	-0,218	-0,208	0,267	0,631
OK			-0,261	-0,262	0,489	0,426
Fleksija				0,377	-0,263	-0,146
Ekstenzija					-0,336	-0,116*
SAS koja						0,47

* $p>0,05$;

RMK – Roland-Moriss klausimynas, OK – Oswestry klausimynas, SAS – skaičių analogijos skalė.

3 lentelė. Funkcijos sutrikimo klausimynų vidinio nuoseklumo Cronbach koeficientai ir standartinė matavimo paklaida

Klausimynas	Cronbach	Standartinė matavimo paklaida
Roland-Moriss koja	0,8945	1,95
Roland-Moriss juosmuo	0,9149	1,87
Oswestry	0,8883	3,35

4 lentelė. Bendro kojos skausmo, įvertinto skaičių analogijos skalės skirtingais variantais, palyginimas su Roland-Moriss klausimyno įverčiu kojai Anova metodu

Skalės variantai	F kriterijus	p reikšmingumo lygmuo
SAS37	24,334	0,0001
SAS38	16,957	0,0001
SAS47	27,172	0,0001
SAS48	22,647	0,0001

5 lentelė. Bendro juosmens skausmo, įvertinto skaičių analogijos skalės skirtingais variantais, palyginimas su Roland-Moriss klausimyno įverčiu juosmeniui Anova metodu

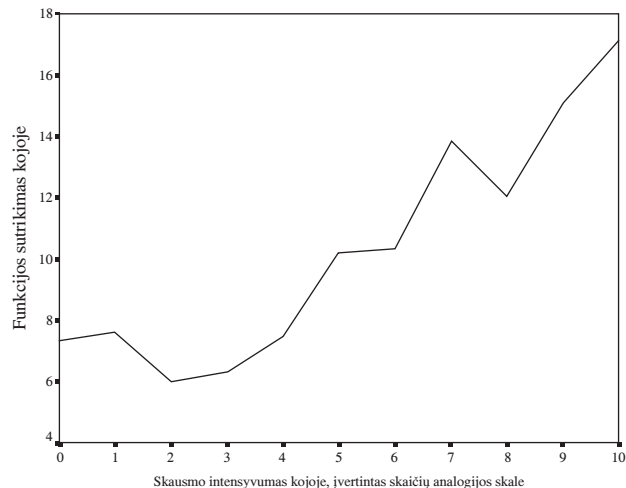
Skalės variantai	F kriterijus	p reikšmingumo lygmuo
SAS37	47,957	0,0001
SAS38	45,583	0,0001
SAS47	44,595	0,0001
SAS48	43,224	0,0001

6 lentelė. Ūminio ir lėtinio kojos skausmo, įvertinto skaičių analogijos skalės skirtingais variantais, palyginimas su Roland-Moriss klausimyno įverčiu kojai Anova metodu

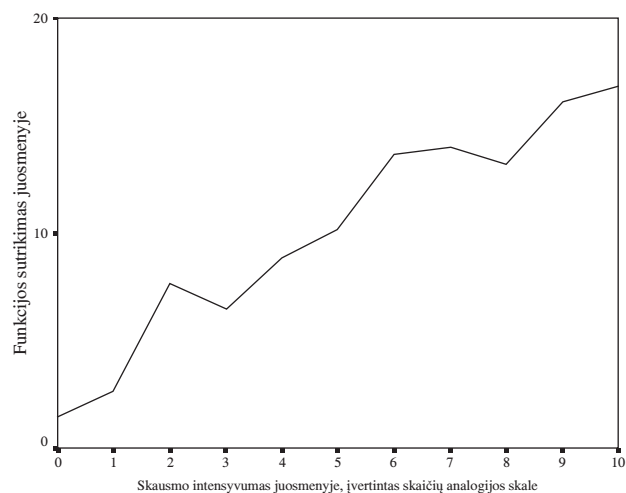
Skausmo trukmė	Skalės variantai	F kriterijus	p reikšmingumo lygmuo
<3 mėn. (ūminis)	SAS37	16,424	0,0001
	SAS38	10,924	0,0001
	SAS47	18,645	0,0001
	SAS48	15,752	0,0001
>3 mėn. (lėtinis)	SAS37	8,207	0,001
	SAS38	6,168	0,003
	SAS47	8,85	0,0001
	SAS48	7,454	0,001

7 lentelė. Ūminio ir lėtinio juosmens skausmo, įvertinto skaičių analogijos skalės skirtingais variantais, palyginimas su Roland-Moriss klausimyno įverčiu juosmeniui Anova metodu

Skausmo trukmė	Skalės variantai	F kriterijus	p reikšmingumo lygmuo
<3 mėn. (ūminis)	SAS37	24,888	0,0001
	SAS38	21,934	0,0001
	SAS47	24,185	0,0001
	SAS48	22,152	0,0001
>3 mėn. (lėtinis)	SAS37	16,951	0,0001
	SAS38	16,89	0,0001
	SAS47	12,222	0,0001
	SAS48	12,195	0,0001



1 pav. Kojos skausmo, įvertinto skaičių analogijos skale, ir funkcijos sutrikimo, įvertinto Roland-Moriss klausimynu, ryšys



2 pav. Juosmens skausmo, įvertinto skaičių analogijos skale, ir funkcijos sutrikimo, įvertinto Roland-Moriss klausimynu, ryšys

stiprus = 7-10. Apatinės nugaros dalies skausmui, kuris vertinamas SAS skale, silpnas skausmas = 1-3, vidutinis = 4-6, stiprus = 7-10. 1 ir 2 paveiksluose parodytos kreivės, atspindinčios kojos ir juosmens skausmo intensyvumo pagal SAS priklausomybę nuo funkcijos įvertinimo RMK.

REZULTATŲ APTARIMAS

Fizinė veikla, kaip ir skausmas, yra kompleksinė multidimensinė konstrukcija, kuriai turi įtakos fiziniai, pažintiniai, emociniai, socialiniai, tikslo ir aplinkos parametrai [1]. Todėl jos sutrikimų tyrimas, ypač jei veikla apribota skausmo, turi būti kompleksiškas, apimant bent kelis šiuos parametrus. Mūsų atlikto tyrimo duomenys rodo, kad šaknelinis kojos skausmas 90% atvejų yra lydima apatinės nugaros dalies skausmo. Ūminio skausmo metu pastarosios srities skausmas bendrai funkcijai turi įtakos 76% kojos skausmo sukkelto apribojimo. Lėtinio šaknelinio skausmo metu dėl užsitęsusio nejudrumo, susidariusių kontraktūrų, dėl galimų psichologinių veiksnių, kurių šiame

darbe neanalizuojame, apatinės nugaros dalies skausmas turi beveik tokią pačią įtaką funkcijos sutrikdymui kaip ir koja. Atskirai įvertinti kiekvieną iš šių komponentų iki šiol nesugebėta. Mūsų siūlomam būdai reikia tolesnių tyrimų, tačiau pastarieji duomenys yra įdomūs. Stebint aukštą vidinį RMK skirtą kojai nuoseklumą, vidutinę šio klausimyno koreliaciją su aktyvių judesių tyrimais (geresnė koreliacija nei RMK juosmeniui), blogesnę koreliaciją su SAS juosmeniui nei su SAS kojai rodo kiekvieno iš šių klausimynų turinio pagrįstumą. OK užima tarpinę, tarsi apibendrinančią vietą šalia abiejų RMK. Jis vienodai gerai koreliuoja su SAS kojai ir juosmeniui. Šių klausimynų vidinio nuoseklumo koeficientai ir minimalūs, kliniškai reikšmingi klausimynų pokyčiai atitinka literatūroje pateiktus kitų šalių duomenis [7]. Mūsų tyrime atliekant ANOVA dispersinę analizę nustatyti optimalūs, pagrįsti funkciškai SAS skirstymai pagal PSO rekomenduojamą 3 pakopų (grupių) klasifikaciją. Pagal gautus duomenis ANS ir kojos skausmą, neatsižvelgiant į ligos trukmę, reikėtų klasifikuoti šiek tiek skirtingai. Nugaroje patiriamas skausmas turi turėti vienu balu žemesnį vidutinio skausmo slenkstį. Tokio skirtumo praktinė reikšmė kol kas lieka neaiški. Tačiau pagal skausmo intensyvumo priklausomybės nuo funkcijos kreives matome, kad ANS metu ši kreivė yra tolygesnė esant vidutiniam skausmo intensyvumui, kuris prasideda 3 balų riboje. Šie radiniai kiek prieštarauja iki šiol atliktiems [12], kuriuose teigiama, kad ANS būdinga linijinė sąveika su funkcija esant didesniems skausmo intensyvumams. Pastarieji duomenys turi būti patikrinti ateityje ištiriant lokalaus ANS pacientų grupę ir palyginant su mūsų tyrimo duomenimis.

IŠVADOS

- 1) Apatinis nugaros ir šaknelinis kojos skausmas nevienodai daro įtaką paciento funkciniai būklei ūminiu ir lėtiniu ligos periodu, todėl turi būti vertinami atskirai.
- 2) Pagal šiuos duomenis Roland-Moriss ir Oswestry klausimynų lietuviškos versijos yra pagrįsti ir patikimi subjektyvios funkcinės būklės vertinimo instrumentai, kurie galėtų būti taikomi ir praktiniais, ir mokslo tiriamaisiais tikslais, tiriant apatinio nugaros ir šaknelinio kojos skausmo pacientus.
- 3) Skirstant apatinį nugaros skausmą ir šaknelinį kojos skausmą į stadijas pagal PSO rekomenduojamą skirstymą, remiantis skaičių analogijos skalės rezultatais, reikėtų atsižvelgti, kad šių vietų skausmas yra nevienodai susijęs su funkcijos sutrikimu silpno ir vidutinio sandūroje.

Gauta:
2004 09 13

Priimta spaudai:
2004 09 20

Literatūra

1. Simmonds M. Physical function and physical performance in patients with pain: What are the measures and What do they mean? Pain 1999-an updated review. Refresher course syllabus. SeattleIA: SP Press, 1999; 127-36.

2. Deyo RA. Measuring the functional status of patients with low backpain. Arch Phys Med Rehabil 1988; 69: 1044-53.
3. Anderson R, Meeker WC. A meta-analysis of clinical trials of spinal manipulation. J Manipulative Physiol Ther 1992; 15: 181-94.
4. Fairbanks J, Davies I. The Oswestry low back pain disability questionnaire. Physiotherapy 1980; 66: 271.
5. Roland M, Moriss R. Study of natural history of back pain, I: Development of reliable and sensitive measure of disability in low back pain. Spine 1983; 8: 141.
6. Kopec JA. Measuring functional outcomes in persons with low back pain. A review of back specific questionnaires. Spine 2000; 25: 3110-4.
7. Roland M, Fairbank J. The Roland-Moriss Disability Questionnaire and Oswestry Disability Questionnaire. Spine 2000; 25: 3115-24.
8. Kopec JA, Esdaile DM. Functional disability scales for back pain. Spine 1995; 20: 1943-9.
9. Cleeland CS. Pain assessment in cancer. In: Osoba D, ed. Effect of cancer on quality of life. Boca Raton, FL: CRC Press, 1991; 293-305.
10. Serlin RC, Mendoza TR, Nakamura Y, Edwards KR, Cleeland CS. When cancer pain mild, moderate or severe? Grading pain severity by its interference with function. Pain 1995; 61: 277-84.
11. Petrikonis K, Ščiupokas A, Jankauskas D. Pain and functional limitations in patients with neuropathic lumbosacral pain. Abstract book of 4th Baltic Congress of Neurology. Tartu. 2003.
12. Jensen MP, Smith DG, Ehde DM, Robinsin LR. Pain site and effects of amputation pain: further clarification of meaning of mild, moderate and severe pai. Pain 2001; 91: 317-22.
13. Petrikonis K, Ščiupokas A, Jankauskas D. Pain and functional limitations in patients with neuropathic lumbosacral pain. Abstract book of 4th Baltic Congress of Neurology. Tartu. 2003.

K. Petrikonis

RELATION BETWEEN COMBINATION OF RADICULAR LEG AND LOW BACK PAIN WITH FUNCTIONAL STATUS

Summary

The current study sought to identify clinical utility between radicular leg and low back pain and subjectively reported and clinically explored functional capacity. We investigated 196, 52% male and 48%, patients, mean age 44,6 year with radiologically identified specific degenerative spinal etiology of radicular leg pain. 120 patients had acute (till 3 month) and 76 chronic (above 3 month) course of disease. All except 9,7% sensed combination of leg and lumbar and/or sacral spinal pain. Acute radicular leg pain had bigger negative influence into functional disability comparing with low back pain. In the case of chronic pain leg and back pain uniformly affected function. Lithuanian versions of Roland-Moriss and Oswestry questionnaires showed sufficiently high level reliability and validity comparing with data from literature. Pain assessed separately (low back and leg) using numeral analogue scale was compared with Roland-Moriss scores for leg and low back respectively using Anova's method. We found optimal cutoff's for leg and low back pain classifying mild, moderate and severe pain. These findings have implications for understanding the meaning of pain in different body regions for patient functional status.

Keywords: low back pain, radicular leg pain, Roland-Moriss questionnaire, Oswestry questionnaire, numeral analogue scale.