



MEDITSIIN FOOKUSES

MEDITSIINIALASED
UUDISED, ETTEKANDED
JA UURIMUSED
EESTI ARSTIDELT

APRILL
2024


forxiga

(dapaglifloosin)

Kardioresnaalne kaitse!

 **ON AEG
MUUTUSTEKS!**

FORXIGA (dapaglifloosin) on ainus SGLT2i, mis on langetanud suremust südamepuudulikkuse ja kroonilise neeruhaiguse uuringutes!^{1,2}



DAPA-HF ja DELIVER
uuringute koondanalüüs
SP patsientidel sõltumata
väljutusfraktsioonist¹

**KV suremus
14% RRR**

(95% CI, 0,76, 0,97), p=0,01



DAPA-CKD uuring
KNH patsientidel¹

**Üldsuresus
31% RRR**

(95% CI, 0,53, 0,88), p<0,004

FORXIGA (dapaglifloosin): 3 näidustust ja 3 soodustust 75% ja 90% tingimustel!³

UUS! Alates 01.01.2024

Kroonilise südamepuudulikkuse
korral (I50) SÕLTUMATA
VÄLJUTUSFRAKTSIOONIST!³

Kroonilise
neeruhaiguse korral
(N18).³

2. tüüpi diabeedi
korral (E11/E14).³

SGLT2i = naatriumi-glükoosi kotransporter 2 inhibiitor; SP = südamepuudulikkus; KNH = krooniline neeruhaigus; RRR = suhtelise riski langus; CI = usaldusvahemik.

1. FORXIGA (dapaglifloosin) 10 mg. Ravimi omaduste kokkuvõte. Jaanuar 2024. www.ravimiamet.ee. 2. Empaglifloosini, ertuglifloosini ja kanaglifloosini ravimi omaduste kokkuvõtteid, www.ravimiamet.ee. 3. Eesti Tervisekassa, <https://www.tervisekassa.ee/partnerile/ravimitest/soodusravimid>.

FORXIGA (dapaglifloosin) 10mg N30 on retseptiravim, mis on näidustatud täiskasvanutele ja lastele alates 10 aasta vanusest ebapiisavalt kontrollitud 2. tüüpi suhkurtõve raviks lisaks dieedile ja füüsilisele koormusele (monoteraapiana, kui metformiin ei sobi talumatuse tõttu; lisaks teistele 2. tüüpi suhkurtõve ravimitele); täiskasvanutele sümptomaatilise kroonilise südamepuudulikkuse raviks; täiskasvanutele kroonilise neeruhaiguse raviks.

Müügiloo 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 leiate www.ravimiamet.ee. Teatada saab ka aadressil <https://contactazmedical.astrazeneca.com> või AstraZeneca Eesti OÜ telefonil 6549 600.

EE-2037-02-24-CVRM

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® (empaglifloosin)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



ANTI VEERMAA

Nurjatud probleemid

Nurjatud probleemid on sellised, mida lahendades tahtsid head, kuid välja tuli parimal juhul nagu tavaliselt. Enamasti tähendab see aga palju hullemat probleemi teket.

Kui mõelda inimkonna tervislikule seisundile ja ravimisele, siis seegi tundub üks neetult nurjatu probleem. Tahtsime, et meil poleks kunagi toidust puudust ja see võiks olla lisaks kõigele maitsev. Saime – arenenud maailmas on poletid lookas, toiduportsud suured ja road niivõrd energiarikkad, et neid võiks pea dopinguna kasutada. Inimene on loodud aga ratsionaalselt – organism tahab saada võimalikult palju energiat võimalikult kiiresti. Selle kõige tulemusel on ülekaalulisi nii palju, et lennukiistmed tuleb laiemaks venitada. Säästulennufirmade unistus inimesed seisma sättida, et mahuks veel mõni rida, ilmselt ei päästa – püsti seistes ei võta moodne inimene sugugi vähem ruumi kui istudes. Lendamine ei puutu praegu siiski asjasse.

Eelmise sajandi alguses oli paks laps ilus laps, sest ta oli terve ja ei jäänud

tiisikusse – vähemalt on selline legend pärimusena minuni jõudnud. Praegu tähendab paks laps kehva tervist kogu eluks. Riigi seisukohast – mõtlen siin riiki, kui meid kõiki, kes me iga kuu sotsiaalkindlustusse panustame, seisneb ületoitumise nurjatus pidevalt kasvavates tervishoiukuludes.

Perspektiivis oleme üldjoontes saanud lahti näljast, pääsenud vajadusest saaki taga ajada ja tappa, rabada põllul ränka füüsilist tööd, kuid saavutanud varasemast tunduvalt kehvema südameretse. Nii peame edaspidi teenima üha rohkem raha, et katta mugavast elust tekkivaid tervisekuluseid.

Hea oleks leida siiski kuldne kesktee oda ja hamburgeri vahel, kuigi nurjatud probleemid on nurjatud just oma lahendamise tõttu.



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
Toimetaja:
Violetta Riidas
violetta.riidas@aripaev.ee

Reklaami projektijuht:
Maarja Kõrv, tel 525 7708, 6670 245
maarja.korv@aripaev.ee
Trükk: AS Printall
Väljaandja: AS Äripäev,
Pärnu mnt 105, 19094 Tallinn
Peatoimetaja: Meelis Mandel

Toimetust võtab õiguse kirju ja kaastõid vajaduse korral lühendada. Toimetust kaastõid 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 Regionaalhaigla kardioloog **ENO-MARTIN LOTMAN** annab ülevaate kardiaalsest ja metaboolsest sündroomist. **Lk 6–10**

KARDIOLOOGIA Regionaalhaigla kardioloog **JÜRI VOITK** toob välja peamised punktid, millega perearst peaks arvestama ja tegelema KVA patsiendi puhul. **Lk 12–14**

KARDIOLOOGIA Tervise Arengu Instituudi toitumise ja liikumise ekspert **TAGLI PITSI** ütleb, et ei ole olemas head ega halba kolesterooli, vaid on lihtsalt kolesterool, millel on organismis oma roll. **Lk 16**

ONKOLOOGIA Regionaalhaigla onkoloog **ANNELI ELME** teeb ülevaate vähiravi hetkeseisust ja tulevikuootustest. **Lk 18**
HEMATOLOOGIA Rauavaegusaneemiat fertiilses eas ja postmenopausis naiste seas käsitleb Tartu tervishoiu kõrgkoolis kaitstud lõputöös **ANNA LIIS PAVELSON**. **Lk 20–21**

DERMATOLOOGIA Väljakutseid psoriaasi õendusabis laste puhul vaatleb Tartu tervishoiu kõrgkoolis kaitstud lõputöös **MARIS ARGE**. **Lk 24–26**

Järgmine number ilmub **septembris 2024**.

Krooniline valu – elevant toas?

09.05.2024

KRUIISITERMINALIS JA VEEBIS



- Fibromüalgia patsientide väljakutsed
- Krooniline laialdane valusündroom
- Taastusravi väljakutsed valuravis
- Krooniline valupatsient Tervisekassa vaatest
- Valuravi väljakutsed kogemusnõustaja pilgu läbi
- Krooniline valupatsient psühholoogi pilgu läbi
- Tartu Ülikooli Kliinikumi valuravi meeskonna kogemused ja praktilised harjutused
- Perearsti kogemuslood – kroonilise valuga patsient
- Krooniline valupatsient psühhiaatri pilgu läbi

Osalemine annab täiendkoolituspunkte.

Hinnad ja täpsem kava:

pood.aripaev.ee/konverentsid-reumafoorum-2024

EESTI  REUMALIIT



MEDITSIINI-
KONVERENTSID



Eesti Reumatoloogia Selts
Estonian Society for Rheumatology

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

Kardiorenaalne ja metaboolne sündroom

2023. aasta oktoobris publitseeris Ameerika Südameassotsiatsioon teadusliku ülevaate kardiovaskulaarse-renaalse-metaboolse sündroomi (Cardiovascular-Kidney-Metabolic (CKM) Syndrome) kohta.

ENO-MARTIN LOTMAN,
Põhja-Eesti regionaalhaigla kardioloog



FOTO: SHUTTERSTOCK

CKM tervis peegeldab metaboolsete riskitegurite, kroonilise neeruhaiguse ja kardiovaskulaarsüsteemi koosmõju ning sellel on oluline mõju südame-veresoonkonna haigustesse (SVH) haigestumisele ja kardiovaskulaarsele (KV) suremusele. CKM-sündroomiga seonduvad kõrvalekalded, nagu düsfunktsionaalne rasvumine, metaboolsed riskifaktorid (hüpertriglütserideemia, arteriaalne hüpertensioon, diabeet, metaboolne sündroom), krooniline neeruhaigus ja ateroskleroos, mis moodustavad ühtse patogeneetilise komplekti. Käesolev ülevaade käsitleb just neid SVH riskifaktoreid.

Ülekaalususe levimus on globaalselt alates 1980. aastatest oluliselt suurenenud. Rasvumise levimust suurendavad nii psühhosotsiaalsed, sotsiaalmajanduslikud kui ka keskkonnast tingitud faktorid. Kehamassiindeks (KMI) on suurus, mis väljendab inimese kehakaalu ja pikkuse suhet. KMI 25–29,9 tähendab ülekaalu, ≥ 30 rasvumist. Rasvumine soodustab otseselt KV riskifaktorite – düslipideemia, II tüüpi diabeedi, hüpertooniatõve ja unehäirete – teket.

Rasvumine põhjustab ka ise sõltumatult SVH teket ja suurendab nendes suremust. Lisaks on KV riskifaktoriks ka spetsiifiliselt vistseraalne rasvumine. Rasvkoje paiknemise kohta annab informatsiooni vööümbermõõt, mis võib olla

üle normi ka normaalkaaluga inimestel ning võib aidata tuvastada ka nendel suurenenud SVH riski, sest iseloomustab just vistseraalset rasvumist (*Powell-Wiley*).

METABOOLNE SÜNDROOM

Metaboolne sündroom on riskifaktorite kompleks, mille moodustavad glükoosi taluvuse häire, kõrge vererõhk, düslipideemia ning ülekaal, mida seob üheks tervikuks insuliini resistentsus. Metaboolse sündroomi kontseptsioon tekkis juba 20. sajandi alguses, kus märgati seost hüpertooniatõve, diabeedi ning hüperurikeemia vahel (Joslin 1921). Hilisematel aastakümnetel on seda komplekti täpsustatud ning lisandunud mõisted, nagu glükoositaluvuse häire, paastuglükoosi häire, aterogeenne düslipideemia, tsentraalne rasvumus ning muutunud on hüpertooniatõve ravieesmärgid.

Muutunud on ka arusaam üldisest KV riskist ning selgemaks on saanud vajadus suurenenud riskifaktorite komplektiga inimest terviklikult käsitleda ja kõiki riskifaktoreid mõjutada. Paranenud on ka arusaam metaboolse sündroomiga patsientide geneetikast ning vajadusest tõhustada ravijärgimust ning patsiendi kaasatust.

DIABEET JA EELDIABEET

Diabeedi diagnoosi saanutel on elustiilimuutused vajalikud esmajärjekorras.

Möödukas kaalulangetamine takistab eeldiabeedi edasiarenemist ja vähendab ka mikro- ja makrovaskulaarsete tüsistuste teket. Bariaatriline kirurgia vähendab kaalu pikaajaliselt ning vähendab II tüüpi diabeedi ja riskifaktorite esinemist edukalt.

Vahemere dieet võib vähendada oluliste SVH teket. Füüsiline aktiivsus vähendab paastuglükoosi häire arenemist II tüüpi diabeediks, parandab glükeemilist ohjet ja vähendab SVH teket.

HÜPERTOONIAATÕBI

Arteriaalne hüpertensioon on metaboolse sündroomi korral üks olulisemaid modifitseeritavaid KV riskifaktoreid. Krooniliselt normist kõrgem vererõhk kahjustab veresoonte seinu, soodustab ateroskleroosiliste muutuste teket ning võib seeläbi põhjustada KV tüsistuste teket. Vererõhu ning KV riski, neerukahjustuse ja suremuse seos on pidev, mistõttu on normotensiooni ja hüpertensiooni eristamine mõnevõrra meelevaldne.

Kliinilise praktika jaoks on loodud vererõhu piirväärtused pragmaatilise eesmärgiga lihtsustada diagnoosi- ja raviotsuseid. Arteriaalset hüpertensiooni defineerivad piirid, millest alates ületab ravist saadav kasu riske. Arteriaalne hüpertensioon esineb siis, kui süstoolne vererõhk on ≥ 140 mmHg ja/või diastoolne ≥ 90 mmHg (Williams). Enamik hüpertooni-



SÜDA VAJAB KAITSET?

**KAITSE
TAGAB**

Jardiance®
(empaglifloosiin)



Ei ole tegelik patsient

Retseptiravim. Ravimvorm: õhukese polümeerikattega tabletid. **Toimeaine sisaldus:** Üks tablett sisaldab 10 mg või 25 mg empaglifloosiini. **Ravimpreparaadi klassifikatsiooniline kuuluvus:** naatriumi-glükoosi kotransporter 2 (SGLT2) inhibiitor. **Pakendi suurus:** müügil on 30 tabletti ühes pakendis.

NÄIDUSTUSED:

2. tüüpi suhkurtõbi. Näidustatud ravile ebapiisavalt alluva 2. tüüpi suhkurtõve raviks täiskasvanud patsientidele ning 10-aastastele ja vanematele lastele lisaks dieedile ja füüsilisele koormusele:

- monoteerapiana, kui metformiin ei sobi talumatuse tõttu;
- lisaks teistele diabeediravimitele.

Olemasolevaid uuringuandmeid kombinatsioonide ning toime kohta vere glükoosisisalduse kontrollile, kardiovaskulaarsetele toimetele ja renaalsetele toimetele ning uuritud populatsioonide kohta vt ravimi omaduste kokkuvõttest lõigud 4.4, 4.5 ja 5.1.

Südamepuudulikkus. Näidustatud täiskasvanutele sümptomaatilise kroonilise südamepuudulikkuse raviks.

Krooniline neeruhaigus. Näidustatud täiskasvanutele kroonilise neeruhaiguse raviks. **ANNUSTAMINE:**

2. tüüpi suhkurtõbi. Soovitatav algannus on 10 mg empaglifloosiini üks kord ööpäevas nii monoteerapiana korral kui ka täiendava preparaadina kombinatsioonis teiste diabeediravimitega. Patsientidel, kes taluvad empaglifloosiini 10 mg annust üks kord ööpäevas ja kelle eGFR on ≥ 60 ml/min/1.73 m² ja kes vajavad paremat glükeemilist kontrolli, võib annust suurendada kuni 25 mg empaglifloosiini üks kord ööpäevas. Maksimaalne ööpäevane annus on 25 mg.

Südamepuudulikkus. Soovitatav annus on 10 mg empaglifloosiini üks kord ööpäevas.

Krooniline neeruhaigus. Soovitatav annus on 10 mg empaglifloosiini üks kord ööpäevas.

Kõik näidustused. Kui empaglifloosiini kasutatakse kombineeritult sulfonüüluurea või insuliiniga, võib kaaluda sulfonüüluurea või insuliini annuse vähendamist, et vähendada hüpotükeemia riski (vt ravimi omaduste kokkuvõttest lõigud 4.5 ja 4.8). Kui annus on vahele jäänud, tuleb see võtta niipea, kui see patsiendile meenub; samas, ühel päeval ei tohi võtta kahekordset annust.

Vastunäidustused: Ülitundlikkus toimeaine või ravimi omaduste kokkuvõttest lõigus 6.1 loetletud mis tahes abiainete suhtes.

Täielik info kõrvaltoimetest, erihoiatustest ja ettevaatusabinõud kasutamisel on leitav ravimi omaduste kokkuvõttest:
Jardiance, INN-Empagliflozin (europa.eu)



Müügiloa hoidja: Boehringer Ingelheim International GmbH, Binger Str. 173, 55216 Ingelheim am Rhein, Saksamaa.

Müügiloa hoidja kohalik esindaja ja täiendav teave: Boehringer Ingelheim RCV GmbH & Co KG Eesti filiaal, Pärnu mnt 141, 11314 Tallinn, medicalinformationservice.TLL@boehringer-ingelheim.com.

Täheldatud kõrvaltoimete kohta palume saata teade:
PV_local_Estonia@boehringer-ingelheim.com

niatõvega patsientidest on enne tüsistuste teket asümptomaatilised.

Hüpertooniatõbi on väga levinud: üldpopulatsioonis on haiguse levimus 30–45% (Williams). Juhuslikustatud uuringute põhjal on selge, et arteriaalse hüpertensiooni ravi vähendab üldist SVHd ning suremust. Vastavalt Euroopa Kardioloogide Seltsi hüpertooniatõve ravijuhendile (Williams) peaks ravi alustamine enamikel patsientidel toimuma kahe ravimi kombinatsioonpreparaadiga, et saavutada kiirem vererõhu alanemine, parem raviefekt ja ennustatavus. Esma- valikuks on ravi kombinatsioonpreparaadiga.

Kõikidel patsientidel on soovitatav esmane antihüpertensiivse ravi eesmärkväärtus <140/90 mm Hg. Kui ravi on hästi talutav, peaks enamikul patsientidel seadma vererõhu ravi eesmärgiks 130/80 mm Hg. Enamikul <65 aasta vanustel medikamentooselt ravitud patsientidel on võimalusel soovitatav süstoolse vererõhu vähendamine vahemikuni 120–129 mmHg. ≥65aastastel patsientidel on süstoolse vererõhu soovitatav eesmärkväärtus 130–139 mmHg (Williams).

Diabeetikutel on süstoolse vererõhu ravieesmärk 130 mmHg ning hea taluvuse korral <130 mmHg, kuid mitte <120 mmHg. Optimaalne vererõhk vähendab nii mikro- kui ka makrovaskulaarsete tüsistuste tekke riski.

Kõikidele suhkurtõve ja hüpertooniatõvega patsientidele tuleb anda eluviisisoovitusi. Angiotensiini konverteeriva ensüümi inhibiitorite (AKEI) või angiotensiini retseptori blokaatorite (patsientidel, kes ei talu AKEId) lisamine raviskeemi on tõendus põhine. Sageli on vajalik kasutada mitut toimeainet. AKEI kasutamine vähendab eeldiabeedist diabeedi arenemist paremini kui beetablokaatorite või diureetikumide kasutamine (Cosentino).

ÜLDISE KV RISKI HINDAMINE

Üldise KV riski all mõeldakse konkreetse isiku tõenäosust ateroskleroosiliseks KV haigestumiseks kindla ajaperioodi jooksul ja see väljendab mitmete riskifaktorite kombineeritud toimet hinnanguliselt KV riskile.

Ateroskleroosilise SVH ennetamine konkreetsetel patsiendil peaks sõltuma tema üldisest KV riskist: mida kõrgem risk, seda intensiivsem peaks olema ravisekkumine. Patsiendid, kellel esineb dokumenteeritud ateroskleroosiline SVH, I või II tüüpi diabeet, väljendunud üksikud riskifaktorid või krooniline

Tabel 1. Metaboolse sündroomi diagnoosikriteeriumid

Metaboolse sündroomi diagnoosimiseks on vajalik vähemalt 3 kriteeriumi koosinemine. Kriteerium on täidetud ka siis, kui vastava kriteeriumi näidustusel on kasutusel ravim.

- ▶ a) abdominaalne rasvumine (vöökoja ümbermõõt M > 102cm, N > 88cm);
- ▶ b) madal HDL-C tase (M < 1,03 mmol/l, N < 1,3 mmol/l);
- ▶ c) suurenenud triglütseriidide tase (TG > 1,7 mmol/L);
- ▶ d) suurenenud vereglükoosi tase (HbA1C ≥ 5,6 mmol/L);
- ▶ e) kõrge vererõhk (süstoolne vererõhk ≥ 130 mmHg ja/või diastoolne vererõhk ≥ 85 mmHg).

neeruhaigus (KNH), on enamasti kõrge või väga kõrge üldise KV riskiga. Antud patsientide puhul ei ole riskihindamise mudeleid vaja; nende puhul on vajalik kõikide riskifaktorite aktiivne käsitlemine. Kuna paljudel inimestel esineb mitu riskifaktorit, mis kombineerituna tekitavad kõrge KV riski, on näiliselt tervete isikute puhul soovitatav üldise KV riski hindamise süsteemi, nt SCORE kasutamine. See hindab 10 aasta kumulatiivset riski esmaseks fataalseks KV haigestumiseks. Eluaegne risk on teine alternatiivne lähenemine, mis iseloomustab riskifaktorite mõju noortele inimestele. Mida rohkem riskifaktoreid, seda kõrgem on eluaegne risk. Noorte inimeste riskitase on sellise hinnangu alusel kõrgem, kuna ekspositsiooni aeg on pikem. Eluaegne risk sobib pigem riskifaktorite illustreerimiseks kui raviotsuste juhtimiseks, kuna kliinilised uuringud kasutavad kindla pikkusega jälgimisperioodi, mitte eluaegse riski mõõtmist.

DÜSLIPIDEEMIA RAVI

Düslipideemia on kogum lipiidide ja lipoproteiinide kõrvalekaldeid, sh suurenenud paastu- ja söömisejärgse triglütseriidide (TG), apolipoproteiin B (ApoB) ja madala tihedusega lipoproteiini kolesterooli (LDL-C) tase ning vähenenud kõrge tihedusega lipoproteiinide kolesterooli (HDL-C) ning ja apolipoproteiin A1 (ApoA1) tase. Aterogeenne düslipideemia on üks olulisemaid KVH riskifaktoreid II tüüpi diabeediga patsientidel ning abdominaalse rasvumise, insuliiniresistentsuse ja glükoosi taluvuse häire korral.

Metaboolse sündroomiga patsientidel on düslipideemia ravi eesmärgiks eelkõige kardiovaskulaarsete tüsistuste ennetamine. Ennetamine eeldab üldise KV riski hindamist. Ravi alustades on oluline kaasata patsient ning selgitada talle ka kindlaid ravieesmärke (Tabel 1). II tüüpi diabeedi ja väga kõrge riskiga

patsientidel on soovitatav ravieesmärk LDL-C langetamine ≥50% baastasemest ja LDL-C tase <1,4 mmol/L. II tüüpi diabeedi ja kõrge riskiga patsientidel on soovitatav ravieesmärk LDL-C langetamine ≥50% baastasemest ja LDL-C tase <1,8 mmol/L. Statiinravi on soovitatav I tüüpi diabeedi ja kõrge või väga kõrge riskiga patsientidel.

MITTEALKOHOOLNE MAK SARASVTÕBI

Mittealkohoolse maksasarsvtõve levimus suureneb ja tegemist on kaasajal kõige levinuma maksahaigusega. Haigus esineb enamasti koos metaboolsete häiretega, nagu II tüüpi diabeet, hüpertooniatõbi, ülekaal ning kardiovaskulaarsed haigused. Lihtsustatult võib seda seisundit defineerida kui maksa suurenenud rasvasisaldust, kui puuduvad muud steatoosi põhjused. Selle seisundi teke on kompleksne ning seotud insuliiniresistentsusega ning rasvkoe düsfunktsiooniga. Rasvmaks on üks olulisemaid maksa-pankrease α-rakkude telje tegureid, mille käigus suureneb glükagooni tase ning võib tekkida diabeet (Godoy-Matos). Mittealkohoolse maksasarsvtõbi esineb sageli koos teiste metaboolsete haigustega. Metaboolse sündroomi korral 43%, diabeediga patsientidest 59% ning ülekaalulistel diabeediga patsientidest 78% esineb mittealkohoolne maksasarsvtõbi (Godoy-Matos).

Metaboolse sündroomiga patsiente tuleks uurida mittealkohoolse maksahaiguse esinemise suhtes. Esmaseks uuringuks on maksa ultraheliuuring, kus võidakse leida maksa suurenemine või steatoos ning võimalik on kasutada ka spetsiifilisi ultraheli alusel määratavaid skooore. Maksaensüümide taseme suurenemise korral vereanalüüsides tuleks metaboolse sündroomiga patsient suunata gastroenteroloogi vastuvõtule, kus teostatakse täpsustav diagnostika ning vajadusel ka raviplaan (Mäekivi).



Kombinatsioonravim essentsiaalse hüpertensiooni raviks! ¹

Näidustused:¹ Essentsiaalse hüpertensiooni ravi.

Täiendav ravi:¹ Ravim on näidustatud täiskasvanud patsientidele, kelle vererõhk ei lange piisavalt, kasutades kombinatsioonravi olmesartaanmedoksomiili ja amlodipiini, mida võetakse kahte toimeainet sisaldava preparaadina.

Asendusravi:¹ Ravim on näidustatud asendusravina täiskasvanud patsientidel, kelle vererõhk langeb piisavalt, kasutades kombinatsioonravi olmesartaanmedoksomiili, amlodipiini ja hüdroklorotiasiidiga, mida võetakse kahte toimeainet sisaldava preparaadi (olmesartaanmedoksomiil ja amlodipiin või olmesartaanmedoksomiil ja hüdroklorotiasiid) ning ühte toimeainet sisaldava preparaadina (hüdroklorotiasiid või amlodipiin).

Annustamine:¹ Täiskasvanud: Sanoral HCT soovitatav annus on 1 tablett ööpäevas.

Täiendav ravi: Sanoral HCT 40 mg / 5 mg / 12,5 mg võib manustada patsientidele, kelle vererõhk ei allu adekvaatselt kombinatsioonravile 40 mg olmesartaanmedoksomiili ja 5 mg amlodipiini, mida kasutatakse kahte toimeainet sisaldava preparaadina.

Sanoral HCT 40 mg / 10 mg / 12,5 mg võib manustada patsientidele, kelle vererõhk ei allu adekvaatselt kombinatsioonravile 40 mg olmesartaanmedoksomiili ja 10 mg amlodipiini, mida kasutatakse kahte toimeainet sisaldava preparaadina, või ravile preparaadiga Sanoral HCT 40 mg / 5 mg / 12,5 mg.

Eakad (65-aastased või vanemad), neeru- või maksakahjustusega patsiendid: vt ravimi omaduste kokkuvõtet (kinnitatud augustis 2022).

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



Üks Sanoral HCT 40/5/12,5 mg

tablett sisaldab¹

- 40 mg olmesartaanmedoksomiili
- 5 mg amlodipiini (amlodipiin besilaadina)
- 12,5 mg hüdroklorotiasiid

Üks Sanoral HCT 40/10/12,5 mg

tablett sisaldab¹

- 40 mg olmesartaanmedoksomiili
- 10 mg amlodipiini (amlodipiin besilaadina)
- 12,5 mg hüdroklorotiasiid

Vastunäidustused:¹ Ülitundlikkus toimeainete, dihüdropüridiini derivaatide või sulfonüülamidi derivaatide (hüdroklorotiasiid on sulfonüülamidist saadud ravim) või mis tahes abiaine(te) suhtes. Raske neerukahjustus. Refraktaarne hüpokaleemia, hüponatreemia, hüperkaltseemia ja sümptomaatiline hüperurikeemia. Raske maksapuudulikkus, kolestaas ja sapiteede obstruktsiooniga kulgevad häired. Raseduse teine ja kolmas trimester. Sanoral HCT samaaegne kasutamine aliskireeni sisaldavate ravimitega on vastunäidustatud suhkurtõve või neerukahjustusega (GFR < 60 ml/min/1,73 m²) patsientidele. Amlodipiini tõttu on Sanoral HCT vastunäidustatud patsientidele, kellel esineb: šokk (sealhulgas kardiogeenne šokk); raske hüpotensioon; südame vasaku vatsakese väljavoolutrakti obstruktsioon (näiteks raske aordiklapi stenoos); hemodünaamiliselt ebastabiilne südamepuudulikkus pärast ägedat müokardiinfarkti.

Kõrvaltoimed:¹ Kõige sagedamad Sanoral HCT (olmesartaan, amlodipiin, hüdroklorotiasiid) kõrvaltoimed on perifeerne turse, peavalu ja pearinglus.

Retseptiravim. Pakend: 28 tabletti pakendis.

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.

Sekkumised, et vähendada kardio- vaskulaarset riski rasvumise korral

ELUSTIILISEKKUMISED JA DIGIRAVI

Kaalulangetamise üldised eesmärgid rasvunudel on minimaalselt edasise kaalutõusu ärahoidmine, kehakaalu vähendamine ja madalama kehakaalu säilitamine pikema aja jooksul. Patsientide KMId ja vööümbermõotu tuleks mõõta nii esialgsel hindamisel kui ka ravi tõhususe hindamisel.

Rasvunud patsientidel on suurenenud kardiovaskulaar (KV) risk, mistõttu on neile soovitatavad üldised kardiovaskulaarhaiguste ennetamise eesmärgid (tabel 2). Elustiili muutmine ja sellele järgnev kaalulangus parandavad nii metaboolset tervist kui ka sellega seotud süsteemset põletikku ja endoteeli düsfunktsiooni. Füüsilise aktiivsuse suurendamine tagab parema insuliinitundlikkuse, endoteeli funktsiooni ja põletikumarkerite vähenemise sõltumata kehakaalu langusest (Powell-Wiley).

Digitaalsed tervisesekkmised pakuvad olulist võimalust rasvumise ennetamisele ja ravile, kuna võimaldavad patsiendikesksemat ja täpsemat lähenemisviisi. Telemeditsiini ja mobiilse tervise rakendusi kasutatakse tervishoiuteenuse pakkumisel juba laialdaselt. Iseseisva digitaalse ökosüsteemi loomine rasvumise raviks kiirendaks tõenäoliselt digitaalsete terviserakenduste kasutuselevõttu.

RAVIMID JA KIRURGIA

Selleks, et rasvumise vastane ravim oleks tõhus KV sündmuste ennetamisel, peaks see tõhusalt ja püsivalt langetama kaalu ning omama mõnda muud kasulikku toimet südamele ja veresoontele. Uuringutes on seni kõige tõhusamalt kaalu langetanud glükagoonisarnase peptiid-1 retseptori agonistide (GLP-1RA) ravimiklass. Need ravimid arendati vereglükoosi langetamiseks, kuid uuringutes on leitud, et neil on soodne toime ka mitmele teisele KV riskifaktorile, nagu vererõhk ja kehakaal.

GLP-1RA-de KV ohutus leidis kinnitust mitmes suures uuringus. Liraglutiidi (LEADER) ja semaglutiidi (SUSTAIN-6) diabeedi ja kõrge KV riskiga patsientide uuringus vähenes KV sündmuste risk platseeboga võrreldes oluliselt: vastavalt 13% ja 26%. GLP-1RASid hõlmavates metanalüüsides on leitud, et see ravi-

Tabel 2. Ravi eesmärgid kardiovaskulaarhaiguste ennetamisel (Mach)

Suitsetamine	Mitte tarvitada tubakat üheski vormis.
Toitumine	Tervislik menüü, mis sisaldab vähe küllastunud rasvu ning keskendub täisteratoodetele, juur- ja köögiviljadele, puuviljadele ja kalale.
Füüsiline aktiivsus	3,5–7 tundi keskmiselt intensiivset füüsilist koormust nädalas või 30–60 minutit enamikel päevadel.
Kehakaal	KMI 20–25 kg/m ² , vööümbermõõt <94 cm meestel ja <80 cm naistel.
Vererõhk	<140/90 mmHg. Enamikel antihüpertensiivset ravi saavatest patsientidest on soovitatavad madalamad eesmärkväärtused, kui ravi on hästi talutav.
LDL-C	Väga kõrge risk primaarses ja sekundaarses ennetuses: Raviskeem, mis saavutab ≥50% LDL-C languse baastasemest ning LDL-C eesmärkväärtuse <1,4 mmol/L. Kui patsient ei tarvita statiini: tõenäoliselt on vajalik kõrge intensiivsusega LDL-langetav ravi. Kui patsient on LDL-langetaval ravil: vajalik on ravi intensiivistamine. Kõrge risk: Raviskeem, mis saavutab ≥50% LDL-C languse baastasemest ning LDL-C eesmärkväärtuse <1,8 mmol/L. Keskmine risk: LDL-C eesmärkväärtus <2,6 mmol/L. Madal risk: LDL-C eesmärkväärtus <3,0 mmol/L.
Mitte-HDL-C	Mitte-HDL-C sekundaarsed eesmärgid väga kõrge, kõrge ja keskmise riskiga patsientide jaoks on vastavalt <2,2; 2,6 ja 3,4 mmol/L.
Apolipoproteiin B	ApoB sekundaarsed eesmärgid väga kõrge, kõrge ja keskmise riskiga patsientide jaoks on vastavalt <65, 80 ja 100 mg/dL.
Triglütseriidid	Eesmärkväärtus puudub, kuid tase <1,7 mmol/L viitab madalamale riskile ning kõrgema taseme puhul on vajalik teiste võimalike riskifaktorite tuvastamine.
Vereglükoos	HbA1c <7%

miklass on ülekaalulistel patsientidel KV-lt ohutu (Patoulas) ning leiti ka KV suremuse riski 13% vähenemine võrreldes platseeboga diabeediga patsientidel (Sawami).

Ka ravimi toimet kehakaalu langetamisele on uuritud. Liraglutiidi randomiseeritud rasvunud patsientide uuringus SCALE leiti 8% kehakaalu langus võrreldes platseeborühma 2,6%ga. Semaglutiidi uuringus STEP-1 (Wilding) leiti ravimirühmas võrreldes platseeborühmaga statistiliselt oluline kaalulangus, kusjuures kehakaalu langus võrreldes algtasemega oli 14,9%.

Märkimisväärne on see, et semaglutiidi poolt esile kutsutud kaalukaotus ületab 10%, mis võiks viidata ka potentsiaalsele vähendamisele KV riski (Mares). Uurin-

gus SELECT vaadati semaglutiidi mõju SVH tulemusnäitajatele rasvunud, kuid ilma diabeedita patsientidel, kellel on varasemalt teada SVH. Tirtsepatiidi vähendas SURMOUNT-1 uuringus rasvunud patsientide kehakaalu 20,9% võrreldes algtasemega (Sawami). Prospektiivsed mitterandomiseeritud bariaatrilise kirurgia uuringud on näidanud ülekaalulistel patsientidel koronaarhaiguse riski vähenemist (Powell-Wiley). Bariaatriline kirurgia parandab hüpertensiooniga ülekaalulistel patsientidel vererõhu eesmärkide saavutamist ning vähendab medikamentoose ravi vajadust (Schiavon).

Doktor Lotmani ülevaadet kardiovaskulaarsest riskist diabeedi korral loe 9.04 Meditsiiniuudistest

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

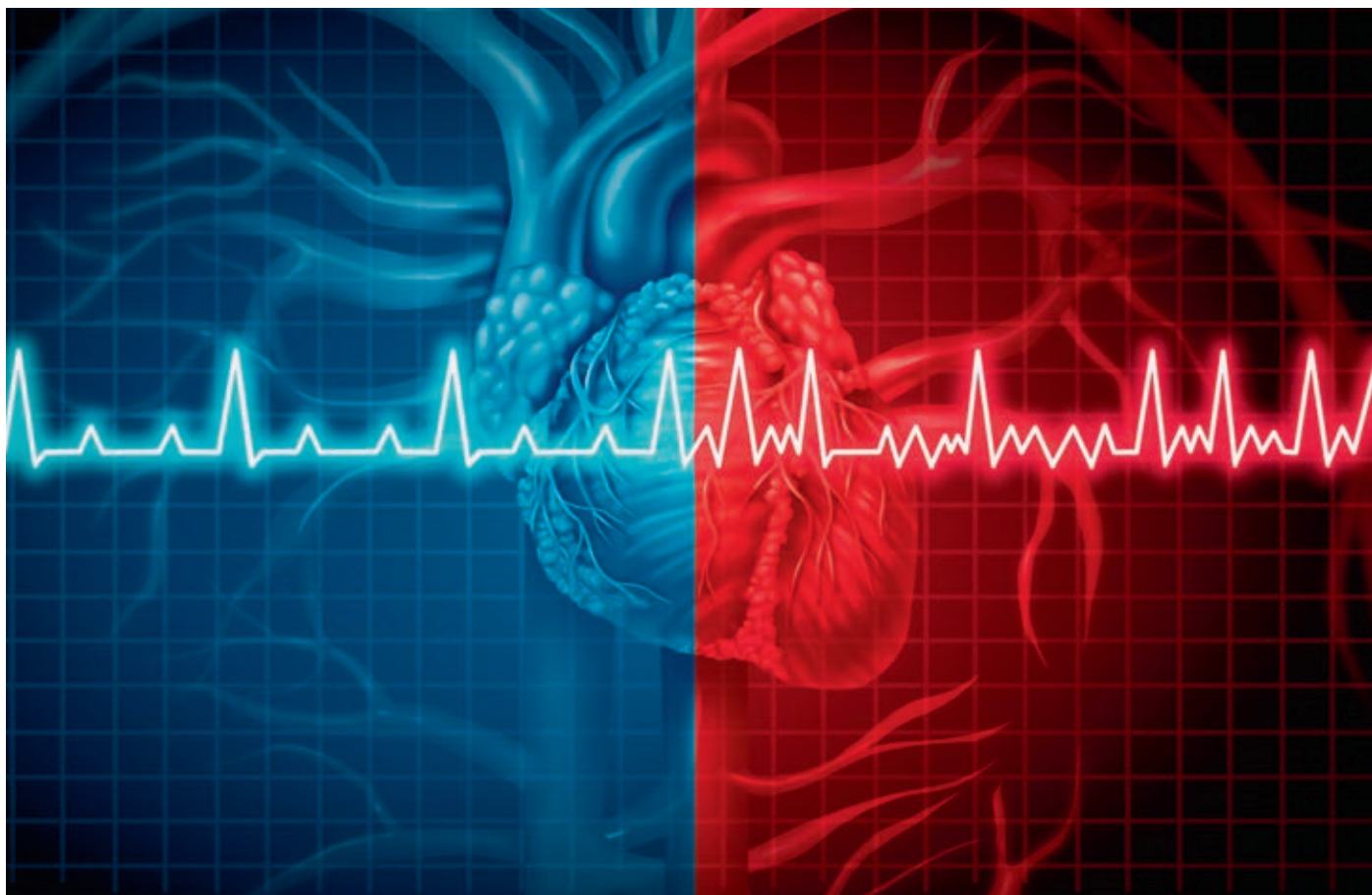


FOTO: SHUTTERSTOCK

Virvendusarütmia haige vajab tuge, abi ja nõustamist

Südame rütmihäired on sageli segasevõitu ja hirmuäratav teema nii tavainimesele kui ka arstkonnale. Eestis on ligikaudu 1,3 miljonit südame rütmihäiretega inimest. Seega pole kedagi, kelle süda lööks regulaarselt ja sama sagedusega nagu metronoom. Kas rütmihäire on ohtlik? Kas ravima peab kardioloog, elektrofüsioloog või piisab perearsti korraldustest? Need on küsimused, millele PERHi kardioloogi **Jüri Voitki** sõnul on vaja leida vastused.

Valdaval enamusel juhtudest on tegemist terve südamega ja normi piiridesse jäävate üksikute lisalöökidega. “Osadel juhtudel on tegemist küll normist kõrvalekaldumistega, kuid ohutud ja inimest vähehäirivad rütmi korratused ravi ei vaja. Ravima peab ohtlikke ja/või väga sümptomaatilisi rütmihäireid. Võimalusel peaks ravi olema suunatud rütmihäire põhjuste kõrvaldamisele ja seda alates eluviisi muutustest kuni südamesiseste invasiivsete protseduurideni,” rääkis Voitk.

Kas rütmi muutus on normi variant? Kas inimene tunneb rütmi muutust või ei tunne? Kas on vaja ravida ja kas on üldse ravitav? Kas rüt-

mihäire on ohtlik? Kas ravima peab kardioloog, elektrofüsioloog või piisab perearsti korraldustest? See on terve hulk küsimusi, millele Voitki sõnul polegi nii lihtne vastata – peamiseks põhjuseks on vähene rütmihäirete alane kooolitus teiste erialade arstidele.

“Tartus arstiteaduskonnas õppimise ajal jääb ühest loengust ja ühest praktikumist rütmihäirete osas väheks. Teistes residentuurides peale kardioloogia, rütmihäireid põhjalikumalt ei käsitleta. Noored väljaõppinud kardioloogid eelistavad töötada regionaalhaiglates: Tartu ülikooli kliinikumis ja Põhja-Eesti regionaalhaiglas. Nii võibki tekkida olukord, et meie ootame haigeid elektrofüsioloog-

ELIQUIS®
(apiksabaan):
EFEKTIIVSUS
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 mittevalvulaarne 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.

Südamerütmi probleemidega inimestel tuleb oma pulsi katsumine rutiiniks teha!

gilistele protseduuridele, kuid maakondades pole kolleege, kes teaks nendele protseduuridele suunamise näidustusi,” tõdes Voitk.

Sekkumist vajavatest rütmihäiretest on vaieldamatult kõige levinum kodade virvendusarütmia ehk kodade fibrillatsioon (AF). See puudub 2–4% elanikkonnast ja Eestis seega suurusjärgus 40 000 inimest. Mida eakamat vanusegruppi vaatame, seda suurem on ka AF haigete osakaal.

Vaatamata arstide pingutustele kasvab AF haigete arv 1–2% aastas. Voitki sõnul on see tingitud ühelt poolt elanikkonna vananemisest ja teisalt järjest halvenevast eluviisist.

„Vanuse lisandumisega peame kõik paratamatult leppima, kuid tervisliku eluviisi järgimine on vaid meie endi kättes. Ülekaalus ja vähe liikuv eluviis on üks peamisi põhjusi, mis lisaks vererõhuhaigusele, diabeedile ja metaboolsele sündroomile tekitab ka virvendusarütmia. Randomiseeritud uuringud näitavad, et tervisliku eluviisi järgimine mitte ainult ei aita AF-i ära hoida, vaid ka vähendab juba olemasolevate episoodide esinemissagedust ja kestust,” toonitas Voitk vajadust tasakaalustatult toituda, mitte suitsetada, vähendada alkoholi tarbimist ja rohkem liikuda.

RAVISUUNAD JA ENNETUS

Voitki sõnul on enamusel AF-haigetest embolismi tüsistuste, sh ajuinfarkti ärahoidmiseks näidustatud antikoagulatsioon.

„Haiged küsivad tihti, et missugune antikoagulant on parim. Tegelikult on olulisem, et kõik näidustusega haiged oleks antikoaguleeritud. Kindlasti ei tohi kasutada igemete veritsust või väheseid nina verejookse ettekäändena ravist loobumiseks ja riskida selle tagajärjel halvatusena. Praeguse statistika kohaselt ei ole pooled haiged nõuetekohaselt ravitud,” tõdes arst.

Teine oluline ravisuund virvendusarütmia haigetel on liigse südamepekslemise ärahoidmine beetablokaatoritega. Nendel haigetel võib Voitki sõnul juba mõõdukas pingutus esile kutsuda südamesageduse liigse kiirenemise. „Kestev liiga kiire südamesagedus tekitab südamepuudulikkust ja väga suured sagedused võivad olla ka otseselt eluohtlikud. Liigse südamesageduse ohjamine vähendab ka haige vaevuseid AF-i ajal. Meil kiputakse ravimeid selle vastu määrama alalävistes doosides,” nentis Voitk.

KEHAKAAL KONTROLLI ALLA

Väga tähtis on haigete ja ka elanikkonna harimine eluviisi osas, et teha oma poolt võimalikult palju tervise hoidmisel. „Iga inimene võiks teha oma tervise huvides piisava hulga samme päevas. Ka kolleegid ütlevad sageli oma haigete kohta, et patsientidest naised on prisked ning mehed tursked. Kui arvutame välja nende inimeste kehamassiindeksi, selgub, et suurel osal neist on väljendunud rasvtõbi. Sellele tuleb juhtida tähelepanu. Probleem on selles, et väga suur osa kõrge kehamassiindeksiga inimestest ei oska dieeti pidada. Need

patsiendid vajavad toitumisnõustaja abi. Või siis on teine variant – inimene teab täpselt, mida ta tohib või ei tohi süüa, aga tal lihtsalt pole tahtejõudu. Paljud tervisenäitajad, sealhulgas virvendusarütmia probleemid paranevad, kui kehakaal kontrolli alla saada,” tõdes arst.

Voitk ütleb, et tervishoiu korralduslikust aspektist on väga oluline, et AF-haige teaks täpselt oma prognoosi, võimalusi ja rakendatavat strateegiat ravi osas. Et haige oskaks end ise jälgida ja teaks, mis situatsioonis, millal ja kuhu abi saamiseks pöörduda.

Kui erinevad meditsiinilised annavad väga resolutootseid ja väga erinevaid soovitusi, võib see anda haigele asjatuid lootusi ja probleemide jätkumine tekitab ärevushäiret. Kiirabi või nõuandetelefoniga personali võib soovitada tajutava rütmihäire korral kohe arstiabi otsida. Samas mõõduvad enamuses AF episoodidest esimese ööpäeva möödudes spontaanselt ja korduvate episoodidega antikoaguleeritud haige peaks ise EMOSse pöörduma alles teise või kolmanda päeva hommikul.

Kardioloogid teavad, et enesetunde põhjal orienteerumine pole parim lahendus. Südame rütmihäired on tihti asümptomaatilised ja inimene ei tunne neid. Kuid AF episoodid, mida inimene tunneb ja mida ei tunne, võivad ühtemoodi ajuinfarkti esile kutsuda. Pulssi katsudes saab enamasti aru, kas su süda on rütmis või mitte.

„Südamerütmi probleemidega inimestel tuleb oma pulsi katsumine rutiiniks teha!” rõhutas arst. Aga ka seni rütmihäireteta vanemaealiste inimeste ja/või rohkete riskifaktoritega haigete hulgas. „See on võib olla veidi arrogantne väide, aga ma ütlen patsientidele vahel, et rääkides rütmihäiretest, mind ei huvita tunded. Sest tunded petavad mõlemas suunas. Võib olla rütmihäire, mille korral inimene mitte midagi ei tunne. Võib olla ka nii, et inimene arvab, et on rütmihäire, aga tegelikult ei ole. Lihtsalt pange kolm sõrme randmele ja katsuge oma pulssi.”

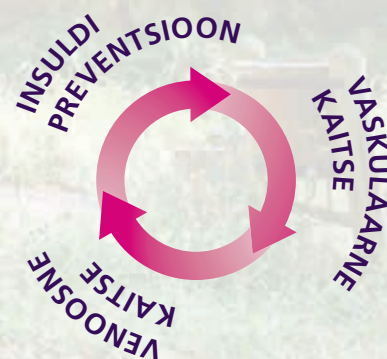
Varajaselt avastatud rütmihäire korral on õige rütmi säilitamise tõenäosus suurem, seda nii ravimitega kui ka ablatsiooniraviga. Isegi, kui ei õnnestu säilitada normaalset rütmi, siis varajaselt avastatud rütmihäire korral saab tabletraviga vähendada tüsistuste esinemissagedust.

Ohtlike rütmihäirete korral, mille põhjust ei saa kõrvaldada ja mis ei allu ei medikamentoosle ega ablatsioonravile, on võimalik implanteerida kardioverter-defibrillator. See on suuremate võimustega südamestimulaator ja taastab ülestimulatsiooniga või elektrišokiga normaalse rütmi eluohtlike rütmihäirete korral. Erinevate nutiseadmete kasutamine südame rütmi jälgimisel on kindlasti südame rütmi jälgimisel heaks lisavõimaluseks, kuid peab arvestama sellega, et sageli tekivad mõõtmisvead. Ebatavalised mõõtmistulemused tuleks pulsi katsumisega üle kontrollida. Vastasel korral võivad nutiseadmed tekitada/süvendada asjatult ärevust.

Allikas: regionaalhaigla



MITME- KÜLGNE KAITSE



TEIE TROMBOOSIRISKIGA PATSIENTIDELE¹

Viited:

1. Xarelto (rivaroksabaan) ravimi omaduste kokkuvõte, juuni 2021

Ravimpreparaadi nimetus ja toimeaine Xarelto (rivaroksabaan) ▼ Käesoleva ravimi suhtes kohaldatakse täiendavat järelevalvet, mis võimaldab kiiresti tuvastada uut ohutusteavet. Tervishoiutöötajatel palutakse teavitada kõigist võimalikest kõrvaltoimetest Eesti ravimiametit või aadressil pharmacovigilance.baltic@bayer.com. **Retseptiravim**. Enne ravimi määramist tutvuge palun ravimi omaduste kokkuvõttega. **Ravimvorm ja toimeaine sisaldus** Ohukese polümeerikattega tabletid. Iga tablett sisaldab 15 mg / 20 mg rivaroksabaani. **Pakendisuurused** 15mg / 20 mg N28, N42, N98 **Näidustused** Insuldi ja süsteemse emboolia ennetamine täiskasvanud patsientidel, kellel esineb mittevälvulaarne kodade virvendusarütmia koos ühe või enama riskiteguriga. **Annustamine ja manustamisviis** 20 mg üks kord ööpäevas, mõõduka (kreatiniini kliirens 30...49 ml/min) või raske neerukahjustusega (kreatiniini kliirens 15...29 ml/min) patsientidele 15 mg üks kord ööpäevas. Xarelto (rivaroksabaan) 15 mg ja 20 mg tablette tuleb võtta koos toiduga. **Vastunäidustused** Ülitundlikkus toimeaine või mis tahes abiainetega suhtes. Kliiniliselt oluline äge verejooks. Kahjustused või seisundid, mille puhul mille puhul peetakse suure verejooksu riski märkimisväärselt. Samaaegne ravi mis tahes muu antikoagulandiga välja arvatud üleviimisel ühelt antikoagulandilt teisele või kui fraktsioneerimata hepariini manustatakse annuses, mis on vajalik tagamaks tsentraalse veeni- või arterikateetri avatus. Maksahaigus, millega kaasneb koagulopaatia ja kliiniliselt oluline veritsemisoht, sh tsirroosiga patsiendid, kellel on Child-Pugh B ja C. Rasedus ja imetamine **Hoiatused ja ettevaatusabinõud kasutamisel** Kogu raviperioodi vältel on soovitatav kliiniline jälgimine antikoagulatsioonravi tavade kohaselt. Tõsise verejooksu puhul tuleb Xarelto (rivaroksabaan) manustamine lõpetada. Vanuse tõustes võib verejooksu risk suureneeda. Tõsise nahalööbe esmasel ilmnemisel või limaskestade kahjustusega seotud teiste ülitundlikkusnähtude tekkimisel tuleb ravi Xareltoga (rivaroksabaan) lõpetada. Xarelto't (rivaroksabaan) ei soovitata kasutada: väga raske neerukahjustusega patsientidel (kreatiniini kliirens < 15 ml/min); patsientidel, kes saavad samaaegselt süsteemset ravi tugevate CYP3A4 ja P-gp inhibiitoritega nt asool-tüüpi seentevastaste ainetega või HIV-proteasaasi inhibiitoritega; kõrgenenud verejooksuriskiga patsientidel; patsientidel, kes saavad samaaegselt ravimeid, mis on tugevad CYP3A4 indutseerijad kui patsiendil ei jälgi hoolikalt tromboosi tekkimise märke või sümptomeid; patsientidel, keda samaaegselt ravitakse dronedarooniga; südameklapiaproteesidega patsientidel; antifosfolipiidsündroomiga patsientidel, kellel on anamneesis tromboos; tromboosi profülaktikaks

patsientidel, kellele on hiljuti tehtud kateetriklapi asendamine (TAVR). Xarelto't (rivaroksabaan) tuleb kasutada ettevaatusega: suurenenud veritsemisriskiga patsientidel; patsientidel, kellel on raske neerukahjustus (kreatiniini kliirens 15–29 ml/min); neerukahjustusega patsientidel, kes võtavad samaaegselt teisi ravimeid, mis suurendavad rivaroksabaani kontsentratsiooni vereplasmas; patsientidel, kes saavad samaaegselt ravimeid, mis mõjutavad hemostaasi; patsientidel, kelle tehakse neurak-siaalne anesteesia (epiduraal-/spinaalanesteesia) või spinaalpunktsioon. Aktiivse kasvaja patsientidel tuleb kaaluda tromboosivastase ravi individuaalset kasulikkust võrreldes veritsemisriskiga. Haavandilise seedetraktihäiguse riskiga patsientidel tuleb kaaluda asjakohast profülaktilist ravi. Kuigi rivaroksabaan-ravi ajal puudub vajadus jälgida rutiinselt rivaroksabaani plasmataaset saab erandi juhtudel määrata rivaroksabaani plasmataaset kalibreeritud kvantitatiivsete anti-faktor Xa analüüsides. Ravimpreparaat sisaldab laktoosi. **Kõrvaltoimed** Sage: aneemia, peavalu, silma hemorraagia, hüpotensioon, hematoom, ninaverejooks, verikõha, igemete veritus, seedetrakti hemorraagia, seedetrakti- ja kõhuvalud, düspepsia, iiveldus, kõhukinnisus, kõhulahtisus, oksendamine, sügelus; lõõve, ekhümoos, kutaanne ja subkutaanne hemorraagia, jäsevalu, urogenitaaltakti hemorraagia, neerukahjustus, palavik, perifeerne turse, üldine jõu ja energia vähenemine, transaminaaside aktiivsuse tõus, protseduurijärgne hemorraagia, kontusioon, haavast väljuv sekreet. Aeg-ajalt: trombotsütoos, trombotsütoopenia, allergiline reaktsioon, allergiline dermatiit, angioödeem ja allergiline ödeem, terebraalne ja intrakraniaalne hemorraagia, sünnikoop, tahhükardia, suukuivus, maksakahjustus, urtikaaria, hemartroos, halb enesetunne, bilirubiini, vere leelisfosfataasi, LDH, lipaasi, amülaasi, GGT taseme suurenemine. Harv: ikterus, konjugeeritud bilirubiini taseme suurenemine, kolestaas, hepatiit (sh hepatotsellulaarne kahjustus), lihasehemorraagia, lokaliseerunud ödeem, vaskulaarne pseudoaneurüsm. Väga harv: anafülaktiline reaktsioon sh anafülaktiline šokk, Stevens-Johnsoni sündroom / toksiline epidermaalne nekroolus, DRESS-sündroom. Esinemissagedus teadmata: verejooksuga kaasuv kompartmentsündroom, verejooksuga kaasuv neerupuudulikkus / äge neerupuudulikkus **Müügiloo hoidja** Bayer AG, 51368 Leverkusen, Saksamaa **Täiendav informatsioon** Bayer OU, Lõotsa 12, Tallinn 11415, tel: +372 655 8565 või mi.baltic@bayer.com või Eesti humaanravimite registrist (www.ravimiamet.ee) **ATC kood** B01AF01 **Ravimi omaduste kokkuvõtte viimati läbi vaadatud** juunis 2021 EU versioon 11 PP-XAR-EE-0353-1

 **Xarelto**[®]
rivaroksabaan

Ei ole olemas head ega halba kolesterooli – on kolesterool

Kuna kolesteroolist väga paljudel juhtudel räägitakse kui millestki halvast, siis oleks vaja, et sellest räägitaks tasakaalustatult.

TAGLI PITSI, Tervise Arengu Instituudi toitumise ja liikumise ekspert

Tegelikult on kolesterool vajalik rakumembraanide ehituses, samuti sapphapete, steroidhormoonide, sh suguhormoonide ning D-vitamiini sünteesiks organismis. Kui kolesteroolist räägitakse ajakirjanduses, siis pea alati kasutatakse mõistet „halb kolesterool“, mille taset tuleks veres langetada või peaks toiduga saama vähem halba kolesterooli. Ka arstid räägivad patsientidele heast ja halvast kolesteroolist ning kuigi see võib olla arusaadavam, siis tegelikult ei eksisteeri halba ega head kolesterooli. Kolesterool on tsükliiline alkohol (sterool), mida väljendab üks kindel keemiline valem. Kolesterool iseenesest ei ole hea ega halb.

LDL JA HDL

Veres ei ringle kolesterool vabalt, vaid see on kahes põhikompleksis, millest üht nimetatakse LDL (madala tihedusega ehk *low density cholesterol*) ning teist HDL (kõrge tihedusega ehk *high density cholesterol*). Kuna LDL-kolesterooli liigkõrgenenud tase veres on seotud suurema südame-veresoonkonnahaiguste riskiga, siis ongi käibele läinud sõnum, et on olemas nn halb kolesterool ehk LDL-kolesterool ja nn hea kolesterool ehk HDL-kolesterool. Korrektne oleks patsiendiga suheldes öelda, et teil on kõrge LDL-kolesterool, mitte halb kolesterool. Enamikel patsientidel ongi peamiselt probleemiks kõrgeenenud LDL-kolesterooli tase.

Kolesterool satub inimese organismi kahte moodi – toiduga ning seda sünteesitakse ka kehas – peamiselt maksarakudes, kuid ka näiteks aju toodab enda jaoks vajaminevast kolesteroolist väga suure osa ise.

Toidust sisaldavad kolesterooli vaid loomset päritolu toiduained. 100 grammi



FOTO: SHUTTERSTOCK

kohta arvestatult on kolesteroolirikkad näiteks munakollane, või ja mõni töödeldud väga rasvane lihatood, nagu nt salaami. Taimset päritolu toitudes kolesterooli ei leidu, küll aga võib neis leiduda teisi steroole. Umbes kolm neljandikku elutegevuseks vajalikust kolesteroolist sünteesib meie organism ise, ülejäänud osa – 150–200 mg päevas, peaks jõudma verre toiduga.

Suuremale toidukolesterooli kogusele reageerib organism normaalselt sellega, et vähendab selle imendumist seedetraktis. Juhul, kui inimene tarbib kolesteroolivaba toitu, peab organism kogu vajaliku hulga aga ise sünteesima. Kolesterooli süntees on pikk protsess ning organismile üsna keerukas – kulutatakse ensüüme, energiat jne. Kestvalt ei ole seega hea süüa kolesteroolivaba toitu, kuid kolesterooli ei peaks saama ka pidevalt üle 300 mg päevas.

Kolesterool peab jõudma kõikide rakudeni ja kuna seda veres vabalt ei ringle, siis toimub transport põhiliselt LDL- ja HDL-kolesterooli kompleksidena. LDL-kompleksiga viiakse kolesterool perifeersetesse kudedesse (vajalik füsioloogiline protsess ja LDL-kolesterooli teatud tase on igati normaalne) ja HDL-kompleksiga tuuakse perifeersetest kudedest maksa (HDL töötab kolesteroolitaseme langetamise suunas).

Kui LDL-kolesterooli tase on kestvalt liiga kõrge, tekitab see veresoonte seintes võimaluse kolesterooli kuhjumiseks. Kui

LDL-kolesterooli kompleks on tugevalt oksüdeerunud, kaasub ka põletikku soodustav toime. Seetõttu ongi LDL-kolesterooli liigkõrge tase veres SVH üheks riskihindamise markeriks.

AITAB KAALULANGETUS

Mis võiks toimida positiivselt vere kolesteroolitaseme suhtes? Kindlasti aitab kaasa oomega-3-rasvhapete poolest rikka toidu tarbimine (rasvasemad kalad). Kõrgema kolesteroolitaseme puhul tuleks piirata kestvalt liiga rasvarikka toidu tarbimist. Munakollases on küll suhteliselt palju kolesterooli, kuid nüüdseks on veenvalt tõestatud, et 3–4 muna nädalas vere kolesteroolitaset ei mõjuta. Juhul kui kolesterooli tase on ülikõrge, oleks mõistlik piirduda munavalgetega. Juhul kui inimene on rasvunud (KMI >30), peaks kindlasti piirama rasvarikka toidu tarbimist ja püüdma kaalu langetada, mis kindlasti mõjutab kolesteroolitaset positiivses suunas.

Kui inimese vere kolesteroolitase on nii kõrge, et soovitakse kasutada kolesterooli sünteesi pidurdavaid ravimeid (statiinid), oleks parim neid kasutada öhtul, sest kolesterooli süntees organismis on suurim keskööjärgsetel tundidel.

Järgides mitmekesise ja tasakaalustatud toitumise põhimõtteid ning olles kehaliselt aktiivne, ollakse juba positiivselt mõjutanud mitut riskitegurit, mis soodustavad vere kolesteroolitaseme tõusu.



rosuvastatiin/esetimiib õhukese polümeerikattega tabletid
10 mg/10 mg N30, 20 mg/10 mg N30, 40 mg/10 mg N30

HOIA KOLESTEROOL KONTROLLI ALL

UUS ANNUS!
40 mg/10 mg N30



Rosazimib® (rosuvastatiin/esetimiib). Hinnakokkulepperavim.

Näidustused:

Primaarse hüperkolesteroleemia (heterosügootne perekondlik ja mitteperekondlik) või homosügootse perekondliku hüperkolesteroleemia ravi täiskasvanutel, lisaks dieedile ja teistele mittefarmakoloogilistele meetmetele (nt kehaline aktiivsus, kehakaalu vähenemine), kellel samade toimeainete samaaegne manustamine eraldi preparaatidena kombinatsioonravimi samades annustes on andnud piisavaid ravitulemusi. Kardiovaskulaarsete tüsistuste riski vähendamiseks vahetusravimina täiskasvanutel, kellel on südame isheemiatõbi ja anamneesis äge koronaarsündroom ning kellel samade toimeainete samaaegne manustamine eraldi preparaatidena kombinatsioonravimi samades annustes on andnud piisavaid ravitulemusi.

RETSEPTIRAVIM. Müügiloo hoidja: KRKA d.d., Novo mesto, Smarjeska 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.

Vähiravis on häid uudiseid

Vähiravi hetkeseisust ja tulevikuootustest tegi konverentsil Meditsiini Update 2023 ülevaate regionaalhaigla onkoloogia-hematoloogiakliiniku keemiaravi keskuse juhataja **Anneli Elme**.

VIOLETTA RIIDAS, toimetaja

Lõppenud aastal seedetrakti onkoloogiale pühendatud Euroopa konverentsil võttis onkoloog Professor John Marshall briljantselt kokku viimase kümnenndi vähiravidünaamika.

2010. aastal me teadsime, et vähktõbi on monoklonaalne haigus. 2020. aastal ehk kümnennd hiljem teame, et vähk on kindlasti polükloonaalne haigus.

2010. aastal arvasime, et põhimõtteliselt vähk on vähk ja keemiaravi sama skeem sobib mitmele haigusele. Täna teame, et kõik vähid on erinevad, nii nagu kõik inimesed on erinevad. Kasutusele on tulnud immuunravi, geenitestid, üha uued uuringud. Paralleelselt on ravi pidevalt kallinenud ja teeb seda ka edaspidi.

2010. aastal olid onkoloogid õnnelikud, sest meil on nii eriline amet ja näeme, et meie tööst on kasu. 2020. aastal on aga onkoloogid maailmas absoluutselt kõige enam läbipõlenud arstid ja meie erialal tehakse enim suitsiide.

Vähk on paraku kujunenud suurimaks haiguskoomuseks kogu maailmas ja me seisame väga tõsise probleemi ees, kuidas tulla toime diagnostika ja raviga kasvava ressursivaeguse juures.

Vähktõbe sagedus tõuseb paraku meelethu kiirusega, kuid ravi on päästnud miljonid. Täna haigestub vähki iga neljas. Aastal 2030 ilmselt iga kolmas. Hea uudis on see, et vähk ei ole enam alati tappev haigus. Täna ligi 70–80% haigetest kas tervistuvad või elavad haigusega pikki häid aastaid.

ELULEMUS PARANEB JÕUDSALT

Vähisuremus on vähenenud ja teeb seda veelgi tänu kliinilistele uuringutele. Tänu arengutele sõeluuringutes, diagnoosimises ja ravis. See kõik on massiivse teadustegevuse tulemus.

Tulemuseks on viie aasta elulemuse tõus, mida näeme ka Eestis tänu sellele, et navigeerime täpsuse, innovatsiooni ja personaliseerimise suunas.

2016–20. aastatel Eestis vähidiagnoosi saanud inimestest on 5 aastat hiljem 68% elus. 2/3 vähihaigetest saabuvad onkoloogi juurde varajases staadiumis ja vaid



Onkoloog Anneli Elme on rõõmus, et kaasaegne ravi lubab terveneda ja kauem elada. FOTO: ERAKOGU

veidi alla kolmandiku tulevad kaugleviku staadiumis. Mida see tähendab? See näitab teaduse ja ravi taset, mis on suunatud haiguse varajasele avastamisele ja ravijärgsele rehabilitatsioonile.

Uute ravimite registreerimine näitab märklaudravimite ja bioloogiliste ravimite võidukäiku. 2022. aastal registreeriti EMA poolt 59 uut ravimit. See number on pidevalt suurenev ja üha rohkem ravimeid luuakse konkreetsele „märklauale“.

Vähiravi väljakutse on, kuidas me neid kalleid ravimeid ja diagnostikat endale ühiskonnana lubada saame. See ei ole ainult Eesti mure. Onkoloogiakongressil on juba aastaid väljendatud muret, et meil ei jagu raha ega inimesi.

Immuunravi on toonud vähiravisse drastilisi muutusi. Kui võtta näiteks kopsuvähk, siis standardne keemiaravi annab algul efekti, inimesed elavad veidi, kuid siis hakkavad meie seast lahkuma. Märklaudravi- monoravi tulekul nägime esimesi elulemuse platoosid – umbes 20% ravitutest ja siis tuli kombineeritud immuunravi, mis tõi pikki aastaid kestva platoo, mida ma oma kolmekümneaastase staaži juures ei olnud enne näinud. Kui me varem rääkisime kaugelearenenud haiguse korral ravist palliatiivses võtmes,

siis nüüd räägime erinevatest lisanduvatest ravivõimalustest, tänu millele kvaliteetse elu kestvust möödame aastates.

Immuun- ja märklaudravi kombinatsioon on lokaalselt levinud melanoomiga haige 5 aasta elulemuse tõstnud 22%.

IV staadiumis, kus varem nägime inimeste väga kiiret kustumist, on 5 aastat hiljem elus varasemast 120% rohkem inimesi. Kui kopsuvähi puhul saime mõni aasta tagasi uuringute põhjal pakkuda elulemuseks umbes aasta, siis praegu on see vähemalt kaks aastat ning sõltuvalt alavormist ning ravi kättesaadavusest ka oluliselt pikem.

PÄÄSTEV IMMUUNRAVI

Üks mu lemmikuudiseid möödunud aastast on immuunravim dostarlimaab, mida uuringus manustati 6 kuu vältel lokaalselt levinud pärasoolevähiga haigetele. Mis juhtus? 22 kuud hiljem oli patsient vähivaba ja seda ainult ühe raviga. Varem tuleks tal olnud vaja läbida keemia ja kiiritusravi ja paraku kolmandik neist pidi elama elu lõpuni stoomikott kõhul. Kõik selles uuringus osalenud patsiendid said täieliku ravivastuse.

Näide minu praktikast – 2020. aasta juulis toodi meile 24aastane üliiraskes seisundis naine. Põhjuseks maksa, paraaortalsetesse lümfisõlmedesse ja lokaalselt levinud jämesoolevähk, mis põhjustas soolesulgust. Õnneks kinnitas test immuunravile tundlikku vähi alavormi ning peale palliatiivset operatsiooni saime rakendada immuunravi vähiravifondi toel, sest tol hetkel ei olnud immuunravi veel tervisekassa toel kättesaadav. Hiljem tehtud kompuutaruuring kinnitas, et see noor naine on jätkuvalt terve.

Räägime vähiravi tulevikust – see on paljulubav. Liigume täppismeditsiinis veelgi detailsema, täpsema, laiemal ordeerimise ja manustamise suunas, mis annab veelgi paremaid ravitulemusi. Tegeleme täna juba genoomi profileerimisega molekulaarsete ja sihtmärkide avastamisega igas kasvajas, et iga patsiendi jaoks määrata täpne ravistrateegia.

Vähipatsientide tuleviku võti

Rohkem homseid rohkematele patsientidele

KEYTRUDA®

(pembrolizumab)

KEYTRUDA (pembrolizumab) on retseptiravim

Melanoom KEYTRUDA monoteeraapia on näidustatud kaugelearenenud (mitteresetseeritava või metastaatilise) melanoomiga täiskasvanute raviks. KEYTRUDA monoteeraapia on näidustatud IIB, IIC või III staadiumi melanoomiga täiskasvanute adjuvantraviks pärast täielikku resektsiooni.

Mitteväikerakk-kopsuvähk (non-small cell lung carcinoma, NSCLC) KEYTRUDA monoteeraapia on näidustatud esimese rea ravina metastaatilise mitteväikerakk-kopsuvähi raviks täiskasvanutele, kelle kasvaja ekspresseerib PD-L1 kasvaja proportsiooni skooriga (TPS) $\geq 50\%$ ning kellel ei esine EGFR- ega ALK-positiivseid kasvaja mutatsioone. KEYTRUDA kombinatsioonis pemetrekseedi ja plaatinat sisaldava keemiaraviga on näidustatud metastaatilise mittelamerakulise mitteväikerakk-kopsuvähi esimese rea raviks täiskasvanutele, kellel ei esine EGFR- ega ALK-positiivseid kasvaja mutatsioone. KEYTRUDA kombinatsioonis karboplatiini ja kas paklitakseli või nab-paklitakseliga on näidustatud metastaatilise lamerakk-mitteväikerakk-kopsuvähi esimese rea raviks täiskasvanutele.

Klassikaline Hodgkini lümfoom (cHL) KEYTRUDA monoteeraapia on näidustatud retsidiiveerunud või refraktaarse klassikalise Hodgkini lümfoomi raviks täiskasvanud patsientidele ja lastele vanuses 3 aastat ja vanemad, kellel on ebaõnnestunud autoloogne tüvirakkude siirdamine (ASCT, *autologous stem cell transplant*) või pärast vähemalt kahte eelnevat ravi, kui ASCT ei ole sobiv ravivalk.

Pea- ja kaelapiirkonna lamerakk-kartsinoom (head and neck squamous cell carcinoma, HNSCC) KEYTRUDA monoteeraapia või kombinatsioonis plaatinat ja 5-fluorouratsiili (5-FU) sisaldava keemiaraviga on näidustatud esimese rea ravina metastaatilise või mitteresetseeritava korduva pea- ja kaelapiirkonna lamerakk-kartsinoomi raviks täiskasvanutele, kelle kasvaja ekspresseerib PD-L1 CPS-iga ≥ 1 .

Kolorektaalvähk (colorectal cancer, CRC) KEYTRUDA monoteeraapia on näidustatud mikrosatelliitide kõrge ebastabiilsusega (*microsatellite instability-high*, MSI-H) või valepaardumisreparatsiooni geeni defektusega (mismatch repair deficiant, dMMR) metastaatilise kolorektaalvähi esimese rea raviks täiskasvanutele.

Mitte-kolorektaalvähid KEYTRUDA monoteeraapia on näidustatud järgmistele MSI-H või dMMR kasvajate raviks täiskasvanutel, kellel on:

- kaugelearenenud või retsidiiveerunud endomeetriumi kartsinoom, ja kelle haigus on edasi arenenud eelneva plaatinat sisaldava ravi ajal või järel mis tahes raviskeemi puhul ning kes ei sobi kuratiivseks kirurgiliseks ega kiiritusraviks;
- mitteresetseeritav või metastaatiline mao, peensoole või sapiteede vähk, ja kelle haigus on edasi arenenud vähemalt ühe eelneva ravi ajal või järel.

Kolmiknegatiivne rinnaäärmevähk (triple negative breast cancer, TNBC) Neoadjuvantravi KEYTRUDA ja keemiaravi kombinatsiooniga, millele pärast kirurgilist operatsiooni järgneb adjuvantravi KEYTRUDA monoteeraapiaga, on näidustatud lokaalselt kaugelearenenud või varajases staadiumis kolmiknegatiivse rinnaäärmevähi raviks täiskasvanud patsientidele, kellel on suur risk kasvaja retsidiivi tekkeks.

Emakakaelavähk KEYTRUDA kombinatsioonis keemiaraviga koos bevatsizumabiga või ilma on näidustatud persisteriva, retsidiiveerunud või metastaatilise emakakaelavähi raviks täiskasvanutel, kelle kasvaja ekspresseerib PD-L1 CPS-iga ≥ 1 .

ANNUSTAMINE:

Täiskasvanutel on soovitatav annus kas 200 mg iga 3 nädala järel või 400 mg iga 6 nädala järel, mis manustatakse 30 minutit kestva intravenoosse infusioonina. cHL-ga 3-aastastel ja vanematel lastel või melanoomiga 12-aastastel ja vanematel noorukitel on soovitatav annus monoteeraapiana 2 mg/kg kehakaalu kohta (maksimaalselt kuni 200 mg) iga 3 nädala järel, mis manustatakse 30 minutit kestva intravenoosse infusioonina. Patsiente tuleb pembrolizumabiga ravida kuni haiguse progresseerumise või vastuvõetamatu toksilise toime ilmnemiseni. Tähteldatud on ebatüüpilisi ravivastuseid (st esialgselt mõõduvat kasvaja suurenemist või väikeste uute vähikollete teket esimestel kuudel, millele järgneb kasvaja kahanemine). Kliiniliselt stabiilsetel patsientidel, kellel ilmnevad esialgsed haiguse progresseerumise tunnused, on soovitatav ravi jätkata kuni haiguse progresseerumine on kinnitatud. Melanoomi ja NSCLC adjuvantraviks tuleb KEYTRUDA manustada kuni haiguse retsidiivi või mittevastuvõetava toksilisuse tekkeni või kestusega kuni üks aasta. TNBC neoadjuvant- ja adjuvantravi korral tuleb patsiente ravida neoadjuvants KEYTRUDA ja kemoteeraapia kombinatsiooniga: 8 korda annusega 200 mg iga 3 nädala järel või 4 korda annusega 400 mg iga 6 nädala järel või kuni lõplikku kirurgilist ravi välistava haiguse progressiooni või vastuvõetamatu toksilisuseni. Sellele järgneb adjuvantravi KEYTRUDA monoteeraapiaga, manustades 9 korda annusega 200 mg iga 3 nädala järel või 5 korda annusega 400 mg iga 6 nädala järel või kuni haiguse retsidiivi tekkeni või vastuvõetamatu toksilisuseni. Patsiendid, kellel tekib lõplikku kirurgilist ravi välistav haiguse progressioon või KEYTRUDA ja kemoteeraapia kombinatsiooni neoadjuvantraviga seotud vastuvõetamatu toksilisus, ei tohi saada adjuvantravi KEYTRUDA monoteeraapiaga.

Enne KEYTRUDA (pembrolizumab) määramist tutvuge palun ravimi omaduste kokkuvõttega.

Ohutusalaane teave KEYTRUDA (pembrolizumab) kohta

Järgnev teave on lühikokkuvõtte ravimi omaduste kokkuvõttest. Enne KEYTRUDA (pembrolizumab) määramist tutvuge palun ravimi omaduste kokkuvõtte täisversiooniga.

VASTUNÄIDUSTUSED:

Ülitundlikkus toimeaine või abiainete (histidiini, histidiinvesinik-kloriidmonohüdraat, sahharoos, polüsorbaat 80, süstevesi) suhtes.

ERIHOIATUSED JA ETTEVAATUSABINÕUD KASUTAMISEL:

Immuunvahendatud kõrvaltoimed

Pembrolizumabi saavatel patsientidel on esinenud immuunvahendatud kõrvaltoimeid, sh rasked ja surmaga lõppenud juhud. Suurem osa pembrolizumabi ravi ajal ilmnenu immuunvahendatud kõrvaltoimetest olid pöörduvad ja ravitavad pembrolizumabi ravi katkestamise, kortikosteroidide manustamise ja/või toetava raviga. Immuunvahendatud kõrvaltoimeid on ilmnenu ka pärast viimase pembrolizumabi annuse manustamist. Immuunsüsteemiga seotud kõrvaltoimed võivad samaaegselt esineda rohkem kui ühes organsüsteemis. Kõrvaltoime raskuse põhjal tuleb pembrolizumabi manustamine edasi lükata ja manustada kortikosteroide. Pembrolizumabi manustamist võib uuesti alustada 12 nädala jooksul pärast viimast pembrolizumabi annust, kui kõrvaltoime jääb 1. raskusastmele või alla selle ja kortikosteroidi annust on vähendatud prednisooni ≤ 10 mg või samaväärse ravimi ööpäevase annuseni. Ravi pembrolizumabiga tuleb lõplikult katkestada, kui kordub mis tahes immuunvahendatud 3. raskusastme kõrvaltoime ja mis tahes immuunvahendatud 4. raskusastme toksilisuse korral, välja arvatud hormonaasendusravile alluvate endokrinopaatiate korral.

Siirdamisega seotud kõrvaltoimed

PD-1 inhibiitoreid kasutanud patsientidel on turuletulekujärgselt teatatud solidorganite siirkute äratõukereaktsioonidest. Ravi pembrolizumabiga võib suurendada siiratud solidorganiga patsientidel äratõukereaktsiooni riski. Siiratud organiga patsientidele pembrolizumab-ravi määramisel peab võrdlema ravi kasulikkust elundi äratõukereaktsiooni tekkeriskiga.

KÕRVALTOIMED:

Pembrolizumabi ohutust kombinatsioonis kemoteeraapiaga on hinnatud kliinilistes uuringutes 5183-l erinevat tüüpi kasvajatega patsiendil, kes said pembrolizumabi annuses 200 mg, 2 mg/kg kehakaalu kohta või 10 mg/kg kehakaalu kohta iga 3 nädala järel. Selles patsiendipopulatsioonis olid kõige sagedamad kõrvaltoimed aneemia (52%), iiveldus (52%), väsimus (35%), kõhulahtisus (33%), kõhukinnisus (32%), oksendamine (28%), vähenenud söögiisu (28%), neutrofiilide arvu vähenemine (27%) ja neutropeenia (25%). 3.-5. astme kõrvaltoimete esinemissagedus oli NSCLC patsientidel pembrolizumabi kombinatsioonravi puhul 69% ja ainult kemoteeraapia puhul 61%, HNSCC patsientidel pembrolizumabi kombinatsioonravi puhul 85% ja kemoteeraapia pluss tsetusimabi puhul 84%, söögitoru kartsinoomiga patsientidel pembrolizumabi kombinatsioonravi puhul 86% ja ainult kemoteeraapia puhul 83%, TNBC-ga patsientidel pembrolizumabi kombinatsioonravi puhul 80% ja ainult kemoteeraapia puhul 77%, emakakaelavähiga patsientidel pembrolizumabi kombinatsioonravi puhul 82% ja kemoteeraapia (koos bevatsizumabiga või ilma) puhul 75%, maovähiga patsientidel pembrolizumabi kombinatsioonravi (kemoteeraapia koos trastuzumabiga või ilma) puhul 74% ja kemoteeraapia (koos trastuzumabiga või ilma) puhul 68% ning sapiteede kartsinoomiga patsientidel pembrolizumabi kombinatsioonravi puhul 85% ja ainult kemoteeraapia puhul 84%. Kliinilistes uuringutes on pembrolizumabi monoteeraapia ohutus hinnatud 7631-l erinevat tüüpi kasvajatega patsiendil nelja annuse (2 mg/kg kehakaalu kohta iga 3 nädala järel, 200 mg iga 3 nädala järel või 10 mg/kg kehakaalu kohta iga 2 või 3 nädala järel) korral. Selles patsiendipopulatsioonis oli jälgimisperioodi mediaan 8,5 kuud (vahemikus 1 päev kuni 39 kuud) ja pembrolizumabi kõige sagedasemad kõrvaltoimed olid väsimus (31%), kõhulahtisus (22%) ja iiveldus (20%). Enamik monoteeraapia korral teatatud kõrvaltoimetest olid 1. või 2. raskusastmega. Kõige tõsisemad kõrvaltoimed olid immuunvahendatud kõrvaltoimed ja rasked infusiooniga seotud reaktsioonid. Immuunvahendatud kõrvaltoimete esinemissagedus oli pembrolizumabi monoteeraapia adjuvantravi rühmas kõigi raskusastmete puhul 37% ja 3. kuni 5. raskusastme puhul 9% ning metastaaside ravi rühmas kõigi raskusastmete puhul 25% ja 3. kuni 5. raskusastme puhul 6%. Uusi immuunvahendatud kõrvaltoimeid adjuvantravi puhul ei tuvastatud.

Immuunvahendatud kõrvaltoimed: pembrolizumabi saanud patsientidel esines: pneumooniiti 4,2%, koliiti 2,1%, hepatiiti 1%, nefriiti 0,5%, endokrinopaatiatest neerupealiste puudulikkust 1%, hüpofüsiiti 0,7%, hüpertüreosist 5,2%, hüpotüreosist 13,3% ning immuunvahendatud **rasked nahareaktsioonid** esines 1,7%. Harvadel juhtudel esines SJS ja TEN juhtumeid, mis mõnel juhul lõppesid surmaga. Muud immuunvahendatud kõrvaltoimed: uveiit, artriit, müosiit, müokardiit, pankreatiit, Guillain-Barré sündroom, müasteeniline sündroom, hemolüütiline aneemia, sarkoidoos, entsefaliit, müeliit, vaskuliit, skleroseeriv kolangiit, gastriit, mittentaktslik tsüstiit ja hüpoparatiroidism.

Farmakoterapeutiline rühm: kasvajavastased ained, PD-1/PDL-1 (programmeeritud rakusurma valk 1/programmeeritud rakusurma ligand 1) inhibiitorid, ATC kood: L01FF02



Müügiloa hoidja: Merck Sharp & Dohme B.V. Waarderweg 39, 2031 BN Haarlem, Holland.

Täiendav teave on saadaaval ravimi müügiloa hoidja esindusest: Merck Sharp & Dohme OÜ, A. H. Tammsaare tee 47, Tallinn 11316, tel 614 4200, www.msd.ee, msdeesti@merck.com

EE-KEY-00099 04/2024

Rauavaegusaneemia fertiilses eas ja postmenopausis naiste seas

Rauavaegusaneemia on kõige levinum verehaigus üle maailma, kuid sageli jääb õigeaegne ravi saamata, kuna sümptomeid pole, need on märkamiseks liiga kerged või neid eiratakse. Aneemia avastatakse seega alles hiljem, kui see on juba süvenenud.

ANNA LIIS PAVELSON, Tartu tervishoiu kõrgkooli viilistlane
ANNE VAHTRAMÄE, Tartu tervishoiu kõrgkooli juhtivlektor

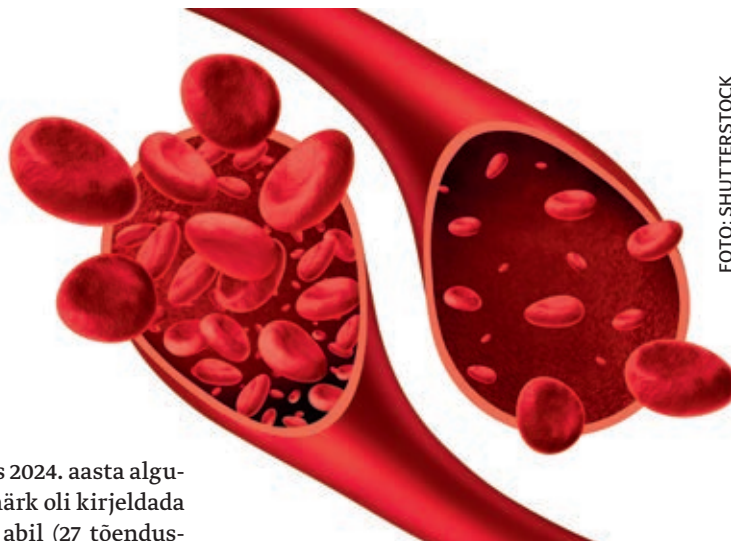


FOTO: SHUTTERSTOCK

Tartu tervishoiu kõrgkoolis 2024. aasta alguses kaitstud lõputöö eesmärk oli kirjeldada teaduspõhise kirjanduse abil (27 tõendus-põhist artiklit, avaldatud viimase 13 aasta jooksul) rauavaegusaneemiat, selle tekkepõhjuseid, sümptomaatikat, diagnoosimist, levimust fertiilses eas ja postmenopausis naiste seas, toitumissoovitusi ning õendusabi. Eesmärgist lähtuvalt püstitati alljärgnevad uurimisülesanded:

- kirjeldada rauavaegusaneemiat ja selle levimust naiste seas;
- kirjeldada toitumissoovitusi ja õendusabi rauavaegusaneemia korral.

Aneemia jaguneb mitmeks alamliigiks, millest rauavaegusaneemia on üks sagedasemaid ning kõige levinum üle maailma. Kui veres ei ole piisavalt rauda, häirub hemoglobiini süntees, mis omakorda vähendab hapniku transporti elutähtsatesse organitesse.

Rauapuuduse sagedasemateks tekkepõhjusteks on raua halb imendumine, vähesed rauasisaldusega dieetid, kroonilised haigused või suuremad veritsused. Ebapiisav raua tarbimine toiduga on tüüpiliselt tingitud erinevatest taimetoitudest, veganlusest ning kesise tootmisest. Samuti ei suuda raud imenduda verre, kui soolestikus esinevad probleemid, näiteks gastriit, haavandid, tehtud bariaatrilised lõikused või sooleinfektsioonid. Rauavaegusaneemiat võib põhjustada ka suurem verekaotus, näiteks vererohked menstruatsioonitsüklid või õnnetused.

AINUOMASED SÜMPTOMID PUUDUVAD

Aneemia sümptomid tulenevad aneemia sügavusest ning ainuomased sümptomid haigusel puuduvad. Kerge aneemia korral on sümptomiteks: väsimus ja jõuetus, nõrkus, peavalud, kergem ärrituvus, isutus ja iiveldus, kõhukinnisus või -lahetus, une- ja mäluhäired, vääraistingud, füüsilise koormuse taluvuse langus, rahutute jalgade sündroom, kuiv ja kahvatu nahk, haprad küüned ning

juuksed. Osadel aneemiat põdevatel inimestel aga sümptomid puuduvad. Sügavama aneemia korral väljenduvad sümptomid nagu: kergesti tekkiv õhupuuduse tunne ja südameklõppimine liikumisel, tahhükardia, südamepuudulikkuse süvenemine, valu rinnus, tinnitus, tähelepanuhäired, peeringlus, teadvuse kadu, lõhede teke suunurkadesse ja keele valulikkus.

Aneemiat diagnoositakse vereanalüüside põhjal ehk hemogrammiga. Inimesele vajalik normaalne igapäevane raua kogus on 10–30 mg, millest umbes 10% imendub. Rauda imendub organismi vähe, kuna organismis olev kaitsemehhanism takistab liigse raua teket, mis on organismile toksiline.

Rauavaegusaneemia ohustab kõige rohkem viljakas eas naisi. Seda on registreeritud kõige rohkem alla 30aastastel fertiilsetel naistel, kuna selles vanuserühmas on vägagi iseloomulikud vererohked menstruatsioonid ning rasedus. Selles grupis on aneemiat kõige rohkem 15–19aastaste vanuserühmas. Esimese kolme aasta jooksul, kui neil on alanud menstruatsioon, on veritsus ebaühtlane ning tugevam. Kui pärast seda jätkuvad vererohked menstruatsioonid, võib põhjus olla ovulatsioonihäires või pärilikus veritsushäires.

Rasedatel on suur võimalus saada raseduse algul suurenenud rauavajaduse tõttu rauavaegusaneemia – seega on tähtis esimesel trimestril anda vereproov aneemia välistamiseks ning vajadusel alustada rauapreparaatide tarvitamisega. Raseda aneemia tekitab lootele hulgaliselt komplikatsioone, mis võib lõppeda nurisünnitusega.

WHO hinnangul on rasedatel naistel aneemia levimus kõige suurem Indias (57,1%), võrdluseks ülemaailmse levimusega, milleks on 41,8%. Aneemia levik rasedate seas on kõrge ka Kagu-Aasias (48,2%), Vahemere idaosas (44,2%), Vaikse ookeani

Postmenopausis olevate naiste peamised aneemia põhjustajad on rauavaene toitumine ning kroonilised haigused, mis ei lase raua organismi imenduda.

Õige annustamine, rahulolev patsient

Raua- ja foolhappevaegusest tingitud aneemia raviks

lääneosas (30,7%), Euroopas (25,1%) ja Ameerikas (24,1%).

TOITUMINE JA KROONILISED HAIGUSED

Postmenopausis olevate naiste peamised aneemia põhjustajad on rauavaene toitumine ning kroonilised haigused, mis ei lase raudal organismi imenduda. Kerge aneemia korral on abiks rauarikka toidu tarbimine.

Tuleb toituda mitmekülgset, juua piisavalt vedelikku ning tarbida kvaliteetseid, vähe töödeldud toiduaineid. Päevas peaks olema kolm põhitoidukorda ja kaks vahepala. Toituma peaks täpselt nii, et keha vajalik energiavajadus oleks kaetud. Kuni 20% igapäevasest energiavajadusest võiksid moodustada valgud. Eriti peavad hoolitsema piisava valgu kättesaamise eest eakamad inimesed, kuna neil on valke vaja eelkõige haavade paremaks paranemiseks ja haigustega toimetulekuks. Süsivesikuid peab taldrikul olema 55–60% ning rasvu 25–35%. Köögivilju valides tuleks taldrikule valida rohkem erinevaid värve ning jälgida, et tarbitud toiduained oleksid kvaliteetsed ning vähe töödeldud. Head rauaalikad on punane liha ja kala. Taimsetest toiduainetest sisaldavad kõige rohkem rauda kaunviljad (oad, läätsed, soja) ning teraviljadest kinoa. Kuna taimetoidust raua imendumine vajab C-vitamiini abi, siis on kasulik süüa kõrvale C-vitamiini preparaati või C-vitamiini sisaldavaid toiduaineid nagu tsitruseliseid, paprikat, tomatit, suurelehelisi rohelisi lehtköögivilju, seemneid ja sidrunimahla. Taimsetest toiduainetest on veel hea rauasisaldusega punapeet, toore peedi mahl, tomat, idud, nõges, viigimarjad, datlid, aprikoos, rosinad ja viinamarjad. Raua imendumist takistavad piimatooted, kohv, tee ja kakao. Kuigi kakao joomine takistab raua imendumist, on kakaopulber ja tume šokolaad väga hea rauasisaldusega.

Kui tervisliku toitumisega ei suudeta rauavaegusaneemiat ravida, proovitakse esmase valikuna suukaudseid preparaate, mida on erinevates vormides saadaval käsimüügis apteekides, kuid enne tuleb konsulteerida perearstiga. Intravenoosselt manustatakse rauda aneemiaga patsientidele, kellel toidu või preparaadi kujul raud organismis ei imendu. Intravenoosselt saab rauda manustada mitme annusena, parandades kiirelt raua sisaldust veres. Suuremate vigastuste või õnnetuste korral, kus verekaotus on väga suur, on vajalik teha erütrotsüütide ülekanne.

Artikkel tugineb Anna Liis Pavelsoni 2024. aastal Tartu Tervishoiu Kõrgkoolis kaitsitud lõputööl „Rauavaegusaneemia, levimus fertiilses eas ja postmenopausis naiste seas, toitumissoovitused ja õendusabi“.

Meditsiin Fookuses • aprill • 2024

Ferrola® raud(II)sulfaat/foolhape 114 mg / 0,8 mg gastroresistentne tablett N50, N100

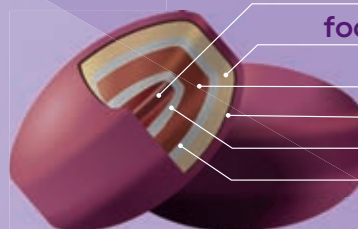


ANNUSTAMINE

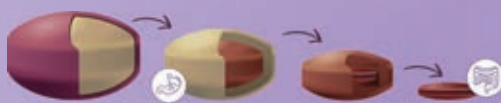
3 x päevas
1...2 tabletti

Ravikuuri kestus
3 kuud pärast
hemoglobiinitaseme
normaliseerumist

Fe²⁺ + C-vitamiin foolhape



- maos lahustumatu kiht
- foolhapet valguse eest kaitsev kiht
- kaitsekiht
- kaitsekiht



Iga kihi eesmärk on parem imendumine ja kõrvaltoimete vähendamine

Käsimüügiravim.

Näidustus: Raua ja foolhappe defitsiit, sh rasedusaegne rauavaegusaneemia.

Tähelepanu! Tegemist on ravimiga. Enne tarvitamist lugege tähelepanelikult pakendis olevat infolehte. Kaebuste püsimise korral või ravimi kõrvaltoimete tekkimisel pidage nõu arsti või apteekriga.

Müügiloa hoidja: Wörwag Pharma GmbH & Co. KG, Flugfeld-Allee 24, 71034, Böblingen, Saksamaa

Täiendav teave müügiloa hoidja esindajalt: Wörwag Pharma GmbH & Co. KG esindus, Vienibas gatve 87B - 3, LV1004, Riia, Läti

Kontakt Eestis: Laki 25-402, 12915, Tallinn. +372 662 3369, info@woerwagpharma.ee

wörwag
PHARMA

Juveniilne idiopaatiline artriit lapsel

LIIS TÖNISBERG

Tallinna Lastehaigla
reumatoloogiateenistuse juhataja

Juveniilne idiopaatiline artriit (JIA) ehk lapseas alanud teadmata põhjusega liigespõletik on sagedaseim krooniline põletikuline liigesehaigus lapseas. Haigust diagnoositakse lapsel, kes on kuni 16 aastat vana, kellel esineb vähemalt kuus nädalat kestnud põletik ühes või mitmes liigeses ja kõik teised võimalikud liigespõletiku põhjused on välistatud.

Tegemist ei ole ühe haigusega, vaid erineva väljenduse ja kuluga haiguste grupiga, mille ühisnimetajaks on krooniline põletikuline protsess, kus põletiku sihtmärgiks on liigest ümbritseva kapsli seesmine kiht ehk sünoviaalkelme. Oluline on mõista, et lapsea krooniline artriit

ei ole sama haigus, mis täiskasvanute reumatoidartriit (RA). 95% JIAga lastest põeb haigust, mis erineb RAst nii oma kliinilise väljenduse kui ka immunogeneetilise olemuse poolest. Sellest tulenevalt erineb ka JIA diagnoosimine ja ravi, samuti ei muutu haigus lapse täiskvasvanuikka jõudes RAKs, vaid ikka lapseas alanud artriidiks.

Tänaste seisukohtade alusel tekib haigus päriliku eelsoodumusega inimesel haiguse teket soodustavas olukorras (nt hormonaalsed muutused organismis, immuunsüsteemi seisund) haigust vallandava teguri toimel. Vallandavaks teguriks on sageli nt infektsioon, trauma või stressolukord.

Tegemist on kõige sagedasema kroonilise reumatoloogilise haigusega lapseas. Ülemaailmselt põeb JIA-d 0,1-0,3% kõigist lastest, sellesse haigestumine varieerub samas piirkonniti oluliselt. Eestis oli 2021. aasta seisuga haigestumus 28,9 juhtu 100 000 kuni 16aastase lapse kohta.

Haigus võib haarata kõiki liigeseid ja kulgeda väga erinevalt - ühe liigese haaratusest kuni praktiliselt kõigi liigeste põletikuni, ühest haigusepisoodist aastaid kestva korduvate ägenemistega haiguskuluni. Olemuselt on siiski tegemist kroonilise haigusega, mis tähendab, et seda välja ravida ei saa. Küll on võimalik haigus ravimitega viia nõ püsivasse

vaibeperioodi ning korduvat ägenemist tulla ei pruugi. Selles osas aga kindlasti paikapidavat prognoosi ega mingeid garantiisid patsiendile anda ei saa. Püütakse leida näitajaid, mis võimaldaksid haiguse kulgu paremini prognoosida, aga hetkel igapäevatoos selliseid analüüse kasutamiseks ei ole.

Eriti väikesel lapsel, kes ennast veel väljendada ei oska, võib haigus kulgeda esialgu üsna märkamatuult. Väikesed lapsed on sageli üsna pontsakad ja seetõttu ei ole liigese turse silmatorkav. Alles kõndima hakkava lapse puhul ei panda tema kõnnaku muutust kohe tähele või pannakse see normaalse arengu arvele. On ka rida liigeseid (nt küünarliiges ja ranne), mille haaratus jääb sageli lapsevanema tähelepanuta. Juhul, kui last jälgiv perearst patsienti põhjalikult läbi ei vaata, ei leia ka tema haiged liigeseid üles ja nii võib haiguse diagnoosimine ja seetõttu ka ravi edasi lükkuda. Arstile on lapse läbivaatus sageli keeruline ka laste vähese koostöövalmiduse tõttu, samuti on teatud liigeste hindamine juba iseenesest keeruline. Siinkohal tulevad vajadusel appi radioloogilised uuringud, mida väikestel lastel tuleb teatud juhtudel teha üldnarkoosis.

Mida varem saab laps õige diagnoosi ja tema raviga alustatakse, seda parem on



Dr Liis Tõnisberg viib läbi liigese ultraheliuuringut, millega hinnatakse liigespõletiku olemasolu ja aktiivsust.

FOTO: MAREK METSLAID



SA TALLINNA LASTEHAIGLA



Dr Tõnisberg ja
õde Marie Merkuri
liigespunktsiooni
läbi viimas.

FOTO: MAREK METSLAID

Mis on juveniilne idiopaatiline artriit (JIA)?

JIA on oma olemuselt autoimmuunhaigus, kus immuunsüsteemi peamiseks ründepunktiks on liigese sisepinda vooderdav sünoviaalkelme. Haiguse käigus sünoviaalkelme pakseneb ja selle verevarustus paraneb ning see hakkab tootma põletikulist vedelikku – kujunevad liigespõletiku nähtavad tunnused – liiges on turses, sageli valulik ja kange, võib olla ka soojem. Eelnevate muutuste tõttu lisandub enamasti ka liigese funktsioonihäire ehk liikumise piiratus. Sünoviaalkelmesse tungivad põletikurakud, mis kogu seda protsessi alal hoiavad ning pikas plaanis kujuneb kõhre ja luukoe kahjustus, mis ravimata juhul viib liigese jäigastumise või ebaliiigese tekkele. Lisaks muutuvad ka liigest ümbritsevad lihased ja pehmed koed – kanguvad, venivad välja või tõmbuvad kokku – see omakorda soosib veelgi liigese kuju ja funktsiooni muutumist.

esmane ravitulemus ja ka haiguse pikaajaline prognoos. Ravi eesmärkideks on liigespõletiku võimalikult varane, kiire ja tõhus allasurumine, haiguse arengu pidurdamine, liigese- ja lihaskahjustuste ennetamine ning lapsele normilähedase elu, kasvamise ja arengu võimaldamine. Raviprotsessi sujumiseks on väga oluline, et lapsevanem saaks haiguse olemusest aru ning usaldaks lapsega tegelevat spetsialisti. Tähtis on ka see, et kontakti võtmine raviarsti või reumaõega oleks vanematele ja patsiendile lihtne ja tekkivad küsimused või probleemid saaksid kiiresti ja patsiendikeskselt lahendatud.

Juhul kui patsient saab õigeaegselt alustatud ja tänapäevast tõenduspõhist ravi, on valdaval enamusel juhtudest võimalik haigus organismis nõ maha suruda ja võimaldada lapsele eakaaslastega võrreldavat elukvaliteeti. Teatud haigusest ja selle ravist tulenevad piirangud ja ettevaatusabinõud küll jäävad, aga need on üldjuhul nii lapsele kui ka perele talutavad. Eestis JIA diagnoosi saanud lapsed saavad samal tasemel ravi kui teiste

Euroopa riikide patsiendid. Meile on kättesaadavad kõik JIA ravis kasutatavad preparaadid, sh kõik bioloogilised ravimid, mille eest tasub kogu ulatuses Tervisekassa. Lisaks arstile toetavad lapsi ja nende perekondi raviprotsessis meie reumaõed, kelle õlul lasub põhiosa ravimitega seonduvast – nad õpetavad patsienti ja vanemaid ravimeid manustama, nõustavad ja jälgivad võimalikke kõrvaltoimeid.



Meile on kättesaadavad kõik JIA ravis kasutatavad preparaadid, sh kõik bioloogilised ravimid, mille eest tasub kogu ulatuses Tervisekassa.

Kuna JIAga patsiendid on ohustatud kaasuda võivast silmapõletikust, vajavad lapsed selles osas kontrolli haiguse diagnoosimisel ja teatava regulaarsusega ka edaspidi. Tallinna Lastehaiglas jälgimisel olevate laste ligipääs silmaarsti teenusele on väga hea ning meie patsiendid on korrektselt jälgitud ja vajadusel ka ravitud.

Lisaks ravimravile on JIA patsientide kaebuste leevendamisel väga oluline roll ka füsioterapial. Ka selles osas on Tallin-

na Lastehaiglas jälgimisel olevatele patsientidele loodud head tingimused – saame haiged suunata oma füsioterapeutide vastuvõtule, kes vajadusel tegelevad patsientidega ka pikema aja jooksul.

Kroonilise haigusega patsiendid ja nende pered vajavad ka vaimse tervise tuge. Selles osas on hetkel kogu Eesti meditsiinisüsteemis üsna keeruline olukord ja siinkohal ei ole Lastehaigla erandiks. Olukorras, kus patsiendi vaimse tervise probleemid hakkavad mõjutama liigesehaiguse ravitulemusi, saame haige siiski suunata vaimse tervise õe vastuvõtule Laste Vaimse Tervise Keskusesse ja sealt edasi vajadusel ka psühholoogile-psühhiaatrile.

Eestis töötavad lastereumatoloogid Tallinna Lastehaiglas ja Tartu Ülikooli Kliinikumi lastekliinikus. Teeme koostööd omavahel ja vajadusel ka erinevate haiglate täiskasvanute reumatoloogidega. Kuna ligi pooltel JIA patsientidest on haigus täiskasvanuikka jõudes endiselt aktiivne, püüame neile teha ülemineku täiskasvanute meditsiinisüsteemi võimalikult lihtsaks – läbi isiklike kokkulepete, ülemineku- ehk transitsioonikoosolekute ja saatekirjade.

Psoriaasi õendusabi lastel

Psoriaas ehk soomussammaspool on krooniline nahahaigus, mille all kannatab umbes 3,5% kogu maailma elanikkonnast. 1/3 psoriaasi juhtudest esineb lastel. Psoriaasi põdevatel lastel on suurem risk ülekaalulisuse tekkeks ning minapildi, enesekindluse ja suhete häirumiseks, mis võib lõppeda vaimse tervise häirete ja isegi suitsiidiga.

Laste puhul on psoriaas tervishoiutöötajatele suur väljakutse, kuna suur osa ravimitest, mida kasutatakse edukalt täiskasvanute ravis, ei sobi lastel kasutamiseks või nende ohutus pole lastel kasutamiseks piisavat kontrollitud. Samuti puuduvad uuendatud ajakohased ravijuhendid.

Täiskasvanutel esineb psoriaasi enamasti peas, küünarnukkidel ja põlvedel, kuid lastel väljendub psoriaas enim näos, peanahal ja nahavoltidel. Haigust vallandavateks teguriteks võivad olla geneetiline eelsoodumus, kõrge stressitase, külm ilmastik, streptokokkinfektsioonid ja ravimid nagu liitium, beetablokaatorid ja malaariavastased preparaadid. Laste psoriaas vajab kiireloomulist sekkumist, kuna nahahaiguse esinemine nähtavates kohtades võib negatiivselt mõjutada laste füüsilist, emotsionaalset ja sotsiaalset heaolu. Psoriaasihaige elukvaliteeti halvendavad naha sügelus, valu ja punetus. See mõjutab päeval keskendumist ja öösel und. Välimuse muutuste tõttu hakkavad lapsed häbenema oma keha, enesehinnang langeb, võib esineda koolikius ning mõningatel juhtudel võib laps isegi ühiskonnast eemalduda. See tõstab depressiooni ja suitsiidi riski.

Psoriaasiga lastel võib olla keeruline sotsiaalsetesse gruppidesse sisse sulanduda ja see võib mõjutada ka hariduse omandamist. Samuti mõjutab õppimist arsti juures käimine, sest visiidid on tavaliselt koolitundide ajal. Lapse psoriaas mõjutab ka vanemate ja hooldajate elukvaliteeti. Ravi ja nahahoolduseks vajalike baaskreemide maksumus on küllaltki suur ning lapsevanemaid mõjutavad lapse stress ja depressioon. Vanemad ei tohiks keskenduda tema toetamisel liialt haigusele, vaid välja näitama positiivsust. Selleks tuleb neil ka oma vajadustele tähelepanu pöörata ja toetada üksteist.

Psoriaas ei ole väljaravitav, kuid sümptomeid saab leevendada tõhusa raviga. Ravi on enamasti eluaegne. Lastel on psoriaatilised kahjustused ohemad, pinnaepsemad ja vähem ketendavad kui



Lastel mõjutavad psoriaatilised kahjustused oluliselt minapildi kujunemist.

FOTO: SHUTTERSTOCK

FOTO: SHUTTERSTOCK

täiskasvanutel. Haigus allub ravile paremini kui täiskasvanutel ja haiguse prognoos on tänu sellele parem. Esmane ravimeetod on lokaalne ravi. Kasutatakse baaskreeme, kortikosteroide ja kaltsineuriini inhibiitoreid. Kui psoriaas ei allu lokaalsele ravile ja lapsel esineb haiguse mõõdukas kuni raske vorm, on näidustatud süsteemne ravi, mille puhul eelistatakse bioloogilist ravi. Lisaks kasutatakse ulatusliku psoriaasiga haigetel fototeraapiat.

Õe ülesandeks on nõustada last ja tema perekonda haiguse olemuse, sümptomite, ravi, nahahoolduse ja elustiili osas ning jälgida haiguse mõju patsiendi elukvaliteedile. Õde peab olema kursis ka võimalike kaasuvate haiguste ja probleemidega, nagu psoriaatiline artriit, südameveresoonkonna haigused, metaboolne sündroom ja vaimse tervise probleemid.

Kui laps on võimeline oma haigusega seonduvat mõistma, võiks teda võimalikult palju ravisse kaasata, lastes tal vaadata informeerivaid videoid ja teabelehti, osaleda raviotsustes ja võtta tema arvamust kuulda. Psoriaasi põdevatel patsientidel on oluline vaimse tervise jälgimine ja toetamine. Lapsel peaks olema tugiisik, keda ta saab täielikult usaldada ja kes julgustaks teda oma tunnetest rääkima. Kuna osad teismelised

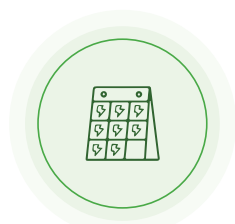
vanematega enam asju avameelselt ei aruta, siis võiks kooliõde olla see, kelle poole saab laps oma muredega pöörduda. Kooliõde saab vähendada koolikiusamise ohtu, selgitades õpilastele ja personalile haiguse olemust. Kool/lasteaed peaks võimaldama lapsel istuda ruumis pigem jahedama koha peal ja lubama kanda pika varrukaga pluusi ja pika säärega pükse. Pikad riided väldivad ka tolmu ja väliste ärritajate sattumise nahale.

Iga patsiendi puhul tuleb individuaalselt hinnata toitumist, psoriaasi raskustaset ja kaasuvaid haigusi. Laps peaks sööma mitmekesist toitu, kuna see aitab edaspidises elus ennetada ülekaalulisust, diabeeti, kõrget vererõhku ja südamehaigusi. Autoimmuunhaiguste korral soovitatakse soole mikrobioota rikastamiseks ka probiootikume. Vitamiinipreparaate tuleks tarbida ainult arsti poolt vereproovist tuvastatud madala taseme korral. Liikumine on vajalik ülekaalulisuse ennetamiseks, stressi leevendamiseks, heaolu parandamiseks ja psoriaatilise artriidi korral liigesvaevuste leevendamiseks. Aeroobsetest treeningutest sobib ujumine, rattasõit ja tantsimine.

Kokkuvõtte Maris Arge (juh Heli-Kaja Kübarsepp) poolt Tartu tervishoiu kõrgkoolis kaitstud lõputööst.

Püsivalt lööbevaba nahk ja kiiresti nähtavad tulemused isegi probleemsetes kehapiirkondades⁸

Täiesti lööbevaba nahk



Täiesti lööbevaba nahk (PASI 100), mis püsib viie raviaasta jooksul^{1,2,8}



Täielik paranemine raskesti ravitavates kehapiirkondades, sh peanahal, küüntel, genitaalpiirkonnas ning peopesades ja jalataldadel^{1,7,8}



Näitas otsestest võrdlusuuringutes paremaid tulemusi võrreldes guselkumabi, ustekinumabi, etanertsepti ja adalimumabiga²⁻⁶

Kiire ravivastus



Kiire ja märgatav ravivastus juba 2. ravinädalal²

PASI = psoriaasi pindala ja raskusastme indeks

PASI 100 = vastavalt PASI kriteeriumitele 100% paranemine võrreldes algtaasemega



Taltz (iksekizumab) 80 mg süstelahus pen-süstlis. Retseptiravim.

Ravimi nimetus. Taltz (iksekizumab) 80 mg süstelahus pen-süstlis. **Toimeaine:** iksekizumab. **Näidustused:** Naastuline psoriaas. Taltz (iksekizumab) on näidustatud mõõduka kuni raske naastulise psoriaasi raviks täiskasvanutel, kes vajavad süsteemset ravi. Naastuline psoriaas lastel. Taltz (iksekizumab) on näidustatud mõõduka kuni raske naastulise psoriaasi raviks lastel alates 6 aasta vanusest ja kehakaaluga vähemalt 25 kg ning noorukitel, kes vajavad süsteemset ravi. Psoriaatiline artriit. Taltz (iksekizumab) üksinda või kombinatsioonis metotreksaadiga on näidustatud aktiivse psoriaatilise artriidi raviks täiskasvanud patsientidel, kes ei ole saavutanud piisavat ravivastust ühe või enama haigust modifitseeriva antireumaatilise ravimi kasutamisel või kellel esineb nende suhtes talumatus. Aksiaalne spondüloartriit. Anküloseeriv spondüliit (radiograafilise leiuga

aksiaalne spondüloartriit): Taltz (iksekizumab) on näidustatud aktiivse anküloseeriva spondüliidi raviks täiskasvanud patsientidel, kes ei ole konventsionaalse raviga saavutanud piisavat ravivastust. Radiograafilise leiuta aksiaalne spondüloartriit: Taltz (iksekizumab) on näidustatud aktiivse radiograafilise leiuta aksiaalse spondüloartriidi raviks täiskasvanud patsientidel, kellel esineb objektiivsete põletikunäitajate tõus C-reaktiivse valgu ja/või magnetresonantstomograafia alusel ning kes ei ole saavutanud piisavat ravivastust mittesteroidsete põletikuvastaste ravimite kasutamisel. **Retseptiravim. Müügiloo hoidja:** Eli Lilly and Company (Ireland) Limited, Dunderrow, Kinsale, Co. Cork, Iirimaa. **Täiendav teave ja kõrvaltoimetest teavitamine:** www.ravimiamet.ee või Tamro Eesti OÜ tel 6503600, lilly@tamro.com

Viited:

1. Blauvelt A, et al. J Am Acad Dermatol 2021;85(2):360-368.
2. Blauvelt A, et al. Br J Dermatol. 2020;182:1348-1358.
3. Reich K, et al. Br J Dermatol. 2017;177:1014-1023.
4. Griffiths CE, et al. Lancet. 2015;386:541-551.
5. Mease PJ, et al. Ann Rheum Dis. 2020;79:123-131.
6. Gordon KB, et al. N Engl J Med. 2016;375:345-356.
7. Guenther L, et al. Acta Derm Venereol. 2020 Jan 7; 100:adv00006.
8. Taltz (iksekizumab) SPC, 2023

Lilly

Psoriaasi alatüübid

ALATÜÜP	KIRJELDUS	RAVI JA PROGNOOS
Hallopeau'i akrodermatiit (Acrodermatitis continua)	Pustuloosne psoriaas, mis piirdub distaalsete sõrmede või varvaste, mõnikord ainult ühe sõrmeosaga. Parenemisel asendub koorikuga ja koorikuga.	Ravi: Süsteemsed retinoidid, D3-vitamiini analoogid (nt kaltsipotriool), paikset manustatavad kortikosteroidid. Prognosis: Kasvab ja kahaneb
Erütrodermiline psoriaas	Tasapisi või järsku tekkiv difuusne erüteem, tavaliselt psoriaasiplaadiga patsientidel (võib olla erütrodermilise psoriaasi esimene ilming); tüüpilised psoriaatilised plaadid on vähem silmatorkavad või puuduvad. Enamasti vallandub paiksete või süsteemsete kortikosteroidide või valgusravi ebaõige kasutamine.	Ravi: Tugevad süsteemsed immunosupressandid (nt metotreksaat, tsüklosporiin), immunomoduleerivad ained (bioloogilised ravimid) või intensiivne paikne ravi, mõnikord statsionaarse ravina. Tõrvapreparaadid, antraliin ja fototeraapia, mis tõenäoliselt halvendavad seisundit. Prognosis: Hea, kui vallandavad tegurid kõrvaldatakse.
Generaliseerunud pustuloosne psoriaas	Laialdase erüteemi ja steriilsete pustulite plahvatuslik teke.	Ravi: Süsteemsed retinoidid või metotreksaat. Prognosis: Ravimata jätmisel võib olla surmaga lõppev, kuna tekib kõrge võimsusega südamepuudulikkus.
Psoriaas guttata	Järsku ilmnevad 0,5-1,5 cm läbimõõduga mitmekordsed plaadid, tavaliselt lastel ja noortel täiskasvanutel pärast streptokokk-farüngiiti.	Ravi: Antibiootikumid streptokokkinfektsiooni korral. Prognosis: Suurepärane, sageli püsiva paranemisega. Võib areneda psoriaasiks.
Psoriaasi pöördpsoriaas (Inverse psoriaasis)	Psoriaas intertriginaalsetel aladel (tavaliselt nimmepiirkonnas, tuharalihas, kaelalihas, inframammaarsetes ja retroaurikulaarsetes voldides ning ümberlõikamata peenise limaskestal). Võimalik pragude või pragude teke asjaomaste piirkondade keskel või servas. Võimalik, et puuduvad soomused	Ravi: Kohalikud kortikosteroidid minimaalse tõhususega, koos D3-vitamiini analoogidega või ilma (nt kaltsipotriool). Võimalik takroliimus 0,1% salv vastumeelsetel juhtudel. Tõrv ja antraliin võivad ärritada Prognosis: Muutub ja nõrgeneb.
Küünepsoriaas	Küünepõletik, küünepõletik, kulumine, värvimuutus (õliplekkide märk) ja küünte paksenemine, kas koos küüneplaadi eraldumisega või ilma (onikoolüüsi) Võib sarnaneda küünte seeninfektsiooniga Puudutab 30-50% teiste psoriaasi vormidega patsientidest.	Ravi: Vastab kõige paremini süsteemsele ravile immunomoduleerivate ainetega (bioloogilised ravimid). Julgete või stoiliste patsientide puhul võib kasutada intralesionaalset süstimist kortikosteroididega. Prognosis: Sageli ei allu ravile.
Palmoplantaarne psoriaas	Hüperkeratootilised, diskreetsed plaadid peopesadel ja/või jalataldadel, mis kipuvad liituma.	Ravi: Süsteemsed retinoidid, paiksed kortikosteroidid, D3-vitamiini analoogid (nt kaltsipotriool), süsteemsed immunosupressandid (nt metotreksaat, tsüklosporiin) või immunomoduleerivad ained (bioloogilised ravimid). Prognosis: Kasvab ja kahaneb. Harva laheneb täielikult, isegi ravi korral.
Ketuline psoriaas (Plaque psoriaasis)	Tasapisi ilmnevad diskreetsed, erütematoossed papulid või plaadid, mis on kaetud paksu, hõbedase, läikiva soomusega. Spontaanselt taanduvad ja taastuvad kahjustused või tekkepõhjuste ilmnemisel ja lahenemisel.	Ravi: Kohalikud kortikosteroidid minimaalse tõhususega, koos D3-vitamiini analoogidega (nt kaltsipotriool) või ilma nendeta. Süsteemsed immunosupressandid (nt metotreksaat, tsüklosporiin) või immunomoduleerivad ained (bioloogilised ravimid). Prognosis: kasvab ja kahaneb, ilma ravita.
Palmoplantaarne pustuloos (pustulaarne psoriaas peopesadel ja jalataldadel)	Sügavate pustulite järkjärguline teke peopesadel ja jalataldadel. Puhangud, mis võivad olla valulikumad ja invaliidistavad. Tüüpilised psoriaatilised kahjustused võivad puududa.	Ravi: Süsteemsed retinoidid või psoraleen pluss ultraviolet A (PUVA) ravi. Prognosis: kasvab ja kahaneb

Allikas: arst.ee

ret.i.noid

/ˈretn,oid/noun

trifaroteen



Ei ole tegelik patsient.

AKLIEF® kreem sisaldab trifaroteeni. Ainus uus retinoid üle 20 aasta.^{1,2}

Tõhus ja täpne, kiirendab naharakkude uuenumist, vähendab põletikku ja on depigmenteeriva toimega.^{1,3}

Aklief® (trifaroteen) 50 mcg/g kreem³. **Retseptiravim. Toimeaine:** trifaroteen. **Näidustus:** *Acne vulgaris*'e paikne ravi näol ja kehatüvel komedoonide, paapulite ja pustulite korral 12-aastastel ja vanematel patsientidel. **Müügiloa hoidja:** Galderma International, Tour Europlaza – La Defense 4 20, Avenue Andre Prothin, 92 927 La Defense Cedex, Prantsusmaa. **Täiendav teave müügiloa hoidja esindajalt:** Tamro Eesti OÜ, tel 6503600, galderma@tamro.com. **Kõrvaltoimetest teatamine:** Sellele ravimile kohaldatakse täiendavat järelevalvet, mis võimaldab kiiresti tuvastada uut ohutusteavet. Tervishoiutöötajatel palutakse teatada kõigist võimalikest kõrvaltoimetest www.ravimiamet.ee või Tamro Eesti OÜ, tel 6503600, galderma@tamro.com.

1. Cosio T, Di Prete M, Gaziano R, et al. Trifarotene: a current review and perspectives in dermatology. *Biomedicines*. 2021;9(3):237. doi:10.3390/biomedicines9030237 2. European Medicines Agency, Procedure Management Dept. List of Union reference dates and frequency of submission of periodic safety update reports (PSURs). EMA/630645/2012 Rev. 117. Updated July 27, 2022. Accessed August 8, 2022. https://www.ema.europa.eu/documents/other/list-european-union-reference-dates-frequency-submission-periodic-safety-updatereports-psurs_en.xls 3. Aklief (trifaroteen) SPC, 2021.

EE-AKLF-07-24

GALDERMA

EST. 1981

Aklief® (trifaroteen)
ravimi omaduste kokkuvõte



AKLIEF®
(trifaroteen)
kreem, 0,005%

Uue põlvkonna retinoid'

Liitu Terviseraamatute klubiga!

Saad püsivalt
10% soodustust

Uus raamat
-20%



Terviseraamatute klubi
Mõista, hooli, muuda.

VAATA LÄHEMALT:
terviseraamatuteklubi.ee