



Ravijuhendi „2. tüüpi diabeedi mittefarmakoloogiline ravi“ töörühma ja sekretariaadi koosolek nr 6

Koosoleku toimumisaeg ja -koht: 16.12.2022 kl 12-16 veebikoosolekuna Microsoft Teamsis

Osalesid: töörühma liikmed Mart Roosimaa, Kristel Ehala-Aleksejev, Aune Rehema, Evelin Raie, Maarja Randväli, Katrin Kõre, Laura Keidong, Mairi Laane ning sekretariaadi liikmed Lisette Lindam, Kristi Tamela, Leel Jaer-Eer, Elisabeth Kelter, Anna Vesper

Puudus (ette teatatud): Ulvi Tammer-Jäätes

Koosolekut juhatas Mart Roosimaa, protokollis Anna Vesper

Koosoleku päevakord:

1. Ravijuhendi töörühma ja sekretariaadi liikmete huvide deklaratsioonid

Töörühma liikmetel ei ole muudatusi huvide deklaratsioonides. Koosolekul osaleb kaheksa töörühma liiget, kvoorum otsuste tegemiseks on koos.

2. Kliinilise küsimuse 2 (algne küsimus 3) tõendusmaterjali arutelu

Kas kõikidel 2. tüüpi patsientidel on kompleksse eluviisisekkumise programmi kasutamine efektiivsem võrreldes suunatud eluviisisekkumiste kasutamisega paremate ravitulemuste saavutamiseks?

Elisabeth Kelter teeb ülevaate kaasatud rahvusvaheliste ravijuhendite soovitustest ning tõendusmaterjalist. Selliseid uuringuid, kus oleks võrreldud kompleksset eluviisisekkumise programmi suunatud sekkumistega, ei leidunud. Leidus palju uuringuid, kus võrreldi mitut sekkumist (kombineeritult) ühe sekkumise või nn tavaraviga. Tõendusmaterjali kokkuvõtte tabelisse on kantud üheksa metanalüüsi ja/või süstemaatilise ülevaate tulemused, 25 teemakohase allika andmed on veel tabelisse kandmata. Tulemusnäitajad on enamikes uuringutes sarnased. Pärast tõendusmaterjali esmast arutelu saab otsustada, millised uuringud veel kaasata.

Kaasatud ravijuhendite soovitustes ei olnud täpselt küsimusega haakuvaid soovitusi toodud, pigem soovitatakse üldist eluviisi muutust, mis hõlmab tervislikku toitumist, regulaarset kehalist aktiivsust ja tervislikke käitumisharjumusi (suitsetamisest ja alkoholi tarbimisest loobumine ning kehakaalu kontrolli all hoidmine), samuti käitumuslikke komponente

Lisaotsinguga leitud allikad on enamasti mahukad metaanalüüsid/süstemaatilised ülevaated, kuhu on kaasatud erinev hulk üksikuuringuid (11-50), nii randomiseeritud kui jälgimisuuringud. Seejuures enamasti kaasatud allikad ei kattu, va prediabeediga patsientide eluviisisekkumise käsitlevad LookAHEAD uuringu analüüsid. Uuritavate vanus ja 2. tüüpi diabeedi kestus olid uuringutes samuti erinevad. Tõendusmaterjal üldiselt madala kvaliteediga, uuringutes suur nihke esinemise tõenäosus, väga heterogeensed. Uuritud oli erinevate sekkumiste võrdlusi: patsiendi õpetamine võrreldes käitumuslik sekkumine koos patsiendi õpetamisega; erinevad

kombinatsioonid mõõdukast intensiivsusega kehalisest aktiivsusest, toitumise muutmisest, võrreldes tavaraviga või võrreldes ainult treeningu või toitumisega; treening ja toitumine võrreldes ainult toitumise muutmisega; kehaline aktiivsus koos toitumise muutmisega võrreldes tavaraviga. Üldiselt leiti, et kombineeritud sekkumised on erinevate tulemusnäitajate (glükohemoglobiini väärtuse langus, paastuglükooosi sisalduse vähenemine, depressiooni sümptomite paranemine, kehalise võimekuse paranemine, diabeeti haigestumise tõenäosuse vähenemine, kehakaalu langus). Ühes metaanalüüsis leiti, et alla kolme kuu pikkused sekkumised andsid isegi suurema efekti glükohemoglobiini muutusele kui pikema kestusega sekkumised. Ka teises metaanalüüsis leiti, et kõige parema efekti andsid sekkumised, mille kestus oli alla kuue kuu. Selline tulemus võib olla seotud ka sekkumise alguses saadud parema efektiga. See on seotud ka uuringute disainiga, nt alguses on sekkumised intensiivsemad, samuti jälgimisperioodi pikkusega. Lõpmatuseni ei saa ka toimuda mingi näitaja paranemine, stabiilsuse saavutamine eluviisis on samuti oluline.

Töörühma arvamusel võiks ülejäänud allikad üle vaadata, kas on veel lisaks toodud tulemusnäitajaid, kas on võrreldud muid sekkumisi või sekkumiste kombinatsioone, kas on leitud väga erinevaid tulemusi. Pigem tuleks keskenduda analüüsidele, kus on 2. tüüpi diabeediga patsiendid, prediabeedi korral on teada, et eluviisisekkumised aitavad ennetada või edasi lükata haiguse teket. Samuti on vajalik täpsustada, kas on uuringutes toodud välja, millises järjekorras sekkumisi kasutada, kas alati üheaegselt kombineeritult. Samuti, kuidas patsient ise sekkumisi ja nende mõju hindab. Kui patsient ei ole enne enda eluviisi muutmiseks midagi teinud, siis korraga kõige muutmine võib olla ehmata. Patsiendi jaoks tuleb seada konkreetne ja realistlik eesmärk.

Järgmiseks koosolekuks vaatab sekretariaat läbi ülejäänud uuringud ning teeb täiendused GRADEpro tabelites. Siis saab sõnastada soovitusel. Rahvusvahelistes juhendites on soovitusel üsna üldised, kuid sageli on tekstis või lisades toodud, millised sekkumisi (sisu, maht, kestus, intensiivsus) soovitada ja kasutada. Olemasolev tõendusmaterjal koondada vastavalt prediabeedist ja 2. tüüpi diabeedist lähtuvalt.

3. Kliinilise küsimuse 4 (algne küsimus 5) tõendusmaterjali täpsustus

Kas 2. tüüpi diabeediga patsientidel saavutatakse paremad ravitulemused Vahemere tüüpi dieediga võrreldes madala süsivesikutesisaldusega dieedi või ajas piiratud söömise või DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) dieedi või valdavalt taimse toitumisega?

Kliinilise küsimuse tõendusmaterjali on mitmel koosolekul arutatud. Soovituste sõnastamine ja kinnitamine jäid ootele, sest oli teada, et Euroopa Diabeediuuringute Assotsiatsioonis koostatakse 2. tüüpi diabeedi toitumise juhendit. Juhendi koostajatelt saadi vastus, et juhend alles esitatakse üle vaatamiseks, protsess võib võtta mitu kuud. Juhend on koostatud GRADE metoodika alusel, mingeid lisamaterjale patsientide jaoks vähemalt hetkel ei ole planeeritud.

Töörühm vaatab üle eelmistel koosolekutel sõnastatud soovitusel. Osades allikates on toodud, et kehakaalu languse eesmärgiks võiks olla isegi 7%, kuid ka vahemikke 3-10%. Töörühma liikmed arutavad, kas on üldse vajalik kindlat protsenti nimetada või märkida pigem minimaalne kehakaalu languse protsent või vahemik. Arutatakse ka, et ülemist piiri ei peaks panema, sest siis võib tekkida arvamus, et rohkem ei ole vaja kehakaalu langetada. Kelle jaoks see eesmärgväärne on üldse oluline, kas arstile või patsiendile, kui seda otseselt ei saa mõjutada. Mõjutada saab

toitumist, eluviisi jne. Samas ongi siis töörühma liikmete hinnangul olulised nõustamistehnikad, kuidas eluviisi muutmisega kehakaalu langetada. Olulisem kui protsent on patsiendi jaoks mõista, miks on kehakaalu langetamine vajalik, mida see haiguse kompensatsiooni osas kaasa toob. Kuivõrd konkreetne kliiniline küsimus puudutas dieete, siis kehakaalu languse kohta eraldi tõendusmaterjali ei ole otsitud. Sel juhul saab olla praktiline soovitus.

Arutatakse ka, kas teha eraldi soovitused prediabeedi ja 2. tüüpi diabeediga patsientide kohta. Viimastel rahvusvahelistel kongressidel on välja toodud, et progresseeruv kehakaalu langus on oluline, algne ehk kõige väiksem 3-5% ja siis edasi. Edasisel kehakaalu langusel on erinevad organmõjud. Alati ei olegi vajalik normaalkaalu saavutamine ja see ei olegi võimalik (nii füsioloogia kui ka nt kaasuvate probleemide tõttu). Kuivõrd kehakaalu langetamine on oluline teema, kas on vaja selle kohta otsida lisaks tõendusmaterjali? Kas on vaja tuua välja ka normaalkaal. Ilmselt ei ole optimaalse kehakaalu langetamise protsendi kohta uuringuid, kuid uuringutes on jälgitud, millisest kehakaalu languse protsendist alates hakkavad toimuma positiivsed muutused organismis. Tuleb üle vaadata sellised uuringuid, kus on leitud kehakaalu langus, kas siis ka efekt teistele tulemusnäitajatele (kehakaalu langus ja diabeedi kompensatsiooni paranemine). Kas üle 60-aastaste kehakaalus langetamise kohta tuleks teha eraldi soovitused, neil ehk polegi vaja nii suurt kehakaalu langust, kuivõrd liikumist ja lihasmassi hoidmist. Patsiendijuhendis tuleb selgitada, mida ja kuidas kehakaalu langust saavutada, milleks see on vajalik.

Töörühm arutab ka, et prediabeedi korral on hetkel soovitus jälgida riiklikke toitumissoovitusi (praktiline soovitus), samas 2. tüüpi diabeedi osas on toodu dieedi soovitus. Kas see ei või tekitada lugejas segadust? Soovituste selgituses tuleb välja tuua, et prediabeedi osas veenvat tõendust ei ole (ei olnud võimalik ühe või teise dieedi efektiivsust välja tuua), kuid on tõendusmaterjal 2. tüüpi diabeediga patsientidel dieetide kasutamise osas.

Järgmiseks koosolekuks vaatab sekretariaat üle tõendusmaterjali, kas leidub uuringuid kehakaalu langetamise kasu osas. Lisada ka soovitus selgitav tekst. Soovitused kinnitatakse järgmisel koosolekul.

4. Kliinilise küsimuse 3 (algne küsimus 4) tõendusmaterjali täpsustus

Kas kõikide 2. tüüpi diabeediga patsientide tervisekäitumist tuleb regulaarselt hinnata või mitte eluviisisekkumiste efektiivsemaks kasutamiseks?

Eelmisel koosolekul jäi kokkulepe, et kui ühtegi head ja kliinilise praktikas kasutatavat mõõdikut ei ole, siis neid ei soovita. Kui soovitada mõõdikut, mis vajab Eestis tõlkimist ja valideerimist, on selle kasutusel võtmine ajamahukas. Eesti keelde tõlgitud ja valideeritud mõõdik *Diabeediga Kohanemise Takistuste Küsimustikku* kasutatakse pigem patsiendi toimetuleku ja takistuste hindamiseks, see on kasutusel uuringutes, mitte kliinilises praktikas. Üheski kaasatud rahvusvahelise juhendis ei olnud konkreetseid mõõdikuid soovitatud.

Ühtegi head ja selget kontrollnimekirja (ingl *checklist*) diabeediga patsientide tervisekäitumise hindamiseks ei leidunud. Esimesel visiidil soovitatakse rahvusvahelises ravijuhendis (ADA) läbi viia täielik hindamine: diabeedi klassifitseerimine, tüsistused, kaasuvad haigused, ravimid, riskitegurid. Sellele järgneb raviplaani väljatöötamine, kuhu on oluline kaasata patsient. Edasistel

visiitidel tehakse korduvhindamisi ja muudetakse vajadusel raviplaani. Soovitatakse hinnata unerežiimi, toitumist, suitsetamist, kehalist aktiivsust, psühholoogiliste probleemide ja psühhosotsiaalse toetuse vajadust. Kontrollvisiidid peaksid toimuma 4-6 järel olenevalt patsiendi vajadustest ning siis edasi vähemalt kord aastas.

Sarnane kontrollnimekiri on tabelina olemas juhendi „2. tüüpi diabeedi diagnostika ja ravi“ lisas, kuid seal ei ole mittefarmakoloogiliste sekkumiste osas midagi täpsustatud. Käesolevas juhendis on lähtuvalt nõustamise vajadustest koostada kontrollnimekiri ning tuua välja, millele tähelepanu pöörata ja mida võimalusel abimaterjaline kasutada. Lähtuvalt sellest hindamisest, saab koostöös patsiendiga kokku leppida eesmärgid ja tegevused. Samuti peab patsiendil olema võimalus/kohustus enne uut visiiti ise enda seisundit hinnata (pidada nt toitumise, liikumise päevikut, mis võib olla vabas vormis või sagedusküsimustikega). Patsiendipoolne hindamine võib olla üldisem, kuid ta peaks seda saama teha patsiendiportaalis.

Milline peaks olema kordusvisiitide sagedus, palju on välja toodud kolme kuud, kuid selle kohta ei leidu ilmselt tõendusmaterjali. Diabeedi korral võib kolmekuune vahemik olla seotud glükohemoglobiini muutusega. Samuti on 2-3 kuud sekkumise efektiivsuse hindamiseks mõistlik ajavahemik. Praegu on perearstidel soovitus, kutsuda patsient patsient vastuvõtule kord aastas, kui tema diabeet on kontrolli all. Siin saab teha tööühma kliinilise kogemuse põhjal soovitus ja tooma välja, et vajadusel tuleb patsient kutsuda vastuvõtule sagedamini. Hindamise seisukohalt ei ole iga kord vajalik hinnata kõiki komponente, see oleneb patsiendi seisundist, sekkumistest, kuid peab olema ka paindlik. Kontrollnimekiri on vajalik selleks, et erinevad spetsialistid lähtuksid sarnastest põhimõtetest ning ka seal saab välja tuua, mida kui sageli hinnata. Soovitus kinnitatakse järgmisel koosolekul koos kontrollnimekirja üle vaatamisega.

5. Kliinilise küsimuse 5 (algne küsimus 6) tõendusmaterjali täpsustus

Kas kõikidel 2. tüüpi diabeediga patsientidel on vajalik suurendada kehalist aktiivsust sarnaste põhimõtete alusel või mitte paremate ravitulemuste saavutamiseks?

Leel Jaer-Eer on teinud tõendusmaterjalist koondtabeli. Uuringutes ei olnud alati täpsustatud, kas ja millist treeningut kasutati kontrollgrupis. Kas kaasatud uuringutes oli alati lihasvastupidavustreening, mida selle all mõeldakse. Kas võiks nimetada jõutreeninguks, mis hõlmab ka lihasvastupidavustreeningut. Kaks uuringut on selle kohta, ühes ei ole täpsustatud, teises on toodud treeningu kirjeldus: kuni 70% maksimaalsest jõust ja 10-25 kordust kaks kuni neli seeriat. Tõendusmaterjali kvaliteet on varieeruv. Arutatakse, et ehk oleks hea välja tuua eraldi aeroobse ja jõutreeningu soovitused. Kuigi mõlemad treeningviisid olid efektiivsed, siis kui inimesel oli probleeme kehakaaluga, soovitada pigem aeroobset treeningut; kui tal on vaja lihasmassi kasvatada, siis jõutreeningut. Kombineeritud treeningut võiks ka soovitada. Üks oluline aspekt on üldse istuva eluviisi vähendamine. Loomulikult tuleb arvestada individuaalsust. Tõendusmaterjali põhjal annavad parema tulemuse aeroobne ja kombineeritud aeroobne/jõutreening. Uuringutes leiti, et alates 100 min treeningust oli tulemusnäitajate paranemine. Praegu soovitusel toodud 140 minutit nädalas tundub üsna suur, kuigi osades rahvusvahelistes juhendites on nädalane treeningsoovitus isegi kõrgem (kas WHO vastavas juhendis). Nii liikumispüramiidi kui WHO juhendi kohaselt on efektiivne aeroobne treening 150 min nädalas, jõutreening kaks korda nädalas võib anda lisakasut. Kuid juhendi sihtrühma silmas pidades on vajalik selgitada, milline võiks olla nende patsientide jaoks eesmärk. Kas võiks panna,

et liikuda vähemalt kolmel päeval nädalas vähemalt 30 min korraga. Saab ka lisada algse ja mingi suureneva või maksimaalse eesmärgi. Arvestama peab patsiendi võimeid. Ka selle soovitusel juurde tuleb teha lisa, mida patsiendid võiks ise teha, sest oluline on saada inimesed liikuma. Kindlasti tuleb juhendis selgitada, mida on mõeldud erinevate treeningute all (nii aeroobne kui anaeroobne). Mis on aeroobne tsoon.

Sõnastatakse algsed soovitused:

1. Soovitame vähendada istuvat eluviisi – *praktiline soovitus*
 2. Soovituslik on aeroobne treening vähemalt 150 min, kuid lähtuda tuleb patsiendi individuaalsusest - *tugevus määramata*
 3. Lisakasu võib anda kombineeritud aeroobne ja jõutreening - *tugevus määramata*
- Üle vaadata, kas ülekaaluliste uuritavate kohta oli uuringutes toodud alagruppide analüüse. Soovituste sõnastused ja tugevus vaadatakse üle ning kinnitatakse järgmisel koosolekul.

4. Muud küsimused

Eelmise koosolekul esitasid töörühma liikmed küsimuse ravijuhendi „2. tüüpi diagnostika ja ravi“ rakendustegvuste kohta. Liina Vassil saatis koosoleku järgselt selgituse, et selle juhendi soovitude integreerimine esmatasandi otsustustoesse on ette valmistatud, kuid seni veel lõpule viimata. Seda tehakse esimesel võimalusel koos teiste vajalike otsustustoe täiendustega. Samuti oli juhendi esimese osa rakenduskavas kokku lepitud eraldi terve inimese äpi loomine. Selle eest vastutab Eesti Haigekassa. Äpi loomisega ei ole alustatud. Ülejäänud tegevustega on järgemööda edasi liigutud. Juhendit puudutavate artiklite ja koolituste osas saab anda soovi korral ülevaate järgmisel koosolekul.

Järgmisel koosolekul vaatab töörühm üle seni arutatud kliiniliste küsimuste (küsimused soovitused. Arutatakse kliinilise küsimuse 8 tõendusmaterjali. Siis vajavad veel arutamist kliiniline küsimus 7 ning neli tervishoiukorralduslikku küsimust.

2023. aasta koosolekute kokku leppimiseks on saadetud Doodle küsimustik. Kui kõik töörühma ja sekretariaadi liikmed on valikud teinud, saadab Anna Vesper koosolekute info ja kutsed.