



MEDITSIIN FOOKUSES

MEDITSIINALASED
UUDISED, ETTEKANDED
JA UURIMUSED
EESTI ARSTIDELT

NOVEMBER
2025

Üks kord nädalas
mounjaro[®]
(tirsepatiid) süstelahus
A Lilly Medicine

AEG MUUTUSTEKS RASVUMISE RAVIS¹



Esimene oma klassi ravim, mis toimib nii **GIP kui ka GLP-1** retseptoreid aktiveerides, et mõjutada rasvumise patofüsioloogiat.²⁻⁴



Mounjaro (tirsepatiid) 5 mg annus **on näidanud keskmiselt 16,1 kg (16%)** kaalulangust.^{2,5,*†}



Mounjaro (tirsepatiid) 15 mg annus **vähendas kehakaalu keskmiselt 23,6 kg võrra (22,5%)**.^{2,5,*†}



Kardiometaboolsete markerite paranemist näitasid kõik peamised parameetrid, sealhulgas süstoolne vererõhk, vööümberrõhk, triglütseriidide hulk, HDL-kolesterool ja LDL-kolesterool.^{2,5,*}



KEHAKAALU OHJAMINE

Mounjaro (tirsepatiid) on näidustatud kehakaalu ohjamiseks, sealhulgas kehakaalu vähendamiseks ja säilitamiseks täiskasvanutel lisaks väiksema kalorsusega dieedile ja füüsilise aktiivsuse tõstmisele, kui nende algne kehamassiindeks (KMI) on:

- $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ (rasvumine) või
- $\geq 27 \text{ kg/m}^2$ (ülekaal) ja esineb vähemalt üks kehakaaluga seotud kaasuv haigusseisund⁵

* Vs. 2,4 kg (-2,4%) platseebio puhul; see hõlmas ka vähendatud kalorsusega dieeti ja suurendatud füüsilist aktiivsust.⁵

† Efektiivsuse hinnang, MMRM-analüüs, mITT-populatsioon (efektiivsuse analüüsi kogum).²

* Efektiivsuse hinnangut üksikute annuste puhul ei kohandatud mitmesuse suhtes, v.a. vööümberrõhku annuste 10 mg ja 15 mg korral.²

KMI = kehamassiindeks, GIP = glükooosõltuv insulinoatroopne polüpeptiid, GLP-1 = glükogoonisarnane peptiid 1, SmPC = ravimi omaduste kokkuvõte, HDL = suure tihedusega lipoproteiin, LDL = väikese tihedusega lipoproteiin, mITT = modifitseeritud ravikavatsuslik, MMRM = kombineeritud mudel korduvaks mõtmiseks.

Viited 1. Sallam M, *et al.* *Cureus*. 2024 May 18;16(5):e60545. **2.** Jastreboff AM, *et al.* *N Engl J Med*. 2022;387(3):205-216. **3.** Chavda VP, *et al.* *Molecules*. 2022 Jul; 27(13): 4315. **4.** Nauck MA, *et al.* *Diabetes Obes Metab*. 2021 Sep 3:5-29. **5.** Mounjaro (tirsepatiid) SmPC.

▼ Sellele ravimile kohaldatakse täiendavat järelevalvet, mis võimaldab kiiresti tuvastada uut ohutusteavet. Tervishoiutöötajatel palutakse teatada kõigist võimalikest kõrvaltoimetest. **Ravimi nimetus:** Mounjaro 2,5 mg/annus KwikPen süstelahus pen-süstlis. Üks annus sisaldab 2,5 mg tirsepatiidi 0,6 ml lahuses. Üks mitmeannuseline pen-süstel sisaldab 10 mg tirsepatiidi 2,4 ml-s (4,17 mg/ml). Igas pen-süstlis on neli 2,5 mg annust. Mounjaro 5 mg/annus KwikPen süstelahus pen-süstlis. Üks annus sisaldab 5 mg tirsepatiidi 0,6 ml lahuses. Üks mitmeannuseline pen-süstel sisaldab 20 mg tirsepatiidi 2,4 ml-s (8,33 mg/ml). Igas pen-süstlis on neli 5 mg annust. Mounjaro 7,5 mg/annus KwikPen süstelahus pen-süstlis. Üks annus sisaldab 7,5 mg tirsepatiidi 0,6 ml lahuses. Üks mitmeannuseline pen-süstel sisaldab 30 mg tirsepatiidi 2,4 ml-s (12,5 mg/ml). Igas pen-süstlis on neli 7,5 mg annust. Mounjaro 10 mg/annus KwikPen süstelahus pen-süstlis. Üks annus sisaldab 10 mg tirsepatiidi 0,6 ml lahuses. Üks mitmeannuseline pen-süstel sisaldab 40 mg tirsepatiidi 2,4 ml-s (16,7 mg/ml). Igas pen-süstlis on neli 10 mg annust. Mounjaro 12,5 mg/annus KwikPen süstelahus pen-süstlis. Üks annus sisaldab 12,5 mg tirsepatiidi 0,6 ml lahuses. Üks mitmeannuseline pen-süstel sisaldab 50 mg tirsepatiidi 2,4 ml-s (20,8 mg/ml). Igas pen-süstlis on neli 12,5 mg annust. Mounjaro 15 mg/annus KwikPen süstelahus pen-süstlis. Üks annus sisaldab 15 mg tirsepatiidi 0,6 ml lahuses. Üks mitmeannuseline pen-süstel sisaldab 60 mg tirsepatiidi 2,4 ml-s (25 mg/ml). Igas pen-süstlis on neli 15 mg annust. **Toimeaine:** tirsepatiid. **Retseptiravim. Näidustused:** 2. tüüpi suhkurtõbi, Mounjaro on näidustatud ebapiisavalt kontrollitud 2. tüüpi suhkurtõve raviks täiskasvanutel lisaks dieedile ja füüsilisele aktiivsusele - monoterapiaplane, kui metformiin ei sobi talumatuse või vastunäidustuste tõttu; täiendava ravina lisaks teistele diabeediravimitele. **Kehakaalu ohjamine.** Mounjaro on näidustatud kehakaalu ohjamiseks, sealhulgas kehakaalu vähendamiseks ja säilitamiseks täiskasvanutel lisaks väiksema kalorsusega dieedile ja füüsilise aktiivsuse tõstmisele, kui nende algne kehamassiindeks (KMI) on $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ (rasvumine) või $\geq 27 \text{ kg/m}^2$ kuni $< 30 \text{ kg/m}^2$ (ülekaal) ja esineb vähemalt üks kehakaaluga seotud kaasuv haigusseisund (nt hüpertensioon, düslipideemia, obstruktiivne uneapnoe, kardiovaskulaarne haigus, diabeedieelne seisund või 2. tüüpi suhkurtõbi). **Müügiloa hoidja:** Eli Lilly Nederland B.V., Papendorpseweg 83, 3528BJ Utrecht, Holland. **Ravimi omaduste kokkuvõtte viimase uuendamise kuupäev:** 26.02.2025. **Täiendav teave ja kõrvaltoimetest teavitamine:** www.ravimiamet.ee või eesti@lilly.com, tel. 6817280. **Reklaammaterjali kinnitamise number ja kuupäev:** PP-TR-EE-0011, juuli 2025.

KURGUVALU. SINU PIDU ON LÄBI!



Septolete[®]
omni

bensüdamiin / tsetüülpüridiinkloriid

Ravi Sinu kurgule

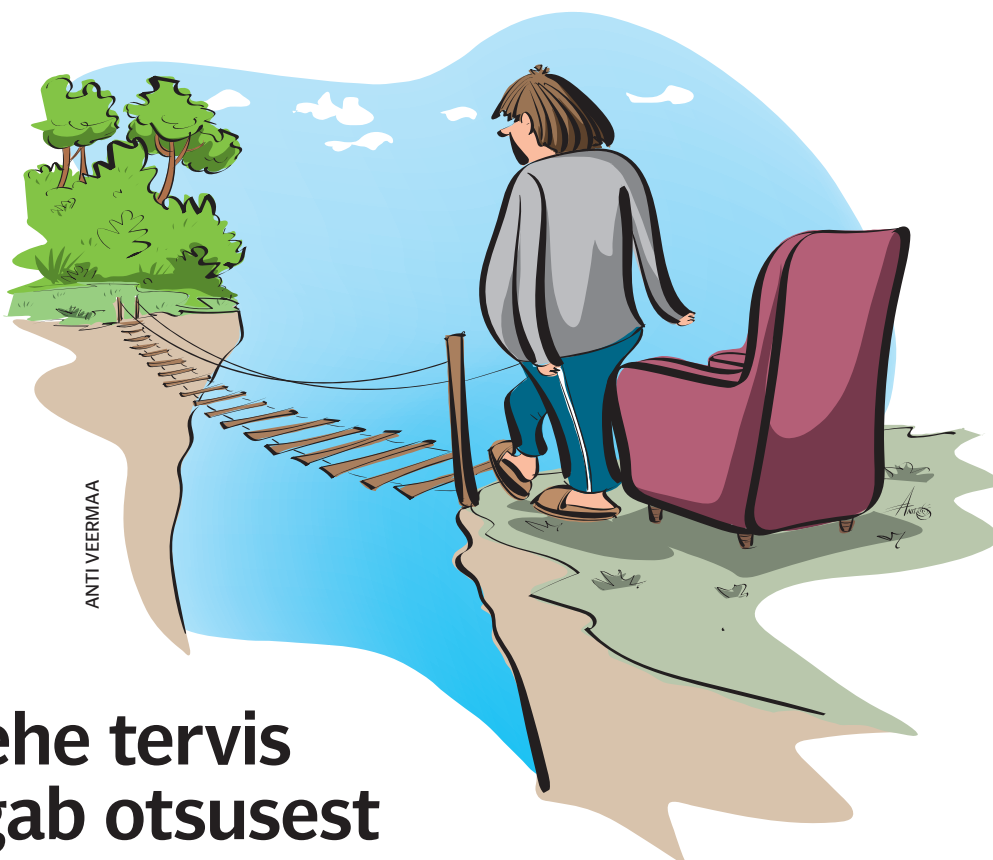
Näidustused: Põletikuvastane, valuvaigistav ja antiseptiline ravi täiskasvanutel, noorukitel ja üle 6 aasta vanustel lastel neelu, suuõõne ning igemete ärrituse, igeme- ja neelupõletiku korral ning enne ja pärast hamba eemaldamist.

- Valuvastane
- Põletikuvastane
- Antiseptiline

Suuõõnesprei 30ml ja losengid N16 sisaldavad toimeainete kombinatsiooni: bensüdamiinvesinikkloriid/tsetüülpüridiinkloriid.

 KRKA

Tähelepanu! Tegemist on ravimiga. Enne tarvitamist lugege tähelepanelikult pakendis olevat infolehte. Kaebuste püsimise korral või ravimi kõrvaltoimete tekkimisel pidage nõu arsti või apteekriga. KÄSIMÜÜGIRAVIM. Müügiloa hoidja: KRKA d.d., Novo mesto, Šmarješka cesta 6, 8501 Novo mesto, Sloveenia. www.krka.ee
Täiendav info müügiloa hoidja esindusest: KRKA d.d., Novo mesto Eesti filiaal, A.H. Tammsaare tee 47, 11316, Tallinn, Eesti. Tel: + 372 6671658



Mehe tervis algab otsusest

Mehe elu pikkus ei sõltu ainult geenidest, vaid paljuski hetkest, mil ta otsustab oma tervise eest päriselt hoolt kanda. Mehe tervise kuu novembris tuleb meelde, et tervis ei ole juhus, vaid järjekindel valikute jada. Nagu elustiilihaigused kujunevad aastate jooksul, nii kasvab ka tervis samm-sammult - alates otsusest tulla kohale, võtta aega ja lasta end uurida.

Tänavused suured projektid näitavad selgelt, kui palju saab ennetuses muuta. Südame-veresoonkonna haiguste geneetilise riski uuringus jõudsid kõrge riskiga osalejad perearsti juurde siis, kui neile tehti personaalne kutse. Varane staatinravi võib pakkuda tuge neile, kelle geenikooslus tähendab kõrgemat riski. Uuringus osalejad näitasid, et kui risk selgelt ja rahulikult lahti seletada, ollakse valmis tegutsema.

Sarnane pilt avaneb kopsuvähi sõeluuringus. Pilootprojekt tõi uuringutele ligi 80% kutsututest ning mobiilne kompuutertomograaf viib nüüd kvaliteetse diagnostika inimeste juurde. Riskirühmas on palju mehi, kelle jaoks

tee uuringule on varem olnud pikk või ebamugav. Nüüd on võimalus lihtsam ja tulemuslikum: varajases staadiumis avastatud kopsuvähk annab reaalse võimaluse pikemaks eluks.

Meeste tervise puhul ei saa mööda vaadata ka neuroloogilistest vaevustest. Migreen on haigus, mitte iseloomuproovid. Abi otsimine on märk teadlikkusest, mitte nõrkusest. Kaasaegsed ravivõimalused on tõhusad ning parandavad nii töövõimet kui ka igapäevast heaolu.

Sõnum on ühine: tervishoid võib pakkuda uuringuid, tehnoloogiat ja ravi, kuid esimene samm tuleb ikka inimesel endal astuda. Mehe tervis algab hetkest, mil ta võtab kutse vastu, istub arsti vastas ja ütleb: "Olen valmis oma tervise eest hoolt kandma."



Kõike kena!

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

Toimetus võtab õiguse kirju ja kaastöid vajaduse korral lühendada. Toimetus kaastöid ei tagasta. Kõik Meditsiiniuudistes avaldatud artiklid, fotod, teabegraafika (sh päevakajalisel, 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 TÜKi kaasprofessor **MIKK JÜRISSE**n geeniuringust, kus uuritakse, kas SVH riski saab kolesterooli ennetava raviga ennetada. **Lk 6–8**

KARDIOLOOGIA ITK sisearst **PILLE BUŠIN** teeb ülevaate rasedusaegsest hüpertensioonist, mis on oluline marker edaspidise riski hindamisel. **Lk 10–12**

PULMONOLOOGIA Kopsuvähi sõeluuring astus järgmisse etappi ja Viljandimaal käivitati mobiilne kompuutertomograaf. **Lk 14–16**

KIRURGIA PERHi põletusravi arst **TIIU KAHA** teeb ülevaate antiseptikumide kasutamisest haavaravis. **Lk 18–20**

NEUROLOOGIA Migreeni ja Parkinsoni tõve seoseid lahkab Confido neuroloog professor **TOOMAS TOOMSOO**. **Lk 22**

NEUROLOOGIA Confido neuroloog **TOOMAS TOOMSOO** teeb ülevaate ka meeste peavalude eripäradest. **Lk 24**

DERMATOLOOGIA Psoriaasi käsitus ja ravi esmatasandil on endiselt keeruline teema, ütleb Linnamõisa perearstikeskuse perearst **LAURA PRETT**. **Lk 26**

Järgmine number ilmub
märtsis 2026

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

- **20 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 kokkuvõtvad 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!



Lisades elule aastaid ja aastatele elu

ÜKS KORD NÄDALAS

wegovy®

süstitav semaglutiid **2,4 mg**

Ainus kaalulangetusravim, mis vähendab nii ülekaalu kui ka kardiovaskulaarseid riske^{1,5}

Kaalulanguse

≥ 20%

saavutas iga kolmas patsient^{1,4,*}

↓ 20%

vähenes kardiovaskulaarse surma, infarkti ja insuldi risk^{1,5}

Lisades elule aastaid

Aastatele elu



elukvaliteet paranes^{2,3,6}

Wegovy® (semaglutiid) on retseptiravim

Pildil on modellid, mitte päris patsiendid.

Wegovy® 0,25 mg FlexTouch® süstelahus pen-süstlis. **Wegovy® 0,5 mg FlexTouch®** süstelahus pen-süstlis. **Wegovy® 1 mg FlexTouch®** süstelahus pen-süstlis. **Wegovy® 1,7 mg FlexTouch®** süstelahus pen-süstlis. **Wegovy® 2,4 mg FlexTouch®** süstelahus pen-süstlis. **Toimeaine:** semaglutiid.

Näidustus: kehakaalu vähendamine täiskasvanud patsientidel lisaks väiksema kalorsusega dieedile ja füüsilise aktiivsuse tõstmisele, kui nende algne kehamassiindeks (KMI) on $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ (rasvumine); või $\geq 27...30 \text{ kg/m}^2$ (ülekaal) ja kellel on vähemalt üks kehakaaluga seotud kaasuv haigusseisund, näiteks düsglükeemia (diabeedieelne seisund või 2. tüüpi suhkurtõbi), hüpertensioon, düslipideemia, obstruktiivne uneapnoe või kardiovaskulaarne haigus. Wegovy® (semaglutiid) on näidustatud kehakaalu vähendamiseks lisaks väiksema kalorsusega dieedile ja füüsilise aktiivsuse tõstmisele noorukitel vanuses 12 a ja vanematel, kellel on rasvumine ja kehakaal üle 60 kg.

*Wegovy® patsientide keskmine algkaal STEP 5 uuringus oli 105,6 kg. Keskmine kaalukaotus 17%.

Viited: 1. Wegovy® (semaglutiid) ravimi omaduste kokkuvõte. 2. Kosiborod MN, Abildstrøm SZ, Borlaug BA, et al. Semaglutide in patients with heart failure with preserved ejection fraction and obesity. *N Engl J Med.* 2023;389(12):1069-1084. 3. Bliddal H, Bays H, Czernichow S, et al. Once-weekly semaglutide in persons with obesity and knee osteoarthritis. *N Engl J Med.* 2024; 391(17):1573-1583. 4. Garvey WT, Batterham RL, Bhatta M, et al. Two-year effects of semaglutide in adults with overweight or obesity: the STEP 5 trial. *Nat Med.* 2022;28(10):2083-2091; 5. Lincoff AM, BrownFrandsen K, Colhoun HM, et al. Semaglutide and cardiovascular outcomes in obesity without diabetes. *N Engl J Med.* 2023;389(24):2221-2232. 6. Freedland KE, Rich MW, Carney RM. Improving quality of life in heart failure. *Curr Cardiol Rep.* 2021;23(11):159.



Vaata lisaks!

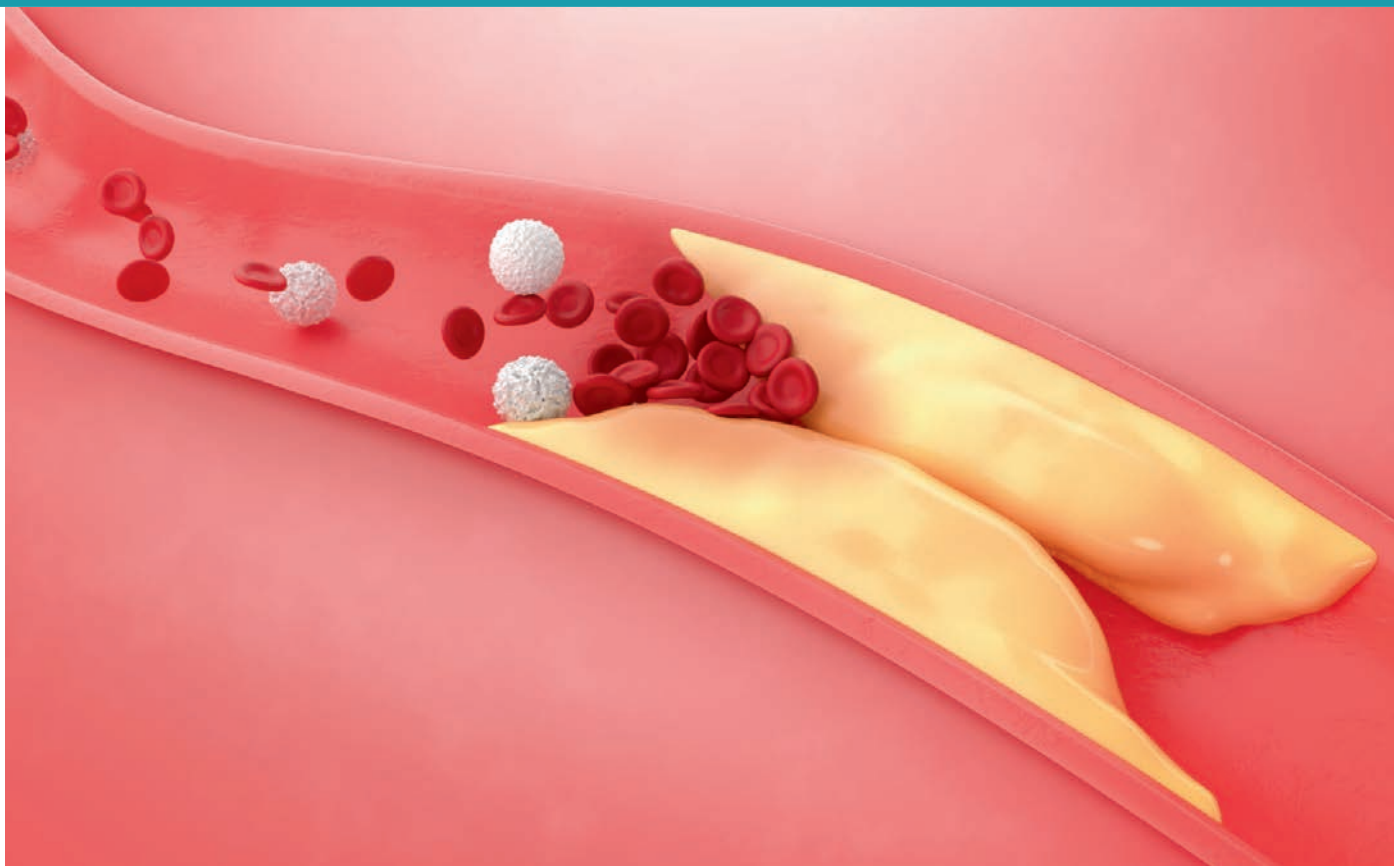
ÜKS KORD NÄDALAS

wegovy®

süstitav semaglutiid **2,4 mg**

Retseptiravim. 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.
Wegovy® ja FlexTouch® on Novo Nordisk A/S, Taani, kaubamärgid.
© Novo Nordisk A/S EE25SEMO00021 08.2025


novo nordisk®



Kolesterool ummistab veresooni. FOTO: SHUTTERSTOCK

Uus geeniuuring otsib südamehaiguste ennetuse võtit

Eestis on alanud ulatuslik geeniuuring, mille eesmärk on selgitada, kas südame-veresoonkonna haigusi saab geeniriski põhjal määratud kolesterooli alandava raviga tõhusamalt ennetada. Uuringut juhib Tartu Ülikooli rahvatervishoiu kaasprofessor **Mikk Jürisson**.

VIOLETTA RIIDAS, toimetaja

Eesti geenivaramu saatis uuringusse osalemiseks kutseid inimestele, kellel on suur geneetiline risk südamehaiguste tekkeks. Täna on uuringusse kaasatud juba üle 2600 osaleja ning töö on edukalt käivitunud.

Uuringurühma nimel vastas küsimustele uuringu käigu, perearstide rolli ja osalejate püsivuse tagamise kohta Mikk Jürisson.

Kuidas uuringu uus etapp on käivitunud võrreldes eelmisega?

Alustasime uuritavate värbamisega käesoleva aasta aprillis, eesmärgiga kaasata Eesti geenivaramu andmebaasist 2500 suure geeniriskiga tervet inimest.

Täna oleme uuringusse kaasanud 2600 uuritavat ja uuring on edukalt käivitunud. Osa sekkumisrühma uuritavatest on juba jõudnud ka teise visiidini, mis viiakse läbi kolm kuud pärast esimest. Samas peab arvestama, et uuring on pikk ja kestab viis aastat.

Järgnevates etappides on meie suurim väljakutse hoida osalejaid uuringus ja tagada, et katkestamise määr oleks võimalikult väike. Kuna katkestajaid valimis ei asenda, nõrgestab iga katkestamine uuringu tulemusi. Varasemate sarnaste ennetusuuringute põhjal on katkestamise määr tavapäraselt 10–30%. Hetkel on katkestamisest teatanud 40 uuritavat ehk umbes 1,5% koguvälist.

Ent uuring alles algab. Loodame siiski parimat, kuna meie geenidonorid on keskmisest haritumad ning üldjuhul me ei kaasanud neid, kes olid algusest peale kõhklevad seisukohal.

Uuringus nõustus osalema 40% kutsutuist. Millega keeldumist põhjendati?

Osalusmäär varieerub sellistes ennetuse uuringutes oluliselt, nii et otsest võrdlust on raske tuua, kuid 40% on päris hea tulemus. Suur osa kutsututest nõustus osalema hea meelega. Meie nõustamine oli põhjalik ja loobujad tõid välja eri põhjusi. Mõni ei soovinud võtta ravimit nii pika aja vältel. Osa soovis kindlasti

MEDITSIIN

**Digitaalne
võluvits
tervishoius**

2026

12.12.2025

KUMU auditoorium

Esinevad:

Mart Saarma akadeemik,
Eesti Teaduste Akadeemia president

Karmen Joller Sotsiaalminister

Peeter Ross TalTechi e-tervise professor

Margus Kaldma, Merilin Varsamaa, Katrina Laks
tervisetehnoloogia pioneerid

Peeter Padrik onkoloog, sotsiaalministri nõuandva
tervishoiu konsiiliumi liige

Taavi Tillmann TÜ peremeditsiini ja rahvater-
vishoiu
instituudi rahvatervise kaasprofessor

Vestlusringid:

innovatsioonist tervishoius:

**Karin Rosenstein, Gerhard Grents, Keiu Paapsi,
Patrick Pihelgas, Jaanika Merilo, Terje Peetso**

noored arstid:

**Mati Lepikson, Martin Špol, Pisar Pind,
Gerli Pihelgas, Kadri Liis Laas**

**Meditsiinimõjutaja 2025
väljakuulutamine**

Täpsem kava ja piletid:

**pood.aripaev.ee/
meditsiin2026**

Konverents ei anna täiendkoolituspunkte
Veebiülekannet ei ole, kuid tuleb salvestus

**NB! Soodushinnad
kuni 20. novembrini**

**Arstidele
erihind!**



MEDITSIINI-
KONVERENTSID

Lisainfo: Kadi Heinsalu, Meditsiiniuudiste peatoimetaja
kadi.heinsalu@aripaev.ee

sattuda sekkumisrühma, mitte kontrollrühma, mis aga ei ole juhuslikustatud uuringus võimalik. Mõni kutsutu elab väljaspool Eestit ega saa visiitidel hakata käima, lisaks oleks haigestumise korral terviseandmete saamine teisest riigist keeruline.

Samuti oli perearste, kes ei soovinud uuringuga liituda, ja seepärast oleks nende nimistu patsientide liikumine olnud teistesse uuringukeskustesse keeruline. Lisaks jagasid osad kutsutud statiinravi kõrvaltoimetega seotud kõhklusid. Kuigi statiinid on üks läbiuuritud ravimiklasse ja nende ohtusid on metaanalüüsid hästi tõendatud, võib internetist leitud kahekümne aasta tagune artikkel mõjuda mõnele veenvamalt kui juhtivate kardioloogide sõnum. Siiski võib kokkuvõttes öelda, et tervishoiutöötajaid usaldatakse ja sellised kahtlused vestlustes domineerima ei jäänud.

Kuidas perearstid ja õed on kaasa tulnud? Palju uuringus osalemine neile lisatööd toob?

Peararstid ja pereõed on olnud väga toetavad ning kaasatus on üle ootuste hea. Uuringus osaleb 515 ehk kaks kolmandikku Eesti perearstidest, lisaks pereõed. See näitab perearstide suurt usaldust ja huvi luua koos midagi uut. Kuigi sellega kaasneb lisatöö, on suurel osal perearstidest ka eelnev paari aasta tagune kogemus sama uurimisrühma, samal sihtrühmal ja andmekogumise platvormil läbi viidud EstPerMed ja INTERVENE uuringutega.

Varasem kogemus aitab kindlasti praeguse uuringu sujuvale läbiviimisele kaasa. Lisaks ei ole sekkumisrühma uuritavate arv ühe perearsti kohta suur, keskmiselt 2-3, kuigi see varieerub päris palju ja sõltub eeskätt geenidoonorite osakaalust nimistus.

Kontrollrühma uuritavad uuringuviisitidel ei käi. Oluline on märkida, et uuringusse on ühel või teisel moel ja paari erandiga kaasatud ka kõik Eesti piirkondlikud, kesk- ja maakonnahaiglad, kõik apteegid, tervisekassa ja SYNLAB. See toetus, mida me tunnetasime uuringu ettevalmistamisel, oli tõesti laiapõhjaline ja märkimisväärne. Siinkohal suur tänu kõigile partneritele.

Uuringu edukuse võti on osalejate järjepidevus - kuidas see saavutatakse?

Oleme püüdnud perearstide koormuse uuringu jooksul hoida minimaalsena. Selleks on meil abiks TÜ kliinikumi uurin-



Mikk Jürisson
FOTO: TIMO ARBEITER

guõed, kes on saanud vastava väljaõppe ja on tööga juba alustanud. Uuringuõdede ülesandeks on jälgida uuritavate ravimikasutust, neile regulaarselt helistada ja anda kohe uuringutiimile, perearstile või -õele teada, kui tekib probleem või on vaja korduvat retsepti.

Alates teisest aastast me uuritavaid analüüsides ei tülita, kuna oleme huvitatud eeskätt haigusjuhtude arvust, mitte kolesteroolitasemest, mis statiinraviga nagunii langeb. Lisaks saadame uuritavatele korduvalt erinevaid küsimustikke, mis puudutavad nii ravimikasutust kui ka elukvaliteeti ja omakorda tuletavad meelde, et uuring käib. Esimene aasta on kindlasti keerulisem, edasi peaks osalemisega kaasnev koormus oluliselt vähenema.

Kui suur on enamasti uuringust väljalangemine?

Sarnastes uuringutes, kus uuritavad on terved ja otseste nähtavate riskifaktoriteta, on väljalangevus tavaliselt 10-30% või isegi suurem. Meie eesmärk on seda oma uuringus võimalikult vähendada, et uuringu võimsus jääks piisavaks usaldusväärsete järelduste tegemiseks.

Kas praegusele uuringule planeeritakse ka järgi?

Tegelikult on käesolev uuring kahe eelnenud kliinilise uuringu järg. Esimeses, EstPerMed uuringus soovisime teada, kas teadmine oma suurest südame-veresoonkonna haiguste geeniriskist muudab terve keskealise või vanema inimese tervisekäitumist paremaks, kas ta hakkab rohkem liikuma, tervislikumalt sööma ja kas tema tervisenäitajad, nagu kehakaal,

vererõhk ja kolesteroolitase muutuvad paremaks kui nendel, kes oma suurest geeniriskist midagi ei tea. Leidsime, et kolm kuud pärast pärast geeniriskist teadaasaamist liikusid praktiliselt kõik tervisenäitajad, sealhulgas kehakaal, vererõhk ja kolesteroolitase positiivses suunas, kuid aasta pärast taandusid need taas algtasemele ja ei erinenud oluliselt kontrollrühmast.

Järeldasime, et ainuüksi teadmine oma suurest geeniriskist ei ole piisav motivaator tervisekäitumise muutmiseks. Lisaks nägime, et oluliselt lihtsam on mõjutada neid riskitegureid, mida saab ravida ravimiga (nagu kõrge kolesterool või vererõhk), kui neid, mis sõltuvad inimese elustiilist (nagu kehakaal).

Kuna EstPerMed uuringu sattus koroonaaajale, mis võis tulemusi mõjutada, viisime läbi ka jätku-uuringu INTERVENE. See oli suurem ja selles osales 150 perearsti. Uuringu viisime läbi noortel 25-40aastastel tervetel suure geeniriskiga meestel ja naistel, kuna eeldasime, et südame-veresoonkonna haiguste ennetus peaks algama juba nooremas eas.

INTERVENE tulemused on avaldamisel, kuid praegu võib öelda, et ka selles uuringus ei leidnud me kinnitust hüpoteesile, et suur geenirisk motiveeriks pikaajalist tervisekäitumise muutust. Kuna soovime siiski suure geeniriskiga inimesi aidata, otsime jätkuvalt uusi efektiivseid sekkumisviise.

Usume, et varane ennetav statiinravi võiks suure polügeense riski korral olla just selline haigestumiskorraldaja vähendav sekkumine, mida meie uuringu õnnestumisel kaaluksid ka Euroopa südame-veresoonkonna haiguste ennetuse juhised.

Liitu Terviseraamatute klubiga!

Saad püsivalt
10% soodustust

Uus raamat
-20%



Terviseraamatute klubi
Mõista, hooli, muuda.

VAATA LÄHEMALT:
terviseraamatuteklubi.ee



Hüpertensioon on raseduse teine kõige sagedasem tüsistus sünnitusjärgse verejooksu järel. FOTO: SHUTTERSTOCK

Raseduseaegne hüpertensioon on oluline SVH riski marker

Rasedusaegsest hüpertensioonist tegi konverentsil "Kardioloogia tulipunkt 2025" ülevaate ITK südamekeskuse sisearst **Pille Bušin**.

VIOLETTA RIIDAS, toimetaja

Raseduseaegne hüpertensioon on oluline ja sagedane probleem, mille õigeaegne diagnoosimine ja käsitus määravad nii ema kui ka loote prognoosi. Eestis sünnib igal aastal ligikaudu kümme tuhat last ning arvestades, et kõrge vererõhku esineb viiel kuni viieteistkümnendil rasedatest, puudub see probleem igal aastal 500–1500 naist. Tegemist on seega märkimisväärse patsientide grupiga, kelle käsitluses on kriitilise tähtsusega nii günekoloogide, perearstide kui ka kardioloogide roll.

Hüpertensioon on raseduse teine kõige sagedasem tüsistus sünnitusjärgse verejooksu järel ning oluliseks ema, loote ja vastsündinu suremuse põhjuseks. Ema seisukohalt on riskideks platsenta irdumine, insult, multiorganpuudulikkus

ja dissemineeritud intravaskulaarne koagulatsioon. Loote jaoks tähendab raseduseaegne hüpertensioon kasvupeetuse, enneaegse sünni või isegi emakasisese surma ohtu. Sellest tulenevalt on vererõhu regulaarne jälgimine raseduse igas etapis vältimatu.

DIAGNOOSIMINE

Hüpertensiooni diagnoos pannakse juhul, kui süstoolne vererõhk ületab 140 mmHg ja/või diastoolne 90 mmHg. Kaks mõõtmist vähemalt neljatunnise intervalliga on piisavad, et kinnitada diagnoosi, kuid juhul kui vererõhk on üle 160/110 mmHg, võib piisata juba 15minutisest vahemikust. Sellisel juhul vajab patsient kohest hospitaliseerimist ja ravi alustamist haiglatingsimustes.

Kuldstandardina peetakse endiselt

auskultatoorset vererõhu mõõtmist sfügmomanomeetriga, sest automaatsed aparaadid kipuvad diastoolset rõhku alahindama. Kui kasutada digitaalseid vererõhuaparaate, tuleks veenduda, et need on raseduse konteksti valideeritud. Täpsemat infot saab rahvusvahelistest andmebaasidest, kus on loetletud vastavad seadmed.

Hüpertensiooni diagnoosimisel ja jälgimisel on olulisel kohal ambulatoorne monitooring, mis aitab välistada valge kitli sündroomi ja vastuvõtuga seotud ärevust. Kui varasemates juhistes koduseid mõõtmisi pigem ei soovitatud, siis viimased ravijuhised lubavad neid kasutada lisavõimalusena, eriti kõrge preeklampsiariskiga rasedatel või sünnitusjärgses perioodis, mil visiit arstile võib olla keeruline.

05.03.2026

hübriidkonverents

Swissôtel Tallinn konverentsikeskus ja WorksUp keskkond veebis



VAIMSE TERVISE konverents 2026

Soovime konverentsiga suurendada esmatasandi teadlikkust vaimse tervise probleemidest, jagada soovitusi ravi, edasisuunamise ja erinevate teraapiate kohta, mis ühe või teise häire puhul sobiksid.

Sihtgrupp: perearst, pereõde, psühhiaater, psühholoog, vaimse tervise õde, sotsiaaltöötaja, kõik teised teemast huvitatud meditsiinitöötajad.

Konverents annab täiendkoolituspunkte, tunnistuse väljastab erialaselts.

Lisaküsimused: Karin Tamm,
Meditsiiniuudiste sündmuste juht,
tel +372 513 8862, e-post: karin.tamm@aripaev.ee

137,02 €

(sisaldab käibemaksu)

kuni 22.02.26,

pärast on hind 150,04 €

pood.aripaev.ee/konverentsid-vaimse-tervise-konverents-2026

KAVAS

- Neuroarengulised häired - RHK muudatused. Uus käsitlus ja väljendid
- Väikelapse ja varajase lapsepõlve aegne (0.-5. a) autism
- Autism nooremas koolieas (6.-11. a)
- Teismeliste (12.-18. a) autism (ärevus ja depressioon kaasnevana)
- Isiksushäire ja autismi diferentsiaaldiagnostika
- Maskeerimine/naised ja mehed
- Kuidas saavutada kontakti keerulise patsiendiga?
- Mis võimalused on rehabilitatsiooniks koolis? Dialektiline käitumiteraapia
- Kuidas autismispektri häirega noori ja noori täiskasvanuid iseseisvasse ellu integreerida?
- Sensorse integratsiooni teraapia

Kava täieneb



MEDITSIINI-
KONVERENTSID

Eesti Psühhiaatrite Selts
Estonian Psychiatric Association

Kliinilises praktikas eristatakse mitut hüpertensiooni vormi. Krooniline hüpertensioon tekib enne rasedust või enne 20. rasedusnädalat ning püsib üle kuue nädala pärast sünnitust. Gestatsiooni-hüpertensioon kujuneb välja pärast 20. rasedusnädalat ja taandub tavaliselt kuue nädala jooksul sünnitusest. Preeklampsia ja eklampsia kujutavad endast eraldi ja tõsist seisundit, kus vererõhu tõusule lisanduvad proteiinuuria ja organukahjustuse tunnused.

PREEKLAMPISIA

Preeklampsia võib avalduda neerukahjustuse, maksanäitajate tõusu, neuroloogiliste sümptomite, trombotsütoopenia või loote kasvupeetuse ja uteroplatsentaarse düsfunktsioonina. Oluline on teada, et proteiinuuria puudumine ei välista preeklampsiat. Ka sünnitusjärgsel võib hüpertensioon püsida või ilmnedes esmakordselt, mistõttu ei saa selle perioodi käsitlust alahinnata.

Preeklampsia ennetamisel on tõendus-põhiselt tõhusaks osutunud madaladoosiline aspiriin kõrge riskiga naistele, mida manustatakse alates 12. rasedusnädalast kuni 36. nädalani. Ravimi toimemehhanism seisneb platsenta spiraalarterite remodelleerumise parandamises, mis tagab parema verevarustuse.

Lisaks on oluline keheline aktiivsus ja kehakaalu kontrollitud tõus - ülekaalulistel rasedatel ei tohiks kaal lisanduda raseduse ajal enam kui seitse kilogrammi. Kõrgendatud riski alla kuuluvad näiteks naised, kellel on varasemast preeklampsia anamneesis, krooniline hüpertensioon, neeruhaigus, suhkurtõbi või autoimmuunhaigus.

Kui preeklampsia on kujunenud, on ainsaks lõplikuks ravimeetodiks sünnitus. Sümptomite raskus määrab ajastuse: kerge haiguskul korral püütakse rasedust jätkata vähemalt 37. nädalani, kuid raskete sümptomite puhul tuleb sünnitus esile kutsuda varem, mõnikord juba 48 tunni jooksul.

Ravi eesmärk on kontrollida vererõhku ja ennetada tüsistusi. Esmavaliku ravimiteks on intravenoosne labetalool, vajadusel kombineerituna suukaudse lühitoimelise nifedipiiniga. Preeklampsia puhul kasutatakse sageli ka magneesiumsulfaati krampide ennetamiseks ning kopsuturse korral diureetikume. Ravi eesmärk on hoida vererõhk alla 140/90 mmHg, vältides siiski liigset langust, mis võiks halvendada platsenta perfusiooni.

Raseduse ajal on lubatud mitu anti-hüpertensiivset ravimit, sh labetalool,



Sisearst Pille Bušin
FOTO: ITK

metoprolool, bisoprolool, nebivolool ja nifedipiin. Atenolooli ei soovitata loote kasvupeetuse riski tõttu. Samuti on kasutatav mõni teine kaltsiumikanali blokaator ja piiratud juhtudel diureetikum. Eestis ei ole kättesaadavad kõik rahvusvahelistes juhistes mainitud ravimid, näiteks metüüldopa või hüdralasiin.

Väga oluline on meeles pidada, et AKE inhibiitorid, ARBid, ARNIid ja mineralokortikoidireseptori antagonistid on raseduse ajal vastunäidustatud, kuna võivad põhjustada loote neeru- ja kopsukahjustusi ning muid raskeid vääraarenguid. Ka SGLT2 inhibiitorid on teratogeense toime tõttu keelatud.

Imetamise ajal erituvad kõik ravimid väikestes kogustes rinnapiima, mistõttu ravimivalikut tuleb teha ettevaatlikult, kuid enamik esmavaliku ravimeid ja teatud tingimustel mõni AKE on siiski lubatud.

Viimaste aastate arengutest väärib esiletõstmist farmakogeneetika. Näiteks CYP2D6 ensüümi polümorfism mõjutab olulisel määral beeta-blokaatorite, antidepressantide ja valuvaigistite toimet. Kuna raseduse ajal muutub maksaensüümide aktiivsus ja näiteks metoprolooli metabolism kiireneb, võib olla vajalik annuste korrigeerimine. See aspekt annab lähitulevikus kindlasti uusi võimalusi personaalseks raviks.

SÜNNITUSJÄRGNE PERIOOD

Sünnitusjärgsel perioodil on oluline vererõhu regulaarne jälgimine, sest kõrgenenud rõhk on esimese nädala jooksul sage ja preeklampsia võib avalduda ka kuni kümme päeva pärast sünnitust. Soovitav on vererõhku mõõta igapäevaselt üks kuni kaks nädalat ning järk-järgult

vähendada ravimite annustamist kolme nädala jooksul, kui see on võimalik.

Raseduseaegse hüpertensiooniga naised võiksid hiljem vältida östrogeeni sisaldavaid rasestumisvastaseid vahendeid. Edaspidi suureneb naistel kroonilise hüpertensiooni, kroonilise neeruhaiguse ja kardiovaskulaarhaiguste risk. Seetõttu tuleks neid naisi skriinida regulaarselt: 6-12 nädalat pärast sünnitust, seejärel kuue ja kaheteistkümmne kuu möödudes ning edaspidi kord aastas.

Uuringud on näidanud, et 20-30% raseduseaegse hüpertensiooniga naistest kogeb probleemi uuesti järgnevate raseduste ajal.

OLULINE RISKIMARKER

Raseduseaegne hüpertensioon ei ole pelgalt ajutine seisund, vaid oluline marker naise edasise kardiovaskulaarse riski hindamisel. SCORE2 ja SCORE2-OP kalkulaatorid arvestavad küll traditsioonilisi riskifaktoreid, nagu vanus, sugu, suitsetamine, lipiidid ja vererõhk, kuid rasedusaegsed tüsistused tuleb lisada mittetraditsiooniliste riskimõjuritena. Seega peaks iga kardiovaskulaarse tervisega tegelev arst anamneesi kogudes küsima ka raseduse kulgemise kohta. See võib mõjutada otsuseid ravi alustamise ajastuses ja intensiivsuses.

Raseduseaegse hüpertensiooni käsitlus nõuab multidistsiplinaarset lähenemist. Günekoloogid, perearstid ja kardioloogid peavad tegema koostööd, et tagada naisele ja tema lapsele parim võimalik prognoos. Kõige olulisem on vererõhu regulaarne jälgimine, varajane diagnoos ja õigeaegne ravi, kuid sama tähtis on ka hilisem jälgimine, sest raseduseaegne hüpertensioon jätab naise tervisesse pikaajalise jälje.

Toitmis- ja liikumisravi hübriidkonverents 12.02.2026

Viru konverentsikeskus ja
WorksUpi keskkond veebis

SOON JA SOOL²



Selleaastasel konverentsil keskendume soole verevarustuse probleemidele, isheemia tänapäevasele ravile (antikoagulantravi, antiagregandid tromboosi profülaktikaks ja raviks), liikumisravi mõjule ning antitrombootilisele ravile ja söömissoovitustele jms.

Kavas:

- Eesmärgid – sooned ja sooled
- Soolest soonde:
 - äge ja krooniline soole verevarustushäire gastroenteroloogi pilgul
 - äge ja krooniline soole verevarustushäire veresoonte kirurgi pilgul
- Verevarustuse parandamise paus
- Sooned ja sooled
 - äge ja krooniline soole verevarustushäire intensiivravi arsti pilgul
 - kirurgi vaade sooleisheemia ravivõimalustele
 - angiografisti vaade sooleisheemia ravivõimalustele
- Eesmärgid – soolaga ja soolata
- Vedelikravi – soolestik ja soolad
- Liikumisravi – soolestik ja soolad
- Toitmisravi soonde ja soolde
- Toitmisteed soonde ja soolde
- Soolepuudulikkust rehabiliteeriv ravi

Sihtgrupp: perearstid, pereõed, õendustöötajad, sisearstid, vaskulaarkirurgid, kardiovaskulaarkirurgid, gastroenteroloogid, toitumisharjutajad ja -terapeudid, proviisorid, farmatseudid, füsioterapeudid ja teised meditsiinivaldkonna töötajad.

Konverents annab täiendkoolituspunkte pärast e-testi sooritamist, tunnistuse väljastab erialaselts.

Lisaküsimused: Karin Tamm, Meditsiiniuudiste sündmuste juht, tel +372 513 8862, e-post: karin.tamm@aripaev.ee

ESTSPEN 
Estonian Society for Parenteral and Enteral Nutrition

 **MEDITSIINI-
KONVERENTSID**

128,96 €

(koos käibemaksuga)
kuni 02.02.26.

Pärast seda hind 145,02 €.

[pood.aripaev.ee/konverentsid-
toitmis-ja-liikumisravi-konverents-2026](https://pood.aripaev.ee/konverentsid-toitmis-ja-liikumisravi-konverents-2026)

Kopsuvähi sõeluuring astus järgmisse etappi

Tartu pilootuuringu järel alustati septembri keskel Viljandimaal mobiilse kompuutertomograafia varajase avastamise projekti.

VIOLETTA RIIDAS, toimetaja

Eestis on viimastel aastatel tehtud märkimisväärne samm kopsuvähi varajase avastamise suunas. Pärast Tartu maakonnas edukalt läbiviidud pilootprojekti on alanud järgmine etapp Viljandimaal, kus uuringuid tehakse esmakordselt ka mobiilses kompuutertomograafi kabinetis. Kopsuvähk on Eestis üks sagedasemaid ja halvima prognoosiga vähivorme. Igal aastal diagnoositakse ligi 800 uut haigusjuhtu, mis moodustab umbes kümnendiku kõigist vähidiagnoosidest. Enamik neist leitakse alles siis, kui haigus on juba kaugemale arenenud ja kirurgiline ravi ei ole enam võimalik. PERHi onkoloog-ülemarst ja Eesti vähiliidu president Vahur Valvere rõhutas, et just varajane avastamine on elupäästev: „Kui suudame kopsuvähi tabada esimeses või teises staadiumis, on ravitulemused kordades paremad ja inimeste elulemus oluliselt kõrgem,“ sõnas ta.

MOBIILNE KOMPUUTERTOMOGRAAF

Vähiliidu mobiilne kompuutertomograafi treiler alustas tööd 16. septembril Viljandimaal koostöös Viljandi haiglagaga. Akutoitel töötav seade on oma lahenduselt maailmas unikaalne ja võimaldab teha madala kiirgusdoosiga kvaliteetseid uuringuid ka väiksemates piirkondades, viies tippasemel diagnostika inimeste kodukohale lähemale. „Meie eesmärk on vähendada regionaalseid erinevusi tervishoius. Mobiilne seade annab võimaluse jõuda nendeni, kellel ei ole võimalik kiiresti suurtesse keskustesse sõita,“ ütles Eesti vähiliidu juhatuse esimees Maie Egipt.

Uuringu sihtrühma kuuluvad 55-74aastased inimesed, kellel on suitsetamisest, haigustest või perekondlikust taustast tulenevalt kõrgem risk haigestuda. Riskiskoori alusel kutsutakse uuringule vaid need, kellel on tuvastatud kõrge risk. Viljandi maakonnas osaleb projektis 17 perearstipraksist, riskihindamine on tehtud 464 patsiendil ja neist 95 suunatakse madaladoosilisele KT-uuringule. Viljandi haigla juhi Priit Tampere sõnul on perearstide ja haigla koostöö olnud sujuv: „Meie meeskond on saanud põhjaliku väljaõppe mobiilses kabinetis tegutsemiseks. See on suur samm vähi ennetuse ja varajase diagnostika suunas.“

PILOOTPROJEKT ANDIS TEADUSLIKU TÕESTUSE

Kopsuvähi sõeluuringu teaduslik alus loodi Tartu maakonnas aastatel 2022-24 läbi viidud piloot-

Sõeluuringule kutsutakse kõrge riskiga patsiendid

- ▶ Sihtrühm 55–74aastased, kellel on kopsuvähi kõrgem risk (nt pikaajalised suitsetajad või endised suitsetajad, kes loobusid alla 15 aasta tagasi).
- ▶ Perearst või -õde hindab iga patsiendi riskiskoori, arvestades suitsetamisajalugu, kaasnevaid haigusi ja perekondlikku tausta. Uuringule kutsutakse ainult kõrge riskiskooriga isikud.
- ▶ Uuringus kasutatakse madaladoosiline kompuutertomograafia (LDCT), mis võimaldab tuvastada kopsukasvajaid juba varases, ravitavas staadiumis.

projektiga, mille viisid ellu Tartu ülikool, Tartu ülikooli kliinikum ja tervisekassa. Uuringu tulemused avaldati 2025. aasta alguses rahvusvahelises teadusajakirjas *Cancer Treatment and Research Communications* artiklis „Population-based systematic enrolment of individuals ensures high lung cancer screening uptake“. Rahvastikupõhine süsteemne patsientide kaasamine tagab kopsuvähi sõeluuringus kõrge osalusmäära.

Pilootuuring viidi läbi maakonnas, mis hõlmab ligikaudu kümnendikku Eesti elanikkonnast. Perearstid ja -õed hindasid kõiki 55-74aastaseid patsiente, kasutades kahte kaasamiskriteeriumi - suitsetamisajalugu (vähemalt 20 pakkaastat, suitsetamisest loobumine <15 aastat tagasi) ja PLCom2012 riskiskoori (>1,5% kuue aasta jooksul). Suurema riskiga isikud suunati madaladoosilisele kompuutertomograafiale (LDCT), mille tulemusi hinnati vastavalt Lung-RADS 1.1 protokollile.

Uuringu osales 74 perearstipraksist, kelle nimistus oli sihtvanuserühmas kokku 26 759 inimest. Kokku hinnati 24 413 inimest, kellest 3444 läbisid KT-uuringu. Kopsuvähk diagnoositi 30 patsiendil, neist enam kui pooltel esimeses või teises staadiumis. Uuringu osalusmäär oli erakordselt kõrge - 79,3%.

Uuringu üks eestvedajaid Tartu ülikooli torakaalkirurgia kaasprofessor Tanel Laisaar selgitas: „Meie uuring näitas, et perearstide ja -õdede kaudu toimuv süsteemne patsientide kaasamine tagab väga kõrge osalusmäära. Personaalne kontakt on võtmetegur, mis suurendab usaldust ja motiveerib inimesi uuringule tulema.“

Vähipatsientide tuleviku võti

Rohkem homseid rohkematele patsientidele

KEYTRUDA®

(pembrolizumab)

KEYTRUDA (pembrolizumab) on retseptiravim

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

Mitteväikerakk-kopsuvähk (non-small cell lung carcinoma, NSCLC) KEYTRUDA monoterapia 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 pemetreksedi 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 monoterapia 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 monoterapia või kombinatsioonis plaatinat ja 5-fluorouratsiili (5-FU) sisaldava keemiaraviga on näidustatud esimese rea ravina metastaatilise või mitteresetseeritava korduva pea- ja kaelapiirkonna lamerakk-kartsinomi raviks täiskasvanutele, kelle kasvaja ekspresseerib PD-L1 CPS-iga \geq 1.

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

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

– kaugelearenenud või retsidiiveerunud endomeetriumi kartsinoom, ja kelle haigus on edasi arenenud eelneva plaatinat sisaldava ravi ajal või järel mis tahes raviseemil puhul ning kes ei sobi kuratiivseks kirurgiliseks ega kiiritusraviks;

– mitteresetseeritava 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 monoterapiaga, on näidustatud lokaalselt kaugelearenenud või varajases staadiumis kolmiknegatiivse rinnaäärmevähi raviks täiskasvanud patsientidele, kellel on suur risk kasvaja retsidiivi tekkeks.

Emakakaelavähk KEYTRUDA kombinatsioonis keemiaraviga koos bevaatsimabiga või ilma on näidustatud persisteeriva, retsidiiveerunud või metastaatilise emakakaelavähi raviks täiskasvanutel, kelle kasvaja ekspresseerib PD-L1 CPS-iga \geq 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 monoterapiana 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. Tähdeldatud on ebatüüpilisi ravivastuseid (st esialgsel mõeldud kasvaja suurenemine 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 KEYTRUDAT manustada kuni haiguse retsidiivi või mittevastuvõetava toksilise tekkeni või kestusega kuni üks aasta. TNBC neoadjuvant- ja adjuvantravi korral tuleb patsiente ravida neoadjuvantse KEYTRUDA ja kemoterapia kombinatsiooniga: 8 korda annusega 200 mg iga 3 nädala järel või 4 korda annusega 400 mg iga 6 nädala järel või kuni lõpliku kirurgilist ravi välistava haiguse progressioonini või vastuvõetamatu toksilisuseeni. Sellele järgneb adjuvantravi KEYTRUDA monoterapiaga, 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 toksilisuseeni. Patsiendid, kellel tekib lõpliku kirurgilist ravi välistava haiguse progressioon või KEYTRUDA ja kemoterapia kombinatsiooni neoadjuvantraviga seotud vastuvõetamatu toksilisus, ei tohi saada adjuvantravi KEYTRUDA monoterapiaga.

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

Dhutusala 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 abianete (histidiini, histidiinvesinikkloriid-monohüdraat, 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 kortikosteroidide. 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 \leq 10 mg või samaväärse ravimi ööpäevase annuseni. Ravi pembrolizumabiga tuleb lõplikult katkestada, kui korraldub mis tahes immuunvahendatud 3. raskusastme kõrvaltoime ja mis tahes immuunvahendatud 4. raskusastme toksilisuse korral, välja arvatud hormonaalsed ravimid alluvate endokriinopaatiate korral.

Siirdamisega seotud kõrvaltoimed

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

KÕRVALTOIMED:

Pembrolizumabi ohutust kombinatsioonis kemoterapiaga, kiiritusraviga või kemoradioterapiaga on hinnatud kliinilistes uuringutes 6695-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 iiveldus (51%), aneemia (50%), kõhulahtisus (35%), väsimus (35%), kõhukinnisus (32%), oksendamine (27%), neutrofiilide arvu vähenemine (26%) ja vähenenud söögiisu (26%). 3.-5. astme kõrvaltoimete esinemissagedus oli NSCLC patsientidel pembrolizumabi kombinatsioonravi puhul 69% ja ainult kemoterapia puhul 61%, HNSCC patsientidel pembrolizumabi kombinatsioonravi (kemoterapia või kiiritusravi koos kemoterapiaga või ilma) puhul 80% ja kemoterapia pluss tsetuksimabi või kiiritusravi (koos kemoterapiaga või ilma) puhul 79%, söögitoru kartsinoomiga patsientidel pembrolizumabi kombinatsioonravi puhul 86% ja ainult kemoterapia puhul 83%. TNBC-ga patsientidel pembrolizumabi kombinatsioonravi puhul 80% ja ainult kemoterapia puhul 77%, emakakaelavähiga patsientidel pembrolizumabi kombinatsioonravi (kemoterapia koos bevaatsimabiga või ilma või kemoterapia (koos bevaatsimabiga või ilma) või ainult kemoradioterapiaga) puhul 71%, maovähiga patsientidel pembrolizumabi kombinatsioonravi (kemoterapia koos trastuzumabiga või ilma) puhul 74% ja kemoterapia (koos trastuzumabiga või ilma) puhul 68%, sapiteede kartsinoomiga patsientidel pembrolizumabi kombinatsioonravi puhul 85% ja ainult kemoterapia puhul 84%, endomeetriumi kartsinoomiga patsientidel pembrolizumabi kombinatsioonravi puhul 59% ja ainult kemoterapia puhul 46% ning pahaloomulise pleura mesoteliomiga patsientidel pembrolizumabi kombinatsioonravi puhul 44% ja ainult kemoterapia puhul 30%. Kliinilistes uuringutes on pembrolizumabi monoterapiaga ohutust 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 monoterapiaga korral teatud kõrvaltoimetest olid 1. või 2. raskusastmega. Kõige tõsisemad kõrvaltoimed olid immuunvahendatud kõrvaltoimed ja rasked infusiooniga seotud reaktsioonid. Immuunvahendatud kõrvaltoimete esinemissagedus oli pembrolizumabi monoterapiaga 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%. Üksi immuunvahendatud kõrvaltoimeid adjuvantravi puhul ei tuvastatud.

Immuunvahendatud kõrvaltoimed: pembrolizumabi saanud patsientidel esines: pneumooniiti 4,2%, koliiti 2,1%, hepatiiti 1%, nefriiti 0,5%, endokriinopaatiatest neerupealiste puudulikkust 1%, hüpotüroosi 0,7%, hüpertüroosi 5,2%, hüpotüroosi 12,3% ning immuunvahendatud rasked nahareaktsioonid esines 1,7%. Harvadel juhtudel esines SJS ja TEN juhtumeid, mis mõnel juhul lõppesid surmaga. Muud immuunvahendatud kõrvaltoimed: uveit, artriit, müosiit, müokardiit, pankreatiit, Guillain-Barré sündroom, müasteeniline sündroom, hülemüeliitiline aneemia, sarkoidoos, entsefaliit, müeliit, vaskuliit, skleroseeriv kolangiit, gastriit, mittenakkuslik tsüstiit, hüpoparatiroidism ja perikardiit.

Farmakoterapeutiline rühm: kasvajaavastades 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 saadaval ravimi müügiloa hoidja esinduselt: Merck Sharp & Dohme OÜ, A. H. Tammsaare tee 47, Tallinn 11316, tel 614 4200, www.msd.ee, msdeesti@merck.com

EE-KEY-00125 11/2025

Tartu piloot-uuringu head tulemused andsid kindla aluse sõeluuringu laiendamiseks.

ALUS RIIKLIKULE PROGRAMMILE

Tervisekassa sõeluuringute teenusejuht Maria Suurna kinnitas, et Tartu pilootuuringu head tulemused andsid kindla aluse sõeluuringu laiendamiseks: „Liigume järk-järgult üleriigilise kopsuvähi sõeluuringu suunas. Tartu maakonna järel on nüüd käivitatud Viljandi etapp ning plaanis on liikuda edasi teistesse piirkondadesse.“ Uuringu põhjalik analüüs näitab, et perearstide aktiivne roll on kriitilise tähtsusega – see võimaldab mitte ainult saavutada suurt osalusmäära, vaid hinnata ka sõeluuringu tegelikku mõju populatsiooni tasandil. Samuti toob selline lähenemine välja piirkondlikud eripärad ja aitab suunata ressursse sinna, kus vajadus on suurim.

Kopsuvähi parima elulemuse annab kirurgiline ravi, kuid see eeldab haiguse varajast avastamist. Prof Laisaar rõhutas, et Eestis saab tänu paremale diagnostikale ja kirurgilisele võimekusele opereerida juba kuni 25% kopsuvähkidest, mis on kõrge näitaja võrreldes paljude teiste riikidega. „Ainus viis parandada ravitulemusi on avastada vähk varem – enne sümptomite teket. Tartu pilootuuringu tulemusel kahekordistus varases staadiumis diagnoositud kopsuvähkide osakaal, ja nende seas oli juba üle 90% kirurgiliselt ravitavad,“ märkis Laisaar.

Mobiilne kompuutertomograaf, mis 16. septembril Viljandimaal tööle hakkas, on oluline samm tehnoloogilise ligipäasetavuse suunas.

DIAGNOSTIKA LIIGUB INIMESTE JUURDE

Akutoitel töötav seade võimaldab teha kõrgekvaliteedilisi madaladoosilisi uuringuid sõltumata asukohast. See vähendab regionaalseid erinevusi ja võimaldab kaasata ka väiksemate piirkondade elanikke, kellel on raskem suurtesse keskustesse uuringule jõuda.

Rahvusvahelised teadusorganisatsioonid on soovitanud kopsuvähi sõeluuringut riskirühmadele juba aastaid, kuid osalemise suurendamine on olnud keeruline. Eesti lähenemine, kus perearstidel on keskne roll, on toonud silmapaistvaid tulemusi ning pälvinud tähelepanu ka välismaal.

„Eesti mudel näitab, et tugeva esmatasandi tervishoiusüsteemiga riikides saab sõeluuringuid korraldada tõhusalt ja inimesi kaasavalt,“ sõnas Laisaar.

Sel sügisel Viljandimaal alanud etapp viib nüüd uuringu reaalsesse igapäevapraktikasse. Kui programm õnnestub, võib Eestist saada üks esimesi riike Euroopas, kus kopsuvähi sõeluuring on riiklikult korraldatud ja kõigile riskirühmadele kättesaadav.

Viljandis alustati varajase avastamise projektiga

Pärast Tartu maakonnas edukalt läbi viidud pilootuuringut algas septembri keskel Viljandimaal kopsuvähi varajase avastamise projekt, mille raames kasutatakse esmakordselt mobiilset kompuutertomograafi. Esimese töökuu tulemusi kommenteeris Viljandi haigla diagnostikakliiniku juht Andrus Aavik.

Aaviku sõnul on uuringud hästi käivitatud ning patsientide huvi osaleda on jätkuvalt väga suur. „Projekt on suunatud 55-74-aastastele inimestele, kes kuuluvad kõrgemasse riskirühma. Kopsuvähi riski hindamine spetsiaalse küsimustiku abil koostöös perearstidega, ja need küsitlused on juba täies hoos,“ selgitas ta.

Viljandi linna ja maakonna 24 perearstist on projektiga liitunud 18. „Senised tulemused näitavad, et inimesed suhtuvad sõeluuringusse väga positiivselt – vaid kaks patsienti on seni uuringust loobunud,“ ütles Aavik.

Kokku on riskiküsitlusi tehtud umbes 600 patsiendile, kellest 120-l on hinnatud kopsuvähi riskiskoor kõrgeks. „Nendest 70-le on perearstid juba väljastanud saatekirja madaladoosilisele kompuutertomograafia (LDCT) uuringule ning 46 patsiendile on uuring ka reaalset teostatud,“ lisas ta.



Mobiilne kompuutertomograafia. FOTO: VÄHILIIT

Projekti lõplikku valimi suurust ei oska Aaviku sõnul veel hinnata, sest see sõltub riskiskoori tulemuste ja kutsutud patsientide arvust. „Eesmärk on saada Viljandi linna ja maakonna esimene uuringuring tehtud 2025. aasta lõpuks,“ ütles ta.

Viljandi haigla teeb oma töö kohta

jooksvalt vahetuvõtteid iga kuu. „Maakonna esimese suurema kokkuvõtte saame tõenäoliselt teha detsembris või uue aasta alguses,“ sõnas Aavik, lisades, et esialgsed tulemused annavad juba põhjust optimismiks – inimesed on teadlikud ja motiveeritud panustama oma tervise ennetamisse.

Anname elule kopsuvähiga uue tähenduse! Meie kõik.



TECENTRIQ (atesolizumab)
RAVIMI OMADUSTE KOKKUVÕTE

Tecentriq (atesolizumab) 1200 mg infusioonilahuse kontsentratsioon.
Tecentriq (atesolizumab) 1875 mg/15 ml süstelahus subkutaanseks manustamiseks.

Retseptiravim.

Näidustused. Tecentriq (atesolizumab) monoterapiaplane näidustatud kõrge PD-L1 ekspresiooniga ($\geq 50\%$) ja suure retsidiivide riskiga NSCLC adjuvantraviks või kõrge PD-L1 ekspresiooniga ($\geq 50\%$) metastaatilise NSCLC esmavaliku raviks täiskasvanud patsientidele või kaugelearenenud NSCLC esmavaliku raviks täiskasvanud patsientidele, kellele platinapõhine ravi on sobimatu või lokaalselt levinud või metastaatilise NSCLC patsientidele pärast eelnevat kemoterapiat. Tecentriq (atesolizumab) kombinatsioonis karboplatiini ja etoposiidiga on näidustatud kaugelearenenud staadiumis väikerakk-kopsuvähi (extensive-stage small cell lung cancer, ES-SCLC) raviks. Tecentriq (atesolizumab) on näidustatud lokaalselt levinud või metastaatilise PD-L1 ekspresiooniga ($\geq 5\%$) uroteliaalse kartsinoomi, PD-L1 ekspresiooniga ($\geq 1\%$) metastaatilise kolmiknegatiivse rinnavähi või kaugelearenenud või mitteresetseeritava hepatotsellulaarse kartsinoomi raviks.



ALECENSA (alektiniib)
RAVIMI OMADUSTE KOKKUVÕTE

Alecensa (alektiniib) 150 mg kõvakapsel.

Retseptiravim.

Näidustused. Alecensa (alektiniib) on monoterapiaplane näidustatud adjuvantraviks pärast täielikku kasvaja resektsiooni täiskasvanud patsientidel, kellel on suure retsidiivrisikuga ALK-positiivne NSCLC või kaugelearenenud ALK-positiivse kaugelearenenud NSCLC esmavaliku raviks või ALK-positiivse kaugelearenenud NSCLC raviks patsientidel, keda on eelnevalt ravitud kriotiniibiga.

Müügiloa hoidja: Roche Registration GmbH
Emil-Barell-Strasse 1, 79639 Grenzach-Wyhlen, Saksamaa.

Lisainfo ravimi kohta: Roche Eesti OÜ
Lõotsa 2, Tallinn 11415, tel 617 7380, e-mail: tallinn.estonia@roche.com

* NSCLC - mitteväikerakk-kopsuvähk

M-EE-00001639



Kliinilises praktikas on oluline põhimõte, et haavale lokaalselt antibiootikume ei manustata.
FOTO: SHUTTERSTOCK

Haava antiseptikumid:

tõendus põhised lähenemised kliinilises praktikas

Antiseptikumide kasutamisest haavaravis tegi vebinaril ülevaate Põhja-Eesti regionaalhaigla plastikakirurgia ja põletusravi üksuse ülemarst **Tiiu Kaha**.

VIOLETTA RIIDAS, toimetaja

Inimese terve nahk on oluline barjäär, mis hoiab ära mikroorganismide tungimise organismi. Niipea kui naha terviklikkus on häiritud - trauma, operatsiooni või kroonilise haavandi tõttu - tekib potentsiaalne risk infektsiooni tekkeks ja levikuks.

Arstide igapäevatoos on seetõttu kriitilise tähtsusega oskus eristada kontamineerumist, kolonisatsiooni ja tegelikku infektsiooni, et vältida nii üleliigset kui ka ebapiisavat antibakteriaalset ravi.

Kontamineerumise faasis leidub haava pinnal mikroorganisme, mis on sinna sattunud kas väliskeskkonnast või patsiendi enda organismist. Bakterid ei paljune ja ei põhjusta põletikunähte. Alguses

domineerivad sageli grampositiivsed stafülokokid ja streptokokid, hiljem lisanduvad gramnegatiivsed bakterid, nagu *Escherichia coli*, *Klebsiella* või *Proteus*, ning pikema aja möödudes ka anaeroobid.

Oluline on mõista, et kontamineerunud haav ei võrdu haavainfektsiooniga, mistõttu piisab puhastamiseks tavalisest joogiveest, pudelveest või füsioloogilisest lahusest.

KOLONISATSIOONI KORRAL ON MIKROOBID HAAVALE KINNITUNUD

Kolonisatsiooni korral on mikroobid haavapinnale kinnitunud ja hakkavad paljunema, kuid põletikureaktsiooni tunnused puuduvad.

Kroonilised haavandid on pea alati

koloniseeritud, ent see ei tähenda, et nad vajaksid antibakteriaalset ravi.

Alles kriitilise kolonisatsiooni faasis muutub olukord kliiniliselt oluliseks - bakterid paljunevad aktiivselt, kuigi ei ole tunginud sügavamatesse kudedesse.

Kriitilise kolonisatsiooni korral võib haava paranemine pidurduda ning sellele võivad tekkida eksudaat, punetus, nekroos või haava pinna muutused.

Kriitilise kolonisatsiooni puhul on põhjendatud kohalike antibakteriaalsete vahendite kasutamine.

Kui põletikunähud süvenevad, võib kujuneda lokaalne või isegi süsteemne infektsioon, mis avaldub punetuse leviku, tugeva valusündroomi, mädase

20 aastat
Prontosan®

PUHASTAB
HAAVA,
EEMALDAB
BIOKILE



Alustage ravi haavapõhja puhastusega: Prontosan® katkestab biokile tsükli.

Nõuetekohane haavapõhja puhastus on nii akuutse kui kroonilise haava ravis esmatähtsal kohal.^{1,2}

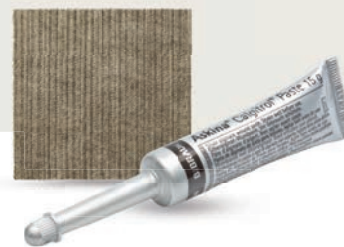
- Prontosan® haavaloputuslahus ja haavasprei
- Prontosan® Debridement Pad haavapuhastuspadjake
- Prontosan® haavageel ja haavageel X



Võtke haavainfektsioon kontrolli alla: Askina® Calgitrol® sari on efektiivne enamiku levinud grampositiivsete ja gramnegatiivsete patogeenide, nt *E. coli* ja MRSA vastu.

Üle 50% kroonilistest haavanditest on infitseeritud. See takistab haava paranemist.^{3,4}

- Askina® Calgitrol® Ag+ haavaside
- Askina® Calgitrol® pasta



Kõigil Askina® Calgitrol® toodetel on Eesti Tervisekassa meditsiiniseadme soodustus kindlustatud patsiendile meditsiinilise abivahendi kaardi alusel.

¹ Malone M, Bjarnsholt T, McBain AJ, James GA, Stoodley P, Leaper D, Tachi M, Schultz G, Swanson T, Wolcott RD. The prevalence of biofilms in chronic wounds: a systematic review and meta-analysis of published data. *J Wound Care*. 2017 Jan 2;26(1):20-25. doi: 10.12968/jowc.2017.26.1.20. PMID: 28103163.

² Bellingeri A, Falciani F, Traspedini P, Moscatelli A, Russo A, Tino G, Chiari P, Peghetti A. Effect of a wound cleansing solution on wound bed preparation and inflammation in chronic wounds: a single-blind RCT. *J Wound Care*. 2016;25(3):161-8.

³ Rodríguez-Rodríguez N, Martínez-Jiménez I, García-Ojalvo A, Mendoza-Mari Y, Guillén-Nieto G, Armstrong DG, Berlanga-Acosta J. Wound Chronicity, Impaired Immunity and Infection in Diabetic Patients. *MEDICC Rev*. 2021 Sep 17;24(1):44-58. doi: 10.37757/MR2021.V23.N3.8. PMID: 34653116.

⁴ Vogt TN, Koller FJ, Santos PND, Lenhani BE, Guimarães PRB, Kalinke LP. Quality of life assessment in chronic wound patients using the Wound-QoL and FLQA-Wk instruments. *Invest Educ Enferm*. 2020 Oct;38(3):e11. doi: 10.17533/udea.iee.v38n3e11. PMID: 33306901; PMCID: PMC7885545.

eritise, tselluliidi või üldnähtudega nagu palavik ja CRP või PCT tõus. Raskeematel juhtudel võib protsess viia sepsiseni.

Infektsiooni kahtluse korral on oluline bakterite isoleerimine haavast. Levinud on tampoonimeetod, mida saab teha Levine'i või Z-meetodina. See on lihtne ja valutu, sobib rutiinseks uuringuks ja ravi alustamiseks, kuigi vajab õiget ettevalmistust ja kiiret transporti laborisse.

Täpsema tulemuse annab biopsia või punktsioon, mis on eriti väärtuslik ravimresistentsete bakterite esinemisel ja sügavate haavade korral.

Oluline on rõhutada, et haava puhastamisel enne proovivõttu ei kasutata antiseptikume, kuna need võivad moonutada tulemust.

IDEAALNE ANTISEPTIKUM ON LAIATOIMELINE

Antiseptikumid on lokaalselt kasutatavad laia toimespektriga ained, mis takistavad mikroorganismide paljunemist ja sageli hävitavad need. Samas võib nende toime sõltuda kontsentratsioonist ning liigne toksilisus kahjustab ka terveid rakke, pidurdades paranemist.

Ideaalne antiseptikum peaks olema laiatoimeline, suutma tungida biofilmi ja seda lagundada, toimima kiiresti ja püsivalt, mitte tekitama resistentsust. Lisaks peab see olema kulutõhus, lihtne kasutada, hästi talutav ja ohutu. Praktikasse sellist ideaali ei ole, kuid mitu kaasaegset preparaati läheneb sellele.

Kliinilises praktikas on oluline põhimõte, et haavale lokaalselt antibiootikume ei manustata. Enamik haavu on küll kontamineerunud, ent see ei pruugi viia infektsioonini. Puhastamiseks piisab tavaliselt kraaniveest või füsioloogilisest lahusest.

ANTISEPTIKUMI KASUTAMISEKS PEAB OLEMA NÄIDUSTUS

Antiseptikumide kasutamiseks peab alati olema näidustus – kriitiline kolonisatsioon või haavainfektsioon. Riskipatsientide hindamisel on abiks WAR-skoor, mille väärtus üle kolme viitab antiseptikumi vajadusele.

Mitu preparaati on leidnud kindla koha kliinilises töös.

- **Oktenidiin** on efektiivne grampositiivsete ja -negatiivsete bakterite ning seente vastu, toimib kiiresti, on hästi talutav ja sobib eriti septiliste põletushaavade ning krooniliste jala haavandite korral.

Antiseptikumide kasutamine olenevalt haava tüübist

	Esmavalik	Teine valik
▶ Kriitiline kolonisatsioon, haavainfektsioon	PHMB	OCT, Hypoclorit, Ag
▶ Põletus	PHMB	OCT, Hypoclorit
▶ Hammustushaav, laskehaav	PVP-J	Hypoclorit
▶ MDRO kolonisatsioon/infektsioon	OCT/PE	OCT, PHMB, Ag
▶ Opihaava infektsioon	PHMB	OCT/PE
▶ Ägeda ja kroonilise haavandi dekontaminatsioon	PHMB, Hypoclorit	-
▶ Peritoneaallavaaz	Hypoclorit	-
▶ Kesknärvisüsteemi ekspositsioon	Hypoclorit	PVP-J
▶ Halvasti dreneeruvad haavad	Hypoclorit	PHMB
▶ Kõhre/luu ekspositsioon	PHMB 0,005%	PVP-J

Allikas: Consensus on Wound Antisepsis: Update 2018 Axel Kramer a Joachim Dissemond c Simon Kim b Christian Willy d Dieter Mayer e Roald Papke a Felix Tuchmann f Ojan Assadian g

- **Polüheksaniid** koos betaiiniga toimib lisaks bakteritele ka viiruste ja algloomade vastu, vähendab biofilmi, sobib krooniliste infektsioonidega haavade raviks ja on eeliseks hõbeda või povidoonjoodi ees stagneerunud haavade korral.

- **Hüpoklorit** on neutraalse pH-ga, sobib nii ägedatele kui ka kroonilistele haavadele, omab põletikuvastast toimet ning seda võib kasutada ka luul ja kõhrel.

- **Joodipreparaadid** on laia toimespektriga, tungivad biofilmi ja toimivad kiiresti, kuid võivad suures doosis mõjutada kilpnäärme talitlust ega sobi rasedatele ja vastsündinutele.

- **Hõbe** avaldab baktereid hävitavat toimet ioonse vormina, kahjustades nii rakukesta kui ka DNA replikatsiooni, ning omab põletikuvastast mõju.

- Lisaks on kasutusel **happelised lahused**, nagu äädikhape ja sidrunhape, mis sobivad eeskätt Pseudomonas aeruginosa infektsioonide korral, ning meditsiiniline mesi, mille madal pH ja kõrge suhkrusisaldus pidurdavad bakterite kasvu ja toetavad haava paranemist.

- **Kloorheksidiinil** on tugev toime, kuid selle kasutamist piiravad tsütotoksilisus ja võimalik ristresistentsus.

ANTISEPTIKUMIDE KASUTAMINE

Antiseptikumide kasutamisel on mitu praktilist viisi. Need võivad sobida haava loputamiseks, tampooniga puhastamiseks, nekrootilise koe eemaldamiseks või kompressina. Samuti lisatakse neid haavasidemete koostisesse, et tagada pikem kontakt ja toime.

Samas on mitu ainet, mida haavaravis vältida. Alkoholi baasil desinfektandid

sobivad üksnes terve naha puhastamiseks. Samuti ei ole soovitatav kasutada kloorheksidiini, vesinikülihapendit ega aniliinvärve (metüleensinine, briljantroheline), mis on tsütotoksilised või lihtsalt ebaefektiivsed haavainfektsioonide korral.

Oluline on arvestada ka haava iseloomu. Näiteks kriitilise kolonisatsiooni ja haavainfektsiooni esmavalikuks on polüheksaniid, samas kui põletushaavade korral on eelistatud sama toimeaine või vajadusel oktenidiin.

Hammustuste või laskehaavade puhul sobib povidoonjood, kuid raskesti dreneeruvate haavade ja luu- või kõhrekspositsiooni korral eelistatakse hüpokloriti või madalas kontsentratsioonis polüheksaniidi.

ANTISEPTIKUME KASUTADA VAID SIIS, KUI TÕESTI VAJA

Kokkuvõtvalt võib öelda, et antiseptikumide kasutamine on õigustatud ennekoike saastunud traumahaavade puhul, kirurgilise haavainfektsiooni ennetamisel, ravimresistentsete bakteritega koloniseeritud haavade korral ning kriitiliselt koloniseerunud või juba infektsiooniga haavade ravis.

Samas ei ole kontamineerunud või pelgalt koloniseerunud haavad näidustuseks antimikroobsete toodete kasutamisele.

Antibakteriaalseid haavasidemeid tuleks rakendada piiratud aja jooksul ja infektsiooni taandudes liikuda üle tavalistele sidemetele, et soodustada loomulikku paranemisprotsessi ja vältida tarbetut koekoormust.

Kas teadsid?

Kõigil Imelise Teaduse tellijatel on piiramatu ligipääs ka veebisisule!

Veebist leiad tuhandeid varem ilmunud artikleid, lisaks eksklusiivset sisu, mida paberajakirjast ei leia.



www.imelineteadus.ee

Pole varem sisse loginud?

Sisse logimiseks kasuta emaili, millega tellimuse vormistasid. Kui oled parooli unustanud, vajuta „unustasin parooli“ ja saadame sulle emailile uue.

Vajad abi? Kirjuta aadressil tellimiskeskus@aripaev.ee või helista 667 0099.

Auraga migreen võib olla Parkinsoni tõve varajane marker

Parkinsoni tõve ja migreeni vaheliste seoste kohta pidas ettekande peavalukonverentsil Confido Meditsiinikeskuse sisekliiniku juhataja, neuroloog professor **Toomas Toomsoo**.

VIOLETTA RIIDAS, toimetaja

Viimasel kümnendil on teadlaste tähelepanu köitnud migreeni ja neurodegeneratiivsete haiguste, sh Parkinsoni tõve seosed. Kuigi peavalude üldine esinemissagedus väheneb vananedes, ei kao migreen kõigil patsientidel. Pikaajaline migreen, eriti koos auraga, võib püsida aastakümneid ja kaasnevad sellega aju struktuursed ning funktsionaalsed muutused. Küsimus, kas migreen on üksnes eraldiseisev haigus või ka marker suuremast neuroloogilisest haavatavusest, on muutunud järjest olulisemaks.

Parkinsoni haigus on progresseeruv neurodegeneratiivne seisund, mida iseloomustab dopaminergiliste rakkude hävimine *substantia nigra pars compactas*. Lisaks klassikalistele motoorsetele sümptomitele, nagu hüpokineesia, rigiidsus ja treemor, on üha enam tähelepanu pööratud mittemotoorsetele sümptomitele, sealhulgas valu ja peavalud. Mitu epidemioloogilist uuringut on näidanud, et migreen esineb Parkinsoni tõvega patsientidel sagedamini kui üldpopulatsioonis, kuigi seos ei ole kõikides uuringutes üheselt kinnitust leidnud.

Korea rahvastikupõhine kohortuuring, mis hõlmas enam kui kuut miljonit inimest, leidis, et migreeniga patsientidel oli Parkinsoni tõve risk ligikaudu 1,3 korda kõrgem kui kontrollrühmas. Kroonilise migreeni puhul ulatus riskisuhe veelgi kõrgemale. Vastupidiselt sellele ei leidnud 22 aastat kestnud prospektiivne naiste uuring statistiliselt olulist seost, mis näitab, et migreen ja Parkinsoni tõbi võivad jagada teatud riskifaktoreid, kuid otsene põhjuslik seos jääb ebaselgeks.

Patofüsioloogiliste mehhanismide hulgas on esile tõusnud mitu võimalust. Üheks võimalikuks ühendavaks lülaks on dopaminergiliste radade düsfunktsioon. Dopamiini regulatsiooni häired mängivad kesket rolli nii migreeni kui ka Parkinsoni tõve puhul. Teadlased on tuvastanud, et dopaminergilise süsteemi

ebanormaalne aktiivsus võib käivitada migreenihoogusid, samal ajal kui dopamiini puudus on Parkinsoni haiguse põhiline patoloogiline mehhanism. Teiseks võimalikuks mehhanismiks on raua kuhjumine ajus. Parkinsoni tõve puhul on raua ladestumist kirjeldatud *substantia nigras*, migreeni puhul aga sügavates ajutuumades. Raua ainevahetuse häired võivad häirida dopamiini teket ja regulatsiooni, luues nii ühise patoloogilise tee mõlemale haigusele.

Kliinilises praktikas on täheldatud huvitavaid seoseid. Näiteks on Parkinsoni tõvega patsientidel, kellel esines ka migreen, motoorne puue UPDRS-skaala järgi raskem. Samas on märgatud, et osal Parkinsoni tõve patsientidest dopamiinergilise ravi alustamisega kaasneb migreenileevendus. Ühes uuringus koges üle 60% Parkinsoni patsientidest migreenihoogude vähenemist pärast dopamiini agonistide või levodopa kasutuselevõttu. See kinnitab, et dopamiinisüsteemi mõjutamine avaldab toimet ka peavaludele, kuigi täpsed mehhanismid vajavad täiendavat selgitust.

Geneetilisel tasandil on uuritud polügeenseid riskiskoori. Näiteks Eesti geenivaramu baasil tehtud töodes on leitud, et kõrge Parkinsoni tõve riskiskooriga patsientidel esines sagedamini auraga migreeni. Samuti on transkraniaalse sonograafia uuringutes täheldatud *substantia nigra* hüperehogeensusega patsientidel märkimisväärselt sagedamat auraga migreeni kui neil, kellel hüperehogeensust ei esinenud. Hiljuti diagnoositud Parkinsoni haigetel esines auraga migreen oluliselt sagedamini võrreldes kontrollgrupiga. Need tulemused viitavad, et auraga migreen võib mõnel juhul olla Parkinsoni haiguse varajane marker, kuigi põhjuslikke seoseid ei saa järeldada.

Praktilise töö seisukohalt on oluline, et arst oskaks migreeniga patsiente hinnata laiemas kontekstis. Kui varajases eas alanud migreen püsib vanemas eas või kui



FOTO: SHUTTERSTOCK

Parkinsoni tõbi on progresseeruv.

haigus muutub krooniliseks, tuleks kaaluda suurenenud neurodegeneratiivset riski. Migreeni anamnees võib pakkuda vihjeid, mis aitavad varaselt märgata Parkinsoni tõve esimesi sümptomeid. Samuti on põhjendatud nende patsientide regulaarne neuroloogiline hindamine, sealhulgas motoorsete ja kognitiivsete funktsioonide jälgimine.

Kliinilisel nõustamisel tuleb patsientidele selgitada, et kuigi statistiline seos on olemas, ei tähenda see, et migreen viib paratamatult Parkinsoni tõveni. Enamikul migreeniga patsientidel neurodegeneratiivset haigust ei teki. Kaasaegsed ravimeetodid – sealhulgas gepantide ja CGRP-antagonistide kasutamine ning elustiilimuutused – aitavad vähendada peavalude intensiivsust ning võivad kaudselt mõjutada neurodegeneratiivsete protsesside kulgu. Küsimus, kas migreeni efektiivne ravi mõjutab otseselt Parkinsoni riski, jääb endiselt vastuseta. Praegused teadmised lubavad oletada, et migreeni hea kontroll võib vähendada aju korduvat põletikulist ja vaskulaarset koormust, mis on üks neurodegeneratsiooni võimalikke käivitajaid. Sellegipoolest on vaja longitudinaalseid uuringuid, biomarkerite väljatöötamist ja personaliseeritud jälgimisstrateegiaid, et selgitada, millised patsiendid kuuluvad kõrgemasse riskigruppi.

Migreeni ja Parkinsoni tõve seoste uurimine on veel varajases etapis, kuid olemasolevad andmed annavad piisava aluse kliiniliseks tähelepanelikkuseks. Migreen ei ole üksnes peavaluhaigus, vaid ka potentsiaalne neuroloogiline marker, mis võib teatud juhtudel ennustada sügavamaid muutusi ajus.

Täismahus loe mu.ee



PRODUODOPA

foslevodopa/foskarbidopa

240 mg/ml+12mg/ml infusioonilahus

Esimene ja ainus pidev subkutaanne **24-tunnine**

foslevodopa/foskarbidopa infusioonravi
patsientidele, kellel on kaugelearenenud
Parkinsoni tõbi

Nüüd on võimalik **ROHKEM**

Rohkem "ON"- aega vs suukaudne
levodopa/karbidopa ravi^{1,2}

Ravi teostavad:

SA Tartu Ülikooli Kliinikum
SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla
AS Ida-Tallinna Keskhaigla
AS Arstikeskus Confido

Viited:

1. Ravimi omaduste kokkuvõte www.ravimiregister.ee kinnitatud: jaanuar 2024.

2. Soileau MJ, et al. Lancet Neurol. 2022; 21:1099–1109.

Produodopa (foslevodopa, foskarbidopa), 240 mg/ml + 12 mg/ml infusioonilahus

Näidustus: Levodopale reageeriva kaugelearenenud Parkinsoni tõve ravi, kui kaasnevad tugevad motoorsed fluktuatsioonid ja hüperkineesia või düskineesia ning kui olemasolevate parkinsonismiravimite kombinatsioonidega ei ole saavutatud piisavat tulemust. Retseptiravim. Müügiloa hoidja: AbbVie SIA, Maldugunu iela 4, Mārupē, Mārupes novads, Lāti. Lisaküsimuste tekkimisel selle ravimi kohta pöörduge palun müügiloa hoidja kohaliku esindaja poole: AbbVie OÜ, Rāvāla pst 4, 10145 Tallinn, tel: +372 6231011. Ravimi omaduste kokkuvõte www.ravimiregister.ee kinnitatud: jaanuar 2024.

abbvie

EE-PRODD-250006 | Oktoober 2025

Meeste peavalude kliinilised eripärad ja ravijuhised

Peavalu on meestel sagedane, kuid selle avaldumisvormid ja esinemissagedus erinevad naiste omadest. Meestel esineb kõiki peavalusid, vaatame siin aga mõnda neist lähemalt.

TOOMAS TOOMSOO, Confido Meditsiinikeskus, sisekliiniku juht ja neuroloog

PINGETÜÜPI PEAVALU

Pingetüüpi peavalu on meestel kõige levinum peavaluvorm, esinedes meestel sagedamini kui naistel (suhe 1,2-3:1). Kliiniliselt avaldub see kahepoolse, suruva või pigistava valuna, mis on kerge kuni mõõduka intensiivsusega.

Iseloomulik on foto- ja fonofobia ning iivelduse puudumine. Valu ei süvene füüsilisel koormusel. Ravi seisukohast on ägeda episoodi korral esmaseks valikuks lihtsad analgeetikumid - paratsetamool või mittesteroidsed põletikuvastased ravimid (MSPVR). Kroonilise vormi (≥ 15 päeva kuus vähemalt kolme kuu jooksul) profülaktikas on tõendatud efektiivsusega tritsüklilised antidepressandid, eriti amitriptüülini annuses 10-25 mg öhtul. Alternatiivina võib kasutada mirtasapiini või venlafaksiini.

Mittefarmakoloogilistest meetoditest on tõendus põhised kognitiivne käitumisteraapia, biofeedback ja füsioteraapia.

MIGREEN MEESTEL

Migreeni levimus meestel on oluliselt madalam kui naistel - vastavalt 5-6% versus 15-18%, kusjuures sooline erinevus on eriti märgatav fertiilses eas. Tööelistest meestest põeb migreeni ligikaudu 12%, naiste seas on levimus üle 40%.

Krooniline migreen (≥ 15 peavalupäeva kuus) esineb meestel harvemini kui naistel (6,5% vs 9,6%), kuid progresseerumise risk võib teatud tingimustel olla isegi suurem. Auraga migreeni esineb 3,6% meestel võrreldes 7,5% naistel.

Meeste migreen erineb naiste omast mitmes aspektis: hoogude kestus on lühem, intensiivsus väiksem ning kaasuvad sümptomid (iiveldus, foto- ja fonofobia) esinevad harvemini. Mehed kogevad vähem allodüüniat ja neil on madalam peavaluga seotud töövõimetus. MIDAS-skaala järgi on mehed migreenihooga keskmiselt 4,5 tundi voodis, naised 6 tundi.

Meeste migreeni alaravitus on tõsine

probleem - vaid 40% meestest otsib peavalu korral meditsiinilist abi, samal ajal kui seljavalu puhul otsib abi 80%. Mehed saavad vähem profülaktilist ravi ning triptaanide kasutus on neil madalam. Triptaanide efektiivsus ja biosaadavus on meestel madalam, mis võib osaliselt seletada raviskeemide vähemat kasutamist.

Hormonaalne komponent mängib meeste migreenis väiksemat rolli võrreldes naistega, kus östrogeeni kõikumised mõjutavad oluliselt haiguse kulgu. Samas on meestel mitu ravimit, nagu valproaat ja topiramaat, kasutatavad laiemalt, kuna neid ei piira fertiilsuse või rasedusega seotud riskid.

Ravistrateegiad on sarnased soolisest erinevusest hoolimata. Ägeda hoo korral kasutatakse MSPVRd või triptaane koos antiemeetikumidega vajadusel. Profülaktikas on näidustatud beeta-blokaatorid, antikonvulsandid või CGRP-antagonistid. Viimastel aastatel on kasutusele võetud neurostimulatsiooni meetodid, kus valu tekkimisel tehakse kaks kaheminutilist stimulatsiooni kaela piirkonnas.

Meeste migreeni puhul on sagedasem seos psüühikahäiretega, eriti bipolaarse häire ja posttraumaatilise stressihäirega (PTSD). Auraga migreeniga meestel esineb bipolaarset häiret kuni kolm korda sagedamini kui elanikkonnas keskmiselt. PTSD levimus on migreeniga patsientidel kuni veerandil, eriti kroonilise migreeni korral.

KOBARPEAVALU

Kobarpeavalu on ainus primaarne peavalutüüp, mis esineb meestel oluliselt sagedamini kui naistel (suhe 2-3:1).

Tegemist on ühepoolse, äärmiselt intensiivse valuga periorbitaalses piirkonnas, mis kestab 15-180 minutit ja võib korduda mitu korda ööpäevas. Patognoomilisteks tunnusteks on ipsilateraalne autonoomsed sümptomid: pisaravool, konjunktiiv hüperemia, ninakinnisus või rinorröa, ptoos ja mioos.



Toomas Toomsoo FOTO: CONFIDO

Ägeda hoo kupeerimiseks on esmaseks valikuks 100% hapnik kiirusega 12-15 l/min või subkutaanne sumatriptaan 6 mg. Profülaktiline ravi algab verapamiiliga annuses 240 mg ööpäevas, tiitrides vajadusel kuni 960 mg-ni. Alternatiivina võib kasutada liitiumi või monoklonaalset antikeha galcanezumabi. Lühiajalise transitoorse profülaktika jaoks on efektiivsed kortikosteroidid või suur kuklanärvi blokaad.

JÄRELDUSED

Meeste peavalud erinevad naiste omadest nii esinemissageduse, kliinilise avaldumise kui ka ravivastuse poolest. Pingetüüpi peavalu on meestel sagedasem, samas kui migreen esineb harvemini ja kergema kliinilise pildiga. Kobarpeavalu on valdavalt meeste haigus. Need soospetsiifilised erinevused tuleb arvestada nii diagnostikas kui ka ravistrateegiate valimisel.

Meeste peavalud on sageli aladiagnostitud ja alaravitud, osaliselt tingituna vähesemast meditsiiniabi otsimisest. Paljud mehed ei tea, et migreen on neuroloogiline haigus, mitte lihtsalt „halb peavalu”, ning seetõttu ei jõua nad tõhusate ravilahendusteni. Seetõttu on oluline tõsta teadlikkust meeste peavalude eripäradest nii tervishoiutöötajate kui ka patsientide hulgas.



ENNETA MIGREENIHOOGUSID¹

ÜKS TABLETT ÜKS KORD ÖÖPÄEVAS

CGRP retseptori antagonist, mis on näidustatud migreeni profülaktikaks täiskasvanutel, kellel on vähemalt 4 migreeniga päeva kuus.^{1,2}

A 60

SOODUSTUSE TINGIMUSED:

Kroonilise migreeni profülaktiliseks raviks täiskasvanutel, kellel esinevad peavalud \geq 15 päeval kuus, millest vähemalt 8 päeval on tegemist migreeni kriteeriume täitvate hoogudega ja kellel on vähemalt 3 eelnevat profülaktilist ravi ebaõnnestunud.³

75%/90%

AQUIPTA (atogepant) 10 mg, 60 mg tabletid. Toimeaine: atogepant. Retseptiravim.

AQUIPTA on näidustatud migreeni profülaktikaks täiskasvanutel, kellel on vähemalt 4 migreeniga päeva kuus. Müügiloo hoidja: AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG, Knollstrasse, 67061 Ludwigshafen, Saksamaa. Lisaküsimuste tekkimisel selle ravimi kohta pöörduge palun müügiloo hoidja kohaliku esindaja poole: AbbVie OÜ, Rävälä pst 4, 10145 Tallinn. Tel: +372 623 1011. Ravimi omaduste kokkuvõtte kinnitatud: detsember 2024.

VIITED:

1. AQUIPTA (atogepant) Ravimi omaduste kokkuvõte. https://www.ema.europa.eu/et/documents/product-information/aquipta-epar-product-information_et.pdf
2. Morena-Ajona D, et al. J Clin Med. 2022;11(6):1656.
3. Tervisekassa <https://www.tervisekassa.ee/partnerile/ravimitest/soodusravimid>



FOTO: SHUTTERSTOCK

Psoriaas on korralik väljakutse

Psoriaasi käsitlest esmatasandil annab kiire ülevaate Linnamõisa perearstikeskuse perearst **Laura Pretti**.

VIOLETTA RIIDAS, toimetaja

Psoriaasi diagnoos ja ravi esmatasandil on endiselt keeruline teema. Kuigi haigus on sage ja patsiendid pöörduvad perearsti poole, tekib esmatasandil mitu murekohta, mis raskendavad varajast diagnoosi ja järjepidevat ravi.

Psoriaasi äratundmine ei ole alati lihtne, mistõttu diagnoos hilineb. Sageli aetakse haiguspilt segamini ekseemi, kliiketendustõve või muude löövetega. Vale ravi viib omakorda selleni, et lõplik diagnoos pannakse hiljem. Ka kirjandus kinnitab, et esmatasandil jääb haigus tihti õigeaegselt diagnoosimata.

Ka patsiendi raviteekond kipub olema katkendlik – korduvvisiite ei planeerita ning jälgimine ei ole süsteemne. Eestis puudub psoriaasi käsitlese juhend, mis jätab perearstile ebakindluse, millal suunata patsient eriarstile, millal kaaluda valgusravi ja kuidas raviskeemi intensiivistada. Ka varasem visuaalne info on sageli puudulik, mis tähendab, et järgmine arst peab raviotsuseid tegema ilma ülevaatahaiguse kulust.

KAASUVAD HAIGUSED

Rahvusvaheline kirjandus ja kogemus kinnitavad, et psoriaas ei ole ainult nahahaigus. Psoriaasiga patsientidel esineb sagedamini südamepuudulikkust, hüpertriglütserideemiat, II tüüpi diabeeti, depressiooni, põletikulist soolehaigust ning pahaloomulisi kasvaja. Need haigused avalduvad sageli varem kui üldpopulatsioonis ning mõjutavad oluliselt elukvaliteeti ja eluiga.

Perearstid on ideaalses positsioonis neid riske märgata, kuna patsiendid käivad regulaarselt krooniliste haiguste kontrollis. Seetõttu on oluline, et psori-



Perearst Laura Pretti FOTO: ERAKOGU

aasihaigetel hinnataks süstemaatiliselt vererõhku, lipiidide taset ja diabeediriski ning pööratakse tähelepanu ka vaimse tervise probleemidele, mida krooniline lööve ja sellega kaasnev stigmatiseerimine sageli põhjustavad.

Kuigi Eestis oma psoriaasi käsitlese juhend puudub, on esmatasandi arstidel kättesaadav otsustustugi. Synbase.eu portaalis on olemas link rahvusvaheliste ravijuhenditele, sealhulgas DynaMed andmebaasile. Need juhendid on tõenduspõhised ja eestikeelsed, mis võimaldab arstil langetada otsuseid ka siis, kui erialane loeng ülikoolis juba ununenud. Juhenditest leiab nii raviskeemid kui ka visuaalsed materjalid, mis aitavad diagnoosi kinnitada ja ravi valida. Samas tuleb arvestada, et kõik ravimid, mida rahvusvahelised juhised mainivad, ei ole Eestis kättesaadavad.

PATSIENDI NÕUSTAMINE JA KAASAMINE

Oluline on, et patsient mõistaks psoriaasi kroonilist olemust ja oskaks arvestada riskifaktoritega. Suitsetamine, ülekaal ja alkohol süvendavad haigust, mistõttu

elustiilinõustamine on ravi osa. Samuti peab patsient teadma, millal on vaja ravi intensiivistada või pöörduda arsti poole.

Paljud haiged ei taju, et psoriaas ei kao lõplikult, vaid vajab pidevat tähelepanu. Teadlikumad patsiendid suudavad haiguse ägenemist ise varakult märgata ja ravi õigel ajal kohandada. Samuti tuleb arvestada haiguse mõju füüsilisele, psüühilisele ja sotsiaalsele heaolule ning patsiendilt tuleks aktiivselt küsida, kuidas ta haigusega igapäevaselt toime tuleb.

Praktiline tööriist esmatasandil on e-konsultatsioon. Perearst saab dermatoloogilt nõu küsida ning vajadusel lisada pildimaterjali. Fotode kvaliteet on siinkohal määrava tähtsusega – vaja on selget ülevaadet haiguse ulatusest, mitte ainult lähivõtteid üksikutest naastudest. Pildipanga lahendus võimaldab pilte üles laadida, kuid ei anna ülevaadet haiguse kulust ajas. Dermtesti pildivaatur pakub aga võimaluse näha lööbe arengut aja-joone kaupa, mis aitab raviotsuseid teha täpsemalt.

Dermatoloogile tuleks kindlasti suunata lapsed, lokaalsele ravile mittealluvad patsiendid ning juhud, kus lööve põhjustab olulist psühholoogilist või füüsilist distressi, isegi kui lööbe pindala ei ole suur. Ka bioloogilise ravi kaalumisel on dermatoloogi konsultatsioon vältimatu. E-konsultatsioon heaks abivahendiks ka juhtudel, kui patsiendil on raskusi eriarsti vastuvõtule pääsemisega.

PSORIAASI KAUGJÄLGIMISE PROJEKT

Aastatel 2021–23 osalesin tervisekassa kaugteenuste pilootprojekti, kus katsetati psoriaasi kaugjälgimist. Projektis osales seitse perearstikeskust ja Tartu ülikooli kliinikumi nahahaiguste kliinik. Projekti olid kutsutud 18–75aastased naastulise psoriaasiga patsiendid, kes oskasid kasutada nutitelefoni. Patsiendid laadisid regulaarselt üles fotosid oma lööbest ja täitsid küsimustikke elukvaliteedi ning sümptomite kohta. Perearst sai teavituse ja otsustas, kas vastata patsiendile, kohandada ravi või suunata ta edasi eriarstile.

Kaugjälgimise suur eelis oli info järjepidev kogunemine. Eelnev haiguslugu, visuaalne materjal ja patsiendi enda hinnangud liikusid koos edasi eriarsti kätte ning vajadusel tagasi perearstile. Uuringu tulemused näitasid, et kaugjälgimine on sama tõhus kui kontaktravi: patsientide elukvaliteet paranes ning ravi järjepidevus suurenes.

C-hepatiit on ravitav

TEE SAMM TERVENEMISE SUUNAS


EPCLUSA (sofosbuviiir/velpatasviir).
400 mg/100 mg õhukese polümeerikattega tabletid N28.

Näidustus: kroonilise C-hepatiidi viiruse infektsiooni raviks
3-aastastel ja vanematel patsientidel.



RAVIMI
OMADUSTE
KOKKUVÕTE

Kroonilise C-hepatiidi infektsiooni raviks.
Üks tablett üks kord päevas.

 **EPCLUSA**[®]
sofosbuviiir/velpatasviir
400 mg/100 mg tabletid



BIKTARVY[®]

(biktegraviir 50mg/emtritsitabiin 200mg/
tenofoviiralafenamiid 25mg)

**Tänaseks,
homseks
ja tulevikuks**



HIV-1 infektsiooni raviks mõeldud
terviklik raviskeem ühes tabletis

BIKTARVY (biktegraviir/emtritsitabiin/tenofoviiralafenamiid).
50 mg/200 mg/25 mg õhukese polümeerikattega tabletid N30.

Näidustus: inimese 1. tüüpi immuunpuudulikkuse viiruse (HIV-1) infektsiooni raviks täiskasvanutel ja lastel vanuses vähemalt 2 aastat ja kehakaaluga vähemalt 14 kg, kellel puudub olemasolev või varasem tõendatud viraalne resistentsus integraasi inhibiitorite klassi, emtritsitabiini või tenofoviiri vastu.

RAVIMI
OMADUSTE
KOKKUVÕTE



Retseptiravimid.

Müügiloa hoidja: Gilead Sciences Ireland UC, Carrigtohill, County Cork, T45 DP77, Iirimaa.

Täiendav teave on saadaval: Ravimiameti kodulehel või ravimi müügiloa hoidja esindusest:
Swixx Biopharma OÜ, Pärnu mnt 139e/2, Tallinn 11317

PM-EE-2025-11-7309 November 2025

 **Swixx** BioPharma

NR 1 SGLT2
inhibiitor
Eestis'

Jardiance®

(empaglifloosiin)

**TÕI LOOTUSE, MIS KESTAB:
pikem elu diabeedi-, südame-
ja neeruhaigetele!²**

**EMPA-REG
Outcome:**

**10 aastat
läbimurde
uuringust!**

**EMPA-REG
2015**

Viited: 1. Tervisekassa andmed 01.2024-12.2024. www.tervisekassa.ee. 2. Jardiance (empaglifloosiin) ravimi omaduste kokkuvõte 02/2025. Jardiance, INN-empagliflozin.

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 toimete kohta vere glükoosisalduse 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 monoteerapia 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 hüpotlükeemia 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 abiainetes suhtes.

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

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