



MEDITSIIN FOOKUSES

MEDITSIINIALASED
UUDISED, ETTEKANDED
JA UURIMUSED
EESTI ARSTIDELT

SEPTEMBER
2024

forxiga

(dapaglifloosiin)

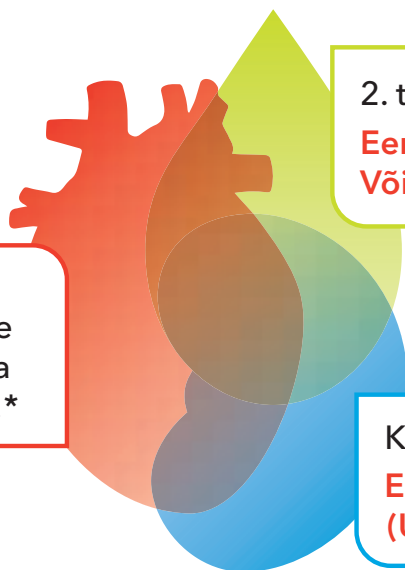
Kardiorenaalne kaitse!

xigduo

(dapaglifloosiin / metformiin)



**LAIENDATUD 75% ja 90%
soodustus alates 1. juulist 2024***



Kroonilise
südamepuudulikkuse
korral (I50) sõltumata
väljutusfraktsioonist!*

2. tüüpi diabeedi korral (E11/E14):*
Eemaldatud sulfonüüluurea piirang!
Võimalus alustada esmavalikuna!

UUS! Alates
01.07.2024

Kroonilise neeruhaiguse korral (N18):*
**Eemaldatud albuminuuria
(U-Alb/U-Crea) ja eGFR piirang!**

Vaata lähemalt
soodustuse infot



* Soodusravimite muudatused alates 1. juulist 2024,
<https://www.tervisekassa.ee/partnerile/ravimitest/soodusravimid>

U-Alb/U-Crea = albumiini ja kreatiini suhe uriinis; eGFR = hinnanguline glomerulaarfiltratsioonikiirus;
AKE = angiotensiini konverteeriv ensüüm; ARB = angiotensiini retseptori blokaator;
NYHA = New York Heart Association.

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

XIGDUO (metformiin+dapaglifloosiin) 1000mg/850mg + 5mg N56 on retseptiravim, mis on näidustatud täiskasvanutele 2. tüüpi suhkurtõve raviks lisaks dieedile ja füüsilisele treeningule: patsientidel, kelle ravivastus metformiini monoteraapia maksimaalse talitava annusega ei ole piisav; patsientidel kombinatsioonis teiste diabeedi ravimitega, kelle ravivastus metformiini ja nimetatud ravimitega ei ole piisav; patsientidel, kes juba kasutavad kombinatsiooni dapaglifloosiin ja metformin eraldi tablettidena.

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

AstraZeneca  TERVELT 30 AASTAT EESTIS



ESIMENE ja AINUKE Euroopa Liidus registreeritud subkutaanne vähivastane immuunravim

 **TECENTRIQ® SC**
atesolizumab

Euroopa Komisjon on andnud müügiloa **TECENTRIQ® (atesolizumab) SC**-le, mis on Euroopa Liidu esimene naha alla süstitav immuunravim PD-L1 ekspresseerivate vähivormide vastu. Müügiloa alusel võib **TECENTRIQ (atesolizumab) SC**-d kasutada kõigil näidustustel, mis on heaks kiidetud IV vormi puhul.¹



TECENTRIQ (atesolizumab) SC manustamine toob kasu nii patsientidele kui tervishoiusüsteemile aidates säästa piiratud ressursse.²

TECENTRIQ (atesolizumab) 1875 mg 15 ml süstelahus subkutaanseks manustamiseks. Retseptiravim.

Näidustused: Tecentriq (atesolizumab) kombinatsioonis bevatsizumabiga on näidustatud kaugelarenenud või mitteresetseeritava HCC raviks täiskasvanud patsientidele, kes ei ole eelnevat süsteemset ravi saanud; Tecentriq (atesolizumab) monoteerapiana on näidustatud adjuvantraviks pärast täielikku resektiooni ja plaatinapõhist kemoteeraapiat täiskasvanud patsientidel, kellel on suure retsidiivide riskiga NSCLC ning kelle kasvajate PD-L1 ekspressioon kasvajakududel (tumour cells, TC) on $\geq 50\%$ ja kellel ei ole EGFR-mutantne või ALK-positiivne NSCLC; Tecentriq (atesolizumab) kombinatsioonis nab-paklitakseliga on näidustatud mitteresetseeritava lokaalselt levinud või metastaatilise TNBC raviks täiskasvanud patsientidele, kelle kasvajate PD-L1 ekspressioon on $\geq 1\%$ ning kes ei ole saanud eelnevat kemoteeraapiat metastaatilise haiguse raviks.¹

Müügiloa hoidja: Roche Registration GmbH Emil-Barell-Strasse 1 79639 Grenzach-Wyhlen Saksamaa. **Lisainfo ravimi kohta:** Roche Eesti OÜ, Lõõtsa 2, Tallinn 11415, telefon 6177380, e-mail: tallinn.estonia@roche.com

Ravimi võimalikest kõrvaltoimetest on oluline teavitada ka pärast ravimi müügiloa väljastamist. See võimaldab jätkuvalt hinnata ravimi kasu/riski suhet. Tervishoiutöötajatel palutakse teatada võimalikest kõrvaltoimetest www.ravimiamet.ee kaudu. Kõrvaltoimetest võib teavitada müügiloa hoidjat: Roche Eesti OÜ, tel 617 7380, e-post: tallinn.estonia@roche.com

Viited: 1. Ravimi omaduste kokkuvõte: https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2024/20240222161595/axn_161595_et.pdf 2. Burotto M, Zvirbulis Z, Mochalova A, et al. IMscin001 Part 2: a randomised phase III, open-label, multicentre study examining the pharmacokinetics, efficacy, immunogenicity, and safety of atezolizumab subcutaneous versus intravenous administration in previously treated locally advanced or metastatic non-small-cell lung cancer and pharmacokinetics comparison with other approved indications. Ann Oncol. 2023;34(8):693-702.





ANTI VEERMAA

Normaalne vererõhk toob edaspidi palju peavalu

Kui varasemalt oli eesmärgiks saavutada vererõhk vähemalt 140/90 mmHg ja soovitatavalt 130/80 mmHg, siis nüüd on sihtiks 120/70 mmHg ja ei millimeetritki rohkem. Hüpertensiooni diagnoos algab endiselt 140/90 mmHg tasemelt, kuid kõik see vahepealne, mis jääb nende väärtuste vahele, loetakse edaspidi kõrgeenenud vererõhuks. Professor Margus Viigimaa tuli selle uudisega Londonist Euroopa Kardioloogia Konverentsilt. Ta mõõnis, et eesmärk on ambitsioonikas ja üks Soome kolleeg olevat leidnud, et tervelt 80% keskealistest on vererõhk kõrgem kui 120/70 mmHg.

Vererõhu kontroll ei ole seega enam lihtsalt hüpertensiooni ravi, vaid ulatuslik terviseriski juhtimine. Ambitsioonikas siht 120/70 mmHg ei ole lihtsasti saavutatav ja nõuab suurt panust nii arstilt kui ka patsiendilt. Kongressil jõuti ka arusaamani, et see tähendab vajadust seada sisse oportunistlik sõeluuring ehk mistahes murega patsient arstile tuleb, peab mõõtma tal ka vererõhku.

Paraku mõõtmine ja tuvastamine üksi ei alanda vererõhku. Lihtne lahendus oleks kohe ravimeid määrata, kuid alustuseks soovitatakse siiski eluviisi-muudatusi.

Siit alles tõeline peavalu alles algab – kuidas motiveerida inimest talle meeldivast ja harjumuspärasest loobuma? Vähem kiireid süsivesikuid, loomseid rasvu, alkoholi, autos istumist. Need ahvatlevad valikud peaksid olema raskemini tehtavad ja tervist säästvad tegevused mugavamad. Ainuüksi Tallinna liiklus on näidanud aga, et näiteks autost ei sunni naljalt loobuma ka ummikud ega kõrge kütusehind, kuina puudub odavam ja kiirem alternatiiv. Seega tuleb leida vererõhu normis hoidmiseks (tervislik) präänik, sest piit-sast on vähe abi.



Lugupidamisega

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



**MEDITSIIN
FOOKUSES**

**Meditasiinuudiste
tasuta
lisaväljaanne**

meditsiinuudised@aripaev.ee
Peatoimetaja:
Kadi Heinsalu, tel 667 0451
kadi.heinsalu@aripaev.ee
Toimetaja:
Violetta Riidas
violetta.riidas@aripaev.ee

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

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



MEDITSIIN FOOKUSES

NR 46
SEPTEMBER 2024

KARDIOLOOGIA Professor **MARGUS VIIGIMAA** teeb ülevaate Euroopa Kardioloogia Kongressil räägitust. **Lk 6–8**

KARDIOLOOGIA ITK kardioloog **URMO KIITAM** kirjeldab kodade virvendusarütmia diagnoosimist ja ravi. **Lk 10**

KARDIOLOOGIA Perearst **EVE KIVISTIK** kirjeldab kodade virvendusarütmia ravi perearsti vaatest. **Lk 12**

NEFROLOOGIA Kliinikumi nefroloog **KÜLLI KÕLVALD** kirjeldab seoseid kroonilise neerupuudulikkuse, diabeedi ja hüpertensiooni vahel. **Lk 14–16**

PSÜHHIAATRIA Psühhiaater **VILJAR VEEDE** teeb ülevaate täiskasvanute ATHst ja komorbiidsetest seostest. **Lk 18**

NEUROLOOGIA Psühhiaater **ANTS KASK** annab vastuse küsimusele, mida teeb C-hepatiit ajuga. **Lk 20**

NEUROLOOGIA Anestesioloog **PILLE SILLASTE** vastab küsimustele neuropaatilise valu kohta. **Lk 24**

ONKOLOOGIA **KAIRE INNOS** tervise arengu instituudist teeb ülevaate Eesti viimase aja vähistatistikast. **Lk 20**

Järgmine number ilmub **novembris 2024**.

MEDITSIINIUUDISTE KONVERENTSID SÜGISEL JA TALVEL

Kõik on hübriidkonverentsid, st toimuvad nii kohapeal kui ka veebis



03.10.2024 Noorukite konverents

Olümpia konverentsikeskus
ja veeb
pood.aripaev.ee/konverentsid-noore-keha-ja-vaim



10.10.2024 Unemeditsiini konverents

Viru konverentsikeskus ja veeb
pood.aripaev.ee/unemeditsiin2024



21.11.2024 Ravimi-konverents

Kai kunstikeskus ja veeb
pood.aripaev.ee/ravimikonverents2024



05.12.2024 Meditsiini UPDATE 2024

Swissôtel Tallinn konverentsikeskus ja veeb
pood.aripaev.ee/update2024



13.12.2024 Meditsiin 2025

Kai kunstikeskus ja veeb
pood.aripaev.ee/meditsiin2025



20.02.2025 Toitmis- ja liikumisravi konverents

UUS KOHT! T1 Tallinn Venue ja veeb
pood.aripaev.ee/konverentsid-toitmis-ja-liikumisravi-konverents-2025



13.03.2025 Vaimse tervise konverents

UUS KOHT! T1 Tallinn Venue ja veeb
pood.aripaev.ee/vaimse-tervise-konverents-2025

Kavad:
Meditsiiniuudiste sündmuste juht Karin Tamm
Karin.tamm@aripaev.ee,
tel 513 8862
Toetused:
Meditsiiniuudiste müügi- ja arendusjuht Maarja Kõrv
Maarja.korv@aripaev.ee,
tel 525 7708



MEDITSIINI-
KONVERENTSID

Migard[®]

Frovatriptaan 2,5 mg

26h!

Poolväärtusaeg¹



Näidustus¹

Auraga või aurata migreeni peavalufaasi ravi täiskasvanutel.

Annustamine¹

Frovatriptaani soovitatav annus on 2,5 mg. Kui migreen tekib pärast esmast taandumist uuesti, võib võtta teise annuse tingimusel, et kahe annuse vahel on vähemalt 2 tundi. Ööpäevane annus ei tohi ületada 5 mg.

Vastunäidustused¹

Ülitundlikkus frovatriptaani või abiaine suhtes; patsiendid, kellel on anamneesis müokardiinfarkt, südame isheemiatõbi, koronarospasm (nt Prinzmetali stenokardia), perifeerne veresoonte haigus; patsiendid, kellel on südame isheemiatõvele viitavad sümptomid või nähud; mõõdukalt raske või raske kõrgvererõhutõbi, kontrollimata kerge kõrgvererõhutõbi; anamneesis tserebrovaskulaarne juhtum või transitoorne isheemiline atakk; raskekujuline maksakahjustus; frovatriptaani samaaegne manustamine ergotamiini, ergotamiini derivaatide (k.a metüsergiid) või teiste 5-hüdroksütrüptamiini (5-HT₁) retseptori agonistidega. Tavalisemate Migard'i kõrvaltoimetena (<10%) on ilmnunud pearinglus, väsimus, paresteesia, peavalu ja vaskulaarne punetus.¹ Täielik info ravimi vastunäidustustest, erihoiatustest ja kõrvaltoimetest on leitav ravimi omaduste kokkuvõttes (kinnitatud aprill 2022).¹

Retseptiravim

Müügiloa hoidja: Menarini International O.L.S.A. 1 Avenue de la Gare, L-1611, Luksemburg. Täiendav teave müügiloa hoidja Eesti esindusest: OÜ Berlin-Chemie Menarini Eesti, Paldiski mnt. 29, Tallinn. Tel: 667 5001

1. Migard (frovatriptaan) 2,5 mg ravimi omaduste kokkuvõte (kinnitatud aprill 2022)

Reklaam on suunatud ravimite väljakirjutamise õigust omavatele isikutele, proviisoritele ja farmatseutidele.

EE-MIG-04-2024-V01-print (06.2024)



Personalised medicine in hypertension

Personalised prevention of CVD for people with high PRS

Aim

- Randomised control trial with 2018 study participants
- Impact of sharing polygenic risk score with patient to reduce cardiovascular risk over 12 months

Results

- Reduction in cardiovascular disease risk factors over 12 months
- Increased adherence to lipid-lowering and antihypertensive drugs
- Physician acceptance of the intervention

Take-home

- Sharing polygenic risk score with patients can help improve cholesterol and BP
- General practitioners are interested in using genetic risk assessment in practice

for shares PRS at month 0

Intervention: 3 Visits

Second visit at month 3

Third and last visit at month 12

press 2024
Online

Viigimaa et al. Eur Heart J, 2022;2:1-10

Anna Dominiczak
UK

Personaalmehitsiini korüfee prof Anna Dominiczak Glasgow ülikoolist tutvustas Eesti uuringu tulemusi kui ühte vähest praktilise kardiovaskulaarse personaalpreventsiooni näidet. FOTO: MARGUS VIIGIMAA

Ravijuhisesse lisandus kõrgeenenud vererõhu mõiste

Euroopa Kardioloogia Kongressil käsitleti hüpertensiooni ja ravijuhisesse lisandus kõrgeenenud vererõhu mõiste. Värskeid hüpertensiooniuudiseid vahendas Londonist prof **Margus Viigimaa**.

VIOLETTA RIIDAS, toimetaja

Uue juhise võttis vastu Euroopa kardioloogide selts. Viimane hüpertensiooni juhise tuli Euroopa kardioloogide seltsilt aastal 2018 ja eelmisel aastal lisandus Euroopa hüpertensiooniuuringu juhise. Tavaliselt on olnud üks ühtne Euroopa juhise, kuid nüüd on tekkinud mõningane segadus, kuidas erinevad riigid neid juhiseid käsitlema hakkavad. Kui vaadata viimast aastakümnet, siis Euroopa ja Ameerika juhised on hakanud ühtlustuma. Veel umbes 10 aastat tagasi oli neis dokumentides palju rohkem erinevusi, kuid praeguseks on need olulisel määral vähenenud.

Kõige huvitavam uuendus uues juhises on see, et arteriaalset hüpertensiooni käsitletakse eraldi kõrgeenenud vererõhust. Varem olid normotensioon ja hüpertensioon ainsad kategooriad, kuid nüüd on lisandunud kõrgeenenud vererõhk. Normaalse vererõhu määr on nüüd 120/70 mmHg ja vähem, mis on vara-

semast tunduvalt rangem eesmärk. Kui varem peeti väärtust 130/80 mmHg rahuldavaks, siis uus määr on oluliselt madalam. Hüpertensiooni diagnoos algab endiselt 140/90 mmHg tasemelt, kuid vahepealne ala, mis jääb nende väärtuste vahele, määratletakse nüüd kõrgeenenud vererõhuna. Uues juhises rõhutatakse ka, et selles vahemikus tuleks keskenduda maksimaalselt mittemedikamentoosele raviviisidele ehk senise eluviisi muudatustele. Eakate ja hapraste patsientide puhul, kelle vererõhk on olnud kaua kõrge, tuleb olla ravieesmärkide seadmisel ettevaatlik, kuna väärtuse 120/70 mmHg saavutamine võib põhjustada neil aju verevarustuse häireid ja hüpotensiooni. Noorematel patsientidel ja diabeetikutel oli varasemates juhistes eesmärgiks 130/80 mmHg, kuid mitte alla 120/70 mmHg.

Palju rõhku pannakse ka vererõhu mõõtmisele väljaspool arsti kabinetti

- kodumõõtmised ja ööpäevane vererõhu monitooring on uutes juhistes sees. 24-tunni monitooringu puhul on kõrgeenenud vererõhu kriteeriumiks 130/80 mmHg, kuid ööpäeva keskmiseks normaalseks vererõhuks peetakse nüüd 115/65 mmHg (öösel 110/60 mmHg ja päeval 120/70 mmHg). Niivõrd ranget kriteeriumi pole varasemates juhistes olnud.

Selline madalate väärtuste sissevii mine juhisesse on tekitanud ka vastakaid arvamusi. Näiteks üks Soome kolleeg leidis, et 80% keskealistest ei ole vererõhk alla 120/70 mmHg.

Kongressi peateemaks oli personaalpreventiivne meditsiin ehk personaalmehitsiini kardioloogias. Personaalmehitsiini sessioonil tutvustas prof Anna Dominiczak Glasgow ülikoolist Eesti uuringu tulemusi kui ühte vähest praktilise kardiovaskulaarse personaalpreventsiooni näidet. Eesti uuring näitas, et patsientidel, kes said teada oma geeni-

CO-DALNESSA®

perindopriil / amlodipiin / indapamiid

4 mg / 5 mg / 1,25 mg N30, N60

4 mg / 10 mg / 1,25 mg N30, N60

8 mg / 5 mg / 2,5 mg N30, N60

8 mg / 10 mg / 2,5 mg N30, N60



**KOLM
EELISTATUD
MOLEKULI
ÜHES TABLETIS¹**



Co-Dalnessa oli **esimene kolmikkombinatsioon** perindopriili, indapamiidi ja amlodipiiniga Euroopas²⁻⁴



Lihtne ja mugav annustamine **üks kord päevas⁵**



Saadaval **erinevates annustes** pakendatuna **blisterpakenditesse⁵**

Näidustus: essentsiaalse hüpertensiooni ravi patsientidel, kellel perindopriil, indapamiidi ja amlodipiini samade annuste koosmanustamine on taganud piisava vererõhu languse.

Viited: 1. Mancia G, Kreutz R, Brunstrom M, et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. J Hypertens. 2023 Jun 21. 2. Triplixam (Servier) müügiluba Nr: 835114 Eestis; 27. 01. 2014. 3. Co-Dalnessa (Krka) Müügiluba Nr: OGYI-T-22577/37-45 Ungaris; 18. 11. 2013, Nr: nr 832813 Eestis; 20. 12. 2013. 4. Müügiandmed aastatest 2014-2024. 5. Ravimi omaduste kokkuvõte Co-Dalnessa 09.2022.

Co-Dalnessa (perindopriil, amlodipiin, indapamiid) on retseptiravim.

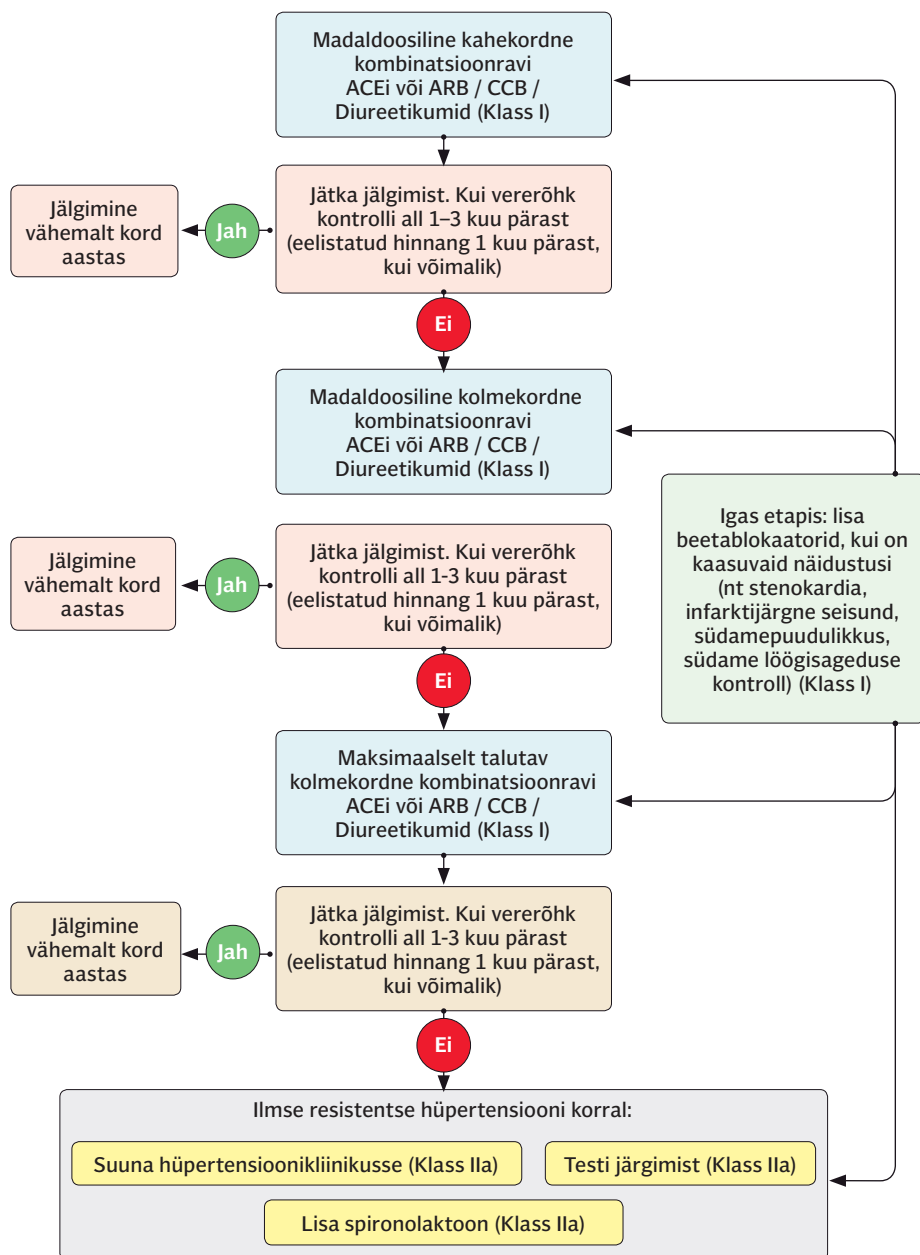
Müügiloa hoidja: KRKA d.d., Novo mesto, Šmarješka cesta 6, 8501, Sloveenia. Täiendav teave on saadaval müügiloa hoidja Eesti esindusest: KRKA d.d., Novo mesto, Eesti filiaal, Pärnu mnt 141, 11314 Tallinn, Eesti. Tel: +3726671658. www.krka.ee

riskist, langes vererõhk 20 mmHg võrra. Samuti langes nende LDL-kolesterooli tase. Uuringu tulemused avaldati kaks aastat tagasi väljaandes European Heart Journal.

Niisiis, kui varem oli eesmärgiks saavutada vererõhk vähemalt 140/90 mmHg ja soovitatavalt 130/80 mmHg, siis nüüd on sihiks 120/70 mmHg. Kui see osutub liiga keeruliseks, võib kaaluda tagasihoidlikumat eesmärki. Soome kolleegi väite põhjal, et 80% keskealistest inimestest on vererõhk kõrgem kui 120/70 mmHg, tõstatati küsimus, kas tuleks alustada laialdast skriiningut. Arutelude tulemusena leiti, et rakendama peaks oportunistlikku skriiningut – iga kord, kui patsient külastab arsti mistahes probleemiga, tuleks ka tema vererõhku mõõta. Vererõhku tuleks määrata korduvalt ja ka püstises asendis, et tuvastada võimaliku ortostaatilise hüpotensiooni esinemine. Erilist tähelepanu tuleb pöörata ülekaalulistele inimestele, kuna liigne kaal on samuti oluline riskitegur. Ortostaatilise hüpotensiooni definitsioonid on samad – süstoolse rõhu langus 20 mmHg ja diastoolse rõhu langus 10 mmHg, kui inimene seisab 3 minutit. Ortostaatilist hüpotensiooni esineb sageli diabeetikutel ja vanemaelistel patsientidel. Istudes võib nende vererõhk tunduda hästi kontrollitud, kuid püsti tõustes liigselt langeda.

Pärast hüpertensiooni diagnoosimist algab kolmekuuline mittemedikamentoonne faas, kus tuleb teha kõikvõimalik vererõhu normaliseerimiseks. 5 grammi soola ja alkoholi tarbimise piirangud on endiselt samad, mis on olnud seni Euroopa juhistes. Kui kolme kuu pärast ei ole vererõhk $\leq 130/80$ mmHg, alustatakse ravimitega. Ravi soovatakse alustada kohe kombinatsioonina, välja arvatud väga eakate või habraste patsientide puhul. Euroopa juhised rõhutavad individuaalse lähenemise vajadust, kus ravi peab olema kooskõlas patsiendi üldise seisundiga, sealhulgas vanuse ja kaasuvate haigustega.

Kui kolme ravimiga ei saavutata eesmärke, tuleks lisada raviskeemi spironolaktoon. Ka Eestis kehtivad ravijuhised rõhutavad seda. Kui ka siis ei saavutata soovitud tulemusi, on soovitatav suunata patsient hüpertensiooni keskusesse või kardioloogi vastuvõtule. Kui patsient vajab rohkem kui kolme ravimit, tuleks kaaluda sekundaarsete põhjuste olemasolu, nagu neerupeatiste kasvaja või neeruarteri ahenemine, mis võivad vajada spetsiifilist ravi. Kindlasti tuleks



ravieesmärgi mitta saavutamisel kaaluda täiendavat ravi ja pöörduda spetsialistide poole, et vältida tõsisemaid tüsistusi. Kolesterooli alandamise osas jäävad põhimõtted samaks, keskendudes vaskulaarse riski hindamisele ja vastavalt sellele statiinravi määramisele. Statiinravi on iseenesest mõistetav. Hüpertensiooni ja teiste riskitegurite puhul on oluline käsitleda iga patsienti individuaalselt, arvestades nende tervislikku seisundit ja vajadusi. Kui patsiendil esineb diabeet, tuleb kindlasti arvestada tema südame-veresoonkonna haiguste riski. Selle hindamiseks kasutatakse skoorisüsteeme, mis võimaldavad täpselt hinnata riski taset. Patsientidele, kellel ei ole veel kardiovaskulaarseid haigusi, kuid kes on diabeetikud, tuleb pakkuda vajalikku ravi ja nõustamist, et ennetada haiguste teket.

Uutest ravivõimalustest on uurimisel kaks korda aastas süstitav ravim ja ja kliinilises praktikas juba juurutatud neeruarteri denervatsioon, mida on kasutatud ja mida me jätkame ka Eestis. Seda ravi tehakse hoolikalt valitud patsientidele, kes ei allu medikamentoonsele ravile. Eesti Kardioloogide Selts ja Eesti Hüpertensiooni Ühing on tervisekassale esitanud taotluse selle meetodi rakendamiseks ravikonsiiliumi poolt selekteeritud rasketel juhtudel. Kõik uued meetodid peavad näitama pikaajalist efektiivsust ja vähendama kardiovaskulaarseid sündmusi, eriti ajuinsulti ja infarkti, mis on tihedalt seotud kõrge vererõhuga. Lisaks tuleb uute vererõhku alandavate meetodite puhul tõendada pikaajalist efektiivsust, sealhulgas suremuse vähenemist. Selleks on vaja pikaajalisi ja suuremahulisi uuringuid.

Soodustingimused muutusid!¹

Rybelsus't saab nüüd määrata kõigile 2. tüüpi diabeediga patsientidele olenemata nende kehamassiindeksist!

Soodustingimused alates 1. juuli 2024:

50% soodustus: 2. tüüpi diabeedi kombinatsioonraviks või monoraviks, kui metformiin on vastunäidustatud

75/90% soodustus: 2. tüüpi diabeedi kombinatsioonraviks patsientidel, kellel metformiin ja SGLT-2 inhibiitor ei ole andnud rahuldavat efekti või on vastunäidustatud



3 mg - algannus
esimese ravikuul
jooksul

7 mg - raviannus
alates teisest
ravikuust

14 mg - raviannus
parima raviefekti
saavutamiseks

**STOP
KAALU-
PIIRANGULE!**

Rybelsus[®] (semaglutiid) on retseptiravim. Igas pakendis 30 tabletti.
Rybelsus[®] (semaglutiid) 3 mg tabletid. Üks tablett sisaldab 3 mg semaglutiidi.
Rybelsus[®] (semaglutiid) 7 mg tabletid. Üks tablett sisaldab 7 mg semaglutiidi.
Rybelsus[®] (semaglutiid) 14 mg tabletid. Üks tablett sisaldab 14 mg semaglutiidi.
Näidustus: ebapiisavalt kontrollitud 2. tüüpi diabeedi raviks täiskasvanutele lisaks dieedile ja füüsilisele koormusele: monoteerapiana, kui metformiin on talumatuse või vastunäidustuste tõttu sobimatu; kombinatsioonis teiste diabeediravimitega.
Viited: Soodusravimite muudatused alates 1. juulist 2024.
www.ravimiregister.ee/Default.aspx?pv=Andmed.SoodustusedPiirhinnadRavimiregister
Müügiloa hoidja: Novo Nordisk A/S, Novo Allé DK-2880 Bagsværd, Taani.
Täiendav teave müügiloa hoidja esindusest: Novo Nordisk Estonia OÜ, Paldiski mnt. 29, Tallinn 10612.
RYBELSUS[®] on Novo Nordisk A/S, Taani, kaubamärk. © 2024 Novo Nordisk A/S EE24RYB00043 08/2024

Sageduskontroll on oluline osa kodade virvendusarütmia ravist

Kodade virvendusarütmia tegi webinaril ülevaate Ida-Tallinna keskhaigla kardioloog **Urmo Kiitam.**



Urmo Kiitam
FOTO: ERAKOGU

Kodade virvendusarütmia (KVA) on südame rütmihäire, mille korral on oluline veenduda, et patsiendil on korrektne diagnoos. KVAd iseloomustavad ebaregulaarselt ebaregulaarsed R-R intervallid, selgelt eristatavate P-lainete puudumine ja ebaregulaarne kodade elektriline aktiivsus. Diagnoosi kinnitamiseks on vajalik vähemalt 30sekundiline KVA episood EKG-monitooringul või KVA esinemine 12-lülitusega (12L) EKG-l.

KVA AJALISE KESTUSE TÄPSUSTAMISEKS KASUTATAKSE MITUT TERMINIT:

- ▶ **Esmaselt diagnoositud:** esmakordselt avastatud KVA
- ▶ **Paroksüsmaalne:** KVA kestab < 7 päeva
- ▶ **Persisteeruv:** KVA kestab > 7 päeva
- ▶ **Pikaajaline persisteeruv:** KVA kestab üle aasta, kuid otsustatakse rütmikontrolli strateegia kasuks.
- ▶ **Permanentne:** KVA korral siinusrütmi aktiivselt ei taastata, mis on arstide ja patsiendi poolt teadlikult valitud taktika.

Samuti on termineid, mida ei soovitata kasutada, näiteks “eraldiseisev” või “idiopaatiline” KVA, sest KVA tekkepõhjuseid saab peaaegu alati kindlaks teha. Terminite “valvulaarne” ja “mitte-valvulaarne” kasutamine võib tekitada segadust klapiirikete või -proteeside puhul ning “krooniline” KVA ei oma selget ajalist määratlust ega oma seega kliinilist tähendust.

KVA DIAGNOOSIMISEKS JA JÄLGIMISEKS KASUTATAKSE MUU HULGAS:

- ▶ **Pulsi katsumine:** lihtne ja kiire meetod
- ▶ **12-lülitusega EKG:** rutiinne uuring, mis nõuab aparatuuri ja personali
- ▶ **24/72 tunni Holter-monitooring:** pikemaajaline EKG jälgimine
- ▶ **Rütmivalvur e loop recorder:** sobib pikaajaliseks rütmijälgimiseks patsientidel, kellel esinevad sümptomid harva (paar korda kuus), nagu võimaliku bradükardiaga seotud sünnkoobid või südamepuperdamise hood koos KVA riskiteguritega

Enamlevinud seadmed, mida on võimalik kasutada KVA skriinimiseks, on nutitelefonid, nutikellad ja vererõhuaparaadid, mis kasutavad fotopletüsmograafiat (PPG) pulsilainete mõõtmiseks. Oluline on mõista, milline tehnoloogia on alarmi tekitanud, ja vajadusel kinnitada diagnoos tavapäraste kliiniliste meetoditega (EKG salvestus või EKG monitooring). Nutiseadmetelt saadud info, näiteks pulsisagedus, füüsiline koormus ja une

kvaliteet, võib olla väärtuslik lisainfo rütmihäirete tuvastamisele. Diagnoosi kinnitamine eeldab ühe lülitusega salvestatud AF kestvust min 30 sekundit või KVA esinemist kogu 12-lülitusega EKG vältel. Andmete tõlgendamine ja diagnoosimine peab toimuma arsti poolt. Kindlasti on vajalik EKG salvestus (PPG ei sobi). Kui nutiseadme EKG pole üheselt tõlgendatav, on vajalik korduv EKG salvestamine (12L/Holter). Pikaajalise KVA monitoorimise võimaldamiseks on implanteeritav rütmivalvur, mis sobib patsientidele, kellel esinevad harvad bradükardia vm rütmihäirega seotud sümptomid. Seade võimaldab 24/7 jälgimist kuni kolme aasta jooksul, ilma patsiendi aktiivse osaluseta.

Sageduskontroll on oluline osa KVA ravist, kus esmane eesmärk on hoida pulsisagedus rahuolekus < 110 löögi minutis. Sageduskontrolli ravimite esmane valik on beetablokaatorid (metoprolol või bisoprolol). Alternatiivsed võimalused hõlmavad verapamiili või diltiaseemi, aga nende kasutamine on piiratud, kui südame väljutusfraktsioon on langenud. Intensiivsema sageduskontrolli vajaduse puhul võib kaaluda ka digoksiini või kombineeritud ravi.

Rütmikontrolli kasutatakse peamiselt sümptomite leevendamiseks ja elukvaliteedi parandamiseks. Kui sageduskontroll saavutab asümptomaatilise, ei pruugi rütmikontroll olla vajalik. Rütmikontrolli kasuks räägivad tegurid, nagu noorem vanus, esmane AF episood, tahhükardiamüopaatia ja patsiendi eelistus rütmikontrolliks.

Antikoagulantravi vajadust hinnatakse CHA₂DS₂-VASC skoori alusel. Meestel skooriga 0 ja naistel skooriga 1 ei ole antikoagulantravi vajalik, meestel skooriga 1 ja naistel 2 tuleks ravi kaaluda. Meestel skooriga 2 ja naistel 3 on ravi näidustatud. Antikoagulantravi vastunäidustuste (aktiivne tõsine veritsus, raske trombotsütopeenia (<50 PLT/ μ L), raske ebaselge põhjusega aneemia, hiljutine kõrge riskiga veritsus (intrakraniaalne hemorraagia) korral tuleb kaaluda alternatiivseid meetodeid, näiteks vasaku koja kõrvakese (LAA) sulgur.

Bradükardia ja antiarütmikumide kõrvaltoimete korral, kui esineb siinussõlme nõrkuse sündroom või pikenenud QTc aeg, on medikamentoosne ravi keeruline ning tuleb kaaluda kateeterablatsiooni või püsistimulaatori paigaldust. Kateeterablatsiooni tuleks kaaluda, kui ravi beetablokaatorite või antiarütmikumidega on ebaefektiivne või halvasti talutav. Ablatsioonravi on soovitatav ka tahhükardiamüopaatia või tugevalt sümptomaatilistel patsientidel ja valitud juhtudel võib vähendada suremust ja hospitaliseerimisi.

Meditsiin Fookuses



Nad vajavad kindlustunnet...



-24% insuldi ja SE
riski langus ¹



-23% KV- suremuse
riski langus ¹



-20% suurte veritsuste
riski langus ¹

Lixianaga[®] (edoksabaan) on
kindlustunde tagamine lihtne*,
ükskõik kui erinevad on
Teie patsiendid.



1 tablett 1 kord päevas

*Lihtsus on enam kui üks kord päevas suukaudne manustamine. Edoksabaan sobitub paljudele patsientidele olenemata kaasuvatest haigustest (kaasatud ENGAGE-AF uuringusse). See on lihtne tänu vähestele ravimitevaheliste koostoimetele, võimalusele ravimit purustada ja võtta ravimit koos toiduga või ilma. Lisaks on doseerimine lihtne ja ei ole näidustusest (vt ravimi omaduste kokkuvõtet).

Lixiana (edoksabaan) 30 mg või 60 mg õhukese polümeerikattega tabletid.

Näidustus: Insuldi ja süsteemse emboolia ennetamiseks täiskasvanud patsientidel, kellel esineb mittevälvulaarne kodade virvendusarütmia koos ühe või mitme riskiteguriga, milleks on südame paispuudulikkus, hüpertensioon, vanus ≥ 75 aastat, diabeet, eelnev insult või transitoorne isheemiline atakk (TIA). Süvaveenitromboosi (SVT) ja kopsuarteri trombemboolia (KATE) raviks ning korduva SVT ja KATE ennetamiseks täiskasvanutel.

Retseptiravim. Müügiloa hoidja: Daiichi Sankyo Europe GmbH, Zielstattstrasse 48, 81379 Munich, Saksamaa. Täiendav teave müügiloa hoidja esindusest Servier Laboratories OÜ, Roseni 7C, 10111 TALLINN, tel 6645040 või www.servier.ee

Viide: 1. Giugliano RP et al. N Engl J Med. 2013;369:2093-2104

SE süsteemne emboolia; KV kardiovaskulaarne

Kodade virvendusarütmia perearsti vaates

KVA diagnoosimisest ja ravist perearsti vaatevinklist tegi vebinaril ülevaate Linnamõisa Perearstikeskuse perearst **Eve Kivistik**.

VIOLETTA RIIDAS, toimetaja

Kodade virvendusarütmia (KVA) on maailma mastaabis levinud südame rütmihäire, mis mõjutab ligikaudu 3% täiskasvanud elanikkonnast. Selle esinemissagedus suureneb koos vanusega. KVAga kaasneb märkimisväärt arteriaalse trombemboolia risk, mis on seotud ligikaudu 30% ajuinfarktide tekkemise. Igal aastal vajab 10–40% KVA patsientidest haiglaravi ning südame süstoolne funktsioon võib patsientidel väheneda kuni 30%.

Kuigi suukaudne antikoagulantravi vanemaealistele KVAga patsientidele on vajalik, siis tervisekassa analüüs (2018–20) näitas, et 65aastaste ja vanemate KVA patsientide seas ei määratud ühel viiendikul patsientidest antikoagulant-ravi üldse. Umbes 30% patsientidest oli 100% ravimkaetus väljakirjutatud retseptide näol, kuid pooltel patsientidest oli see vaid 50%.

Ravimsoostumuses ei täheldatud soolist erinevust. Seega on jätkuvalt oluline tähelepanu pöörata, et KVAga patsientidele määratakse asjakohane antikoagulantravi.

SÕELUMINE JA DIAGNOOSIMINE

Rütmihäire kulgeb sageli asümptomaatilisel. Kõigil 65aastastel ja vanematel inimestel, kellel ei ole teadaolevalt KVA, tuleks igal arsti- ja õevisiidil pulssi katsuda. Ebaregulaarse pulsi korral tuleks teha EKG. Lisaks on oluline õpetada patsiente, sealhulgas ka nooremaid, kellel on kahtlus südame rütmihäirete, kuidas oma pulssi kontrollida ja regulaarsust hinnata.

KVA kahtluse korral on vajalik kinnitada diagnoos EKG abil, sest pulsi palpeerimise sensitiivsus KVA tuvastamisel on küll 94%, kuid spetsiifilisus vaid 72%.

Pärast krüptogeenset ajuinfarkti, TIAd või arteriaalset trombembooliat tuleks



FOTO: SHUTTERSTOCK

südamerütmi jälgida 24 tundi, et leida võimalikke KVA episoodide. Kui 24tunnine jälgimine ei tuvasta KVA-d, tuleks jälgimisaega pikendada 72 tunnini või vajadusel kasutada pikemaajalist ambulatoorset jälgimist EKG salvestaja või implanteeritava rütmivalvuri abil.

PATSIENTIDE UURIMINE JA RAVI

KVA diagnoosimisel on oluline EKG tegemine, et tuvastada võimalikke struktuursete südamehaigusi või juhtehäireid. Vajadusel tuleks teha transtorakaalne ehk kardioograafia.

Antikoagulantravi soovitatakse kõigile meestele, kelle CHA₂DS₂-VASc skoor on vähemalt 2 ja naistele, kelle skoor on vähemalt 3. Kui patsiendi CHA₂DS₂-VASc skoor on meestel 1 ja naistel 2, tuleks kaaluda antikoagulantravi määramist, võttes arvesse patsiendi individuaalsust ja eelistusi.

VERITSUSE RISKIFAKTORID

Antikoagulantravi määramisel tuleb arvestada nii mittemõjutatavate kui ka mõjutatavate veritsuse riskifaktoritega. Mittemõjutatavate hulka kuuluvad

vanus, varasem verejooks või insult, raske neerupuudulikkus, kasvaja, maksatsirroos, diabeet ja dementsus.

Mõjutatavate hulka kuuluvad aneemia, trombotsütopeenia, neerufunktsiooni häired, INR kontroll, kaasuvad ravimid (näiteks NSAID ja ASS), OSAKi doosi korrigeerimine, alkoholi liigtarvitamine, ohtlikud harrastused ja kukkumisoht.

KVA ravi hõlmab sageli beetaadrenoblokaatorite, kaltsiumikanalite blokaatorite ja südameglükosiidide kasutamist. Lisaks tuleb arvestada patsiendi kaasuvate haigustega, nagu see on esile toodud mitmes kliinilises uuringus.

Kokkuvõtvalt võib öelda, et KVA on sagedasti esinev südame rütmihäire, mis nõuab põhjalikku diagnoosimist ja kohast ravi ja seda eriti vanemaealistel patsientidel.

Suukaudne antikoagulantravi on paljudele KVA patsientidele hädavajalik trombembooliliste tüsistuste ennetamiseks, kuid raviotsused peavad arvestama iga patsiendi individuaalseid riske ja eelistusi. Veritsuse riskide hindamine ja vastav ravi on KVAga patsientide puhul elutähtis.

ELIQUIS®
(apiksabaan):
EFEKTIIVSUS
JA OHUTUS,
MILLE VALIN^α

ENDA

ISA

SÕBRANNA

PATSIENDI JAKKS

^αPõhineb NVAF-i
kliinilistel uuringutel
vs varfariin



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



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



Väiksem üldsuremus ↓**11% RRR**^{1*}



Seedetrakti säästev insuldikaitse^{1*}



Ööpäevaringne insuldikaitse^{1,2}

*vs. varfariin

RRR = suhtelise riski vähenemine

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

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

Küsimustele kroonilisest neerupuudulikkusest kardiorenaalse ja metaboolse sündroomi vaatenurgast vastas kliinikumi nefroloogia osakonna vanemarst-õppejõud **Külli Kõlvald**.

VIOLETTA RIIDAS, toimetaja



FOTO: SHUTTERSTOCK

Diabeet ja hüpertensioon kahjustavad neere enim

KUI PALJU ESINEB KROONILIST NEERUPUUDULIKKUST?

Maaailmas põeb kroonilist neeruhaigust (KNH) 8,5-16% rahvastikust ja selle esinemissagedus on ajas tõusmas. Seega kannatab eri raskusastmega KNH käes praegu maailmas ligi 850 miljonit inimest. Ühel kümnest eurooplasest on vähenenud neerufunktsioon.

Vanemaealiste hulgas esineb neeruhaigust sagedamini kui noortel. Pärast 40. eluaastat alaneb neerufunktsioon ligikaudu üks protsent aastas ja juba üle 65 aasta vanustel inimestel esineb KNH palju sagedamini. Näiteks põeb seda iga neljas selles vanuses naine ja iga viies mees.

MILLINE ROLL ON DIABEEDIL JA HÜPERTENSIOONIL KNH KUJUNEMISEL?

Levinumad neeruhaigused ei olegi üldse tingitud neeru enda haigustest. Just diabeet ja hüpertensioon kahjustavad neere enim. Ligikaudu ühel kolmest diabeediga täiskasvanust ja ühel viiest kõrge vererõhuga täiskasvanust võib olla KNH ning rasketel juhtudel võib see süveneda neeruasendusravi vajava lõppstaadiumi neeruhaiguseni (LSNH).

Eestis on diabeet LSNH põhjusena küll kolmandal kohal, kuid arvestades globaalseid trende, võib ka meil prognoosida diabeedi tüsistusena tekkinud neerupuudulikkusega patsientide hulga kasvu.

Põhjus, miks neeruprobleemid sageli just diabeetikuid tabavad, seisneb peamiselt kahes diabeedile iseloomulikus teguris: hüperglükeemias ja kõrges vererõhus. Diabeetilise neerukahjustuse esmane väljendus on albuminuuria. Kui suhkurtõvest põhjustatud neerukahjustus püsib pikka aega, kõrgeneb paljudel patsientidel ka vererõhk.

Ükskõik, mis on neeruhaiguse põhjus, võib kõrge vererõhk neerufunktsiooni halvendada. Kui ka hüpertooniatõve korral kõrge vererõhk ületab normi piiri (140/90 mmHg) pikka aega, võib see põhjustada kroonilist neeruhaigust. Neeruhaiguse süvenemist aitab pidurdada kindlasti kõrgevererõhktõve ravi.

KUIDAS MÕJUTAB KNH OMAKORDA DIABEETI JA VERERÕHKU?

Kõrgenenud vererõhk on KNH progresseerumise riskifaktor, kuid võib ilmned ka KNH progresseerumise tagajärjel, mistõttu on mõnikord raske kindlaks

teha, milline haigusprotsess eelneb teisele. Kõrge vererõhk võib halvendada neerukahjustust ja suurendada kardiovaskulaarsete tüsistuste tõenäosust, kuid neeruhaigus võib kaasa aidata kõrgenenud vererõhu arengule. Haigestunud neerud ei suuda vererõhku reguleerida ja selle tulemusena tõuseb vererõhk veelgi.

Lisaks võib neeruhaigus aidata kaasa diabeedi tekkele. Neerud osalevad glükoosi homeostaasi säilitamises kolme mehhanismi kaudu: glükoosi vabanemine vereringesse glükoneogeneesi kaudu, vere glükoosi kasutamine enda energiavajaduse katmiseks ja glükoosi tagasiimendumine vereringesse glomerulaarsest filtraadist. Kahjustatud neerufunktsiooni korral, nagu krooniline neeruhaigus, võib glükoosi metabolismi häire põhjustada insuliiniresistentsust ja diabeeti.

MILLINE KOLMEST VAJAKS RAVIS ENIM TÄHELEPANU – DIABEET (KUI SEE ON), HÜPERTENSIOON VÕI KNH?

Kõik kolm vajavad oluliselt tähelepanu. Kui on diagnoositud diabeet või hüpertensioon ja sellega piisavalt tegeleda, võib ära hoida neeruhaiguse tekke. Neeruprobleemid on nende patsientide

NR1 SGLT2
inhibiitor
Eestis*



**SÜDA
VAJAB KAITSET?**

**KAITSE
TAGAB**

Jardiance®
(empaglifloosiin)

Ei ole tegelik patsient.

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

NÄIDUSTUSED:

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

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

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

Südamepuudulikkus. Näidustatud täiskasvanutele sümptomaatilise kroonilise südamepuudulikkuse raviks.

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

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

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

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

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

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

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



* Ravimistatistika 2023. aasta.

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

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

Tähelestatud kõrvaltoimete kohta palume saata teade: PV_Local_Estonia@boehringer-ingelheim.com

hulgas väga sagedased, kuid ei pruugi endast märku anda, enne kui haigus on jõudnud juba kaugele areneda.

Suurenenud riski tõttu KNH suhtes tuleks sõeluda diabeedi, kõrgvererõhktõve ja teiste südame-veresoonkonna-haigustega ning potentsiaalselt neeru kahjustava süsteemse haigusega patsiente kord aastas.

KNH suhtes sõelumiseks on soovitatav määrata patsientidele järgmised laboratoorsed uuringud: albuminuuria hindamiseks albumiini ja kreatiniini suhe uriinis, glomerulaarfiltratsiooni hindamiseks kreatiniin plasmas ja hinnanguline glomerulaarinfiltatsiooni kiirus(eGFR). Regulaarne KNH hindamine on patsiendi seisukohast oluline, et avastada haigus varakult ja teha õigeaegsed raviotsused. Varasem diagnoosimine ja ravi alustamine pidurdab KNH progresseerumist, vähendab LSNH kujunemist ja suremust.

KUIDAS KNH-D ENNETADA DIABEEDI JA/VÕI HÜPERTENSIOONI KORRAL?

KNH on vaikselt ja algstaadiumis oluliste kaebusteta kulgev haigus. Uuringute põhjal on progresseeruv albuminuuria kõige olulisem ennustav tegur KNH väljakujunemisel. Neerufunktsioon väheneb aastate või aastakümnete jooksul. KNH ennetamisel on esikohal neerukahjustust tekitava põhihaiguse ravi.

KNH progresseerumise pidurdamisel ning seeläbi ka kardiovaskulaarse suremuse vähendamisel on oluline osa elustiili soovitusel. KNHga patsiente peaks julgustama olema füüsiliselt aktiivne, hoidma tervislikku kehakaalu, toituma tervislikult, vähendama soola tarbimist, loobuma suitsetamisest ning piirama alkoholi tarvitamist. Vererõhu kontrolliks on tervislike eluviiside oluline osa ka piisaval puhkusel ja ühtlasel unerežiimil (ööne uni 6–8 tundi).

Neerude puhul on vajalik piisavalt vedelikku tarbida. KNH algstaadiumis vajavad neerud väga vedelikku ja pigem tarbida seda rohkem kui liiga vähe. Kui aga on kaasuvaid haiguseid, nagu südamepuudulikkus või juba väga tõsine neerupuudulikkus, siis tuleb jällegi vedeliku koormust vähendada ning hoopis kasutada diureetikume.

KNH progresseerumise pidurdamiseks on olulised kaks nurgakivi: hoida kontrolli all vererõhk ja veresuhkur.

Parim viis kõrge vererõhu põhjustatud neeruhaiguse pidurdamiseks või ennetamiseks on võtta kasutusele meetmeid vererõhu alandamiseks. Need sammud



Küllil Kõlvald FOTO: ERAKOGU

hõlmavad nii eelpoolkirjeldatud eluviisi muutusi kui ka ravimite kombinatsiooni. Vererõhku alandavad ravimid ise võivad samuti oluliselt aeglustada neeruhaiguse progresseerumist (nt AKE ja ARB).

Diabeediga patsiendil aitab veresuhkru rangem kontroll pidurdada albuminuuria teket ja süvenemist. Uuringud on näidanud, et range veresuhkru reguleerimine vähendab mikroalbuminuuria riski lausa kolmandiku võrra. KNH ja diabeediga patsiendil tuleb kindlustada KNHga progresseerumise pidurdamiseks parim võimalik diabeedi kompensatsioon, hoides võimaluse korral glükoehemoglobiini väärtust alla 53 mmol/mol ehk alla 7%. Kuid nendel patsientidel tuleb arvestada ravieesmärkide seadmisel hüperglükeemia suurema tekkeriskiga, mis võib olla kuni 2,5 korda suurem. Oluline on hinnata iga patsiendi individuaalseid riske ja leida parima ohutu ravi eesmärk. Tähtis on igapäevane veresuhkrute määramine, võimalusel glükoosisensorite kasutamine.

Kõrge vererõhu kontroll on neeruhaiguse pidurdamise oluline tegur. KNH patsiendil soovitatakse hoida ravitulemuste parandamiseks vererõhk alla 140/90 mmHg ning kaaluda ka kardiovaskulaarsete sündmuste ja üldsuremuse vähendamiseks süstoolse vererõhu hoidmist isegi alla 120 mmHg. Vererõhu intensiivne ravi on näidanud kardiovaskulaarse riski vähenemist (südamepuudulikkus, ajuinsult) kolmandiku võrra ja üldsuremuse vähenemist neljandiku võrra. Soodne toime on tõestatud nii KNHga kui ka KNHta patsientidel.

Väga oluline on individuaalne lähenemine ja samas tuleb vältida sümptomaatilist hüpotensiooni. Vähem intensiivne

vererõhu langetamine on soovitatav patsientidel, kellel on suur kukkumisk-risk, lühike eeldatav elulemus või esineb sümptomaatiline posturaalne hüpotensioon.

Kõigil KNH patsientidel, kellel esineb väljendunud albuminuuria (albumiini ja kreatiniini suhe uriinis üle 30 mg/mmol, A3), on soovitatav vastunäidustuste puudumisel kasutada KNHga progresseerumise aeglustamiseks reniin-angiotensiin-aldosteroon-süsteemi (RAAS) antagonistide.

Samuti peaks RAAS antagonistide kasutamine diabeetilise nefropaatiaga KNHga patsiendil, kel esineb albuminuuria (albumiini ja kreatiniini suhe uriinis üle 3 mg/mmol, A2) sõltumata kõrgvererõhktõve esinemisest. Kuid tuleks hoiduda AKEI ja ARB kombinatsioonravist. Silmas peab pidama, et RAAS antagonistid võivad soodustada hüperkaleemia teket ja teatud juhtudel ka neerufunktsiooni vähenemist. Seetõttu on eGFR ja kaaliumi väärtuse jälgimine oluline ravi alustades ja ravimi doosi muutmisel.

Viimastel aastatel on lisandunud uusi ravimeid, mis pidurdavad neeruhaiguse progresseerumist. Näiteks SGLT-2 inhibiitorid on hiljuti saanud iseiseiva näidustuse kasutamiseks KNHga patsientidel kroonilise neeruhaiguse progressiooni pidurdamiseks olenemata II tüüpi diabeedi olemasolust. SGLT-2 inhibiitoriga ravitud patsientidel on väiksem risk KNH progresseerumiseks ja ägeda neerukahjustuse tekkeks ning väheneb ka risk kardiovaskulaarseteks surmadeks ja südamepuudulikkusest tingitud hospitaliseerimisteks. Soodsad toimed ei sõltu KNH põhjusest, kaasuvast diabeedist ega KNH staadiumist.

KNH ja II tüüpi diabeediga patsiendil, kellel on albuminuria, soovitatakse kaaluda lisaks standardravile KNH progresseerumise aeglustamiseks mittesteroidsete mineralokortikoidide retseptorite antagonistide (MRA) kasutamist. Mittesteroidsed MRAd on parema ohutusprofiiliga võrreldes steroidsete MRAdega, kuid kindlasti peab arvestama ka nende kasutamisel suurenenud hüperkaleemia riskiga.

Kõik KNH patsiendid, kelle eGFR on alla 30 ml/min/ 1,73 m² (G4–G5), peaksid olema kaasatud neerukeskuse predialüüsi programmi. Õigeaegselt nefroloogi juurde suunates on võimalik kindlustada haigele optimaalne eriarstlik jälgimine ja ravi, vähendada enneaegset surevust predialüüsi- ja dialüüsiraviperioodil ning hoida ära erakorralise dialüüsi vajadust.



2. tüüpi diabeediga seostatava
kroonilise neeruhaiguse (KNH) raviks

Üks otsus saab muuta tulevikku



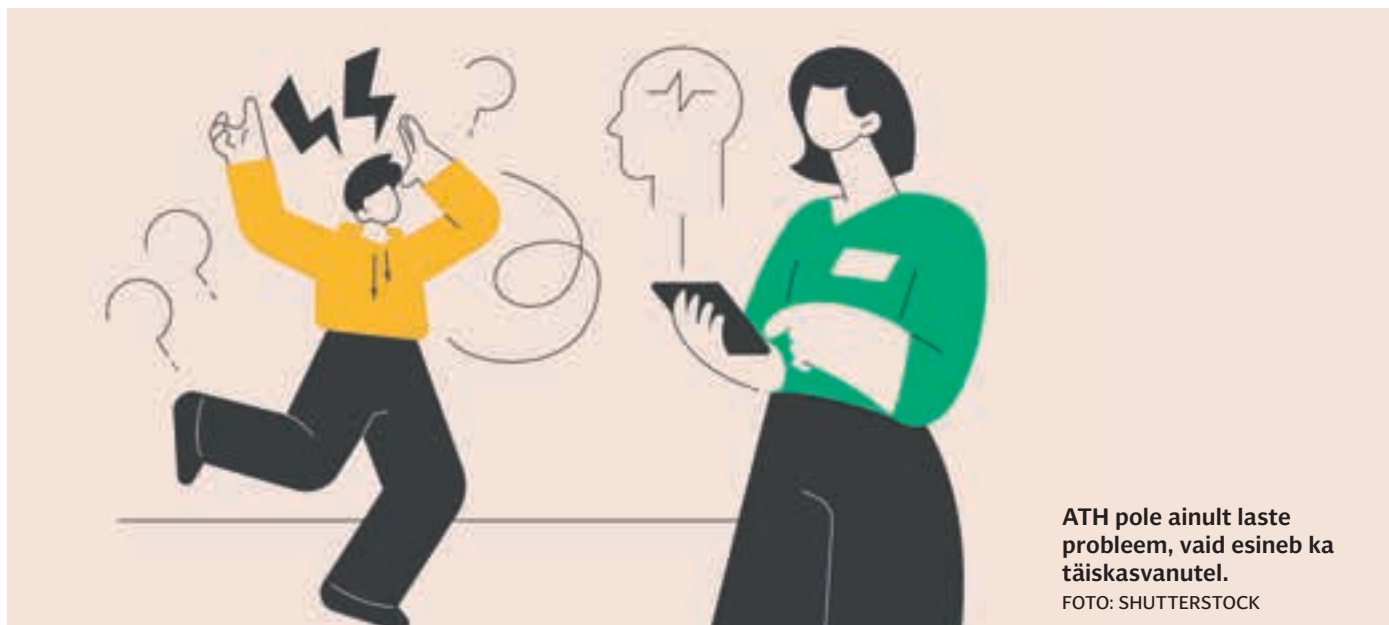
Kerendia (finerenoon) aitab aeglustada
kroonilise neeruhaiguse progressiooni ^{*1}



Kerendia[®]
finerenoon

Kerendia (finerenoon) õhukese polümeerikattega tabletid. ▼ Sellele ravimile kohaldatakse täiendavat järelevalvet, mis võimaldab kiiresti tuvastada uut ohutusteavet. Tervishoiutöötajatel palutakse teatada kõigist võimalikest kõrvaltoimetest. **Retseptiravim.** Enne ravimi määramist tutvuge palun ravimi omaduste kokkuvõttega. **Ravimvorm ja toimeaine sisaldus:** Üks õhukese polümeerikattega tablett sisaldab vastavalt, kas 10 mg või 20 mg finerenooni. **Näidustus:** Kerendia (finerenoon) on näidustatud 2. tüüpi diabeediga seostatava kroonilise neeruhaiguse (koos albuminuuriaga) raviks täiskasvanutel. Uuringutulemused kardiovaskulaarsete ja renaalsete juhtude esinemise kohta on toodud ravimi omaduste kokkuvõtte lõigus 5.1. **Annustamine ja manustamisviis:** Soovitav sihtannus ja maksimaalne annus on 20 mg finerenooni üks kord ööpäevas. **Vastunäidustused:** Ülitundlikkus toimeaine või mis tahes abiainetega suhtes. Samaaegne ravi CYP 3A4 tüvega inhibiitoritega. Addisoni tõbi. **Erihoiatused ja ettevaatusabinõud kasutamisel:** Finerenooniga ravitud patsientidel on täheldatud hüperkaleemiat. Riskitegurid on muu hulgas madal eGFR, seerumi suurem kaaliumisisaldus ja varasemad hüperkaleemia episoodid. Nende patsientide puhul tuleb kaaluda sagedamat jälgimist. Ravi finerenooniga ei tohi alustada kui seerumi kaaliumisisaldus on > 5,0 mmol/l; kui eGFR on < 25 ml/min/1,73 m² või kui patsiendil on raske maksakahjustus. Kui seerumi kaaliumisisaldus on > 5,5 mmol/l, tuleb ravi finerenooniga katkestada kuni seerumi kaaliumisisaldus on ≤ 5,0 mmol/l. Sejärel võib ravi taas alustada finerenooni annusega 10 mg üks kord ööpäevas. Kõigil patsientidel tuleb 4 nädalat pärast finerenooniga ravi alustamist, taas alustamist või annuse suurendamist mõõta uuesti seerumi kaaliumisisaldust ja eGFR-i. Finerenooni ei tohi samaaegselt manustada koos kaaliumi säästvate diureetikumidega ja muude mineralokortikoidireseptori antagonistidega ja tügevate või mõõdukate CYP3A4 indutseerijatega. Ravi ajal finerenooniga ei tohi süüa greipe ega juua greibimahla. Finerenooni peab kasutama ettevaatusega ja jälgima seerumi kaaliumisisaldust kui kasutada samaaegselt kaaliumit sisaldavaid toidulisandeid; trimetoprimi või trimetoprimi/sulfametoksasooli või mõõdukaid või nõrku CYP3A4 inhibiitoreid või kui patsiendil on mõõdukas maksakahjustus. Piiratud kliiniliste andmete tõttu tuleb ravi finerenooniga lõpetada patsientidel, kelle neeruhaigus on progresseerunud lõppstaadiumisse (eGFR < 15 ml/min/1,73 m²). Finerenooni ei tohi kasutada raseduse ajal, välja arvatud kui on hoolikalt kaalutud ravist saadavat kasu naisele ja riski lootele. Naistele tuleb soovitada ravi ajaks finerenooniga rinnaga toitmise lõpetada. Kerendia (finerenoon) sisaldab laktoosi. **Kõrvaltoimed:** esinemissagedus väga sage: hüperkaleemia; esinemissagedus sage: hüponatremia, hüperurikeemia, hüpotensioon, sügelus, glomerulaarfiltratsiooni kiiruse vähenemine; esinemissagedus aeg-ajalt: hemoglobiini taseme vähenemine. **Müügiloo hoidja:** Bayer AG, 51368 Leverkusen, Saksamaa. **Täiendav informatsioon:** Bayer OÜ, Lõotsa 12, Tallinn 11415, tel: +372 655 8565 või mi.baltic@bayer.com Eesti humaanravimite registrist (www.ravimiamet.ee) **Ravimi omaduste kokkuvõtte viimati läbi vaadatud** veebruaris 2023, EU versioon 2. PP-KER-EE-0005-1

* 2. tüüpi diabeediga seostatav krooniline neeruhaigus. Viited: 1. Kerendia (finerenoon) ravimi omaduste kokkuvõtte, viimati läbi vaadatud veebruaris 2023



ATH pole ainult laste probleem, vaid esineb ka täiskasvanutel.

FOTO: SHUTTERSTOCK

Täiskasvanu ATH ja komorbiidsed häired

Diferentsiaaldiagnostikast ja komorbiidsusest tegi ülevaate Minu Kliinik ja PERHi psühhiaatriakliiniku psühhiaater **Viljar Veede**.

Täiskasvanute tähelepanu- ja hüperaktiivsushäire (ATH) hõlmab palju rohkem sümptomeid kui ainult tähelepanupuudulikkus, hüperaktiivsus ja impulsiivsus. Nende hulka kuuluvad sageli näiteks emotsionaalne ebastabiilsus, ärritumine, ülemõtlemine, uinumisraskused, probleemid sotsiaalsete suhetega jpm. Seetõttu võib ATH jäljendada mitut levinud psüühikahäiret ning kuna arstid on sageli paremini tuttavad depressiooni ja ärevushäirete kui ATH diagnostikaga, võib see viia valediagnoosini, aladiagnoosimiseni ning seetõttu ka vale ravitaktikani.

Häire diagnoosimine täiskasvanutel on sageli keeruline, kuna see n-ö lendab tihti radari alt läbi. Arvatakse, et täiskasvanute ATH üldlevimus on kuni 7%, kuid diagnoosimata ATH levimus psühhiaatrilistel raviteenustel on hinnanguliselt 16%, sõltuvushäirete ravikeskustes 12% ja vanglates koguni 26%. Kuigi esmatasandi tervishoius on sarnaseid andmeid raske hinnata, on tõenäoline, et sealgi on neid juhtumeid arvestataval hulgal. Oluline on märkida, et kuni 85% täiskasvanud ATH patsientidest esineb vähemalt üks kaasuv psüühikahäire.



Viljar Veede FOTO: ERAKOGU

ATHd põdevatel täiskasvanutel esinevad sageli ka depressioon, ärevushäired, bipolaarne häire, düssotsiaalne ja piirialane isiksushäire ning sõltuvushäired. Autismispektri häire puhul on ATH koosinemine samuti sagedane. Ka söömishäirete ja Tourette'i sündroomi puhul on ATH levinud. ATH ja teiste psüühikahäirete kattuvate sümptomite hulka kuuluvad näiteks meeleolu kõikumised, ärrituvus, anhedoonia, keskendumishäired, motivatsioonipuudus ja unehäired. ATH puhul on sümptomite algus varajane, avaldudes tüüpiliselt enne teismeiga, ning on ajas suhteliselt püsiv, mis eristab seda paljudest teistest täiskasvanute psüühikahäiretest, mida iseloomustab

seisundi eristatav muutus ja episoodiline kulg.

Diferentsiaaldiagnostikas on oluline arvestada, et sõltuvushäirete puhul võib olla tegemist ATH sümptomite iseravimisega. Stimulantravimite kasutamine on näidanud, et need võivad aidata vähendada sõltuvushäirete, nikotiinitarvitamise, depressiooni, ärevushäirete ning isiksushäirete avaldumise aega ja raskust ning parandada juba väljakujunenud komorbiidsete häirete sümptomeid.

Kui ravida täiskasvanute ATHd koos kaasuva psüühikahäirega, on sageli oluline alustada sellest häirest, mis põhjustab kõige suuremat toimetulekuraskust. Näiteks kerge depressiooni puhul võib kaaluda esmajärjekorras ATH ravi ja suunamist kognitiiv-käitumisteraapiasse (KKT). Kui mõlemad häired on oluliselt väljendunud, tasuks ravimeid alustada väikese vahega, et paremini hinnata raviefekti ja kõrvaltoimeid.

ATH ravi tüüpiliselt hea efektiivsus on oluline, sest see võib vähendada näiteks sõltuvushäirete ja suitsiidide esinemis-sagedust ning parandada patsientide elukvaliteeti. Samuti aitab ATH ravi sageli kaasa sellele, et patsient saab produktiivsemalt osaleda psühhoteraapias ning leida lahendusi oma igapäevaelu probleemidele. Ravimata ATH võib viia selleni, et kaasuvad häired jäävad adekvaatselt käsitlemata, mistõttu on oluline, et ATHd ei jäetaks tähelepanuta teiste häirete varju.

Meditsiin Fookuses

Medikinet®

Medikinet® / Medikinet® XL

Metüülfenidaatvesinikkloriid

Hea päev. Alates hommikust.

ATH individuaalne ravim
täiskasvanutele,
noorukitele
ja lastele.



Ainult tervishoiutöötajatele.

Medikinet XL toimeainet modifitseeritud vabastavad kõvakapslid INN. **Methylphenidatum**
Retseptiravim

Näidustused: Aktiivsus- ja tähelepanuhäire (ATH) ravi 6-aastastel ja vanematel lastel ning täiskasvanutel kompleksravi ühe osana, kui toetavad meetmed üksi on ebapiisavad. Ravi peab alustama ja läbi viima ATH ravile spetsialiseerunud arst, näiteks lastearst, laste ja noorukite psühhiaater või täiskasvanute psühhiaater.
Medikinet 10 mg tabletid, Medikinet 20 mg tabletid INN. Methylphenidatum.

Retseptiravim

Näidustused: Aktiivsus- ja tähelepanuhäire (ATH) ravi 6-aastastel ja vanematel lastel kompleksravi ühe osana, kui toetavad meetmed üksi on ebapiisavad. Ravi peab alustama lapsea käitumishäirete spetsialisti järelevalve all.

Müügiloa hoidja: MEDICE Arzneimittel Pütter GmbH & Co. KG,

Kuhlweg 37, 58638 Iserlohn, Saksamaa

Täiendav teave müügiloa hoidja Eesti esindusest: Biocodex OÜ, Väike-Paala 1, EE-11415, Tallinn, Eesti, tel 605 6014.



Medikinet® XL

Metüülfenidaatvesinikkloriid

Ravimi omaduste kokkuvõte
august 2022



Medikinet®

Metüülfenidaatvesinikkloriid

Ravimi omaduste kokkuvõte
september 2022

09/2024_154403c9

BIOCODEX

Mida teeb C-hepatiit ajuga?

Ülevaate C-hepatiidi mõjust ajule tegi psühhiaater **Ants Kask** (LTKH, PERH).

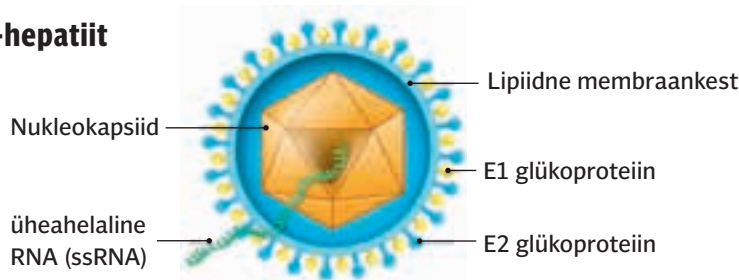
C-hepatiidi viiruse (HCV) mõju organismile ei piirdu maksaga, nakkus mõjutab ka ajutalitlust ja närvisüsteemi laiemalt. HCV-l on ajule nii otsene kui ka kaudne mõju. Viirus võib põhjustada neurotoksilisi kahjustusi ja olla seotud mitme neuroloogilise ja psühhiaatrilise haigusega, nt ärevuse, depressiooni ja osa neurodegeneratiivsete haigustega (Parkinsoni tõbi).

Krooniline HCV-nakkus esineb umbes 75–85% juhtudest ja paljudel patsientidel ei esine nakkuse varases staadiumis mingeid sümptomeid. Ligikaudu 50% HCVga patsientidest kannatavad kerge kognitiivsete häirete all, hoolimata sellest, kas nende maks on kahjustunud või mitte. Häired võivad ilmneda juba enne kliinilise maksakahjustuse teket ja võivad hõlmata halvenenud vaimset võimekust. Lisaks kaasnevad HCVga sageli neuropsühhiaatrilised sümptomid, nagu väsimus, „brain fog” ja depressioon.

HCV võib ajju jõuda mitmel viisil. Viirus ei ole otseselt neurotroopne, kuid seda on leitud tserebrospinaalvedelikust (CSF) ja ajukoest. HCV võib suurendada hematootsefaalbarjääri (HEB) läbilaskvust, nakatades HEBi endoteelirakke, mis võimaldab viirusel ajju tungida. Lisaks võib HCV siseneda ajurakkudesse spetsiifiliste retseptorite abil, nagu CD81, SR-BI, *claudin* ja *occludin*. Teine mehhanism on nn Trooja hobuse efekt, kus HCVga nakatunud leukotsüüdid viivad viiruse ajukoosse. Viiruse võivad ajju viia ka TASG-rikkad virolipo-osakesed. Kuigi HCV RNA tase ajus on 1000–10 000 korda madalam kui maksas, võib viirus siiski põhjustada märkimisväärset kahju. Näiteks on 2022. aastal kirjeldatud juhtumit, kus 28aastane naine, kellel oli HCV alates 2006. aastast, haigestus aseptilisse meningiiti. Patsiendil esinesid peavalu, valguskartus, üldine nõrkus ja iiveldus. MRT ei näidanud muutusi, kuid tserebrospinaalvedelikus oli HCV RNA positiivne.

HCV neurotoksilisus tuleneb peamiselt viiruse kapsiidist, eriti HCV tuumvalgust, mis kahjustab neuronite dendriite. Viirus põhjustab püsivat rakuvälise signaaliga seotud kinaasi (ERK) ja TLR2 aktivatsiooni, mis võib viia neuronite surmani. Tsiirrosita HCV-patsientidel on leitud ajukoore õhenemist, eriti kuklasagaras

C-hepatiit



- ▶ Enamikel juhtudel saadakse HCV nakkus läbi kontakti nakatunud patsiendi verega
- ▶ Umbes 15–25% juhtudest kaob viirus nakatunud organismist ilma ravita
- ▶ 75–85% juhtudest muutub nakkus krooniliseks (eluaegne nakkus)
- ▶ Enamikul kroonilise HCV-nakkusega patsientidel ei ole mingeid vaevusi, aga...
 - ligi 50% HCVga patsientidest, sõltumata maksa haaratuse ulatusest, esineb kerge kognitiivsete funktsioonide häire (Monaco et al. 2012),
 - hepaatiline entsefalopaatia on HCV nakkuse hilistüübis.

ja vasemas frontaalsagaras, mis võib olla seotud väsimustundega. Ajukoore õhenemist on täheldatud ka mitme teise haiguse puhul, nagu *sclerosis multiplex*, kerge traumaatiline ajukahjustus ja Alzheimeri tõbi, mis viitab sellele, et HCV võib soodustada neurodegeneratiivseid protsesse.

Lisaks kognitiivsetele häiretele ja neurotoksilisusele võib HCV olla seotud ka mitmesuguste teiste neuroloogiliste tüsistustega. Nende hulka kuuluvad perifeerne neuropaatia, leukoentsefalopaatia, progresseeruv entsefalomüeliit, äge müelopaatia ja ajuisheemia. Need tüsistused võivad olla seotud HCVst tingitud süsteemse vaskuliidiga, mis on sagedane II tüüpi krüoglobuliineemiaga patsientidel. Samuti võib HCV põhjustada otsest närvisüsteemi kahjustust, mille tulemuseks on hüperintensiivsed kolded isegi ilma krüoglobuliineemiata patsientidel.

HCV nakkuse mõju kognitiivsetele funktsioonidele on keeruline uurida, kuna sageli esinevad kaasuvad seisundid, nagu HIV ja sõltuvushäired, võivad moonutada tulemusi. Uuringud on siiski näidanud, et HCVga seotud kognitiivne kahjustus hõlmab peamiselt verbaalse õppimise, mälu ja kuulamise võime halvenemist, samuti raskusi info töötlemisel ja paindlikkuse säilitamisel. Kuigi edukas HCV ravi võib parandada mõningaid kognitiivseid funktsioone ja vähendada psühhilisi sümptomeid, ei ole kõik muutused alati tagasi pööratavad.

HCV levimus on kõrge psüühika-häiretega patsientide seas, eriti nende seas, kellel esineb isiksushäireid või sõltuvushäireid, kuna nendega kaasneb impulsiivne ja kõrge riskikäitumine. Samuti on leitud, et HCV nakkuse risk on seotud halva sotsiaalmajandusliku olukorra, riskantse seksuaalkäitumise ja psüühikoaktiivsete ainete tarvitamisega. Psüühikahäiretega patsientidel esineb HCV-d 17 korda sagedamini kui üldpopulatsioonis. Seega on oluline skriinida HCV suhtes kõiki patsiente, kellel esinevad riskitegurid, sealhulgas psüühikahäiretega patsiente, sõltuvushäiretega inimesi ja neid, kellel on olnud kokkupuude nakatunud verega. HCV varajane avastamine ja ravi võib olla oluline püsivate neuroloogiliste ja psühhiaatriliste tüsistuste ennetamiseks.

Kokkuvõttes on HCV-poolt tekitatud närvisüsteemi kahjustuste patogenees keeruline ja vähe uuritud. Viirus võib põhjustada närvisüsteemi kahjustusi nii hall- kui ka valgeaines, kusjuures esimene on seotud neurotoksilisusega ja teine tõenäoliselt põletikuliste muutustega. Need protsessid võivad alata juba enne maksakahjustuse teket. HCV nakkusega seotud neuropsühhiaatriliste ilmingute eristamine teistest psühhiaatrilistest häiretest kliinilise pildi järgi on keeruline, kuid HCVst tingitud kognitiivsel kahjustusel näib olevat kindel muster, mis võib olla abiks selle eristamisel teistest neurodegeneratiivsetest haigustest.

FOTO: SHUTTERSTOCK

**C-HEPATIIDIST
VABAKS AINULT**

8 NÄDALAGA

**Kiire 8-nädalane ravi Maviret'iga
(glekapreviir/pibrentasviir) ja patsiendid
saavad edasi nautida elu ilma C-hepatiidita**

**MAVIRET (GLEKAPREVIIR/PIBRENTASVIIR) ON PANGENOTÜÜPNE (GT 1-6) C-VIIRUSHEPATIIDI RAVIM
TÄISKASVANUTELE JA LASTELE ALATES 3. ELUAASTAST.**

Maviret (glekapreviir/pibrentasviir) 100 mg/40 mg õhukese polümeerikattega tabletid.

Maviret (glekapreviir/pibrentasviir) 50 mg/20 mg kaetud graanulid kotikeses. Toimeained: glekapreviir/pibrentasviir.

Näidustus: Maviret (glekapreviir/pibrentasviir) on näidustatud kroonilise C-viirushepatiidi (HCV) infektsiooni raviks täiskasvanutel ja lastel alates 3 aasta vanusest. Maviret'i (glekapreviir/pibrentasviir) kaetud graanulid on näidustatud kroonilise C-viirushepatiidi (HCV) infektsiooni raviks lastel alates 3 aasta vanusest.

Retseptiravim.

Müügiloa hoidja: AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG, Knollstrasse 67061, Ludwigshafen, Saksamaa.

Lisaküsimuste tekkimisel selle ravimi kohta pöörduge palun müügiloa hoidja kohaliku esindaja poole: AbbVie OÜ, Rävala pst 4, 10145 Tallinn, Tel: +372 623 1011.

Ravimi omaduste kokkuvõte märts 2023.

EE-MAVI-230040

Materjal kinnitatud detsember 2023

Lapseeas kogetud valul võivad



HELGI PADARI

Tallinna Lastehaigla
anestesioloogia-
ja intensiivravi kliiniku
juhataja

FOTO: ERAKOGU



JOHANNA HADE

Tallinna Lastehaigla
anestesioloog

FOTO: PEETER SÄRG

Valu võib varieeruda intensiivsuse, kestuse, patofüsioloogiliste mehhanismide ja järelmõjude poolest organismile. Valu subjektiivne ja keeruline olemus muudab selle defineerimise ja hindamise keeruliseks. The International Association for the Study of Pain (IASP) Subcommittee on Taxonomy on tegelenud valu defineerimisega aastast 1969. Eesmärk on olnud sõnastada definitsioon, mis hõlmab kõiki ägeda ja kroonilise valu seisundeid sõltumata nende patofüsioloogiast. Aastast 2020 on kasutusel definitsioon: valu on ebameeldiv sensoorne ja emotsionaalne kogemus, mis on seotud tegeliku või potentsiaalse koekahjustusega või meenutab seda [1]. Uus definitsioon ei sisalda enam patsiendipoolset valu kirjeldamist ning keskendub vaid valu individuaalsele kogemusele, muutes selle sobivamaks nendele, kes ei saa end sõnaliselt väljendada [1].

Vastsündinud, eriti enneaegsed, väljendavad oma valu ja stressi erinevalt suurematest lastest. Nende valulävi on madalam, valu levik närvisüsteemis laialdasem ning selle kaugtagajärjed sügavamad. Ülitundlikkust valule süvendavad väljaarenemata valu ja stressi pidurdamise mehhanismid. Pikaajalise erutuse teket seljaajus soodustavad suurelt, osaliselt kattuvatelt nahatsoonidelt signaale saavad dorsaalsarvede neuronid [2]. Selle kõige tulemusena tunnevad vastsündinud valu kergemini, pikemalt ja üle kogu keha levinud aistinguna. Katavaliselt mittevalulikud stiimulid võivad tunduda valulikena. Stress ja ebamugavus tugevdavad valuaistinguid, valu

omakorda süvendab stressi. Enneaegsetel vastsündinutel on märgata rohkem patoloogilist neuroloogilist staatust, käitumise häireid ja stressi ilminguid juba 36–37 postmenstruaalsel nädalal, kui nad ravi ajal kogesid rohkem valu ja vähem valu leevendavaid võtteid [3] [4].

Vastsündinu perioodis kogetud valu ja stress võivad jätta elukestvad kognitiivsed, psühhomotoorsed ja emotsionaalsed tagajärjed [5]. Täpsed mehhanismid, kuidas see toimub, ei ole veel teada, kuid arvatakse, et põhjuseks on DNA epigeneetilised muutused. Nende muutuste tekkes peetakse määravaks just esimest eluaastat [5]. Uuringud näitavad, et valuga seotud rakkude mälu on naissoost isikutel püsiv ning seda on võimalik rakkudega edasi anda ja muuta soospetsiifilist valuuga seotud käitumist [6]. Valu ja traumaga tekkinud epigeneetilisi muutusi on võimalik ka järglastele edasi kanda [7].

Vastsündinutel ja imikutel puudub võimalus ennast suuliselt väljendada ja seetõttu peab just personal oskama ära tunda valule või düskomfordile viitavad tunnused ja nende märkide põhjal otsustama, millal laps vajab valu leevendamist. Paljuski põhineb see kogemusel. Kirjanduse info on ebapiisav ning isegi vastsündinute valu termineid kasutatakse erinevalt ja läbisegi: äge valu, pikaleveninud valu, pidev valu, krooniline valu [2]. Puuduvad valideeritud mõõdikud vastsündinute valu hindamiseks ning teadmised, kuidas seda kõige optimaalsemalt leevendada [8] [9].

Vastsündinute valuravis kasutatakse nii mittefarmakoloogilisi kui farmakoloogilisi vahendeid. Mittefarmakoloogilistest vahenditest on oma valuvastase toime poolest tõestust leidnud rinnaga toitmine või rinnapiima manustamine, nahk-nahaga kontakt, mähkimine, luti imemine ja magusate lahuste suukaudne manustamine. Neid meetodeid võib rakendada eraldi, omavahel kombineerituna või lisaks farmakoloogilisele valuravile [10].

Kaasaegne vastsündinute hooldus peab olema perekeskne. See peab toetama vanemate kohalolekut vastsündinute osakonnas ja nende kaasamist hooldusprotseduuridesse, sealhulgas valu leevendamisse, koos nõustamise ja vajaliku teabe jagamisega. Paljusid mittefarmakoloogilisi valuvaigistavaid meetodeid kasutavad kõige paremini või isegi eranditult vanemad, näiteks nahk-nahaga kontakt, mähkimine või rinnaga toitmine. Vastsündinutega tegelev personal peaks juhendama vanemaid teadmiste ja ressursside pakkumise kaudu, et anda peredele võimalus olla oma laste valuravi protsessis aktiivne osaleja. Uuringud kinnitavad, et vanemad tunnevad oma imiku valu ära, kuid kipuvad seda teravhoiutöötajatega võrreldes alahindama. Vanem, kes saab oma vastsündinuga pidevalt koos olla, õpib ka tundma lapse ebamugavustunde märke ja saab nii lapse valu hindamises ning ravis osaleda [11] [12]. Korduva valuga kokkupuute ja emast eraldatuse kombineeritud negatiivne mõju on tugev stressor pikaajalise kahjuliku mõjuga. Selle mõju ennetamine kindlasti motiveerib vanemaid oma laste juures viibima ja valu leevendamises osalema.

 **Vastsündinud, eriti enneaegsed, väljendavad oma valu ja stressi erinevalt suurematest lastest. Nende valulävi on madalam, valu levik närvisüsteemis laialdasem ning selle kaugtagajärjed sügavamad.**

Enamik vastsündinute valuravi riiklike ja rahvusvahelisi suuniseid kinnitavad, et valu süstemaatiline hindamine on optimaalse valu- ja stressijuhtimise saavutamiseks hädavajalik. Valu hindamise eesmärk on tuvastada sekkumist vajavad olukorrad vältimaks valuvaigistite alavõi ülekasutust. 243 Euroopa vastsündinute osakonnas läbi viidud uuring näitas, et seos pideva valu hindamise ja valuvaigistite kasutamise vahel on siiski nõrk, mis viitab sellele, et puudub kindlus vastsündinutele tõhusa valuravi manustamise osas [13].



olla kauakestvad tagajärjed

Oleme Tallinna Lastehaiglas moodustanud laste valu käsitlemisele pühendunud meditsiinitöötajate grupi. Meil on plaanis mitmed valuteemalised loengud ning vastavasisuliste juhendite koostamine. Püüdleme selle poole, et valu käsitus oleks süstemaatiline ning praktikas kasutatavad ravivõtted oleksid teaduspõhised. Sellega tahame vähendada väikeste patsientide haiglas kogetavat valu ning stressi ja seeläbi parandada nii ravitulemusi kui ka laste edaspidist elukvaliteeti.

[1] S. N. Raja et al., "The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises," *Pain*, vol. 161, no. 9, pp. 1976–1982, Sep. 2020, doi: 10.1097/j.pain.0000000000001939.

[2] K. J. S. Anand, "Defining pain in newborns: need for a uniform taxonomy?," *Acta Paediatr*, vol. 106, no. 9, pp. 1438–1444, Sep. 2017, doi: 10.1111/apa.13936.

[3] X. Cong et al., "The impact of cumulative pain/stress on neurobehavioral development of preterm infants in the NICU," *Early Human Development*, vol. 108, pp. 9–16, May 2017, doi: 10.1016/j.earlhumdev.2017.03.003.

[4] R. Montirosso, A. Del Prete, R. Bellù, E. Tronick, R. Borgatti, and the Neonatal Adequate Care for Quality of Life (NEO-ACQUA) Study Group, "Level of NICU Quality of Developmental Care and Neurobehavioral Performance in Very Preterm Infants," *Pediatrics*, vol. 129, no. 5, pp. e1129–e1137, May 2012, doi: 10.1542/peds.2011-0813.

[5] N. H. Van Dokkum et al., "Neonatal stress exposure and DNA methylation of stress-related and neurodevelopmentally relevant genes: An exploratory study," *Early Human Development*, vol. 186, p. 105868, Nov. 2023, doi: 10.1016/j.earlhumdev.2023.105868.

[6] A. J. Dourson et al., "Macrophage memories of early-life injury drive neonatal nociceptive priming," *Cell Reports*, vol. 43, no. 5, p. 114129, May 2024, doi: 10.1016/j.celrep.2024.114129.

[7] Z. N. Kodila, S. R. Shultz, G. R. Yamakawa, and R. Mychasiuk, "Critical Windows: Exploring the Association Between Perinatal Trauma, Epigenetics, and Chronic Pain," *Neuroscientist*, p. 107385842311762, May 2023, doi: 10.1177/10738584231176233.

[8] M. Bruschettini, E. Olsson, E. Persad, A. Garratt, and R. Soll, "Clinical rating scales for assessing pain in newborn infants," *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 2022, no. 4, Mar. 2022, doi: 10.1002/14651858.MR000064.

[9] M. Kinoshita, I. J. Borges Do Nascimento, L. Styrnisdóttir, and M. Bruschettini, "Systemic opioid regimens for postoperative pain in neonates," *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 2023, no. 4, Apr. 2023, doi: 10.1002/14651858.CD015016.pub3.

[10] M. Campbell-Yeo, M. Eriksson, and B. Benoit, "Assessment and Management of Pain in Preterm Infants: A Practice Update," *Children*, vol. 9, no. 2, p. 244, Feb. 2022, doi: 10.3390/children9020244.

[11] L. S. Franck, K. Oulton, S. Nderitu, M. Lim, S. Fang, and A. Kaiser, "Parent Involvement in Pain Management for NICU Infants: A Randomized Controlled Trial," *Pediatrics*, vol. 128, no. 3, pp. 510–518, Sep. 2011, doi: 10.1542/peds.2011-0272.

[12] C. McNair et al., "Metasynthesis of Factors That Influence Parents' Participation in Pain Management for Their Infants in the NICU," *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, vol. 49, no. 3, pp. 263–271, May 2020, doi: 10.1016/j.jogn.2020.02.007.

[13] K. J. S. Anand et al., "Assessment of continuous pain in newborns admitted to NICUs in 18 European countries," *Acta Paediatr*, vol. 106, no. 8, pp. 1248–1259, Aug. 2017, doi: 10.1111/apa.13810.



NEUROPAATIA . Närvikahjustus

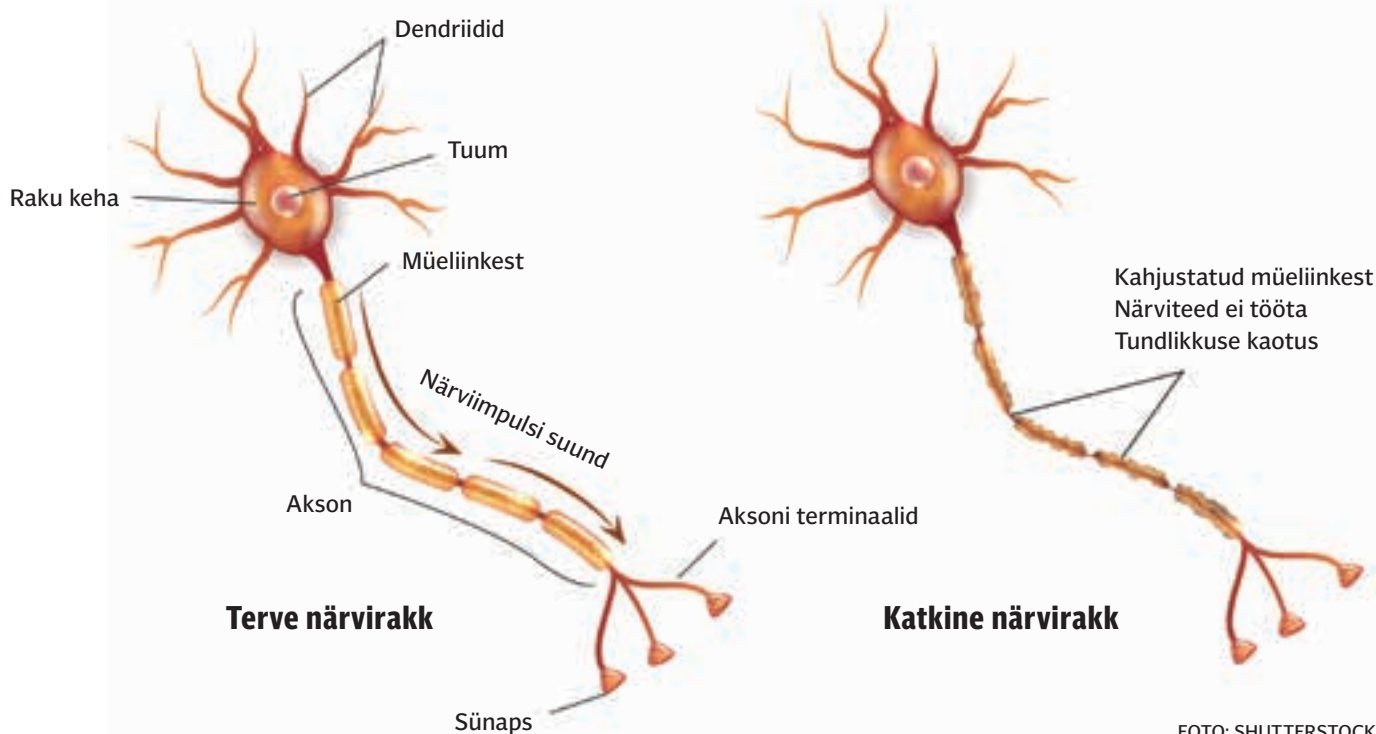


FOTO: SHUTTERSTOCK

Neuropaatilise valu ravi eesmärk on valu pehmendada

Neuropaatilise valu puhul on tegemist närvikoe kahjustuse või kompressiooniga. Küsimustele neuropaatilise valu kohta vastas kroonilise valu vebinari raames regionaalhaigla palliatiivravi keskuse anestesioloog-ülemarst-keskuse juhataja doktor **Pille Sillaste**.

VIOLETTA RIIDAS, toimetaja

MILLISEID KÜSIMUSTIKKE TE SOOVITATE NEUROPAATILISE VALU HINDAMISEKS?

Neid on, kuid mina igapäevaselt neid ei kasuta. Üks kõige levinum on nn TN4 e neuropaatilise valu küsimustik. Seal on lihtsad asjad, mida saab ka ilma küsimustikuta iga kord küsitud - millest üldse tekib mõte, et tegemist on neuropaatilise valuga? See on olukord, kus haige võib-olla isegi ei ütle, et tal on valu. Ta ütleb, et mul kõik nagu põleb, on nõelu täis või sipelgaid täis või on suremise tunne. Lööb nagu elektrilöögiga hooti läbi. See ongi tunnuseks, et siin on kas puhas neropaatiline valu või neuropaatilise valu komponent.

Väga tihti on valu kombineeritud. Puhas neuropaatiline valu on trigeminaal neuralgia ja postherpeetiline neuralgia. Seal on kõik üles ehitatud adjuvandi



Pille Sillaste FOTO: ERAKOGU

peale. Ega haiged taha ka neid valuvai- gisteid võtta ja nad ikka küsivad, kas midagi nendest ravib ka minu valu. Siis saabki öelda - jah need adjuvandid - anti- eptileptikumid ja antidepressandid - ongi valu ravimiseks. Närvikahjustuse valu ravimine on väga pikk protsess.

KUIDAS OLEKS PAREM NEID RAVIMEID TIITRIDA? KAS VAIKSELT ÜLES JA SIIS JÄLLE VAIKSELT ALLA?

Just. Neuropaatilise valu puhul hak- kame väiksest doosist üles tiitrima nii adjuvante kui ka paneme kohe ka opioidi sinna kõrvale: kuni oleme adjuvantidega jõudnud aktsepteeritavatesse doosidesse ja haige ütleb, et tal enam nii ei põle või enam nii terav see valu ei ole. Mõnda aega hoiame patsienti selle doosi peal. Esimene asi, mis tuleks maha võtta, on opioid. Pisi-



Neuropaatilise valu ravim

Näidustused Neuropaatiline valu: Perifeerse ja tsentraalse neuropaatilise valu ravi täiskasvanutel. Generaliseerunud ärevushäire ravi täiskasvanutel. Epilepsia täiendav ravi täiskasvanutel, kellel esinevad partsiaalsed krampid sekundaarse generaliseerumisega või ilma.

Annustamine Annusevahemik on 150...600 mg ööpäevas, mis jagatakse kaheks või kolmeks annuseks. Neuropaatiline valu: Pregabaliinravi algannuseks võib olla 150 mg ööpäevas, mis jagatakse kaheks või kolmeks annuseks. Lähtuvalt individuaalsest ravivastusest ja -taluvusest võib annust 3 kuni 7 päeva möödudes suurendada kuni annuseni 300 mg ööpäevas. Vajadusel võib annust suurendada 7 päeva pärast kuni maksimaalse annuseni 600 mg ööpäevas. Epilepsia: Pregabaliinravi võib alustada annusega 150 mg ööpäevas, mis jagatakse kaheks või kolmeks annuseks. Lähtuvalt individuaalsest ravivastusest ja -taluvusest võib annust ühe nädala pärast suurendada kuni annuseni 300 mg ööpäevas. Vajadusel võib annust suurendada veel ühe nädala pärast kuni maksimaalse annuseni 600 mg ööpäevas. Generaliseerunud ärevushäire: Annuse suurus on 150...600 mg päevas, manustatuna kahe või kolme eraldi annusena. Ravi vajadust tuleb regulaarselt hinnata. Pregabaliinravi saab alustada annusega 150 mg päevas. Patsiendi individuaalse ravivastuse ja talutavuse alusel võib annust suurendada kuni 300 mg päevas ühe nädala pärast. Veel ühe nädala pärast võib annust suurendada kuni 450 mg päevas. Maksimaalse annuse 600 mg päevas saab määrata veel ühe nädala möödudes. Pregabaliinravi katkestamine: Vastavalt kehtivale kliinilisele praktikale soovitatakse pregabaliinravi katkestamisel seda teha järkjärgult minimaalselt ühe nädala jooksul näidustuse sõltumata

Viited: 1) Pragiola (pregabaliin) Ravimi omaduste kokkuvõte

Tegemist on retseptiravimiga.

Müügiloo hoidja: KRKA d.d., Novo mesto Šmarješka cesta 6 8501 Novo mesto.

Täiendav teave on saadaval KRKA Eesti esindusest: KRKA d.d., Novo Mesto, Eesti filiaal, Pärnu mnt 141, 11314 Tallinn, Eesti. www.krka.ee Tel: + 372 6671658

Pragiola®

pregabaliin

Kapslid 25mg N56 / 75mg N14 / 75mg N56 / 150mg N56 / 300mg N14



Meie innovatsioon ja teadmised on pühendatud tervisele. Rakendame oma sihikindlust, järjepidevust ja kogemusi üheainsa eesmärgi nimel – loomaks kvaliteetseid, efektiivseid ja ohutuid ravimeid.

tasa opioidi pealt maha tulemise kõrval jäävad adjuvandid tihti veel pikaks ajaks. Teisisõnu, me kas üritame seda valu ravida või leevendada.

Opioid leevendab valu ja on toetav seni, kuni saame adjuvandid piisavasse doosi tiitritud.

Peab muidugi arvestama, et anti-epileptikumidest kasutame kõige rohkem gabapentiini ja pregabaliini. Gabapentiini puhul peab arvestama, et see on reeglina paremini talutav, ei tee uimaseks, aga sellel ravimil on küllastusefekt.

Kui te näete, et muudkui tõstate doosi, aga midagi ei muutu, siis on see ravimi saavutanud selle inimese jaoks lae. Sel juhul tuleb ravimiga lõpetada ja minna üle pregabaliini peale.

Pregabaliinil sellist omadust pole kirjeldatud.

MILLINE RAVIEESMÄRK OLEKS REALISTLIK?

Kui me saame neuropaatilist valu 30% leebemaks, võime rahul olla. Valu muutub raviga teistsuguseks – vähem teravaks. Neile haigetele peab igal vastuvõtul kordama, et kõik võtab aega. Eesmärk ei ole, et patsiendid saaksid täiesti valust vabaks – seda ebarealistlikku lootust ei ole mõtet seada ja haigetele sisendada. Kuid iga korraga läheb natuke paremaks.

Iga väikest võitu tuleb haigetele rõhutada, siis ta oskab seda väärtustada. Arstina ma olen aastate jooksul näinud haigeid, kelle puhul ma ise poleks uskunud, et võib paremaks minna, aga on läinud.

Kindlasti imet ma ei tee ja valu täiesti ära ei võta.

KAS KA FÜSIOTERAAPIA ON OMAL KOHAL?

Absoluutselt. Liigutama peab. Miks? Ikka needsamad endorfiinid, mille kohta ma ka haigetele püüan lihtsustatult seletada.

Mida rohkem me ennast liigutame, seda rohkem meie aju ise toodab meile omaseid valuvaigisteid.

Siin toon ikka näiteks, kuidas ühel taliolümpial üks naissuusataja kukkus, kuid sõitis siiski lõpuni ja kaotas seal teadvuse. Selgus, et tal oli viie roide murd. See peab põhjustama meeletu valu, aga kuna tal oli sportlikust hasardist endorfiinide tase nii kõrge, ta ei tajunudki seda valu. Kui see adrenaliin lõpuks alla vajus, alles siis tekkis valušokk.

Vähki haigestumus meeste seas tasapisi väheneb

Vähikonverentsil „Paradigma muutused“ tegi statistikast ülevaate TAI teadusdirektor **Kaire Innos**.

VIOLETTA RIIDAS, toimetaja

Vähk on Eestis surmapõhjuste seas endiselt teisel kohal, jäädes alla vaid vereringeelundite haigustele ja see kehtib nii meeste kui ka naiste puhul. Järgnevad hingamiselundite haigused, õnnetusjuhtumid, seedeelundite haigused ja muud väiksema mõjuga surmapõhjused.

Vähi esmasjuhtude arv on liikunud väga pikalt tõusujoonel ja 2019. aastaks ületas uute juhtude arv 9000 piiri. Siia kuulub ka naha mittemelanoom, mis on mõnevõrra väiksema mõjuga kasvaja. Koroonapandeemia aastatel, 2020 ja 2021, nägime vähijuhtude absoluutarvu vähenemist. See langus tulenes suuresti nahavähi juhtude arvu vähenemisest, kuid ka haigestumine mitmesse teise vähipaikmesse vähenes. Põhjusi on mitu, sealhulgas söeluuringute ajutine peatamine ja osalusmäära langus, samuti tervishoiuteenuste piiramine, mis võis vähendada juhuslikult avastatud vähijuhtude arvu. Kas need juhud avastatakse hiljem raskemas staadiumis, ei ole praegu selge, kuigi teiste riikide andmed näitavad, et langus võibki jääda püsima.

Kui vaatame vanusestandarditud näitajaid, mis võtavad arvesse rahvastiku vananemist, siis meeste seas hakkas haigestumus vähenema juba enne koroonapandeemiat. Peamiselt on vähenenud eesnäärmevähi ja kopsuvähi esinemine. Naiste seas on näitajad stabiliseerunud, kusjuures suremusnäitajad on olnud languses. See näitab, et elulemus pärast vähidiagnoosi on paranenud, mis on oluline näitaja ravi tulemuslikkuse hindamisel.

Vaatleme konkreetseid vähipaikmeid ja võrdleme tulemusi teiste riikidega. Rinnavähk on Eestis võrreldes Euroopa keskmisega väga madala haigestumusega, Soomes on haigestumus aga väga kõrge. Üldiselt on rinnavähk parema sotsiaalmajandusliku olukorraga riikide haigus.

Haigestumust mõjutab mitu tegurit, sealhulgas söeluuringutel osalemise aktiivsus.

Rinnavähi söeluuringud võimaldavad vähki avastada varajases staadiumis,

kuid toovad kaasa ka teatud üle diagnoosimise ja Lääne-Euroopa riikides ongi seda näha. Suremuse osas on Eesti siiski liikunud lähemale Euroopa keskmisele, kuigi erinevus Põhjamaadega on endiselt märgatav.

Soomes, kus rinnavähi suremus on üks madalamaid Euroopas, näeme, et kõrge haigestumus ja madal suremus viitavad headele elulemuse näitajatele. Eesti ja põhjamaade elulemuse vahe on 10%.

Soolevähi puhul näeme, et Eesti elulemuse näitajad on madalamad võrreldes Põhjamaadega, eriti Taaniga. Viimane on hea näide riigist, kus vähitõrje poliitikad ja investeringud on toonud kaasa elulemuse märkimisväärse paranemise. Eestis on meeste elulemuse näitajad kehvemad kui naistel, mis on tüüpiline ka teistele riikidele. Haiguse varajase staadiumi puhul on Eesti ravitulemused võrreldavad siiski teiste riikidega. Suurim erinevus ilmneb hilises staadiumis, kus Eestis on 4. staadiumis diagnoositud juhtude osakaal märgatavalt suurem kui mujal. See viitab vajadusele parandada varajast avastamist ja söeluuringutega hõlmatust.

Kolorektaalvähi puhul on kaugmetastaasidega juhtude osakaal Eestis küll kõrgem kui Norras, kuid erinevus on vähenemas. Eesti on teinud edusamme, kuid haigestumuse edasiseks vähendamiseks ja vähi väljakujunemise ennetamiseks tuleks laiendada söeluuringute sihtrühma ja langetada vanusepiiri.

Kui vaatame meeste eesnäärme- ja munandivähki, siis on Eesti elulemuse näitajad võrreldes Põhjamaadega head. Eesnäärmevähk on levinud, kuid selle elulemus on Eestis kõrge. Nooremaid mehi mõjutaval munandivähil on samuti head elulemuse näitajad.

Emakakaelavähi puhul on olukord aga kehv ja meie elulemusnäitajad jäävad märgatavalt maha Taani omadest. Emakakeha ja munasarjavähi osas on Eesti olnud võrreldaval tasemel Euroopa keskmisega, kuid viimasel ajal on teised riigid teinud edusamme, mida Eestis ei ole veel saavutatud.

Valu on nagu tülinorija.

Peata see enne, kui läheb liiga tugevaks.

RAVIMIREKLAAM



Kiire toime

Nalgesin® S (naprokseennaatrium) kiire leevendus hamba- ja peavalule, lihase-, liigese- ja seljavalule ning menstruaalvalule.

Näidustused:
Nõrk kuni mõõdukas valu. Düsmenorröa.

Nalgesin® S naprokseennaatrium N10, N20, N30.



 **KRKA**

Tähelepanu! Tegemist on ravimiga. Enne tarvitamist lugege tähelepanelikult pakendis olevat infolehte.

Kaebuste püsimise korral või ravimi kõrvaltoimete tekkimisel pidage nõu arsti või apteekriga.

KÄSIMÜÜGIRAVIM. Müügiloa hoidja: KRKA d.d., Novo mesto, Šmarješka cesta 6, 8501 Novo mesto, Sloveenia. www.krka.ee

Täiendav info müügiloa hoidja esindusest: KRKA d.d., Novo mesto Eesti filiaal, Pärnu mnt. 141, 11314, Tallinn, Eesti. Tel: +372 6671658



Näidustused: ¹

Ranexa (ranolasiin) on näidustatud **lisaravimina** sümptomaatiliseks raviks stabiilse stenokardiaga täiskasvanud patsientidele, **kelle haigus esmavaliku stenokardiaravimitega** (nt beetablokaatorid ja/või kaltsiumi antagonistid) **piisavalt kontrollile ei allu või kes neid ravimeid ei talu.**



Algannus: ¹
375 mg kaks korda päevas



2-4 nädala pärast: ¹
500 mg kaks korda päevas



Maksimaalne annus: ¹
750 mg kaks korda päevas

Muudatus väljakirjutamise tingimustes soodusmäära 75/90% korral alates 01.04.2024 ²
Diagnoosikood I20
Esmane väljakirjutamise õigus kardioloogil ja sisearstil*



*III-IV funktsionaalse klassi stenokardia vaatamata adekvaatsele antiisheemilisele ravile (beeta-adrenoblokaator, kaltsiumikanali blokaator ja pika toimega nitropreparaat) või need ravimid on vastunäidustatud ja on teostatud koronaarhaiguse invasiivne uurimine ning võimalusel revaskulariseerimine²

Annustamine: ¹

Täiskasvanud: Ranexa (ranolasiin) soovituslik algannus on 375 mg kaks korda päevas. Annust võib suurendada 2-4 nädala pärast tasemeni 500 mg kaks korda päevas ja titreerida olenevalt patsiendi ravivastusest täiendavalt soovitatava maksimaalse annuseni 750mg kaks korda päevas.

Raviga seotud kõrvalnähtude (nt pearinglus, iiveldus või oksendamine) tekkimisel võib osutada vajalikuks titreerida Ranexa (ranolasiin) annust väiksemaks, tasemele 500 mg või 375 mg kaks korda päevas. Kui sümptomid pärast annuse vähendamist ei kao, tuleb ravi katkestada.

Enne ravimi väljakirjutamist palun tutvuge ravimi omaduste kokkuvõttega (kinnitatud oktoobris 2020).

Vastunäidustused: ¹

Ülitundlikkus toimeaine või ravimi ükskõik millise abiaine suhtes. Raske neerukahjustus (kreatiniini kliirens < 30 ml/min). Mõõdukas või raske maksakahjustus. Tugevate CYP3A4 inhibiitorite (nt itrakonasool, ketokonasool, vorikonasool, posakonasool, HIV proteaasi inhibiitorid, klaritromütsiin, telitromütsiin, nefasodoon) samaaegne kasutamine. Ia klassi (nt kinidiin) või III klassi (nt dofetiliid, sotalool) antiarütmikumide, välja arvatud amiodarooni samaaegne manustamine.

Kõrvaltoimed: ¹

Ranexat (ranolasiini) kasutavatel patsientidel tekkivad kõrvaltoimed on üldjuhul kerged kuni mõõdukad ning tekivad sageli ravi 2 esimese nädala jooksul. Sagedasemad kõrvaltoimed ($\geq 1/100$ kuni $< 1/10$) on: pearinglus, peavalu, kõhukinnisus, oksendamine, iiveldus, astenia. Vt ravimi omaduste kokkuvõte. www.ravimiamet.ee

Hoiatused ja ettevaatusabinõud kasutamisel: ¹

Ettevaatlik peab olema ranolasiini määramisel või annuse suuremaks tiitrimisel patsientidele, kelle puhul eeldatakse kokkupuute suurenemist: mõõdukate

CYP3A4 inhibiitorite samaaegne manustamine; P-gp inhibiitorite samaaegne manustamine; kerge maksakahjustus; kerge või mõõdukas neerukahjustus (kreatiniini kliirens 30-80 ml/min); eakad; väikese kehakaaluga patsiendid (≤ 60 kg); mõõduka või raske kongestiivse südamepuudulikkusega patsiendid (NYHA III-IV klass). Vt ravimi omaduste kokkuvõte. www.ravimiamet.ee

Teoreetiline oht on, et ranolasiini samaaegne kasutamine ravimitega, mis teadaolevalt pikendavad QTc-intervalli, võib tekitada farmakodünaamilise koostoime ja suurendada võimalikku ventrikulaarsete arütmiate riski. Sellised ravimid on näiteks teatavad antihistamiinid (nt terfenadiin, astemisool, misolastiin), teatavad antiarütmikumid (nt kinidiin, disopüramiid, prokainamiid), erütromütsiin ja tritsüklilised antidepressandid (nt imipramiin, doksepiin, amitriptüliin). ¹

Täielik info ravimi vastunäidustustest, erihoiatustest ja kõrvaltoimetest on leitav ravimi omaduste kokkuvõttes (kinnitatud oktoobris 2020).

Reklaam on suunatud ravimite väljakirjutamise õigust omavatele isikutele, proviisoritele ja farmatseutidele.

MÜÜGILOA HOIDJA:

Menarini International Operations Luxembourg S.A. 1, Avenue de la Gare, L-1611 Luxembourg, Luksemburg.

Täiendav teave müügi loa hoidja Eesti esindusest:

Berlin-Chemie Menarini Eesti OÜ, Paldiski mnt 29, Tallinn 10612, Eesti. Tel. 667 5001.

Retseptiravim.

Koostatud aprillis 2024. EE-RAN-02-2024-V1-Print.