

NIMMEVALU KÄSITLUSE TÄNAPÄEVASED SEISUKOHAD

Nimmevalu on üks sagedasemaid põhjuseid esmatasandi arsti poole pöördumiseks. Enamasti, 90–95%-l juhtudest on tegu müofastsiaalset tüüpi valuga ja see on mittespetsiifiline nimmevalu. Tõsine lülisamba haigus on hinnanguliselt vähem kui 1%-l ja radikulaarne sündroom 5–10%-l arsti poole pöördunutest (1).

Käesoleva aasta esimeses pooles avaldas Ameerika Arstide Kolleegeium (*American College of Physicians* ehk ACP) uuendatud ravisoovitused ägeda, alaägeda ja kroonilise nimmevalu mitteinvasiivseks raviks (2). Soovituste koostamisel juhenduti aastast 2008 kuni novembrini 2016 rahvusvahelistes andmebaasides refereeritud vastava temaatikaga uuringute andmetest. Hinnati erinevate ravimeetodite toimet valule, funktsiooni paranemisele, töövõime taastumisele, elukvaliteedile, retsiidiivide sagedusele ja haige rahulolule ning kõrvaltoimete esinemise sagedust.

Töörühm formuleeris kolm üldist soovitus:

1. Pidades silmas, et enamik ägeda ja alaägeda nimmevaluga haigetest paraneb aja jooksul sõltumata raviviisist, peaksid kliinitsistid, selgitades seda ka patsientidele, eelistama mittefarmakoloogilisi raviviise: pindmine soojendamise (mõõdukas tõendus põhisis), massaaž, nõelravi või manuaalteraapia (vähene tõendus põhisis). Ravimitest tuleks kasutada mittesteroidseid põletikuvastaseid aineid (NSAID), ja lihaslõõgasteid (mõõdukas tõendus põhisis). NSAID-preparaatidest on vähemate kõrvaltoimetega tsüklooksügenaas 2 (COX2) inhibiitorid
2. Kroonilise nimmevaluga haigetele on soovitatav rakendada,

selgitades neid võimalusi ka patsientidele, ravivõimlemist, multidistsiplinaarset rehabilitatsiooni, stressi maandamise meetodeid (mõõdukas tõendus põhisis), *taiji* ja jooga harjutusi (vähene tõendus põhisis).

3. Kui mittefarmakoloogilised võtted ei too kroonilise valuga patsientidele soovitud tulemust, ordineerida esmavalikuna NSAID, teise valikuna võiks rakendada ravi tramadooli ja duloksetiiniga (mõõdukas tõendus põhisis). Opioidide määramisel kaaluda hoolikalt võimalikke kõrvaltoimeid.

Erinevate ravisoovituste toimet ägeda nimmevalu korral hindas töörühm järgmiselt. Soovitatud ravimitest on vähese toimega NSAID ja lihaslõõgastid. Sealjuures ei täheldatud erinevate NSAID-preparaatide puhul toime erinevusi. Massaaži ja pindmise soojendamise mõju hinnati mõõdukaks, nõelravi ning manuaalteraapia toime on vähene.

Kroonilise valu korral on NSAID mõõduka toimega valule, vähene on mõju funktsiooni paranemisele. Tramadoolil on vähene toime valule ja funktsioonile nagu ka duloksetiinil. Teistest ravimeetoditest on multidistsiplinaarse rehabilitatsiooni korral mõõdukas toime joogaharjutustel. Teiste kroonilise valu korral soovitatud raviviiside mõju hinnati väheseks.

Võrreldes 2007. aastal esitatud ACP ravisoovitustega on praeguseks piisavalt tõendeid, et atsetaminofeen (parasetamool) ei ole piisavalt tõhus nimmevalu korral ja seda enam ei soovitata määrata. Samuti on andmeid, et kroonilise valu korral ei ole lihaslõõgastid mõjusad. Küll aga on kroonilise valu korral soovitatavad antidepressant dulok-

setiin ja antikonvulsant pregabaliin. Samuti on selgunud, et tritsüklilistel antidepressantidel ei ole võrreldes duloksetiiniga paremat toimet kroonilise valu korral, küll aga on neil enam kõrvaltoimeid. Muudest ravivõtetest on andmeid pindmise soojendamise ja teipimise positiivse mõju kohta ägeda nimmevalu korral.

Käesoleva aasta algul on ajakohastatud nimmevalu käsitlemise soovitusel avaldanud veel Suurbritannia Riiklik Tervishoiu ja Kliinilise Kvaliteedi Instituut (*National Institute for Health and Care Excellence* ehk NICE) (3), Taani vastav tervishoiuorganisatsioon (4) ja Austraalia meditsiiniajakiri (1). Põhimõttelisi erinevusi eri maade soovitustes ei ole. Parasetamooli ordineerida ei soovitata.

Rõhutatud on haige tähelepaneliku uurimise vajadust, et välistada nn punased lipud. Ühendkuningriigi soovitustes on nad loetletud järgmiselt: närvi-elementide kompressioon lülisamba metastaasi tõttu, lülisamba vigastus, spondüloartriit, pahaloomulise kasvaja kahtlus. Siia võiks veel lisada *cauda equina* sündroomi. Kõigis soovitustes on toonitatud haige informeerimise ja harimise vajadust, et hoida haigel ära hirmude teke ja nõudmine määrata talle asjatuid uuringuid ning protseduure. Haigel tuleb soovitada jätkata võimalikult aktiivset eluviisi (4).

Erinevused on ka nõelravi soovitustes. Ühendkuningriigi ja Taani juhendis ei ole seda nagu ka venitusravi rakendamist ning välise tugikorseti kandmist soovitatud. Medikamentooset ravi tuleks ordineerida minimaalses efektiivses doosis ja võimalikult lühikeseks ajaks.

Taanis väljatöötatud soovitustes on käsitletud ka konservatiivse ravi põhimõtteid nimmeradikulopaatia korral (4). Üldine soovitus on säilitada aktiivne eluviis ning teavitada

patsienti. Rutiinselt medikamentosset ravi ei soovitata, samuti mitte nõelravi. Soovitatavad on võimlemisharjutused, ka juhendaja jälgimisel ning suunatud harjutused kahjustatud radikulaarse motoorse funktsiooni taastamiseks. Manuaalteraapial käsitletud harjutustega võrreldes soodsamat toimet ei ole. Ekstraforaminaalset blokaadi glükokortikoididega ei soovitata. Vaevuste püsimisel soovitatakse haige suunata spetsialisti konsultatsioonile enne 3 kuu möödumist,

väljendunud motoorse defitsiidi korral ka varem. Rutiinselt ei soovitata teha visualiseerimisüuringuid ei ägeda, kroonilise nimmevalu ega radikulaarse sündroomi korral.

KIRJANDUS

1. Bardin LD, King P, Maher CG. Diagnostic triage for low back pain: a practical approach for primary care. *Med J Aust* 2017;206:268–73.
2. Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, et al. Noninvasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2017;166:514–30.
3. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng59> (2016 accessed 5 March 2017).

4. Stockendahl MJ, Kjaer P, Hartvigsen J, et al. National Clinical Guidelines for non-surgical treatment of patients with recent onset low back pain or lumbar radiculopathy. *Eur Spine J* doi: 10.1007/s00586-017-5099-2.



Väino Sinisalu –
TÜ Kliinikumi
närvikliinik

Pregabaliini mõju on ägeda ja kroonilise radikulaarse valu ravis vähene

Pregabaliini (Lyrica) soovitatakse kasutada neuropaatilise valu ravis. Kirjanduses on andmeid pregabaliini tõhusa toime kohta postherpeetilise ja diabeetilise polüneuropaatia korral esineva valu ravis. Vastukäivad on andmed pregabaliini mõju kohta radikuloopaatiapuhuse valu ravis.

Austraalia uurijad korraldasid platseeboga kontrollitud topeltpimedat uuringu, et selgitada pregabaliini mõju nimmeradikulopaatia korral. Mitme keskuse osavõtul kaasati kokku 209 patsienti, kel ühe nädala kuni ühe aasta vältel olid esinenud nimmeradikulopaatia nähud: valu kindla dermatoomi alal, radiku-

laarne, sensomotoorne defitsiit. Haiged juhulikustati pregabaliiniga ravitute (108 patsienti) ja platseeborühma (101 patsienti). Samal ajal raviti uurimiselaluseid tavaliste meetoditega: harjutused, analgeetikumid, mitmesugused füsiatrilised võtted. Raviks ei kasutatud antidepressante ega teisi antiepileptilisi ravimeid. Pregabaliiniga alustati ravi doosis 300 mg päevas (kahel korral 150 mg). Nädalaste vaheaegadega tõsteti annus 600 mg-ni päevas (2 korral 300 mg). Ravi kestis 8 nädalat.

Ravi tulemusi hinnati, kui ravi algusest oli möödunud 8 ja 52 nädalat. Esmase ravitulemusena hinnati mõju valu intensiivsusele. Mõlemas rühmas oli valu skoor alanenud 50% võrra 8. ravinädalaks. Hilisemal kontrollil oli valu

skoor mõlemas rühmas ühesugune. Teiseste ravitulemustena hinnati ravi mõju töövõimele ja elukvaliteedile 8. ja 52. nädalal ning aasta pärast. Ka siin olid ravitulemused mõlemas grupis ühesugused.

Uuringust järeldub, et pregabaliin ei ole võrreldes platseeboga mõjusam ägeda ja kroonilise nimmeradikulopaatia ravis. Kinnitust leidis ka seisukoht, et valu radikuloopaatia korral on notsi-tseptiivse, mitte neuropaatilise genesiga.

ALLIKAD

1. Mathieson S, Chiro M, Maher CG, et al. Trial of pregabalin for acute and chronic sciatica. *N Engl J Med* 2017;376:1111–20.
2. Attal N, Barrot M. Is Pregabalin Ineffective in Acute or Chronic Sciatica? *N Engl J Med* 2017;376:1169–70.

LÜHIDALT