

Süvade kaela painutajalihaste treeningu mõju kroonilise kaelavalu korral

Kirkke Reisberg¹, Villem Nilbe¹

Eesti Arst 2021;
100(2):90–94

Saabunud toimetusse:
17.08.2020
Avaldamiseks vastu võetud:
03.11.2020
Avaldatud internetis:
26.02.2021

¹ Tartu Tervishoiu Kõrgkool

Kirjavahetajaautor:
Kirkke Reisberg
kirkkereisberg@nooruse.ee

Võtmesõnad:
krooniline kaelavalu, süvad
kaela painutajalihased,
kraniootservikaalne
fleksioon

Krooniline kaelavalu on levinud tervisehäire, mis nõuab multidistsiplinaarset käsitlemist. Selle üheks ravivõimaluseks on kehalised harjutused. Ülevaates on võrreldud avaldatud uurimuste andmete põhjal süvade kaela painutajalihaste treeningu mõju teiste kasutusel olevate kaelalihaste treeningu programmidega kroonilise kaelavalu korral.

Krooniliseks peetakse kaelavalu, mis on kestnud üle 12 nädala (1). Kaelavalu on üldiselt püsivama iseloomuga kui alaseljavalu ning sõltumata tekkepõhjusest allub kaelavalu halvemini ravile (2). Arvestades funktsioonipiirangutega elatud aastaid, on kaelavalu esinemine maailmas 291 haigusseisundist 4. kohal (3). Füsioloogiliste, psühholoogiliste ja sotsiaalsete tegurite vastastikuse koosmõjuna kujunevat kroonilist valu ning sellega seotud funktsioonipiiranguid kirjeldatakse biopsühhosotsiaalse mudeli kaudu. Tulenevalt kroonilise valu mitmemõõtmelisest tekkemehhanismist on tänapäevane valu ravi multidistsiplinaarne, sisaldades ka kehalisi harjutusi. Ülevaates on käsitletud kaelavalu vähendamiseks sobivaid kaelaharjutusi, rõhuasetus on seejuures kaela painutavate süvade lihaste tugevdamisel, kuna kroonilist kaelavalu seostatakse kõnealuste lihaste aktiivsuse vähenemisega (7, 8) ning pindmiste kaela painutavate lihaste aktiivsusega suurenemisega (9).

KAELALIHASTE AKTIIVSUS KAELAVALU KORRAL

Pea pikklihas ja kaela pikklihas on süvad kaela painutavad lihased (süvad kaela fleksorid) ja neile omistatakse ka kaela stabiliseerivat rolli (10). Nende aktiivsus on kroonilise kaelavaluga patsientidel vähenenud (7, 8) ning suurenenud on pindmiste kaela painutavate lihaste (pindmiste kaela fleksorite) – rinnaku-rangluu-nibujätke lihase ja eesmise astriklihase – aktiivsus (9). Selleks, et lihastasakaalu taastamise kaudu aktiveerida isoleeritult süvasid kaela painutajalihaseid, tagada pea-kaela korrektne asend ja vähendada kaelavalu, on hakatud rakendama kraniootservikaalse fleksiooni harjutust (KTFh) (11). Kui tservikaalse fleksiooni harjutuse (TFh) korral tekib liikumine kaela lülide vaheliigestes (11, 12), siis KTFh tegemisel paindub pea ja kaela vaheline segment, see tähendab, et tuleb sooritada kerge noogutusliigutus peaga, mille käigus kaelalordoos lameneb (vt joonis 1).



Joonis 1. Kraniootservikaalse fleksiooni harjutus. Vasakul algasend; paremal kraniootservikaalne fleksioon.

METOODIKA

Ülevaates on analüüsitud, kas spetsiifilisel süvasid kaela painutajalihaseid tugevdav treening annab kroonilise kaelavalu korral positiivseid tulemusi ning kas sel on eelis võrreldes teiste harjutusprogrammidega. Kirjanduse otsing tehti andmebaasidest PubMed ja Google Scholar, lähtudes allikate sisulisest sobivusest ja kättesaadavusest. Analüüsi ei kaasatud juhu-uuringuid.

Uuringute metodoloogilise kvaliteedi hindamisel tugineti *Physiotherapy Evidence Database*'i (PEDro) uuringute kvaliteedi hindamise skaalale, kus 10 on maksimaalne tulemus, sealjuures on andmebaasi lisatud ainult juhulikustatud uuringud. Kehalise aktiivsuse mõju käsitlevaid uuringuid skooriga 7–8 peetakse hea kvaliteediga uuringuteks (13) ning käesolevas ülevaates vaadeldi ainult hea kvaliteediga uuringuid, mille PEDro skoor oli ≥ 7 .

Uuringute metoodilise kvaliteedi analüüsimiseks ning järelduste tegemise võimaldamiseks kasutati parima tõenduse sünteesi, milles eristatakse kolme taset, võttes arvesse uuringute arvu, metoodilist kvaliteeti ja tulemuste järjepidevust:

- Tugev tõendus: kui on mitu (≥ 2) üldjoontes kooskõlas oleva tulemuse saanud hea kvaliteediga uuringut.
- Mõõdukas tõendus: kui on 1 hea kvaliteediga uuring ja 1 või enam vähekvalliteetset üldjoontes kooskõlas olevat uuringut või mitu vähese kvaliteediga üldjoontes kooskõlas olevat uuringut.
- Ebapiisav tõendus: kui on vaid 1 uuring või mitme (≥ 2) uuringu tulemused on vastuolulised (14, 15).

Lõplikku analüüsi kaasati 12 uuringut, neist 10 olid juhulikustatud (11, 16–24) ning 2 juhulikustamata (25, 26). Kõikides uuringutes võrreldi KTFh-d teistsuguse treeningu programmi (või programmidega) ning kahes uuringus oli ka kontrollrühm, kes ei saanud ravi (19) või sai terapeudi valikul tavaravi, näiteks venitusharjutusi ja ülajäseme jõuharjutusi, manuaalteraapiat või elekterravi (24).

KUIDAS SOORITADA KRANIOTSERVIKAALSET FLEKSIIONI?

Selleks, et KTFh-d sooritada korrektselt, tuleb järgida mõningaid metoodilisi aspekte. KTFh õppimist võiks alustada selili asendis, tehes aeglaselt ja rahulikult

noogutusliigutuse, nii et kaelalordoos lameneb (21). Liigutus peaks sarnanema pigem sagitaaltasapinnalise rotatsiooni kui kaela retraktsiooniga (23). Tuleb jälgida, et rinnaku-rangluu-nibujätke lihas ja eesmine astriklihas ei kontraheeruks. Fleksiooni asendit hoitakse 10 sekundit (16, 18, 20–23), osas uuringutes kuni 20 sekundit (25). Enamasti tehakse 10 kuni 15 kordust (11, 16, 18–22, 24, 25). Osa uurijad soovivad lühemat (u 3–5 sekundit) (22, 23), osa aga pisut pikemat (10 sekundit) (19, 20, 24) puhkepausi korduste vahel. Mõnes uuringus toodi välja, et kordusi tehti 3 seeriat (24, 25) ning paus seeriade vahel oli kas 30 sekundit (24) või 1 minut (25).

2/3 uuringutes tehti KTFh-d, kasutades rõhuseadmelt saadavat tagasisidet. Rõhuseade asetati suboktsipitaalsele ning patsient muutis etteantud kraniotservikaalse fleksiooni tugevust, jälgides manomeetri näitu. Tavaliselt alustati harjutust 20–22 mm Hg juures, jõudes harjutusprogrammi lõpuks 30–40 mm Hg-ni (11, 16, 19–25).

KTFh VÕRDlus ISOMEETRILISTE KAELAHARJUTUSTEGA

KTFh ja isomeetriliste kaelaharjutuste mõju kaelavalule (11, 17, 21, 23, 25), kaela funktsioonile (11, 17, 21, 23, 25), kaela painutajalihaste vastupidavusele (23), kaela liikuvusele (17, 23), kaela pikklihase ristlõikepindalale (25), pea ja õlgade asendile (11), patsiendi meeolule (17) on võrreldud viies uuringus. Tuginedes ühe hea (23) ja nelja kehvema (11, 17, 21, 25) kvaliteediga uuringu samasuunalistele tulemustele, võib väita, et on olemas mõõdukas tõendus, et eelistada kroonilise kaelavalu vähendamisel ja kaela funktsiooni parandamisel KTFh-d tavapärastele isomeetrilistele harjutustele, isegi kui viimastele on lisatud näiteks dünaamilised harjutused, kaela liikuvust suurendavad harjutused või venitused. Kaela seisundit parandavat lühiajalist efekti annavad nii üldine mitmekülgne harjutusprogramm kaelale kui ka süvadele kaela painutajalihastele keskenduvad harjutused, kuid süvade painutajalihaste treenimisel on püsivam ja pikaajalisem mõju.

KTFh VÕRDlus DÜNAAMILISI KAELA JÕUHARJUTUSI SISALDAVATE HARJUTUSPROGRAMMIDEGA

KTFh ja dünaamiliste kaela jõuharjutuste toimet kaelavalule (20, 24, 26), kaela

funktsioonile (20, 24), kraniotservikaalsele isomeetrilisele fleksioonijõule (16), vastupidavusele (16), kaela pikklihase ja rinnaku-rangluu-nibujätke lihase ristlõikepindalale (20), lihaste elektromüograafilisele aktiivsusele (19), kraniovertebraalse nurga suurusele (24), patsiendi meelolule, ärevusele (26) kroonilise kaelavaluga patsientidel on võrreldud viies uuringus (16, 19, 20, 24, 26). Neist kolmes toimus võrdlus dünaamilise kaelafleksiooni treeninguga (16, 20, 26), ühes dünaamilise kaelaekstensiooni treeninguga (24) ning ühes uuringus võrreldi KTFh-d dünaamilise pindmiste kaelalihaste fleksiooni ja ekstensiooni harjutusprogrammiga (19). Kokkuvõtteks leidsime, et praegu on rohkem infot, mis võimaldab võrrelda KTFh ja pindmiste kaela painutajalihaste treeningu efektiivsust, ning liiga vähe on uuringuid, et anda hinnang, kas efektiivsem on KTFh või kaela ekstensorite ehk sirutajalihaste tugevdamine.

Kõige suurema PEDro skooriga uuringus (16) selgus küll, et KTFh, mis oli mõeldud süvade kaela painutajalihaste treenimiseks, ja tavapärased dünaamilised kaela fleksiooni jõuharjutused pindmiste kaelalihaste tugevdamiseks olid samaväärselt tõhusad maksimaalse isomeetrilise tahtelise kraniotservikaalse fleksioonijõu ja vastupidavuse parandamisel kerge kaelavaluga patsientidel. Küll vajab edasist uurimist, kas see peab paika ka suurema valuga patsientidel.

Javanshiri ja kaasautorite uuring (20) tõi täiendavat selgust, näidates, et KTFh kutsus eelistatult esile kaela pikklihase hüpertroofia ja TFh pindmise kaela painutajalihase (rinnaku-rangluu-nibujätke lihas) ristlõikepindala suurenemise kaelavaluga patsientidel. See viitab harjutuste spetsiifilisele mõjule lihaste morfoloogilistele omadustele. Küll vähendasid mõlemad harjutusprogrammid samaväärselt valu ja parandasid kaela funktsiooni, samas kui Nazari ja kaasautorite uuringus (26) leiti, et valu vähendamisel ja kaela funktsiooni parandamisel oli KTFh tulemuslikum kui TFh ja lülisamba liikuvusharjutuste kombinatsioon. KTFh ning dünaamiliste kaela painutaja- ja sirutajalihaste tugevdavate harjutuste kombinatsioon oli omakorda kõige tõhusam kaela funktsiooni parandamisel, kuigi algtasemega võrreldes vähendasid valu ja lihasaktiivsust ning parandasid funktsiooni nii KTFh, dünaamilised kaela painutaja- ja sirutajalihaste harjutused

kui ka nende kahe kombinatsioon (19). KTFh ja kaela sirutajalihaste tugevdamise võrdlus tehti ühes uuringus, milles leiti eelis kontrollrühma ees, ent samaväärne toime treeningu rühmades, väljendudes kaelavalu ja kraniovertebraalse nurga vähenemises ja funktsiooni paranemises (24).

Niisiis on tõendus KTFh efektiivsuse kohta valu intensiivsuse vähendamisel ja funktsiooni parandamisel võrdluses TFh-ga ja kaela sirutajalihaste treeninguga ebapiisav. Sellealaste uuringute kvaliteet on keskpärane ning tulemused lahknevad: kaks uuringut kinnitas (11, 26) KTFh eelist TFh või kaela sirutajalihaste treeningu ees, ent kolm uuringut seda ei näidanud (19, 20, 24).

KTFh VÕRDlus PEA-KAELA PROPRIOTSEPTSIiooni TREENINGUGA

Kroonilise kaelavaluga patsientide propriotseptiooni testide tulemused jäävad alla asümptomaatiliste patsientide tulemustele ning süvade kaela painutajalihaste vastupidavuse testi tulemused võivad olla normipärased (27, 28). Ühes uuringus (22) on käsitletud KTFh ja pea-kaela propriotseptiooni treeningu mõju kaelavalu korral. Propriotseptiooni treening koosnes pea asendi korrigeerimisest pärast aktiivseid kaelaliigutusi, silmadega objektide jälgimisest ning silmade ja pea koordineerimise harjutustest. Uuringus ilmnis, et süvade kaela painutajalihaste aktiivsus paranes KTFh ja propriotseptiooni treeningu tulemusel samaväärselt. Samuti vähenes valu ja paranes funktsioon mõlemas rühmas, küll ei muutunud kaelalihaste survevalu lävi. Meie kokkuvõttev arvamus on, et propriotseptiooni treeningul võib olla samaväärne potentsiaal kaelavalu korral kui KTFh-l, kuid selle kinnitamiseks on vaja teha rohkem uuringuid.

KTFh VÕRDlus KAELAKOOLI JA LIIKUVUSHARJUTUSTEGA

Kaelakooli, rühi korrigeerimise ja kaela aktiivsete liikuvusharjutuste kombineerimine KTFh-ga on ühe uuringu andmeil 6 kuu möödudes oluliselt parandanud patsientide kaela funktsiooni (18). See, kas KTFh ja kaelakool ning kaela liikuvuse suurendamisele suunatud harjutused tõepoolest täiendavad teineteist, peaks leidma selguse järgnevates uuringutes.

TREENINGUPROGRAMMIDE OHUTUS

O'Leary ja kaasautorite kliiniline kogemus (16) näitab, et TFh sooritamisel, mil pea raskus tõstetakse vastu gravitatsiooni (avatud kineetiline ahel) ja seeläbi raken-
duvad suured jõud valutundlikele struk-
tuuridele, on valu ägenemine tõenäolisem kui KTFh korral. Kuna KTFh-d tehes jääb
pea tugipinnale (suletud kineetiline ahel), on
pinge valuga seotud struktuuridele ning oht
valu tekkeks väiksem. Mida tugevam on algne
valu, seda suurem on valu ägenemise risk
harjutuste järel. Siiski ei toodud üheski
uuringus välja, et harjutuste rakendamise-
ga kaasneuks soovimatuid kõrvaltoimeid,
näiteks valu ägenemist. Uuringust väljalangemist
valu ägenemise tõttu kirjeldati vaid ühes
uuringus (17). On võimalik, et harjutuste hulk
uuringutes oli optimaalne või et kõikidest
kõrvaltoimetest ei teatatud.

KOKKUVÕTE

Kraniotservikaalse fleksiooni treening on suunatud süvade kaela painutajalihaste aktiveerimisele, seeläbi kaela asendi korri-
geerimisele ning kroonilise kaelavalu vähen-
damisele. Võttes aluseks PEDro uuringute
metodoloogilise kvaliteedi hindamise skaala
ja kasutades parima tõenduse sünteesi,
uurisime, kas süvasid kaela painutajalihaste
tugevdav treening on kroonilise kaelavalu
korral tõhus ning kas seda saab eelistada
teistele harjutusprogrammidele. Leidsime,
et mõõdukas tõendus toetab kraniotservikaalse
fleksiooni treeningu kasutamist kroonilise
kaelavalu vähendamisel ja kaela funktsiooni
parandamisel võrdluses tava-
päraste isomeetriliste kaela harjutustega.
Tõendus, et kinnitada või ümber lükata
kraniotservikaalse fleksiooni treeningu
efektiivsust võrreldes tservikaalse fleksiooni
või kaela sirutavate lihaste treeninguga, on
uuringute kvaliteeti ja ebakõlalisi tulemusi
silmas pidades ebapiisav. Samuti on liiga
vähe uuringuid, et anda hinnangut teiste
treeninguvormide (kaelakool või pea-kaela
proprioitsepsiooni treening) ning kraniotservikaalse
fleksiooni efektiivsuse võrdluse kohta.

VÕIMALIKU HUVIKONFLIKTI DEKLARATSIOON

Autoritel puudub huvide konflikt seoses artiklis kajastatud teemaga.

SUMMARY

A review of the effects of deep cervical flexor training in chronic neck pain

Kirkke Reisberg¹, Villem Nilbe¹

Craniocervical flexion training is addressed to activate deep neck flexors, allowing correction of neck position and reduction in chronic neck pain. The PEDro scale as a measure of methodological quality of clinical trials and best-evidence synthesis was used to answer the question whether craniocervical flexion exercise is helpful in chronic neck pain and whether it is superior than other exercise types. Use of craniocervical flexion training in reducing chronic neck pain and improving neck function in comparison with conventional isometric neck exercises was supported by moderate evidence. There is insufficient evidence to confirm or refute the efficacy of craniocervical flexion training compared to cervical flexion or extension training, considering quality issues and inconsistencies in results. Considering the limited number of studies, it is not possible to draw conclusions about the effectiveness of craniocervical flexion over the rest of exercise types (neck school or head-neck proprioceptive training). Finally, relatively small sample sizes could have caused underestimation of the efficacy of interventions.

KIRJANDUS / REFERENCES

- Hogg-Johnson S, van der Velde G, Carroll LJ, et al. The burden and determinants of neck pain in the general population: results of the bone and joint decade 2000–2010 task force on neck pain and its associated disorders. *Eur Spine J* 2008;17(Suppl 1):39–51.
- Heintz MM, Hegedus EJ. Multimodal management of mechanical neck pain using a treatment based classification system. *J Man Manip Ther* 2008;16:217–24.
- Hoy D, March L, Woolf A, et al. The global burden of neck pain: estimates from the global burden of disease 2010 study. *Ann Rheum Dis* 2014;73:1309–15.
- Gatchel RJ, McGeary DD, McGeary CA, Lippe B. Interdisciplinary chronic pain management: past, present, and future. *Am Psychol* 2014;69:119–30.
- Jensen MP, Turk DC. Contributions of psychology to the understanding and treatment of people with chronic pain: why it matters to ALL psychologists. *Am Psychol* 2014;69:105–18.
- Meints SM, Edwards RR. Evaluating psychosocial contributions to chronic pain outcomes. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2018;87(Pt B):168–82.
- Falla D, O'Leary S, Farina D, Jull G. Association between intensity of pain and impairment in onset and activation of the deep cervical flexors in patients with persistent neck pain. *Clin J Pain* 2011;27:309–14.
- Falla D, O'Leary S, Farina D, Jull G. The change in deep cervical flexor activity after training is associated with the degree of pain reduction in patients with chronic neck pain. *Clin J Pain* 2012;28:628–34.

¹ Tartu Health Care College, Tartu, Estonia

Correspondence to: Kirkke Reisberg
kirkkereisberg@nooruse.ee

Keywords: chronic neck pain, deep cervical flexors, craniocervical flexion, exercises

9. Jull G, Falla D. Does increased superficial neck flexor activity in the craniocervical flexion test reflect reduced deep flexor activity in people with neck pain? *Man Ther* 2016;25:43–7.
10. Falla D. Unravelling the complexity of muscle impairment in chronic neck pain. *Man Ther* 2004;9:125–33.
11. Kim JY, Kwag KI. Clinical effects of deep cervical flexor muscle activation in patients with chronic neck pain. *J Phys Ther Sci* 2016;28:269–73.
12. Cagnie B, Dickx N, Peeters I, et al. The use of functional MRI to evaluate cervical flexor activity during different cervical flexion exercises. *J Appl Physiol* 2007;104:230–5.
13. Bø K, Berghmans B, Mørkved S, van Kampen M. Evidence-based physical therapy for the pelvic floor: bridging science and clinical practice. 2nd ed. Elsevier: Churchill Livingstone; 2015.
14. Slavin RE. Best evidence synthesis: an intelligent alternative to meta-analysis. *J Clin Epidemiol* 1995;48:9–18.
15. Singh A, Uijtendewilligen L, Twisk JWR, van Mechelen, W, Chinapaw MJM. Physical activity and performance at school: a systematic review of the literature including a methodological quality assessment. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2012;166:49–55.
16. O'Leary S, Jull G, Kim M, Vicenzino B. Specificity in retraining craniocervical flexor muscle performance. *J Orthop Sports Phys Ther* 2007;37:3–9.
17. Dusunceli Y, Ozturk C, Atamaz F, Hepgulcer S, Durmaz B. Efficacy of neck stabilization exercises for neck pain: a randomized controlled study. *J Rehabil Med* 2009;41:626–31.
18. Griffiths C, Dziedzic K, Waterfield J, Sim J. Effectiveness of specific neck stabilization exercises or a general neck exercise program for chronic neck disorders: a randomized controlled trial. *J Rheumatol* 2009;36:390–7.
19. Borisut S, Vongsirinavarat M, Vachalathiti R, Sakulsripraset P. Effects of strength and endurance training of superficial and deep neck muscles on muscle activities and pain levels of females with chronic neck pain. *J Phys Ther Sci* 2013;25:1157–62.
20. Javanshir K, Amiri M, Mosheni-Bandpei AM, Fernández-de-Las-Peñas C, Rezasoltani A. The effect of different exercise programs on cervical flexor muscles dimensions in patients with chronic neck pain. *J Back Musculoskelet Rehabil* 2015;28:833–40.
21. Abdel-Aziem AA, Draz AH. Efficacy of deep neck flexor exercise for neck pain: a randomized controlled study. *Turk J Phys Med Rehab* 2016;62:107–15.
22. Izquierdo TG, Martin DP, Girbés EL, et al. Comparison of craniocervical flexion training versus cervical proprioception training in patients with chronic neck pain: a randomized controlled clinical trial. *J Rehabil Med* 2016;48:48–55.
23. Chung S, Jeong Y-G. Effects of the craniocervical flexion and isometric neck exercise compared in patients with chronic neck pain: a randomized controlled trial. *Physiother Theory Pract* 2018;34:1–10.
24. Suvarnnato T, Puntumetakul R, Uthakhip S, Boucaut R. Effect of specific deep cervical muscle exercises on functional disability, pain intensity, craniocervical angle, and neck-muscle strength in chronic mechanical neck pain: a randomized controlled trial. *J Pain Res* 2019;12:915–25.
25. Chung S, Her JG, Ko T, You YY, Lee JS. Effects of exercise on deep cervical flexors in patients with chronic neck pain. *J Phys Ther Sci* 2012;24:629–32.
26. Nazari G, Bobos P, Billis E, MacDemid JC. Cervical flexor muscle training reduces pain, anxiety, and depression levels in patients with chronic neck pain by clinically important amount: a prospective cohort study. *Physiother Res Int* 2018;23:e1712.
27. Stanton TR, Leake HB, Chalmers KJ, Moseley GL. Evidence of impaired proprioception in chronic, idiopathic neck pain: systematic review and meta-analysis. *Phys Ther* 2016;96:876–87.
28. Ghamkhar L, Kahlaee AH, Nourbakhsh MR, Ahmadi A, Arab AM. Relationship between proprioception and endurance functionality of the cervical flexor muscles in chronic neck pain and asymptomatic participants. *J Manipulative Physiol Ther* 2018;41:129–36.

Biooogilised põletikuravimid on tõhusad kriitilises seisundis COVID-19-patsientide ravis

COVID-19 raskete vormide korral vallandub organismis hüperinflamatoorne reaktsioon (tsütokiinide torm), mis süvendab elundikahjustusi ja viib sageli letaalse lõppeni. Raskes seisundis COVID-19-patsientide ravis rakendatakse kortikosteroide, kuid ravitulemused on üldiselt mõõdukad.

Euroopa Liidu, Austraalia ja Uus-Meremaa ning Kanada teadlaste ühisprojekti REMAP-CAP käigus uuritakse interleukiin-6 retseptori antagonistide toimet kriitilises seisundis COVID-19-patsientide haiguse kulule. Teadaolevalt vabaneb põletiku korral interleukiin-6 (IL-6), mis stimuleerib organismis põletikureaktsiooni,

ning IL-6 retseptorite blokeerimine võiks organismi ülemäärast põletikulist vastust pidurdada ja ravitulemused võiksid paraneda.

Uuriti reumatoidartriidi raviks kasutatavate biooogiliste ravimite, monokloonsete antikehade totsilizumabi (annuses 8 mg/kg) ja sarilumabi (400 mg) toimet kriitilises seisundis hospitaliseeritud COVID-19-patsientidele 21 päeva jooksul. Uuringu esialgsed tulemused avaldati 2021. aasta jaanuari algul.

Totsilisumaabiga ravitute rühma kuulus 353 patsienti, sarilumaabirühma 48 patsienti. Kontrollrühma moodustasid 402 patsienti, kellele ordneeriti kortikosteroide. Ravitulemustena hinnati 21 ravipäeva vältel päevade arvu, mil patsiendid ei vajanud elundeid toetavat ravi, ning haiguse lõpet.

Ilmnes, et biooogilised põletikuravimid leevendasid oluliselt COVID-19 kulgu ja vähendasid letaalsust. Patsientide kontrollrühmas vajasid kõik patsiendid elundeid toetavat ravi, totsilisumaabipatsientidel oli keskmiselt 10 ja sarilumaabipatsientidel keskmiselt 11 päeva, mil polnud vaja lisaks rakendada elundeid toetavat ravi. Kontrollrühmas oli letaalsust 38,5%, totsilisumaabirühmas 28% ja sarilumaabirühmas 22,2%.

Esialgsed tulemused kinnitavad, et IL-6 retseptori antagonistide rühma kuuluvatel ravimitel on COVID-19 kulgu leevendav toime.

REFEREERITUD

The REMAP-CAP investigators. Interleukin-6 receptor antagonists in critically ill patients with Covid-19 – preliminary report. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.01.07.21249390v1>

LÜHIDALT