

Kas hoolikas veresuhkrukontroll on piisav hoidmaks ära südame-veresoonkonna vaskulaarseid tüsistusi 2. tüüpi diabeediga haigel? Ekspertihinnangud

Valdaval osal (90%) suhkurtõve haigetest esineb 2. tüüpi diabeet. Selle levimus kasvab kogu maailmas: aastatel 1990–2005 kahekordistus haiguse esinemissagedus. 2. tüüpi diabeet esineb USAs 7,8%-l rahvastikust. Eestis Väike-Maarja rahvastikurühmas korraldatud uuringu järgi leiti 25–70aastaste isikute hulgas 2. tüüpi diabeet 8,7%-l.

Haigust iseloomustavad mitmetegurilised ainevahetuslikud muutused organismis, tagajärjeks on paljude elundite, esmajoones südame ja veresoonkonna kahjustus. Diabeet suurendab oluliselt kardiovaskulaarsete haiguste – südameinfarkt, ajuinsult, jäsemete veresoonte ateroskleroos, arteriaalne hüpertensioon, neerupuudulikkus – riski. Südame või aju isheemilise kahjustuse tagajärjel sureb 2. tüüpi diabeediga haigetest 75%.

Viimastel aastatel on oluliselt paranenud veresuhkru taseme reguleerimise medikamentoossed võimalused (samuti arstkonna teadmised sel alal). Kas veresuhkru taseme normaliseerumine on piisav, et vältida ja pidurdada vaskulaarsete tüsistuste kujunemist 2. tüüpi diabeediga haigetel? Probleemi üle arutlesid sisehaiguste professor Margus Lember, endokrinoloog Tarvo Rajasalu, nefroloog Mai Rosenberg TÜ Kliinikumist ning perearst Anneli Rätsep. Vestlust juhtis ja selle tulemused pani kirja EA peatoimetaja Väino Sinisalu.

Ekspertide üksmeelse hinnangu kohaselt ei hinda peale veresuhkru väärtuse ei arstid ega patsiendid haiguse käsitlemisel piisavalt teiste tegurite osatähtsust. 2. tüüpi diabeediga

kaasnevad paratamatult mikrovaskulaarsed – retinopaatia, nefropaatia, neuropaatia – ning makrovaskulaarsed tüsistused, mis on põhjustatud südame, aju ja jalgade veresoonte kahjustusest. 2. tüüpi diabeet on algul varjatult kulgev haigus ning 40%-l esmakordselt avastatud diabeediga haigetel on juba väljakujunenud vaskulaarsed tüsistused. Sellest lähtuvalt on veresuhkru väärtus 2. tüüpi diabeediga haigel n-ö surrogaatmarker, mis ei peegelda täielikult haiguse olemust ega elundikahjustuse ulatust. Sellegipoolest on veresuhkru väärtuste reguleerimine (eesmärgiga tagada paastuglukoosi väärtus $\leq 6,0$ mmol/l ning glükeeritud hemoglobiini (HbA1C) tase alla 6,5%) nende haigete ravis esmase ja üliolulise tähendusega. Sellega ei tohi aga piirduda.

Varakult alustatud adekvaatne veresuhkrukontroll võimaldab vaskulaarseid tüsistusi kui mitte täielikult ära hoida, siis vähemalt nende kujunemist/süvenemist pidurdada. Siin on olulisel kohal eluviisi reguleerimine: piisav füüsiline koormus, adekvaatne toitumine, kahjulikest harjumustest – suitsetamine, liigne alkoholarvitamine – loobumine. Samal ajal on nendel haigetel oluline südame-veresoonkonna tuntud riskitegurite (arteriaalne hüpertensioon, düslipideemia, mikroalbuminuuria) õigeaegne avastamine ja ravi.

Diabeedi vaskulaarsete tüsistuste ilmne misel ei piisa ainult heast veresuhkrukontrollist, vaid tarvis on aktiivselt korrigeerida riskitegureid. Sellest sõltub nende haigete elukvaliteet ja ellujäämine.

Arteriaalne hüpertensioon on hästi tuntud ja praktikas kõige paremini ohjatud riskitegur diabeedihaikeil. Soovitatakse arteriaalse rõhu eesmärkväärtuseks on 130/80 mm Hg ja haigetel, kellel on proteiinuuria üle 1 g ööpäevas, < 125/75 mm Hg. Arteriaalne hüpertensioon ja diabeetiline nefropaatia on diabeedi tüsistused, millel on vastastikku kumulatiivne efekt.

Paljud eksperimentaalsed ja kliinilised uuringud on näidanud, et reniin-angiotensiinsüsteemi blokaatorid (angiotensiini konverteeriva ensüümi (AKE) inhibiitorid ja angiotensiin II retseptori blokaatorid (ARB)) on tõhusad arteriaalse rõhu kontrollil ning albuminuuria vähendamisel, samuti selle süvenemise ja kujunemise ärahoidmisel. Neid preparaate tuleks ordineerida piisavas annuses ja jälgida ravitulemust, suurendades vajaduse korral doosi. On näidatud, et ARBd on tõhusad ja ohutud albuminuuria ärahoidmisel ja kontrollil ka neil haigetel, kelle vererõhuväärtused on normi piires.

Paljudel juhtudel ei ole AKEd või ARBd piisavalt toimivad arteriaalse rõhu kontrolliks. Sel juhul tuleb neid preparaate kasutada kombinatsioonis teiste vererõhku alandavate ravimitega (kaltsiumkanali blokaatorid, β -blokaatorid, diureetikumid).

Düslipideemia jälgimine ja kontrollimine ei ole vähem oluline diabeedi vaskulaarsete tüsistuste ennetuses ja ravis. Praktikas rakendatakse seda veel mitteamakvaatses mahus. Eesmärkväärtusteks on üldkolesterooli tase < 4,5 mmol/l, HDL-kolesterooli tase > 1,0 mmol/l (naistel > 1,2 mmol/l) ja LDL-kolesterooli tase < 2,5 mmol/l.

Statiinravi tuleks 2. tüüpi diabeediga haigetel senisest laialdasemalt rakendada ja piisavas annuses, et saavutada eesmärkväärtusi. Rahuldava ravitulemuse saavutamiseks peaks statiine määrama vähemalt keskmises soovitatud annuses (simvastatiin 40 mg, pravastatiin 40 mg, lovastatiin 40 mg, atorvastatiin 20 mg päevas).

Vere glükoosisalduse soovitatavad väärtused on enamikus diabeedi ravijuhendites sarnased. Siiski ei tohi neid dogmana käsitleda, vaid ravi eesmärgid peaksid olema individuaalseeritud. Nii on mitmes uuringus leitud, et vanemaealistel pikemat aega diabeeti põdenud patsientidel ei vähendanud intensiivne glükositaset langetav ravi südameinfarkti, insuldi, südamepuudulikkuse ega teiste makrovaskulaarsete tüsistuste esinemissagedust. Samas oli intensiivse veresuhkruravi rühmas suurem keskmise kehakaalu tõus ning sagedasem hü-poglükeemiate esinemine ja suremus.



Vasakult T. Rajasalu, A. Rätsep, M. Lember, M. Rosenberg, V. Sinisalu

Suurte patsiendirühmade aastatepikustes jälgimisuuringutes on leitud, et kõige kiiremini vähendab 2. tüüpi diabeediga haigete suremust ja raskete vaskulaatorsete tüsistuste teket arteriaalse vererõhu normaliseerumine. See ilmneb juba mõne kuu möödudes. Düslipideemia korrigeerimise efekt nendele näitajatele tuleb ilmsiks 1–2 aasta pärast, parema glükeemilise kontrolli tulemused ilmnevad alles 10 aasta pärast. Riskitegurite jälgimine ja korrigeerimine peab olema järjepidev.

Kogu maailmas tõdetakse, et 2. tüüpi diabeediga haigete osakaal, kelle veresuhkru, vererõhu ja kolesterooli väärtused vastaks ravijuhendis soovitatule, on oodatust väiksem. Eesti ravijuhendis soovitatud HbA1C < 6,5% on leitud 39%-l ja soovitatud vererõhuväärtused alla 50%-l haigetest. Eesti perearstid peavad tingimata vajalikuks diabeedihaike jälgimisel teha kolesterooli- ja uriinianalüüsi 1 kord aastas, nagu on soovitatud enamikus ravijuhendites. Samas kasutatakse Eestis liiga harva glükeeritud hemoglobiini mõtmist. Kuna 2. tüüpi diabeet on krooniline haigus ja ka arenevad tüsistused häirivad algsaasis patsiendi enesetunnet vähe, on diabeedihaike käsitlemisel määrava tähtsusega haige ja arsti kontakt, haige hea informeeritus ja ravisoostumus. Patsiendi ravikuulekust mõjutavatest teguritest tõid haiged välja oma teadmiste ebapiisavuse haigusest, ka takistas nende arvates ravi järgimist asjaolu, et haigus ei anna end kuidagi tunda ja ravi järgimisest saadav kasu ei ole tajutav.

KIRJANDUS

1. Eesti 2. tüüpi diabeedi ravijuhend 2008. Eesti Arst 2008;87(7-8) Lisa 1:573–85.
2. Holman RR, Saul SK, Bethel MA, et al. Long term follow up after tight control of blood pressure in type 2 diabetics. N Engl J Med 2008;359:1577–89.
3. Haller H, Viberti GC, Mimran A, et al. Preventing microalbuminuria in patients with diabetes: rational and design of the Randomised Olmesartan and Diabetes Microalbuminuria Prevention (ROADMAP) Study. J Hypertens 2006;24:403–8.
4. The ADVANCE Collaborative Group. Intensive blood glucose control and vascular outcomes in patients with type 2 diabetes. N Engl J Med 2008;358:2560–72.
5. Gade P, Lund-Anderson H, Parving HH, et al. Effect of multifactorial intervention on mortality in type 2 diabetes. N Engl J Med 2008;358:580–91.
6. Rätsep A, Kalda R, Oja I, et al. Family doctors knowledge and self-reported care of type 2 diabetes patients in comparison to the clinical practice guideline: cross-sectional study. BMC Fam Pract 2006;7:36.
7. Skyler JS, Bergenstal R, Bonow RD, et al. Intensive glycemic control and the prevention of cardiovascular events: implications of the ACCORD, ADVANCE and VA Diabetes Trials: a position statement of the American Diabetes Association College of Cardiology Foundation and the American Heart Association. J Am Coll Cardiol 2009;53:298–304.
8. Rosenberg M, Kalda R, Kasiulevicius V, Lember M; European Forum for Primary Care. Management of chronic kidney disease in primary health care: position paper of the European Forum for Primary Care. Qual Prim Care 2008;16(4):279–94.
9. Ravid M, Savin H, Jutrin I, et al. Long-term stabilizing effect of ACE inhibition on plasma creatinine and on proteinuria in normotensive type II diabetic patients. Ann Intern Med 1993;118:577–81

Koostöös Euroopa Komisjoniga koostab Health Consumer Powerhouse igal aastal Euroopa tervishoiuteenuste tarbijaindeksi. See hõlmab 31 riiki. Arvestatakse tervishoiusüsteemi vastavust patsiendi huvidele ja vajadustele kuues põhivaldkonnas: patsiendiõigused ja info, e-tervishoid, ooteajad, ravitulemused, süsteemi pakutavad võimalused, ravimid. Andmed saadakse riikliku statistika ja sõltumatute uuringute alusel.

Euroopa diabeediravi 2008. a tarbijaindeksi järgi on Eesti 22. kohal. Esikolmik on Taani, Ühendkuningriik ja Prantsusmaa. Leedu on 15. ja Läti 16. kohal. Indeksi koostajate hinnangul diagnoositakse Eestis diabeet suurel osal haigetest alles pärast raskete tüsistuste teket. Vajalik on suurendada diabeedi riskirühmade uurinuid ja parandada diabeedihaike riskitegurite jälgimist (vt www.healthpowerhouse.com).

KOKKUVÕTTEKS

- 2. tüüpi diabeedi haige käsitlemisel ei saa piirduda veresuhkru sisalduse reguleerimisega. Haiget tuleb uurida ja ravida, lähitudes üldisest kardiovaskulaarsest riskist.
- Diabeeditüsistuste diagnoosimisele ja ravi alustamisele peab järgnema haigete regulaarne jälgimine ning vajaduse korral ravi korrigeerimine.
- Diabeeditüsistuste varajaseks avastamiseks on vajalikud sõeltestimised.
- 2. tüüpi diabeediga haigete ravi edukuse võti on arsti ja patsiendi vastastikune mõistmine, patsiendi hea informeeritus ja ravisoostumus.