

Eestis on valminud uus 2. tüüpi diabeedi ravijuhend

Professor Vallo Volket, Eesti Endokrinoloogia Seltsi presidenti, küsitles Med24 meditsiinitoimetaja Katrin Lätt.

Eestis on valminud uus 2. tüüpi diabeedi ravijuhend. Kellele on see juhend mõeldud?

Ravijuhendi peamine sihtrühm on perearstid. Juhendist peaksid tuge leidma ka kõik teised arstid, kes diabeedihaigetega kokku puutuvad. Endokrinoloogide jaoks on tegemist igapäevatööga ja eeldatavasti lisab juhend sinna vähe. Moodsa juhendi olemasolu kergendab ka soodusravimite kompenseerimise üle otsustamist Sotsiaalministeeriumis ja haigekassas.

Miks võeti ette uue ravijuhendi väljatöötamine II tüüpi diabeedi kohta?

Teadmiste ja uute ravimite lisandumine on pidev protsess. Eelmine juhend on juba vana, kuigi ajale päris hästi vastu pidanud. Edaspidi on plaanis juhendit uuendada 1–2 aasta järel.

Juhend ei ole välja töötatud Eesti Haigekassa metoodika alusel. Mis on võetud aluseks?

Arutasime Eesti Endokrinoloogia Seltsi liikmetega, kas peaksime uue juhendi koostama ravijuhendite koostamise uue süsteemi järgi. Valdav arvamus oli, et sobivam on minna eelmise juhendi uuendamise teed. Kindlasti saab diabeediravi kohta koostada ka tugevamalt teaduspõhisusel rajaneva juhendi, kuid sellel oleksid ka oma varjuküljed. Diabeedi ravis on kasutuses suur hulk ravimirühmi. Iga rühma jaoks on olemas korralik kliiniliste uuringute kogum ja sageli ka võrdlusuuringud teiste rühmadega. Palju vähem on andmeid ravimite kombi-



Vallo Volke

neerimise kohta ja pea täielikult puuduvad uuringud selle kohta, millises järjekorras neid ravimeid kasutada.

Kas kaalusite ka Soome eeskujul vaid juhendi veebiversiooni tegemist?

Selle üle arutasime pikalt. Otsustasime seekord jääda veel fikseeritud, paberil juhendi versiooni juurde. Kaalukeeleks sai see, et Eestis eelistavad paljud arstid endiselt trükitud allikaid. Küll proovime sellest juhendist lähtudes arendada ka interneti võimalusi paremini ära kasutatavat interaktiivset versiooni.

Milliseid diagnoosimismeetodeid soovitatakse uues juhendis 2. tüüpi diabeedi diagnoosimiseks ja mida tuleks eelistada? Kas on oluline ka

diagnostiliste testide tegemise järjekord?

Diagnoosimise osa on jäänud täpselt samaks. Glükohemoglobiini taseme kasutamine diabeedi diagnoosimiseks on eelmise ravijuhendi lisana avaldatud juba varem.

Millised on diabeediravi eesmärkväärtused 2. tüüpi diabeediga patsiendil ja kas need erinevad patsiendirühmiti (eakamatel)?

Uues juhendis on soovitatud ravieesmärke enam individualiseerida. Hiljuti diagnoositud diabeediga ja noorematele patsientidele soovitatakse ambitsioonikamaid eesmärke. Kui patsient on pikema haigusstaažiga või raskete kaasuvate haigustega, siis võib olla mõistlik eesmärk märgatavalt suuremate glükoosiväärtuste juures.

Milliseid on peamised muutused diabeediga patsientide uuringute ja jälgimise osas võrreldes Eesti eelmise ravijuhendiga?

Seekord oleme uuringu- ja jälgimissoovitused jätnud põhijuhendist välja. Plaanime koostada koos perearstide seltsiga eraldi juhendi diabeedihaigete jälgimiseks.

Milline näeb Eesti juhend välja võrreldes rahvusvaheliste ravijuhenditega?

Juhendi põhistruktuuri oleme jätnud samaks. Võrreldes mõne rahvusvahelise juhendiga on Eesti oma pisut piiravam. Seeläbi pakub juhend raviotsuste tegemisel enam tuge ja eeldab pisut vähem eeltead-

misi diabeediravimite suhteliselt pika nimekirja kohta.

Millised on suurimad muudatused juhendis?

Juhendis on kaks suuremat muutust. Esiteks on lisandunud uus suukaudsete diabeediravimite klass: SGLT-2 inhibiitorid. Erandlik nende puhul on see, et kliiniliste uuringute tulemused on olnud nii tugevad, et SGLT-2 inhibiitorid on kohe paigutatud teise valiku ravimiteks. Teine oluline muudatus on GLP-1 agonistide ja insuliini kombineerimise võimalus.

Diabeediravimitega on lõppenud ja varsti lõppemas väga palju suuri kliinilisi uuringuid.

Milline on nende kasulike toimete ja võimalike kõrvaltoimete hetkeseis?

Viimaste uuringute tulemused on olnud valdavalt positiivsed. Kahtlused raskete kõrvaltoimete suhtes ei ole enamasti kinnitust leidnud ning järjest on ravimitel leitud lisaks glükoosisaldust vähendavale toimele ka muid soodsaid mõjusid.

Kuidas olete rahul diabeediravimite kompenseerimisega ja millised oleksid vajalikud muutused?

Positiivne on see, et kõik uued ravimid on kiiresti soodusravimite nimekirja lisandunud. Kindlasti vajavad soodustingimused veel

edasist peenhäälestamist. Loodame ka sellele, et soodustingimuste määramisel hakatakse enam arvesse võtma ravijuhendi soovitusi.

Kas uute ravimite lisandumine on teinud diabeediravi lihtsamaks?

Uute suukaudsete ravimite lisandumine on kindlasti edasi lükanud vajadust alustada süsteravi. Ka on paljud ravimid lihtsa kasutusskeemiga ja suhteliselt väikeste kõrvaltoimete tõttu hõlpsalt kasutatavad. Teisalt nõuab kasutuses olevate ravimirühmade ja ravimite suur hulk aina enam teadmisi sobivatest kombinatsioonidest ning erinevate ravimite toimete ja kõrvaltoimete peensustest.

Postmenopausis naistel on östradiolravi vaskulaarne mõju tõhusam kui seda ravi alustada menopausi järel varakult

Arvatakse, et östrogeeni sisaldav hormoonteraapia on seotud positiivse mõjuga südame-veresoonkonnale, kui seda ravi alustatakse menopausi järel varakult, võrreldes sellega, kui seda alustatakse hiljem. Seni ei olnud seda hüpoteesi siiski teaduslikult tõestatud.

Uuringusse kaasati 643 tervet postmenopausis olevat naist, kes jaotati kahte rühma. Esimesse kuulusid naised, kellel oli menopausist möödas vähem kui kuus aastat (varajane postmenopaus); teise rühma moodustasid naised, kellel oli menopausist möödas 10 või rohkem aastat (hiline postmenopaus). Mõlemas rühmas

olevad naised hakkasid juhuslikkuse alusel saama kas suu kaudu 17 β -östradioli 1 mg päevas (lisaks 45 mg progesterooni vaginaalse geelina naiste puhul, kellel oli emakas alles) või platseebot (lisaks platseebo vaginaalne geel emakaga naistele). Tulemina hinnati unearteri *intima* ja *media* kihtide paksust (*carotid intima-media thickness* ehk CIMT), mida mõõdeti iga 6 kuu tagant. Teise tulemina hinnati pärgarterite ateroskleroosi südame kompuutertomograafial. Naisi jälgiti keskmiselt 5 aastat.

Naiste puhul, kellel oli uuringu algul vähem kui 6 aastat menopausist möödas, suurenes platseeborühmas CIMT 0,0078 mm aastas ning östradioli saanute seas 0,0044 mm aastas ($p = 0,008$). Naistel, kellel oli uuringu algul 10 või rohkem aastat menopausist möödas, suurenes platseebo-

rühmas CIMT 0,0088 mm aastas ja östradiolirühmas 0,0100 mm aastas ($p = 0,29$). Kompuutertomograafial mõõdeti pärgarteri kaltsifitseerumise taset ja stenoosi astet – need tulemused olid sarnased kõigil naistel.

Suukaudne östradiolravi on seotud aeglasema subkliinilise ateroskleroosi progressiooniga (võttes aluseks CIMT määramise) võrreldes platseeboga, kui raviga alustati vähem kui 6 aastat pärast menopausi, kuid mitte siis, kui raviga alustati 10 või rohkem aastat pärast menopausi. Östradiolil ei olnud olulist mõju pärgarterite ateroskleroosile (võttes aluseks kompuutertomograafilised mõõtmised) kummaski postmenopausaalsete naiste rühmas.

REFEREERITUD

Hodis HN, Mack WJ, Henderson VW, et al. Vascular effects of early versus late postmenopausal treatment with estradiol. *N Engl J Med* 2016;374:1221–31.

LÜHIDALT