



MEDITSIIN FOOKUSES

MEDITSIINALASED
UUDISED, ETTEKANDED
JA UURIMUSED
EESTI ARSTIDELT

MAI 2026

TELLITUD REKLAAM



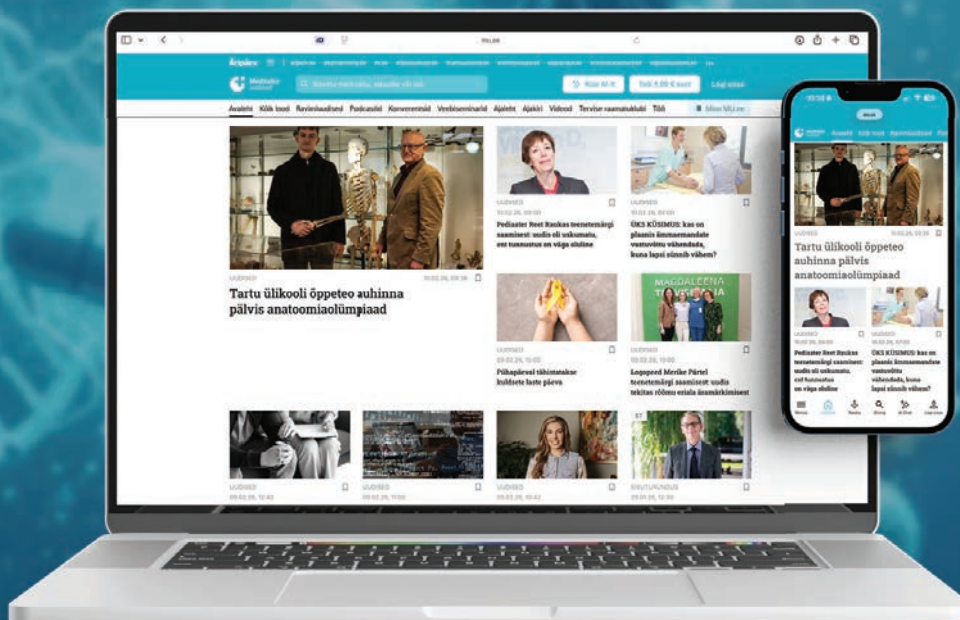
Meditsiiniuudised Erialane infoallikas tervishoiutöötajatele

Kas oled arst, õde, apteeker või ravimiettevõtte esindaja? Meditsiiniuudiste tellijana saad usaldusväärse info ravivõimaluste, seadusandluse ja tervishoiu arengutest, mis aitab igapäevatoos teha kindlmaid ja põhjendatud otsuseid ning toetab erialast arengut.

Milleks Meditsiiniuudiste täispakett?

- mu.ee veebiväljaanne
- 5 uudiskirja nädalas
- 20 sisukat ajalehenumbrit aastas
- 4 Meditsiini Fookuses ajakirja aastas

- Kõige olulisemad uudised meditsiinivaldkonnas
- Diagnostika ja ravi uuendused
- Seadusandluse, poliitika, hangete ja rahastuste info
- Uuringute tulemused
- Võimalus luua oma personaalne uudisvoog
- Vaadata järele konverentse ja veebiseminare
- Kuulata podcaste omale sobival ajal
- Kasutada AI-d, mis teeb artiklitest kokkuvõtte ja loeb artikleid ette
- Ravimiõigusega ka ligipääs ravimiuudistele



Vaata ka tänaseid
uudiseid



Aita rasvunud patsientidel saavutada

KERGEM ELU



Pildil on modell
mitte päris patsient



Rasvumisest loe lähemalt
www.minukaal.ee

ÜKS KORD NÄDALAS

wegovy®

süstitav semaglutiid



Kaalulangus ≥25%

igal kolmandal patsiendil^{1*}

Tervislik kaalulangus^{**}

84%

rasvamassi arvelt²

Ainus kaalulangetus-
ravim, mis vähendab infarkte,
insulte ja kardiovaskulaarset
surma (MACE)

♥ -20%

sõltumata diabeedi olemasolust³

NB! Wegovy® (semaglutiid) uus soodsam hind muudab kaaluravi kättesaadavamaks!

Tutvu erinevate kaaluravimite hindadega enne otsustamist www.ravimiinfo.ee ja www.apteegiinfo.ee

* STEP UP randomiseeritud, topeltpime, 3b faasi kliiniline uuring ilma diabeedita rasvunud täiskasvanutel (KMI ≥ 30 kg/m²) - trial product estimand hinnang patsiendirühmas, kes kasutasid 7,2 mg semaglutiidi 72 nädala jooksul. *Treatment policy* hinnangu alusel langes semaglutiid 7,2 mg rühmas kaal keskmiselt 18,7%.

** 'Tervislik kaalulangus' selles dokumendis tähendab kehakaalu vähenemist, mis parandab kehakoostist ja säilitab lihaskiudude funktsiooni, suurendades seeläbi füüsilist võimekust ja elukvaliteeti. MACE, Major Adverse Cardiovascular Events - rasked kardiovaskulaarsed sündmused.

Viited: 1. Wharton S, Freitas P, Hjelmæsæth J, et al. Once-weekly semaglutide 7.2 mg in adults with obesity (STEP UP): a randomised, controlled, phase 3b trial. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2025;S2213-8587(25)00226-8. 2. Hjelmæsæth J, Bhat S, Garvey WT, et al. Effect of semaglutide on body composition and proximal muscle strength: the STEP UP trial. Presented at: The 61st European Association for the Study of Diabetes (EASD) Annual Meeting; September 15-19, 2025; Vienna, Austria. 3. Lincoff AM jt. Semaglutide and cardiovascular outcomes in obesity without diabetes. *N Engl J Med* 2023;389:2221-2232.

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 ≥ 30 kg/m² (rasvumine); või ≥ 27...30 kg/m² (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.

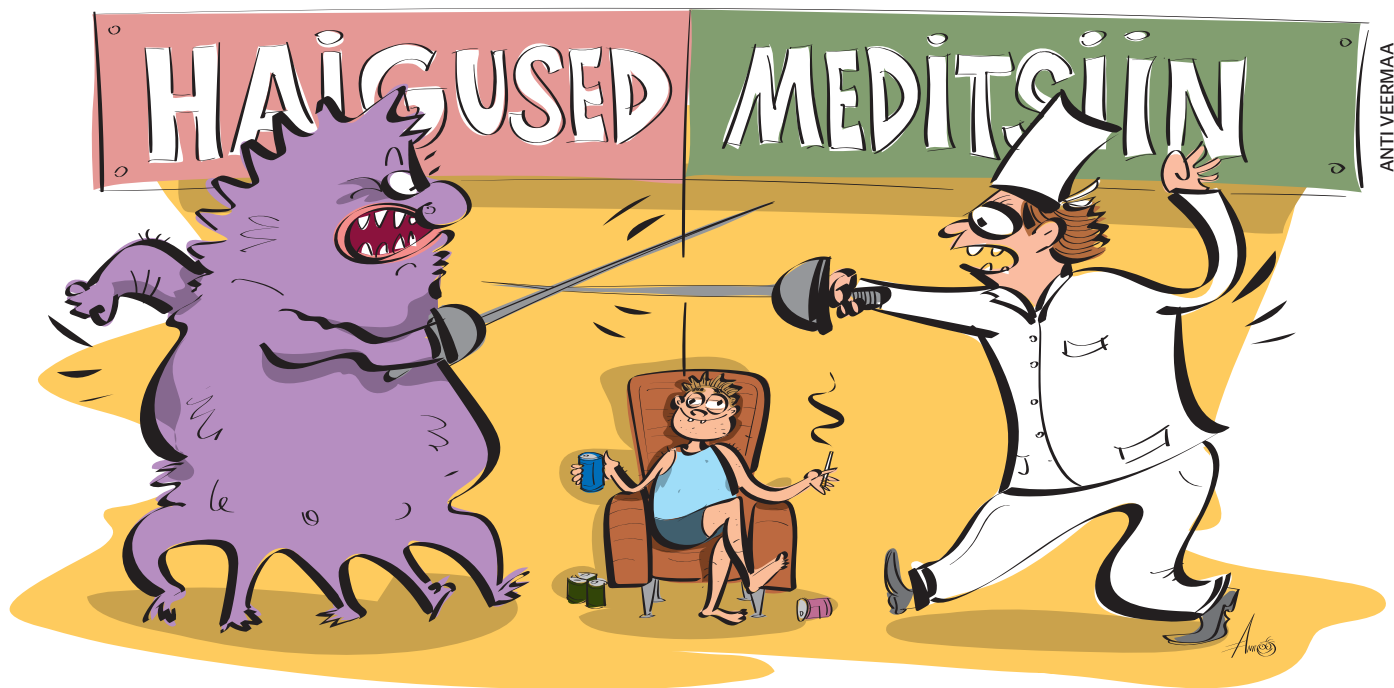
Wegovy® (semaglutiid) on näidustatud kehakaalu vähendamiseks lisaks väiksema kalorsusega dieedile ja füüsilise aktiivsuse tõstmisele noorukitel vanuses 12 a ja vanematel, kellel on rasvumine ja kehakaal üle 60 kg.



Wegovy® (semaglutiid)
ravimi omaduste kokkuvõte

Retseptiravim. Müügiloo hoidja: Novo Nordisk A/S, Novo Allé, DK-2880 Bagsværd, Taani.
Täiendav teave müügiloo hoidja esindusest: Novo Nordisk Estonia OÜ, Paldiski mnt 29, Tallinn.
Wegovy® ja FlexTouch® on Novo Nordisk A/S, Taani, kaubamärgid.
© Novo Nordisk A/S EE265EMO00015 03.2026





Kas ma saan nüüd terveks?

See on küsimus, mida arstid kuulevad iga päev. Küsimus, millele aus vastus ei ole alati see, mida patsient loodab kuulda. Paljude krooniliste haiguste puhul – olgu selleks ateroskleroos, diabeet või hüpertensioon – ei tähenda ravi tervenemist, vaid haiguse kontrolli all hoidmist. See nüanss on meditsiiniliselt iseenesestmõistetav, kuid patsiendile sageli raskesti hoomatav.

Siit algabki üks tänapäeva meditsiini suurimaid väljakutseid ehk ennetus ja ravisoostumus. Teame, et paljusid haigusi saab ennetada või nende kulgu märkimisväärselt aeglustada. Samuti teame, et ravimid toimivad ainult siis, kui neid järjepidevalt tarvitada. Ometi kohtame igapäevaselt patsiente, kes katkestavad ravi, alahindavad riske või loodavad kiirele paranemisele, mis võimaldaks neil naasta endiste harjumuste juurde.

Valutult kulgev ateroskleroos on siin kõnekas näide. Kahjustunud veresoone ei muutu ravides enam endiseks, kuid selle edasist ahenemist saab pidurdada, kuid see eeldab nii ravist kinnipidamist kui ka elustiili muutusi. Sama loogika kehtib

paljude krooniliste haiguste puhul. Küsimus on, kas patsient mõistab seda ja on valmis oma rolli täitma.

Arstide jaoks tähendab see üha enam mitte ainult diagnoosimist ja ravi määramist, vaid ka selgitamist, motiveerimist ja kordamist. Kuidas rääkida nii, et patsient ei tunneks end süüdistatuna, kuid mõistaks vastutust? Kuidas hoida tasakaalu reaalsuse ja lootuse vahel? Ilma patsiendi aktiivse osaluseta jääb ka parim raviplaan vaid paberile.

Panused on suured. Ravisoostumuse puudumine ei tähenda ainult individuaalset riski infarkti, insuldi või tüsistuste näol, vaid ka kasvavat koormust tervishoosüsteemile. Küsimus „Kas ma saan nüüd terveks?“ võiks seega asenduda teisega: „Mida ma saan teha, et püsida võimalikult kaua terve?“



Kõike kena!

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



**MEDITSIIN
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 Körv, 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 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.



MEDITSIIN FOOKUSES

NR 52
MAI 2026

KARDIOLOOGIA TÜ kliinikumi südamekliiniku vanemarst-õppejõud **PRIIT PAUKLIN** tegi konverentsil "Kliinik 2026" ülevaate kaasaegsest hüpertensiooni käsitlest, mis on varasemast agressiivsem. **Lk 6–8**

KARDIOLOOGIA TÜ kliinikumi südamekliiniku vanemarst-õppejõud ja kardioloogia osakonna juhataja **PIRET ASSER** juhib tähelepanu, et ateroskleroos kujuneb aastakümnete jooksul ja juba kahjustundu veresooni ei paranda enam miski. **Lk 10**

KARDIOLOOGIA Tõstamaal tegutsev arst **MADIS VESKIMÄGI** ülevaade sellest, kuidas käsitleda hüpertensiooniga patsienti perearsti vastuvõtul ja millal peaks vahetama ravimeid. **Lk 12–13**

ONKOLOOGIA Melanoom ohustab üha rohkem ka nooremaid inimesi. Igal aastal

diagnoositakse Eestis umbes 220–250 uut melanoomijuhtu. Peamiselt haigestuvad 45–65aastased inimesed. Vähiliit kutsub üles nahal esinevaid muutuseid varakult märkama. **Lk 14**

PSÜHHIAATRIA Sensuse psühhiaater **KATRIN ORAV** juhib tähelepanu, et naiste ATH jääb sageli diagnoosimata, kuna maskeerimine varjab sümptomeid ja juhib tähelepanu mujale. **Lk 16**

DERMATOLOOGIA TÜ kliinikumi naha- ja suguhaiguste arst **TERJE KUKK** teeb ülevaate, milliseid juhte võiks perearst dermatoloogile e-konsultatsiooniks saata ja mida pidada silmas vormistamisel. **Lk 18**

Järgmine number ilmub
septembris 2026

Raamatust õpid:

- tuvastama oma keskendumise kaaperdajad
- koostama personaalse keskendumisplaani
- olema rohkem kohal
- ütleva „ei“ ja seadma piire
- navigeerima digimaailmas
- suurendama sisemist rahu ja teadlikkust



aprillis
-20%

Tutvu raamatuga
terviseraamatuklubi.ee

Magnerot®

32,8 mg magneesium (500 mg magneesiumorotaat)
tabletid N50

Mg²⁺



UUS!



Magneesiumorotaat on magneesiumi vorm, milles magneesium on kombineeritud oroothappega, loodusliku ainega, mis osaleb organismi rakkude ainevahetuses. Magneesiumorotaati on uuritud meditsiinilistes uuringutes, sealhulgas südame tervisega seotud uuringutes.

Orgaanilised magneesiumivormid imenduvad organismis üldiselt paremini kui anorgaanilised soolad. Hea imendumine aitab organismil magneesiumi tõhusamalt kasutada.

Käsimüügiravim. Magnerot® 32,8 mg tabletid (Magneesiumorotaat), N50.

Näidustus: magneesiumipuuduse ennetamine täiskasvanutel ja lastel alates 12. eluaastast. **Annustamine ja manustamisviis:** 3 x 2 tabletti ööpäevas kahe nädala jooksul, seejärel 3 tabletti ööpäevas. **Tabletid võtta tervelt koos väheses vedelikuga.** **Vastunäidustused:** Raske neerukahjustus (glomerulaarfiltratsiooni kiirus < 30 ml/min). Myasthenia gravis. Südame erutusjuhtehäired (atrioventrikulaarblokaad).

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

Müügiloo hoidja: Wörwag Pharma GmbH & Co. KG, Flugfeld-Allee 24 71034, Böblingen, Saksamaa
Täiendav teave müügiloo hoidja esindajalt: +372 662 3369, info@woerwagpharma.ee
Ravimi kõrvaltoimetest teatage Raviametile või Wörwag Pharma GmbH&Co.KG Läti esindusele: dso@woerwagpharma.lv.

Kõige sagedasemad magneesiumipuuduse sümptomid:*



SÜDA



VÄSIMUS



LIHASED



STRESS

*Allikad: Kriviņa, A. 2023. Magnija deficīts: kā tas ietekmē veselību
Magneesiumipuudus: kuidas see tervist mõjutab? <https://www.doctus.lv/raksts/informacija/magnija-deficits-ka-tas-ietekme-veselibu-5647>

Uued ravijuhised soovitavad hüpertensiooni diagnoosimisel alustada kohealt ka ka medikamentoosse raviga.

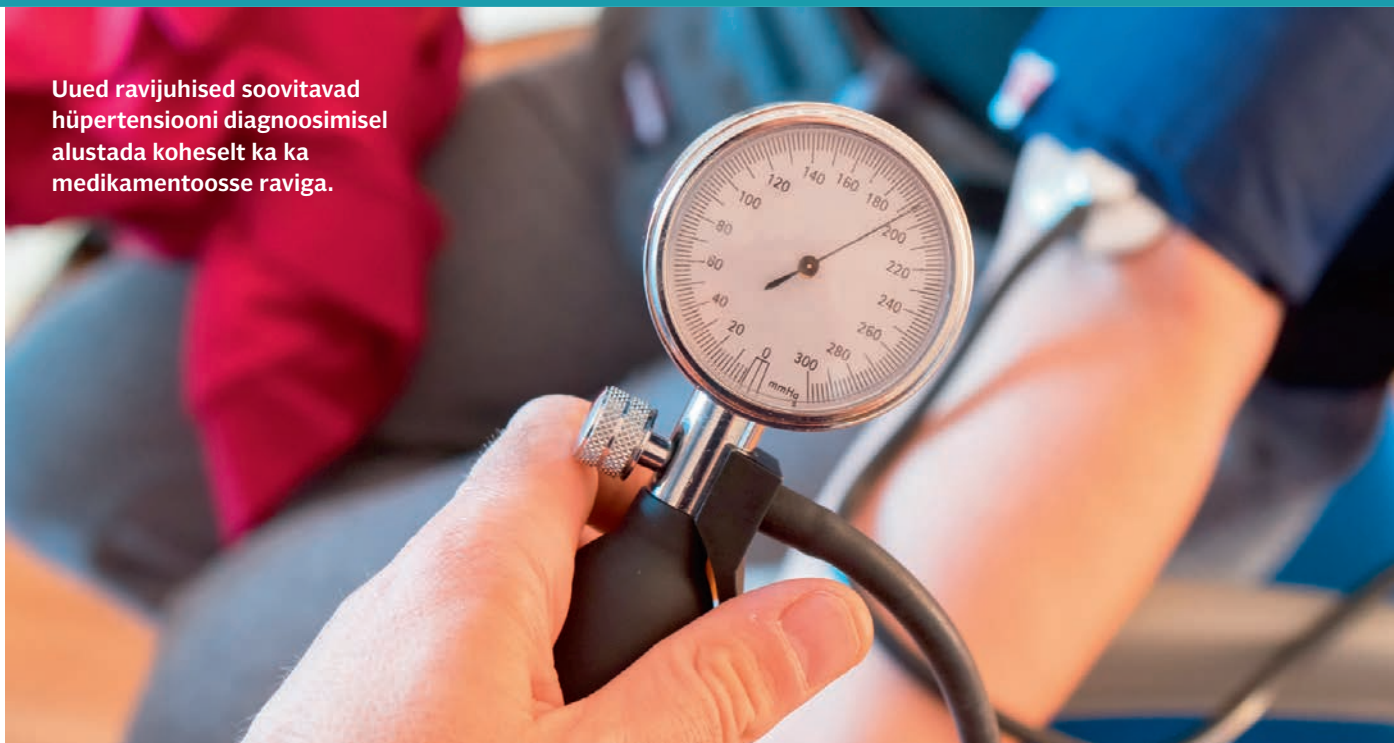


FOTO: SHUTTERSTOCK

Hüpertensiooni ravi alustamine ja sihtmärkväärtused

Kaasaegsest hüpertensiooni käsitlest tegi konverentsil "Kliinik 2026" ettekande kliinikumi südamekliiniku vanemarst-õppejõud **Priit Pauklin**.

VIOLETTA RIIDAS, toimetaja

Kaasaegne hüpertensiooni käsitus on viimastel aastatel oluliselt muutunud, rõhutades varasemat sekkumist, selgemaid ravieesmärke ning patsiendi kardiovaskulaarse riski terviklikku hindamist. Hüpertensioon on jätkuvalt üks olulisemaid modifitseeritavaid kardiovaskulaarseid riskitegureid ning selle efektiivne ravi on tervishoiusüsteemi seisukohalt äärmiselt kulutõhus sekkumine. Epidemioloogilised andmed näitavad järjekindlalt, et kõrgeenenud vererõhk on seotud suurenenud südame-veresoonkonna haiguste, sealhulgas müokardiinfarkti, insuldi ja südamepuudulikkuse riskiga. Samal ajal on antihüpertensiivne ravi suhteliselt odav ning võimaldab märkimisväärselt vähendada kardiovaskulaarsete tüsistuste esinemissagedust.

Euroopa kardioloogide seltsi ravijuhistes on vererõhu klassifikatsiooni mõnevõrra lihtsustatud. Varasemate detailsete kategooriate asemel kasutatakse üha enam kolme peamist rühma: normaalne vererõhk, kõrgeenenud vererõhk ning hüpertensioon.

Hüpertensiooni diagnoosimine põhineb jätkuvalt korduvatel mõõtmistel, mille korral süstoolne vererõhk on vähemalt 140 mmHg ja/või diastoolne vähemalt 90 mmHg. Normaalne vererõhk jääb üldjuhul alla 120/70 mmHg. Oluline on mõista, et



Priit Pauklin
FOTO: MEELI KÜTTIM

erinevad mõõtmismeetodid võivad anda mõnevõrra erinevaid väärtusi. Näiteks kodune vererõhumõõtmine võib paljastada varjatud hüpertensiooni juhtumeid, kus ambulatoorsel vastuvõtul mõõdetud väärtused jäävad näiliselt normi piiridesse, kuid kodustes tingimustes on vererõhk püsivalt kõrgem.

SENISEST VARASEM RAVI ALUSTAMINE

Viimaste ravijuhiste üks olulisemaid põhimõtteid on varasem ja aktiivsem ravi alustamine. Kui varasemates käsitlustes soovitati esmalt keskenduda elustiili muutustele ning farmakoteraapiat kaaluda alles siis, kui need ei andnud soovitud tulemust, siis nüüd soovitatakse hüpertensiooni diagnoosimisel sageli alustada samaaegselt nii elustiilimuutuste kui ka medikamentoosse raviga. Selline lähenemine tuleneb ulatuslikest kliinilistest uuringutest, mis on näidanud, et varajane vererõhu kontroll vähendab oluliselt kardiovaskulaarsete tüsistuste riski. Samas ei vähenda see elustiilimuutuste tähtsust.

Kehakaalu normaliseerimine, soolatarbimise piiramine, regulaarne füüsiline aktiivsus ning kaaliumirikka toidu osakaalu suurendamine võivad märkimisväärselt parandada vererõhu kontrolli ning mõnel juhul võimaldada isegi medikamen-

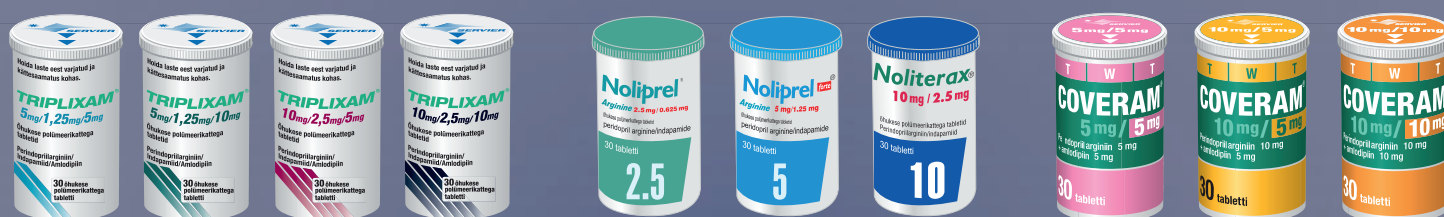
ÜKS EESMÄRK, ÜKS PARTNER: Tõhusam kontroll & ravisoostumus patsientide parema tervise nimel



AS ONE

by **SERVIER**

Kardioloogia valdkonnas



TRIPLIXAM
perindopriilarginiin / indapamiid / amlodipiin

Noliterax
PERINDOPRIILARGINIIN + INDAPAMIID

COVERAM
perindopriilarginiin + amlodipiin



DelipidPlus
Rosuvastatiin/Esetimiib

Noliprel Arginine (perindopriilarginiin/indapamiid) 2,5 mg/0,625 mg õhukese polümeerikattega tabletid N30. Näidustus: essentsiaalne hüpertensioon täiskasvanutel. **Noliprel Forte Arginine** (perindopriilarginiin/indapamiid) 5 mg/1,25 mg õhukese polümeerikattega tabletid N30. Näidustus: essentsiaalse hüpertensiooni ravi täiskasvanud patsientidel, kellel perindopriili monoterapia ei taga piisavat vererõhu alanemist. **Noliterax** (perindopriilarginiin/indapamiid) 10 mg/2,5 mg õhukese polümeerikattega tabletid N30. Näidustus: essentsiaalse hüpertensiooni ravi patsientidel, kellel kombinatsioonravi samas annuses perindopriili ja indapamiidiga on taganud piisava vererõhu languse. **Coveram** (perindopriilarginiin/amlodipiin) 5 mg/5 mg tabletid N30, 10 mg/5 mg tabletid N30, 10 mg/10 mg tabletid N30. Näidustus: essentsiaalse hüpertensiooni ja/või stabiilse südame isheemiatõve ravi patsientidel, kellel perindopriili ja amlodipiini samade annuste koosmanustamine on taganud piisava vererõhu languse. **Triplixam** (perindopriilarginiin/indapamiid/amlodipiin) 5 mg/1,25 mg/5 mg õhukese polümeerikattega tabletid N30 ja N90, 5 mg/1,25 mg/10 mg õhukese polümeerikattega tabletid N30 ja N90, 10 mg/2,5 mg/5 mg õhukese polümeerikattega tabletid N30 ja N90, 10 mg/2,5 mg/10 mg õhukese polümeerikattega tabletid N30 ja N90. Näidustus: essentsiaalse hüpertensiooni ravi patsientidel, kellel perindopriil/indapamiidi ja amlodipiini samade annuste koosmanustamine on taganud piisava vererõhu languse. Tegemist on retseptiravimitega. Müügiloo hoidja: Les Laboratoires Servier, 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, Prantsusmaa. Täiendav info müügiloo hoidja esindusest: Servier Laboratories OÜ, Roseni 7C, 10111 Tallinn, tel +372 664 5040 või www.servier.ee või www.ravimiamet.ee

Delipid Plus (rosuvastatiin/esetimiib) 10 mg/10 mg; 20 mg/10 mg; 40 mg/10 mg kövakapslid. Näidustused: Primaarne hüperkolesteroleemia. Lisaks dieedile primaarse hüperkolesteroleemia ravi täiskasvanud patsientidel, kellel samade toimeainete samaaegne manustamine eraldi preparaatidena kombinatsioonravimi samades annustes on andnud piisavaid ravitulemusi. Kardiovaskulaarsete juhtude ennetamine. Täiskasvanud patsientidel, kellel on südame isheemiatõbi ja anamneesis äge koronaarsündroom ning kellel samade toimeainete samaaegne manustamine eraldi preparaatidena kombinatsioonravimi samades annustes on andnud piisavaid ravitulemusi. Tegemist on retseptiravimiga. Müügiloo hoidja: EGIS Pharmaceuticals PLC, 1106 Budapest, Keresztúri út 30-38, Ungari. Täiendav teave müügiloo hoidja esindusest Servier Laboratories OÜ, Roseni 7C, 10111 Tallinn, tel 6645040 www.servier.ee või www.ravimiamet.ee

SERVIER LABORATORIES OÜ

Roseni 7C, 10111 Tallinn Estonia | Telefon +372 664 5040 | www.servier.ee

HYP/DEL_PA01_Jun25

Vererõhu klassifikatsioon

NORMAALNE VERERÕHK

Visiidil mõõdetud VR:

SVR <120 mmHg
ja
DVR <70 mmHg

KVRM:

SVR <120 mmHg
ja
DVR <70 mmHg

AVRM:

Päevane SVR <120 mmHg
ja
Päevane DVR <70 mmHg

Ei ole piisavalt tõendust
medikamentoosse ravi
efektiivsuse ja ohutuse kohta.

KÕRGENENUD VERERÕHK

Visiidil mõõdetud VR:

SVR 120-139 mmHg
või
DVR 70-89 mmHg

KVRM:

SVR 120-134 mmHg
või
DVR 70-84 mmHg

AVRM:

Päevane SVR 120-134 mmHg
või
Päevane DVR 70-84 mmHg

Määrata KV risk ja tuvastada
kõrge riski patsiendid, kes vajavad
medikamentooset ravi.

HÜPERTENSIOON

Visiidil mõõdetud VR:

SVR \geq 140 mmHg
või
DVR \geq 90 mmHg

KVRM:

SVR \geq 135 mmHg
või
DVR \geq 85 mmHg

AVRM:

Päevane SVR \geq 135 mmHg
või
Päevane DVR \geq 85 mmHg

KV risk on kõrge ja patsient
vajab medikamentoosse
ravi alustamist

Hüpertensiooni ja kõrge vererõhu diagnoosimine eeldab kinnitamist kodustes tingimustes teostatud mõõtmistega (KVRM või AVRM) või vähemalt ühe järgneval viisiidil jooksul teostatud mõõtmisega. AVRM – ambulatoorne vererõhumonitoring KVRM – kodune vererõhumonitoring; SVR – süstoolne vererõhk; DVR – diastoolne vererõhk.

Allikas: ESC

toosse ravi vähendamist või lõpetamist. Oluline on rõhutada, et vererõhu langetamise kliiniline kasu on selgelt näidatud. Suured metaanalüüsid on näidanud, et juba 5 mmHg süstoolse vererõhu langus vähendab kardiovaskulaarsete sündmuste riski ligikaudu 10% võrra. See mõju on kumulatiivne, mis tähendab, et suurem vererõhu langus toob kaasa proportsionaalselt suurema riskivähendamise. Näiteks 10 mmHg süstoolse vererõhu langus võib vähendada kardiovaskulaarset riski umbes 20% ning veelgi suurem langus võib viia riskivähendamise kuni 50–60%. Sellised tulemused rõhutavad vererõhu sihipärase kontrolli kliinilist tähtsust ning selgitavad, miks ravijuhised soovivad järjest madalamaid eesmärkväärtusi.

SENISEST MADALAMAD RAVIEESMÄRGID

Praeguste soovituste kohaselt peaks enamiku patsientide ravi eesmärgiks olema süstoolne vererõhk vahemikus 120–129 mmHg ning diastoolne vererõhk alla 80 mmHg. Kuigi varasematel aastatel kardeti, et liiga madal vererõhk võib põhjustada kahjulikke kõrvaltoimeid, ei ole enamik uuringuid näidanud olulist kahju väärtuste juures, mis jäävad ligikaudu 120 mmHg ümbrusse, eeldusel et ravi on patsiendi poolt hästi talutav. Samas tuleb alati arvestada individuaalseid eripärasid. Väga eakatel, väljendunud ortostaatilise hüpotensiooniga või märkimisväärselt vähenenud funktsionaalse reservi patsientidel võib olla põhjendatud konservatiivsem vererõhu sihtväärtus.

Eriti oluline on hüpertensiooni käsitlus vanema-ealiste patsientide puhul. Varasemat kardeti sageli agressiivset vererõhu langetamist selles vanuserühmas, kuna arvati, et patsiendid on kõrgemate väärtustega kohanenud.

Tänapäevased uuringud näitavad siiski, et kuigi suhteline riskivähendamine võib eakatel olla veidi väiksem kui noorematel patsientidel, on absoluutne kasu sageli isegi suurem, sest nende algne kardiovaskulaarne risk on kõrgem. Seetõttu võib vererõhu adekvaatne ravi anda märkimisväärt kliinilist kasu ka kõrges eas patsientidele, vähendades insuldi, südamepuudulikkuse ja teiste tüsistuste esinemissagedust.

Kokkuvõttes on hüpertensiooni kaasaegne käsitlus suunatud haiguse varasele diagnoosimisele, senisest agressiivsemale vererõhu kontrollile ning individuaalse kardiovaskulaarse riski arvestamisele. Uuringud kinnitavad järjekindlalt, et madalamad vererõhu väärtused on enamiku patsientide jaoks seotud paremate kliiniliste tulemustega.

Seetõttu on arstide roll mitte ainult ravimite määramisel, vaid ka patsientide harimisel ning pikaajalise ravikoostöö kujundamisel. Edukas hüpertensiooni ravi eeldab regulaarset jälgimist, selgelt sõnastatud ravieesmärke ja patsiendi aktiivset kaasamist raviprotsessi. Selline terviklik lähenemine võimaldab märkimisväärselt vähendada hüpertensiooniga seotud kardiovaskulaarset haigestumust ja suremust.

Juubelikonverents 8. oktoobril

Swissôtel Tallinn konverentsikeskus ja veebiülekanne

Reumafoorumi korraldajad:



EESTI  REUMALIIT
35 AASTAT

Peateemaks on PSORIAATILINE ARTRIIT!

Sihtgrupp: teemast huvitatud arstid (reumatoloogid, perearstid, taastusarstid jne) ja õed, tervisespetsialistid, tegevusterapeudid, füsioterapeudid, reumaliidu esindajad

Lektorid ja moderaatorid:

- **Dr Sandra Meisalu**, Eesti Reumatoloogia Seltsi president, Ida-Tallinna Keskhaigla sisekliiniku reumatoloog
- **Ingrid Põldemaa**, Eesti Reumaliidu juhatuse liige
- **Tervisekassa esindaja**
- **Kirsti Haabsaar**, Eesti Psoriaasiliidu juhatuse liige, psoriaatilise artriidiga patsient
- **Dr Raili Müller**, Tartu Ülikooli Kliinikumi sisekliiniku arst-õppejõud reumatoloogia alal
- **Helina Hütt**, Põhja-Eesti Regionaalhaigla sisehaiguste kliiniku reumaõde, Reumatoloogia Tervisespetsialistide Seltsi juhatuse liige
- **Dr Pille Konno**, Confido Meditsiinikeskus, naha- ja suguhaiguste arst; Eesti Naha- ja Suguhaiguste Arstide Seltsi president
- **Dr Helen Ilumets**, Põhja-Eesti Regionaalhaigla üldsisehaiguste keskuse juhataja
- **Dr Marje Oona**, Tartu Ülikool, peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituudi peremeditsiini kaasprofessor; perearst
- **Taavi Metsma**, Põhja-Eesti Regionaalhaigla ja Sportmedica füsioterapeut
- **Annika Tamme**, seksuaalterapeut



Info ja piletid: <https://pood.aripaev.ee/reumafoorum-2026>

NB! Sündmuse piletil on kolm hinnaklassi: arstile, tugispetsialistile ja õele, patsiendile. Piletil on püsivalt soodushind, enne toimumist ei muutu see täishinnaks!

Juba kahjustunud veresooni ei paranda enam miski

Ateroskleroos kujuneb aastakümnete jooksul märkamatuks, kuid avaldub sageli alles eluohtliku tüsistusena, nagu infarkt või insult.

VIOLETTA RIIDAS, toimetaja

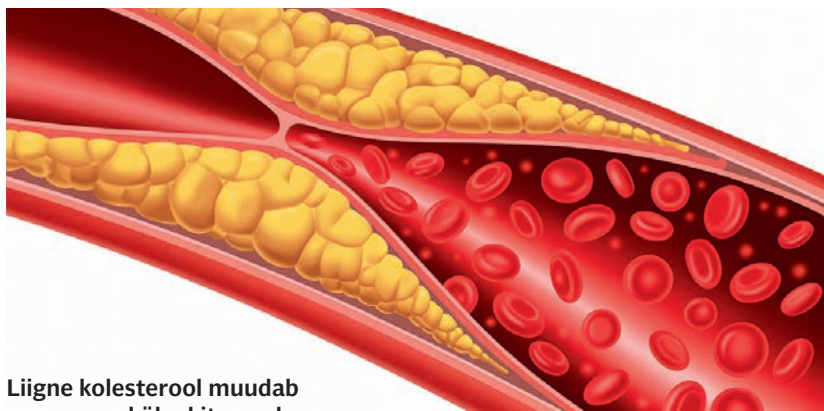
Tartu ülikooli kliinikumi südamekliiniku vanemarst-õppejõud ja kardioloogia osakonna juhataja Piret Asseri sõnul on võtmeküsimus varajane riskide tuvastamine ja järjepidev ravi, sest kuigi ägedat seisundit suudetakse hästi ravida, määrab patsiendi prognoosi eelkõige see, kas krooniline haigusprotsess suudetakse õigel ajal pidurdada.

Ateroskleroosi patogenees on multifaktoriaalne, kuid keskne roll kuulub LDL-kolesteroolile, mille akumulatsioon arteriseinas käivitab põletikulise protsessi, viies ateroskleroosiliste naastude tekkeni. Naastude progresseerumine põhjustab valendiku ahenemist, kuid kliiniliselt kriitiline moment saabub sageli alles naastu destabiliseerumisel ja rebenemisel, millele järgneb trombi teke ning äge veresoonte sulgus. Just see mehhanism on aluseks müokardiinfarktile ja isheemilisele insuldile. Oluline on rõhutada, et protsess ei piirdu üksnes koronaararteritega, vaid haarab süsteemselt kogu arteriaalset süsteemi, avaldades ka perifeersetes arterites haigusena ja näiteks ka kroonilise neerupuudulikkusena.

Kliinilises praktikas ilmneb jätkuvalt probleem, et ateroskleroos püsib kaua asümptomaatiline. Sageli jõuab patsient arsti juurde alles tüsistuste faasis, kuigi retrospektiivselt võib leida prodromaalseid sümptomeid, nagu koormusjärgne stenokardia. See rõhutab riskipõhise söeluuringu tähtsust. Pelgalt üldkolesterooli määramine ei ole siiski piisav - vajalik on lipiidiprofiili detailne hindamine, sealhulgas LDL-, HDL-kolesterooli ja triglütseriidide tasemed, mille alusel saab hinnata ateregeenset riski ning kavandada ravi.

Erlist tähelepanu väärivad geneetilised düslipideemid, eeskätt perekondlik hüperkolesteroleemia, mille korral on LDL tasemed märkimisväärselt tõusnud juba varases eas ning kardiovaskulaarsed tüsistused võivad avalduda noortel patsientidel. Sellistel juhtudel ei ole elustiilimuutused piisavad ning vajalik on varajane ja agressiivne farmakoteraapia. Samuti on kliinilisse praktikasse lisandunud lipoproteiin(a) kui riskimarker, mille väärtus seisneb eeskätt üldise kardiovaskulaarse riski hindamises.

Ravi puhul tuleb arvestada ateroskleroosi kroonilise olemusega: äge sekkumine lahendab küll tüsistuse, kuid ei kõrvalda haigusprotsessi. Seetõttu on sekundaarne ennetus määrava tähtsusega. Statiinid jäävad esmavaliku ravimiteks,



Liigne kolesterool muudab veresooned üha kitsamaks.



Piret Asseri
FOTO: TÜK

mille toime ei piirdu üksnes LDL taseme langetamisega, vaid hõlmab ka naastu stabiliseerimist ja põletikulise aktiivsuse vähendamist. Oluline on rõhutada, et statiinid pidurdavad ateroskleroosi progresseerumist ja stabiliseerivad olemasolevaid naastusid, kuid ei puhasta juba kahjustunud veresoone ega taasta neid varasemas seisundisse. Uuringud on näidanud statiinide positiivset mõju kardiovaskulaarse suremuse vähendamisel. Vajadusel lisatakse ravi ezetimiib või uuemad süstitavad ravimid, mis toimivad molekulaarsel tasandil ning võimaldavad saavutada sihtväärtusi ka kõrge riskiga patsientidel.

Oluline probleem on patsientide ravisoostumus. Asümptomaatilise haiguse korral on kaldumus ravi katkestada ja seda eriti kõrvaltoimete kartuses. Uuringud on näidanud, et statiinidega seotud kõrvaltoimed on sageli ülehinnatud ning nende esinemissagedus ei erine oluliselt platseebost. See rõhutab arsti rolli patsiendi nõustamisel ja müütide kummutamisel.

Ateroskleroosi käsitus ei saa piirduda siiski üksnes lipiidide korrigeerimisega. Vererõhu, glükeemia ja kehakaalu kontroll ning suitsetamisest loobumine on võrdselt olulised komponendid, mis mõjutavad haiguse kulgu ja prognoosi. Eriti infarkti järgselt muutub ravi intensiivsemaks ning sihtväärtused rangemaks, peegeldades patsiendi kõrgenenud riski.

Kokkuvõttes ateroskleroos on süsteemne ja elukestev haigus, mille edukas käsitus eeldab varajast avastamist, riskipõhist lähenemist ja järjepidevat ravi. Kuigi meditsiinilised võimalused on viimastel aastatel oluliselt arenenud, jääb suurimaks väljakutseks patsiendi ja arsti koostöö, mis määrab lõpptulemuse rohkem kui ükski üksik ravimeetod.

REPATHA® (EVOLOKUMAB) – TÕENDUSPÕHINE VALIK VÄGA KÕRGE SVH RISKIGA PATSIENTIDELE



KUNI
-75%

Repatha® (evolokumab) lisatuna statiinile vähendab LDL-C taset väga kõrge riskiga patsientidel.¹

-25%

Repatha® (evolokumab) vähendab korduvate kardiovaskulaarsete sündmuste* riski hiljutise müokardiinfarktiga patsientidel.^{2,5}



> 8 aastat

Pikaajaline uuring Repathaga (evolokumab) kinnitab stabiilset ja pidevat LDL-C taseme vähendamist ning platseeboga võrreldavat ohutusprofiili.^{1,3}

VIITED: 1. Repatha (evolokumab) ravimiomaduste kokkuvõte. Viimati uuendatud märts 2023. 2. Gencer B et al. JAMA Cardiol. 2020; 5 (8): 952–957. 3. O'Donoghue M L et al. Circulation. 2022; 10.1161/CIRCULATIONAHA.122.061620.

* Fourier Outcomes uuringu teisene liitlulemusnäitaja: surm südame-veresoonkonnaga seonduvatel põhjustel, müokardiinfarkt, insult.

⁵ See oli FOURIER uuringu tulemuste ettemääratud teisene analüüs, mis hõlmas 27 564 ateroskleroosilise kardiovaskulaarse haigusega patsienti. Patsiendid said optimaalset statiinravi ja randomiseeriti suhtes 1:1 Repatha (evolokumab) või platseeborühma. Varem toimunud müokardiinfarktiga (MI) patsiendid (n = 22 320) jaotati müokardiinfarkti ja uuringu alguse vahelise ajalise perioodi alusel järgmistesse rühmadesse: hiljutise MI-ga patsiendid (≤ 12 kuud enne randomiseerimist) või varasema MI-ga patsiendid (> 12 kuud enne randomiseerimist). Hiljutise MI-ga patsientidel vähendas Repatha (evolokumab) teise liitlulemusnäitaja (surm südame-veresoonkonnaga seonduvatel põhjustel, müokardiinfarkt, insult) suhtelist riski 25% (HR 0,75; 95% CI: 0,62–0,91; p=0,003). Varasema MI-ga patsientidel vähendas Repatha (evolokumab) teise liitlulemusnäitaja suhtelist riski 15% (HR 0,85; 95% CI 0,76-0,96; p = 0,009); (p for interaction = 0,24). Esmase liitlulemusnäitaja (surm südame-veresoonkonnaga seonduvatel põhjustel, müokardiinfarkt, insult, pärgarterite revascularisatsioon või hospitaliseerimine ebastabiilse stenokardia tõttu) puhul vähendas Repatha (evolokumab) suhtelist riski hiljutise MI-ga patsientidel 19% (HR: 0,81; 95% CI: 0,70-0,93; p=0,004) ja varasema MI-ga patsientidel 8% (HR: 0,92, 95% CI: 0, 84-1,01; p=0,075); (p for interaction = 0,13).

LDL-C – väikese tihedusega lipoproteiini kolesterool; UV – usaldusvahemik; RS – riskitiheduste suhe

Repatha (evolokumab). 140 mg süstelahus pen-süstlis. **Retseptiravim.**

Näidustused: Hüperkolesteroleemia ja segatüüpi düslipideemia. Repatha on näidustatud esmase hüperkolesteroleemia (heterosügootne perekondlik hüperkolesteroleemia (HeFH) ja mitteperekondlik) või segatüüpi düslipideemia raviks täiskasvanutel ning HeFH raviks 10-aastastel ja vanematel lastel koos dieediga: kombinatsioonis statiini või statiini ja teise vere lipiidisisaldust langetava ravimiga patsientidel, kellel statiini maksimaalse talutava annusega ei saavutata LDL-kolesterooli eesmärkväärtust, või üksikravimina või kombinatsioonis teiste vere lipiidisisaldust langetavate ravimitega patsientidel, kes ei talu ravi statiinidega või kellele statiinid on vastunäidustatud. **Homosügootne perekondlik hüperkolesteroleemia (HoFH).** Repatha on näidustatud HoFH raviks täiskasvanutel ning 10-aastastel ja vanematel lastel kombinatsioonis teiste vere lipiidisisaldust langetavate ravimitega. **Südame-veresoonkonna väljakujunenud ateroskleroosiline haigus.** Repatha on näidustatud südame-veresoonkonna väljakujunenud ateroskleroosilise haigusega (müokardiinfarkt, insult või perifeersetes arterites ateroskleroos) täiskasvanutele kardiovaskulaarse riski vähendamiseks LDL-kolesterooli sisalduse langetamise teel, täiendavalt teiste ohutegurite korrigeerimisele: kombinatsioonis statiiniga maksimaalses talutavas annuses koos teiste vere lipiidisisaldust langetavate ravimitega või ilma, üksikravimina või kombinatsioonis teiste vere lipiidisisaldust langetavate ravimitega patsientidel, kes ei talu ravi statiinidega või kellele statiinid on vastunäidustatud. **Müügiloa hoidja:** Amgen Europe B.V. Minervum 7061 4817 ZK Breda Holland. **Täiendav teave** on saadaval ravimi müügiloa hoidja esindusest Amgen Switzerland AG Vilniuse filiaal, Lvivo g. 21a, 09313, Vilnius, Leedu, +37052197474.

Tervishoiutöötajatel palutakse teavitada kõigist võimalikest kõrvaltoimetest. Raporteerimisvormid leiata www.ravimiamet.ee.

Repatha (evolokumab) ravimiomaduste kokkuvõte: https://www.ema.europa.eu/et/documents/product-information/repatha-epar-product-information_et.pdf.

AMGEN

Repatha®
(evolokumab)

Millal ja miks vahetada hüpertensiooni ravimeid?

Arteriaalne hüpertensioon on üks sagedasemaid kroonilisi haigusi, millega perearst oma igapäevatoos kokku puutub.

MADIS VESKIMÄGI, arst

Erinevate hinnangute järgi moodustavad vererõhuga seotud küsimused ligikaudu 10–15% perearsti vastuvõtutööst. Tegemist on haigusega, mis enamasti ei valuta ega põhjusta pikka aega märgatavaid kaebusi, kuid mille mõju südame- ja veresoonkonna haiguste tekkele on väga suur. Just seetõttu on hüpertensiooni nimetatud ka „vaikseks tapjaks“.

Edukas vererõhu ravi ei sünni üksnes retsepti kirjutamisest. See põhineb koostööl patsiendi, tema lähedaste ning ravimeeskonna – perearsti, pereõe ja vajadusel eriarstide – vahel. Väga oluline on, et patsient mõistaks ravi eesmärke. Ravimite ülesanne ei ole ainult vererõhunumbri langetamine, vaid eelkõige südameinfarkti, insuldi, südamepuudulikkuse ja neerukahjustuse riski vähendamine.

Hüpertensiooni ravi algab alati mittemedikamentoosetest meetmetest. Nende mõju ei tohi alahinnata. Kaalulangus on üks tõhusamaid sekkumisi – sageli võib ligikaudu 10 kg kehakaalu vähenemine langetada vererõhku umbes 10 mmHg võrra.

Sama oluline on soolatarbimise piiramine, regulaarne mõõduka koormusega liikumine enamikul nädalapäevadel, unehügieeni parandamine ja stressi vähendamine. Sageli on just need elustiilimuutused aluseks ka ravimite paremale toimimisele.

Kui elustiilimeetmetest ei piisa või kardiovaskulaarne risk on suur, lisandub raviskeemi medikamentoosne ravi. Praktikas tuleb sageli ette olukordi, kus seni kasutatud vererõhuravim ei anna enam soovitud efekti, põhjustab kõrvaltoimeid või tuleb raviskeemi muuta kaasuvate haiguste lisandumise tõttu. Samuti on oluline hinnata patsiendi üldist kardiovaskulaarset riski ja vajadust lipiidide taset mõjutava ravi järele.

RAVI MÄÄRAMISE PÕHIMÕTTED

Enne ravi alustamist või muutmist on oluline veenduda, et tegemist on tõesti



Madis Veskimägi

FOTO: URMAS LUIK / PÄRNU POSTIMEES

püsiva arteriaalse hüpertensiooniga. Ühekordne vererõhu kõrgem näit ei ole diagnoosi aluseks piisav. Perearsti töös tuleb sageli ette ka nn valge kitli hüpertensiooni.

Diagnoosi täpsustamiseks on kasulik kodune vererõhu jälgimine või vererõhu ööpäevane monitooring. See aitab hinnata vererõhu tegelikku taset ning raviefekti.

Oluline osa hüpertensiooni käsitlemisest on sihtorgankahjustuse hindamine. Abiks on:

- EKG (vasaku vatsakese hüpertroofia tunnused);
- uriini mikroalbuminuuria;
- kreatiniini ja eGFR määramine;
- lipiidiprofiil.

Ravivalik sõltub patsiendi vanusest, kaasuvatest haigustest ja üldisest kardiovaskulaarsest riskist.

Paljudel patsientidel ei piisa ühest ravimist. Sellisel juhul kasutatakse kombineeritud ravi, näiteks AKE-inhibiitori või ARB kombinatsiooni kaltsiumikanali blokaatori või diureetikumiga. Ravi alus-

Hüpertensiooni käsitus perearsti vastuvõtul – 6 sammu

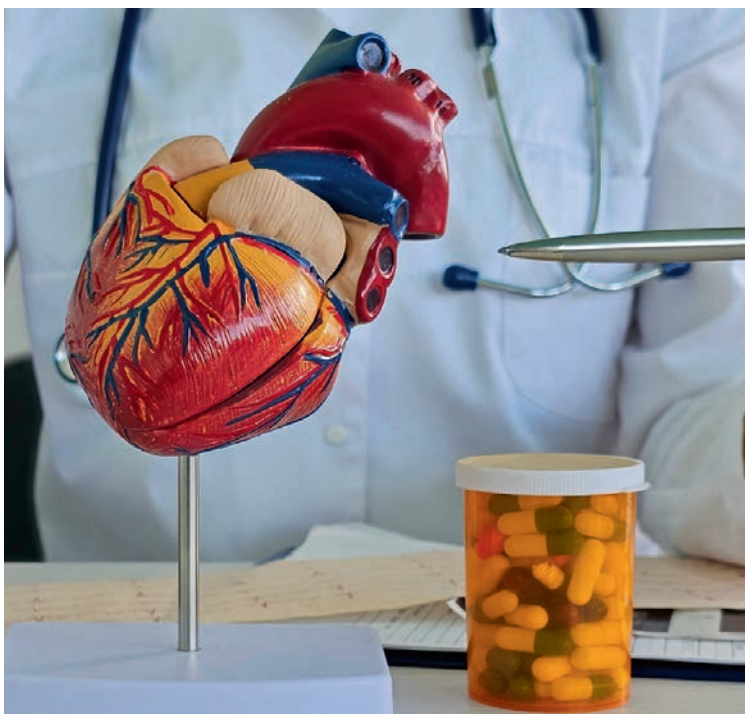
1. Kinnita diagnoos kordusmõõtmiste või ööpäevase monitooringuga.
2. Hinda kardiovaskulaarset riski ja sihtorgankahjustust.
3. Alusta elustiili muutustega.
4. Vajadusel lisa ravimid.
5. Kasuta vajadusel ravimite kombinatsiooni.
6. Jälgi raviefekti ja kohanda raviskeemi.

7 olukorda, kus perearst peaks kaaluma vererõhuravimi vahetamist

1. Vererõhk ei ole kontrolli all.
2. Tekivad häirivad kõrvaltoimed.
3. Ortostaatiline hüpotensioon või kukkumised.
4. Lisandub uus krooniline haigus.
5. Neerufunktsioon halveneb.
6. Ravisoostumus on halb.
7. Kardiovaskulaarne risk suureneb.

Perearsti 5 praktilist nippi statiinravi ravisoostumuse parandamiseks

1. Selgita ravi eesmärki – infarkti ja insuldi riski vähendamine.
2. Räägi avatult võimalikest kõrvaltoimetest.
3. Alusta mõõduka annusega ja kohanda vajadusel.
4. Selgita punase riisi preparaatide tegelikku olemust.
5. Näita patsiendile ravist saadavat kasu analüüside abil.



Hüpertensiooni ravimid

Ravimirühm	Levinumad esindajad	Tüüpilised kõrvaltoimed
AKE-inhibiitorid	ramipriil, perindopriil	kuiv köha, hüperkaleemia
ARB	losartaan, kandesartaan, valsartaan	hüperkaleemia, pearinglus
Kaltsiumikanali blokaatorid	amlodipiin, latsidipiin	pahklude turse, peavalu
Beetablokaatorid	metoprolol, bisoprolol, nebivolool	bradükardia, väsimus
Tiasiid-diureetikumid	hüdroklorotiasiid, indapamiid	elektrolüütide häired
Alfa-blokaatorid	doksasosiin	ortostaatiline hüpotensioon
Tsentraalse toimega ravimid	moksonidiin	suukuivus, väsimus

5 lauset, millega perearst saab patsiendile selgitada vererõhuravi vajalikkust

1. Kõrge vererõhk ei valuta, kuid kahjustab aastate jooksul südant, aju ja neere.
2. Vererõhuravimeid tuleb võtta iga päev, mitte ainult siis, kui aparaat näitab kõrget numbrit.
3. Kontrolli all olevat vererõhku on lihtsam hoida stabiilsena väiksemate annustega.
4. Ravi eesmärk on enamasti vererõhk alla 140/85 mmHg, võimalusel 120/80 mmHg lähedal.
5. Ka osaliselt saavutatud vererõhu langus vähendab SV haiguste riski.

Perearsti 3 praktilist tähelepanekut:

- Vererõhuravi toimib ainult regulaarse igapäevase kasutamise korral.
- Kontrolli all olevat vererõhku on lihtsam hoida kui väga kõrget vererõhku langetada.
- Iga vererõhu langus vähendab südame-veresoonkonna tüsistuste riski.

Allikas: Madis Veskimägi

tamisel kehtib sageli põhimõte „start low – go slow“.

RAVISKEEMI MUUTMINE

Raviskeemi muutmine võib osutuda vajalikuks mitmel põhjusel. Näiteks võib ravi toime jääda ebapiisavaks, kui vererõhk ei püsi sihtväärtustes, või tekivad kõrvaltoimed, nagu AKE-inhibiitoritele iseloomulik köha.

Samuti võib ravi vajada ümberhindamist olukordades, kus lisanduvad uued haigused, nagu diabeet, neeruhaigus või südamepuudulikkus.

Oluliseks põhjuseks võivad olla ka muutused neerufunktsioonis või elektrolüütide tasakaalus ja probleemid ravisoostumusega. Sageli on sellistes olukordades võimalik lahendus leida ravimirühma vahetamise või ravikombinatsiooni muutmisega.

STATIINRAVI JA RAVISOOSTUMUS

Statiinid on üks olulisemaid ravimirühmi südame-veresoonkonna haiguste ennetuses, kuna vähendavad LDL-kolesterooli taset ja kardiovaskulaarset riski. Kõige sagedamini kasutatakse atorvastatiini, rosuvastatiini või simvastatiini.

Patsientide ravisoostumus ei ole aga alati hea - põhjuseks on sageli hirm kõrvaltoimete ees või internetist leitud vastuoluline info.

Vahel eelistatakse punase riisi preparaate, mis sisaldavad monakoliin K-d ehk keemiliselt lovastatiiniga sarnast ainet. Seetõttu ei ole tegemist siiski kõrvaltoimeteta „loodusliku“ alternatiiviga.

Kui statiinravi ei anna piisavat efekti või ei ole talutav, võib lisada raviskeemi ezetimiibi või teatud juhtudel kasutada PCSK9 inhibiitoreid.

KLIINILINE JUHTUM PRAKTIKAST

62aastane mees pöörduv perearsti vastuvõtule vererõhukontrolliks. Hüpertensioon on diagnoositud kuus aastat tagasi. Patsient kasutab perindopriili 5 mg päevas.

Viimase poole aasta jooksul on kodused mõõtmised näidanud väärtusi 150–160/90 mmHg. Ravisoostumus on hea. Vastuvõtul mõõdetud vererõhk on 152/92 mmHg. EKGs esineb kerge vasaku vatsakese hüpertroofia. Laborianalüüsid on normis.

Raviskeemi muudetakse järgmiselt: perindopriili annus suurendatakse 10 mg-ni ja lisatakse amlodipiin 5 mg. Kolme kuu pärast on vererõhk 128/78 mmHg ja patsient talub ravi hästi. See juhtum illustreerib, et hüpertensioon on sageli progresseeruv haigus ja raviskeemi kohandamine on tavapärane osa ravist.

Hüpertensiooni käsitlemine on oluline osa perearsti tööst. Ravi eesmärk ei ole üksnes vererõhunumbri muutmise, vaid südame-veresoonkonna tüsistuste riski vähendamine. Raviskeemi muutmine on sageli vajalik ning peab arvestama patsiendi vanust, kaasuvaid haigusi ja üldist kardiovaskulaarset riski. Samavõrd oluline on patsiendi ravisoostumus ja elustiilimuutuste toetamine.

Hea ravitulemus sünnib patsiendi, tema lähedaste ja ravimeeskonna vahelises koostöös.

Melanoom ohustab üha enam ka nooremaid inimesi

Melanoom on üks ohtlikumaid nahavähi vorme, mille esinemissagedus kasvab nii Eestis kui ka maailmas. Eestis diagnoositakse igal aastal umbes 220–250 uut juhtu, peamiselt 45–65aastastel inimestel, kuid haigus sageneb ka nooremate seas. Maailmas diagnoositi 2022. aastal 331 722 uut melanoomijuhtu ja haiguse tagajärjel suri 58 667 inimest. Kuigi ravivõimalused on viimastel aastatel paranenud, avastatakse Eestis umbes kümnendik juhtudest endiselt kaugelearenenud staadiumis, mis halvendab ravitulemusi ja prognoosi.

Päikesega liialdamine, sealhulgas solaariumi kasutamine, suurendab nahavähi ja melanoomi tekkeriski, kiirendab naha vananemist, vähendab immuunsüsteemi tõhusust ning põhjustab ka erinevaid silmahaigusi, rõhutab vähiliit.

Vähiregistri andmetel registreeriti 2022. aastal Eestis 909 naisel ja 545 mehel mittemelanoomne nahavähk. WHO alla kuuluva GLOBOCANi andmetel diagnoositi samal aastal maailmas 1 234 533 uut mittemelanoomse nahavähi juhtu ning 69 416 inimest suri selle haiguse tõttu. Nahavähk jaguneb mitmeks tüübiks, millest peamised on basaarakuline kartsinoom, lamerakuline kartsinoom ja melanoom.

ENIM BASAARAKULIST NAHAVÄHKI

Kõige sagedamini esinev naha pahaloomuline kasvaja on basaarakuline nahavähk ehk basaliom, mis moodustab 75–80 protsenti mittemelanoomse nahavähi juhtudest. Basaliom areneb epidermise basaalkihi rakkudest, kasvab aeglaselt ning levib väga harva teistesse organitesse. Sageli esineb basaliom roosaka laigu või sõlmena ega põhjusta esialgu kaebusi. Ravimata võib see aga kasvada ümbritsevasse kudedesse ja neid ulatuslikult kahjustada. Teine sagedane mittemelanoomse nahavähi vorm on lamerakuline nahavähk. See areneb epidermise keratinotsüütidest või limaskestalt, kasvab kiiresti, haavandub kergesti ning levib sagedamini teistesse organitesse kui basaliom.

MELANOOM ON KÕIGE OHTLIKUM

Melanoom areneb pigmenti tootvatest melanotsüütidest ning selle esimene

Melanoomi staadiumid

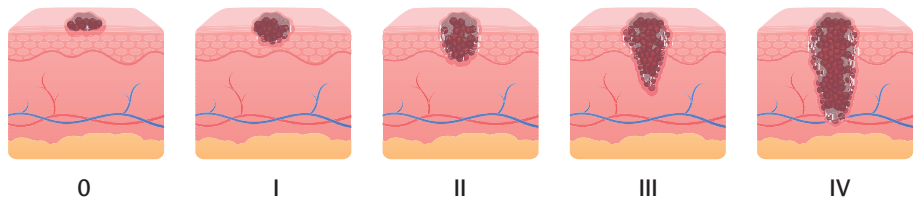


FOTO: SHUTTERSTOCK

Kontrolli oma sünnimärke

Kontrolli oma sünnimärke ja nahka regulaarselt, järgides ABCDE-reeglit:

- A (asümmeetria):** kas sünnimärgi üks pool erineb teisest?
- B (piir):** kas sünnimärgi servad on sakilised, hägused või ebakorrapärased?
- C (värvus):** kas sünnimärk on muutnud värvi või sisaldab erinevaid toone (pruun, must, punane, sinine)?
- D (diameeter):** kas sünnimärk on suurem kui 6 mm või kasvab kiiresti?
- E (evolutsioon):** kas sünnimärk on muutnud suurust, kuju või värvi, hakanud sügelema või veritsema?

Allikas: Eesti Vähiliit

märk on tavaliselt sünnimärgi muutus või uus ebatavaline moodustus nahal. Kuigi melanoom esineb harvem kui teised nahavähi vormid, on see kõige ohtlikum, sest levib sageli kiiresti teistesse kehaosadesse.

RAVIVÕIMALUSED ON PARANENUD

Eestis on viimastel aastatel tehtud märkimisväärseid edusamme melanoomi ravis. Näiteks rahastab tervisekassa alates 2022. aastast III staadiumi melanoomi patsientidele immuunravi, mis vähendab haiguse tagasituleku riski ning parandab elukvaliteeti. Immuunravi kasutatakse nii operatsioonijärgse lisaravina kõrge metastaseerumise riskiga nahamelanoomi korral kui ka juhtudel, kui siirded on lümfisõlmedes.

Kaugmetastaaside korral kombineeritakse immuunravi teiste ravimeetoditega. Kõik patsiendid ei reageeri immuunravile ühtemoodi ja mõnel juhul võib ravi olla vähem efektiivne või põhjustada tõsiseid kõrvaltoimeid, mis nõuavad täiendavat meditsiinilist sekkumist.

Umbes 10% melanoomi esmasjuhtudest Eestis diagnoositakse kaugelearenenud staadiumis, mis raskendab ravi ja vähendab ellujäämisprognoosi.

SILMAMELANOOM ON HARULDASEM

Kuigi silmamelanoom on haruldane haigus, on see kõige sagedasem silmasisene

kasvaja ning võib kulgeda väga agressiivselt ja kiiresti metastaseeruda.

Erinevalt nahamelanoomist on silmamelanoomil omaette eripärane geneetika, immuunvastus ja prognoos, mistõttu käsitletakse seda eraldi haigusvormina. Keskmine haigestumise iga on küll 62 aastat, kuid viimaste aastate Eesti kogemus näitab, et haigus ei jäta puutumata ka nooremaid – viimase kolme aasta jooksul on esmane diagnoos pandud vähemalt neljale patsiendile vanuses 30–40 aastat.

Teatud pärilikud geneetilised muutused, näiteks BAP1 geenimutatsioon, suurendavad riski haigestuda nooremas eas. Samuti on teadusuuringutes viidatud rasedusele kui võimalikule riskitegurile haiguse kiireks progresseerumiseks.

VARAJANE AVASTAMINE PÄÄSTAB

Nahavähi varajaseks avastamiseks on soovitatav teha põhjalikku enesevaatlust vähemalt kord kuus. Kui inimesel on suurem nahavähi risk heleda naha, rohkete sünnimärkide või perekonnas esinenud melanoomi tõttu, tuleks nahka kontrollida sagedamini.

Nahavähi ravis on määrava tähtsusega varajane avastamine. Seetõttu on oluline vältida liigset UV-kiirgust, kasutada vähemalt SPF 30 päikesekaitsekreemi ning kanda päikese käes viibides nahka kaitsvaid riideid.

Meditsiiniuudised

Vähipatsientide tuleviku võti

Rohkem homseid rohkematele patsientidele

KEYTRUDA®

(pembrolizumab)

KEYTRUDA (pembrolizumab) on retseptiravim

Melanoom KEYTRUDA monoterapia on näidustatud kaugelearenenud (mitteresetseeritav või metastaatiline)melanoomiga täiskasvanute ja 12-aastaste või vanemate noorukite raviks. KEYTRUDA monoterapia on näidustatud IIB, IIC või III staadiumi melanoomiga täiskasvanutele adjuvantraviks pärast täielikku reseksiooni.

Mitteväikerakk-kopsuvähk (non-small cell lung carcinoma, NSCLC) Neoadjuvantravi KEYTRUDA ja plaatinat sisaldava keemiaravi kombinatsiooniga, millele järgneb adjuvantravi KEYTRUDA monoterapiaga, on näidustatud resetseeritava mitteväikerakk-kopsuvähi raviks täiskasvanud patsientidele, kellel on suur risk kasvaja retsidiivi tekkeks. 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 pemtrekseedi 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 ebahõlpsalt ravitav autoloogne tüvirakkude siirdamine (ASCT, autologous stem cell transplant) või pärast vähemalt kahte eelnevat ravi, kui ASCT ei ole sobiv raviväli.

Uroteliaalne kartsinoom KEYTRUDA kombinatsioonis enfortumabvedotiiniga on näidustatud mitteresetseeritava või metastaatilise uroteliaalse kartsinoomi esimese rea raviks täiskasvanutele.

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-kartsinoomi raviks täiskasvanutele, kelle kasvaja ekspresseerib PD-L1 CPS-iga ≥ 1 .

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

Mittekolorektaalvähid KEYTRUDA monoterapia on näidustatud järgmist MSI-H või dMMR kasvaja raviks täiskasvanutele, kellel on:

- kaugelearenenud või retsidiiveerunud endomeetriumi kartsinoom, ja kelle haigus on edasi arenenud eelneva plaatinat sisaldava ravi ajal või järel mis tahes raviseemepuhul 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 monoterapiaga, on näidustatud lokaalselt kaugelearenenud või varajases staadiumis kolmiknegatiivse rinnaäärmevähiga raviks täiskasvanud patsientidele, kellel on suur risk kasvaja retsidiivi tekkeks.

Endomeetriumi kartsinoom (endometrial carcinoma, EC) KEYTRUDA kombinatsioonis karboplatiini ja paklitakseliga on näidustatud primaarselt kaugelearenenud või retsidiiveerunud endomeetriumi kartsinoomi esimese rea raviks täiskasvanutele, kellele sobib süsteemne ravi.

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

ANNUSTAMINE:

Täiskasvanutele on soovitatav annus kas 200 mg iga 3 nädala järel või 400 mg iga 6 nädala järel, mis manustatakse 30 minutit kestva intravenoosse infusioonina. Täiskasvanutele on KEYTRUDA süstelahuse soovitatav annus kas:

- 395 mg iga 3 nädala järel, mis manustatakse 1 minut kestva subkutaanse süstena, või

- 790 mg iga 6 nädala järel, mis manustatakse 2 minutit kestva subkutaanse süstena. 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 vastu võetamatu toksilise toime ilmumiseni. Tähtsamat on ebatüüpilisi ravivastuseid (st esialgselt mõeldud 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, NSCLC või RCC adjuvantraviks tuleb KEYTRUDA-t manustada kuni haiguse retsidiivi või mittevastuvõetava toksilisuse tekkeni või kestusega kuni üks aasta.

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

Ohutusala teave KEYTRUDA (pembrolizumab) kohta

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

VASTUNÄIDUSTUSED:

Ülitundlikkus toimeaine või abiaine (histidiin, histidiinvesinikkloriidmonohüdraat, sahharoos, polüsorbitaol 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 ilmnunud 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 vähenatud 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 hormoonasendusravile alluvate endokriinopaatiate korral.

Jälgimisuuringute andmed näitavad, et pärast ravi immuunkontrollpunkti inhibiitoritega võib risk immuunvahendatud kõrvaltoimete tekkeks juba olemasoleva autoimmuunhaigusega patsientidel olla suurenenud võrreldes riskiga patsientidel, kellel ei ole eelnevat autoimmuunhaigust. Lisaks esines tihti juba olemasoleva autoimmuunhaiguse ägenemisi, mis olid siiski enamasti kerged ja alulised ravile.

Siirdamisega seotud kõrvaltoimed

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

Rasestumisvõimelised naised

Rasestumisvõimelised naised peavad ravi ajal pembrolizumabiga ja vähemalt 4 kuud pärast pembrolizumabi viimast annust kasutama efektiivselt rasestumisvastasteid vahendeid.

Rasedus

Pembrolizumabi kasutamise kohta rasedatel andmed puuduvad. Pembrolizumabiga ei ole loomadel reproduktsiooniuuringud läbi viidud, kuid raseduse hiiremodelites on näidatud, et PD-L1 signaaliülekanne blokeerimine häirib tolerantsust loote suhtes, mis

põhjustab sagedasemat loote kaotust (vt lõik 5.3). Need tulemused näitavad toime-mehhanismil põhinevat võimaliku riski, et pembrolizumabi manustamine raseduse ajal võib põhjustada lootekahjustust, sealhulgas tõsta aborti või surmaltünni määrasid. Inimese immunoglobuliinid G4 (IgG4) läbivad teadaolevalt platsentaarbarjääri; seetõttu, olles IgG4, võib pembrolizumab üle kanduda emalt arenevale lootele. Pembrolizumabi ei tohi kasutada raseduse ajal, väljaarvatud juhul, kui naise kliiniline seisund vajab ravi pembrolizumabiga.

KÕRVALTOIMED:

Kliinilistes uuringutes on pembrolizumabi monoterapiaga ohustatud hinnatud 7631-l erinevat tüüpi kasvajatega patsiendi 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 teatatud 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%. Uusi immuunvahendatud kõrvaltoimeid adjuvantravi puhul ei tuvastatud. Pembrolizumabi ohustatud kombinatsioonis monoterapiaga, kiiritusraviga või kemoradioterapiaga on hinnatud kliinilistes uuringutes 7015-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 või 400 mg pembrolizumabi iga 6 nädala järel. Selles patsiendipopulatsioonis olid kõige sagedamad kõrvaltoimed aneemia (51%), iiveldus (50%), väsimus (36%), kõhulahtisus (35%), kõhukinnisus (32%), oksendamine (27%) 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 tsetusimabi 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%, 17 emakakaelavähiga patsientidel pembrolizumabi kombinatsioonravi (kemoterapia koos bevaizumabiga või ilma või kombinatsioonis kemoradioterapiaga) puhul 77% ja kemoterapia (koos bevaizumabiga 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 (kemoterapia koos bevaizumabiga või ilma või kombinatsioonis kemoradioterapiaga) puhul 77% ja kemoterapia (koos bevaizumabiga 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 (kemoterapia koos bevaizumabiga või ilma või kombinatsioonis kemoradioterapiaga) puhul 77% ja kemoterapia (koos bevaizumabiga 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 (kemoterapia koos bevaizumabiga või ilma või kombinatsioonis kemoradioterapiaga) puhul 77% ja kemoterapia (koos bevaizumabiga 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 (kemoterapia koos bevaizumabiga või ilma või kombinatsioonis kemoradioterapiaga) puhul 77% ja kemoterapia (koos bevaizumabiga 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 (kemoterapia koos bevaizumabiga või ilma või kombinatsioonis kemoradioterapiaga) puhul 77% ja kemoterapia (koos bevaizumabiga 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 (kemoterapia koos bevaizumabiga või ilma või kombinatsioonis kemoradioterapiaga) puhul 77% ja kemoterapia (koos bevaizumabiga 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 (kemoterapia koos bevaizumabiga või ilma või kombinatsioonis kemoradioterapiaga) puhul 77% ja kemoterapia (koos bevaizumabiga 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 (kemoterapia koos bevaizumabiga või ilma või kombinatsioonis kemoradioterapiaga) puhul 77% ja kemoterapia (koos bevaizumabiga 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 (kemoterapia koos bevaizumabiga või ilma või kombinatsioonis kemoradioterapiaga) puhul 77% ja kemoterapia (koos bevaizumabiga 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 (kemoterapia koos bevaizumabiga või ilma või kombinatsioonis kemoradioterapiaga) puhul 77% ja kemoterapia (koos bevaizumabiga 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 (kemoterapia koos bevaizumabiga või ilma või kombinatsioonis kemoradioterapiaga) puhul 77% ja kemoterapia (koos bevaizumabiga 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 (kemoterapia koos bevaizumabiga või ilma või kombinatsioonis kemoradioterapiaga) puhul 77% ja kemoterapia (koos bevaizumabiga 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 (kemoterapia koos bevaizumabiga või ilma või kombinatsioonis kemoradioterapiaga) puhul 77% ja kemoterapia (koos bevaizumabiga 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 (kemoterapia koos bevaizumabiga või ilma või kombinatsioonis kemoradioterapiaga) puhul 77% ja kemoterapia (koos bevaizumabiga 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 (kemoterapia koos bevaizumabiga või ilma või kombinatsioonis kemoradioterapiaga) puhul 77% ja kemoterapia (koos bevaizumabiga 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 (kemoterapia koos bevaizumabiga või ilma või kombinatsioonis kemoradioterapiaga) puhul 77% ja kemoterapia (koos bevaizumabiga 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 (kemoterapia koos bevaizumabiga või ilma või kombinatsioonis kemoradioterapiaga) puhul 77% ja kemoterapia (koos bevaizumabiga 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 (kemoterapia koos bevaizumabiga või ilma või kombinatsioonis kemoradioterapiaga) puhul 77% ja kemoterapia (koos bevaizumabiga 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 (kemoterapia koos bevaizumabiga või ilma või kombinatsioonis kemoradioterapiaga) puhul 77% ja kemoterapia (koos bevaizumabiga 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 (kemoterapia koos bevaizumabiga või ilma või kombinatsioonis kemoradioterapiaga) puhul 77% ja kemoterapia (koos bevaizumabiga 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 (kemoterapia koos bevaizumabiga või ilma või kombinatsioonis kemoradioterapiaga) puhul 77% ja kemoterapia (koos bevaizumabiga 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 (kemoterapia koos bevaizumabiga või ilma või kombinatsioonis kemoradioterapiaga) puhul 77% ja kemoterapia (koos bevaizumabiga 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 (kemoterapia koos bevaizumabiga või ilma või kombinatsioonis kemoradioterapiaga) puhul 77% ja kemoterapia (koos bevaizumabiga 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 (kemoterapia koos bevaizumabiga või ilma või kombinatsioonis kemoradioterapiaga) puhul 77% ja kemoterapia (koos bevaizumabiga 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 (kemoterapia koos bevaizumabiga või ilma või kombinatsioonis kemoradioterapiaga) puhul 77% ja kemoterapia (koos bevaizumabiga 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 (kemoterapia koos bevaizumabiga või ilma või kombinatsioonis kemoradioterapiaga) puhul 77% ja kemoterapia (koos bevaizumabiga 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 (kemoterapia koos bevaizumabiga või ilma või kombinatsioonis kemoradioterapiaga) puhul 77% ja kemoterapia (koos bevaizumabiga 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 (kemoterapia koos bevaizumabiga või ilma või kombinatsioonis kemoradioterapiaga) puhul 77% ja kemoterapia (koos bevaizumabiga 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 (kemoterapia koos bevaizumabiga või ilma või kombinatsioonis kemoradioterapiaga) puhul 77% ja kemoterapia (koos bevaizumabiga 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 (kemoterapia koos bevaizumabiga või ilma või kombinatsioonis kemoradioterapiaga) puhul 77% ja kemoterapia (koos bevaizumabiga 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 (kemoterapia koos bevaizumabiga või ilma või kombinatsioonis kemoradioterapiaga) puhul 77% ja kemoterapia (koos bevaizumabiga 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 (kemoterapia koos bevaizumabiga või ilma või kombinatsioonis kemoradioterapiaga) puhul 77% ja kemoterapia (koos bevaizumabiga 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 (kemoterapia koos bevaizumabiga või ilma või kombinatsioonis kemoradioterapiaga) puhul 77% ja kemoterapia (koos bevaizumabiga 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 (kemoterapia koos bevaizumabiga või ilma või kombinatsioonis kemoradioterapiaga) puhul 77% ja kemoterapia (koos bevaizumabiga 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 (kemoterapia koos bevaizumabiga või ilma või kombinatsioonis kemoradioterapiaga) puhul 77% ja kemoterapia (koos bevaizumabiga 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 (kemoterapia koos bevaizumabiga või ilma või kombinatsioonis kemoradioterapiaga) puhul 77% ja kemoterapia (koos bevaizumabiga 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 (kemoterapia koos bevaizumabiga või ilma või kombinatsioonis kemoradioterapiaga) puhul 77% ja kemoterapia (koos bevaizumabiga 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 (kemoterapia koos bevaizumabiga või ilma või kombinatsioonis kemoradioterapiaga) puhul 77% ja kemoterapia (koos bevaizumabiga 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 (kemoterapia koos bevaizumabiga või ilma või kombinatsioonis kemoradioterapiaga) puhul 77% ja kemoterapia (koos bevaizumabiga 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 (kemoterapia koos bevaizumabiga või ilma või kombinatsioonis kemoradioterapiaga) puhul 77% ja kemoterapia (koos bevaizumabiga 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 patsient

Naiste varjatud ATH sümptomid

Naiste ATH jääb sageli diagnoosimata, kuna maskeerimine varjab sümptomeid ning suunab tähelepanu ekslikult teistele psüühikahäiretele, mis viib ebatäpse ravi ja kroonilise kurnatuseni.

KATRIN ORAV, Psühhiaatria ja Psühhoteraapia Keskuse Sensus psühhiaater, psühhoterapeut, juhatuse liige

Tähelepanupuudulikkuse ja hüperaktiivsuse häire (ATH) käsitus on viimastel aastatel oluliselt arenenud. Naiste ATH äratundmine hilineb või jääb see diagnoosimata, kuna maskeerimine varjab sümptomeid ning suunab arstide tähelepanu ekslikult teistele psüühikahäiretele või kehalistele probleemidele.

Maskeerimine on nähtus, mille korral inimene kohandab oma käitumist ja varjab sümptomeid selliselt, et häire jääb väliselt märkamatuks. Maskeerimine tähendab teadlikke ja alateadlikke strateegiaid, millega inimene kompenseerib raskusi ja kohandab oma käitumist sotsiaalsetele normidele vastavaks. Teisalt võib see olla sümptomite varjamine või mahasurumine ilma tegeliku kohanemiseta. Nende protsesside tulemusena tekib lahknevus sisemise kogemuse ja välise käitumise vahel, mis raskendab häire äratundmist ka kogunud spetsialisti jaoks.

Naiste puhul on maskeerimine sageli eriti väljendunud. Sotsiaalsed ootused, soorollid ja varajane sotsialiseerumine suunavad tüdrukuid oma raskusi paremini varjama ja kompenseerima. See viib olukorrani, kus kliinilises praktikas kohtame näiliselt hästi toimetulevaid naisi, kelle tegelik psühholoogiline ja neurokognitiivne koormus jääb varjatuks. Sageli on tegemist kõrge sooritusega perfeksionistiga, kellel esineb periooditi funktsionaalne kokkuvarisemine, näiteks suurenenud stressi, keskkonnamuutuste või nõudmiste korral.

MASKEERIMISE HIND

Maskeerimise pikaajaline hind on kõrge. Perfeksionism ja ülemäärane kontroll viivad närvisüsteemi kroonilise ülekoormuseni. Kujuneb välja nõiarang, kus sümptomite varjamine ja sotsiaalne sobitumine toovad kaasa süveneva kurnatuse, ärevuse ja järske funktsionaalseid tagasilööke. Seda võib käsitleda osana autistlikust läbipõlemisest või sellele sarnasest seisundist, mille keskmes on pikaajaline ülekoormus ja ebapiisav taastumine.

Oluline on mõista, et väliselt adekvaatne või isegi edukas toimetulek ei välista märkimisväärset sisemist kurnatust. Vastupidi – just maskeerimine võib olla peamine tegur, mis viib igapäevaelus toimetuleku järkjärgulise halvenemiseni.

Diagnostiliselt on maskeerimine probleematailine eelkõige seetõttu, et ATH ja autismispektri häire (ASH) võivad jääda teiste psüühikahäirete varju. Kliinilises praktikas väljendub see sageli korduvates depressiooni- või ärevushäire diagnoosides, mille ravi annab vaid osalise efekti. Tüüpi-



Katrin Orav
FOTO: SENSUS

line muster on, et antidepressantravi leevendab meeleolu- või ärevussümptomeid, kuid ei paranda eriti igapäevast toimetulekut. Sel juhul tuleb alati kaaluda neuroarengulise häire võimalust.

Maskeerimisele viitavad sageli anamneesist ilmnevad tunnused. Patsiendid kirjeldavad elukestvat tunnet, et nad on „teistsugused“, ning vajadust teadlikult õppida ja rakendada sotsiaalseid käitumismustreid. Tüüpilised on väljendid nagu „mängin rolli“, „kasutan skripte“ või „olen pärast suhtlemist täielikult kurnatud“. Samuti võib esineda ebaühtlane kognitiivne profiil, kus osa funktsioone on keskmisest kõrgemad, samas kui teised – sotsiaalsed oskused – on nõrgemad.

DIAGNOOSIMINE

Diferentsiaaldiagnostiliselt on oluline eristada ATHd, autismispektri häiret, ärevushäireid, traumajärgset stressi ja depressiooni. Sotsiaalne vältimine võib tuleneda hirmust negatiivse hinnangu ees või hoopis sensoorse ja kognitiivse ülekoormuse vältimisest. Samuti võib motivatsioonipuudus peegeldada anhedooniat või täidesaatvate funktsioonide häiret. Need nüansid eeldavad põhjalikku anamneesi ja sihipärasest kliinilisest hindamisest.

Naiste ATH käsitluses tuleb arvestada ka hormonaalsete mõjudega. Menstruaaltsükkel, rasedus, sünnitus ja menopaus mõjutavad sümptomite raskust ja ravivastust. Uuringud näitavad, et naistel on suurem risk kaasuvate häirete tekkeks, samuti suurem tervishoiuteenuste kasutus ja polüfarmatsia, mistõttu peab raviplaani olema dünaamiline ja elukaart arvestav.

RAVI JA SELLE TÄHENDUS

Õigeaegne ATH äratundmine on kriitilise tähtsusega, kuna võimaldab rakendada tõhusat ravi. Tõenduspõhine käsitus hõlmab psühhoaridust, medikamentooset ravi, toetavaid sekkumisi ja kognitiiv-käitumisteraapiat. Stimulandid on esmavalik ning nende efektiivsus on ligikaudu 0,8. Ravi vähendab lisaks sümptomitele ka olulisi riske, sealhulgas suitsiidikatseid (60-70%), õnnetusi (~40%) ja kuritegevust (30-40%).

Maskeerimine muudab ATH nähtamatuks, kuid mitte vähem mõjukaks. Seetõttu on spetsialisti ülesanne märgata mitte ainult sümptomeid, vaid ka nende varjamise mustreid ning nende seost patsiendi kurnatuse ja toimetulekuga. Neuroerinevus ei avaldu üksnes testiskoorides ega küsimustikes, vaid inimese eluteel – tema kohanemisstrateegia-tes, pingutuses ja murdumistes.

Toome tasakaalu rahunututele meeltele

Adixemin

Lisdeksamfetamiindimesülaat



Efektiivne nii lastel kui ka täiskasvanutel

individuaalselt kohandatavas annustes vahemikus 30–70 mg, parandades tähelepanufunktsiooni ja akadeemilist toimetulekut.^{1,2}

Mitteaktiivne eelravim

mille erütrotsüüdid haigusele pärast suukaudset manustamist deksamfetamiiniks, mis vahendab ravimi kliinilist toimet ning võib aidata vähendada väärkasutamise potentsiaali.^{1,2}

Ühekordne hommikune manustamine

tagab aktiivsuse- ja tähelepanuhäire sümptomite kontrolli kogu päeva vältel.^{1,2}

1. (Coghill DR, Banaschewski T, Lecendreux M, et al. Efficacy of lisdexamfetamine dimesylate throughout the day in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: results from a randomized, controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2014 Feb;23(2):61-68. DOI: 10.1007/s00787-013-0421-y. PMID: 23708466; PMCID: PMC3918120). 2. ADIXEMIN (lisdeksamfetamiin) SmPC 04.2026.

Adixemin 20 mg/ 30 mg/ 40 mg/ 50 mg/ 60 mg/ 70 mg kõvakapsel. INN. Lisdeksamfetamiin dimesülaat. Üks 20 mg/ 30 mg/ 40 mg/ 50 mg/ 60 mg/ 70 mg kapsel sisaldab 20 mg/ 30 mg/ 40 mg/ 50 mg/ 60 mg/ 70 mg lisdeksamfetamiindimesülaati, mis vastab 5,9 mg/ 8,9 mg/ 11,9 mg/ 14,8 mg/ 17,8 mg/ 20,8 mg deksamfetamiinile. Näidustused. Adixemin on näidustatud aktiivsuse- ja tähelepanuhäire (ATH) raviks 6-aastastel ja vanematel lastel kompleksravi ühe osana, kui eelnevi ravi metüülfenidatidiga on olnud kliiniliselt ebapiisav. Annustamine ja manustamisviis. Algannus on 30 mg ja seda võetakse üks kord ööpäevas hommikul. Kui arsti hinnangul tuleb alustada väiksemast algannusest, võib ravi alustada annusega 20 mg kord üks ööpäevas hommikul. Annust võib suurendada 10 või 20 mg kaudu ligikaudu nädalase intervalliga. Adixemini tuleb manustada suu kaudu väikestesse toimivas annuses. Maksimaalne soovituslik annus on 70 mg ööpäevas. Adixemin on mõeldud suukaudseks kasutamiseks. Ravimit võib manustada koos toiduga või ilma. Adixemini võib tervena alla neelata või kapsli võib avada ja kogu sisu tühjendada pehmesse toitu (näiteks jogurt) või klaasitäide vette või apelsinimahla ja segada. Patsient ei tohi võtta vähem kui ühe kapsli ööpäevas ja ühte kapslit ei tohi mitmekesiseks jagada. Annuse unustamise korral võib Adixemini manustamisega järgmisel päeval jätkata. Ravimi võtmist pärastlõunal tuleb vältida unetuse tekke võimaluse tõttu. Vastunäidustused. Ülitundlikkus sümptomiteestilistele ainiinide või mis tahes aineainete suhtes. Samaaegne monoamiini oksüdaasi (MAO) inhibiitorite kasutamine või kuni 14 päeva pärast ravi lõppu MAO inhibiitoritega (võib põhjustada hüpertensiivset kriisi). Hüpertensioon või türeotoksikoos. Erutusseisundid. Sümptomaatiline südame- veresoontehaigus. Kaugelearenenud arteriosklerootiline. Mõõdukas kuni raske hüpertensioon. Glaukoom. Erilhoiatused ja ettevaatusabinõud kasutamisel. Kärbitarvitamine ja sõltuvus. Kardiovaskulaarsed kõrvaltoimed: Akksurm patsientidel, kellel esineb südame struktuurseid kõrvalekalteid või muid tõsisemaid südameprobleeme. Stimulandid põhjustavad keskmise vererõhu mõõdukat tõusu (ligikaudu 2,4 mmHg) ja keskmise südame löögisageduse kiirenemist (ligikaudu 3...6 lööki minutis), kujujäre üksikjuhtudel võib tõus või kiirenemine suurem olla. Lisdeksamfetamiin pikendab osade patsientidel QTc intervalli. Lisdeksamfetamiindimesülaadi kasutamine on vastunäidustatud patsientidel, kellel on sümptomaatiline kardiovaskulaarhaigus ja samuti patsientidel, kellel on mõõdukas kuni raske hüpertensioon. Kardiomüopaatia: kroonilise amfetamiinide kasutamise puhul on teatatud kardiomüopaatiasid. Seda on teatatud ka lisdeksamfetamiindimesülaadi kohta. Kõigi patsientide kohta, kellel kaalutakse stimulantravi, tuleb hoolikalt koguda anamnees (sh pereanamnees akksurmide

või ventrikulaarsete rütmihäirete osas) ja teha füüsilise labivaatus võimaliku südamehaiguse tuvastamiseks, samuti tuleb nad suunata edasiste südameuuringutele, kui leiud osutatud sellisele haigusele (näiteks elektrokardiograafiasse või ehokardiograafiasse). Patsientidel, kellel tekivad stimulantravi ajal näiteks esimesed sümptomid, nagu valu rindkeres, seletamatu sünnikoop või muud südamehaigusele viitavad sümptomid, tuleb kiiresti teostada südameuuringud. Psühhiaatrilised kõrvaltoimed: stimulantide manustamine võib halvendada kaitumis- ja mõtetishäirete sümptomiteid vasemate psühhootiliste häiretega patsientidel. Bipolaarne häire: enilselt ettevaatlik tuleb olla siis, kui stimulantidega ravitakse ATH-ga patsiente, kellel on kaasuv bipolaarne häire, sest sellistel patsientidel võivad need esile kutsuda korraga depressiivse ja maniakaalse või ainult maniakaalse seisundi. Uute psühhootiliste või maniakaalsete sümptomite teke: eelnevate psühhootiliste haiguste või maniata lastel ja noorukitel võivad tavapärases annuses manustatud stimulandid põhjustada psühhootiliste või maniakaalsete sümptomite tekke, näiteks hallutsinatsioone, luulomõtteid või maniati. Agressiivsus: stimulandid võivad põhjustada agressiivsust või vaenulikkust. Tikid: stimulandid süvendavad teadaolevalt motoorseid ja vokaalseid tikke ning Tourette'i sündroomi. Pikaajaline kasvu pärssimine (pikkus ja kehakaal). Krambihood. Nägemishäired: stimulantravi võib teadaolevalt põhjustada silma akkomodatsioonihäireid ja nägemise hägustumist. Lisdeksamfetamiindimesülaadi puhul tuleb välja kirjutada ja väljastada võimalikult väike annus, et vähendada võimalikku üleannustamise riski. Adixemini tuleb kasutada ettevaatlikult patsientidel, kes kasutavad muid sümptomimeetikume. Koostoidete teiste ravimitega ja muud koostoided. *In vitro* katsed inimese mikrosoomidega näitavad, et amfetamiin pärssib kergelt ensüümi CYP2D6 ning üks või mitu metaboliiti pärsvad kergelt ensüümi CYP1A2, 2D6 ja 3A4. Ained, mille sisaldust veres võib Adixemin mõjutada: toimeainet prolongeeritult vastavast guanfaatsiini; toimeainet prolongeeritult vastavast venlafaksiini. Askorbiinhape ning muud ained ja seisundid (tsiididireetikumid, palju loomset valku sisaldav toidumaine, diabeet, respiratoorne atsidoos), mis muudavad uriini happelisuse, suurendavad uriini eritumist ja vähendavad amfetamiini poolväärtusaega. Naatriumvesinikkarbonaat ning muud ained ja seisundid (palju puu- ja köögivilju sisaldav toidumaine, kusetee põletikud ja oksendamise), mis muudavad uriini aluseliseks, vähendavad uriini eritumist ja pikendavad amfetamiini poolväärtusaega. Amfetamiini ei tohi manustada ravi ajal monoamiini oksüdaasi (MAO) inhibiitoritega või 14 päeva jooksul pärast seda, sest selline manustamine võib suurendada norepinefriini ja muude monoamiinide vabastamise kiirust. See võib põhjustada tõsiseid peavalusid ja muid hüpertensiivse kriisi tunnuseid. Võivad tekkida erinevad toksilised neuroloogilised nähud ja pahaloomuline hüpertermia, mis mõnikord võivad lõppeda surmaga. Amfetamiinide (nt lisdeksamfetamiindimesülaat) kasutamise seoses on harva esinenud serotoniinisündroomi, kui neid on manustatud koos serotonergiliste ravimitega, sealhulgas selektiivsete serotoniini tagasihaarde inhibiitoritega (SSRI-d) ja serotoniini ja noradrenaliini tagasihaarde inhibiitoritega (SNRI-d). Ained, mille toimet amfetamiinid võivad vähendada: anti hüpertensiivsed ained.

Amfetamiinid võimendavad narkootiliste valuvaigistite valuvaigistavat toimet. Kloorpromasiini blokeerib dopamiini ja norepinefriini retseptoreid, pärssides seelabi amfetamiinide kesknärvisüsteemi stimuleerivat toimet. Haloperidool blokeerib dopamiini retseptoreid, pärssides seelabi amfetamiinide kesknärvisüsteemi stimuleerivat toimet. Liitiumkarbonaat võib pärssida amfetamiinide anorektilist ja stimuleerivat toimet. Võimaliku koostoime kohta alkoholiga on vähe andmeid. Amfetamiinid võivad põhjustada suurt kortikosteroidide taseme tõusu plasmas. See tõus on kõige suurem öhtul. Amfetamiinid võivad segada steroidide määramist uriinis. Fertilsus, rasedus ja imetamine. Rasedus: lisdeksamfetamiini aktiivne metaboliit deksamfetamiin läbib platsenta. Raseduse ajal amfetamiiniga kokku puutunud vastundinditel võivad esineda võõrutusnähud. Preparaati tohib raseduse ajal kasutada ainult juhul, kui võimalik kasu õigustab võimalikke riske lootele. Imetamine: Amfetamiinid imenduvad inimese rinnapiima. Adixemini ei tohi imetamise ajal kasutada. Fertilsus: lisdeksamfetamiini toimet inimese viljakusele ei ole uuritud. Kõrvaltoimed. Anafülaktiline reaktsioon, ülitundlikkus, söögisu vähenemine, insomnia, agiteeritus, ärevus, kõnepidamatus, vähenenud libiido, depressioon, tikid, meeleolu labiilsus, düsfooria, eufoonia, psühhomotoorne hüperaktiivsus, bruksism, dermatilomania, psühhootilised episoodid, mania, hallutsinatsioonid, agressiivsus, peavalu, pearinglus, rahutus, treemor, unisus, krambihood, düskineesia, maitseästingu häired, sünnikoop, hägustunud nägemine, müdriaas, tahhükardia, südamepekslemine, QTc intervalli pikenedamine, kardiomüopaatia, Raynaud' fenomen, ninaverejooks, oksendamine, düspnoe, suukuivus, kõhulahtisus, kõhukinnisus, ülakõhuvalu, iiveldus, oksendamise, eosinofiilne hepatiit, liigihigistamine, urtikaaria, lööve, angioödem, Stevensi-Johnsoni sündroom, erektsioonihäire, valu rindkeres, valu rindkeres, ärritus, väsimus, rahutus, palavik, vererõhu tõus, kehakaalu langus. Retseptiravim. Pakendi suurus: 30 või 100 kapslit. Müügiloa hoidja: STADA Arzneimittel AG, Stadastrasse 2-18, 61118 Bad Vilbel, Saksamaa. Täiendav teave on saadaval ravimi müügiloa hoidjalt: UAB „STADA Baltics“, Goštautu g. 40A, Vilnius, Loodu. Tel: +370 52603926. Teksti labivaatamise kuupäev: aprill 2026.



E-konsultatsiooni kliiniline väärtus ja praktilised põhimõtted

Milliseid juhte võiks perearst dermatoloogile e-konsultatsiooniks saata ning mida peaks silmas pidama konsultatsiooni vormistamisel, et koostöö oleks sujuvam, rääkis vebinaril „Nahk fookuses“ Tartu ülikooli kliinikum naha- ja suguhaiguste arst **Terje Kukk**.

VIOLETTA RIIDAS, toimetaja

Nahahaigused kuuluvad esmatasandi arsti igapäevase töö sagedasemate põhjuste hulka ning moodustavad märkimisväärse osa eriarstide suunamistest. Lööbelised haigused on sageli kroonilise kuluga, ägenevad periooditi ning nende kliiniline pilt võib olla ajas muutuv. Seetõttu nõuab nahahaigustega patsientide käsitus süsteemset lähenemist ja tõhusat koostööd perearsti ning dermatoloogi vahel. E-konsultatsioon on viimastel aastatel kujunenud oluliseks töövahendiks, mis võimaldab parandada ravi kättesaadavust ja optimeerida eriarsti ressursi kasutust.

Peararst on nahahaigusega patsiendi esmaseks kontaktiks ning tema roll ulatub tunduvalt kaugemale saatekirja vormistamisest. Hästi koostatud e-konsultatsioon võimaldab dermatoloogil anda sisulist tagasisidet, täpsustada diagnoosihüpoteese, soovitada täiendavaid uuringuid või kinnitada esmatasandil alustatud ravi sobivust. Praktika näitab, et kvaliteetsed e-konsultatsioonid vähendavad tarbetuid kontaktvisiite ja lühendavad patsiendi raviteekonda.

STRUKTUREERITUD KLIINILINE INFO

Dermatoloogi vaatenurgast on e-konsultatsiooni aluseks struktureeritud ja asjakohane kliiniline info. Oluline on märkida lööbe alguse aeg ja kestus, kas tegemist on esmase episoodi või varasema dermatoosi ägenemisega ning kas sümptomitele eelnes äge infektsioon, ravimite vahetus või muu potentsiaalne vallandav tegur. Lööbe paiknemise kirjeldus on diagnostiliselt määrav, kuna paljudel nahahaigustel on tüüpiline algkoll ja levikumuster. Seetõttu on oluline märkida, millisest kehapiirkonnast lööve algas ning kuhu ja kui kiiresti levis.

Sügeluse olemasolu ja intensiivsus annavad olulist lisainfot põletikuliste, allergiliste ja nakkuslike dermatooside eristamisel. Kui sarnased sümptomid esinevad pereliikmetel, tuleb kaaluda

nakkuslikku või keskkonnateguriga seotud etioloogiat. Atoopilise dermatiidi kahtlusele on oluline täpsustada perekondlikku eelsoodumust atoopiale, psoriaasi puhul aga küsida liigesevaevuste ja küünte muutuste kohta, mis võivad viidata süsteemsele haaratusele.

E-konsultatsiooni kvaliteeti tõstab oluliselt perearsti eelnev diagnostiline tegevus. Üksikute laikude korral on sageli põhjendatud seeninfektsiooni välistamine ning villiliste löövetepuhul viirusdiagnostika. Mitmel juhul võimaldab see juba esmatasandil alustada sihipärast ravi ning välistada vajaduse eriarsti vastuvõtu järele. Sama oluline on info varem kasutatud paiksete ja süsteemsete ravimite kohta ning hinnang nende efektiivsusele või ebaefektiivsusele.

KVALITEETSSED FOTOD

Fotod on e-konsultatsiooni lahutamatu osa. Kvaliteetne kaug- ja lähivõte, mis on lisatud pildipanka, võimaldab hinnata lööbe morfoloogiat, ulatust ja dünaamikat. Ebapiisava kvaliteediga fotod, vale valgustus või fotode lisamine sobimatusse keskkonda vähendavad märkimisväärselt e-konsultatsiooni diagnostilist väärtust. Samas tuleb rõhutada, et nahamoodustiste hindamine e-konsultatsiooni teel ei ole praegu soovitatav ning pahaloomulisuse kahtlusele on vajalik otsene kontaktvisiit.

AJASTUS

Oluline on ka e-konsultatsiooni ajastus. Kui perearst on alustanud tõenäoliselt sobivat ravi, on sageli mõistlik hinnata selle tulemust enne dermatoloogile pöördumist. Praktikas jõuab mitu patsienti eriarsti vastuvõtule juba paranenud seisundis, mis kinnitab esmatasandi ravi adekvaatsust ning võimaldab vältida tarbetut eriarsti visiiti.

E-konsultatsiooni edukus sõltub struktureeritud kliinilisest infost, põhjendatud uuringutest ja kvaliteetsetest fotodest.

Dermatoloogi ootused perearstilt e-konsultatsioonis

1. Lööbe kirjeldus

- Milline lööve on
- Kus algas ja kuhu levis
- Kui ulatuslik on

2. Ajaline info

- Millal lööve tekkis
- Kas esmane või varasema haiguse ägenemine

3. Eelnev sündmus

- Äge haigestumine
- Ravimite vahetus
- Muu võimalik vallandaja

4. Sügelus

- Kas sügeleb
- Kas teistel pereliikmetel on sarnane lööve

5. Haigusespetsiifilised küsimused

- Atoopilise dermatiidi kahtlus → perekondlik atoopilise tausta
- Psoriaasi kahtlus → liigesevalud, küünte muutused, perekondlik eelsoodumus

6. Infektsioonikahtlus

- Üksik laik → seenediagnostika
- Villiline lööve → HSV/VZV PCR
- Küsi lemmikloomade kohta
- Eakatel kontrolli küüneseent

7. Varasem ravi

- Kasutatud paiksed või süsteemsed ravimid
- Kas ravi oli efektiivne

8. Kaasuvad ravimid

- Olulised püsiravimid

9. Ravi hindamine

- Kui ravi on alustatud, oota tulemust enne e-konsultatsiooni

10. Fotod

- Kaug- ja lähivõte
- Lae pildipanka (mitte manusena)

Tule kuulama Meditsiiniuudiste veebiseminare!

- 5. mai – tasuta
Ülekaal ja sellega seotud komplikatsioonid gastroenteroloogi vaatevinklist
Lektor: gastroenteroloog Karin Kull
- 12. mai – piletiga
Pearinglusega patsient esmatasandil
Lektor: audioloog, kõrva-nina-kurguarst Maret Gardner
- 20. mai – tasuta
Kergem elu – tervem süda
Lektorid: perearst Airane Vilem ja kardioloog Henri Kaljumäe
- 26. mai – tasuta
Igapäevalu kõhuhäired
Lektorid: gastroenteroloog Ana Botchorishvili ja palliatiivravi arst Susan Sündema
- 27. mai – tasuta
Kasvuhormoon fookuses
Lektor: laste endokrinoloog Aleksandr Peet
- 28. mai – piletiga
Alaseljavalu põhjused ja käsitus lähtuvalt viimasest ravijuhendist
Lektor: valuarst Boris Gabovitš

Kõik veebiseminarid koostöös Medicumi Koolitus- ja Nõustamiskeskusega ja pärast e-testi sooritamist annab Medicum täiendkoolituspunkte!

Lisainfo ja registreerimine:

mu.ee ülevalt päisest valida: Veebiseminarid
NB! Kava täieneb kevadsuvel veel paari vebinariga!

LIITU TERVISE RAAMATU- KLUBIGA!

Kõik
tervise-
raamatud
-10%

Kuu
raamat
-20%



Klubiga liitumine ei kohusta
sind raamatuid ostma, küll
aga garanteerib sulle püsivad
soodustused, mida saad
igal ajahetkel kasutada.



Tervise raamatuklubi
Mõista, hooldi, muuda.

Vaata lähemalt
terviseraamatuklubi.ee