

Kroonilise neeruhaiguse ennetus ja käsitus

Eeva-Liisa Piibeman – Celsius Healthcare

Põhja-Eesti Regionaalhaigla nefroloog ja ravijuhendi „Kroonilise neeruhaiguse ennetus ja käsitus“ töörühma juhataja Merike Luman selgitas, miks oli juhendi väljatöötamine vajalik, ning tutvustas seda, tuues välja valiku olulisi soovitusi.

Miks võeti ette ravijuhendi väljatöötamine?

Kroonilise neeruhaiguse sagedasem esinemine rahvastiku hulgas on põhjustanud selle muutumise üleilmseks tervishoiuprobleemiks. Hiljuti eri riikides korraldatud rahvastikupõhiste uuringute tulemused näitasid, et kroonilise neeruhaiguse levimus on 8,5–15,6%.

Krooniline neeruhaigus on aeglaselt ja algstaadiumis oluliste kaebusteta kulgev haigus, mistõttu on see sageli aladiagnostitud ja alaravitud. Koos kroonilise neeruhaigusega arenevad südame- ja veresoontehaigused ning kroonilise neeruhaigusega patsientide kardiovaskulaarne suurem on üldrahvastikuga võrreldes suurem. Seetõttu on väga oluline parandada teadmisi kroonilise neeruhaiguse õigeaegse diagnoosimise ja adekvaatse ravi kohta, mille tagamiseks on vajalik erinevate erialade spetsialistide koostöö.

Neeruasendusravi tähendab ka tervishoiusüsteemile suurt rahalist koormust. Ainuüksi dialüüsravi moodustab umbes 3%



Merike Luman

Töörühma juhataja: Merike Luman.

Töörühma liikmed: Mai Rosenberg, Ruth Kalda, Madis Ilmoja, Ly Anton, Galina Zemtsovskaja, Mart Roosimaa, Varje Mantsik, Jaanika Alak, Kersti Ivanova, Triin Habicht (kuni veebruarini 2015), Kersti Esnar (alates märtsist 2015).

Sekretariaadi juhataja: Kadri Telling.

Sekretariaadi liikmed: Kadri Lilienthal, Annika Adoberg, Keili Kõlves, Liisi Leis, Tiina Mark, Jana Uhlinova.

Ravijuhendi valmimist toetas Eesti Haigekassa.

tervishoiukuludest ja seoses neeruhaigusi põdevate patsientide arvu suurenemisega kahekordistub see näitaja järgmise viie aasta jooksul.

Mis on juhendi eesmärk?

Ravijuhendiga soovime saavutada selle, et Eestis oleks tagatud õigeaegne kroonilise neeruhaiguse ennetus, diagnoosimine ning ühtne käsitlus. Eesmärk on kroonilise neeruhaiguse progresseerumise aeglustamine, neeruhaigete elukvaliteedi parandamine ja õigeaegne ettevalmistus neeruasendusraviks.

Ravijuhendi kasutamisega paraneb patsientide käsitlus nii esmatasandi arstiabis kui ka erialaspetsialistide juures. Tänu sellele on võimalik vähendada patsientide kardio-

vaskulaarset suremust, parandada nende elukvaliteeti ja vähendada tervishoiukulusid. Samuti tahame parandada haigete teadlikkust ja ravisoostumust, millele peaks kaasa aitama kroonilise neeruhaiguse patsiendijuhend.

Kellele on ravijuhend suunatud?

Ravijuhend on mõeldud kasutamiseks perearstidele ja teistele eriarstidele, samuti pereõdedele ja teistele õenduspersonali esindajatele, kes tegelevad kroonilise neeruhaiguse patsientidega.

Rakenduskava kohaselt jagatakse ravijuhendid perearstidele ja haiglatele, juhend on kättesaadav ka ravijuhend.ee lehelt. Patsiendijuhendid saadetakse perearstikeskustele. Samuti on kavas korraldada ravijuhendit tutvustavad koolitused arstidele üle Eesti.

Väljavõtteid kroonilise neeruhaiguse ravijuhendist

Oluline on rõhutada, milliseid patsiente peaks perearst jälgima või sõeluma kroonilise neeruhaiguse (KNH) riski tõttu.

- KNH suhtes tuleb sõeluda diabeedi, kõrgvererõhktõve ja teiste südame-veresoonkonnahaigustega (südame isheemiatõbi, krooniline südamepuudulikkus, perifeersete arterite ateroskleroos, ateroskleroosist tingitud ajuvereringehäired) ning potentsiaalselt neeru kahjustava süsteemse haigusega (nt süsteemne erütematoosluupus) patsiente üks kord aastas.
- KNH suhtes on soovitatav sõeluda järgmiste riskirühmade patsiente iga 2–5 aasta tagant:
 - metaboolne sündroom;
 - struktuursed urotraktihaigused, neerukivitõbi, eesnäärme hüpertrofia;
 - neeruhaiguste perekondlik anamnees (lõppstaadiumi neeruhaigus ning pärilikud neeruhaigused);
 - regulaarne nefrotoksiliste ravimite tarvitamine (sh mittesteroidsed põletikuvastased ained ehk MSPVAd).
- Samuti peaksid ägeda neerupuudulikkuse läbipõdenud patsiendid olema esialgu perearsti jälgimisel. Pärast ägeda neerukahjustuse episoodi jälgige

patsiente kroonilise neeruhaiguse tekke suhtes kahe-kolme aasta jooksul.

- Patsiendi sõelumine ja jälgimine ei ole kulukas ega keeruline. KNH suhtes sõelumiseks on soovitatav määrata patsientidele järgmised laboratoorsed uuringud: albuminuuria hindamiseks albumiini ja kreatiniini suhe uriinis, glomerulaarfilt-ratsiooni hindamiseks kreatiniin plasmas ja hinnanguline glomerulaarinfilt-ratsiooni kiirus (eGFR), mõnikord on vajalik ka ultraheliuuring.
- KNH progresseerumise pidurdamiseks on olulised kaks nurgakivi: hoida kontrolli all vererõhk ja veresuhkur.
 - KNHga patsientidel hoidke ravitulemuste parandamiseks vererõhk alla 140/90 mm Hg.
 - Albuminuuria, diabeedi ja/või südame- ja veresoonkonnahaiguste riskiteguri esinemisel on kroonilise neeruhaigusega patsientidel optimaalne hoida vererõhk alla 130/80 mm Hg.
 - Kroonilise neeruhaiguse progresseerumise pidurdamiseks tagage parim võimalik diabeedi kompensatsioon.
 - Diabeetilise nefropaatiaga patsientidel hoidke glükohemoglobiini (HbA1c) väärtus alla 53 mmol/mol ehk alla 7%.

- Oluline on tagada patsiendi ohutus – HbA1c väiksed väärtused (alla 48 mmol/mol ehk alla 6,5%) seostuvad suurema hüpoglükeemiariskiga.

Krooniline neeruhaigus ja ravimid

Mõned ravimid võivad pikaajalisel kasutamisel süvendada KNH progressiooni. MSPVAde laialdase kasutamise tõttu (sh kroonilise KNHga patsientidel) pidas tööühm vajalikuks sõnastada soovitusel MSPVAde kasutamise ning ravi jälgimise kohta KNHga patsientidel.

- Kontrollige pikka aega MSPVsid kasutaval kroonilise neeruhaigusega patsientidel neerufunktsiooni. Kontrollimise sagedus sõltub neeruhaiguse progresseerumise kiirusest.
- Vältige kroonilise neeruhaigusega patsientidel MSPVAde kasutamist, kui eGFR on alla 30 ml / min / 1,73 m² (G4–G5).

Paljude ravimite annustamisel on vaja silmas pidada neerufunktsiooni kas ravimite kuhjumise tõttu või kõrvaltoimete ja võimalike tüsistuste tekke riski suurenemise tõttu.

Metformiin on 2. tüüpi diabeedi ravis esmavaliku ravim, mis lisaks glükeemilisele kontrollile ja kolesteroolitaseme langetamisele vähendab diabeediga patsientidel südame-veresoonkonnahaiguste tekkimise riski ja üldist suremust, kuid diabeetilise nefropaatiaga patsientidel on metformiini kasutamine seotud suurema laktatsidoosi tekkeriskiga. Seetõttu soovitatakse neerufunktsiooni halvenemise korral metformiini annust vähendada või ravi lõpetada.

Kroonilise neeruhaigusega patsientidel arvestage metformiini kasutamisel ja annustamisel neerufunktsiooni:

- eGFR-i korral 30–45 ml / min / 1,73 m² (G3b) vähendage annust;
- eGFR-i korral alla 30 ml / min / 1,73 m² (G4–G5) lõpetage kasutamine.

Töörühma hinnangul on digoksiin Eestis laialdaselt kasutatav ravim, mistõttu vormistati ka soovitus digoksiini annustamise kohta.

- Kroonilise neeruhaigusega patsientidel arvestage digoksiini annustamisel neerufunktsiooni, suurt individuaalset varieeruvust seerumi terapeutilise kontsentratsiooni saavutamisel ja kõrvaltoimete tekkimisel. Ravimi manustamist alustage väiksemates annustes ja hoidke

terapeutiline kontsentratsioon seerumis pigem väiksem.

Aminoglükosiidide annustamisel tuleb arvestada, et tegemist on kitsa terapeutilise vahemiku ja kontsentratsioonist sõltuvate bakteritsiidsete antibiootikumidega, mille eliminatsioon toimub peaaegu täielikult neerude kaudu. Aminoglükosiidide farmakokineetiline varieeruvus on erinevatel inimestel suur ja ravimi annustamisel tuleks arvesse võtta patsiendi neerufunktsiooni ning ravi juhtida seerumi kontsentratsioonist lähtudes.

Kui ravimi kontsentratsiooni määramiseks puudub analüüsi tegemise võimalus, siis ei soovita ravijuhendi tööühm KNHga patsientidele aminoglükosiide manustada, sest aminoglükosiidid on üleannustamisel potentsiaalselt nefro- ja ototoksilised.

- Aminoglükosiidide kasutamisel kroonilise neeruhaigusega patsientidel annustage ravimit seerumi kontsentratsioonist lähtudes.

Radioloogilised uuringud kroonilise neeruhaigusega patsientidel

Kontrastaine (KA) kasutamisest põhjustatud äge neerukahjustus on üks juhtivatest haiglasises neerutalitlushäire tekkepõhjustest.

KA-nefropaatia tekke vältimiseks või vähendamiseks on vaja tuvastada suure riskiga patsiendid ja kaaluda alternatiivina KA-vaba uuringumeetodi kasutamist (ultraheliuuring, ilma kontrastaineta nn natiivkompuutertomograafia). Kui uuring on hädavajalik, siis on kõige olulisem tagada piisav vedeliku manustamine enne protseduuri, protseduuri ajal ja pärast protseduuri, manustades veenisisesi isotoonilist soolalahust või vesinikbikarbonaati ilma või koos N-atsetüültsüsteiiniga.

Uuringu tegemisel kasutada võimalikult väikest KA kogust ning uuringu järel on kindlasti oluline patsienti jälgida. Sageli tehakse uuring erakorralise meditsiini osakonnas ja patsient lubatakse hiljem koju, mistõttu on oluline patsiendile kindlasti öelda, et ta läheks paari päeva pärast perearsti juurde kontrolli.

- Enne intravaskulaarse KAg uuringu tegemist hinnake kõigil kroonilise neeruhaigusega patsientidel ägeda neerukahjustuse tekkimise riski.
- Kui kroonilise neeruhaigusega patsiendile, kelle eGFR on alla 60 ml / min / 1,73 m²