



MEDITSIIN FOOKUSES

MEDITSIINIALASED
UUDISED, ETTEKANDED
JA UURIMUSED
EESTI ARSTIDELT

JAANUAR
2024

**Uus võimalus
SÜDAMEPUUDULIKKUSEGA
PATSIENTIDE RAVIS!**

 **ON AEG
MUUTUSTEKS!**


forxiga®
(dapaglifloosin)
Kardioresnaalne kaitse!



**UUS 75% ja 90%
SOODUSTUS
alates 01.01.2024:**
südamepuudulikkusega
patsientidele sõltumata
väljutusfraktsioonist!*



Euroopa ravijuhised toovad välja, et **dapaglifloosin
on ainus SGLT2i, mis on tõestanud KV suremuse
langust südamepuudulikkusega patsientidel
sõltumata väljutusfraktsioonist^{1,2}**

SGLT2i = naatriumi-glükoosi kotransporter 2 inhibiitor; KV = kardiovaskulaarne.

Viited: 1. McDonagh TA, et al. Eur Heart J. 2023;00:1-13. 2. Jhund PS, et al. Nat Med. 2022;28(9):1956-1964.

* dapaglifloosiini väljakirjutamine 75% ja 90% soodusmääraga:

- kroonilise südamepuudulikkuse (I50) korral patsientidele, kes kuulub NYHA II-IV funktsionaalklassi, kellel ravikoostöö on hea ning kellel AKEinhibiitor või ARB ja beetablokaatori kaksikravitel südamepuudulikkuse sümptomid endiselt püsivad või süvenevad
- II tüüpi diabeedi (E11; E14) kombinatsioonraviks: kombinatsioonravi peab sisaldama metformiini ja sulfoonüüluurea preparaati või vähemasti ühte neist, juhul kui metformiin või sulfoonüüluurea preparaat on meditsiiniliselt vastunäidustatud
- kroonilise neeruhaiguse (N18) korral lisatuna standardravile (AKE- inhibiitor või ARB) või standardravi vastunäidustuse korral monoteraapiat kellel eGFR on vahemikus 25-75ml/min/1,73 m² ja esineb albuminuuria (uACR ≥22,6 mg/mmol ehk ≥200 mg/g).

Eesti Tervisekassa, <https://www.tervisekassa.ee/partnerile/ravimitest/soodusravimid>.

FORXIGA (dapaglifloosin) 10mg N30 on retseptiravim.

Forxiga (dapaglifloosin) on näidustatud: täiskasvanutele ja lastele alates 10 aasta vanusest ebapiisavalt kontrollitud 2. tüüpi suhkurtõve raviks lisaks dieedile ja füüsilisele koormusele (monoteraapiat, kui metformiin ei sobi talumatuse tõttu; lisaks teistele 2. tüüpi suhkurtõve ravimitele); täiskasvanutele sümptomaatilise kroonilise südamepuudulikkuse raviks; täiskasvanutele kroonilise neeruhaiguse raviks.

Müügiloa hoidja: AstraZeneca AB, SE-151 85 Södertälje, Rootsi. Täiendav teave ravimi omaduste kokkuvõttest www.ravimiamet.ee või AstraZeneca Eesti esindusest, Valukoja 8, Ülemiste City, Öpik 2, 11415, Tallinn, tel. 6549 600. Tervishoiutöötajatel palutakse teavitada kõigist võimalikest kõrvaltoimetest, raporteerimisvormid leiata www.ravimiamet.ee. Teatada saab ka aadressil <https://contactazmedical.astrazeneca.com> või AstraZeneca Eesti OÜ telefonil 6549 600.

EE-1953-12-23-CVRM

Paradigma muutused

ONKOLOOGIAKONVERENTS

16.05.24 Viru Konverentsikeskus +
veebikeskkond Worksup



- Vähihaigus pole enam surmahaigus
- Eesti vähiravi tulemuste võrdlus Põhjamaadega
- Õige ravimeetodi valik - millal ja milline?
- Kas kõik vähipatsiendid vajavad kohest ravi?
- Kas kõik vähipatsiendid vajavad kohest ravi?
- Onkogeriaatria
- Geeniuuringud onkoloogias - kellele ja millal?
- Noor naine vähiravis
- Uued ravimid, uued kõrvaltoimed
- Koostoimed. Milliste ravimitega onkoloogilised ravimid kokku ei sobi?
- Kas tehisintellekt saab patsiendile tuge pakkuda?
- Vaimne tervis pärast tervistava ravi lõppu

Konverentsil osalemine annab 7 täiendkoolituspunkti e-tunnistusena pärast e-testi edukat sooritamist, tunnistused väljastab Medicumi Koolitus- ja Nõustamiskeskus.

Tunnistuse saavad e-testi edukal täitmisel nii saali- kui ka veebiosalejad.

E-testi saab sooritada 30 päeva jooksul, kuni kehtib konverentsi järelvaatamine.

Lisainfo: Karin Tamm,
Meditsiiniuudiste sündmustejuht,
karin.tamm@aripaev.ee

111,83 €

kuni 5. maini

Info ja registreerimine:

pood.aripaev.ee/onkoloogiakonverents

ANTI VEERMAA



Arst kui teadusmisjonär

Mõni arst on pühendunud kitsalt oma erialale ja jõudnud sellega tippu. Mõni on võtnud lisaks kanda ka misjonäritöö. Just selline on Tabasalu perearstikeskuse perearst Piret Rospu, kelle Meditsiiniuudiste lugejad valisid ülekaaluka häälteenamusega lõppenud aasta meditsiinimõjutajaks. Doktor Rospu on väsimatu tervislike eluviiside propageerija, vaktsineerimise ennetustöö tegija ning uute teadusuuringute populariseerija.

Rospu iseloomustatakse kui tarka, tublit, teaduspõhist ja toimekat arsti, kes on meedias hästi esinenud ning tervislike eluviise ja vaktsineerimist propageerides mõjutanud tuhandete inimeste sattumust. Kui ühe hääletanu sõnul tekitavad doktor Rospu konkreetsed väljaütlemised ja vankumatu teadusliku suhtumise edendamine alati diskussiooni, siis teise hinnangul "tõlgib" ta tõendus põhiseid tulemusi avalikkusele inimlikult ja lihtsate seletustega.

Lõppenud aasta oli Rospu enda sõnul huvitav ja toimus palju. "Lõime koos

teiste kodanikuaktivistiga märgilise tähtsusega MTÜ Vox Rationis, mille eesmärk on tegeleda ühiskonnas leviva meditsiinilise väärinfoga: selle tähtsust ja kõlapinda vähendada ning elanikkonna libameditsiini kirjaoskust parandada, et inimesed saaksid paremini aru, mis on ilusa meditsiinilise terminoloogiaga kaunistatud butafooria," kommentaaris ta uut ettevõtmist.

Väärinfoga võitlemine on raske, kuid oluline töö. Paraku on see sageli ka stressirohke tegevus, kuna väärinfo levitajad omavad kas majanduslikke huve mingite toodete ja teenuste kiitmisel või on lihtsalt jäigalt ja ebaviisakalt endas kindlad. Õnneks on Piret Rospu mõõtu tublisid (pere)arste Eestis palju. Kasvõi äsja aasta arst 2023 tiitli saanud perearst Le Vallikivi. Jaksu ja õnne kõigile!



Lugupidamisega

VIOLETTA RIIDAS,
Meditsiiniuudiste toimetaja,
violetta.riidas@aripaev.ee



**MEDITSIIIN
FOOKUSES**

Meditsiiniuudiste tasuta lisaväljaanne

meditsiiniuudised@aripaev.ee

Peatoimetaja:

Kadi Heinsalu, tel 667 0451

kadi.heinsalu@aripaev.ee

Reklaami projektijuht:

Maarja Kõrv,

tel 525 7708, 6670 245

maarja.korv@aripaev.ee

Reklaam: tel 667 0177,

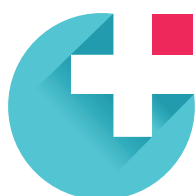
Trükk: AS Printall

Väljaandja: AS Äripäev,

Pärnu mnt 105, 19094 Tallinn

Peatoimetaja: Meelis Mandel

Toimetust võtab õiguse kirju ja kaastöid vajaduse korral lühendada. Toimetust kaastöid ei tagasta. Kõik Meditsiiniuudistes avaldatud artiklid, fotod, teabegraafika (sh päevakajalised, majanduslikul, poliitilisel või religioosel teemal) on autoriõigusega kaitstud ning nende reprodutseerimine, levitamine ja edastamine mis tahes kujul on ASi Äripäev kirjaliku nõusolekuta keelatud. Kaebuste korral ajalehe sisu kohta võite pöörduda Pressinõukogusse, pn@eall.ee või tel (372) 646 3363.



KARDIOLOOGIA kliinikumi kardioloog **ALAR IRS** sõnul on ravijuhistesse jõudnud, et vaid ordineeritud ja kiiresti üles tiitritud ravimist on kasu. [Lk 5–6](#)

KARDIOLOOGIA ITK kardioloog **ANU HEDMAN** vahendab, et kaasaegne stenokardia ravi suunatud müokardi isheemiat põhjustava mehhanismi ravile. [Lk 8–10](#)

KARDIOLOOGIA Prof **MARGUS VIIGIMAA** tutvustab hüpertensiooni kaasajastatud ravijuhiseid. [Lk 12–14](#)

REUMATOLOOGIA ITK reumatoloog **SANDRA MEISALU** ütleb, et bioloogiline ravi muutus eelmisel aastal varasemast kättesaadavamaks. [Lk 15](#)

DERMATOLOOGIA Viimase kümne aasta arengute märksõnaks võib pidada täppisravi ehk sihtmärgistatud rav, ütleb kliinikumi dermatoveneroloog **LIIS RAAM**. [Lk 16–18](#)

DIABEET Psoriaasiravi kaugjälgimise projekt oli edukas ja jõudis sügisel lõppfaasi. Projekti kliiniline juht prof **KÜLLI KINGO** sõnul saab arst patsiendi seisundist hea ülevaate ja vajadusel ravi korrigeerida. [Lk 22–24](#)

DIABEET Enteroviirustel on oluline roll I tüüpi diabeedi kujunemisel, leidis **HANNA SEPP** Tartu ülikoolis kaitstud magistritöös. [Lk 26](#)

Järgmine number ilmub **aprillis 2024**.

Vaimse tervise konverents 2024

14.03.2024

Viru konverentsikeskus,
WorksUp veeb

Sihtgrupp: perearstid, pere-
õed, psühhiaatrid, psühholoogid,
vaimse tervise õed, sotsiaal-
töötajad jt teemast huvitatud
meditsiinitöötajad

- Depressiooni ja ärevushäirete farmakogeneetika
- ATH ja depressiooni komorbiidsus
- Nooruki depressiooni erinevad paled
- Ravimiresistentne depression
- Autoagressivne depressiivne nooruk
- Apraamid ajuravis
- Mittetraditsioonilised farmakonid
- Teraapiad depressiooni ravis

Konverentsil osalemine annab
7,5 täiendkoolituspunkti

Kava ja registreerimine:
[pood.aripaev.ee/konverentsid-
vaimse-tervise-konverents-2024](https://pood.aripaev.ee/konverentsid-vaimse-tervise-konverents-2024)



Eesti Psühhiaatrite Selts
Estonian Psychiatric Association



MEDITSIINI-
KONVERENTSID



Eestis on
südamehaigused
seotud peamiselt
metaboolsete ja
eluviisiriskidega.
FOTO: SHUTERSTOCK

Vaid õige annuseni tiitritud südameravimist on kasu

Tartu ülikooli kliinikumi südamekliiniku juht vanemarst-õppejõud **Alar Irs** tutvustas konverentsil Meditsiini Update 2023 kardioloogiauudiseid, mis võiks kõnetada ka teiste erialade spetsialiste.

VIOLETTA RIIDAS, toimetaja

Kui mõnes arenenud riigis tundub, et onkoloogilised ja kardiovaskulaarsed haigused hakkavad surma põhjusena sageduselt võrdsustuma, siis Eestis on südamehaigused endiselt juhtival kohal. Seejärel on tükk tühja maad, järgnevad pahaloomulised kasvaja, ja veel harvematena õnnetusjuhtumid, hingamisteede haigused ning teised tõved – selline on nii suremuse kui ka tervisekao statistika. Samas haigestutakse südamehaigustesse varasemast eakamana, sellega elatakse kauem ja surrakse vanemana.

Maaailmas on südamehaiguste spekter piirkonniti erinev. Kesk-Euroopas ja sealhulgas Eestis on esikohal südame isheemiatõbi, aju isheemilised haigused, intratserebraalne hemorraagia ja hüpertensiivne südamehaigus koos sellest johtuva südamepuudulikkusega.

Riskifaktorite osas suuri uudiseid pole ehk endiselt on kolm suurt kategooriat: metaboolsed, eluviisiga seotud ja keskkonna riskid. Kui vaadata, kui palju haiguskoormust üks või teine kaasa toob,

siis enim mõjutavad meie inimesi ikka metaboolsed ja käitumuslikud faktorid – isheemiatõbi ja insult tulenevad kõrgest vererõhust, kõrgest kolesteroolitasemest, vales toiduvalikust ja suitsetamisest. Kui tahame, et midagi läheks paremaks, siis peame tegelema just nende teemadega.

Olukord on küll tunduvalt parem kui 90ndate alguses, kuid siit edasi liikumiseks tuleb tegutseda teisiti. Selleks, et midagi oleks 20, 30 või 40 aasta pärast südamehaigustega paremini, tuleb tegeleda laste ja noorte täiskasvanutega ning mõjutada nende tervisekäitumist.

NUTIDIAGNOOSITUD HAIGUSED

Võtame näiteks kodade virvendusarütmia (KVA), mis on kõige sagedasem rütmihäire täiskasvanutel ning millega kaasneb trombemboolia, südamepuudulikkuse ja enneaegse surma risk. KVAg puutuvad kokku kõik arstid. KVAd on seni diagnoositud nii, et inimene on läinud kaebustega arstile, talle on tehtud EKG või katsutud pulssi ja on leitud, et süda on rütmist väljas. Või on talle kaebuste tõttu

tehtud 24tunni Holter-monitooring. Vahel tehakse EKG ka mõnel muul põhjusel ja leitakse rütmihäire. Kui me märkame rütmihäiret nende meetoditega, siis on see pidev või väga sagedane.

Eestis on üsna paljudel inimestel südamestimulaator, mis jätab kõik südames toimuva meelde. Seal on arstil võimalik näha, et aeg-ajalt töötab süda väga kiiresti ja ebaregulaarselt (ingl k atrial high rate episodes, AHRE). Sarnaselt stimulaatori infole saame südame tööd jälgida nutiseadmete abil, sel moel avastatud rütmihäiret kaebusteta inimesel nimetatakse subkliiniliseks KVaks.

Viimase umbes 20 aasta jooksul on hulk vaatlusuringuid viidanud, et sel moel leitud virvendusarütmiaiga kaasneb sarnaselt tavameetoditega diagnoositud rütmihäirele trombemboolia risk. Järgmine mõte oli, et võib-olla me peaksime kõiki neid haigeid ka antikoagulantidega ravima, et insuldiriski vähendada. Selle üles spekulatiiviti päris kaua ja kahjuks ilma piisava tõenduseta jõudsid soovitused ka ravijuhistesse. Pisut jäi tahaplaa-

nile uuringute info, et trombemboolia risk näib olevat seotud rütmihäire sageduse ja kestusega.

Kui rütmihäiret on mõni episood kuus või on see väga lühiajaline, ei pruugi see resulteeruda suurenenud riskis.

2023. aastal avaldati kahe suure uuringu tulemused (ARTESIA, NOAH-AFNET 6) antikoagulatsiooni toimest AHRE puhul ehk nendel patsientidel, kellel südamestimulaatori mälu alusel leiti kodade kiire sageduse episoodid. Üks uuring tehti apiksabaaniga ja teine edoksabaaniga. Tegemist oli suurte kvaliteetsete uuringutega.

Seadme mälu alusel leitud patsiendid olid ühes uuringus üle 55aastased, teises üle 65aastased. Inimesed jagati kahte rühma, ühes uuringus said ühed apiksabaani, teistele anti aspiriini. Teises uuringus vastavalt edoksabaani või platseebot. Võrdlusrühma insuldirisk aastast oli 1%, mis on suhteliselt väike. Juhul, kui see risk juba on väike, siis ravimitega mingit kasu näidata on väga keeruline. Ehk, et väikest riski saab teha ainult veidi väiksemaks ja efekt saab olla ainult mõõduka suurusega. Seega õnnestus mõlemas uuringus viia risk ühelt juhult 0,6 või 0,8 juhuni 100 patsiendiaasta kohta. Samas põhjustas antikoagulantravi mõlemas uuringus omajagu verejookse. Mida see tähendab? See näitab, et tehniliste vahenditega (stimulaatorid, rütmivahurid, nutiseadmed) leitud lühiajaline subkliiniline KVA ei põhjusta nii suurt trombemboolia riski kui tavaliste meetoditega diagnoositud KVA. Antikoagulantidega saab seda väikest riski küll veel vähendada ja 1000 patsienti aastas ravides saame ära hoida kolm ajuinfarkti, kuid me tekitame selle raviga seitse tõsist veritsust. Üldistades – senisest erineval viisil (nuti-)diagnoositud seisundite iseloom võib olla varasemast erinev ning see võib mõjutada ka ravi kasu ja kahju suhet.

UUED RAVIJUHENDID

2023. aastal avaldati neli uut Euroopa kardioloogide seltsi ravijuhendit ja ühte natuke värskendati. Osa neist on väga kardioloogiaspetsiifilised, aga mõnel on laiem mõju ka teistele erialadele.

Laiemalt oluline on südameveresoonkonna haiguste ja diabeedi juhend. Ägedate koronaarsündroomide juhendit palju ei muudetud, kuid see on siiski oluline. Kindlasti mõjutab kõiki südamepuudulikkuse ravijuhend. Põhilised uuendused puudutasid diabeediravimeid, mis on osutunud tõhusaks ka südamepuudulikkuse ravimisel.



Doktor Alar Irs FOTO: MEELI KÜTTIM

SGLT2 inhibiitorite (empaglifloosiin, dapaglifloosiin) soovitus laiendati kergelt vähenenud ja säilinud väljutusfraktsiooniga südamepuudulikkuse patsientidele. Samuti antakse nõu, kuidas kroonilise neeruhaiguse ja II tüüpi diabeediga patsientidel ennetada südamepuudulikkust.

Rõhutatakse ka üht väga sügavmõtetist seisukohta – südameravimistest on kasu vaid siis, kui neid patsiendile anda. Üllatuslikult kirjutati see mõte ka ravijuhendisse sisse. Sõnum tuleb uuringust STRONG-HF. SP tõttu haiglasse sattunud inimestel alustati kohe ravi ja tiitriti kuue nädala jooksul kiiresti üles. Eesti tingimustes tähendab see kardioloogi, sisearsti ja esmatasandi koostööd, sest iseenesest ravimiannus kuskile ei tõuse ja patsienti nägemata pole ka ohutu seda tõsta. Kui STRONG-HF uuringu sarnast 3-4 jälgimisvisiidiga tiitrimist teha, õnnestub saada suurem efekt kui ühe ravimi lisamisega. Ehk kui me hakkame ravimeid andma kiiresti pärast SP ägenemist, siis neil patsientidel läheb palju paremini kui siis, kui me teeme seda nii nagu praegu – ehk praktiliselt kunagi ei jõua eesmärknasteni.

Sageli me ei jõua ka kõigi nende ravimiteni, mida need patsiendid peaksid saama. Selle põhjal anti soovitus, et SP tõttu hospitaliseeritud patsientidel on soovitatav hospitaliseerimise ajal/lõpul alustada südamepuudulikkuse intensiivset tõenduspõhist ravi ning see sagedaste jälgimisvisiitide (nt 1, 2, 4, 6 nädalal)

käigus 6 nädala jooksul tiitrida eesmärgnasteni.

Meditatsioon tundub meile tavaliselt, et riskid on seotud millegi tegemisega. SP puhul on meil olemas väga efektiivne medikamentoonne ravi ja põhiline risk ei ole mitte ravi alustamine, vaid patsiendi kahjustamise risk on suurem siis, kui me ei ravi piisavalt tõhusalt. Sel moel saab ravi ka patsientidega arutada.

VÄHEMINVASIIVSE RAVI EDULUGU

Interventsionaalkardioloogia edu jätkub ja ennekõike puudutab see arenguid südameklappide ravimisel. Pärartereid oleme me aastakümneid ravinud peamiselt kateetri kaudu, eriti ägeda koronaarsündroomi puhul. Ka klapi ravi on viimase 20 aastaga drastiliselt muutunud. Ajaloos on klapi patoloogia ravi kippunud olema ohtlikum kui haigus ise ning seetõttu on sekkumised lükatud tugevasti sümptomaatilisse staadiumisse, kus süda on sekundaarselt raskelt kahjustunud. Aordiklapi stenoosi puhul on kõneks varasema sekkumise võimalused ja kasu, kuna sekkumine on muutunud ohutumaks. Atrioventrikulaarklappide puhul on perkutaansed meetodid end õigustanud nii opereerimatute patsientide puhul kui ka sekundaarse klapi puudulikkuse ravis südamepuudulikkuse raviskeemi osana.

Mõlemad interventsiooni meetodid, nii kateetri kaudne aordiklapi proteesimine kui ka mitraalklapi plastika, on Eestis kasutusel ja juurutatud esimesena kliinikumis. Praegu on mõlemad protseduurid kättesaadavad nii kliinikumis kui regionaalhaiglas, ent mahud on väiksemad kui potentsiaalsete patsientide hulk epidemioloogiliste andmete alusel. Siit palve mittekardioloogidele – ootame väga neid patsiente, sest neil ei lähe hästi, kui neid ei ravita.

Aordiklapi stenoosiga patsiendi leiab üles selle järgi, et kui panna rindkerele stetoskoop, siis kostab tugev süstoolne kahin, mis sageli kandub ka kaelale. Ehho-uuringul on näha kitsaks jäänud aordiklappi. Kui patsiendil on sümptomid ja aordiklapi raske stenoos, vajab ta kiiresti abi.

Sekkumist vajava mitraalregurgitatsiooni leiab näiteks patsiendil, kellel on krooniline südamepuudulikkus, keda ravitakse 3-4 ravimi eesmärgnastusega, kuid kellel on jätkuvalt kehva koormustaluvus ja SP sümptomid. Ehhokardiograafial paistab raske mitraalklapi tagasivool. Ka selline patsient on väga oodatud. Lihtsaim viis meiega kliinikumis nõu pidada on e-konsultatsioon.

ELIQUIS®
(apiksabaan):

**EFEKTIIVUS
JA OHUTUS,
MILLE VALIN^α**

ENDA

ISA

SÕBRANNA

PATSIENDI JAOKS

^αPõhineb NVAF-i
kliinilistel uuringutel
vs varfariin



Paremus insultide ennetamisel ↓**21% RRR**^{1*}



Vähem suuri verejookse ↓**31% RRR**^{1*}



Väiksem üldsuremus ↓**11% RRR**^{1*}



Seedetrakti säästev insuldikaitse^{1*}



Ööpäevaringne insuldikaitse^{1,2}

*vs. varfariin

RRR = suhtelise riski vähenemine

1. Granger CB *et al.* N Engl J Med 2011;365:981-992. 2. Frost *et al.* Br J Clin Pharmacol 2013; 76: 776-786.

Eliquis® (apiksabaan) 2,5 mg või 5 mg õhukese polümeerikattega tabletid. INN. *Apixabanum*. Näidustused: insuldi ja süsteemse emboolia ennetamine täiskasvanud patsientidel, kellel esineb mittevulvaarne kodade virvendusarütmia (*nonvalvular atrial fibrillation*, NVAF) koos ühe või mitme riskiteguriga, milleks on eelnev insult või transitoorne isheemiline atakk (TIA); vanus ≥75 aastat; hüpertensioon; diabeet; sümptomaatiline südamepuudulikkus (NYHA klass ≥ II). Süvaveenitromboosi (SVT) ja kopsuarteri trombemboolia (KATE) ravi ning korduva SVT ja KATE ennetamine täiskasvanutel. Retseptiravim. Müügiloo hoidja: Bristol-Myers Squibb/Pfizer EEIG, Plaza 254, Blanchardstown Corporate Park 2, Dublin 15, D15 T867, Iirimaa. Täiendav teave saadaval müügiloo hoidja Eesti esindusest: Pfizer Luxembourg SARL Eesti filiaal, A. H. Tammsaare tee 47, 11316 Tallinn. Tel. nr. +372 666 7500. SPC 05/2023. Materjal kinnitatud: august 2023.



FOTO: SHUTTERSTOCK

Stenokardia ravi põhimõtted on aja jooksul muutunud

Ida-Tallinna keskhaigla südamekeskuse kardioloog MD PhD **Anu Hedman** tegi veebiseminaril ettekande teemal “Stenokardia kaasaegne ravi – milline ravim, millise patsiendi jaoks?”.

HANNA FRIIDA KONKS, TÜ VI kursuse arstitudeng

Stenokardia ravi eesmärgid on parandada sümptomaatikat ja pikendada elulemust.

Stenokardia on sagedasim kroonilise koronaarhaiguse sümptom. Stabiilne stenokardia toob arsti juurde umbes 2–4% patsientidest, sest halvendab ebameeldiva valu-sündroomi ja langenud koormustaluvuse tõttu oluliselt patsientide elukvaliteeti.

Stenokardia patsientide kardiovaskulaarsete (KV) tüsistuste risk on võrreldes stenokardiata patsientidega kaks korda kõrgem. CLARIFY/BRIDGE andmetel on stenokardia ligi 50% koronaarhaigest, seda vaatamata ≥ 2 stenokardiavastase ravimi kasutamisele ja/või revaskulariseerivale ravile.

REVASKULARISEERIVA RAVI UURINGUD

Stenokardia ravi põhimõtted on aja jooksul muutunud ja revaskulariseerivat ravi korduvalt uuritud. Doktor Hedman kirjeldas Ischemia Triali uuringut, kus väideti, et invasiivne revaskulariseeriv ravi on optimaalsest medikamentoosest ravist parem.

Üks patsiendigrupp sai optimaalset medikamentoosest ravi ja teine eelnevale lisaks revaskulariseerivat ravi. Patsiente jälgiti kolm aastat. Põhitulemiks oli KV surm, MI, hospitaliseerimine ebastabiilse stenokardia tõttu, SP ja elustamine. Kahe grupi lõpptulem ei erinenud.

Mõlema grupi ravimikasutus oli sama. Patsientide skriinimisel esines 21% raske/möödukas

isheemia ning KT-angiograafial normileid. 30% invasiivse ravigrupi patsientidest ei vajanud PKId, ainult 25% medikamentoose ravi grupist vajab PKI uuringut.

90% patsientidest lõpetas uuringu käigus suitsetamise, vererõhu kontroll saavutati 77%, ja LDL-C väärtus $< 1,8$ mmol/l 59% patsientidest. Seega ei tõestanud revaskulariseeriv ravi võrreldes optimaalse medikamentoose raviga oma paremust. Optimaalne medikamentoonne ravi peab olema kasutusel pikemat aega enne, kui patsient saadetakse revaskularisatsioonile.

Stenokardia ravi eesmärgid on parandada sümptomaatikat ja pikendada elulemust. Lipiidide kontsentratsiooni vähendavad ravimid on näidustatud kõikidele patsientidele: 70% hüpertoonikutest ja 30% DM2 patsientidest on veres kõrge lipiidide sisaldus.

Aterosklerootiline koronaarstenooos on stenokardia sage põhjus, kuid müokardi isheemiat põhjustavad ka paljud muud mehhanismid, kus invasiivne ravi ei aita, näiteks epikardiaalsete koronaaride spasm, mikrovaskulaarne düsfunktsioon, arterioolide/kapillaaride häired ja häirunud ainevahetus/hapniku transport müokardis.

Stabiilse stenokardia sümptomid on surve, raskustunne vasakul või kesk rinnus ja füüsilise



PRENESSA®
perindopriil

Roxiper®

rosuvastatiin / perindopriil /
indapamiid



CO-DALNESSA®
perindopriil / amlodipiin / indapamiid



CO-PRENESSA®
perindopriil / indapamiid



DALNESSA®
perindopriil / amlodipiin

KRKA PERINDOPRIILIDE PEREKOND

Lahendus igale hüpertensiooniga patsiendile

Prenessa (perindopriil) 4 mg tabletid N30 ja 8 mg tabletid N30. Näidustus: Arteriaalne hüpertensioon. Sümptomaatiline südamepuudulikkus. Stabiilne südame isheemiatõbi: südamehaiguste tüsistuste riski vähendamine patsientidel, kellel on anamneesis müokardiinfarkt ja/või revaskularisatsiooni protseduur. **Co-Prenessa** (perindopriil/indapamiid) tabletid 2 mg/0,625 mg N30; 4 mg/1,25 mg N30; 8 mg/2,5 mg N30. 2 mg/0,625 mg näidustus: essentsiaalne hüpertensioon. 4 mg/1,25 mg näidustus: essentsiaalse hüpertensiooni ravi patsientidel, kellel perindopriili monoterapia ei taga piisavat vererõhu langust. 8 mg/2,5 mg näidustus: essentsiaalse hüpertensiooni ravi patsientidel, kellel kombinatsioonravi samas annuses perindopriili ja indapamiidiga on taganud piisava vererõhu languse. **Dalnessa** (perindopriil/amlodipiin) tabletid 4 mg/5 mg N30; 4 mg/10 mg N30; 8 mg/5 mg N30; 8 mg/10 mg N30. Näidustus: Essentsiaalse hüpertensiooni ja/või stabiilse südame isheemiatõve raviks patsientidel, kellel perindopriili ja amlodipiini samade annuste samaaegne manustamine on taganud piisava vererõhu languse. **Co-Dalnessa** (perindopriil/amlodipiin/indapamiid) tabletid 4 mg/5 mg/1,25 mg N30 ja N60; 4 mg/10 mg/1,25 mg N30 ja N60; 8 mg/5 mg/2,5 mg N30 ja N60; 8 mg/10 mg/2,5 mg N30 ja N60. Näidustus: Essentsiaalse hüpertensiooni ravi patsientidel, kellel perindopriil/indapamiidi ja amlodipiini samade annuste koosmanustamine on taganud piisava vererõhu languse. **Roxiper** (rosuvastatiin/perindopriil/indapamiid) 10 mg/4 mg/1,25 mg N30; 10 mg/8 mg/2,5 mg N30; 20 mg/4 mg/1,25 mg N30; 20 mg/8 mg/2,5 mg N30. Näidustus: Essentsiaalse hüpertensiooni ravi täiskasvanud patsientidel, kui kaasneb üks järgmistest seisunditest: primaarne hüperkolesteroleemia (tüüp IIa, sealhulgas heterosügootne perekondlik hüperkolesteroleemia), segatüüpi düslipideemia (tüüp IIb) või homosügootne perekondlik hüperkolesteroleemia.

Retseptiravim. Müügiloo hoidja: KRKA d.d., Novo mesto, Šmarješka cesta 6, 8501, Sloveenia. Täiendav teave on saadaval müügiloo hoidja Eesti esindusest: KRKA d.d., Novo mesto, Eesti filiaal, Pärnu mnt 141, 11314 Tallinn, Eesti. Tel: +3726671658.

koormuse järgne õhupuudus, mis kaob puhkamisel. Vasospastilise stenokardia korral on sümptomid rahuolekus öösel või varahommikul, reeglina mitte füüsilisel koormusel.

Mikrovaskulaarne stenokardia meenutab klassikalist stenokardiat, mis esineb nii rahuolekus kui ka füüsilisel koormusel ning esineb kuni 30% stenokardiaga patsientidest.

Kaasaegne stenokardia ravi on suunatud müokardi isheemiat põhjustava mehhanismi ravile. Ravijuhised soovivad kuut ravimgruppi: beeta-blokaatorid, nitropreparaadid, kaltsiumantagonistid, trimetasidiin, ranolasiin ja ivabradiin (nikorandiil). Ükski stenokardia ravim ei ole näidanud kroonilise koronaarhaiguse prognoosi parandavat toimet, kuid need vähendavad oluliselt stenokardia esinemissagedust.

Medikamentoose ravi optimeerimine peaks kestma 3–6 kuud enne invasiivse ravi otsust. Klassikaline astmeline raviskeem on soovituslik, ravistrateegia peab arvestama patsiendi individuaalset profiili ja ravimeelistusi.

NITROPREPARAATIDE KASUTAMINE

Mikrovaskulaarne ja vasospastiline stenokardia esineb 30% stenokardiaga patsientidest. Suurte koronaaride spasmi korral on valikravimiks nitropreparaadid, kaltsiumantagonistid, beetablokaatorid, vasospastilise stenokardia korral nitro-preparaadid ja kaltsiumantagonistid (kui väljutusfraktsioon on normis).

Nitropreparaate SP korral ei soovitata ja kasutada tuleb väiksemat toimivat doosi, nitroresistentsuse vältimiseks peaks ööpäevas olema 8–12 h puhkust. BBd võivad põhjustada reflektahükardiat. Väikeste arterioolide spasm võib olla nitroresistentne, siis on eelistatud ranolasiin ja trimetasidiin.

KODADE VIRVENDUSARÜTMIA

Kodade virvendusarütmia (KVA) üks põhisümptom on rindkerevalu ja valikravim BB, mitte DHP-KaA, trimetasidiin või ranolasiin. Ivabradiini KVA puhul ei tööta ja võib suurendada selle esinemissagedust. Diabeeti põeb 30% stenokardiaga patsientidest. Ravimitest parandavad insuliinresistentsust nebivolool ja karvedilool.

Ranolasiin vähendab HbA1C 0.5–0.7%, eGFR väärtus peab olema > 35.

30% KOKi haigetest on kaasuvana koronaarhaigus, ka 2–3 korda suurem SP risk. Peale KOKi ägenemist suureneb ägeda koronaarhaiguse tekkerisk nädalatega. Valikravimid on nebivolool, metoprolol, bisoprolol, kui kaasuvad rütmihäired ja SP.

Ateroskleroosiline koronaarhaigus on ainult üks paljudest koronaarhaiguse fenotüüpidest.

Ravivaliku määravad patsiendi füsioloogia ja kaasuvad haigused.

Kasutada tuleks preparaati, mis parandab konkreetsel patsiendil sümptomaatikat kõige paremini. Invasiivse ravi kasuks tuleb otsustada siis, kui muu kaasuv ravi on optimeeritud ja ebapiisav.

Anu Hedmani sõnul on kaasaegne stenokardia ravi suunatud müokardi isheemiat põhjustava mehhanismi ravile.

FOTO: JULIA-MARIA LINNA



Stenokardial on mitu nägu

▶ Stabiilne stenokardia

Surve, raskus, õhupuudus, pressimistunne vasakul või kesk rinnus füüsilise koormuse järgselt, mis kaob puhkamisel.

▶ Vasospastiline stenokardia

Stenokardia rahulolekus öösel või varahommikul, reeglina mitte füüsilise koormusel.

▶ Mikrovaskulaarne stenokardia

Klassikalist stenokardiat meenutavad episoodid nii rahulolekus kui füüsilise koormusel. Esineb kuni 30% stenokardiaga patsientidest.

Stenokardia on kõige sagedasem kroonilise koronaarhaiguse sümptom

▶ Stabiilne stenokardia toob arsti juurde 2–4% patsientidest.

▶ Stenokardia halvendab oluliselt patsientide elukvaliteeti tänu väga ebameeldiva valusündroomi ja langenud koormustaluvuse tõttu.

▶ Stenokardia on rohkem kui lihtsalt valu rinnus:

stenokardiaga patsientidel on KV tüsistuste risk 2 x kõrgem võrreldes stenokardiata patsientidega.

▶ CLARIFY/BRIDGE registrite andmed: ligi 50% koronaarhaigeist esineb stenokardia ka vaatamata ≥ 2 stenokardiavastase ravimi kasutamisele ja/või revaskulariseerivale ravile.

„Veresoone parandamise“ kontseptsioon on muutunud

▶ Revaskulariseeriv ravi ei ole näidanud oma paremust võrreldes optimaalse medikamentoose raviga.

▶ < 33% patsientidest saab optimaalset ravi enne revaskulariseerimist.

Optimaalne medikamentoonne ravi peab ilmselt kestma pikemat aega enne revaskulariseerimist.

Allikas: Anu Hedman

Katkematu kaitse düslipideemia ravis

2 doosiga aastas*¹



LEQVIO®

(inklisiraan) 284 mg/1,5 ml
süstelahus süstlis

100%

soodusmääraga
kombinatsioonis statiini
ja esetimiibiga
rev kardioloogil²

Aterosklerootilise
naastu teke

Patsientidel, kellel on:

- **ÄGEDAST KORONAARSÜNDROOMIST**
(STEMI, NSTEMI, ebastabiilne stenokardia),

- **ISHEEMILISEST INSULDIST**

- **või REVASKULARISEERIMISEST**
(koronaararteri, karotiidarteri, perifeersete arterite)

möödunud ≤ 12 kuud ning vaatamata 1-3 kuud kestnud ravile maksimaalses talutavas annuses statiini ja esetimiibiga ei ole saavutatud LDL-kolesterooli eesmärkväärtust (< 1,4 mmol/l) ning patsiendi LDL-C väärtus on seejuures ≥ 3 mmol/l või kellele statiin/esetimiib on vastunäidustatud ning patsiendi LDL-C väärtus on seejuures ≥ 3,0 mmol/l.²

- **KROONILISE PEREKONDLIKU
HÜPERKOLESTEROLEEMIA patsientidel**

(E78.O) dokumenteeritud ateroskleroosi korral, kui varasem ravi maksimaalselt talutavas annuses statiini ja esetimiibiga on osutunud ebapiisavaks või on need ravimid olnud vastunäidustatud ning patsiendi LDL-C väärtus on ≥ 3,0 mmol/l.²

* LEQVIO®-t (inklisiraan) annustatakse ühe subkutaanse süstena ravi alguses, uuesti 3 kuu möödudes ja pärast seda iga 6 kuu järel kombinatsioonis statiini ja teiste lipiidisaldust vähendavate ravimitega.¹

100% soodustus rakendub RHK-10 koodide E78.0; I20.0; I21; I22; I25; I63; I65; I66; I70.2; Z95 korral.²

▼ Sellele ravimile kohaldatakse täiendavat järelevalvet, mis võimaldab kiiresti tuvastada uut ohutusteavet. Tervishoiutöötajatel palutakse teatada kõigist võimalikest kõrvaltoimetest www.ravimiamet.ee kaudu.

Leqvio (inklisiraan) 284 mg süstelahus süstlis. Näidustus: Leqvio on näidustatud esmase hüperkolesteroleemia (heterosügootne perekondlik ja mitteperekondlik) või segatüüpi düslipideemia raviks täiskasvanutele koos dieediga:

- kombinatsioonis statiini või statiini ja teiste lipiidisaldust vähendavate ravimitega patsientidel, kellel statiini maksimaalse talutava annusega ei saavutata LDL-kolesterooli eesmärkväärtust, või
- üksikravimina või kombinatsioonis teiste lipiidisaldust vähendavate ravimitega patsientidel, kes ei talu ravi statiinidega või kellele statiinid on vastunäidustatud.

LEQVIO (inklisiraan) on hästi talutav. Kõige sagedasemad inkliisiraaniga seotud kõrvaltoimed olid kõrvaltoimed süstekohas (8,2% vs 1,8% platseebo rühmas).¹

LDL-C – madala tihedusega lipoproteiini kolesterool; **NSTEMI** – ST-segmendi elevatsioonita müokardiinfarkt; **STEMI** – ST-segmendi elevatsiooniga müokardiinfarkt; **rev** – ravimi esmane väljakirjutamise õigus.

Retseptiravim. Müügiloa hoidja: Novartis Europharm Limited, Vista Building, Elm Park, Merrion Road, Dublin 4, Iirimaa. **Lisateave:** www.ravimiamet.ee ja **müügiloa hoidja esindus:** SIA Novartis Baltics Eesti filiaal, Pärnu mnt 141, 11314, Tallinn, tel: 6 630 810.

Viited: 1. LEQVIO (inklisiraan) ravimi omaduste kokkuvõte 08/2023. 2. Alates 01.01.2024 kehtiv Eesti tervisekassa ravimite loetelu. <https://www.tervisekassa.ee/partnerile/ravimitest/soodusravimid>. Kasutatud 12.12.2023.

12/2023 BS2312133651

Ravimi omaduste
kokkuvõtte leiate siit:



NOVARTIS

Hüpertensiooni ravijuhised läbisid värskenduse

Põhja-Eesti regionaalhaigla kardioloog professor **Margus Viigimaa** tegi veebiseminaril ettekande teemal "Kaasajastatud hüpertensiooni ravijuhised 2023".

HANNA FRIIDA KONKS, TÜ VI kursuse arstitudeng

Hüpertensioon on kõige levinum südameveresoonkonna haigus maailmas: WHO andmetel on see 1,28 miljardil täiskasvanul vanuses 30–79 aastat. Hüpertensiooni põeb 30–79aastasest meestest 34% ja naistest 32%. Eestis saab igapäevaselt ravi u 300 000 patsienti.

Kaasajastatud hüpertensiooni ravijuhendis (2023) on hüpertensiooni diagnoosimise osas tulnud juurde täpsustusi. Vererõhku tuleks mõõta ambulatoorsel vastuvõtul neljanädalase vahega, korraga kolm mõõtmist üheminutiliste intervallidega, teise ja kolmanda tulemuse keskmine kantakse haiguslukku. Kui patsiendil esineb III astme hüpertensioon, tuleb selle ravi alustada kohe ning korduvaid mõõtmisi tegema ei pea. Vererõhku tuleb mõõta mõlemalt käelt. Kui vererõhkude erinevus käte vahel on 15–20 mmHg, võib kahtlustada, et patsiendil on kaugelearenenud ateroskleroos.

Kardiovaskulaarse (KV) riski määramine on sarnane eelmiste hüpertensiooni ravijuhenditega. 2021. aastal kirjeldati esimest korda Score 2 riskiskoori. Diabeedi osas avaldas ESC sellel aastal Diabetes score'i. Meeles tuleb pidada, et diabeetikute KV risk on alati 2–4 korda kõrgem. Hüpertensiooni diagnoosikriteeriumid on sarnased varasemate kriteeriumitega. Kabinetis mõõtmistel annab vererõhu diagnoosi vererõhk >140/90mmHg, 24h keskmisel >130/80mmHg, kodus mõõtmisel >135/85mmHg.

OLULINE ON PATSIENDI NÕUSTAMINE

Hüpertensiooni ravi valikul tuleb arvestada hüpertensiooni raskusastet ja organkahjustust ning patsienti tuleb enne ravi alustamist nõustada elustiili ja selle muutuste osas. Eakatel hüpertoonikutel on ravitulemused paremad, kui süstoolne vererõhk (SVR) on <130 mmHg. New England Journal of Medicine avaldas 2021. aastal Hiinas tehtud uuringu, kus võrreldi kahte gruppi – standardraviga ja intensiivse raviga patsiente. Uuringu



Prof Margus Viigimaa on pühendunud hüpertensiooni ravile.

FOTO: RAUL MEE

Hüpertensioon on suurim tapja

- ▶ Hüpertensioon on kõige levinum SVH.
- ▶ WHO andmetel on HTN maailmas 1,28 miljardil täiskasvanul vanuses 30–79 aastat.
- ▶ HTN põeb 30–79aastasest meestest 34% ja naistest 32%.

Statiinravi on oluline hüpertooniku ravi komponent

- ▶ Ravijuhendis rõhutakse statiinravi olulisust kõrgvererõhktõvega haigetel.
- ▶ Viidatakse, et seda tuleks veelgi laiemalt kasutada.
- ▶ Statiinravi vähendab hüpertoonikul südameinfarkti riski u 33% ja ajuinsuldi riski 25% ning seda ka juhul, kui vererõhk on ohjatud.

Allikas: Margus Viigimaa

tulemusena leiti kahe grupi vahel suur erinevus: patsientidel, kes said intensiivset ravi ehk SVR hoiti alla <130 mmHg, oli oluliselt vähem kardiovaskulaarseid tüsistusi, kui teisel grupil.

Võrreldes 2021. aastaga on hüpertensiooni ravimite kuusnurgast saanud nelinurk. Hüpertensiooni põhiravimiteks on ACEI/ARB, tiasiidilaadsed diureetikumid, BB ja KKB. Ravijuhis soovib kasutada fikseeritud ravimkombinatsioone, sest nendega on ravisoostumus ja ravivastus oluliselt parem. Omavahel võib kombineerida ACEI/ARB ja KKB või ACEI/ARB ja diureetikume. Diureetikumi võiks määrata patsiendile, kes on südamepuudulikkusele kalduv, metaboolse sündroomiga haigetel võiks eelistada kombinatsiooni KKBga. Kui on vajadus, saab kombineerida kolme ravimit omavahel. Kui sellega vererõhu eesmärkväärtusi ei saavutata, tuleks raviskeemi lisada spironolaktoon. BBd võib kasutada raviskeemi igal etapil. ACEI ja ARBi efektiivsuses erinevusi ei ole leitud. Patsientidel, kelle vererõhud on kõrgemad hommikuti, soovitatakse põhiravimit võtta õhtuti ja vastupidi.

Süstoolse vererõhu eesmärkväärtused on üle 80aastastel 130–150 mmHg, kui patsiendi ravi on alustatud õigel ajal, on SVR eesmärk 130–139. Sellisel juhul ei muuda

KOMBINATSIOONRAVIM ESSENTSIAALSE KÕRGVERERÕHKTÕVE RAVIKS!

Üks Sanoral 40 mg / 5 mg tablett sisaldab¹

- 40 mg olmesartaan-medoksomiili
- 5 mg amlodipiini

Üks Sanoral 40 mg / 10 mg tablett sisaldab¹

- 40 mg olmesartaan-medoksomiili
- 10 mg amlodipiini

SOODUSTUSEGA²
75-90%
DIAGNOOSIKOODID I10-I13, I15



olmesartaani + amlodipiini kombinatsioonravim
**2 TOIME-
AINET**

Näidustus: Essentsiaalne hüpertensioon. Kombineeritud ravim on näidustatud täiskasvanutel patsientidel, kellel olmesartaanmedoksomiili või amlodipiini monoteeraapia ei taga piisavat vererõhu langust.

Pakend. 28 tabletti pakendis. Retseptiravim.

Annustamine: Täiskasvanud: Sanorali soovitatav annus on 1 tablett ööpäevas. Enne fikseeritud kombinatsioonile üleminekut on soovitatav ravimi individuaalsete komponentide annuseid järk-järgult kohandada. Kliinilise näidustuse korral võib kaaluda ka kohest üleminekut monoteeraapialt fikseeritud kombinatsioonile. Kasutamise hõlbustamiseks võib olmesartaanmedoksomiili ja amlodipiini monoteeraapiana saavatele patsientidele määrata samade annustega Sanorali kombineeritud ravimit. Sanorali võib võtta koos toiduga või ilma.

Enne ravimi väljakirjutamist palun tutvuge ravimi omaduste kokkuvõttega (kinnitatud augustis 2022).

Vastunäidustused: Ülitundlikkus toimeainete, dihüdropüridiini derivaatide või abiainetes suhtes. Raseduse teine ja kolmas trimester. Raske maksapuudulikkus ja sapipais. Sanorali samaaegne kasutamine aliskireeni sisaldavate ravimitega on vastunäidustatud suhkurtõve või neerukahjustusega (GFR < 60 ml/min/1,73 m²) patsientidele. Ravimis sisalduva amlodipiini tõttu on Sanorali vastunäidustatud veel järgmistel juhtudel: raske hüpotensioon, šokk (sh kardiogeenne šokk), vasaku vatsakese väljavoolu takistus (nt kõrgema astme aordi stenoos), hemodünaamiliselt ebastabiilne südamepuudulikkus pärast ägedat müokardiinfarkti.

Kõrvaltoimed: Kõige sagedamini teatatud kõrvaltoimed ravi ajal Sanoraliga on perifeersed tursed (11,3%), peavalu (5,3%) ja peeringlus (4,5%).

Täielik info ravimi vastunäidustustest, erihoiatustest ja kõrvaltoimetest on leitav ravimi omaduste kokkuvõttes (kinnitatud augustis 2022).

Reklaam on suunatud ravimite väljakirjutamise õigust omavatele isikutele, proviisoritele ja farmatseutidele.
Kood EE-SAN-05-2023-V1-Print. Koostatud oktoobris 2023.

1. Sanoral (olmesartaan, amlodipiin) 40 mg/5 mg ja 40 mg/10 mg tablettide ravimi omaduste kokkuvõte. www.ravimiamet.ee (kinnitatud augustis 2022).

2. Tervisekassa koduleheküljel. Kokkuvõtlik tabel ravimisoodustustest 01.10.2023 seisuga: [https://www.tervisekassa.ee/partnerile/ravimitest/soodusravimid\(vaadatud 04.10.2023\)](https://www.tervisekassa.ee/partnerile/ravimitest/soodusravimid(vaadatud%2004.10.2023)).

Müügiloo hoidja: Menarini International Operations Luxembourg S.A.1, Avenue de la Gare L-1611 Luxembourg, Luksemburg
Täiendav teave müügiloo hoidja Eesti esindusest: OÜ Berlin-Chemie Menarini Eesti, Paldiski mnt. 29, Tallinn 10612

vanus patsiendi käsitlust ja risk langeb normotensiivse riski tasemele.

Neerupuudulikkusega (NP) patsientidel tuleb eristada neerupuudulikkuse sügavust. Sügava NP korral kui eGR<30, tuleks kasutada lingudiureetikume. Spiironolaktooni asemel peaks kasutama BB, alfa-1 blokaatoreid või tsentraalseid ravimeid. Kui neerufunktsioon on parem, kasutatakse lingudiureetikumide asemel tiasiiddiureetikume.

KORONAARTÕVE PATSIENTIDE RAVI

Koronaartõve patsientidel on esimese rea preparaatideks BB koos ACEI/ARBidega, stenokardia esinemisel lisatakse raviskeemi KKB. Kui stenokardiat ei esine, võib raviskeemis olla nii KKB kui ka diureetikumid. Kodade virvendusarütmia patsientidel tehakse ravivalik pulsi sageduse järgi, frekvents üle 80 korda min puhul määratakse BB ja/ või ACEI/ARB.

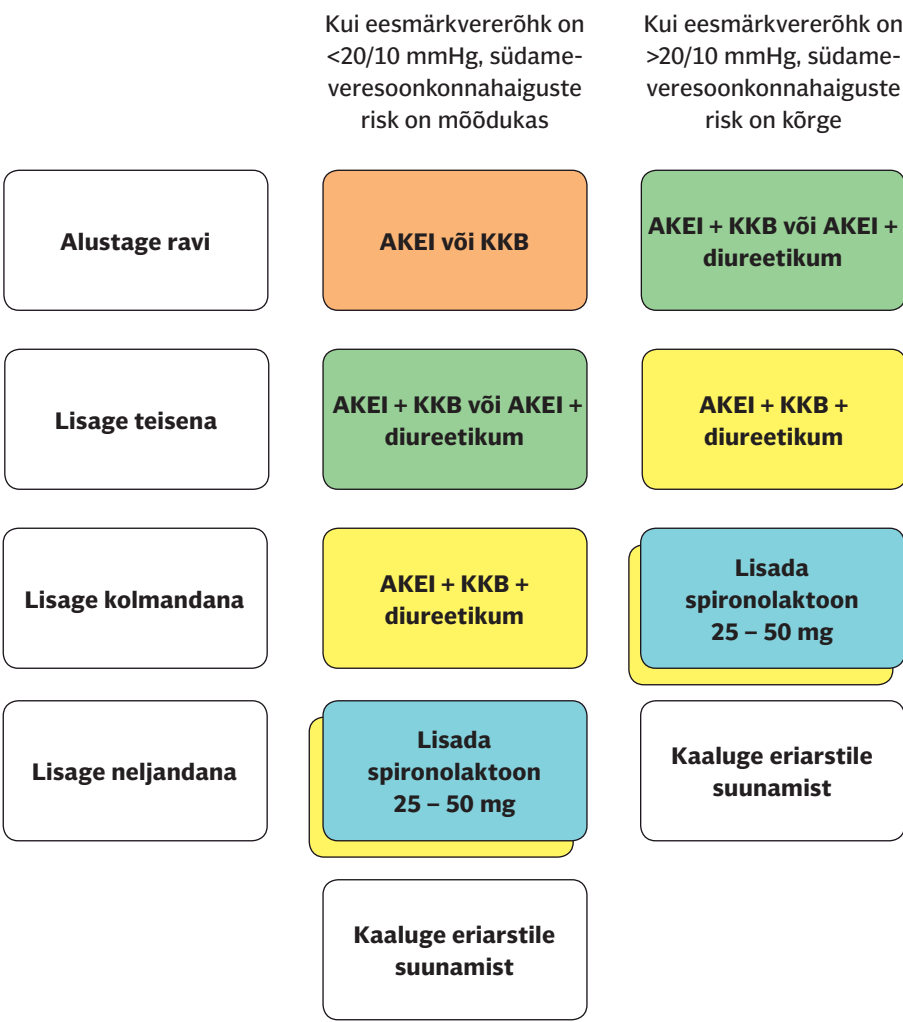
Kui pulsi sagedus on alla 80 korda min, on raviskeemis KKB või diureetikumid. Kui eesmärgväärtuseid ei saavutata, kombineeritakse järgmised ravimid vastavalt patsiendi taluvusele. Südamepuudulikkusega haigetel kasutatakse SGLT2 inhibiitoreid, lisaks muid ravimeid, nagu BB, ACEI/ARB, diureetikumid ja KKB. Antikoagulatsiooni saab määrata IA soovitusena patsientidele, kelle süstoolne vererõhk on alla 160 mmHg.

Kui vererõhk on üle 160 mmHg, peab kõigepealt normaliseerima vererõhu ning seejärel alustama antikoagulatsiooni. Kui patsiendil ei esine riskitegureid, tuleb kaaluda AK alustamise vajadust. Diltia-seemi ja verapamiili kasutamisel tuleb olla väga ettevaatlik, sest need ravimid võivad koos antikoagulatsiooniga tõsta veritsusrisiki.

Resistentset hüpertensiooni esineb umbes 5% patsientidest. Neeruarterite denervatsioonil on väga suur perspektiiv ja võib osutada efektiivseks resistentse hüpertensiooniga patsientidele. Denervatsiooni vajaduse üle otsustab konsiilium. Ka Eestis on taotlus neeruarterite denervatsiooniks tervisekassale esitatud.

Hüpertensiooni ravijuhendis rõhutatatakse statiinravi olulisust kõrgvererõh-tõvega patsientidel. Statiinravi vähendab hüpertoonikutel südameinfarkti riski 33% ja ajuinsuldi riski 25%, kui vererõhk on ohjatud. Aspiriini kasutamist primaarses profülaktikas ei soovitata. Sekundaarses preventsioonis on soovitatud antiagregantravi. Kui aspiriini ei ole võimalik kasutada, tuleb see asendada klopido-greeli või mõne muu antiagregandiga.

Kõrgvererõhktõvega patsiendi ravialgoritm



Allikas: Täiskasvanute kõrgvererõhktõve käsitlus esmatasandil

Vererõhu eesmärgväärtused

- ▶ Patsiendid vanuses 18–64 eluaastat < 130/80 mmHg.
- ▶ Patsiendid vanuses 65–79 eluaastat < 140/80 mmHg.
- ▶ Kui lisandub ISH (isoleeritud süstoolne hüpertensioon), siis esmane eesmärk on alandada süstoolset rõhku väärtuseni 140–150 mmHg.
- ▶ Patsiendid vanuses ≥ 80 eluaastat < 140–150 mmHg.

Allikas: ESH 2023

Bioloogiline ravi muutus senisest kättesaadavamaks

Konverentsil Meditsiini UPDATE 2023 tegi Eesti Reumatoloogia Seltsi president ITK reumatoloog **Sandra Meisalu** ülevaate uudistest reumatoloogias.

VIOLETTA RIIDAS, toimetaja

Reumaatilised haigused on harva esinevad, milledest sagedaseim reumatoidartriit esineb 1% populatsioonist. 2023. aastal tähistati bioloogilise ravi 25. aastapäeva reumatoloogias. Praeguseks on ravimite valik suur ja kasutusel ka biosimilarid. Viimastena on lisandunud teised sihtmärkravimid – JAK inhibiitorid, mis pärsivad põletiku mehhanismi.

BIOLOOGILINE RAVI

2023. aasta on olnud väga hea, kuna oluliselt on leebunud väljakirjutamise tingimused. Nüüd piisab ühest haigust modifitseerivast ravimist ja steroidist ning saab alustada bioloogilist ravi. Psoriaatilise artriidi ja anküloseeriva spondüliidi puhul on võimalus minna ühelt toimetehhanismilt üle teisele, kui esimene on ebaefektiivne. Bioloogilise ravi registri andmetel oli 2022. aastal Eestis 1822 patsienti bioloogilisel ravil ehk praeguseks on ravi kättesaadav. Bioloogiline ravi on ka hästi talutav ning seda ravi saab kasutada raseduse ja imetamise ajal. Kui ravi peab saama raseduse lõpuni, siis on ülioluline, et patsient teavitaks perearsti, kuna ravi saava ema beebi ei tohi saada elusvaktsiini esimese 6–8 kuu jooksul. Kui lapsel hakkavad tekkima enda antikehad, on ravimi toime kadunud.

Uus suund on ravi intervallide pikendamise ja ravi lõpetamine. Kuna haigused on kroonilised ja ravi kasutatakse kaua, siis võib efektiivsete ravimitega proovida manustamise intervallide pikendada – kui ravimit tuleb manustada kahe nädala tagant naha alla, võib seda teha kolme nädala tagant. Võib proovida ka ravi lõpetada. Juhul kui haigus ägeneb, tuleb ravi taas alustada.

GLÜKOKORTIKOIDID

Tegemist on neerupealiste koore toodetud hormooniga, mis on reguleeritud hüpotaalamuse–hüpofüüsi neerupealiste telje poolt. Hormoon osaleb glükoosi, valkude ja rasvhapete ainevahetuses ja



Dr Sandra Meisalu FOTO: ERAKOGU

on ka stressiga seotud. On väga hea anti-inflamatoorse ja immunosupprimeeriva toimega. 1949. aastal avastatud glükokortikoidid sai juba 1950. aastal Nobeli preemia, kuna näitasid reumatoidartriidi ravis põletikku leevendavat toimet. Paraku me ei saa ka praegu ilma glükokortikoidideta, kui meil on näiteks organeid ohustav haigus nagu süsteemne vaskuliit, neeruhaaratus, kesknärvisüsteemi haigus, kopsuverejooks jne, siis peame kasutama ravi ülikõrgetes annustes. EULAR 2022. aasta ravijuhises on glükokortikoidi remissiooni saavutamiseks sees, kuid annusega tullakse kiiresti alla.

Seisukoht erialakongressidel on olnud sama – me ei saa ilma glükokortikoidideta, kuid võimalikult madalas annuses ja võimalikult lühikest aega. Selle ravi positiivne pool on põletiku alla surumine, kuid negatiivseks on arvukad kõrvaltoimed – oluliselt tõuseb infektsiooni risk, võivad tekkida lihaskahjustus, osteoporoos, psühhos, degeneratiivsed ajukahjustused, maohaavandid, naha õhenemine, hematoomid, glaukoom, katarakt ja oluliselt suureneb SVH risk.

REUMAATILINE POLÜMÜALGIA

Enamasti on tegemist üle 50 aastaste patsientidega. Haigus algab ägedalt või alaägedalt hommikuse ölgade ja puusade valuga. Need haiged ei pruugi hommi-

kul voodist välja saada. Ultraheliuuring näitab ölgades ja puusades põletikku. Tekkemehhanismiks on sünoviaalne ja periartikulaarne põletik, lihaste mikrovaskulopaatia. Tegemist on IL-6 vahendatud põletiku protsessiga.

Reumaatiline polümüalgia on seotud hiidrakulise arteriidiga, mistõttu tuleb patsiendilt kindlasti küsida peavalu ja nägemishäirete kohta. Kui patsiendil on nägemishäire, millega me ei tegele, võib ta jääda pimedaks (haigus vajab kõrges annuses glükokortikoidi või isegi pulssravi). Hiidrakulise arteriidi esmane ravi on steroid ja kui see ei mõju, siis bioloogiline ravi.

Uudisena kinnitas FDA 2023. aasta 28. veebruaril heaks bioloogilise ravimi IL6 retseptori vastase ravi Sarilumabi reumaatilise polümüalgia näidustusega. Temporaaarteriidi ravi uuringutes on näidanud head tulemust sekukinumab (IL17 inhibitor) remissiooni ja steroidi säästva efekti saavutamisel. Praegu kasutatakse meil pikaajaliseks raviks glükokortikoidide, mis annavad, nagu eelpool mainitud, palju kõrvaltoimeid.

SÜSTEEMNE SKLEROOS

Tegemist on ühe halvima prognoosiga autoimmuunse haigusega, mille puhul esineb väikeste veresoonte vaskulopaatia, autoantikehade produktsioon ja fibroblastide aktivatsioon. Kliiniliseks leiuks on naha tihenemine ning kopsu- (PAH, ILD), südame-, neeru- (reanaalne kriis) ja gastrointestinaalne haaratus. Raviks on immunosupressant-ravi (mükofenolaat-mofetiil, tsüklofosfamiid, metotreksaat), bioloogiline ravi (rituksimab, totsilisumab), antifibrootiline ravi (nintedanib, pifafenidone), PDE5 inhibiitor, autoloogse hematopoeetilise tüvirakkude siirdamine.

Üldiselt võib öelda, et jätkub bioloogilise ravi ja teiste sihtmärkravimite võidukäik. Kui vaja, tuleb kasutada ka glükokortikosteroidi, kuid võimalikult väikeses annuses ja lühikest aega.

Dermatoloogiline täppisravi on üha kättesaadavam

Dermatoloogilise ravi viimase kümne aasta arengute märksõnaks võib pidada täppisravi ehk sihtmärgistatud ravi, rääkis konverentsil Meditsiini UPDATE 2023 kliinikumi arst-õppejõud dermatoveneroloogia erialal Tartu ülikooli dermatoveneroloogia lektor **Liisi Raam**.

MAALI-LIINA REMMEL, nooremteadur, Tartu ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut, peremeditsiini resident

Doktor Raam tegi ülevaate viie haiguse (psoriaas, atoopiline dermatiit, mädane higinäärpõletik, krooniline spontaanne urtikaaria ja villtõbi) täppisravi võimalustest, käsitledes ravimeid, mida saab määrata tervisekassa soodustusega ja mis on seega Eesti patsientidele kättesaadavad tervisekindlustuse raames.

PSORIAAS

Psoriaas on sage haigus levimusega umbes 2%. Psoriaas avaldub enamasti nahal ning kliiniliselt eristatakse haigusel kaht vormi - naastuline ja mädavilliline psoriaas. 2023. aastast on Eestis uueks võimaluseks rakendada täppisravi lisaks naastulisele psoriaasile ka mädavillilise psoriaasi puhul. Kuigi psoriaas avaldub kõige sagedamini nahal, siis haigusega kaasnev põletik on süsteemne ja seetõttu esineb umbes pooltel haigetel ka küünte haaratus ja 30% liigeste haaratus. Võrreldes tavapopulatsiooniga on psoriaatikutel tõusnud risk haigestuda kardiovaskulaarhaigustesse ja pahaloomulistesse kasvajatesse. Eelmainitud lähtuvalt on oluline psoriaasi varakult ja tõhusalt ravida.

Eestis kasutatavad psoriaasi täppisravi preparaadid võib jagada kaheks - kasutusel on TNF- α inhibiitorid, milleks on adalimumab, etanertsept ja infliksimab, ning interleukiini (IL) inhibiitorid, mille alla kuuluvad IL-17A inhibiitorid iksekizumab ja sekukinumab; IL-23/IL-12 inhibiitor ustekinumab ja IL-23 inhibiitorid guselkumab ja risankizumab.

Kui patsiendil ei ole TNF- α inhibiitoritele vastunäidustusi, siis on need preparaadid psoriaasi esimeseks ravivalikuks. Eestis on kõige sagedamini esinevad vastunäidustused latentne tuberkuloos ja krooniline B- ja C-hepatiit.

Kõik eelmainitud psoriaasi täppisravi preparaadid on retseptiravimitena kättesaadavad ja näidustuse olemasolul



Doktor Liisi Raam FOTO: ERAKOGU

patsiendile 100%lise soodustusega (erandiks on infliksimab, mis on intravenoosne haiglateenuse raames manustatav ravim). Ravimeid saavad välja kirjutada kõik dermatoveneroloogid ning ekspertkomisjoni nõuet ei ole.

Siiski on psoriaasi täppisravi määramisel mõningad kriteeriumid. Haigus peab olema kestnud vähemalt 6 kuud - seega on dokumenteerimine algusest peale väga oluline, et aeg ei osutuks hiljem ravi määramise piiranguks. Lisaks on oluline arvestada haiguse mõjuga elukvaliteedile - täppisravi näidustus ei piirdu enam mitte ainult laialdase psoriaasiga (BSA ≥ 10 ja/ või DLQI ≥ 10) nagu varem, vaid ravi saab määrata ka sel juhul, kui haigus ei ole küll laialdane, kuid elukvaliteet on oluliselt häiritud (elukvaliteediskoor DLQI ≥ 10). Selliseks võivad olla näiteks genitaalide piirkonna, peopesade ja taldade või näo haaratusega psoriaasijuhud. Lisaks ulatuslikule haigusele või olulisele elukvaliteedi häirimisele peavad olema täppisravile liikumiseks täidetud ka mõningad lisatingimused. Patsiendil peab esinema vähemalt üks järgnevatest:

standardne süsteemne ravi (atsitretiin, tsüklosporiin, metotrekasaat, valgusravi kitsakimbu UVB või psoraleen+UVAg) on vastunäidustatud või esinevad neid ravimeetodeid katkestama sundivad kõrvaltoimed, puudub raviefekt vähemalt kahe erineva süsteemse ravi kasutamisel või esineb korduvaid hospitaliseerimisi vajav või eluohtlik psoriaasivorm.

Kui eelmainitud kriteeriumid on täidetud, saab alustada ravi TNF- α inhibiitoriga. Interleukiini inhibiitoreid saab määrata juhul, kui TNF- α innibiitor on vastunäidustatud, ebaefektiivne või põhjustanud kõrvaltoimeid. Hetkel saab Eestis psoriaasi täppisravi umbes 650 patsienti. Psoriaasi bioloogilist ravi võivad määrata lisaks dermatoloogidele ka pediaatrid ja atoopilise dermatiidi ravi võivad määrata nii pediaatrid kui ka immunoloog-allergoloogid.

ATOOPILINE DERMATIIT

Atoopiline dermatiit on sagedasem haigus kui psoriaas ning esineb enam just lastel, kelle puhul on atoopilise dermatiidi levimus kuni 20% (täiskasvanutel 2-8%). Haigusele on iseloomulik piinav sügelus ja oluline elukvaliteedi häirimine ja sellest lähtuvalt on oluliselt tõusnud ka risk vaimsete probleemide tekkeks. Eelmainitu rõhutab atoopilise dermatiidi õigesti valitud ja tõhusa ravi olulisust.

Täppisravimitest on atoopilise dermatiidi ravis kasutusel bioloogiline ravim IL-4/IL-13 inhibiitor dupilumab ja JAK-inhibiitorid baritsitiniib ja upadatsitiniib. Dupilumabi saab kasutada juba alates 6 kuu vanusest, baritsitiniib on näidustatud lastele alates 2 aasta vanusest ja upadatsitiniib on näidustatud alates 12 aasta vanusest. Sel aastal muutus dupilumab retseptiravimiks ja ravi määramise kriteeriumid on ühtlustatud JAK-inhibiitorite upadatsitiniib ja baritsitiniibiga.



AITA
PEATADA
SÜGELUS JA LÖÖVE!



RINVOQ (upadatsitiniib) on näidustatud mõõduka kuni raske atoopilise dermatiidi raviks täiskasvanutele ning noorukitele alates 12 aasta vanusest, kes vajavad süsteemset ravi.¹

RINVOQ (upadatsitiniib) väljakirjutamise õigus diagnooside L20.8 ja L20.9 korral on dermatoveneroloogil ja pediaatril mõõduka või raske haigusega (EASI ≥ 16 , DLQI ≥ 10) patsiendile, kes ei allu süsteemsele konventsionaalsele ravile tsüklosporiiniga 8–12 nädala jooksul või kellele see on vastunäidustatud või põhjustanud talumatuid kõrvaltoimeid.² Lastel ei ole tsüklosporiin atoopilise dermatiidi ravis näidustatud.³

RINVOQ (upadatsitiniib) 15 mg ja 30 mg toimeainet prolungeeritult vabastavad tabletid N28. Toimeaine: upadatsitiniib. Retseptiravim. Müügiloo hoidja: AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG, Knollstrasse, 67061 Ludwigshafen, Saksamaa. Lisaküsimuste tekkimisel nende ravimite kohta pöörduge palun müügiloo hoidja kohaliku esindaja poole: AbbVie OÜ, Rävala pst 4, 10145. Tallinn, tel: +372 623 1011. Viited: 1. RINVOQ (upadatsitiniib) ravimi omaduste kokkuvõte, detsember 2023. 2. <https://www.tervisekassa.ee/partnerile/ravimit-est/soodusravimid> 3. www.ravimiregister.ee

Materjal on kinnitatud jaanuaris 2024 | EE-RNQD-240001



abbvie

Hea teada

- ▶ Psoriaasi bioloogilise ravi alustamise kriteeriumites on nii haiguse aktiivsus kui ka patsiendi elukvaliteet võrdsest olulisest.
- ▶ Atoopilise dermatiidi ja psoriaasi korral kasutatavad retseptiravimid ei vaja ekspertkomisjoni otsuseid ning ravi saavad alustada kõik dermatoveneroloogid.
- ▶ Täppisravist on saanud dermatoloogias tavapärast ja igapäevaselt kasutatav ravimeetod, mis on aktiivselt arenev suund ning uusi preparaate ja võimalusi lisandub kiiresti.
- ▶ Lisainfot on võimalik leida veebi teel kättesaadavast ja ajas uuenevast infomaterjalist „Täppisravi dermatoloogias“, kus on olemas muu hulgas nii ravi näidustused kui ka patsientide jälgimise skeemid.

Täppisravi on muutunud ka dermatoloogias tavapäraseks.

FOTO: SHUTTERSTOCK



Tähtsad uuendused on järgmised:

- nii baritistiniib, upadatsitiniib kui ka dupilumab on retseptiravimid;
- määramise kriteeriumid on sellest aastast ühtlustatud ja need on samad, mis varem kehtisid vaid JAK inhibiitoritele: näidustatud mõõduka või raske haigusega (EASI ≥ 16 , DLQI ≥ 10) patsiendile, kes ei allu ravile tsüklosporiiniga 8–12 nädala jooksul või kellele see on vastunäidustatud või põhjustanud talumatuid kõrvaltoimeid;
- ekspertkomisjoni otsust vaja ei ole.

Endiselt kehtib järgnev: arvestades, et tsüklosporiinil ei ole näidustust laste ravimiseks, on nende puhul vähem eeltingimusi ja on võimalik vajadusel kohe alustada kas bioloogilise ravi või JAK inhibiitoriga. Hetkel saab Eestis atoopilise dermatiidi raviks dupilumabi umbes 115 patsienti ja JAK inhibiitoreid kokku umbes 35 patsienti.

MÄDANE HIGINÄÄRMEPÕLETIK

Tegemist on sagedase (levimus umbes 1–4%) karvafollikuleid haarava kroonilise põletikulise armistuva haigusega. Mädist higinäärpõletikku diagnoositakse ja ravitakse tihti kui furunkuloosi ja seega on aladiagnoosimine levinud, mistõttu võib õige ravi sageli viibida.

Mädane higinäärpõletik meenutab furunkuleid, sest haarab karvafollikuleid ning tekib nendes põletikku. Erinevalt furunkuloosist on aga tegemist kroonilise patoloogiaga, mis on õigeaegse ravita raskesti armistuv ja tõsiselt invaliidistav haigus. Seega tuleb patsientide puhul, kellel esinevad korduvad mädapaised, mõelda mädase higinäärpõletiku võimalusele ning suunata need patsiendid nahaarstile, et välistada allolev krooniline ja spetsiifiline ravi vajav põletik.

Eestis on mädase higinäärpõletiku täppisravis kasutusel sarnaselt psoriaasile TNF- α inhibiitor adalimumab, kuid

raviannused on suuremad ja kahjuks ei ole preparaat nii tõhus kui psoriaasi puhul. Siiski on tegemist mädase higinäärpõletiku patsientide jaoks olulise ravivõimalusega. Adalimumab on retseptiravim, kuid selle määramiseks mädase hidradeniidiga patsientidele on vajalik ekspertkomisjoni otsus. Haigus peab olema mõõdukas kuni raske (Hurley II ja III) ning resistentne konventsionaalsetele ravimeetoditele. Kriteeriumiks on, et patsient peab olema saanud paikset klindamütsiini (lahus/ kreem) vähemalt 3 kuud, süsteemset tetratsükliini (doksütsükliin) vähemalt 10 nädalat ja atsitreiini vähemalt 6 kuud ning need ravimid ei ole olnud piisavalt tõhusad. Adalimumabi saab määrata ka siis, kui konventsionaalsed preparaadid on vastunäidustatud või esineb nende talumatus. Atsitretiini puhul tuleb silmas pidada, et viljakas eas naistele on ravim vastunäidustatud (3 aastat pärast ravi ei tohi rasestuda). Hetkel saab Eestis mädase higinäärpõletiku tõttu ravi adalimumabiga umbes 20 patsienti.

KROONILINE SPONTAANNE URTIKAARIA

Krooniline spontaanne urtikaaria on seisund, mida iseloomustab kuplade ja/või angioödeemi teke suuremal osal päevadest vähemalt 6 nädala jooksul ja puuduvad füüsilised indutseerivad tegurid (nt hõõrdumine, kuum, külm, vesi). 20% elanikkonnast tekib vähemalt üks urtikaaria episood elu jooksul, kuid kroonilise spontaanne urtikaaria levimus on 1%. Kuplade eristamiseks on oluline anamnees. Kui lööbeelement tekib ja taandub 24 h jooksul jäljetult, on tegemist kublaga. Muudel juhtudel tuleb mõelda teistele haigustele.

Täppisravimitest saab kroonilise spontaanne urtikaaria patsientidel kasutada IgE-retseptori vastast antikeha oma-

lizumabi. Ravi tehakse haiglateenusena ning on vaja ekspertkomisjoni otsust. Komisjonis võivad osaleda nii nahaarstid kui ka allergoloog-immunoloogid. Omalizumabi saab määrata siis, kui vähemalt nelja nädalat kestnud regulaarne ravi antihistamiinikumiga maksimaalses raviannuses (neljakordne päevaannus) on osutunud ebatõhusaks (ravi foonil püsib UAS7 skoor ≥ 16 , AAS7 skoor > 21). Seega tuleks kuplade esinemisel esmalt patsiendile määrata ravi antihistamiinikumiga kuni neljakordses doosis. Antihistamiinikumi valikul on oluline, et tegemist oleks uuema põlvkonna antihistamiinikumiga, mis ei ole sedatiivsed – seega sobivad kõik preparaadid peale klemastiini. Kui 4 nädalat kestnud ravi ei anna tulemust, tuleks patsient suunata nahaarstile või allergoloog-immunoloogile võimalikuks täppisravi alustamiseks. Patsiendile võiks anda kaasa kodus täitmiseks UAS7 skoor, kus ta peab seitsme päeva jooksul igapäevaselt hindama kuplade arvu ja sügeluse intensiivsust. Kui skoor on antihistamiinikumi foonil ≥ 16 , on näidustus bioloogiliseks raviks olemas.

VILLTÕBI EHK PEMFIGUS

Tegemist on harva esineva, kuid eluohtliku autoimmuunse villilise nahahaigusega, mille puhul tekib epidermise irdumine. Villtõbe ehk pemfigust esineb kaks uut juhtu miljoni inimese kohta aastas. Haiguse ravis on täppisravimina kasutusel ja Eestis kättesaadav CD20-inhibiitor rituksimab, mis vähendab B-rakkude hulka ja seeläbi pärsib antikehade tootmist. Rituksimab on käesoleval ajal pemfiguse valikravim. Täppisravi tehakse haiglateenusena ja seda kasutatakse nii hariliku kui ka lehtketendava villtõve puhul. Kliinikumis saab rituksimabiga hetkel ravi kuus villtõvega patsienti.



Hyrimoz Adalimumabum, 40 mg süstelahus eeltäidetud süstlas, 40 mg süstelahus pensüstlis. Retseptiravim. Farmakoterapeutiline rühm: immunosuppressandid, tuumorekroosifaktori alfa (TNF- α) inhibiitorid. Näidustused. Reumatoidartriit. Juveniilne idiopaatiline artriit. Aksiaalne spondüloartriit. Psoriaatiline artriit. Psoriaas. Naastuline psoriaas lastel. Mälane hidradeniit. Crohni tõbi. Crohni tõbi lastel. Haavandiline koliit. Uveit. Uveit lastel. Müügiloo hoidja: Sandoz GmbH, Biochemiistr. 10, A-6250 Kundl, Austria. Täiendav informatsioon: Sandoz d.d. Eesti filiaal, Pärnu mnt. 105, 11312 Tallinn. Tel. 6 652 400. www.sandoz.ee



Erelzi, Etanerceptum. 50 mg süstelahus süstlis, 50 mg süstelahus pensüstlis. Retseptiravim. Farmakoterapeutiline rühm: immunosuppressandid, tuumorekroosifaktori alfa (TNF- α) inhibiitorid. Näidustused. Reumatoidartriit. Juveniilne idiopaatiline artriit. Psoriaatiline artriit. Aksiaalne spondüloartriit. Anküloseeriv spondüliit. Radiograafilise leiuta aksiaalne spondüloartriit. Naastuline psoriaas. Naastuline psoriaas lastel. Müügiloo hoidja: Sandoz GmbH, Biochemiistr. 10, A-6250 Kundl, Austria. Täiendav informatsioon: Sandoz d.d. Eesti filiaal, Pärnu mnt. 105, 11312 Tallinn. Tel. 6 652 400. www.sandoz.ee

Psoriaasiravi kaugjälgimise projekt oli edukas

Eesti psoriaasipatsiendid said lõppenud aasta oktoobri lõpus ülemaailmsel psoriaaspäeval rõõmustada kaks aastat kestnud psoriaasahaige ravi kaugjälgimise projekti lõpufaasi jõudmise üle.

Psoriaasi kontrolli all hoidmiseks ainult kontaktvastuvõttudest ei piisa. FOTO: SHUTTERSTOCK



Psoriaas on krooniline mittenakkuslik nahahaigus, millega patsient peab elama kogu elu. Haigus suurendab kaasuvatesse haigustesse, näiteks psoriaatilisse artriiti, metaboolsesse sündroomi, diabeeti, kõrgvererõhutõppe ja pahaloomulistes kasvajatessse haigestumise riski. Need omakorda on seotud südameinfarkti ja insuldi riskiga. Projekt on oluline, kuna edukalt jälgitud psoriaas vähendab kaasuvate haiguste avaldumise riski.

Eesti Psoriaasiliidu juhi Georg Jurkanovi sõnul elab Eestis hinnanguliselt 40 500 psoriaasahaiget, kellel on igapäevased haigusest tingitud vaevused. Tema kinnitusel varieeruvad haiguse aktiivsus ja ravile allumine väga palju: haiguse raskusaste kõigub elu jooksul, mistõttu muutub kogu aeg ka tervishoiuteenuse vajadus. "Haiguse kontrolli all olles haiguse raskusaste väheneb, mis omakorda vähendab kaasuvate haiguste tekkeriski, nende avaldumist ja ravikulusid," sõnas Jurkanov.

KAUGJÄLGIMINE ANNAB ÜLEVAATE

Psoriaasiliidu liikmete kogemused on talletatud nii raviteekonna väljatöötamiseks kui ka ravijälgimise projekti, mille põhipartneriteks olid Tartu ülikooli kliinikum, Tartu ülikool ja Dermtest OÜ.

Projekti kliiniline juht, dermatovene-

roloog professor Külli Kingo tõi välja, et kaugjälgimine võimaldas dermatoveneroloogidel saada patsiendi igapäevases seisundist hea ülevaate ning vajadusel distantsilt ravi korrigeerida – elukvaliteedi, sümptomite ning visuaalne info võimaldasid teha kiiremaid sekkumisi. Ta lisas, et ka esmatasandilt edasi suunatud patsientide käsitlemine oli sujuvam, sest kogu info oli juba olemas ning ravi progressist oli parem ülevaade.

Psoriaasi jälgimisprojekti tehnoloogiajuhi Priit Kruusi sõnul said patsiendid arstidele pidevalt jagada infot haiguse kohta (küsimustikud ja pildid kolletest) ning arstid said kohe vastavalt vajadusele haigega kontakti võtta. "Tulemused näitasid, et 87% osalenutest oli teenusmudeliga rahul, 85% soovits või pigem soovits lahendust sõpradele või lähedastele ning kaks kolmandikku projektis osalenud patsientidest soovits kaugjälgimisega jätkata," kirjeldas ta tagasisidet.

Tagasiside kohaselt tunnevad patsiendid end võimestatuna, paremini jälgitu ja hoituna, nende elukvaliteet paraneb ning haiguse ägenemisel saab olla kindel, et õigeaegne info jõuab tervishoiutöötajani. Psoriaasi kaugjälgimise rakendust kasutanud patsientidel toimus statistiliselt oluline positiivne elukvaliteedi muutus, mis on võrreldav tavaraviga uuringu kontrollrühmas.

Antud projekti puhul on unikaalne, et tegemist oli ühe projektiga neljast tervisekassa juhitud näidisprojektide programmis, kaasatud olid nii eri- kui ka perearstid ning projekti alusel loodi tulemuspõhine tasustamismudel. Uut lahendust katsetati kaheksas tervishoiuasutuses – Tartu ülikooli kliinikumis ja seitsmes perearstikeskuses üle Eesti. Projekti panustas mitukümmend inimest, sellest loodi mitu teadusväljundit ning käivitati mitu hargprojekti, mis aitavad katsetatud tehnoloogiat täiustada ja eskaleerida.

TAVAVASTUVÕTTUDEST JÄÄB VÄHEKS

Õige ravitaktika valimine on psoriaasi puhul väga oluline, sekkumine haiguse ägenemisse peab olema õigeaegne ja info tervise seisundi kohta raviplaani koostamisel terviklik. Praegune kontaktvastuvõttele keskenduv ravikorraldus Eestis ei võimalda arvestada piisavalt psoriaasiga patsientide haiguse spetsiifikat ning ravile ligipääsu probleeme. Sõltutakse liigselt kontaktvastuvõtude põhiseis järjekorrast. Ka on ühiskonna teadlikkus haigusest madal ja jätkuvalt esineb haigusega seotud stigmat – arvatakse, et see võib olla nakkav. Stigma on ka üks tugevamaid depressiooni sümptomite ennustajaid psoriaasiga inimeste hulgas.

mu.ee

ALUSTA | JÄTKKA

TÕHUS VASTUS HAIGUSE ÄGENEMISELE²⁻⁶

Haiguse ägeda faasi
ravis tõhusam kui
kaltsipotriool + beetametasoon
salv⁵ ja geel^{6*}



PROAKTIIVNE RAVI HAIGUSE REMISSIOONIFAASIS^{1,4}

Võrreldes reaktiivse
ravistrateegiaga pikeneb
aasta vältel remissioonis
oldud päevade arv¹

Enstilar® (kaltsipotriool+beetametasoon dipropionaat) on esimene lokaalselt kasutatav psoriaasiravim, millega on läbi viidud 52 nädala pikkune III faasi kliiniline uuring hindamaks proaktiivset ravistrateegiat pärast ägenemise ravi lõppu.¹

Enstilar®
kaltsipotriool + beetametasoon dipropionaat

Tervisekassa poolt kompenseeritud 75% soodusmääraga diagnoosi L40 korral⁷

Kirjandusviited: 1. Lebwohl M et al. *J Am Acad Dermatol* 2021 vol 84, No 5 2. Pink AE et al. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2019;33(6):1116–1123. 3. Leonardi C et al. *J Drugs Dermatol* 2015;14(12):1468–1477. 4. Enstilar (kaltsipotriool+beetametasoon dipropionaat), ravimi omaduste kokkuvõte, juuli 2022, www.ravimiregister.ee 5. Koo J et al. *J Dermatolog Treat* 2016;27(2):120–127. 6. Paul C et al. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2017;31:119–26. 7. Tervisekassa ravimite loetelu; RT I 29.03.2023; jõust. 01.04.2023.

* kaltsipotriool+beetametasoon salv on Daivobet salv ja kaltsipotriool+beetametasoon geel on Daivobet geel. Vastavalt *Physician Global Assessment* (PGA) väärtusele hinnatuna neljandal ravinädalal salvi kohta ning PGA ja *Psoriasis Area Severity Index* 75 (PASI 75) alusel 4-nädalase Enstilar® (kaltsipotriool+beetametasoon dipropionaat) ning 8 nädalase geeliga (mitte peanahal) ravi kohta.

Ravimi omaduste kokkuvõte



Enstilar® (kaltsipotriool+beetametasoon dipropionaat) 50 mcg + 0,5 mg/g nahavaht⁴. **Retseptiravim. Toimeaine:** kaltsipotriool+beetametasoon dipropionaat. **Näidustus:** *Psoriasis vulgaris*'e paikne ravi täiskasvanutel. **Müügiloa hoidja:** LEO Pharma A/S Industriparken 55 DK-2750 Ballerup Taani. **Täiendav teave müügiloa hoidja esindajalt:** Tamro Eesti OÜ tel 650 3600, leo@tamro.com. **Kõrvaltoimetest teatamine:** www.ravimiamet.ee või Tamro Eesti OÜ, tel 650 3600, leo@tamro.com.



EE-ENS-03-23



Diabeedi kontrolliks mõeldud ravimid on üha tõhusamaks muutunud.

FOTO: SHUTTERSTOCK

Euroopa diabeedikongressilt tuli ridamisi uudiseid

Diabeediuudiseid 59. Euroopa Diabeedi Assotsiatsiooni (EASD) aastakongressilt Hamburgist jagas Eesti Diabeedikeskuse endokrinoloog ja vanemarst **Tiit Halling**.

EEVA LIISA BENDER, Tartu Ülikooli VI kursuse arstitudeng

SGLT2 inhibiitorite ja GLP-1 retseptori agonistidel on uued kasutusvõimalused. Naatriumist sõltuva glükoosi kaastransportija 2 (SGLT2) inhibiitorid ja glükagoonisarnase peptiid-1 (GLP-1) retseptori agonistid on seni olnud olulisel kohal II tüüpi diabeedi ravijuhendis, langetades nii veresuhkru väärtuseid kui ka kaalu. Sellele, kas antud ravimeid on võimalik kasutada efektiivselt ka südame-, neeru- ja maksahaiguste ravis, oli pühendatud terve aastakongressi sümpoosion.

KARDIOVASKULAARHAIGUSED

Seni teostatud teadusuuringute alusel vähendavad nii SGLT2 inhibiitorid kui ka GLP-1 retseptori agonistid raskete kardiovaskulaarsete tüsistuste riski (ingl *major adverse cardiovascular events*, MACE), mittefataalse infarkti esinemissagedust, üld- ja kardiovaskulaarset suremust.

Erinevalt SGLT2 inhibiitoritest vähendavad GLP-1 retseptori agonistid ka mittefataalse insuldi riski. Seevastu SGLT2 inhibiitorid vähendavad arütmiate esi-

nemissagedust ja südamepuudulikkusest tingitud hospitaliseerimisi.

Äsja avaldatud 2023. aasta Euroopa Kardioloogide Seltsi (ESC) ravijuhiste alusel soovitatakse II tüüpi diabeedi ja ateroskleroetilise kardiovaskulaarse haiguse koosesinemisel lisada raviskeemi nii SGLT2 inhibiitor kui ka GLP-1 retseptori agonist.

Ravimeid võib raviskeemi lisada sõltumata senistest manustatud diabeedi ravimist ja glükosüleeritud hemoglobiini väärtusest (HbA1c). Lisaks on näidustatud II tüüpi diabeedi ja südamepuudulikkuse koosesinemisel, sõltumata vasaku vatsakese väljutusfraktsioonist, ravi SGLT2 inhibiitoriga. Nii piiripealse (HFmrEF) kui ka säilinud (HFrEF) vasaku vatsakese väljutusfraktsiooniga südamepuudulikkuse korral on ravi SGLT2 inhibiitoriga näidustatud, sõltumata II tüüpi diabeedist.

KROONILINE NEERUHAIGUS

SGLT2 inhibiitoritel on ka nefroprotektiivne toime – nende kasutamisel vähenevad makroalbuminuuria, hinnangulise

glomerulaarfiltratsiooni (eGFR) langus ja neerupuudulikkuse esinemissagedus. Seetõttu on 2022. aasta rahvusvaheliste ravijuhendite alusel (ingl *Kidney Disease: Improving Global Outcome*, KDIGO) SGLT2 inhibiitorid esmavalikuravimiks kroonilise neeruhaiguse ravis II tüüpi diabeedi korral metformiini, angiotensiini konverteeriva ensüümi inhibiitori (AKEI) või angiotensiini retseptorite blokaatori (ARB) ja statiini kõrval.

2023. aasta ESC ravijuhiste alusel on SGLT2 inhibiitoriga ravi alustamine näidustatud samuti juhul, kui II tüüpi diabeet ja krooniline neeruhaigus esinevad koos.

GLP-1 retseptori agonistid on II tüüpi diabeedi ja kroonilise neeruhaiguse ravis esmavalikuravimite järel KDIGO ravijuhistes n-ö teisel kohal. Metauuringute alusel väheneb makroalbuminuuria kõigi GLP-1 retseptori agonistide kasutamisel, kuid neerufunktsiooni paranemise osas esineb ka statistiliselt mitteolulisi tulemusi. Nii ei ole veel selge, kas GLP-1 retseptori agonistidel esineb ka nefroprotektiivne toime.

MITTEALKOHOOLNE RASVMAKS

Maksaensüümide tõusu sagedaseks põhjuseks on mittealkohoolne rasvmaks (NAFLD), mis on II tüüpi diabeeti põdevate inimeste hulgas levinud: Euroopas

ON AEG MUUTA 2. TÜÜPI DIABEEDI RAVI!

Innovatiivne, ainus tableti kujul GLP-1 analoog Rybelsus® on lihtsalt manustatav ja aitab muuta diabeediravi kulgu

RYBELSUS®

semaglutiidi tabletid



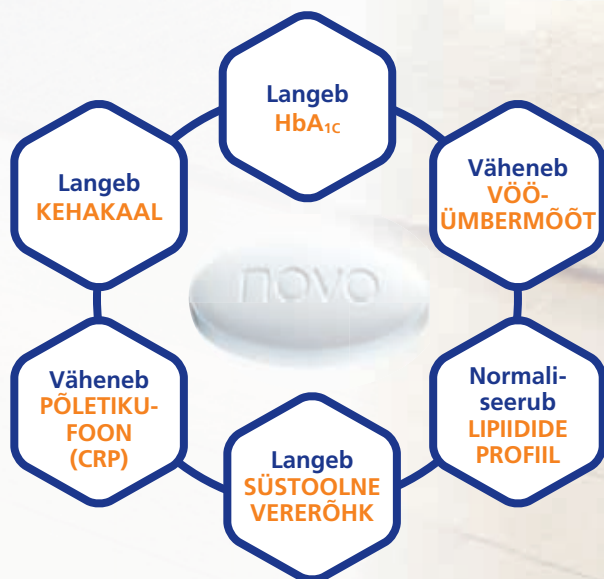
Langetab oluliselt efektiivsemalt veresuhkrut kui Januvia® (sitagliptiin) ja Jardiance® (empaglifloosiin)¹



Vähendab kehakaalu keskmiselt -4,3 kg¹



Vähendab kardiometaboolseid riskifaktoreid¹



ALGANNUS

3
mg

esimesel ravikuul

RAVIANNUSED

7
mg

alates teisest ravikuust

14
mg

parima raviefekti saavutamiseks



Rybelsus® (semaglutiid) on retseptiravim. Igas pakendis 30 tabletti.

Rybelsus® (semaglutiid) 3 mg tabletid. Üks tablett sisaldab 3 mg semaglutiidi.

Rybelsus® (semaglutiid) 7 mg tabletid. Üks tablett sisaldab 7 mg semaglutiidi.

Rybelsus® (semaglutiid) 14 mg tabletid. Üks tablett sisaldab 14 mg semaglutiidi.

Näidustus. Ebapiisavalt kontrollitud 2. tüüpi diabeedi raviks täiskasvanutele lisaks dieedile ja füüsilisele koormusele: monoteraapiana, kui metformiin on talumatuse või vastunäidustuste tõttu sobimatu; kombinatsioonis teiste diabeediravimitega.

Viited: 1. Rybelsus® SPC.

Müügiloa hoidja: Novo Nordisk A/S, Novo Allé DK-2880 Bagsværd, Taani.

Täiendav teave müügiloa hoidja esindusest:

Novo Nordisk Estonia OÜ, Paldiski mnt. 29, Tallinn 10612.

RYBELSUS® on Novo Nordisk A/S, Taani, kaubamärk.

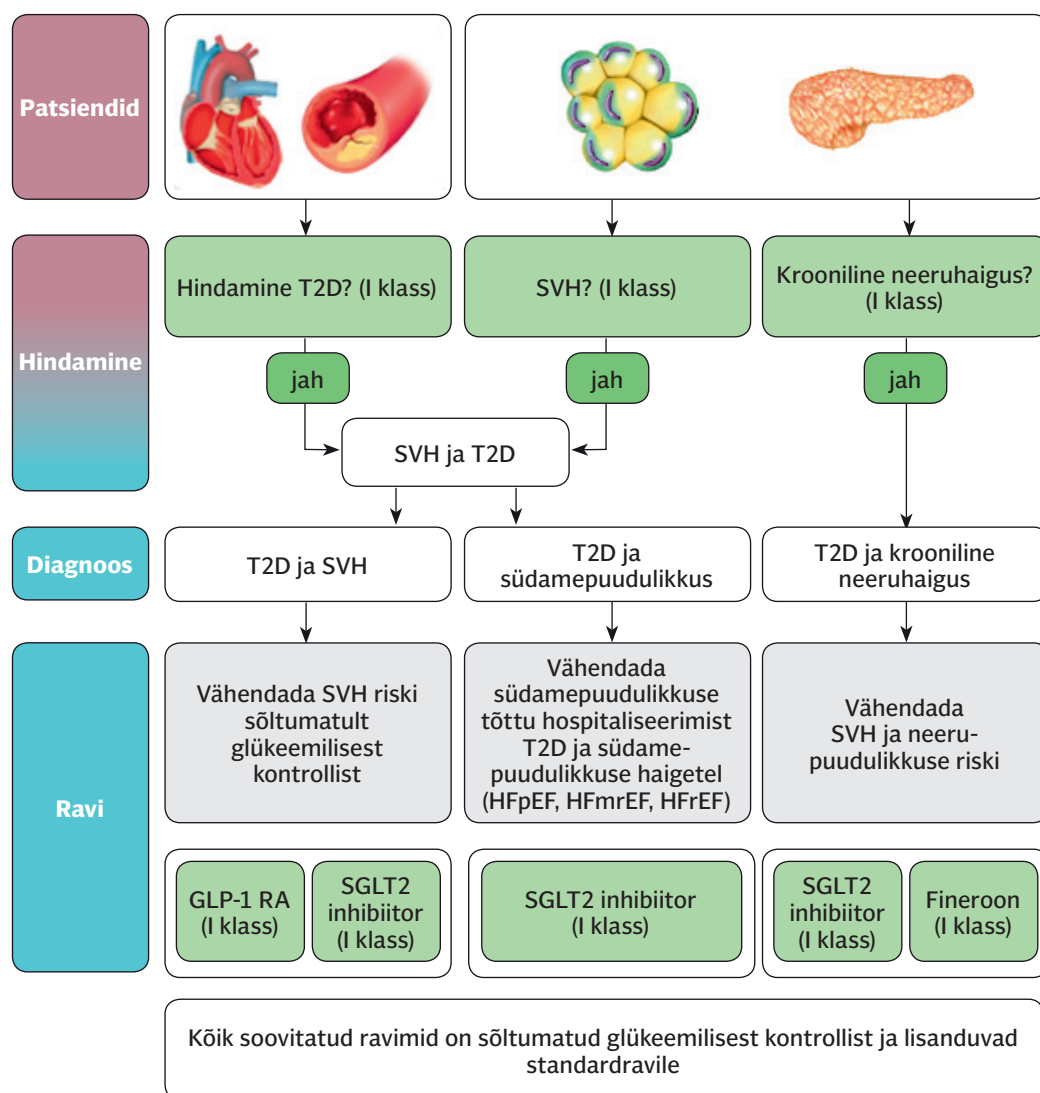
© 2023 Novo Nordisk A/S EE23RYB00032 11/2023



RYBELSUS®

semaglutiidi tabletid

Diabeedi ja SVH patsientide kaasaegne kliiniline käsitus



Diabeedi ja südame-veresoonkonnahaigustega patsientide kaasaegne kliiniline käsitus ja peamised soovitusused ESC alusel

HFpEF – säilinud väljutusfraktsiooniga südamepuudulikkus, HFmrEF – mõõdukalt vähenenud väljutusfraktsiooniga südamepuudulikkus, HFrEF – vähenenud väljutusfraktsiooniga südamepuudulikkus, GLP-1 RA – glükagooni-laadse peptiid-1 retseptori agonist, SGLT2 – naatriumi-glükoosi kaastransportija-2

ALLIKAS: Kliiniline käsitus ja peamised soovitusused ESC alusel

68% ja Ameerika Ühendriikides 51-70% ulatuses.

SGLT2 inhibiitoritel esineb uurin-gute alusel NAFLD-le positiivne toime – steatoos väheneb, kuid seda langeva kehakaalu ja HbA1c väärtuse tõttu. Nii puudub SGLT2 inhibiitoritel NAFLD-i ravis maksaspetsiifiline toime. GLP-1 retseptori agonistide osas on selge, et nende manustamisel väheneb maksasisene rasvasisaldus arvestataval määral, mis-tõttu ei saa välistada võimalikku GLP-1 retseptorite agonistidele iseloomulikku maksaspetsiifilist toimet.

KAALU LANGETAVAD UUED RAVIMID

Teise olulise teemana käsitleti uusi kaalu langetavaid ravimeid. Tirzepatide on glükoosist sõltuva insulintroopse polü-peptiidi (GIP) analoogi ja GLP-1 retseptori agonisti kombinatsioon, millel on nii veresuhkrut kui kehakaalu langetav toime. Seda manustatakse kord nädalas subkutaanse süstina. Alates 2022. aastast

võib seda kasutada II tüüpi diabeedi ravis. Selle kehakaalu langetavat toimet illust-reerib SURMOUNT-4-nimeline uuring, kus uuritavad said esimesed 36 nädalat 10 mg või 15 mg tirzepatide'i. Seejärel ran-domiseeriti nad kahte – platseebo ja ravi-miga jätkajate – rühma ja uuring kestis veel 52 nädalat edasi. Esimese 36 nädala jooksul langes kaal keskmiselt 21% ja ravi-miga jätkajate rühmas jätkus kaalulan-gus kokku kuni 26%ni. Platseebo saajate hulgas hakkas kaal tõusma, kuid jäi 9,5% võrra madalamaks võrreldes esialgsuga. Üle 90% 88 nädalat ravi saanute hulgas langes kaal 10%, ligikaudu 90%- aga 15% ja rohkem kui pooled kaotasid kaalus 25%. Retatrutide koosneb GIP-i analoogist ja GLP-1 ning glükagooni retseptorite agonistidest. Retatrutide'i manustatakse samuti kord nädalas nahaaluse süstina. See on andnud häid ravitulemusi teise faasi II tüüpi diabeedi ja ülekaalulisuse ravi kliinilistes uuringutes. Näiteks langes ravi maksimaalannuseni (12 mg)

tiitrimisel 36 nädala jooksul üle 90% uuritavatest kaal $\geq 5\%$, ligikaudu 70% uuritavatest $\geq 10\%$ ja ligi 60% uuringus osalenust $\geq 15\%$.

KORD NÄDALAS SÜSTITAV INSULIIN

Ligikaudu 40% II tüüpi diabeeti põdeva-test inimestest ehk ca 150-200 miljonit vajavad II tüüpi diabeedi raviks insu-liini. Hetkel peab pikatoimelisi insuliine süstima korda päevas tulenevalt ravimi poolestusajast.

Patsiendi haiguskoormuse vähen-damiseks otsitakse pikema poolväärt-usajaga insuliini. Kliinilised uuringud insuliin icodec'ga, mida süstitakse sub-kutaanselt kord nädalas, on näidanud statistiliselt oluliselt paremaid ravitu-lemusi võrreldes glargiin- ja degludek-insuliinidega. Seevastu icodec-insuliini kasutamisest tingitud hüpoglükeemia väljendumine ei ole erinenud ei kliinilise pildi ega episoodide sageduse poolest glar-giin-insuliinist.

MeditSiiniuudised on Eesti ainus arstide ja apteekrite ajaleht aastast 2002, mis toob tellijateni:

- **22 sisukat ajalehenumbrit aastas.**
- mu.ee - värsked valdkonna uudised Eestist ja välismaalt.
- Erialaajakirja Meditsiin Fookuses.
- **Videokogu meie konverentside järelvaadatavate ettekannetega.**
- 20+ erialauudise "pesa" meie veebilehel.
- Iganädalased kokkuvõttvad uudiskirjad.
- Tasuta Äripäeva Infopanga hõbepaketi.

Kasulikku kuulamist:

- Kord kuus tervisealane raadiosaade asjatundjatega!
- Meedikutele suunatud erialased sündmused:

Üle 10 hübriidkonverentsi aastas.

- Vebinarid täiendkoolituspunktidega.
- Rahvusvahelised konverentsid.

Tasub teada:

Iga aasta lõpus valime ka aasta meditsiinimõjutaja!



**MEDITSIINI-
UUDISED**

meditsiiniuudised@aripaev.ee
Vana-Lõuna 39/1 Tallinn, Äripäev, mu.ee

Enteroviirustel oluline roll I tüüpi diabeedi kujunemisel

Enteroviiruste infektsioonidel, kui keskkondlikul riskiteguril, on oluline roll I tüüpi diabeedi kujunemisel. Samuti on I tüüpi diabeedi esinemisel suurem risk haigestuda ka teistesse autoimmuunhaigustesse, leidis **Hanna Sepp** Tartu ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituudis kaitstud magistratöös.

I tüüpi diabeedi (T1D - type 1 diabetes) põhjuseks on autoimmuunprotsessidest tingitud püsiv pankrease koekahjustus ning sellest põhjustatud insuliini puudus. T1D avaldub enamasti enne 30ndat eluaastat ning on enam esinev just 10-14aastaste hulgas. Viimastel aastatel on T1D avaldumus tõusnud kõigis vanuserühmades ja eriti alla 5aastaste laste hulgas.

Käesolev magistratöö koostati Eesti Teadusagentuuri IUT 20-43 raames läbiviidava teadusprojekti „Diabeedi immuunmehhanismid“ andmete põhjal. Töö eesmärgiks oli kirjeldada ja võrrelda esmasdiagnoosiga T1D patsientide AAK spektrit, T1D-ga seotud HLA haplotüüpidel põhinevat riski ja enteroviiruste vastaste antikehade esinemist. Uuringus osales 480 isikut, kellest 209 olid diabeedihaiget ja 271 kontrollisikut. Uuritavad värvati ajavahemikul 1. oktoober 2004 aasta kuni 31. oktoober 2018 aasta. Diabeedihaigete rühma kuulusid esmase T1D diagnoosiga patsiendid, kes liitusid uuringuga kuni kahe kuu jooksul pärast diagnoosi saamist. Need haiget olid ravil kliinikumi sisekliinikus, lastekliinikus, regionaalhaiglas, Ida-Tallinna keskhaiglas, Tallinna lastehaiglas ja Kuressaare haiglas. Kontrollisikute hulka kuulusid vabatahtlikud T1D diagnoosita uuritavad.

T1D-seoselisi tunnuseid võrreldi esiteks juhtude ja kontrollrühma esindajate vahel ning teiseks nooremate (alla 19aastaste) ja vanemate (19aastaste ja vanemate) juhtude vahel.

Andmeanalüüsiks kasutati Mann-Whitney testi, χ^2 -testi või Fisheri täpset testi. Šansside suhte arvutamiseks kasutati logistilist regressioonimudelit, mis juhtude ja kontrollide võrdlemisel kohandati soole ja vanusele. Andmeanalüüs viidi läbi statistika programmiga STATA/IC 14.2.

Lähisugulasel esineva T1D korral suurenes tõenäosus haigestuda T1D-sse 2,89

I tüüpi diabeet suurendab ka teisi riske

- ▶ T1D kui autoimmuunhaiguse esinemine on seotud suurema riskiga ka teiste autoimmuunhaiguste tekkeks. Diabeedihaigete hulgas esines rohkem kaasuvaid haigusi kui kontrollisikutel. Seda eriti endokriinsete autoimmuunhaiguste (türeoidiit, Graves'i haigus ja Addisoni tõbi) näol.
- ▶ Enteroviiruste infektsioonid viitavad ka käesolevas uuringus seosele T1D tekkega. See järeldus põhines faktil, et enteroviiruste vastaseid antikehi leiti rohkem diabeedihaigete kui kontrollisikute hulgas.
- ▶ Nooremate juhtude hulgas esines rohkem HLA riskirühma (DR3/DR4) esindajaid kui vanemate juhtude hulgas. Neil oli 2,28 korda suurem šanss kuuluda HLA haplotüüpide alusel kõrge riskirühma.
- ▶ Noorematel avalduvale T1Dile on iseloomulikud agressiivsemad autoimmuunreaktsioonid. Kõik diabeediga assotsieeruvad AAK tüübid esinesid sagedamini nooremate kui vanemate juhtude hulgas. Samuti oli nooremate juhtude hulgas rohkem kahe või kolme AAK osas positiivseid uuritavaid.

Allikas: Hanna Sepp

(95% CI 1,12-7,46) korda. Samal ajal oli T1D diagnoosiga isikutel suurem risk haigestuda nii endokriinsetesse (OR=13,02; 95% CI 2,83-59,79) kui ka mitteendokriinsetesse (OR=2,31; 95% CI 0,38-14,93) autoimmuunhaigustesse. Enteroviiruste antikehad esinesid juhtude hulgas 2,82 (95% CI 1,84-4,34) korda suurema tõenäosusega kui kontrollide hulgas. Nooremate juhtude seas oli rohkem kõrge riskirühma kuuluvaid ehk HLA DR3/DR4 haplotüüpe kandvaid uuritavaid kui vanemate juhtude hulgas, olles mõlemas grupis vastavalt 33% ja 18%. Kõik AAK tüübid esinesid suurema tõenäosusega nooremate kui vanemate juhtude hulgas. Noorematel juhtudel esines 4,36 (95% CI 1,09-17,37) korda suurema tõenäosusega üks AAK, 12,86 (95% CI 3,41-48,49) korda suurema tõenäosusega 2 AAK ja 18,00 (95% CI 4,86-67,26) korda suurema tõenäosusega 3 AAK. Samuti esines nende hulgas suurema tõenäosusega rohkem kui ühe AAK osas positiivseid uuritavaid.

Kokkuvõttes saab öelda, et T1Di kui autoimmuunhaiguse esinemine on seotud kõrgema riskiga haigestuda ka teistesse autoimmuunhaigustesse. Enteroviiruste infektsioonidel, kui keskkondlikul riskiteguril, on oluline roll T1D kujunemisel. Samuti on T1D tugevas seoses HLA DR3/DR4 haplotüüpidega. Mainitud teguritega on enim seotud noortel esinev T1D. Samal ajal on noorematel uuritavatel esinev T1D ka agressiivsema kuluga ehk neil on suurem tõenäosus ühe või mitme autoantikeha esinemisele. Samuti esinesid kõik autoantikeha tüübid suurema tõenäosusega noorematel kui vanemate inimeste juhtudel.

Kokkuvõtte Hanna Sepa poolt 2019. aastal Tartu Ülikoolis kaitstud magistratööst.

Juhendajad: Raivo Uibo, MD, PhD, Tartu Ülikool, bio- ja siirdemeditsiini instituut ja immunoloogia professor Heti Pisarev, MSc, Tartu Ülikool, peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut, biostatistika assistent.

Samm edasi parema glükeemilise kontrolli saavutamiseks!

Lyumjev (lispro - insuliin) - kiirenenud insuliini imendumine ja kiirem toime algus võrreldes Humalog[®]iga (lispro-insuliin).¹

LYUMJEV
(lispro-insuliin)



Tõhus PPG* taseme langus¹



Ei suurenda hüperglükeemia riski¹⁻³



Paindlik^{1,4,5**}



Lyumjev (lispro-insuliin):

▼ Sellele ravimile kohaldatakse täiendavat järelevalvet, mis võimaldab kiiresti tuvastada uut ohutusteavet. Tervishoiutöötajatel palutakse teatada kõigist võimalikest kõrvaltoimetest. **Ravimi nimetus.** Lyumjev (lispro-insuliin) 100 ühikut/ml KwikPen süstelahus pen-süstlis. **Toimeaine.** lispro-insuliin. **Näidustused.** Suhkurtõve ravi täiskasvanutel, noorukitel ja lastel alates 1 aasta vanusest. **Müügiloa hoidja.** Eli Lilly Nederland B.V., Papendorpseweg 83, 3528 BJ Utrecht, Holland. **Retseptiravim. Täiendav teave ja kõrvaltoimetest teavitamine:** www.ravimiamet.ee või Tamro Eesti OÜ, tel 6503600, lilly@tamro.com

Viited: 1. Lyumjev (lispro-insuliin) SmPC 2022. 2. Klaff L, et al. *Diabetes Obes Metab.* 2020 Jun 2;22(10):1799-1807. 3. Blevins T, et al. *Diabetes Care.* 2020 Dec;43(12):2991-2998. 4. Datye KA, et al. *J Diabetes Sci Technol.* 2018;12(2):349-355. 5. Lane W, et al. *Clinical Diabetes* 2021 Oct; 39(4): 347-357.

*PPG - postprandiaalne glükoos

**Paindlik annustamine koos toiduga

Lilly

COVID-19 kodune ravi riskigrupi patsiendile^{1*}

▼ Paxlovid®
(nirmatreelviiri 150 mg tabletid | ritonaviiri 100 mg tabletid)



**Tegutse kiiresti.
Alusta ravi mitte hiljem
kui 5 päeva jooksul sümptomite
tekkest patsientidel, kes ei vaja
lisahapnikku.**

Viited:

¹ Paxlovidi (nirmatreelviir/ritonaviir) ravimiomaduste kokkuvõte https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/paxlovid-epar-product-information_et.pdf.

* Uuringu EPIC-HR disain: PAXLOVIDi (nirmatreelviir/ritonaviir) ohutust ja efektiivsust hinnati uuringus EPIC-HR (N=2113), mis oli II/III faasi randomiseeritud topeltpime platseebokontrolliga uuring mittehospitaliseeritud sümptomaatilistel täiskasvanud osalejatel, kellel oli laboratoorselt kinnitatud SARS-CoV-2 infektsiooni diagnoos ja suur raskeks haiguseks progresseerumise risk. Esmane tulemusnäitaja hindas osalejate osakaalu, kes hospitaliseeriti COVID-19 tõttu või kes surid mis tahes põhjusel enne 28 päeva möödumist, kui ravi algas ≤3 päeva pärast sümptomite avaldumist. Teisene tulemusnäitaja hindas sarnaselt patsiente, kelle ravi algas ≤5 päeva pärast sümptomite avaldumist.

▼ Sellele ravimile kohaldatakse täiendavat järelvalvet, mis võimaldab kiiresti tuvastada uut ohutusteavet. Tervishoiutöötajatel palutakse teatada kõigist võimalikest kõrvaltoimetest.

Paxlovid (nirmatreelviir/ritonaviir) 150 mg + 100 mg õhukese polümeerikattega tabletid. INN: *Nirmatreelviir + ritonavirum*. Üks roosa õhukese polümeerikattega tablett sisaldab 150 mg nirmatreelviiri. Üks valge õhukese polümeerikattega tablett sisaldab 100 mg ritonaviiri. Paxlovid (nirmatreelviir/ritonaviir) on näidustatud 2019. aasta koroonaviirushaiguse (COVID-19) raviks täiskasvanutel, kes ei vaja lisahapnikku ja kellel on suurenenud risk raske COVID-19 tekkeks. Soovitatav annus on 300 mg ravimit nirmatreelviir (kaks 150 mg tabletti) koos 100 mg ritonaviiriga (üks 100 mg tablett) suu kaudu iga 12 tunni järel 5 päeva jooksul. Suukaudne. Kerge neeru- või maksakahjustusega patsientidel ei ole vaja Paxlovidi (nirmatreelviir/ritonaviir) annust kohandada. Mõõduka neerukahjustusega patsiente hoiatada, et iga 12 tunni järel tuleb koos ritonaviiri tabletiga võtta ainult üks Nirmatreelviir tablett. Paxlovidi (nirmatreelviir/ritonaviir) ei ole soovitatav kasutada raseduse ajal ja rasestumisvõimelistel naistel, kes ei kasuta rasestumisvastaseid vahendeid, välja arvatud juhul, kui kliiniline seisund nõuab ravi toimeaine Paxlovidiga (nirmatreelviir/ritonaviir). Paxlovidi (nirmatreelviir/ritonaviir) kasutamise kohta imetamise ajal andmed puuduvad. **Müügiloo hoidja:** Pfizer Europe MA EEIG, Boulevard de la Plaine 17, 1050 Brüssel, Belgia. **Täiendav teave müügiloo hoidja Eesti esindusest:** Pfi zer Luxembourg SARL Eesti fi liaal, A. H. Tammsaare tee 47, 11316 Tallinn, tel: +372 666 7500. Retseptiravim. 30 tabletti ühes pakendis. SPC detsember 2023. Materjal valmis jaanuar 2024.

