

Eesti ravijuhend „Aktiivsus- ja tähelepanuhäire diagnoosimise ning ravi põhimõtted“

Lille Uibo¹, Kadi Kallavus²

Aktiivsus- ja tähelepanuhäire (ATH) on psüühikahäire, mille puhul inimesel on raskusi tähelepanu hoidmisel, suunamisel ja/või emotsioonide, käitumise juhtimisel ning millest tulenevad toimetulekuraskused. Eristatakse kolme vormi: tähelepanematususe vorm, hüperaktiivsuse ja/või impulsiivsusega vorm ning segavorm, kui esinevad nii tähelepanematus kui ka hüperaktiivsus ja impulsiivsus.

Lapse- ja noorukieas on ATH üks sagedasemaid psüühikahäireid. Häire algab tavaliselt varases lapseas ja püsib enamasti kogu kooliea vältel, 30–50%-l juhtudest esineb ATH ka täiskasvanueas (1). Eestis ei ole ATH epidemioloogilisi uuringuid tehtud, kuid Maailma Terviseorganisatsiooni andmetel esineb ATH umbes 8%-l alla 18aastasest lastest, poistel sagedamini kui tüdrukutel (2). Kuni 75%-l ATHga lastest võib esineda ka teisi psüühikahäireid, näiteks depressiooni, ärevus-, käitumis- ja autismispektri häiret ning õpivilumuste spetsiifilist häiret. ATH ravimata jätmisega kaasneb suur risk järjepidevaks akadeemiliseks alasoorituseks, haridustee katkemiseks, tööelu, pere- ja sõprussuhete ebaõnnestumiseks ning psühhoaktiivsete ainete kuritarvitamiseks.

Täiskasvanute seas arvatakse ATH levimuseks olevat kuni 7% (3). Lapseas diagnoositud ATHga täiskasvanutest teadvustab vaid 15% häire püsimist ka täiskasvanueas. ATHga isikutel esineb võrreldes üldrahvastikuga elu jooksul enam

probleeme: madalam haridustase on neist 30%-l (vs. 10%-l üldrahvastikust), düssotsiaalne isiksushäire 18%-l (vs. 2%-l), depressioon 33–39%-l (vs. 12%-l), sõltuvusaineid kuritarvitab 50–55% (vs. 27%) (4–6). Kuni 30%-l depressiooni, ärevushäirete või sõltuvusprobleemidega patsientidest on ATH sümptomid (7, 8).

Eestis pole ATH tõenduspõhiseid ravijuhendeid seni avaldatud. Eestis on senini puudunud ühtlustatud käsitlus ATH esmakordseks diagnoosimiseks täiskasvanueas, mistõttu on diagnoos ja vajalik ravi sageli hilinevad. Ravijuhendi koostamise eesmärk on koondada tõenduspõhine teave ATH diagnoosimise ja ravi parandamiseks nii lapse-, nooruki- kui ka täiskasvanueas, medikamentoosse jätkuravi võimekuse loomiseks esmatasandil ja ravivalikute suurendamiseks. Juhend on mõeldud kasutamiseks psühhiaatritele, perearstidele, õdedele, psühholoogidele ning üld- ja muudele eriarstidele. Juhend käsitleb ATH esmast hindamist, ATH diagnoosimist, medikamentooset ravi ja mittemedikamentooset sekkumist (9).

ATH ESMANE HINDAMINE ESMATASANDIL

Kõikidel inimestel võib ette tulla olukordi ja somaatilisi seisundeid, kus tähelepanuvõime on vähenenud või käitutakse mõtlematult, kuid see ei pruugi tähendada ATH olemasolu. Patsiendil, kel kahtlustatakse ATHd, on soovitatav pöörduda esmalt perearstikeskusesse, kus kogutakse vajalik info, et otsustada, kas ta tuleb suunata ATH lisahindamiseks psühhiaatri vastuvõtule. Nii täiskasvanutel kui ka lastel ja nooru-

kitel on oluline hinnata esmasel pöördumisel psühhosotsiaalsed keskkonda, eluviisi (päevarütm, uni, söömine, liikumine, ekraaniaeg, kahjulikud harjumused, sh alkoholi ja uimastite tarvitamine) ja somaatilist seisundit, sh välis- ja nägemislangus, aneemia, kilpnäärmehaigus, B₁₂- ja D-vitamiini vaegus. Kui pöördujal esinevad kardiaalsed kaebused või sümptomid või kardiovaskulaarne haigus või lähisugulasel on esinenud äkksurm enne 40. eluaastat, tuleb teha elektrokardiograafiline uuring võimaliku südamehaiguse välistamiseks (vt joonis 1 ja 2).

ATH esinemise kahtluse korral, kui hinnatavad tegurid on normi- ja eakohased või korrigeeritud, tuleb kasutada sõelküsimumstikke, mille abil saab välja selgitada, kes vajavad täiendavaid uuringuid ja/või psühhiaatri vastuvõtule suunamist ATH olemasolu hindamiseks ja diagnoosimiseks. ATH-kahtluse püsimisel võiks vanematel kui 6aastastel lastel kasutada lapsevanemale ja õpetajale mõeldud küsimustikku SNAP-IV* (*Swanson, Nolan, and Pelham Rating Scale*) ning täiskasvanutel enesekohast küsimustikku ASRS-5* (*Adult ADHD Self-Report Scale*), mis aitavad ära tunda ATH sümptomeid.

KUIDAS EDASI?

Kui tähelepanu- ja/või käitumisprobleemidega alla 6aastasel lapsel ilmnevad ATH tunnused, siis tuleks suunata laps õppenõustamiskeskusesse. Õppenõustamise käigus selgitakse välja lapse õppimise või käitumisega seotud probleemid ning nõustatakse teda ümbritsevaid täiskasvanuid selle suhtes, kuidas toetada lapse arengut ja toime-

¹ E.G.U. Erapraksis,

² Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituudi ravijuhendite püsisekretariaat

tulekut, korraldada tema õpet ja kasvatust ning milliseid tugiteenuseid ta püsivalt vajab. Kui ATH sümptomid ja toimetulekuraskused püsivad, siis suunake ta edasi psühhiaatrilise abi süsteemi (soovitavalt e-konsultatsiooni vahendusel).

Kui tähelepanu- ja/või käitumisprobleemidega üle 6aastasel lapsel või noorukil püsib esmase hindamise järel ATH-kahtlus, on soovitatav suunata ta edasi psühhiaatrilist abi saama (soovitavalt e-konsultatsiooni vahendusel).

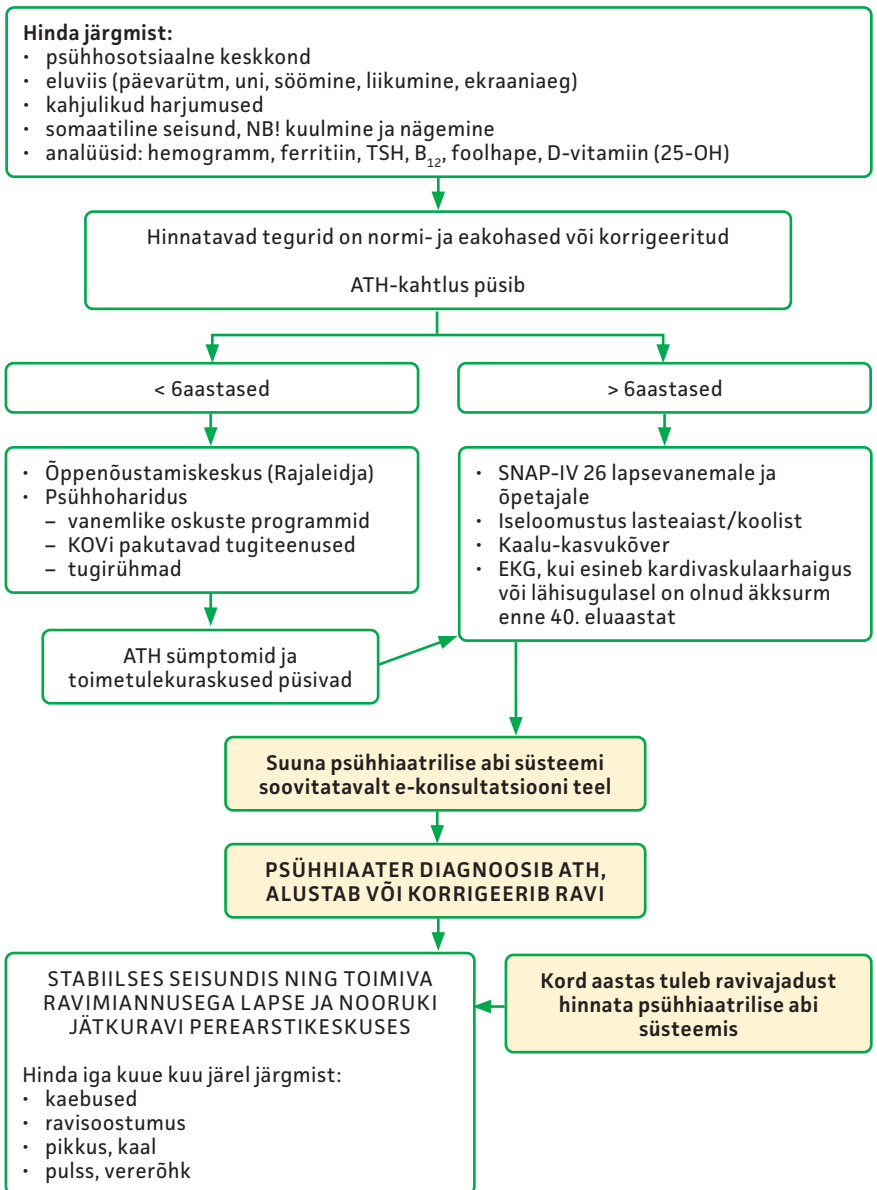
Kui tähelepanu- ja/või käitumisprobleemidega varasema diagnoosita täiskasvanul püsib esmase hindamise järel ATH-kahtlus, on soovitatav suunata ta edasi psühhiaatrilisele konsultatsioonile (soovitavalt e-konsultatsiooni vahendusel).

ATH HINDAMINE, DIAGNOOSI PÜSTITAMINE JA RAVIPLAANI KOOSTAMINE (LASTE)PSÜHHIAATRILISES MEESKONNAS

ATH esinemise võimalusega tuleb arvestada igas vanuserühmas ja pöörata tähelepanu asjaolule, et ATH sümptomitest tingitud käitumise eripärad avalduvad eri vanuses erinevalt. Diagnoosimisel tuleb arvestada inimese vajaduste, kaasuvate seisundite, sotsiaalse, perekondliku ja õppe- või töölase olukorra ning kehalise tervisega (10).

ATH HINDAMINE JA DIAGNOOSIMINE LASTEL JA NOORUKITEL

ATHd diagnoosib psühhiaater, laste ja noorukite puhul üldjuhul vastava kõrvaleriala omandanud psühhiaater. Diagnoos põhineb kliinilisel intervjuul lapse või nooruki ja tema hooldajaga, vajaduse korral ka lisahindamisvahenditega kogutud infol (9). Tõendus põhise kognitiivse funktsiooni uuring võib anda täiendavat diferentsiaaldiagnostiliselt olulist infot, kuid ei ole ATH diagnoosi kinnitamise eelduseks. ATH olemasolu edasiseks täpsustamiseks võib väljaõppe läbinud spetsialist enne kliinilist intervjuud teha lapse



ATH – aktiivsus- ja tähelepanuhäire; KOV – kohalik omavalitsus; SNAP- IV 26 – Swanson, Nolan, and Pelham Rating Scale; EKG – elektrokardiograafia; TSH – kilpnääret stimuleeriv hormoon

Joonis 1. Aktiivsus- ja tähelepanuhäirega lapse ja nooruki käsitluse algoritm perearstikeskuses.

ja pere lühikese telefoniintervjuu BCFPI* (*Brief Child and Family Phone Interview*).

ATH HINDAMINE JA DIAGNOOSIMINE TÄISKASVANUTEL

Täiskasvanute puhul põhineb diagnoosimine kliinilisel intervjuul, mille käigus täpsustatakse nii lapse kui ka täiskasvanueas esinenud ATH sümptomid, ning vajaduse korral

lisahindamisvahenditega kogutud teabel. Lapseeas esinenud ATH-le iseloomulike sümptomite ja toimetulekuraskuste meenutamine võib olla täiskasvanule endale keeruline ning seepärast võib info täpsustamiseks kaasata diagnoosimisprotsessi tema lähedasi (lapsevanem, sugulane, elukaaslane, sõber). Väljaõppe läbinud spetsialist võib kasutada lisaks kliinilisele intervjuule sümptomite hindamiseks täiskasvanute

RAVIJUHEND

ATH diagnostilist intervjuud DIVA 2.0* (*Diagnostic Interview for ADHD in Adults, 2.0 version*). Tõendus põhise kognitiivse funktsiooni uuring võib anda täiendavat diferentsiaal-diagnostiliselt olulist infot, kuid ei ole ATH diagnoosi kinnitamise eelduseks.

Töörühm pidas praktilise soovitusena vajalikuks välja tuua, et nii 6–17aastasel ATH-kahtlusega lapsel ja noorukil kui ka täiskasvanul pigem mitte kasutada ATH diagnoosimise vahendina sõeltestina QbTesti. Töörühm võttis soovitusel koostamisel arvesse, et QbTesti tundlikkus ja spetsiifilisus ei ole diagnostilise hindamisvahendina kasutamiseks piisavad (11–13). Kui seda testi teevad kliinilise pädevuseta isikud või ei anta patsiendile tulemuste kohta piisavat tagasisidet, võib see põhjustada patsiendile asjatut vaeva. Samuti ei ole QbTesti hinna tõttu kõigile keskustele ühtviisi kättesaadav, mispärast võib selle kasutamise soovitus põhjustada ka patsientide ebavõrdset kohtlemist.

RAVIPLAANI KOOSTAMINE

Raviplaani koostab ATH diagnoosi kinnitanud psühhiaater või psühhiaatriline meeskond. Alustada tuleb patsiendi ja tema lähedaste ATH-alasest psühhohariduslikust nõustamisest, mis võimaldab nii patsiendil kui ka tema lähedasel edasiste raviotsuste tegemisel teadlikumalt kaasa rääkida ning tagab parema ravisoostumuse. Samuti on soovitatav koos lapse või nooruki ja tema hooldajaga täpsustada, keda tuleks ATH diagnoosist teavitada, et tagada tema toimetulekuks vajalik tugi.

ATH MEDIKAMENTOOSSE RAVI ÜLDPÕHIMÕTTED

Medikamentoosne ravi on 6aastaste ja vanemate laste ning täiskasvanute puhul tavaliselt esimene valik. Alla 6aastaste laste puhul on eelistatud mittemedikamentoosne ravi: eeskätt vanematele antud soovitusel lapse käitumise muutmiseks. Kui need annavad hea tulemuse,

Hinda järgmist:

- psühhosotsiaalne keskkond
- eluviis (päevarütm, uni, söömine, liikumine, ekraaniaeg)
- kahjulikud harjumused
- somaatiline seisund
- analüüsid: hemogramm, ferritiin, TSH, B₁₂, foolhape, D-vitamiin (25-OH)
- EKG, kui esineb kardiovaskulaarhaigus või lähisugulasel on olnud äkksurm enne 40. eluaastat

Hinnatavad tegurid on normi- ja eakohased või korrigeeritud

ATH-kahtlus püsib

ASRS-5

Suuna psühhiaatrilise abi süsteemi soovitatavalt e-konsultatsiooni teel

PSÜHHIAATER DIAGNOOSIB ATH, ALUSTAB VÕI KORRIGEERIB RAVI

STABIILSES SEISUNDIS NING TOIMIVA RAVIMIANNUSEGA LAPSE JA NOORUKI JÄTKURAVI PEREARSTIKESKUSES

Hinda iga kuue kuu järel järgmist:

- kaebused
- kaal
- pulss, vererõhk

Kord aastas tuleb ravivajadust hinnata psühhiaatrilise abi süsteemis

ATH – aktiivsus- ja tähelepanuhäire; EKG – elektrokardiograafia; TSH – kilpnääret stimuleeriv hormoon; ASRS-5 – *Adult ADHD Self-Report Scale*

Joonis 2. Aktiivsus- ja tähelepanuhäirega täiskasvanu käsitluse algoritm perearstikeskuses.

otsustatakse lisaravi vajaduse üle selle põhjal, kas sümptomid või toimetulekuraskused püsivad. Kui mittemedikamentoosne ravi aga ei toimi, võib alla 6aastaste laste puhul proovida ka medikamentoosset ravi, kuigi ametlik näidustus selleks on alates 6. eluaastast (9, 14).

ATH-ravimitena on Eestis kasutusel nii psühhostimulandid (metüülfenidaat, lisdeksamfetamiindimesülaat) kui ka mittestimulandid (atomoksetiin, guanfatsiin, klonidiin). ATH-ravimid on üldjuhul hästi talutavad, kõrvaltoimed on tavaliselt kerged ja lühiajalised, esinedes enamasti ravi alustamisel ja ravimiannuse suurendamisel. Psühhostimulantide kasutamisel on sagedamad kõrvaltoimed söögiisu vähenemine, uinumiskeskkused, südame löögisageduse ja vererõhu

tõus, peavalu, kõhuvalu, ärrituvus, meeleolumuutused ja uimasus. Psühhostimulantide määramisel tuleb hinnata ka ravimi väärkasutamise riski. Atomoksetiini sagedamad kõrvaltoimed on unisus, söögiisu vähenemine, iiveldus ja oksendamine. Lisaks on atomoksetiini ajal tähelestatud maksaensüümide väärtuste suurenemist ja suitsiidimõtete esinemist. Alfa-2-agonistide – guanfatsiini ja klonidiini – sagedamad kõrvaltoimed on unisus, uimasus, väsimus, peavalu, südame löögisageduse ja vererõhu langus.

Ravimi tiitrimise faasis peab ATH sümptomite ning kõrvaltoimete esinemist hindama enne ja pärast iga doosimuutust. Ravimiannust tiitritakse lubatud maksimaalse annuse piires, kuni saavutatakse optimaalne

ravitulemus: sümptomid on leevenenud, toimetulek paranenud ja kõrvaltoimed vastuvõetavad.

Ravimiannuse tiitrimist jälgib psühhiaater või psühhiaatrilises meeskonnas töötav õde, kellel on vajaduse korral võimalus konsulteerida ravi määranud psühhiaatriga. Kui ravimi tiitrimise faasis toimuvad visiitid kaugvastuvõtuna, siis jälgib patsiendi kehakaalu, pulssi ja vererõhku sel ajal perearstikeskuses õde. Visiitidel on vaja dokumenteerida raviefekti ja kõrvaltoimete esinemine, kehakaal ning pulsi ja vererõhu väärtused.

Ravipaus

ATH diagnoosiga lapsel ja noorukil on eelistatud pidev ravi. Medikamentoosse ravi eesmärk on sageli tagada parem akadeemiline/töölane toimetulek. Lapsed-noorukid ja nende hooldajad soovivad teha ravimi võtmises pause nädalavahetustel ning koolivaheaegadel, täiskasvanud patsiendid nädalavahetustel ja puhkuste ajal. Ravipauside tegemist tuleb kaaluda, kui see on lapse või nooruki ja tema hooldaja või täiskasvanud patsiendi eelistus, mis parandab ravisoostumust või on vajalik ravimist saadava kasu kahju tasakaalu mõttes. Uuringud näitavad, et pidev ravi on tõhusam ATH sümptomite leevendamisel ning üldise toimimise ja elukvaliteedi parandamisel (15).

Jätkuravi perearstikeskuses

Medikamentooset ravi saava lapse ja nooruki seisundit peab pärast sobiva ravimiannuse leidmist hindama perearstikeskuses regulaarselt vähemalt iga kuue kuu tagant, et dokumenteerida kasvukõveral pikkus ja kaal ning registreerida pulss ja vererõhk. Hinnata tuleb kasutatava ravimi ja selle annuse tõhusust sümptomite kontrollimise ning toimetuleku paranemise seisukohast (võimaluse korral paluda tagasisidet lasteasutusest); teiste psühhikahäirete teket ravi käigus; une- ja söömisprobleemide olemasolu; rakendatava

psühhosotsiaalse ravi tõhusust koos medikamentoosse raviga.

Medikamentooset ravi saava täiskasvanu seisundit peab pärast optimaalse ravimiannuse saavutamist hindama vähemalt kord aastas, et dokumenteerida kaal, pulss ja vererõhk. Lisaks tuleb hinnata kasutatava ravimi ja selle annuse tõhusust sümptomite kontrollimise ja toimetuleku paranemise seisukohast; teiste psühhikahäirete teket ravi käigus; une- ja söömisprobleemide olemasolu; seda, kas lisaks medikamentoosle ravile oleks vajalik ka psühhosotsiaalne ravi.

Ravi jätkamise vajadust peab vähemalt kord aastas hindama psühhiaater või vaimse tervise õde. Lapse/nooruki hindamise eesmärk on selgitada välja, kas ravimi kasutamise vajadus püsib või on lapse/nooruki eakohane toimetulek kodus, koolis, suhetes täiskasvanute ja eakaaslastega ning huvi- ja vabaajategevuses tagatud ka ilma medikamentoosse ravita. Täiskasvanu hindamise eesmärk on selgitada välja, kas ravimi kasutamise vajadus püsib ja kas ravimi kasu-kahju tasakaalu arvestades on ravipausi tegemine põhjendatud.

Nii lapse, nooruki kui ka täiskasvanu hindamisel tuleks täpsustada, kas senise ravi jooksul on vähenenud planeeritud annuseid või tehtud ravipause ning milline on olnud nende mõju ATH sümptomite avaldumisele ja toimetulekule.

Ravi jätkamise või lõpetamise otsuse põhjendused tuleb dokumenteerida.

MITTEMEDIKAMENTOOSSE RAVI ÜLDPÕHIMÕTTED

ATH diagnoosiga lapsel, noorukil ja täiskasvanul võib kasutada medikamentooset ravi koos tõendus põhise mittemedikamentoosse raviga, et saavutada parem ravitulemus. Medikamentoosel ravil on tähtis osa ATH sümptomite leevendamises, kuid sellele vaatamata võivad jääda püsima tõhususe vähenemine akadeemilises edukuses või karjääris, raskused sotsiaalses

suhtluses ja peresuhtes ning eneseregulatsiooni häire. Seetõttu on oluline vajaduspõhiselt ka mittemedikamentoosne ravi.

Tegemist on kroonilise häirega ja seepärast vajab ATHga isik individuaalset lähenemist ja multimodaalset käsitlust. Multimodaalne raviplaan peab hõlmama ATH-teemalist ja psühholoogilist nõustamist, käitumuslikku ravi, oskuste õpet, töö- ning haridusalaseid kohandusi ja tugimeetmeid. Seejuures tuleb arvestada sümptomite raskusastet, toimetulekuraskusi, kaasnevate psühhika- või neuroarenguliste häirete mõju, patsientide isiklike eesmärgi ja tugevusi või kaitsvaid tegureid (10).

Näited tõendus põhjustest mittemedikamentoosetest ravimeetoditest on kognitiivne käitumisteraapia, teadvelolekupõhised sekkumised ja dialektiline käitumisteraapia (16). Teised teraapiad ja sekkumised, mis ei vähenda põhisümptomeid, võivad siiski olla kasulikud toimetuleku parandamiseks ning vajalikud tugi- võrgustiku harimiseks ja selle liikmete raviprotsessi kaasamiseks (17). Ravimata ATH toob kaasa palju negatiivseid tagajärgi nii inimesele endale, tema lähedastele kui ka ühiskonnale.

ATH ravijuhendi materjalid on leitavad Eesti ravijuhendite veebikeskkonnast www.ravijuhend.ee. Lisaks ATH esmase hindamise, diagnoosimise, medikamentoosse ja mittemedikamentoosse ravi soovitudele on juhendile lisatud ATHga lapse ja nooruki ning täiskasvanu käsitluse algoritmid (vt jooniseid 1 ja 2). Ravijuhendi lisat leiab ka tabelid ATH-ravimite ja nende annustamise kohta. Ravijuhendite veebilehel on kättesaadav ka patsientidele mõeldud infovoldik „Aktiivsus- ja tähelepanuhäire (ATH)”. Tasuta trükiseid saab tellida, kirjutades aadressile trykised@tervisekassa.ee.

* Kõikumustik ei ole eesti keeles valideeritud, mistõttu on soovitus rakenduspiiranguga.

KIRJANDUS

1. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, et al. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psych* 2007;164:942–8.
2. Fayyad J, Sampson NA, Hwang I, et al. The descriptive epidemiology of DSM-IV Adult ADHD in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Atten Defic Hyperact Disord* 2017;9:47–65.
3. Kessler RC. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psych* 2006;163:716–23.
4. WebMD Editorial Contributors. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). (www.webmd.com/add-adhd/attention-deficit-hyperactivity-disorder-adhd).

- Moyer P. Women with ADHD less likely to be diagnosed and more symptomatic than men. American Psychiatric Association 2005 Annual Meeting May 21–26, 2005, Atlanta, Georgia.
- Greenhill L, Benton T, Tirmizi S. Attention deficit/hyperactivity disorder: a common diagnosis? Medscape Psychiatry and Mental Health; 2003.
- Kessler RC, Adler L, Ames M, et al. The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. Psychol Med 2005;35:245–56.
- Stephen ET. Highlights of the Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). News Media Briefing. Medscape Psychiatry & Mental Health; 2005.
- Aktiivsus- ja tähelepanuhäire diagnoosimise ning ravi põhimõtted. Tervisekassa. 2023.
- NICE, National Institute for Health and Care Excellence. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. NICE guideline [NG87]. 2019.
- Hult N, Kadesjö J, Kadesjö B, et al. ADHD and the QbTest: Diagnostic Validity of QbTest. J Atten Disord 2018;22:1074–80.
- Johansson V, Norén Selinus E, Kuja-Halkola R, et al. The Quantified Behavioral Test failed to differentiate ADHD in adolescents with neurodevelopmental problems. J Atten Disord 2021;25:312–21.
- Brunkhorst-Kanaan N, Verdenhalven M, Kittel-Schneider S, et al. The Quantified Behavioral Test-a confirmatory test in the diagnostic process of adult ADHD. Front Psychiatry 2020;11:216.
- Caddra - Canadian ADHD Resource Alliance: Canadian ADHD Practice Guidelines. 4.1 Edition. CADDRA; 2020.
- Coghill DR, Banaschewski T, Lecendreux M, et al. Maintenance of efficacy of lisdexamfetamine dimesylate in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: randomized-withdrawal study design. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2014;53:647–57.
- Nimmo-Smith V, Merwood A, Hank D, et al. Non-pharmacological interventions for adult ADHD: a systematic review. Psychol Med 2020;50:529–41.
- Cortese S, Coghill D. Twenty years of research on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): looking back, looking forward. Evid Based Ment Health 2018;21:173–6.

Meestel kujunevad diabeedi tüsistused sagedamini kui naistel

Diabeedi esinemissagedus on meestel ja naistel ühesugune. Vastakad on andmed diabeedi tüsistuste esinemissageduse sooliste erinevuste kohta. Austraalia ülikoolide koostöös valminud retrospektiivses kohort-uuringus analüüsiti diabeedi makro- ja mikrovaskulaarsete tüsistuste esinemissagedust võrdlevalt meestel ja naistel.

Analüüsiti 25 713 diabeedihäige haiguslugude andmeid, vaatlusalused olid 45aastased või vanemad ja 57% neist olid mehed.

Vaadeldud tüsistusjuhtude arv 1000 isikaasta kohta oli järgmine: kardiovaskulaarsed tüsistused 37, diabeetiline retinopaatia 52, alajäseme perifeersete arterite haigus 21, diabeetiline nefropaatia 32 juhtu. Võrreldes naistega oli meestel vaadeldud tüsistuste risk suurem: kardiovaskulaarsete tüsistuste risk 51%, retinopaatia risk 14%, alajäseme perifeersete arterite haiguse risk 47% ning nefropaatia risk 55%. Samuti kujunesid diabeedi vaskulaarsed tüsistused meestel võrreldes naistega varem. Diabeedi põdemise esimese 10 aasta järel oli meestel naistega võrreldes vaadeldud tüsistuste risk 1,4 korda suurem.

LÜHIDALT

Diabeedi tüsistuste kujunemise sooliste erinevuste põhjused ei ole selged. Üheks võimalikuks selgituseks võiks olla erinev rasvkoe paiknemine meestel ja naistel. On leitud, et meestele iseloomulikuma abdominaalse rasvumise korral suureneb insuliiniresistentsus ja meestel kujuneb diabeet sagedasti väiksema kehamassiindeksi korral kui naistel.

REFEREERITUD

Gibson AA, Cox E, Schneuer FJ, et al. Sex differences in risk of incident microvascular and macrovascular complications: a population-based data-linkage study among 25 713 people with diabetes. J Epidemiol Community Health 2024; jech-2023-221759, doi: 10.1136/jech-2023-221759. Online ahead of print.