

Nimmevalu

Väino Sinisalu¹, Toomas Asser¹

Nimmevalu on kogu maailmas sageduselt teine arsti poole pöördumise põhjus. Enamasti, 80–85%-l juhtudest on tegu selgroo degeneratiivsete muutustega kaasneva mittespetsiifilise nimmevaluga. Nimmevaluga haigete käsitlemisel on arsti esmaseks ülesandeks välistada nimmevalu põhjustavad rasked haigused: kasvaja, põletik, lülilmurd, anküloseeriv spondüliit. Mittespetsiifiline nimmevalu on enamasti iseparanev haigus, kuid võib retsidiveeruda, ligi 15%-l haigetest jäävad kroonilised vaevused. Enamasti soovitatakse raviks NSAIDi ja paratsetamooli. Haiget tuleb julgustada olema aktiivne, voodirahu ei soodusta paranemist. Soovitavad on harjutused nimme lihaskorseti tugevdamiseks. Operatiivne ravi on näidustatud püsivate motoorika- ja tundlikkusehäirete korral.

Nimmevalu on sage haigus, selle mõju haige inimese elukvaliteedile ja majanduslik koormus ühiskonnale on märkimisväärne. Nimmevalu all mõistetakse roidekaare alumise piiri ja alumise tuharavoldi vahelise piirkonna valu, millega võib kaasneda jalavalu. Täpseid andmeid selle levimuse kohta on raske tuua, kuna avaldatud epidemioloogiliste uuringute kvaliteet on erinev. Ühe USAs tehtud uuringu andmeil oli 30 000 vastajast 26,4% tundnud eelneva 3 kuu vältel vähemalt ühe päeva kestnud nimmevalu (1).

Nimmevalu on kogu maailmas sageduselt teine ajutise töövõimetuse ja arsti poole pöördumise põhjus. USA andmeil kulub igal aastal 33 miljardit dollarit nimmevaluga haigete raviks, ja kui siia lisada nende tööga saamata jäänud tulu, ulatub kogukulu 100 miljardi dollarini aastas (2).

Nimmevalu esineb inimestel igas vanuserühmas, ka lastel ja teismelistel. Ühendkuningriigis tehtud uuringu põhjal kaebas 10 000-st arsti poole pöördujast nimmevalu 417 inimest. Nende vaevuste esinemissagedus oli väikseim (30 juhtu 10 000 kohta) vanuserühmas 0–14 aastat, suurim (536 juhtu 10 000 kohta) vanuserühmas 45–64 aastat (3).

Kirjanduse andmeil paraneb enamik nimmevaluga haigetest kiiresti ja umbes 15%-l jäävad kroonilised vaevused. Siiski, Austraalias tehtud kohortuuringu andmetel ei paranenud kolmandik haigetest täielikult aasta jooksul ja patsientide rühmas, kelle vaevused olid püsinud 3 kuu vältel, paranes

aasta jooksul ainult 40% (4). Uuringute andmetel kaldub paljudel juhtudel teatud aja möödudes nimmevalu korduma (4, 5).

Enamik nimmevalu episoodide on iseparanevad ega ole seotud raske haigusega. Arsti esmane ülesanne on välja selgitada juhtumid, mil nimmevalu on seotud raske, mõnikord eluohtliku haigusega või närvi-elementide kompressiooniga. Enamasti, umbes 80–85%-l juhtudest on tegu mehaanilise, mittespetsiifilise nimmevaluga (6).

PATOGENEES JA RISKITEGURID

Ägeda nimmevalu põhjuseks on mitmesugused notsitseptiivsed tegurid. Valu võib olla tingitud selgroo nimmeosa eri struktuuridest. Ainuüksi eri struktuuride anatoomiliste muutuste alusel ei saa siiski seletada nimmevalu tekke mehhanisme. Nimmevalu olulisteks vahendajateks on ka psühhosotsiaalsed tegurid, mis võivad määrata isiku reaktsiooni valule (7).

Selgroo degeneratiivsete muutustega kaasneva nimmevalu peamine põhjus on eaga kaasnev lülivaheketta (disk) degeneratsioon. Kõigepealt väheneb veesisaldus diski *nucleus pulposus*'es, mis vallandab protsessi, mida nimetatakse intervertebraalseks kondroosiks. Seda iseloomustab diski ja lüli lõpp-plaatide degeneratsioon, hilisemas faasis ka lüli destruktsiooni kujunemine (8). Terves diskis tavaliselt puuduvad närvilõpmed, selle degeneratsiooni korral kasvavad sinna sinuvertebraalse ja spinaalnärvide lõpmed ning veresooneid, mistõttu degeneratsioon disk võib olla valu allikaks (9).

Eesti Arst 2015;
94(5):297–302

Saabunud toimetusse:
13.03.2015
Avaldamiseks vastu võetud:
28.04.2015
Avaldatud internetis:
29.05.2015

¹TÜ Kliinikumi närvikliinik

Kirjavahetajaautor:
Väino Sinisalu
vaino.sinisalu@kliinikum.ee

Võtmesõnad:
mittespetsiifiline
nimmevalu, selgroo
degeneratsioon,
radikulopaatia

Diski degeneratsiooni korral on visuaalseerimisuuringutel nähtavad gaasimullid lülivahemikus ehk vaakumfenomen, lülivahemike kitsenemine, diski võlvuvus üle lülikeha piiri. Difuusset diski võlvuvust nimetatakse prolapsiks ja *annulus fibrosus*'e ruptuuriga seonduvat diskikoe väljumist epiduraalsele sekvestriks.

Diski degeneratsioon algatab selgroo degeneratiivsete muutuste kaskaadi: intervertebraalliigete artroos, ligamentide ja liigesekapsli hüpertroofia. Võib kujuneda kas foraminaalne stenoos – diski kõrguse alanemine ja juurekanali ahenemine – või kogu nimmekanali stenoos, kui lisandub *lig. flavum*'i paksenemine (10). Võib kujuneda ka spondülolüüs ehk lülিকাare *pars interarticularis*'e murd, mis sagedamini esineb lülil L₅. Sellega võib kaasneda ka spondülolistees – lüli nihkumine naaberlülide suhtes (10).

Lisaks vanusele mõjutavad muutusi diski molekulaarses ehituses ka mitmed geenid, mis kodeerivad erinevaid valke, nende hulgas kollageen I, IX, XI, interleukiin 1, *aggrecan*, D-vitamiini retseptorid, metalloproteiin 3 (11). Mitmesugused keskonnategurid – tõstmine, kogu keha vibratsioon, töö sundasendeis – on uuringute

järgi diski degeneratsiooni põhjustena ebaolulised (12). Mõõdukas seos on leitud suitsetamise ning ateroskleroosi ja diski degeneratsiooni kujunemise vahel (9). On kirjeldatud ka ülekaalususe soodustavat mõju nimmevalu kujunemisele, samuti kurdavad nimmevalu sagedamini füüsiliselt vähe aktiivsed isikud (9, 13). Samas iseloomustab vähese füüsilise aktiivsuse ja liigselt pingutava füüsilise tegevuse seost nimmevalu kujunemisega U-kujuline kõver: mõlemad äärmused soodustavad nimmevalu (14). Ei ole kindlaid tõendeid selle kohta, et degeneratiivse selgroo korral on võimalik eristada erinevaid valu põhjustavaid struktuure – disk, fassetlliiges, sakroiliakaalne liiges – ja sellest olenevalt haigeid erinevalt käsitleda (15).

Vaevuste kestuse põhjal eristatakse nimmevalu järgmiselt: akuutne – kestus vähem kui 6 nädalat, alaäge – 6–12 nädalat, krooniline – üle 12 nädala. Krooniline nimmevalu halvendab oluliselt elukvaliteeti ja on tõsiste sotsiaalsete tagajärgedega. Kroonilise nimmevalu kujunemise riskitegurid on paljus psühhosotsiaalse iseloomuga (vt tabel 1). Kirjanduses on need tuntud kui „nimmevalu kollased lipud“. Kokkuvõtlikult on nimmevalu kujunemise riskitegurid toodud tabelis 2 (16).

KLIIINILINE PILT JA DIAGNOOSIMINE

Spondülogeense tekkega nimmevaevused avalduvad erinevates kliinilistes vormides (16):

- 1) mittespetsiifiline nimmevalu – nimmevalu, mis ei ole põhjustatud spetsiifilistest põhjustest – tuumor, infektsioon, trauma, osteoporoos – ja mille korral ei ilmne närvistruktuuride kompressiooni kliinilisi nähte;
- 2) radikulopaatia – haigusseisund, mille korral kiirgub valu jalga (jalgadesse), esinevad tundlikkuse- ja motoorikahäired, mis on tingitud närvijuure kompressioonist;
- 3) *cauda equinae* sündroom – vaagnaalundite funktsiooni häired, ratsapükstekujulised tundlikkusehäired, jalgade motoorika häired;
- 4) nimmekanali ahenemise sündroom – seisund, mille korral kujuneb spinaalne klaudikatsioon ning võivad esineda püsivad motoorika- ja (või) tundlikkusehäired jalgadel.

Tabel 1. Nimmevalu krooniliseks muutumise riski suurendavad tegurid

Arvamus, et valu ja füüsiline aktiivsus on ohtlik
Sobimatu haiguskäitumine (pikaajaline voodirežiim)
Depressioon, negativism ja sotsiaalne tõrjutus
Mitmesuguste erinevate ravivõtete otsimine
Füüsiliselt pingutav töö
Probleemid töökohal, rahulolematust tööga
Liiga hoolitsevad lähedased või vastupidi, toetuse puudumine
Põhjendamatud ootused ravi tõhususele
Kompensatsioonitaotlus

Tabel 2. Nimmevalu kujunemise riskitegurid (16)

Füüsilised tegurid	Psühholoogilised tegurid	Sotsiaalsed tegurid	Tööga seotud tegurid
Vanem iga	Depressioon	Madal haridustase	Füüsiliselt või psühholoogiliselt pingutav töö
Naissugu	Ärevushäire	Stressirohke elu	Vähene füüsiline aktiivsus tööl
Rasvumine	Somatisatsioon		Vähene sotsiaalne tugi töökohal
Suitsetamine			Rahulolematust tööga
			Kompensatsioonitaotlus

Diagnoosimine põhineb anamneesi hoolikal kogumisel ja kliinilisel vaatlusel. Oluline on välistada vaevuste põhjusena rasked ja ohtlikud haigusseisundid – nn punased lipud (vt tabel 3). Paljudel juhtudel on vaja teha täiendavaid uuringuid, esmaajoones vereanalüüs ja visualiseerimisuuringud. Nimmevaevustega haige käsitlemise üldpõhimõtted on toodud tabelis 4 (17).

Visualiseerimismeetoditest on kasutusel spondülograafia, kompuutertomograafia (KT) ja magnetresonantstomograafia (MRT). Oluline on iga haige puhul valida optimaalne uurimismeetod.

Spondülograafia on esmase uuringuna otstarbekas, kui on pahaloomulise kasvaja, fraktuuri või põletiku kahtlus. Samuti toob see esile selgroo degeneratiivsed muutused (18). KT- ja MRT-uuringud on spondülograafiast tundlikumad maliigsete protsesside ja põletikuliste muutuste avastamisel. Samuti toovad need meetodid esile diski protrusioonid ja nimmekanalide ahenemise. Siiski on MRT eelistatum põletikuliste protsesside ja metastaaside avastamiseks, kuna pehmed koed visualiseeruvad paremini ja sellega ei kaasne röntgenkiiritust. Tüüpilise radikulopaatia sündroomi korral on nii MRT kui ka KT sobivad uurimismeetodid, siiski tuleks MRTd eelistada nimmekanalide ahenemise sündroomiga ja radikulopaatiaga haigetel, eriti kui on kaalumisel operatiivse ravi võimalus (16).

Tabelis 5 on toodud soovitusel esmase visualiseerimismeetodi valikuks nimmevaevustega haigel (16). Radikulopaatia, perifeerse neuropaatia ja spinaalse klaukatsiooniga haigetel võib olla otstarbekas teha ka elektroneuromüograafilise uuringu.

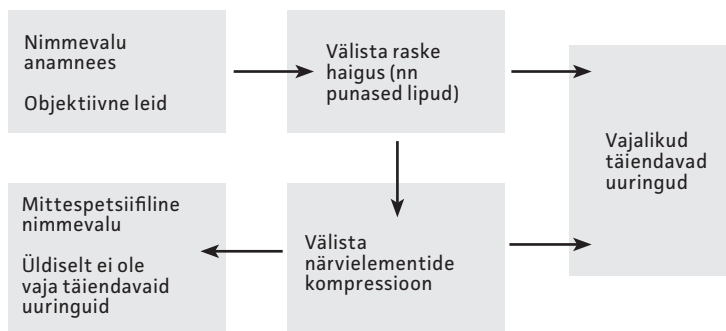
Nüüdseks on kogunenud rohkesti tõestusi, et visualiseerimismeetodiga avastatud anatoomilised muutused selgroos ei ole üheselt seotud kliiniliste ilmingutega. Jaapanis korraldatud 938 üle 60aastase haige MRT-uuringul leiti enam kui 80%-l uuritavatest nimmekanalide rohkem või vähem väljendunud ahenemine, vaid 17,5%-l avaldus see kliiniliste sümptomitena (19). Samuti ei leidnud kinnitust arvamusi, et MRT-leid (diskide protrusioon, *anulus fibrosus*'e rebend, närvijuure kompressioon) ennustab asümptomaatilistel haigetel hilisemat sümptomite kujunemist (20, 21).

KT-uuring on viimastel kümnenditel muutunud kergesti kättesaadavaks ja seda kasutatakse rohkelt nimmevaluga haigete

Tabel 3. Viited nimmevalu põhjustavatele rasketele haigustele (nn punased lipud) (15)

Haigepoolsed tegurid	Valu iseloom, kestus	Kaasuvad tunnused
Anamneesis trauma	Öine valu	Seletamatu kaalukaotus
Anamneesis vähk	Valu kestus üle 4–6 nädala	Seletamatu palavikutõus
Vanus üle 50 aasta	Allumatus konservatiivsele ravile	Kaasuv põletik, nt kuseteede põletik
Osteoporoos või pikaajaline glükokortikoidide kasutamine		Neuroloogilised ärajäämanähud
Narkootikumide süstimine		<i>Cauda equinae</i> sündroom
Immuunosupressioon		
Diabeet		

Tabel 4. Nimmevaluga haige käsitlemise põhimõtted



Tabel 5. Soovitusel esmase uurimismeetodi valikuks nimmevaluga haigel (16)

Kliiniline väljendus	Soovitatav meetod
Progresseeruv neuroloogiline defitsiit	MRT
Üldsümptomid: palavik, kaalulangus	spondülograafia
Anamneesis trauma	spondülograafia
Anamneesis vähk	MRT
Vanus üle 50 aasta	spondülograafia
Infektsioonirisk (immunosupressioon, süstitavate narkootikumide tarvitamine, naha või uriiniteede infektsioon)	MRT
Osteoporoos	spondülograafia
Radikulopaatia, spinaalne klaukatsioon kestusega üle 4 nädala	MRT

uurimiseks. USA andmeil on aastatel 1980–2006 seetõttu inimeste kiirguskoormus kasvanud 6 korda ja eeldatakse, et tulevikus on 2% vähkidest põhjustatud KT-uuringul saadud kiiritusest (22). KT-uuringul saadud kiirgus mõjub ka reproduktiivsele tervisele, eriti naistel. Praeguseks on kogunenud rohkesti tõendeid, et nimmevaluga haigetele, kel ei ole nn punase lipuga seostatavaid sümptomeid ega süvenevate närvielementide kompressiooni leidu, on radioloogilistest uuringutest saadav kahju suurem kui

kasu (23). Enamikus ravijuhendites ei ole neil juhtudel soovitatud määrata radiooloogilisi uuringuid enne, kui vaevused on kestnud 6 nädalat või enam. Praktikas tuleb uurimismeetodi ajastamisel lähtuda siiski alati haige kliinilisest seisundist.

Kuna nimmevalu võib retsiveeruda, kaldutakse uuringuid retsidiivi korral kordama. Kui retsidiivi kliiniline pilt vastab mittespetsiifilise nimmevalu kliinilistele avaldustele, ei ole uuringute kordamine eeltoodut arvestades põhjendatud.

NIMMEVALU RAVI

Nii mittespetsiifilise nimmevaluga kui ka radikulopaatiaga haigete ravis ägedas perioodis on vajalik haiget nõustada olema aktiivne, tuleb soovitada püüda jätkata igapäevast tegevust ja hoiduda pikaajast voodirahust. Ravi analgeetikumidega peab olema piisavas annuses ja optimaalse kestusega (16, 17).

Enamikus ravijuhendites on soovitatud esimese valiku ravimitena atsetaminofeeni või NSAIDe. Soovitatavad ravimidoosid on järgmised: ibuprofeeni määrata kuni 2400–3200 mg, naprokseeni kuni 1000 mg, meloksikaami kuni 15 mg, diklofenakki 150 mg päevas. Atsetaminofeeni soovitatav doos on kuni 2000 mg päevas. NSAIDide analgeetiline toime on tugevam, kuid nende kasutamisel esineb enam kõrvaltoimeid võrreldes atsetaminofeeniga. Nõrku opioide, näiteks tramadooli ei soovitata esmavaliku ravimina. Lisaks analgeetikumidele võib ägeda valu korral kasutada lühikese aja jooksul tsentraalselt toimivat lihasrelaksanti tisanidiini 16–20 mg päevas. Üldiselt ei soovitata ordneerida bensodiasipiine.

Süsteemsete kortikoidide kasutamine nimmevalu ravis ei ole põhjendatud.

Praktikas kasutatakse mitmesuguseid mittefarmakoloogilisi ravivõtteid: massaaž, akupunktuur, jooga. Teaduslikult on need vähe põhjendatud. Harjutused nimme lihaskorseti tugevdamiseks on soodsad, et vältida nimmevalu retsidiive, ja neid võib ettevaatlikult teha ka haiguse ägedas faasis.

Kroonilise – üle 2 kuu kestnud – mittespetsiifilise nimmevaluga haigete käsitlemisel tuleb tähelepanu pöörata valu ravile ja haige funktsionaalse võimekuse ning elukvaliteedi säilitamisele, invaliidsuse vältimisele. Vajalik on multidistsiplinaarne lähenemine, farmakoteraapia, füsioteraapia ning kognitiiv-käitumusliku teraapia kombinatsioon.

Ravimitest on soovitatud NSAIDid, mille põhjendatus on mõõdukas, atsetaminofeeni ja nõrkade opioidide ordneerimiseks on tõendus põhine vähenenud. Lisaks nendele on enamikus ravijuhendites soovitatud kasutada antidepressante või antikonvulsante. Kirjanduses on andmed nende tõhususe kohta vastukäivad (24). Antidepressantidest soovitatakse ordneerida eelkõige tritsükliilisi antidepressante, näiteks amitriptüliini algannusena 12,5–25 mg, säilitusannusena 50–150 mg ööpäevas. Duloksetiin 60 mg ööpäevas võib samuti olla tõhus kroonilise valu ravis. Antikonvulsantidest on enam kasutusel gabapentiin algannusena 300 mg, säilitusannusena 50–150 mg ööpäevas. Soovitatakse ka topiramaati, algul 25 mg, edasi 50–200 mg päevas (25).

Mittefarmakoloogilistest ravivõtetest on eelkõige soovitatavad harjutused lihaskorseti tugevdamiseks, kasutatakse ka akupunktuuri, massaaži, joogaharjutusi,

Tabel 6. Soovitused haige informeerimiseks nimmevalu eri avaldusvormide korral (22, 23, 28)

Seljavalu tüüp	Info haigele
Mittespetsiifiline nimmevalu	<p>Ei ole põhjust muretseda, seljavalu on väga tavaline.</p> <p>Ei ole trauma ega raske haiguse tunnuseid.</p> <p>Paranemine võtab tavaliselt aega mõne päeva või nädala. Mõnel juhul võivad sümptomid kesta ka pikemat aega.</p> <p>Ei ole ohtu haigele. Retsidiivid on võimalikud, aga ka siis on tendents paraneda hea.</p> <p>Füüsiline aktiivsus on vajalik. Liiga palju rahu on halb. Mõõdukas valu ei ole ohumärk.</p>
Radikulopaatia	<p>Ei ole põhjust karta. Enamasti on kasutatav ravi mõjus, paranemiseks kulub 1–2 kuud. Mõnel patsiendil võib paranemine kesta kauem. Mõnel juhul on vajalik operatiivne ravi.</p>
Võimalik raske haigus	<p>Vajalikud on täiendavad uuringud. Pärast uuringuid otsustab eriarst prima võimaliku ravi.</p> <p>Liigset füüsilist pingutust tuleb vältida, seni kuni diagnoos on selge.</p>

kuid tõenduspõhist kinnitust neile ravi-meetoditele pole seni leitud.

Kuigi kirjeldatud medikamentoosse ravi põhimõtted on fikseeritud paljudes ravijuhendites, on siiski suundumus, et neid ei järgita piisavalt. USA-s tehtud esindusliku analüüsi andmeil oli aastaks 2010 võrreldes aastaga 1999 NSAIDide ja atsetaminofeeni ordineerimine seljavaluga haigetele vähenenud ligi 50% võrra, samavõrra sagedamini oli neile haigetele ordineeritud nõrku opioide. Samuti oli enam kui kolmandiku võrra sagedamini neile haigetele tehtud KT-uuringuid (26). Eesti kohta andmed puuduvad, kuid hinnanguliselt on ka meil seljavaluga haigetele tehtud KT-uuringute arv oluliselt kasvanud. Ilmselt ei ole nende uuringute tegemine alati piisavalt põhjendatud.

Vältimatu kirurgiline ravi on näidustatud haigetele, kel esineb progresseeruv parees või *cauda equina* sümptomaatika. Teistel juhtudel soovitatakse kirurgilist ravi valitud haigetele, kel on radikulopaatia või nimmekanalide ahenemise sümptomaatika ning kel konservatiivne ravi ei ole olnud tulemuslik. Üldiselt võib väita, et neil juhtudel on kirurgiline ravi konservatiivset ravist tõhusam ja parandab elukvaliteeti, kuid seda lähemas perspektiivis. Aastate möödudes ei ole kirurgiliselt või konservatiivselt ravitud haigete elukvaliteedis olulist erinevust (16).

Nimmevaluga haige ravi tulemused sõltuvad suuresti sellest, milline on haige sättumus ja valmidus aktiivselt oma ravis osaleda. Eeltingimuseks on haige adekvaatne informeerimine. Tabelis 6 on kokkuvõtlikult toodud soovitusel, kuidas informeerida haiget nimmevalu eri avaldusvormide korral. Austraalias hiljuti tehtud metaanalüüs kinnitas, et haige harimine tema haigusest ja õigete käitumisvõtete õpetamine on tugeva tõenduspõhisusega ravivõtte nimmevalu ravimisel. Sealjuures on arsti õpetussõnad haigetele palju olulisemad füsioteraapeudi või õe omadest (27). Viimasel ajal on kirjanduses rõhutatud vajadust arvestada haige eelistusi ka pärast seda, kui teda on arusaadavalt informeeritud nimmevalu käsitlemise tänapäevastest seisukohtadest (28, 16).

Vaatamata sellele, et teadmised ja võimalused nimmevaluga haigete uurimises ja ravis on viimasel ajal oluliselt arenenud, jääb nimmevalu patogeneesis ja ravis paljudel ebaselgeks ning ravitulemused ei ole piisa-

valt head. Uuringud käivad, et selgitada geneetiliste tegurite osa ravimite farmakodünaamikas ja kineetikas. See võimaldaks tulevikus individualiseeritud ravi. Uuritakse närvi kasvufaktoreid inhibeerivaid ravimeid bioloogilise ravi rakendamiseks nimmevalu korral. Et leida võimalusi anatoomiliste muutuste täpsemaks hindamiseks, on välja töötamisel uued visualiseerimismeetodid: kineetiline MRT ja spetsiifilise sagedusega spektroskoopia (28). Praeguseks pole need uuringud veel praktikasse jõudnud.

KOKKUVÕTLIKULT OLULISEMAST

1. Nimmevalu on sage haigus, mis mõjutab oluliselt haige elukvaliteeti ja mille korral on koormus ühiskonnale suur.
2. Umbes 80–85%-l juhtudest on tegu selgroo degeneratiivsete muutustega kaasneva mittespetsiifilise nimmevaluga.
3. Arsti esmane ülesanne on välja selgitada olukorrad, kus nimmevalu on seotud kasvaja, põletiku, lüümurru või närvi-lementide kompressiooniga.
4. Enamik nimmevalu episoodid on isepärased, kuid need võivad korduda. Umbes 15%-l haigetest jääb püsima krooniline nimmevalu.
5. Haiguse kulgu ja paranemist mõjutavad suurel määral psühhosotsiaalsed tegurid.
6. Diagnoosimisel on oluline hoolikas kliiniline uuring. Visualiseerimismeetodeid tuleb rakendada otstarbekalt. Visualiseerimismeetodi leid ei korreleeru alati kliinilise leiuga ega saa olla haige käsitlemisel ainsaks aluseks.
7. Nimmeosa KT-uuring põhjustab organismile olulise kiirguskoormuse ja seda peab arvestama uurimismeetodi valikul.
8. Haiget tuleb julgustada olema aktiivne, voodirahu ei kiirenda paranemist.
9. Lisaks medikamentoosole ravile tuleb haigetele soovitada teha harjutusi nimme lihaskorseti tugevdamiseks.
10. Kirurgiline ravi on näidustatud eelkõige närvi-lementide kompressiooninähtude (püsiv oluline motoorika- või tundlikkusehäire) ilmnemisel.
11. Oluline on haige informeerimine, õigete käitumisvõtete õpetamine, haigusega seotud kartuste hajutamine ja olukordade selgitamine.
12. Haigete käsitlemisel tuleb lisaks tõenduspõhistele soovitudele arvestada ka haige eelistusi.

¹ Neurology Clinic, Tartu University Hospital, Tartu, Estonia

Correspondence to:
Väino Sinisalu
väino.sinisalu@kliinikum.ee

Keywords:
non-specific low back pain,
degeneration of spine,
radiculopathy

SUMMARY

Low back pain

Väino Sinisalu¹, Toomas Asser¹

Low back pain has become a major public health problem worldwide. In most cases it is associated with degeneration of the spine—non-specific low back pain. The condition is generally self-limiting, in 15% of cases it may turn out to be the cause of chronic pain. In the management of non-specific low back pain NSAID and paracetamol are the most commonly prescribed drugs. Patients should be encouraged to remain active; exercise therapy is recommended. Surgery is indicated in cases of permanent sensomotor deficit.

KIRJANDUS/REFERENCES

- Deyo RA, Rainville J, Kent DL. What can the history and physical examination tell us about low back pain? *JAMA* 1992;268:760–5.
- Katz JN. Lumbar disk disorders and low back pain: socioeconomic factors and consequences. *J Bone Joint Surg Am* 2006;88:21–4.
- Jordan KP, Kadam UT, Hayward R, Porcheret M, Young C, Croft P. Annual consultation prevalence of regional musculoskeletal problems in primary care: an observational study. *BMC Musculoskelet Disord* 2010;11:144.
- Henschke N, Maher CG, Refshauge KM, et al. Prognosis in patients with recent onset low back pain in Australian primary care: inception cohort study. *BMJ* 2008;337:a171.
- Stanton TR, Latimer J, Maher CG, Hancock MJ. How do we define the condition 'recurrent low back pain'? A systematic review. *Eur Spine J* 2010;19:533–9.
- Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C, et al. European guidelines for management of chronic, nonspecific low back pain. *Eur Spine J* 2006;15:S192–300.
- Kapellen PJ, Beall DP. Imaging evaluation of low back pain: important imaging features associated with clinical symptoms. *Semin Roentgenol* 2010;45:218–25.
- Prescher A. Anatomy and pathology of the aging spine. *Eur J Radiol* 1998;27:181–95.

- Taher F, Essig D, Lebl DR. Lumbar degenerative disk disease: current and future concepts of diagnosing and management. *Adv Orthop* 2012, ID 970752.
- Cadogan MP. Lumbar spine stenosis. *NEJM* 2011;37:8–12.
- Kalichman L, Hunter DJ. The genetics of intervertebral disc degeneration. *Associated genes. Joint Bone Spine* 2008;75:388–96.
- Williams FM, Sambrook PN. Neck and back pain and intervertebral disc degeneration: role of occupational factors. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2011;25:69–79.
- Shiri R, Karppinen J, Leino-Arjas P, Solovieva S, Viikari-Juntura E. The association between obesity and low back pain: a meta-analysis. *Am J Epidemiol* 2010;171:135–54.
- Heneweer H, Vanhees L, Picavet HS. Physical activity and low back pain: a U-shaped relation? *Pain* 2009;143:21–5.
- Kamper SJ, Maher CG, Hancock MJ, Koes BW, Croft PR, Hay E. Treatment-based subgroups of low back pain: a guide to appraisal of research studies and a summary of current evidence. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2010;24:181–91.
- Golob AL, Wipf JE. Low back pain. *North Am Med Clin* 2014;98:405–28.
- Campbell J, Colvin LA. Management of low back pain. *BMJ* 2013;347:bmj.f3148.
- Deyo RA, Jarvik JG, Chou R. Low back pain in primary care. *BMJ* 2014;349:g4266.
- Ishimoto Y, Yoshimura N, Muraki S, et al. Associations between radiographic lumbar spinal stenosis and clinical symptoms in the general population: the Wakayama Spine Study. *Osteoarthritis Cartilage* 2013;21:783–8.
- Suri P, Boyko EJ, Goldberg J, Forsberg CW, Jarvik JG. Longitudinal associations between incident lumbar spine MRI findings and chronic low back pain or radicular symptoms: retrospective analysis of data from the longitudinal assessment of imaging and disability of the back (LÄIDBACK). *BMC Musculoskeletal Disorders* 2014;15:152–62.
- Steffens D, Hancock MJ, Maher CG, Williams C, Jensen TS, Latimer J. Does magnetic resonance imaging predict future low back pain? A systematic review. *Eur J Pain* 2014;18:755–65.
- Crownover BK, Bepko JL. Appropriate and safe use of diagnostic imaging. *Am Fam Physician* 2013;87:494–501.
- Srinivas SV, Deyo RA, Berger CD. Application of "less is more" to low back pain. *Arch Intern Med* 2012;172:1016–20.
- Romano CL, Romano D, Lacerenza M. Antineuropathic and antinociceptive drugs combination in patients with chronic low back pain: a systematic review. *Pain Res Treatment* 2012;2012:154781.
- Vilisaar J, Brsaschinsky M, Sinisalu V. Kroonilise valusündroomi praktiline käsitlus. *Eesti Arst* 2014;93:269–74.
- Mafi JN, McCarthy EP, Davis RB, et al. Worsening trends in the management and treatment of low back pain. *JAMA Intern Med* 2013;173:1573–81.
- Traeger AC, Hübscher M, Henschke N, Moseley GL, Lee H, McAuley JH. Effect of primary care-based education on reassurance in patients with acute low back pain. Systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med* 2015; doi:10.1001/jamainternmed.2015.0217.
- Balagué F, Mannian AF, Pellise F, Cedraschi C. Non-specific low back pain. *Lancet* 2012;379:482–91.

Euroopa Ravimiamet ei soovita ordneerida haigetele ibuprofeeni suurtes doosides

Euroopa Ravimiameti ravimite ohutuse hindamise komitee (PRAC) avaldas hiljuti soovitusette mitte ordneerida ibuprofeeni suurtes doosides – 2400 või enam mg päevas. Sellises annuses ravimi manustamine suurendab insuldi ja südameinfarkti kujunemise riski. Ülevaates on kinnitatud, et ibuprofeeni annuses kuni 1200 mg päevas

kardiovaskulaarset riski ei suurenda ja ibuprofeeni soodus toime ületab selle kasutamise võimalikud riskid.

Ibuprofeeni doosis 2400 mg päevas tuleks kindlasti vältida haigetel, kel on kardiovaskulaarse haiguse riskid või kes on varem põdenud südameinfarkti või insulti.

Ülevaates on soovitatud enne pikemaajalise ibuprofeenravi alustamist hinnata haige kardiovaskulaarset riski. See risk on kindlasti suurenenud neil haigetel, kes suitsetavad, kel on kõrgvererõhk, diabeet või kolesteroolisisaldus veres suur. Neil juhtudel tuleb haiget ravi käigus hoolikalt jälgida.

PRAC ülevaates on rõhutatud, et kuigi laboratoorseses uuringutes on leitud, et ibuprofeeni vähendab aspiriini antiagregantset toimet, ei ole seda kliinilistes uuringutes kinnitatud. Kindlasti ei mõjuta ibuprofeeni lühiaegne kasutamine aspiriini soodsat toimet kardiovaskulaarsete tüsistuste ennetuses.

REFEREERITUD

www.ema.europa.eu/index

LÜHIDALT