

Bensodiasepiinide ja bensodiasepiinisarnaste ainete esmane pikaajaline kasutamine

Sissejuhatus. Bensodiasepiinide ja bensodiasepiinisarnaste ravimite pikaajaline kasutamine on seotud tolerantsuse ja sõltuvushäire tekkega. Sõltuvuse teke on seda tõenäolisem, mida suurem on annus ja mida kestvam on ravi. Tolerantsus ja hirm võõrutusnähtude ees võivad pikemaajalisel kasutamisel viia annuse suurendamiseni ja olemasoleva seisundi ägenemiseni ning emotsionaalse tuimuseni. Väljakujunenud rahusti- ja uinutisõltuvus on raskesti ravitav ja sellest võib kujuneda pikaajaline elukvaliteeti halvendav probleem. Seetõttu on soovitatud bensodiasepiine ja bensodiasepiinisarnaseid ravimeid kasutada lühiajaliselt (2-4 nädalat) ja ainult tõsiste, elukvaliteeti oluliselt häirivate seisundite puhul.

Indikaator kirjeldab bensodiasepiinide ja bensodiasepiinisarnaste ravimite pikaajalist kasutamist esmaste kasutajate hulgas. Indikaatori arvutused põhinevad Retseptikeskuse andmetel.

Tulemused. 2019. aastal oli bensodiasepiinide ja bensodiasepiinisarnaste ravimite esmaste kasutajate arv 54 669. Nendest 2811 (5,1%) kasutasid neid ravimeid esimese kasutamisaasta jooksul pikaajaliselt. Eakate hulgas oli pikaajaliste kasutajate osakaal mõnevõrra suurem – 6,0% esmastest kasutajatest.

HVA haiglate lõikes on pikaajaliste kasutajate osakaal esmastest kasutajatest märkimisväärselt erinev – 3,8% Pärnu haiglas võrreldes 15,9% Narva Haiglas. Erialade lõikes nähtub tulemustest, et bensodiasepiinide ja bensodiasepiinisarnaste ravimite pikaajalisi kasutajaid ei esine mitte ainult peremeditiinias ja psühhiaatrias, vaid ka teiste erialade spetsialistide hulgas. Ka peremeditiinias on pikaajaliste kasutajate osakaal esmastest kasutajatest maakondade lõikes mõneti erinev, varieerudes 3,8%-st Hiiumaal kuni 8,4%-ni Ida-Virumaal.

Rahvusvahelises võrdluses. Otseseid rahvusvahelisi võrdlusandmeid ei ole, sest uuringute meetodika on erinev. Ühes Soomes läbi viidud uuringus on kirjeldatud, et 33,7% eakatest kasutasid pärast ravi alustamist esimese kuue kuu jooksul bensodiasepiine ja/või nendesarnaseid ravimeid järjepidevalt, st ilma ravi katkemiseta. 10-aastase jälgimisperioodi jooksul kujunes pikaajaline kasutamine (järjepidevalt vähemalt 180 päeva) enam kui pooltel (54,5%) ravi alustanud eakatest.

Limitatsioonid. Defineeritud päevadooside (DPD) põhjal ravi kestuse hindamine on kaudne meetod, mille puhul ei ole arvesse võetud kasutamise järjepidevust. Lisaks võivad tegelikud kasutatavad annused erineda oluliselt DPDdest, eeskätt eakatel, mistõttu võib pikaajaliste kasutajate hulk olla arvatust suurem. Tulemus kirjeldab ainult ambulatoorset kasutust, haiglaravi kasutuse kohta andmed puuduvad.

Kokkuvõte. Kuigi pikaajaliste kasutajate osakaal esmaste kasutajate hulgas ei ole suur, on see siiski tähelepanuvääriv hulk inimesi, kellest võivad kujuneda probleemsed kasutajad. Bensodiasepiinide ja bensodiasepiinisarnaste ravimite efektiivsus on tõestatud vaid lühiajalise ravi korral. Kroonilise häire korral tuleb eelistada alternatiivseid ravivõimalusi, sh mittefarmakoloogilisi meetodeid nagu eneseabivõtted, psühhoteraapia. Nende ravimite sõltuvust tekitavat potentsiaali arvestades tuleb nende ravimite väljakirjutamisel jälgida varasemalt väljastatud retsepte, sh ka teiste arstide poolt määratud, ning piirata väljakirjutatava ravimi kogust ja sagedust.

Kuna tegemist on uue indikaatoriga, siis varasemad võrdlusandmed puuduvad ning tulemus vajab pikemaajalist jälgimist.

Katrin Kurvits, Raviameti ohutusjärelvalvebüroo spetsialist, Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituudi doktorant

Kasutatud kirjandus

1. Kurvits K, Uusküla M, Laius O, Jaanson P. Bensodiasepiinide ja Z-ravimite ambulatoorne kasutamine Eestis. *Eesti Arst*. 2020;99(8):472–9.
2. Markota M, Rummans TA, Bostwick JM, Lapid MI. Benzodiazepine Use in Older Adults: Dangers, Management, and Alternative Therapies. *Mayo Clin Proc*. 2016;91(11):1632–9.
3. By the 2019 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc*. 2019;67(4):674–94.
4. Bénard-Larivière A, Noize P, Pambrun E, Bazin F, Verdoux H, Tournier M, et al. Trends in incident use of benzodiazepines and Z-drugs in France from 2006 to 2012: a population-based study. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2017;26:162–9.
5. Taipale H, Särkilä H, Tanskanen A, Kurko T, Taiminen T, Tiihonen J, et al. Incidence of and Characteristics Associated With Long-term Benzodiazepine Use in Finland. *JAMA Netw Open*. 2020;3:e2019029–e2019029.
6. Brett J, Maust DT, Bouck Z, Ignacio R V., Mecredy G, Kerr EA, et al. Benzodiazepine Use in Older Adults in the United States, Ontario, and Australia from 2010 to 2016. *J Am Geriatr Soc*. 2018;66:1180–5.
7. Lader M. Benzodiazepine harm: How can it be reduced? *Br J Clin Pharmacol*. 2014;77(2):295–301.
8. Joint Formulary Committee. *BNF 78: September 2019-March 2020*. London: Pharmaceutical Press. 2019.