

Diabeedipäev perearstidele ja pereõdedele Tartus

Tatjana Vinogradova – TÜ Kliinikumi sisekliinik

4. novembril 2005. a toimus Atlantise konverentsikeskuses Tartu Ülikooli polikliiniku ja peremeditsiini õppetooli ning ülikooli sisekliiniku eestvedamisel diabeedipäev perearstidele ja pereõdedele. See oli pühendatud ülemaailmsele diabeedipäevale, mis on 14. novembril.

Ürituse eesmärgiks oli paremini teadvustada perearstidele 2. tüüpi diabeedi varase diagnoosimise ja ravi tähtsust. Perearstid tegelevad meditsiini eesliinil järjest rohkem diabeedi diagnoosimise ja raviga, seega on seletatav ka osavõtjate rohkus. Osales ligi 200 inimest peamiselt Tartust jm Lõuna-Eestist.

Suhkruhaigus ei ole mitte ainult meditsiiniline, vaid see on ka tähtis ühiskondlik ja sotsiaalne probleem. Kogu maailmas räägitakse üha rohkem 2. tüüpi diabeedist kui pandeemiast ja selle tüsistustest, kui ühest suuremast ja kulukamast probleemist inimestele ja meditsiinile. Suhkruhaiguse ennetamine ja optimaalne ravi vähendab diabeediga seotud tüsistusi ja invaliidistumist.

Suhkruhaigete arv kasvab kiiresti. Diabeediriskirühmas on eakamad inimesed, kellel on ülekaal, kõrgvererõhktõbi, varajane südame isheemiatõbi või südamelihase infarkt. Haiguse teket kiirendavad ka ebatervislikud toitumisharjumused, vähene liikumine, krooniline stress, suitsetamine, regulaarne alkoholi tarvitamine. Suhkruhaigus võib sellisel foonil kulgeda aastaid subkliinilisel kujul, patsiendile märkamatult ja manifesteeruda juba tüsistustena. Seetõttu on väga tähtis leida riskirühma patsiendid ja varakult hakata tegelema diabeedi preventiooniga. Siin on vaieldamatult kõige olulisem perearsti ja pereõe roll.

Suhkurtõve diagnoosib enamasti perearst, Euroopas diagnoositakse uus suhkurtõve juht iga 40 sekundi järel.

Endokrinoloog **Kaia Tammiksaar** rääkis suhkruhaiguse ABCst: klassifikatsioonist, diabeedi

diagnostilistest kriteeriumidest, metaboolsest-endokriinsest sündroomist ja suhkurtõve sõeluurimisest riskirühmades.

Praegu juhendatakse järgmistest suhkurtõve diagnoosimise kriteeriumidest, mis on WHO 1999. a aktsepteerinud:

- diabeedile iseloomulike sümptomite olemasolu ja vereplasmauuringul leitud glükoosisisaldus üle 11 mmol/l;
- kahel erineval päeval enne sööki võetud vereproovi uuringul vere glükoosisisaldus üle 7 mmol/l;
- glükoosi tolerantsuse testi OGGT (*oral glucose tolerance test*) tulemused. Selleks manustatakse uuritavale 75 mg glükoosi lahjendatuna 200–300 ml vees. Kahe tunni möödudes määratakse veresuhkru sisaldus. Normaalseks peetakse veresuhkruväärtust 7–8 mmol/l. Väärtust 8–11 mmol/l hinnatakse kui tolerantsushäiret ja suhkru sisaldus veres üle 11 mmol/l kinnitab diabeedi diagnoosi.

Tuleb silmas pidada, et glükosuuriat ei peeta diabeedi diagnostiliseks kriteeriumiks. Kui enne sööki võetud vereproovis leitakse suhkruväärtus üle 6 mmol/l, kuid OGGT-l leitakse väärtus 7–8 mmol/l, hinnatakse seda kui tühja kõhu veresuhkruhäiret IFG (*impaired fasting glucose*).

Üldjuhul kulgeb 2. tüüpi diabeet väheste ja mittespetsiifiliste sümptomitega. Iseloomulik on rohke ja sage joomine (polüdipsia) ning rohke sage urineerimine (polüuuria). Sagedasti haigete kehakaal langeb, nad kurdavad suurenenud väsimust, sagedasti esinevad neil pindmised nahainfektsioonid ja nahasügelus, eriti genitaalide piirkonnas. Mõnel juhul jäävad kirjeldatud sümptomid patsiendile märkamatuks, häirides teda vähe ja arsti poole pöörduakse vaevustega, mis on iseloomulikud diabeedi tüsistustele.

Kroonilise hüperglükeemia korral kujunevad organismis mikroangiopaatiaid. Iseloomulikuks on

retinopaatia, mis ilmneb nägemishäires; nefropaatia, millele on iseloomulik albuminuuria ja süvenev neerupuudulikkus; neuropaatia, mis ilmneb pinnatundlikkuse häiretes ja troofiliste haavandite kujunemises.

Krooniline hüperglükeemia soodustab ka ateroskleroosi progresseerumist, mis kliiniliselt avalduvad südame isheemiatõvele iseloomulike tunnustega, isheemilise ajuinfarkti või jäsemete veresoonte sulgusena.

Diabeedihaige ravi ordineerimisel ja ravitulemuste hindamisel on väga informatiivne glükohemoglobiini (HbA1C) määramine veres. Selle meetodiga mõõdetakse erütrotsüütide glükoosisisaldust. Kuna erütrotsüütide eluiga on ligikaudu 120 päeva, peegeldab glükohemoglobiini väärtus veresuhkru sisaldust pikema aja vältel. Praktikaskontrollitakse glükohemoglobiini sisaldust diabeedihaigel iga 3 kuu järel ja saadud väärtus on palju informatiivsem kui veresuhkru sisaldus plasmas, mis võib olla kõikuv tingituna paljudest teguritest. Normaalseks HbA1C väärtuseks on <7%.

Ravi eesmärgiks on ka süstistuste ärahoidmine. See tõttu on vajalik regulaarselt kontrollida diabeedihaige vererõhu väärtusi (soovitav RR <140/180 mm Hg), vere lipiidide väärtusi (soovitavad kolesterool <5 mmol/l; HDL >0,1 mmol/l; LDL <2,0 mmol/l) ning triglütseriidide sisaldust (soovitavalt <1,5 mmol/l). Regulaarselt on vaja jälgida diabeedihaigetel retinopaatia, neuropaatia ja nefropaatia sümptomite ilmnemist.

Dr **Jaanus Kerge** rõhutas oma ettekandes eluviisi korrigeerimise, füüsilise aktiivsuse suurendamise ja adekvaatsete dieedisoovituste vajadust diabeedihaige käsitlemisel.

Füüsilise koormuse puhul tuleks lähtuda südame maksimaalsest löögisagedusest (SMS). Selle arvutamiseks on kasutusel lihtne valem: $SMS = 220 - \text{vanus}$ aastates. Nt on 65-aastase patsiendi jaoks SMS 155 lööki minutis. Kergeks füüsiliseks koormuseks peetakse koormust, mille puhul südame löögisagedus suureneb 35–45%ni SMSist. Keskmise koormuse korral kasvab südamesagedus 55–69%ni SMSist, intensiivse koormuse puhul 60–85%ni SMSist.

Oma soovitustes peab arst rõhutama, et iga haige valiks endale sobiva ja paremini talutava ning endale meeleepärasema füüsilise tegevuse. See ei peaks olema tuim ja rutiinne tegevus. Koormust tuleks suurendada aegamööda ja igale haigele tuleks soovitada koostada endale sellekohane plaan. Tuleb pidada silmas, et igasugune füüsilise aktiivsus on soovitatav ja parem kui füüsilise inaktiivsus.

Suhkruhaige dieedisoovitustel tuleb lähtuda kahest põhitõest: vajalik on tavaline tervislik toit ja keelatud toiduaineid ei ole, küll tuleb arvestada sobivat toidukogust ja toiduga saadavate süsivesikute hulka. Haige peab saama kõiki vajalikke toitaineid, peab olema normaalse kehakaaluga, peab säilitama hea veresuhkruisalduse ja tundma end hästi.

Levinud on mitmed väärarusaamad. Ekslikult arvatakse, et dieet on sobiv, kui välditakse saia ja suhkru tarvitamist, et õli on väherasvane toiduaine, et suhkruvabad toiduained ja tatra söömine ei mõjuta veresuhkru taset.

Küll tuleb diabeedihaigele soovitada süüa regulaarselt 3–6 korda päevas ja vältida korraga suuri toidukoguseid. Eelistada tuleks köögi- ja juurvilja, täisteratooteid, väherasvaseid toiduaineid ja toiduvalmistamisel taimeõli. Toidus tuleb piirata soola (kuni 5 g päevas). Alkoholi ei soovitata tarvitada, ja kui seda teha, siis väga väikeses koguses!

Süsivesikute imendumise kiirust seedetraktist iseloomustatakse glükeemilise indeksiga GL. Suure GLiga on glükoos, sai, mais- ja riisihelbed ning kartul; keskmise kiirusega imenduvad rukkileib, rosinad, pudrud; aeglaselt herved, oad, porgandid, kapsas, fruktoos, tatar ja piim.

Nüüdisaegsete teadmiste valguses tuleb diabeedihaige käsitlemisel arvestada järgmist:

- häiritud glükoositolerantsus (IGT) ja 2. tüüpi diabeet on üks ja seesama protsess erinevas staadiumis;
- IGT-staadiumis tarvitusele võetud abinõud (farmakoloogilised või elustiili muutumine) pidurdavad või hoiavad ära 2. tüüpi diabeedi;
- väljakujunenud 2. tüüpi diabeet on progres-

seeruv haigus – elustiili muutus või peroraalne antidiabeetiline monoterapia on efektiivne suhteliselt lühikest aega;

- varajane kombineeritud ravi ja insuliinravi alustamine parandab glükeemilist kontrolli ja aitab vältida tüsistuste teket;
- tüsistuste vältimiseks on oluline saavutada diabeedi kompensatsioon.

Kompensatsioonikriteeriumid:		piisav	ebapiisav
Veresuhkur (mmol/l)	enne sööki	5,1–6,5	> 6,5
	pärast sööki	7,6–9,0	>9,0
Glükohemoglobiin HbA1C (%)		6,2–7,0	>7,0

Meeles tuleb pidada järgmist:

- 2. tüüpi suhkruhaigus on progresseeruv haigus, teatud ravietapis on vaja insuliinravi;
- pankrease β -rakkude funktsiooni langus määrab 2. tüüpi suhkruhaiguse ravi – diabeedi diagnoosimise hetkeks on tavaliselt β -rakkude mass ja funktsioon langenud 50%;
- söögijärgne hüperglükeemia suurendab kardiovaskulaarse haigestumise riski;
- tabletravimite valik on lai, eelistada tuleks kombineeritud ravi erinevate ravirühmade preparaatidega;
- ravimiresistentsel 2. tüüpi suhkruhaigel kasutada biguaanidpreparaate koos insuliinraviga;
- insuliinravi alustada siis, kui eelnev dieet ja tabletravi ei ole andnud head glükeemilist kontrolli ja HbA1c on >7,0%; tüsistunud diabeedi ravi insuliiniga peab algama varem, kui HbA1c >6,5%.

Insuliinravi alustamiseks saab valida erinevaid raviskeeme:

- jätkata eelnevat tabletravi ja lisada ainult üks insuliinisüst öhtusöögi ajal (analoogseguinsuliin), mis leevendab öhtusöögijärgset hüperglükeemiat ja basaalsel glükoosi ainevahetust. Ravi eesmärk on söögijärgne veresuhkruisaldus <7,8–9,0 mmol/l ja hommikul tühja kõhuga kuni 6 mmol/l;
- ordineerida kaks insuliinisüsti (analoogseguga). Lisada kolmas analooginsuliinisüst neile, kellel on

lõunasöögijärgne hüperglükeemia;

- 2. tüüpi suhkruhaiguse esmasavastamisel või dekompensatsiooni korral, insuliiniresistentsel suhkruhaigele, kellel on veel endogeenne hüperinsulineemia faas, valida analooginsuliini süstimine 3 korda päevas põhisööki ajal, võimalusel koos biguaanidega;
- jätkata tabletravi ja lisada basaalsuliin enne uinumist. Selline insuliinravi valik reguleerib glükeemilist kontrolli ega mõjuta veresuhkrutaset pärast süsivesikurohket öhtusööki.

Dr **Tiit Halling**, kes on firma Novo Nordisc Balti regiooni juht, tegi ülevaate diabeedi-probleemidest maailmas ja Eestis, diabeediravi ebaõnnestumise põhjustest ja lahendustest. DEPAC (*Diabetes Experts' Panel from Accessing Countries*) andmetel on Eestis diabeedihaigetel keskmine HbA1c tase 8,4%; Lätis 9,0% ja Leedus 8,0%. Võrdluseks: Poolas 7,6% ja Slovakkias 7,6%. Ekslikult peetakse 2. tüüpi diabeeti kergeks haiguseks, sageli alustatakse ravi hilja ja väikeste annustega ega pöörata piisavalt tähelepanu söögijärgsele veresuhkruväärtusele. Sagedane on tüsistuste teke.

Eestis kasutatavad insuliinidoosid on suhteliselt väikesed (47–49 Ü) võrreldes kirjanduses toodud andmetega. Selleks et saavutada HbA1c alla 7%, kasutati märksa suuremaid annuseid: 60–70 Ü päevas UKPDS1 uuringus (1).

Ettekandja rõhutas, et paljud uuringud on näidanud, et õigeaegne insuliinravi alustamine 2. tüüpi diabeedi korral parandab patsiendi elukvaliteeti.

Tänapäevased insuliinipreparaadid on efektiivsed. Kasutusel olevad aspartinsuliin (NovoRapid) ja bifaasiline aspartinsuliin (NovoMix 30) tagavad pikaajase ja stabiilse veresuhkrutase. Nende kasutamisel on hüperglükeemia oht minimaalne. Neid ravimeid saab süstida spetsiaalse lihtsalt kasutatava süstevahendiga.

Doktor **Anneli Rätsep** käsitles oma väga huvitavas ettekandes diabeeti perearsti praktikas.

Korraldatud uuring tõi välja erinevaid aspekte igapäevatoos ning näitas, et vaatamata meditsiinitöötajate püüdlustele anda piisavalt infot haiguse kohta tunnevad patsiendid ennast mõne aja pärast ebakindlalt – teavitada tuleb järk-järgult ja pidevalt, arvestades patsientide vastuvõtuvõimet.

Diabeedipäeva kokkuvõtte tegi professor **Heidi-Ingrid Maaroo**, kes väljendas rahulolu toimunud üritusega. Ta rõhutas, et diabeet on kasvav probleem ning perearsti roll diabeedi ravis suureneb pidevalt. Efekttiivne ravi on võimalik ainult kõikide osapoolte – patsiendi, diabeediõe, perearsti, erialaarsti – koostöö tulemusena.

tatjana.vinogradova@kliinikum.ee