

Atsetüülkoliini inhibiitoriga või memantiiniga ravi alustamine Alzheimeri tõvega patsientidel aastatel 2017–2021

Sissejuhatus. Alzheimeri tõvega patsientide ravis on kasutusel kaks ravimirühma, atsetüülkoliini esteraasi inhibiitorid (Eestis kättesaadav donepesiil) ja selektiivne NMDA kaltsiumikanali blokaator memantiin. Ravimit peaks patsient kasutama hakkama diagnoosi kinnitumisel, et pikendada iseseisvat toimetulekut, lükata edasi kõrvalabi vajadust ja vähendada hooldaja hoolduskoormust. Millise ravimiga ravi alustada, sõltub haiguse raskusastmest, aga ka patsiendi kaasuvatest haigustest ja ravimi talutavusest konkreetsel isikul. Et saada maksimumtoime, on soovitatav kombinatsioonravi mõlema ravimiga.

Indikaator näitab psühhiaatritelt ja neuroloogidelt Alzheimeri tõve esmadiagnoosi saanud isikutele aasta jooksul ravimi(te) väljakirjutamise osakaalu kõigist samal aastal Alzheimeri tõve esmadiagnoosi saanutest. Tulemus põhineb raviarvetelt ja retseptikeskusest saadud andmetel Arvesse läksid juhud, kus ravim oli ka välja ostetud.

Tulemuste tõlgendus. Aastatel 2017–2021 Alzheimeri tõve haigusspetsiifilist ravimit saanud (välja kirjutatud/ostetud) Alzheimeri tõvega isikute osakaal aastate lõikes on umbes 80% (77-86%); kombinatsioonravi saanute patsientide osakaal oli 5 aasta lõikes umbes 25% (18-30%). Teenuseosutajatest olid piirkondlikud ja keskhaiglad umbes samasuguste näitajatega, nende haiglate patsientidest said ravimit umbes 90% ja teistes haiglates oli ravimit välja kirjutatud 45-75% haigetele. Arvestama peab et üldhaiglates oli diagnoosi saanute hulk väike, enamikes haiglates läbi aastate alla 5 diagnoosi aastas. Silma paistis ka maakondlik erinevus ravimi valikul – näiteks Ida-Virumaa keskhaiglas on arstide eelistuseks kirjutada välja esmaravimina memantiini, Tallinna haiglates atsetüülkoliini esteraasi inhibiitorit. TÜ kliinikumis kirjutatakse mõlemat ravimit välja ligikaudu sama osakaaluga. Märkimisväärne erinevus haiglate vahel esines aga kombinatsioonravi, s.t mõlema ravimi väljakirjutamise osas. Kui TÜ kliinikumis saavad kombinatsioonravi umbes 60% juhtudest, siis enamikes haiglates alla 10%, Ida-Tallinna Keskhaiglas umbes 20%.

Limitatsioonid. Tulemuste tõlgendamisel tuleb esile, et paljudes haiglates diagnoositakse Alzheimeri tõbe vähe. Haigete väike arv teeb nende haiglate praktika tõlgendamise ebatäpseks, kuna sõltub paljuski üksikjuhtudest. Indikaatori piirang võib tuleneda ka sellest, et analüüsil on arvestatud ravimi väljaostmise faktiga, s.t et ravim võib olla küll välja kirjutatud kuid mitte välja ostetud. See, et kombinatsioonravi Alzheimeri tõve diagnoosi saanutel on enamikes haiglates väike võib tuleneda sellest, et teine ravim kirjutatakse välja suurema ajaintervalliga, kui analüüs arvestas. See aga eeldaks samas, et 1–2 aastase intervalliga jälgitute arv peaks olema suurem, kui analüüsil ilmnes. Paljugi sõltub sellest, millise dementsuse raskusastmega haiged spetsialisti vastuvõtule tuuakse, see võib mõjutada, millist ravimit eelistatakse.

Kokkuvõte. Vajalik oleks ravimi määramisel nõustamine ravimi tõhususes, et selle väljaostmist vajalikuks peetaks. Ravitulemuse hindamise visiidi osas peaks andma patsiendile/hooldajale kindlad juhtnöörid ning korraldama tagasikutse umbes 6 kuu möödudes kuna see annaks võimaluse ka teine ravim skeemi lisada. Spetsialiste peaks julgustama kombinatsioonravi kasutama.

Võrdlus. Ravimkasutus on viie aasta jooksul jäänud haiglata stabiilseks nii ravimivaliku kui kombinatsioonravi kasutamise osas. Vähesel määral on võrreldes 2017. aastaga järgnevatel aastatel paranaud ravimisaajate ja ka kombinatsioonravi saajate osakaal, seda umbes 5% ulatuses. See võib peegeldada ravijuhendi ja sellele järgnenud koolituste rolli teadlikkuse parandamisel.

Ülla Linnamägi, L.Puusepa nim neuroloogide ja neurokirurgide selts