



MEDITSIIN FOOKUSES

MEDITSIINALASED
UUDISED, ETTEKANDED
JA UURIMUSED
EESTI ARSTIDELT

NOVEMBER
2024



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.

Muudatus väljakirjutamise
tingimustes soodsumäära 75/90%
korral alates 01.04.2024²

Diagnoosikood I20
Esmase väljakirjutamise õigus
kardioloogil ja sisearstil*



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

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 750 mg 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). Mõdukas 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 tekivad 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 titrimisel 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, disopüra-

miid, 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 müügiloa hoidja Eesti esindusest:

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

Retseptiravim.

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

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 kauglearenenud või mitteresetseeritava HCC raviks täiskasvanud patsientidele, kes ei ole eelnevat süsteemset ravi saanud; Tecentriq (atesolizumab) monoteerapiana on näidustatud adjuvantraviks pärast täielikku resektsiooni ja plaatinapõhist kemoterapiat 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 kemoterapiat 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

Liikumine aitab ärevuse vastu kookidest paremini

Arevus ja ülekaal on tänapäeva elu paarisrakend ja topeltkoorem. Kaas- aegne maailm seab meile üha suuremaid ootusi – olla edukas tööl, heas vormis ja sotsiaalselt aktiivne. Sellele lisanduvad viimaste aastate pandeemia, sõjakõmin ning majandus, mis pigem seisab paigal kui edeneb. Maksud tõusevad, reaalpalgad langevad. Kui see kõik ärevust ei tekitaks, oleks meie närvisüsteemiga midagi tõsiselt valesti.

Ärevus on saanud meie igapäevaseks kaaslaseks, justkui nähtamatu taustamüra, mis ei kao. See mõjutab mõtlemist, otsuseid ja füüsilist tervist. Pole ime, et sellises vaimses pingeseisundis otsivad paljud lohutust kiirest ja kättesaadavast – suutäis magusat parandab hetkeks enesetunnet. Kuid lühiajaline rahulolu asendub kiiresti süütundega, mis lisab omakorda stressi. Nii tekib nõiaring, kus ärevus ja kehakaalu tõus võimendavad teineteist.

Emotsionaalselt raskel hetkel sulgeme aga taas silmad ja otsime toidust kiiret turgutust. Paraku ei lahenda me sellega

probleemi juurpõhjuseid. Aga kas meie üksikisikutena üldse saame neid lahendada?

Kelle probleemi me tegelikult lahendame? Kas me suudame maiustades rahustada ärevat maailma enda ümber või enda sees? Ei. Järelikult ei leevenda ka kookide söömine midagi – kui, siis vaid nende valmistaja ja müüja majanduslikke muresid.

Seega, ärevuse maandamiseks tuleks maiustamise asemel liikuda. Füüsilise aktiivsuse kasu kehale ja närvisüsteemile on erinevalt kookide söömise kasust teaduslikult tõestatud. Alustades väikeste sammudega, loome endale tervislikuma keha ja rahulikuma meele, mis aitavad paremini toime tulla ärevusega.



Lugupidamisega

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



MEDITSIIN FOOKUSES

NR 47
NOVEMBER 2024

KARDIOLOOGIA kaasprofessor **PRIIT KAMPUS** teeb ülevaate 2024. aasta ESC kodade vivendusarütmia juhustest. **Lk 6–8**

KARDIOLOOGIA kliinikumi kardioloog **PRIIT PAUKLIN** kirjeldab kirjeldab uut hüpertensiooni ravijuhist. **Lk 10–12**

NEUROLOOGIA Confido Meditsiinikeskuse neuroloog **TOOMAS TOOMSOO** annab ülevaate migreeni olemusest, tekkemehhanismidest ja ravist. **Lk 14**

NEFROLOOGIA Tallinna lastehaigla neuroloog **INGA TALVIK** teeb ülevaate laste ja noorte peavaludest. **Lk 16**

PSÜHHIAATRIA Laste- ja noortepsühhiaater **IRINA SAHNJUK** kirjeldab laste ja noorte ärevushäireid. **Lk 18**

HARVIKHAIGUS Porfüüria on haruldaste geneetiliste häirete kombinatsioon, mis mõjutab heemi sünteesi. **Lk 20–22**

ONKOLOOGIA kliinikumi onkoloog **AIN KAARE** teeb ülevaate kroonilise lümfotsüüt leukeemia 200aastasest ajaloost. **Lk 26–30**

ENDOKRINOLOOGIA valmis II tüüpi diabeedi mittefarmakoloogilise ravi juhend. **Lk 34**

Järgmine number ilmub **veebruaris 2025.**

Toitmis- ja liikumisravi konverents

T1 Tallinn Venue ja Worksup keskkond veebis

20.02.2025 EESMÄRK JA RAVI- PLAAN

NB! Kolm välislektorit!

- Toitumis- ja liikumissoovitused 2025
- Täiskasvanute ja eakate toitumisravi korraldus
- Laste toitumisravi korraldus (ravijuhend, söelumine, alustamine, raviplaan, eesmärgid)
- Toitumusega seotud haiguste vältimine: erimenüüd ja nõustamine ravijuhendites
- Individuaalse toitumis- ja liikumisplaani eesmärgid, konsultatsiooni eesmärk, kulutõhususe raportid
- Bariaatria: eesmärkide täitmine metaboolses kirurgias. Eesti bariaatria 20 aastat
- Structured Dietetic Care – Measurable Outcomes & Digital Solutions – Finlands Experience
- Safe Targets in Nutrition and Sports: Optimizing physiotherapy
- Setting and Measuring Targets in Lean and Obese
- Psühholoogiline rehabilitatsioon muutuste saavutamisel



119 €

kuni 07.02.25
sisaldab käibemaksu

**pood.aripaev.ee/konverentsid-toitmis-ja-
liikumisravi-konverents-2025**

Järelvaadatav 30 päeva!

Lisainfo: Karin Tamm, Meditsiiniudiste sündmuste juht,
karin.tamm@aripaev.ee

Koostöös Eesti Kliinilise Toitmise Seltsiga (EstSPEN)
Konverentsil osalemine annab täiendkoolituspunktid,
need akrediteerib EstSPEN ning tunnistuse väljastab Meditsiiniudised.

ESTSPEN
Estonian Society for Parenteral and Enteral Nutrition



**Meditsiini-
konverentsid**

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[®] (semaglutüid) on retseptiravim. Igas pakendis 30 tabletti.
Rybelsus[®] (semaglutüid) 3 mg tabletid. Üks tablett sisaldab 3 mg semaglutüidi.
Rybelsus[®] (semaglutüid) 7 mg tabletid. Üks tablett sisaldab 7 mg semaglutüidi.
Rybelsus[®] (semaglutüid) 14 mg tabletid. Üks tablett sisaldab 14 mg semaglutüidi.
Näidustus: ebapiisavalt kontrollitud 2. tüüpi diabeedi raviks täiskasvanutele lisaks dieedile ja füüsilisele koormusele: monoteraapiana, kui metformiin on talumatuse või vastunäidustuste tõttu sobimatu; kombinatsioonis teiste diabeediravimitega.
Viited: 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

KVA ravikäsitlus muutub senisest patsiendikesksemaks

Konverentsil “Kardioloogia tulipunkt 2024” tutvustas 31. augustil avalikustatud 2024. aasta ESC juhised kodade virvendusarütmia ravis Põhja-Eesti regionaalhaigla kardioloog ja TÜ kardioloogiakliiniku kardioloogia kaasprofessor MD, PhD **Priit Kampus**.

VIOLETTA RIIDAS, toimetaja



FOTO: MEELI KÜTTIM

Kodade virvendusarütmia (KVA) on üks sagedasemaid südame rütmihäireid, mis mõjutab 3–4% täiskasvanud elanikkonnast. Esinemissagedus kasvab vanusega, ulatudes üle 10% 75aastaste ja vanemate seas. Kuigi KVA võib olla tüsistuseks sellistele kroonilistele haigustele, nagu hüpertensioon, ülekaal, diabeet, krooniline obstruktiivne kopsuhaigus (KOK) ja isheemiatõbi, võivad olulised riskifaktorid olla ka suitsetamine, vähene kehaline aktiivsus ja alkoholi liigtarvitamine. See haigus võib tihti kulgeda asümptomaatiliselt, mis teeb avastamise ja ravi keeruliseks.

Kodade virvendusarütmia diagnostikas on oluliseks tööriistaks EKG. Diagnoosi aluseks on vähemalt 30 sekundit kestnud rütmihäire episood, mis on dokumenteeritud kas 12-lülituselisel või ühe- kuni kolme-lülituselisel EKG-l. KVA võib olla sümptomaatiline või asümptomaatiline, ja viimast diagnoositakse tihti ainult läbi südamestimulaatorite või rütmimonitoride.

Rütmihäire skriiningus on oluline roll õpetada patsiente oma pulssi randmelt katsuma või kasutama erinevaid nutivahendeid, näiteks pulsikell. Haiguse varaseks avastamiseks on soovitatav üle 65aastastel peaks rutiinselt arstivisiitidel EKGd teostama.

KVA klassifikatsioon põhineb haiguse kestvusel ja rütmihäire ajalisel kulul. KVA võib olla esmakordselt diagnoositud, paroksüsmaalne (möödub iseenesest), persisteruv (kestab üle 7 päeva ja ei möödu iseenesest) või fikseerunud ehk permanentne, kus rütmihäire püsib ja edasisest rütmikontrollist on loobutud. Lisaks on KVA puhul oluline hinnata sümptomeid, kasutades EHRA klassifikatsiooni, mis jagab sümptomid nelja raskusastmesse: kergest (igapäevategevusi mitte piirav) kuni väga raskeni (invalidistav, igapäevategevused pole võimalikud).

KVA ravi ja jälgimise juhised on sel-

Tasub teada

- ▶ **Kõige sagedasem rütmihäire**
~3–4% täiskasvanud elanikkonnast
- ▶ **Vanusegrupiti erinev esinemissagedus**
<1% 50. a ja >10% 75. a vanusegrupis
- ▶ **Kroonilise põhihaiguse tüsistus**
hüpertensioon, ülekaal, diabeet, KOK, isheemiatõbi
- ▶ **Koormatud riskifaktoritega**
suitsetamine, väheliikuv eluviis, alkohol
KVA on heaoluühiskonna tõbi, mis kulgeb sageli asümptomaatiliselt.

gelt struktureeritud. 2024. aasta Euroopa Kardioloogide Seltsi (ESC) ravijuhendi põhimõtteks on AF-CARE ravimudel, mis keskendub (C - *comorbidity and risk factor management*) kaasuvate haiguste ja riskifaktorite ohjamisele, (A - *avoid stroke and thromboembolism*) insuldi ja trombembooliliste tüsistuste ennetamisele, (R - *rate and rhythm control*) sümptomeid leevendavale sagedus- või rütmikontrollile ning (E - *evaluation and dynamic reassessment*) patsiendi regulaarsele jälgimisele ja dünaamilisele riskihindamisele.

AF-CARE lähenemine saab alguse kodade virvendusarütmia diagnoositud haigetel kaasuvate haiguste ja riskifaktorite (hüpertensioon, südamepuudulikkus, diabeet, ülekaal, uneapnoe, füüsiline aktiivsus ja alkoholi tarvitamine) käsitussoovitustest.

Trombemboolia ja insuldi ennetamiseks on antikoagulatsioon hädavajalik. Ravijuhise keskmes on otsese toimega suukaudsed antikoagulandid, mis on esmane valik trombemboolia riski vähendamiseks. Samas tuleb meeles pidada, et neid ei tohiks vähendatud annustes asjatult kasutada. Uue ravijuhise kohaselt tuleb trombemboolia riski hindamisel

kasutada CHA2DS2-VA skoori, erinevalt eelnevast ravijuhendist ei pea naissugu eraldi kriteeriumina enam hindama ja antikoagulatsiooni alustatakse juhul, kui CHA2DS2-VA skoor on vähemalt 2. Patsientidel, kellel on kõrge veritsusrisk ja antikoagulatsioon vastunäidustatud, on oluline kaaluda vasaku koja kõrvakese sulgurit.

Oluline muudatus puudutab ka antikoaguleerimata haigete siinusrütmi taastamist. Kui varasemates soovitusel oli lubatud ka alla 48 tunni kestnud rütmihäiret antikoagulatsioonita taastada, siis käesolev ravijuhis on seadnud ajalise piiri alla 24 tunni.

See on ravijuhise üks enam kõlapinda leidnud muudatus. Siinkohal tasub märkida, et ühetegi uut uuringut selle soovitusel pole.

Ravijuhise soovitus on tõenduspõhisus C, ehk põhineb ekspertide arvamusel ja lähtub printsiibist, et „haige turvalisus on kõige olulisem - *safety should come first*“. Pärast kardioversiooni tuleb jätkata antikoagulatsiooni vähemalt neli nädalat ja kui CHA2DS2-VA skoor on ≥ 2 , siis püsiv antikoagulatsioon.

KVA käsitluse lahutamatuks osaks on kohene pulsisageduse langetamine ehk sageduskontroll. Sageduskontroll saavutatakse kas beetablokaatorite, digoksiini või mitte-dihüdropüridiini tüüpi kaltsiumikanali blokaatorite abil, on tihti esmavalik hemodünaamiliselt stabiilsete patsientide puhul.

Kui patsient on sümptomaatiline, võib kaaluda siinusrütmi taastamist elektrilise kardioversiooni või antiarütmilise raviga. Ravijuhis soovib mõningatel haigetel rakendada nn „wait-and-see“ strateegiat, uuringud on näidanud et 69 % haigetest taastub siinusrütm spontaanselt 48 tunni jooksul.

Rütmikontrolli ehk siinusrütmi säilitava ravi puhul on juhistes esile tõstatatud kateeterablatsiooni olulisus, eriti

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). Süvaveenitromboosi (SVT) ja kopsuarteri trombemboolia (KATE) ravi ning korduva SVT ja KATE ennetamine täiskasvanutel. Retseptiravim. Müügiloo hoidja: Bristol-Myers Squibb/Pfizer EEIG, Plaza 254, Blanchardstown Corporate Park 2, Dublin 15, D15 T867, Iirimaa. Täiendav teave saadaval müügiloo hoidja Eesti esindusest: Pfizer Luxembourg SARL Eesti filiaal, A. H. Tammsaare tee 47, 11316 Tallinn. Tel. nr. +372 666 7500. SPC 05/2023. Materjal kinnitatud: august 2023.

Ravijuhise uued põhipunktid (ESC 2020 → ESC 2024)

► Diagnostika

AF-CARE raviprintsiip (I C)

[C] Kaasuvate haiguste ravi ja riskifaktorite ohjamine – *Comorbidity and risk factor management*

[A] Hoia ära insult/trombemboolia – *Avoid stroke and thromboembolism*

[R] Sümptomitele baseeruv sagedus-või rütmikontroll – *Reduce symptoms by rate and rhythm control*

[E] Regulaarne haige järelkontroll/ riski hindamine – *Evaluation and dynamic reassessment*

► Diagnostika: EKG 1–2–3 ja 12-l EKG

► Trombemboolia risk CHA2DS2-VAS → CHA2DS2-VA (IC)

► Antikoagulatsiooni näidustus:

• CHA2DS2-VA ≥ 2 (IC)

• CHA2DS2-VA 1 (IIa C)

► Otsese toimega antikoagulandid on esmane valik (IA)

► Ära kasuta kergekääliselt redutseeritud annuses antikoagulante (III B)

► Antikoaguleerimata haigel ei ole soovitatav rütmi taastamine kardioversiooniga, kui rütmihäire kestvus on > 24 tunni (III C)

► Rütmikontroll: „shared decision-making“

• Sümptomaatiline paroksüsmaalne patsient: esimese valiku ravistrateegia kateeterablatsioon I A

• Valitud patsientide grupil kateeterablatsioon parandab prognoosi (HFrEF) IIa B

► Kirurgiline ablatsioonravi - mitraalkirurgia I A / muud südamekirurgia IIa B

sümptomaatiliste paroksüsmaalsete KVA patsientide puhul.

Kateeterablatsioon on esmane valik ka tahhükardiast tingitud kardiomüopaatia ja raske südamepuudulikkusega patsientide puhul, kuna see võib parandada prognoosi. Kirurgiline ablatsioon on soovitatav patsientidele, kes läbivad südameoperatsiooni, näiteks mitraalklapi kirurgia.

Viimaseks AF-CARE baasraamistiku astmeks on E - dünaamiline haiguse hindamine. KVA progressioon ning patsiendi riskiprofil on ajas muutuvad, mistõttu patsient vajab perioodilist hindamist ravistrateegia osas.

Seega on kodade virvendusarütmia ravi ja juhtimine mitmetahuline, nõudes regulaarset riskide ja sümptomite hindamist ning ravi individualiseerimist vastavalt patsiendi seisundile.

Peamised uuendused 2024. aasta ESC ravijuhistes kodade virvendusarütmia (KVA) käsitluses on järgmised:

1. AF-CARE printsiibi kasutuselevõtt: Uus raviprintsiip keskendub haiguse integreeritud käsitlusele, hõlmates kaasuvate haiguste ja riskifaktorite haldamist, trombemboolia ennetamist, sümptomite alusel sagedus- või rütmikontrolli ning regulaarset järelkontrolli.

2. Trombemboolia riskimudeli muutus (CHA2DS2-VAS → CHA2DS2-VA): Uues mudelis on muudetud trombemboolia riski hindamist, mis muudab antikoagulatsiooni määramise täpsemaks ja selgemaks.

3. Antikoagulatsiooni strateegia täiustused: Soovituste täpsustus antikoagulantide valiku ja annustamise osas, sh otsese toimega antikoagulantide (OSAK) eelistamine ning vajadus vältida antikoagulantide kasutamist vähendatud annuses ilma näidustusega.

Rütmihäire diagnoosimine ja sõelumine

► Tugevdatakse asümptomaatilise KVA sõelumist ja dokumenteeritud EKG episoodide esiletõstmist, et paremini tuvastada kõrge trombemboolia riskiga patsiente.

► Registreeritud (EKG) rütmihäire episood kestvusega üle 30 sekundi või püsiv rütmihäire EKG salvestamise ajal.

• 12-lülituseline (standartne EKG) – IA

• 1-2-3 lülituseline EKG – IA

• KVA ei saa diagnoosida nn pulsilaine (pletüsmograafia) baseeruvatel vahenditel

► KLIINILINE (SÜMPTOMAATILINE) KVA

• Sümptomaatiline episood, dokumenteeritud 12-l EKG v ühe-mitme-lülituseline EKG

► ASÜMPTOMAATILINE KVA episood

• Implanteeritud rütmimonitooriguga leitud KVA (rütmivalvurid, südamestimulaatorite mälud).

• Kiired kodade rütmi episoodid (AHRE). Vajalik on pädeva ja kogenud rütmihäirete arsti konsultatsiooni ja episoodide üle vaatamist (välistada müra).

• Asümptomaatilise rütmihäire kestvuse ja riski seos pole lõplikult selge.

• TÕENÄOLISELT üle > 5minutilised võiksid olla seotud tulevikus kliinilise KVA ja trombemboolia riskiga!

4. Rütmikontrolli strateegiate täpsustamine: Varajase rütmikontrolli rõhutamine sümptomaatiliste ja kõrge riskiga patsientide puhul, sh kateeterablatsioon esmavalikuna teatud patsientidele.

5. KVA sõelumise ja diagnoosi uuendused: Tugevdatakse asümptomaatilise KVA sõelumist ja dokumenteeritud EKG episoodide esiletõstmist, et paremini tuvastada kõrge trombemboolia riskiga patsiente.

6. Uued soovitused antikoagulatsiooni osas asümptomaatiliste kodade kõrge rütmi episoodide korral (AHRE): Nüüd kaalutakse antikoagulatsiooni kasutamist ka AHRE episoodide korral, kui kaasneb kõrge trombemboolia risk.

Need uuendused rõhutavad rohkem individuaalset ja riskipõhist lähenemist, tagades senisest täpsema ja patsiendikeskse ravikäsitluse.



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 mitteväljulaarne 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. Müügiloo hoidja: Daiichi Sankyo Europe GmbH, Zielstattstrasse 48, 81379 Munich, Saksamaa. Täiendav teave müügiloo 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



Ka vaid veidi kõrgeenenud vererõhk suurendab kardiovaskulaarset riski.
FOTO: SHUTTERSTOCK

Uued juhised hüpertensiooni tõhusaks juhtimiseks

Konverentsil “Kardioloogia tulipunkt 2024” tegi ülevaate uutest hüpertensiooni ravijuhistest Tartu ülikooli kliinikumi südamekliiniku rütmihäirete osakonna vanemarst-õppejõud **Priit Pauklin**.

VIOLETTA RIIDAS, toimetaja

Kardiovaskulaarne risk suureneb juba süstoolse vererõhu tõusuga üle 90 mmHg. 2024. aasta uuendatud ravijuhised annavad praktilised suunised, kuidas alustada ja kohendada ravi hüpertensiooniga patsientide tervisetulemuste parandamiseks.

Selle aasta sügisel avaldatud hüpertensiooni uus ravijuhend toob esile mitu olulist muudatust ja täiendust, mille eesmärk on parandada hüpertensiooni ja kõrgeenenud vererõhuga patsientide ravi. Juhend põhineb Euroopa Kardioloogia Seltsi (ESC) soovitusel ning kajastab uusimaid teadusuuringute tulemusi ja kliinilise praktika nõuandeid.

Vererõhu täpne mõõtmine on ravi alustamiseks ja jälgimiseks kriitilise tähtsusega. Täpse mõõtmise tagamine algab õigete seadmete ja mõõtmistehnika kasutamisest. Näiteks manseti suurus ja asukoht mõjutavad oluliselt mõõtmis-

tulemusi. Kui mansett on liiga väike või suur, võib see põhjustada ebaõigeid vererõhunäitajaid, mis omakorda mõjutab ravisoovituste täpsust.

Kodusel vererõhumõõtmisel on oluline roll, eriti pikaajalise vererõhujälgimise juures, kuid siiski on kõigest ligikaudu 6% selleks kasutatavatest seadmetest valideeritud ehk teaduslikult kinnitatud täpsusega. Seetõttu on koduse vererõhu jälgimisel soovitatav kasutada valideeritud mõõteseadmeid ning pöörata tähelepanu, et vererõhu mõõtmine toimuks rahulikus ja standardiseeritud keskkonnas. Rütmihäiretega patsientide puhul on manuaalne mõõtmine tihti eelistatud, kuna nende puhul võivad automaatsed seadmed näidata ebatäpseid tulemusi.

Ambulatoorsel 24tunnisel vererõhu monitooringul (ABPM) on samuti oluline osa hüpertensiooni diagnoosimisel ja ravimisel. Ambulatoorne vererõhu

jälgimine, mis hõlmab ööpäeva jooksul korduvalt mõõdetud vererõhuväärtusi, annab arsti jaoks täpse ülevaate vererõhu muutustest ööpäeva jooksul, sh öösel, mil vererõhk võib tavaliselt alaneda. See aitab vältida valepositiivseid tulemusi, mida võivad põhjustada näiteks nn valge kitli hüpertensioon, kus patsiendi vererõhk tõuseb meditsiinasutuses stressireaktsioonina.

KLASSIFIKATSIOON JA UUED TERMINID

Ravijuhend käsitleb kõrgeenenud vererõhku ja hüpertensiooni erinevaid etappe ning toob sisse uusi termineid ja klassifikatsioone, mis aitavad selgitada, kuidas ja millal alustada ravi. Uues juhendis on loobutud mõistetest „normaalne“ ja „optimaalne“ vererõhk, kuna uusimad uurinud on näidanud, et kardiovaskulaarne risk tõuseb juba madalamatest vererõhu väärtustest alates. Traditsiooniline jao-

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 kolmikombinatsioon** 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

tus normaalne-optimaalne-vererõhk ei pruugi kajastada individuaalse patsiendi riski täpselt. Uue klassifikatsiooni kohaselt on vererõhu väärtused järgmiselt jaotatud:

- **Mitte-kõrgeenenud vererõhk:** vererõhk (BP) kabinettis on alla 120/70 mmHg. Selles rühmas ei soovitata vererõhku langetavat ravi, kuna madala vererõhuga patsientidel ei ole vererõhu alandamine kardiovaskulaarse riski vähendamise seisukohast tõendus põhiseiselt vajalik.

- **Kõrgeenenud vererõhk:** vererõhk kabinettis on vahemikus 120/70 kuni 140/90 mmHg. Kõrgeenenud vererõhuga patsientidel soovitatakse elustiilimuutusi ning vajadusel ravi, kui kardiovaskulaarne risk on kõrgeenenud. Riskitaseme hindamiseks kasutatakse erinevaid riskikalkulatsioone, nagu SCORE2.

- **Hüpertensioon:** vererõhk kabinettis 140/90 mmHg või rohkem. See kategooria hõlmab patsiente, kellel on suurem risk südame-veresoonkonna haiguste tekkeks, ning kes vajavad sageli farmakoloogilist ravi.

KÕRGENENUD VERERÕHK

Kõrgeenenud vererõhuga patsientide raviotsused sõltuvad nende kardiovaskulaarsest riskist. Selles kategoorias on kardiovaskulaarse riski varieeruvus suur ning seetõttu ei vaja kõik patsiendid tingimata farmakoloogilist ravi. Ravijuhendi kohaselt on oluline leida kõrge riskiga patsiendid, kellele vererõhku langetav ravi võiks pakkuda olulist kardiovaskulaarse riski vähendamist. Nende patsientide seas hinnatakse riski tavaliselt järgmiste tegurite alusel:

- **Koronaarhaigus:** südame isheemiatõbi suurendab vererõhuga seotud riskifaktoreid.

- **Tserebrovaskulaarhaigus:** ajuveresoonkonna haigused on seotud kõrgeenenud vererõhu ja insuldi riskiga.

- **Perifeersetes arterites haigus:** veresoonte ahenemine jäsemetes võib viidata üldisele ateroskleroosilisele seisundile, mis suurendab kardiovaskulaarset riski.

Kõrgeenenud vererõhuga patsientidel, kellel on kõrge risk (10% või rohkem kümneaastase fataalse või mittefataalse südame-veresoonkonna sündmuse risk), on tõendus põhiseiselt kasulik vererõhku langetav ravi.

RISKI HINDAMINE

Vererõhu ja kardiovaskulaarse riski hindamiseks kasutatakse SCORE2 ja SCORE2-OP on Euroopa Kardioloogia Seltsi poolt välja töötatud meetodid, mis aitavad hinnata



Priit Pauklin

FOTO: MEELI KÜTTIM

südame-veresoonkonna sündmuste riski järgmise kümne aasta jooksul. SCORE2 on mõeldud 40–69aastastele patsientidele, samas kui SCORE2-OP kasutatakse üle 70aastaste puhul. Diabeetikutel on soovitatud kasutada spetsiaalselt väljatöötatud SCORE2-Diabetes riskimudelit. Kui patsiendi 10aastane kardiovaskulaarne risk ületab 10%, peetakse seda piisavaks, et alustada vererõhku langetava raviga.

Kõrgeenenud vererõhuga patsiendid, kelle kardiovaskulaarne risk jääb 5–10% vahele, kuuluvad halli tsooni, kus raviotsus sõltub sageli KV riski modifitseerijate olemasolust. Nendeks modifitseerijateks võivad olla nii soost sõltuvad kui ka mittesõltuvad tegurid, mis tõstavad patsiendi individuaalse riski kõrgemasse kategooriasse. See hindamine on oluline, et tuvastada madala riskiga patsiendid ja keskenduda nendele, kellel ravi võiks tuua suurimat kasu.

ELUVIISIMUUDATUSED

Kõigile kõrgeenenud vererõhuga ja hüpertensiooniga patsientidele soovitatakse mittefarmakoloogilisi ravimeetodeid. Need sisaldavad elustiilimuutusi, mille eesmärk on vähendada vererõhku ja kardiovaskulaarset riski. Peamised mittefarmakoloogilised soovitusused on järgmised:

- **Soola tarbimise piiramine:** soovitatav soolatarbimine on alla 5 grammi päevas (naatriumisaldus alla 2 grammi). Soola tarbimise vähendamine võib vererõhku olulisel määral langetada.

- **Kaaliumi tarbimise suurendamine:** kaaliumirikas dieet aitab vererõhku langetada ja vähendada kardiovaskulaarset riski. Näiteks kaaliumit sisaldav sool ja kaaliumirikas dieet on soovitatavad, kuid

kroonilise neerupuudulikkusega (KNP) patsientidel tuleb sellega olla ettevaatlik.

- **Füüsiline aktiivsus:** vähemalt 150 minutit mõõduka intensiivsusega aeroobset treeningut nädalas või 75 minutit intensiivset treeningut parandavad südame tervist ja vähendavad vererõhku.

- **Tervislik kehamassiindeks:** KMI soovitatav vahemik on 20–25 kg/m².

- **Alkoholi tarbimise piiramine:** soovitatav alkoholi tarbimise piirmäär on alla 100 g nädalas või täielik alkoholist loobumine, kuna alkohol võib tõsta vererõhku ja suurendada südame-veresoonkonna haiguste riski.

- **Suitsetamisest loobumine:** suitsetamine on üks suurimaid südame-veresoonkonna riski tegureid ja suitsetamisest loobumine on oluline kõigile patsientidele.

FARMAKOLOOGILINE RAVI

Farmakoloogilise ravi alustamisel eelistatakse esmavaliku ravimitena ACE inhibiitoreid, angiotensiin II retseptori blokaatoreid (ARB), kaltsiumikanali blokaatoreid (CCB) ja diureetikume, kuna need on osutunud tõhusaks vererõhu langetamisel ja kardiovaskulaarse riski vähendamisel.

ACE inhibiitorid ja ARBid on eriti kasulikud kroonilise neeruhaigusega patsientide puhul, kuna need aitavad kaitsta neerufunktsiooni. Kaltsiumikanali blokaatorid aitavad vererõhku alandada, laiendades veresooni ja parandades verevoolu.

Ravi eesmärk on süstoolse vererõhu langetamine vahemikku 120–129 mmHg ja diastoolse vererõhu puhul 70–79 mmHg. Osadel patsientidel, kes ei talu nii madalaid vererõhkusid, võib eesmärkväärtus olla kõrgem, kuid süstoolne vererõhk võiks siiski eelistatult jääda alla 140 mmHg. Patsientidel, kes on alustanud farmakoloogilist ravi, on soovitatav regulaarselt jälgida vererõhku ja hinnata ravi efektiivsust.

KOKKUVÕTE

Ravijuhendi põhieesmärk on aidata patsientidel vähendada südame-veresoonkonna haiguste riski. Selleks soovitatakse leida kõrge riskiga patsiendid, kellel on vererõhu langetamisest suurim kasu, ja alustada neile sobiva raviga, olgu selleks mittefarmakoloogilised eluviisimuutused või farmakoloogiline ravi.

Ravijuhend rõhutab eluviisimuutuste tähtsust ja eelistab kombinatsioonravi kasutamist, et saavutada vererõhu sihtväärtused kolme kuu jooksul.

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)



Kaasaegne ravi vähendab migreenipäevi oluliselt

Migreeni olemusest, tekkemehhanismidest ja erinevatest raviviisidest annab ülevaate Confido Meditsiinikeskuse neuroloog **Toomas Toomsoo**.

VIOLETTA RIIDAS, toimetaja

Migreen ei ole eluohtlik haigus, kuid see võib märkimisväärselt mõjutada inimese elukvaliteeti. Migreeni all kannatav inimene võib olla sunnitud jääma töölt eemale või ei suuda tegutseda täie efektiivsusega. Tööst puudunud päevad ja üldine elukvaliteedi langus ongi migreeni üks suurimaid probleeme. Migreeni tekkemehhanism pole tänaseni täielikult selge.

Varem arvati, et migreeni põhjustab peamiselt veresoonte laienemine ajus, kuid nüüd teatakse, et olulist rolli mängib ka mõni kolmiknärvi ganglionis toodetud valk. Need valgud vallandavad migreenihoo ja põhjustavad tugevat valu, mis võib levida kuklast. Kolmiknärvi ulatuslikkus võimaldab valuimpulssidel aktiveeruda ajutüvest kaelalülideni. Migreenihoo ajal vallandub närvisüsteemi ärrituse tulemusel suur hulk põletikku soodustavaid aineid, mis tugevdavad valu ja tekitavad veresoonte laienemist ehk vasodilataatsiooni.

Migreeni ravis eristatakse kahte tüüpi ravi: migreenihoo ravi ja ennetav ravi. Hooravi keskendub juba alanud migreenihoo leevendamisele ning selle kestuse vähendamisele. Peamised ravimid on triptaanid, mis aitavad valu kiiremini taandada.

Kui triptaanid olid turule tulles väga kallid, on need nüüd taskukohasemad, kuid mõni patsient eelistab käsimüügiravimeid, nagu ibuprofeen või parasetamool. Ibuprofeeni efektiivseks toimimiseks on soovitatav võtta korraga 800 mg, kuna väiksemad annused ei pruugi piisavalt tõhusad olla.

Auraga migreeni korral, mida esineb ligikaudu 20–30% juhtudest, võib lisaks peavalule kaasneda sensoorseid häireid, nagu nägemis- või kõnehäired ning surin ühes kehapooles. Aura kestab tavaliselt kuni tund ja annab sageli märku lähenevast migreenihoost. Mõni patsient kogeb enne migreenihoogu ka nn *boardroom*-



Toomas Toomsoo

FOTO: CONFIDO

sümptomeid, nagu ootamatu väsimus, suur näljatunne või janu. Huvitava näitena on teada, et Franz Kafka kasutas just post-migreenilist loomepuhangut ära oma raamatute kirjutamiseks.

MENSTRUAALMIGREEN

Eraldi tähelepanu väärib menstruaalmigreen, kuna see on seotud menstruaaltsükliga ja esineb paljudel naistel. Tavalised valuvaigistid ei pruugi menstruaalmigreeni puhul piisavalt aidata, kuid hormonaalsed preparaadid, nagu östrogeen või pikendatud tsükliga pillid, võivad osutada tõhusaks. Menstruaalmigreen on siiski väga individuaalne ja ravi valik sõltub konkreetse patsiendi sümptomitest.

Migreeni ennetav ravi on oluline kroonilise migreeniga patsientidele, kuna see võimaldab vähendada peavalupäevade arvu. Eestis on uued tõhusad ravimid tervisekassa toel kättesaadavad, kuid nende määramiseks kehtivad ranged kriteeriumid, et tagada ravi vajaduspõhisus. Sellised ravimid on oluliseks abivahendiks patsientidele, kelle migreen on muutunud krooniliseks.

RAVI ON INDIVIDUAALNE

Migreeni ravi on tihti keeruline ja väga individuaalne. Patsientide valulävi ja reaktsioon ravimitele on erinevad, mistõttu tuleb raviskeemi koostamisel arvestada iga inimese vajadustega. Usalduslik suhe arsti ja patsiendi vahel on võtmetähtsusega, sest tõhusa raviskeemi

leidmine võib olla pikk protsess. Ühe ravimi ebaefektiivsus ei tähenda, et teised ei võiks sobida. Ravi tõhustamiseks kasutatakse tihti kombineeritud lähenemist.

Valuvaigistite liigtarbimine võib viia ravimite liigtarbimisest tingitud peavaluni (MOH). See seisund tekib patsientidel, kes võtavad valuvaigisteid rohkem kui 15 päeva kuus.

MOH on nõiarang: valuvaigistite sagedane kasutamine suurendab peavalude esinemissagedust, mistõttu patsient võtab veel rohkem ravimeid. Ravi hõlmab sageli valuvaigistite järkjärgulist vähendamist ja täiendava ennetava ravi rakendamist. Rasketel juhtudel võib olla vajalik statsionaarne ravi, kuid uued bioloogilised ravimid ja ravimeetodid on Eestis lihtsustanud raviprotsessi, muutes selle kergemini talutavaks.

ALTERNATIIVSED MEETODID

Alternatiivsete meetodite seas on tõhus *biofeedback* ehk biotagasiside teraapia, mis õpetab inimesi oma valu juhtima ja leevendama. *Biofeedback* sobib hästi krooniliste ja ravimindutseeritud peavalude puhul. Teine populaarne mittemedikamentoosne meetod on transdermaalne elektriline närvistimulatsioon (TENS), mis aitab valu leevendada ning on kergesti kättesaadav.

Migreeni edukas käsitlemine eeldab, et patsient tunneks oma valu ja oskaks seda täpselt kirjeldada. Peavalupäevik on siinkohal väga oluline tööriist, kuhu inimene märgib valu kestuse, tugevuse ja vallandajad. Selline ülevaade aitab arstil valida tõhusama ravi ning patsiendil mõista, kuidas oma seisundit paremini juhtida.

Eestis on migreenipatsientidel tänu tervisekassa toetusele võimalus saada parimat võimalikku ravi. Migreen ei ole haigus, millega peaks leppima või mille tõttu kannatama. Tänapäevased ravimeetodid on tõhusad ja võimaldavad elukvaliteeti märkimisväärselt parandada. Õige ravi leidmiseks on võtmetähtsusega koostöö arsti ja patsiendi vahel.

Kuigi migreeni käsitlemine võib olla keeruline, on õige lähenemisega võimalik saavutada suurepäraseid tulemusi, mis võimaldavad patsientidel elada täisväärtuslikku elu.



PALJU MIGREENIGA SEOTUD VAJADUSI
ÜKS LIHTNE LAHENDUS

Esimene ja ainus ravim nii migreenihoogude
RAVIKS kui ka ENNETAMISEKS

Migreenihoogude akuutne ravi	Annustamine: 75 mg rimegepanti vajaduse korral üks kord ööpäevas	Soodustus 75%/90% diagnoosiga G43 (auraga või aurata) täiskasvanutel, kellel on ebaõnnestunud 2 või enam triptaanravi ^{1,2}
Migreenihoogude ennetamine	Annustamine: 75 mg rimegepanti ülepäeviti	Ei ole soodustust

Viited: 1. Sotsiaalministri 24. septembri 2002. a määruse nr 112 „Tervisekassa ravimite loetelu” muutmine–Riigi Teataja
2. Tervisekassa; <https://www.tervisekassa.ee/ravimite-kompenseerimine>

VYDURA (rimegepant) 75 mg suukaudne lüofilisaat. INN. *Rimegepant sulfate*. Retseptiravim. Näidustused: auraga või aurata migreeni ennetamiseks ja akuutseks raviks täiskasvanutel. Migreeniepisoodide ennetavaks raviks täiskasvanutel, kellel on vähemalt 4 migreenihoogu kuus.

Müügiloa hoidja: Pfizer Europe MA EEIG Boulevard de la Plaine 17 1050 Brüssel Belgia.

Täiendav teave saadaval müügiloa esindaja Eesti esindusest: Pfizer Luxembourg SARL Eesti Filiaal, A. H. Tammsaare tee 47, 11316 Tallinn. Tel. nr. +372 666 7500. Ravimi omaduste kokkuvõte 06/2023.

PP-NNT-EST-0027

Materjal kinnitatud: oktoober 2023.



Noorte peavalud vajavad tõsist tähelepanu

Konverentsil „Noore keha ja vaim“ tegi 2024 oktoobris ülevaate laste ja noorte peavaludest Tallinna lastehaigla neuroloogiaosakonna juhataja neuroloog **Inga Talvik**.

VIOLETTA RIIDAS, toimetaja

Laste ja noorte peavalud on suur ja sagedane probleem, mis mõjutab märkimisväärselt nii noorte endi elukvaliteeti kui ka nende pere iga-päeva elu. Doktor Talvik selgitas, et ükski lapsevanem ei jäta märkamata, kui laps kaebab peavalu. Enamik vanemaid hakkab kartma kõige halvemat: kas tegemist võiks olla ajukasvajaga? Reaalsuses on olukord tavaliselt palju vähem dramaatiline. Peavalud noorte seas on sageli esinev mure ja neuroloogide sõnul kannatab nende all umbes 60–75% lastest ja noortest. Sageli on peavalud mitte ainult lapse, vaid ka terve pere probleem, kes peavad töölt puuduma, et last hooldada.

Peavaludega võivad kaasneda ka muud häired, nagu uneprobleemid, ärevus ja depressioon. „Peavalud ei mõjuta lapsi üksnes füüsiliselt, vaid neil on suur mõju ka vaimsele tervisele,“ ütles Talvik, viidates sellele, et noortel on peavaludega seotud nii emotsionaalsed kui ka psühholoogilised probleemid.

Peavalu võib jagada kahte põhitüüpi: primaarne ja sekundaarne. Primaarsete peavalude hulka kuuluvad migreen ja pingetüüpi peavalu, mis on noorte seas kõige sagedasemad.

Harvemini võib esineda sekundaarseid peavalusid, mis on seotud muude terviseprobleemidega. Sellisteks on näiteks ravimite tingitud peavalud.

Haruldaste haigusseisundite, nagu ajukasvajate esinemine on pigem erand: see võiks lapsevanemaid rahustada.

PEAVALUPÄEVIK ON OLULINE

Talvik rõhutas peavalupäeviku pidamise olulisust, kuna see aitab mõista valu tekemehhanisme ja sagedust. Üles peaks märkima peavalu esinemise aja, kestuse, tugevuse ja kasutatud valuvaigistid. Praktikas peavad siiski vaid vähesed noored päevikut järjepidevalt. Rääkides valu põhjustest, tõi Talvik esile, et ka ülekaal võib soodustada peavalude teket. „Ülekaaluga



Inga Talvik FOTO: ASTRA KLIINIK

noored on sageli füüsiliselt vähem aktiivsed. Lisaks ei maga noored tihti piisavalt ja veedavad palju aega ekraanide ees, mis suurendab samuti peavalu tekkeriski,“ rääkis ta. Kuna unepuudus ja ebatervislik päevarežiim võivad olla peavalude põhjuseks, soovitas ta lapsevanematel jälgida laste une- ja ärkvelolekuaega ning ekraaniaega.

Peavalude sagedus varieerub sõltuvalt valu tüübist ja noore vanusest, kuid uuringud on näidanud, et migreen mõjutab sagedamini tüdrukuid pärast 15. eluaastat. Klassifitseerimata peavalud moodustavad umbes 11% noorte peavaludest, mis näitab, et mitte kõik peavalud ei vasta täpselt migreeni või pingetüüpi peavalu diagnoosile ja neid võib olla keeruline klassifitseerida. „Kui valu kordub sageli ja häirib igapäevaelu, on oluline pöörata tähelepanu lapse päevarežiimile ja muudele eluviisi aspektidele, mis võivad mõjutada peavalude sagedust ja intensiivsust,“ ütles Talvik.

Raviks soovitas ta ägeda peavalu korral kasutada paratsetamooli või ibuprofeeni, kuid ühtlasi hoiatas, et ravimite kasutamisel tuleb olla ettevaatlik ning lisas, et muutused eluviisis on sageli palju efektiivsemad.

Ka lastel ja noortel võib mõnikord tekkida ravimite poolt esile kutsutud peavalu

(MOH), mis on tingitud valuvaigistite ülemäärasest kasutamisest. Seetõttu peaks raviotsuseid langetama kaalutletult.

KROONILISE PEAVALU TAGAJÄRJED

Inga Talvik toonitas, et kroonilisi peavalusid tuleb kindlasti ravida, kuid see on erinev ägeda valu ravist. Neil lastel ja noortel on kaasnevaks probleemiks sage koolist puudumine, mis omakorda mõjutab õpitulemusi ja sotsiaalseid suhteid. Krooniliste peavaludega lastel võib koolis käimine olla tõsine väljakutse ja see mõjutab otseselt nende haridusteed. Seetõttu on oluline, et lapse puudumise põhjused oleksid selgelt mõistetavad ja nende reageeritaks õigeaegselt.

Peavalude hindamisel ja diagnoosimisel soovitas Talvik arstil arvestada ka peavalude iseloomu ja võimalike kaasnevate sümptomitega, näiteks fotofoobia, iivelduse ja oksendamise, mis viitavad sagedamini migreenile. Lisaks rõhutas ta, et punased lipud, nagu näiteks hommikused peavalud, öised oksendamised ja tugevad hommikused peavalud, võivad viidata tõsisematele terviseprobleemidele. „Punased lipud on ohumärgid, mis nõuavad lisauuringuid, et välistada raskemad haigused,“ rõhutas ta.

HEA PÄEVAREŽIIM ON OLULINE

Peavalude ennetamiseks tuleks järgida regulaarseid tervislikke harjumusi ja päevarežiimi, mis hõlmavad tasakaalustatud toitumist, piisavat füüsilist aktiivsust ja kvaliteetset und. Noorte seas on peavalude riski vähendamiseks oluline pöörata tähelepanu vedeliku tarbimisele ja ekraaniajale. „Hea päevarežiim, piisav uni ja tervislik toitumine aitavad ennetada peavalusid ja vähendada nende sagedust,“ selgitas Talvik. Ta lisas, et ka regulaarne liikumine ja stressi maandamine võivad olla peavalude ennetamisel olulised.

„Peavalud on kompleksne probleem, mis vajab terviklikku ja põhjalikku lähenemist,“ rõhutas Talvik. „Arsti ülesanne on mitte ainult diagnoosida ja ravida, vaid ka harida lapsevanemaid ja noori ning selgitada peavalude võimalikke põhjuseid ja ennetusmeetmeid. Peavalude täpne diagnoosimine ja sobiva ravi leidmine nõuab sageli aega ja kannatust.“

Somnols®

zopikloon

7,5 mg N10, N20, N30 tabletid

Rahulik uni ja hommikune reipus



- Kiirem une saabumine ja täisväärtuslik uni^{1,2}
- Tagab une füsioloogiliste faaside normaalse järjestuse^{1,2}
- Kerge hommikune ärkamine^{1,2}

Näidustus: Lühiajalist medikamentootset ravi vajavad unehäired¹

1. Somnols® ravimi omaduste kokkuvõte.

2. Drover, D.R. Comparative pharmacokinetics and pharmacodynamics of short-acting hypnotics: zaleplon, zolpidem and zopiclone. Clin Pharmacokinet 43, 227238 (2004).

Müügiloahoidja: AS Grindeks, Krustpils 53, Riga, LV-1057, Läti

Info: Grindeks Eesti filiaal, Tondi 33, Tallinn, 11316, tel 6 120 224

Grindex



Noortel on igapäevaelu stressiga varasemast raskem toime tulla

Laste ja noorukite ärevusest tegi konverentsil „Noore keha ja vaim“ oktoobris ülevaate PSI laste ja noorukite psühhiaatriakeskuse psühhiaater **Irina Sahnjuk**.

VIOLETTA RIIDAS, toimetaja

Puutume elus sageli kokku väljakutsetega, mis panevad proovile meie vaimse ja füüsilise tasakaalu. Kui mõelda ärevuse ilmingutele kehas, saame tuua välja mitu füüsilist sümptomit: pearinglus, suukuivus, hingamisraskused, iiveldus ja südameklõppimine. Sageli võivad kaasneda higistamine ja lihaspinged ning mõnikord ka tunnetuslik ebamugavus teatud kehapiirkonnas või tung minna sagedasti tualetti. Need sümptomid ilmnevad peaaegu igaühel, kes kogeb ärevust või ülemäära stressi, kuid mööduvad olukorra lahenemisel. Neil juhtudel me ei saa rääkida ärevushäirest.

Stress võib olla nii mobiliseeriv kui ka destabiliseeriv jõud. Lühiajaliselt võib see aidata nt eksamiks valmistuda. Krooniliseks muutudes võib aga meie kaitsesüsteemi ära kurnata. Meie aju stressisüsteemid toimivad koos autonoomse närvisüsteemi, motoorse süsteemi, HPA-telje (hüpotalamuse-ajuripatsi-sugunäärmete telg) ja teiste keeruliste süsteemidega, et hoida keha tasakaalus. Kui üks neist süsteemidest hakkab ülekoormusest järele andma, võivad kaasneda sümptomid erinevates kehaosades. Seda võib võrrelda kindlusega, mis on ehitatud mitmest kaitsemüürist – kui üks neist puruneb, mõjub see kogu kindluse stabiilsusele.

Rääkides tänapäeva stressoritest, saame öelda, et need ei sarnane enam varasemate aegade ohuteguritega, mis olid sageli seotud ellujäämise ja füüsilise ohuga. Kaasaegsed stressorid, nagu elutempo kiirenemine, une- ja söömisharjumuste muutumine, nutiseadmete kasutamine, avaldavad ajule ja kehale pidevat survet. Lisaks sellele on laste ja noorte vastupanuvõime stressile vähenenud nii kiirenenud elutempo kui ka muutunud sotsiaalsete olude tõttu.

Ärevushäiretel on sageli geneetiline taust, mis tähendab, et lapse risk selle



Irina Sahnjuk FOTO: ERAKOGU

tekkeks võib olla suurem, kui vanematel on varasemalt esinenud sarnaseid probleeme. Samuti võivad seda mõjutada lapse temperamendi omadused – näiteks introvertsus ja ujedus võivad suurendada ärevuse tekkimise tõenäosust. Keskkondlikud tegurid, nagu koolikiusamine või vanemate psüühikaprobleemid, aga ka füüsiline haigus võivad samuti mängida olulist rolli ärevuse kujunemisel. Ka pere suhtel on oluline roll, kuigi on oluline märkida, et kirjanduse andmetel paljudel ärevushäiretega lastel ei esine peres suurt düsfunktsiooni, suuremat rolli mängivad geneetilised tegurid.

KOMORBIIDSUS

Kui vaadelda ärevushäireid, on oluline mõista nende komorbiidsust ehk kaasnevust teiste psüühikahäiretega. Ärevushäired võivad tihti esineda koos meeleolu- ja tähelepanuhäirete, neuropsühhiaatriliste eripärade, õpiraskuste ning sotsiaalse foobiaga. Nii võib laps, kes tunneb end rühmas kehvemini kui teised, tunda suuremat ärevust ja seeläbi kogeda erinevaid sümptomeid. Sotsiaalfobia on noorukitel tavaline ning koos sellega võivad avalduda paanikahood ja agorafobia.

Ärevuse psüühiliste ilmingute hulka kuuluvad pidevad muremõtted, mis võivad kiiresti muutuda katastroofiliseks ja viia keskendumisraskuste või mõtete n-ö kustumiseni. Samuti on ärevusega kaasnevad tunded, nagu pidev ärkvel-

olek või valvelolek, rahutus, võimetus lõõgastuda ja erutuvus. Sageli on lastel hirm kaotada kontrooli, minna hulluks. Võib esineda ka depersonalisatsiooni või derealisatsiooni tunne, kus laps tunneb, et tema ümbrus on ebareaalne või ta ise ei ole justkui kohal.

Füüsilised sümptomid ulatuvad peavalust ja iiveldusest südameklõppimise ja lihaspingeteni. Noored, kes kogevad kroonilist ärevust, võivad sageli pöörduda erinevate spetsialistide poole erinevate kehaliste kaebustega. Selliste funktsionaalsete sümptomite korral ei leia arst alati konkreetset haiguse põhjust, kuid see ei tähenda, et laps neid teeskleks.

DIAGNOOSIMINE JA RAVI

Diagnoosimisprotsessi alguses tuleb uurida lapse ja pere anamneesi ning välistada somaatilised haigused. Ärevushäirete tuvastamiseks võib kasutada abistavaid küsimustikke, näiteks SCARED (*Screen for Child Anxiety Related Disorders*). Lisaks tuleb välistada teised psüühikahäired, mida lapsed võivad varases eas kogeda. Ravi alustatakse sageli psüühohudukatsiooniga, mis aitab last ja tema vanemaid ärevust ja sellega seotud sümptomeid paremini mõista. Laste puhul peame mees pidama, et enne ravi alustamist tuleks keskenduda nende põhivajadustele, nagu uni, liikumine ja tervislik toit. Kehaga seotud tehnikad hingamisharjutused ja liikumisteraapia võivad aidata lapsel ärevust reguleerida, pakkudes kehale võimalust ärevusest vabaneda.

Meil on arsenalis ka ravimid, kuid kasutame neid laste puhul üldiselt siis, kui muud sekkumised ei ole efektiivsed või sekkumiste kättesaadavus on piiratud. Teatud juhtudel garanteerib parima ravitulemuse teraapia ja medikamentide ravis kombinatsioon.

Antidepressantide kasutamine lastel ja noorukitel ärevushäirete ravis on paljudel juhtudel omal kohal. Samas anksiolüütikumid, näiteks bensodiasepiinid, ei ole üldjuhul lastele soovitatavad, kuna nende närvisüsteem on veel arengujärgus ja reaktsioon ravimitele võib olla ettearvamatu.

Noorukite puhul püüame rahusteid vältida potentsiaalse sõltuvusohu tõttu.

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)

Aktiivsus- ja tähelepanuhäire (ATH) ravi 6-aastastel ja vanematel lastel kompleksravi ühe osana, kui toetavad meetmed üksi on ebapiisavad. Ravi peab alustama lapsega 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

112024_9476729

BIOCODEX

Porfüüria mõjutab
ka nahka.
FOTO: SHUTTERSTOCK



Porfüüria: haruldaste geneetiliste häirete mõju heemi sünteesile

Porfüüria on geneetiliste häirete rühm, mis häirib keha võimet toota heemi – olulist molekuli, mis osaleb hapniku transportimises ja ainevahetuses.

Porfüüriat esineb erinevates vormides, mis mõjutavad nahka või närvisüsteemi. Sümptomite kontrollimiseks on vajalikud nii meditsiiniline ravi kui ka elustiili kohandused.

Porfüüria on haruldaste geneetiliste häirete rühm, mis koosneb üheksast erinevast pärilikust haigusest. Nende ühiseks tunnuseks on kehaomaste ühendite, porfüriinide, või nende eelühendite kogunemine organismis. Porfüriinid on vajalikud heemi tootmiseks, mis on oluline molekul hapniku transportimisel vere kaudu kehasse ja välja.

Kui heemi sünteesiks vajalik ensüümide rada on takistatud või ühe ensüümi aktiivsus vähenenud, hakkavad rakud koguma vaheühendeid, mida nimetatakse porfüriinideks või porfüriinide eelühenditeks. See, milline neist ühenditest akumulereerub ja milliseid sümptomeid põhjustab, sõltub konkreetsest porfüü-

ria tüübist. Porfüüriat iseloomustavad sümptomid võivad olla ägedad ja mööduvad või kroonilised ja nahaärritusega seotud. Kreeka keelest tuletatud termin „porfüriin“ tähendab „purpurpunast“, kuna teatud juhtudel võib porfüüriaga patsientidel uriin muutuda punaseks või lillakaks.

PORFÜÜRIA TÜÜBID JA SÜMPTOMID

Kõik porfüüriad jagunevad kahte põhitüüpi: ägedad- ja nahaporfüüriad. Ägedad porfüüriad mõjutavad peamiselt närvisüsteemi ning neid iseloomustab kiire ja tugev sümptomite ilmnemine. Nahaporfüüriad on seotud nahaga ja sümptomid ilmnevad eeskätt päikesekiirgusega kokku puutunud piirkondades.

Mõnel porfüüriavormil esineb nii närvisüsteemi kui ka nahka mõjutavaid sümptomeid, mistõttu haiguste klassifikatsioon võib varieeruda.

Ägedaid porfüüriaid on neli tüüpi: äge vahelduv porfüüria (*acute intermittent porphyria*, AIP), pärilik korpoporfüüria (*hereditary coproporphyria*, HCP), tähniline porfüüria (*variegate porphyria*, VP) ja δ -aminolevuliinhappe dehüdrataasi puudulikkuse porfüüria (*δ -aminolevulinic acid dehydratase deficiency porphyria*, ADP). Neid häireid põhjustavad närvisüsteemi kurnavad haigushood, mis progresseeruvad sageli mitme päeva jooksul ja on oma olemuselt äärmiselt valulikumad ja ebamugavamad.

Ägedate porfüüriate sümptomiteks on tugev kõhuvalu, millega kaasnevad sageli iiveldus, oksendamine ja kõhukinnisus. Muude sümptomite hulka kuuluvad südameklõppimine, krambihood, hallutsinatsioonid, lihaskõrvalus, mis võib süveneda ja vajada hingamisabi, ning uriini purpurpunane värvus.

Nahaporfüüriad mõjutavad naha hili-

MEDISON

Always
Ahead

www.medisonpharma.com
Medison Pharma Estonia

sporfüüriat (*porphyria cutanea tarda*, PCT), hepatoerütropoeetilist porfüüriat (*hepatoerythropoietic porphyria*, HEP), kaasa-sündinud erütropoeetilist porfüüriat (*congenital erythropoietic porphyria*, CEP), erütropoeetilist protoporfüüriat (*erythropoietic protoporphyria*, EPP) ja X-liiteline protoporfüüriat (*X-linked protoporphyria*, XLP).

Need porfüüriad põhjustavad tugevat valgustundlikkust, mille tõttu päikese-kiirgusega kokkupuutunud nahapiirkondades tekivad villid, armid, punetus ja turse. Erütropoeetilise protoporfüüriaga ja X-liiteline protoporfüüriaga patsientidel tekib päikesekiirgusega kokkupuutel valulik reaktsioon, kuid ville tavaliselt ei teki. Kaasasündinud erütropoeetilise porfüüria põhjustab raskete villidega nahakahjustusi juba lapseas ning naha hilisporfüüria avaldub tavaliselt täiskasvanueas, põhjustades nahakahjustusi, mis muutuvad armideks ja võivad viia naha paksenemiseni.

SÜMPTOMID JA TUNNUSED

Porfüüria sümptomid ja tunnused varieeruvad suuresti sõltuvalt haiguse tüübist ja raskusastmest. Ägedate porfüüriate sümptomid ilmnevad kiiresti ja võivad kesta tunde, päevi või nädalaid. Nende sümptomite hulka kuuluvad tugev kõhu-, rindkere-, jala- või seljavalu, seedetraktiga seotud probleemid (näiteks kõhukinnisus, iiveldus ja oksendamine), lihasvalu, kipitus, tuimus, nõrkus või halvatus ning uriini muutumine punakaks või pruunikaks. Nahaporfüüriate puhul põhjustab kokkupuude päikesekiirgusega ägedat põletustunnet, nahapunetust ja turset, millele võivad järgneda aeglaselt paranemised villid ja armid. Mõnel juhul võib uriin muutuda punaseks või pruuniks porfüriinide kuhjumise tõttu.

Porfüüriate tekkepõhjuseks on häired heemi sünteesi ahelas. Heem on seotud hapniku transportimisega kopsudest keha kudedesse ning ravimite ja hormoonide kõrvaldamisega. Heemi tootmine toimub peamiselt luuüdis ja maksas, kus kaheksa ensüümi kaudu muudetakse porfüriinid heemiks. Kui mõni neist ensüümidest ei tööta normaalselt, põhjustab see porfüriinide kuhjumist, mis sõltuvalt haigusest võib kahjustada kas närvisüsteemi või nahka.

Porfüüria esineb peamiselt päriliku haigusena, kus üks või mõlemad vanemad annavad edasi muutunud geeni. Autosoom-dominantse pärandumise puhul piisab ühelt vanemalt päritud muutunud geenist, et haigus avalduks, samas

kui autosoom-retsessiivse pärandumise korral on vajalik kahe muutunud geeni pärandumine – üks mõlemalt vanemalt. Kõigil porfüüriaga inimestel ei pruugi sümptomid avalduda ning sageli jäävad haiguse kandjad asümptomaatilisteks. Naha hilisporfüüria (PCT) on ainus omandatud vorm, kus sümptomite tekkimisele aitavad kaasa teatud riskitegurid, näiteks liigne rauasisaldus, alkoholi tarbimine, suitsetamine, hormonaalsed muutused ning infektsioonid, nagu HIV või C-hepatiit.

Teatud keskkonnategurid, näiteks kokkupuude päikesekiirgusega, alkohol, stress ja mitmesugused ravimid, võivad süvendada porfüüriate sümptomeid või isegi haigushooge esile kutsuda. Ägedaid porfüüriate haigushoogusid võivad põhjustada näiteks barbituraadid, rasetumistvastased tabletid ja rahustid. Kuna haigushooge põhjustavad tegurid võivad igal patsiendil olla erinevad, on oluline, et patsientidele ja nende pereliikmetele antaks põhjalikku nõu sümptomite haldamise kohta.

DIAGNOOSIMINE JA RAVI

Porfüüria diagnoosimine võib olla keeruline, kuna haigus sümptomid sarnanevad paljude teiste sagedaste haigustega. Diagnoosimiseks kasutatakse mitmesuguseid vere-, uriini- ja väljaheiteanalüüse ning geneetilist testimist, et tuvastada haigusega seotud geenimutatsioonid. Ägeda maksaporfüüria kahtluse korral mõeldakse uriinist porfobilinogeeni (PBG) ja aminolevulliinhappe (ALA) sisaldust, kuna need vaheühendid akumuliseeruvad ägeda hoo ajal. Nahka mõjutavate sümptomite korral analüüsitakse vereplasma porfüriinisisaldust. Kui need analüüsid viitavad porfüüriale, tehakse põhjalikumaid teste, sealhulgas porfüriinide määramine uriinis, vere punaliblede ja väljaheites. DNA-analüüs on muutunud üha enam kättesaadavaks ja selle abil saab täpselt määrata porfüüriat põhjustava geenimutatsiooni, mis võimaldab haiguse konkreetse alavormi kinnitada või välistada.

Kuigi porfüüria on ravimatu haigus, on selle sümptomite ja haigushoogude leevendamiseks mitu meetodit. Ravi sõltub konkreetse porfüüria alavormist ja haiguse raskusastmest. Ägedate porfüüriate raviks on heaks kiidetud ravim Panhematin® (hemiin süstimiseks), mis asendab heemi ja aitab vähendada porfüriinide kuhjumist organismis. Glükoosiravi kasutatakse sageli ägeda porfüüria esimese ravimeetodina, kuna glükoos

võib vähendada maksa heemi tootmist. Nahaporfüüriate puhul on oluline vältida päikese käes viibimist, kanda kaitseriie-tust ja kasutada päikesekreemi, et vähendada valgustundlikkust põhjustavaid sümptomeid.

HAIGUSHOOGUDE ENNETAMINE

Porfüüriaga patsiendid peaksid arvestama mitmesuguste eluviisi muutustega, et vältida haigushoogude kordumist. See võib hõlmata alkoholi tarbimise piiramist, päikesekiirguse vältimist, stabiilse toitumiserutiini säilitamist ja teatud ravimite vältimist, mis võivad vallandada ägeda hoogu. Samuti soovitatakse patsientidel kanda kaasas meditsiinilist teabekaarti, mis loetleb nende seisundi puhul vastunäidustatud ravimeid ja sisaldab hädaolukordades vajaminevat infot.

Porfüüriaga inimestel võib olla vajalik regulaarselt konsulteerida arstidega, et jälgida haiguse progresseerumist ja kohandada ravi vastavalt vajadusele. Arstid ja patsiendid peaksid olema teadlikud porfüüriaga seotud riskidest ning patsiendi seisundi kohasest ravist ja ettevaatusabinõudest, et hoida haiguse sümptomeid kontrolli all. Lisaks on soovitatav, et porfüüriaga patsiendid konsulteeriks geneetikuga, et mõista haiguse pärilikkuse aspekte ja selgitada välja, kas pereliikmed võivad olla haiguse kandjad.

Haigusel on erinev levimus geograafiliselt ja alavormide lõikes. Näiteks naha hilisporfüüria (PCT) on üks levinumaid porfüüria vorme ja esineb ühel inimesel 10 000st. Kõige levinum äge porfüüria ja äge vahelduv porfüüria (AIP), esineb hinnanguliselt ühel inimesel 20 000st, kuid selle esinemissagedus võib varieeruda, esinedes näiteks Soomes sagedamini. Kaasasündinud erütropoeetilise porfüüria (CEP) on aga äärmiselt haruldane ja esineb ligikaudu ühel inimesel miljonist.

Porfüüriaga patsientidel sõltub pikaajaline prognoos sümptomite tõsidusest, haiguse varasest avastamisest ja ravivõimalustest. Kuigi haigus võib olla krooniline ja korduvate haigushoogudega, aitab varajane diagnoosimine ja asjakohane ravi patsientidel elada võimalikult normaalset elu.

Kokkuvõtte koostanud järgmiste allikate põhjal: Porfüüria – Ameerika porfüüriate assotsiatsioon (American Porphyria Foundation) <https://porphyriafoundation.org/for-patients/about-porphyria/> Sümptomid ja tekkepõhjused – Mayo Clinic <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/porphyria/symptoms-causes/syc-20356066?p=1>

Liitu Terviseraamatute klubiga!

Saad püsivalt
10% soodustust

Uus raamat
-20%



Terviseraamatute klubi
Mõista, hooldi, muuda

VAATA LÄHEMALT:
terviseraamatuteklubi.ee

Laste toitmiseravi eeldab teaduspõhist lähenemist ja meeskonnatööd



KADI SAAD

Tallinna Lastehaigla
pediaatria arst-resident

11. kuni 15. novembrini toimus ESPEN (The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism) alatoitumuse teadlikkuse nädal, mis on iga-aastane rahvusvaheline kampaania. Eesmärk on tõsta ülemaailmset teadlikkust haiguspõhisest alatoitumisest ja selle sügavast mõjust patsientide heolule ja rahvatervisele.

Alatoitumus (ingl k *undernutrition*) on toiduenergia ja/või toitainete puudusest tingitud seisund, mille tagajärjeks on soovimatu kehakaalu langus ja/või kehakoostise halvenemine ning vähenenud keheline ja/või vaimne võimekus. Alatoitumus kuulub väärtoitumuse (ingl k *malnutrition*) nn vihmavarju alla koos ületoitumisega (ülekaalulisus ning rasvumine). Ka ülekaaluline laps võib olla alatoitumuse

ses nii mikro- kui ka makrotoitainete vaeguse tõttu. Areenunud maades on laste alatoitumuse põhjused valdavalt sekundaarsed, nt kroonilised haigused, söömiskäitumised, suurenenud energiakulutus, toitainete imendumishäired.

Laste alatoitumuse ennetamine nõuab terviklikku lähenemist, mis hõlmab nii regulaarset söelumist, lastevanemate juhtimist kui ka toitmiseravi meeskonna kaasamist. Tervishoiutöötajate teadlikkus alatoitumuse märkidest ja riskiteguritest on siinjuures võtmetähtsusega. Alatoitumus võib avaldada ulatuslikku mõju lapse tervisele ja heolule. Peamisteks alatoitumuse tagajärjedeks lastel on kasvuhäired (kaalu- ja või kasvuiibe puudulikkus), lihasjärgluse, lihasmassi ja funktsiooni langus, kognitiivse arengu aeglustus, hilinevad puberteet, sagedasemad infektsioonid, aga ka pikemad haiglas viibimised.

Igaüks meist saab alatoitumust tuvastada regulaarsete antropomeetriliste mõõtmiste abil. Igal vastuvõtul tuleks mõõta lapse pikkust ja kaalu, kanda need graafikule ning hinnata nende dünaamikat. Lisaks on oluline küsida ka anamneesi söömise, söömisharjumuste ning toiduvalikute kohta. Hetkel on koostamisel ka alatoitumise ravijuhend, mille raames valideeritakse eesti keelde ka söelurintide tööriistad. Lastele on plaanis võtta kasutusse le STRONGkids test, mis on abiks alatoitumuse riski hindamisel ja alatoitumusega laste ülesleidmisel.

Laste toitmiseravi algab enamasti lihtsate sammudega, mida saab rakendada juba esmase vastuvõtu käigus. Kui tervishoiutöötaja on tuvastanud

alatoitumuse riskiga lapse, on oluline anda peredele praktilisi ja kohe rakendatavaid soovitusi, näiteks rõhutada valgurikka ja energiatiheda toidu olulisust, pöörata tähelepanu regulaarsele söömisrežiimile, lisaks saab anda ka soovitusi toidu tõhustamise osas. Sellised lapsed tuleks kindlasti kutsuda vastuvõtule tagasi, et hinnata tehtud muudatuste mõju lapse kasvule ja arengule.



Kadi Saad: „Alatoitumuse ennetamisega ei paranda me ainult lapse tervist, vaid tagame ka paremad võimalused tema elukvaliteedi ja tuleviku jaoks.”

Keerulisemate juhtumite korral, näiteks kui esineb kaasuvaid haigusseisundeid või suukaudne toitumine pole piisav, tuleks laps suunata edasi pediatrile juurde. Pediatr saab juba kaasata toitmiseravi meeskonna. Nii koostatakse lapsele individuaalne toitmiseravi plaan, mis võib hõlmata suukaudset toitmiseravi (energiarikkamad toidud ja joogid, toidu tõhustamine, suukaudsed toitmiseravi preparaadid), enteralse (maku või soolde toitesondi või -stoomi kaudu täisväärtuslike toitelahuste manustamine) või parenteraalse (toitelahuse manustamine veenikateetri kaudu otse vereringesse) toitmise kasutamist.

Alatoitumuse ennetamisega ei paranda me ainult lapse tervist, vaid tagame ka paremad võimalused tema elukvaliteedi ja tuleviku jaoks. Kuigi alatoitumus on sageli varjatud probleem, saab iga tervishoiutöötaja lihtsate, kuid järjepidevate sammudega seda märgata, leevendada ja ennetada, pakkudes olulist tuge nii lapsele kui tema perele.

Toitmiseravi Tallinna Lastehaiglas

Toitmiseravi ei tähenda pelgalt toitainete manustamist – see tugineb iga lapse in-



FOTO: FREEPIK.COM



SA TALLINNA LASTEHAIGLA

Lihtsad sammud igal vastuvõtul

- Mõõda lapse pikkus ja kaal, kanna andmed graafikule.
- Küsi perelt lapse söömisharjumuste kohta.
- Jälgi kaalu ja kasvu dünaamikat.
- Vajadusel alusta koheseid lihtsaid sekkumisi, näiteks anna toitumissoovitusi.
- Kahtluse korral suuna laps toitumisspetsialisti juurde.

dividuaalsetele vajadustele, võttes arvesse vanust, haigusseisundit ja arengulist etappi. Tõhus toitmisravi eeldab multidistsiplinaarse meeskonna koostööd, kuhu peaksid kuuluma arst, õde, toitumisterapeut, logopeed, füsioterapeut ja psühholoog.

Esimesel vastuvõtul viiakse läbi põhjalik hindamine, mis hõlmab antropomeetriliste näitajate mõõtmist, kliinilist läbivaatust ning vajadusel vereanalüüsi. Koostöös perega koostatakse lapse vajadustele vastav plaan, mis on ohutu, realistlik ja kergesti järgitav. Regulaarne järelkontroll tagab, et raviplaan toimib tõhusalt, ning võimaldab teha vajalikke kohandusi.

Praegu on Tallinna Lastehaiglas toitmisravi jagunenud erinevate üksuste vahel, mis toimivad küll hästi, kuid minu sooviks on viia see järgmisele tasemele. Pärast üldpediaatria residentuuri lõpetamist soovin keskenduda laste toitmisravile ja luua teaduspõhiselt toimiva multidistsiplinaarse meeskonna, et pakkuda väikestele patsientidele veelgi paremat tuge ja hoolt.



FOTO: PEETER SÄRG

Alatoitumuse tuvastamine lapsel

Alla 2-aastastel lastel

- Ebapiisav kasvamine >1 kuu jooksul
- Kaalukõvera langus rohkem kui kahe protsentiili võrra
- Kehakaal <3. protsentiili



Üle 2-aastastel lastel

- Kaalukaotus või kaalu püsimine >3 kuud
- Kaalu või pikkuse langus kasvukõveral kahe protsentiili võrra 3 kuu jooksul
- Kehakaal <3. protsentiili
- KMI <3. protsentiili
- KMI ja kehakaalu kõvera langemine isegi kui KMI on >3. protsentiili

Prantsuse limonaadimüüja

Krooniline lümfotsüüt leukeemia monsieur Vernis'st

1827. aastal publitseeris doktor Alfred Velpau oma leiu ajakirjas *Revue médicale française et étrangère*. Seda kirjutist peetakse esimeseks publitseeritud kroonilise lümfotsüüt leukeemia juhuks.

AIN KAARE, Tartu ülikooli kliinikumi hematoloogia ja luuüdi transplantaatsiooni osakonna juht

Oli sombune detsembriõhtu aastal 1825. Monsieur Vernis, florist ja limonaadimüüja Puy-de-Dômest, jõudnud õhtul koju, prantsatas väsinuna voodisse. Ei, ta polnud naistemees või napsutaja, selleks ei olnud tal jõudu juba kuid, ehkki eelnevatel aastatel olid need tegevused olnud tema meelisajaviiteks. Imekombel ei olnud ta nakatunud eales süüfilisse. Ta oli olnud tugeva kehaehitusega ja ülekaaluline, aga nüüdseks oli temast järel vaid ahervare. Tugevalt kaalu kaotanuna oli ta tundma hakanud üha suurenevat kasvajat vasakul pool kõhus ja teda vaevas palavik. Järgmise aasta 16. veebruaril halvenes Monsieur Vernisi tervis sedavõrd, et ta sattus haiglasse, kus kaks päeva hiljem suri. Ülejäämisel päeval tehtud autopsia kirjeldusest võis lugeda, et kogu uuritud veri nii südames, aordis, veenides kui ka muudes veresoontes oli paks nagu puder ja nägi värvuselt ja konsistentsilt välja nagu punase veini sete. [1]

198 aastat pärast Monsieur Vernis'i haiguse kulminatsiooni algust nägi trükivalgust ajakirjas *The Lancet Oncology* dr. Carsten U. Niemann'i ja kaasautorite kokkuvõtte kliinilisest uuringust *-Fixed-duration ibrutinib-venetoclax versus chlorambucil-obinutuzumab in previously untreated chronic lymphocytic leukaemia (GLOW): 4-year follow-up from a multicentre, open-label, randomised, phase 3 trial-*, kus ibrutinibi ja venetoklaksi kombinatsiooniga saavutati eelnevalt ravimata kroonilise lümfotsüüt leukeemia diagnoosiga patsientidel 42 kuu haigusvabaks elulemuseks 74%, mis oli olulisel määral kõrgem kui kloorambutsiili ja obinutuzumabi võrdluskombinatsioonil (vaid 24%) [2].

KAS KAKS SAJANDIT HILJEM ELANUNA OLEKS MONSIEUR VERNIS'I SAATUS OLNUD HELGEM?

Kroonilise lümfotsüüt leukeemia patofüsioloogilised uuringud on tuvastanud kaks peamist rada, mis vastutavad CLL-rakkude tootmise, proliferatsiooni, ellujäämise ja migratsiooni eest, nimelt B-raku retseptori (BCR) signaalirada ja B-rakulise lümfoomi 2 (BCL-2) perekonna antiapoptoetilised



Haiguse üheks tunnuseks võivad olla täppverevalumid.

FOTO: SHUTTERSTOCK

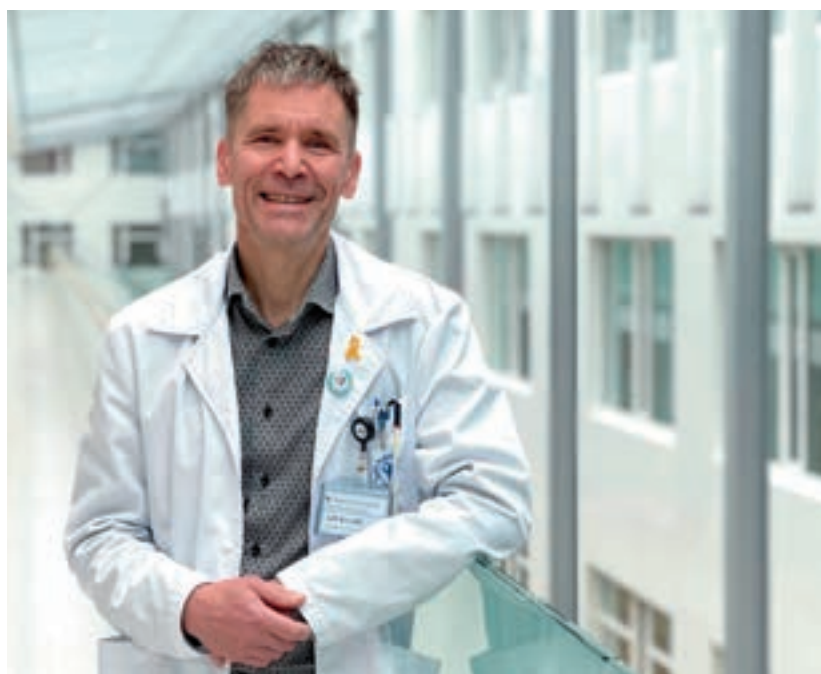
valgud [2]. Ibrutiniib, inhibeerides BCR signaalirajas Burtoni türosiinikinaasi, takistab sellega signaaliülekanne, mis on vajalik B-lümfotsüütide proliferatsiooniks, migratsiooniks ja ellujäämiseks [3]. Venetoklaks, seondudes BCL-2 perekonna valkudega, blokeerib nende antiapoptoetilise toime ning põhjustab sellega kasvajakude surma.

Krooniline lümfotsüüt leukeemia on pahaloomuline verehaigus kasvaja, mida iseloomustab monoklonaalne B-lümfotsüütide kontrollimatu proliferatsioon.

Krooniline lümfotsüüt leukeemia on sagedaseim täiskasvanuea leukeemia. Eestis diagnoositakse igal aastal keskmiselt 100–125 esmajuhtu, enamik haigestunutest on 65aastased või vanemad. [4]

haigus on täna ravitav

tänapäevani – 200 aasta pikkune teekond



Ain Kaare

FOTO: KLIINIKUM

eristada ravi näidustusega patsiente ravi mittevajavatest patsientidest ning mingil määral hinnata ka prognoositavat elulemust.

KAASAJAL SUUDAME HINNATA JUBA TÄPSEMINI HAIGUSE KULGU

Kaasajal suudame tänu kasvajakakkude geneetilistele uuringutele oluliselt täpsemalt hinnata kroonilise lümfotsütleukeemia riskiastet ja prognoosi. Üheks selliseks muutuseks on immuunoglobuliini raske ahela geenide somaatiliste hüpermutatsioonide esinemine.

B-lümfotsüütide küpsemine naiivsetest B-lümfotsüütidest küpseteks B-rakkudeks võib toimuda nii T-lümfotsüütidest sõltuvalt kui ka neist sõltumatult. Kroonilise lümfotsütleukeemia rakk võib pärineda nii ühest kui ka teisest küpsemistee läbinud rakust.

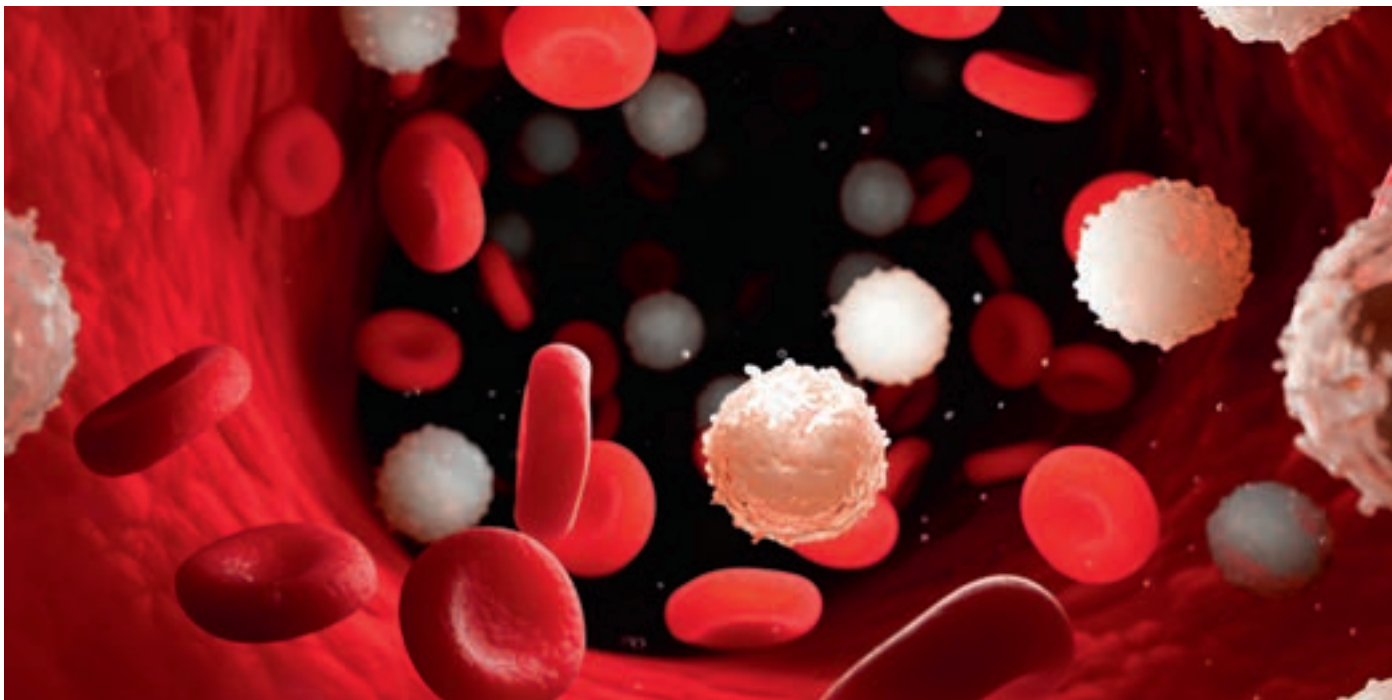
Esimesel juhul on immuunoglobuliini raske ahela geenides toimunud somaatilised hüpermutatsioonid, teisel mitte. See prognostiline jaotus võimaldas hinnata haiguse prognoosi, kui põhiliseks ravimeetodiks oli veel immuunokemoteraapia, muteerunud alatüübi ravitulemused olid oluliselt paremad kui mittemuteerunud alatüübil.

Uute sihtmärkravimite kasutamisel on see prognostiline süsteem oma olulisust kaotamas, sest sihtmärkravimite kasutamisel olulist erinevust ravi tulemustes ei ole.

Teiseks oluliseks prognoosi määravaks muutuseks on kroonilise lümfotsütleukeemia rakkudes

Krooniline lümfotsütleukeemia on bioloogiliselt olemuselt väga heterogeenne haigus, ulatudes indolentsest kulust äärmiselt agressiivseni. Haiguse diagnostiliseks kriteeriumiks on $> 5 \times 10^9$ monoklonaalse B-lümfotsüüdi olemasolu veres. 70–80% patsientidest on diagnoosimise hetkel asümptomaatilised ning ei vaja kohe ravi alustamist. Kumulatiivselt vajavad oma haiguskuulu jooksul ravi umbes 2/3 patsientidest.

Ajalooliselt on kroonilise lümfotsütleukeemia klassifitseerimisel kasutatud kliinilistel tunnustel (lümotsütoos, lümfadenopaatia ulatus, hepatosplenomegalia esinemine; aneemia, trombotsütopeenia väljendatus) baseerunud klassifikatsioone (Binet ja Ray). Need klassifikaatorid võimaldasid



toimunud kromosomaalsed aberratsioonid. Umbes 80%-l haigusjuhtudest on tuvastatav üks neljast enamesinevast kromosomaalsest aberratsioonist – 13q deletsioon, 11q deletsioon, 17p deletsioon ja 12 kromosoomi trisoomia.

See prognostiline jaotus võimaldas jällegi hinnata haiguse alluvust immuunokemoteraapiale. 13q deletsioon viitas heale prognoosile (mediaanelulemus 133 kuud), 17p deletsioon aga väga halvale (mediaanelulemus 13 kuud) ja 11q deletsioon halvale prognoosile (mediaanelulemus 79 kuud), 13 kromosoomi trisoomia jääb kuskile sinna vahepeale (mediaanelulemus 114 kuud). [5]

ESIMESTE RAVIMITE EFEKT OLI PARAKU TAGASIHOIDLIK

Esimene tõeliselt haiguse kulgu mõjutav ravim – kloorambutsiil – jõudis kasutusele 131 aastat pärast monsieur Vernis'i surma. Kaks aastat hiljem lisandus tsüklofosfamiid.

Mõlemad ravimid kuuluvad alküleerivate ravimite alarühma. Nende efektiivsus oli ravis tagasihoidlik – nad küll pidurdasid haiguse progresseerumist, kuid täieliku ravivastuse saamine oli pigem erand kui reegel.

Kloorambutsiil jäi mitmeks aastakümneks ravi nurgakiviks ning seda kasutati võrdlusravimina kas üksi või kombinatsioonis kroonilise lümfotsüüt leukeemia ravi kliinilistes uuringutes veel hiljuti. [6]

Kuigi fludarabiin, nukleosiidi analoog, sünteesiti 1968. aastal, siis kroonilise lümfotsüüt leukeemia ravis hakati seda kasutama alles eelmise sajandi 90ndate aastate alguses. [6] Erinevates kliinilistes uuringutes oli fludarabiiniga üldise ravivastuse määr 50–70%, 20–30% patsientidest saavutas täieliku ravivastuse. [8] Kuigi fludarabiin oli efektiivsem kui kloorambutsiil, siis murrang

hakkas toimuma alles siis, kui fludarabiini kombineeriti erinevate ravimitega.

Neist kõige efektiivsemaks ja vähemtoksiliseks osutus fludarabiini kombinatsioon tsüklofosfamiidiga, mida uuriti Saksamaa kroonilise lümfotsüüt leukeemia uurimisgrupi (GCLLSG) uuringus CLL4, kus fludarabiini-tsüklofosfamiidi kombinatsiooniga saavutati oluliselt suurem täieliku ravivastuse määr (24%) ja üldise ravivastuse määr (94%) kui fludarabiini monoterapiaga (7% ja 83%). [9]

MONOKLONAALSETE ANTIKEHADE KASUTUSELEVÖTT TÕI MURRANGU

Järgmine väga oluline samm astuti sajandivahe- tuse paiku, kui kroonilise lümfotsüüt leukeemia ravis hakati kasutama monoklonaalseid antike- hasid.

Üheks maamärgiks on GCLLSG CLL8 uuring, kus näidati, et rituksimabi kombinatsioon fludarabiini ja tsüklofosfamiidiga (FCR) on oluliselt efektiivsem kui fludarabiini ja tsüklofosfamiidi kombinatsioon – kolm aastat pärast ravi lõppu olid haigusvabad 65% immunokemoteraapiat saanud patsientidest ja 45% keemiaravi saanud patsientidest. [10] See ravikombinatsioon jäi paljudeks aastateks kuld- seks standardiks nooremate, kaasuvate haigusteta patsientide ravis.

Et krooniline lümfotsüüt leukeemia on siiski vanemaealiste haigus, siis FCR kombinatsioon osu- tus neile arvukate kõrvaltoimetega liiga koorma- vaks. Vanemaealiste patsientide jaoks töötati välja vähemtoksilised raviskeemid: rituksimabi või obinutuzumabi kombinatsioon kloorambutsiiliga; GCLLSG CLL11 uuringus saavutati obinutuzumabi ja kloorambutsiiliga vanemaealistel ja kaasuvate haigustega patsientidel progressioonivaba elule- museks 26,7 kuud. [11]

Selle sajandi esimesel 15 aastal jäigi valdavaks

Monoklonaalsete antikehade ravi osutus sajandusvahetuse paiku oluliseks sammuks kroonilise lümfotsüüt leukeemia ravis.

FOTO: SHUTTERSTOCK



abbvie

PUHKUS RAVIST*

*Venclyxto (venetoklaks)-ga kombinatsioonravi skeemid esimese ja teise rea KLLi patsientidel on **fikseeritud kestusega**.^{1,2,3}

(V+X)

Venclyxto (venetoklaks) 10, 50, 100 mg õhukese polümeerikattega tabletid. INN. Venetoclaxum. Retseptiravim.

Näidustused:

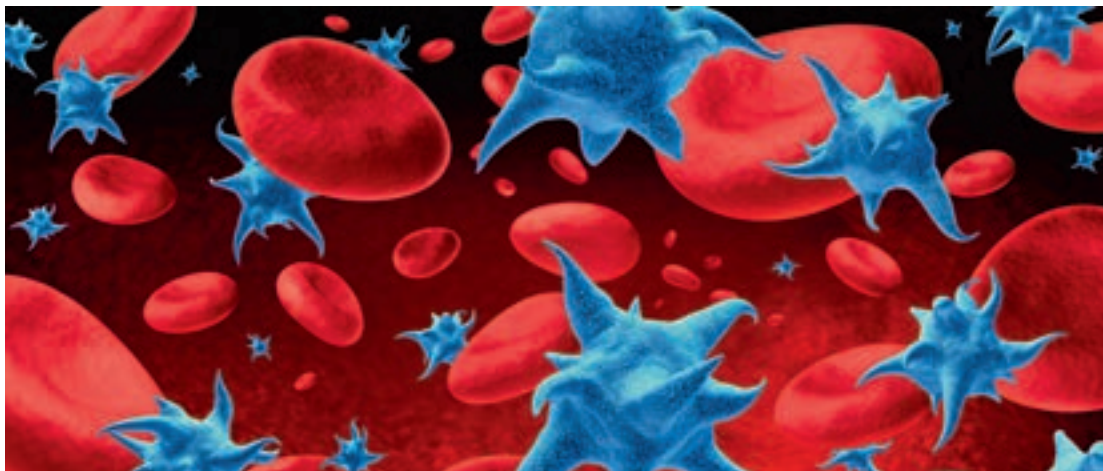
- Venclyxto kombinatsioonis obinutuzumabiga on näidustatud eelnevalt mitteravitud kroonilise lümfotsüüt leukeemiaga (KLL) täiskasvanud patsientide raviks.
- Venclyxto kombinatsioonis rituksimabiga on näidustatud KLL-i raviks täiskasvanutel, kes on eelnevalt saanud vähemalt ühte ravi.
- Venclyxto monoterapia on näidustatud KLL-i raviks 17p deletsiooni või TP53 mutatsiooni olemasolu korral täiskasvanud patsientidele, kellele ei sobi või kellel on ebaõnnestunud ravi B-raku retseptori raja inhibiitoriga või 17p deletsiooni või TP53 mutatsiooni puudumise korral täiskasvanud patsientidele, kellel on nii kemo-immunoterapia kui ka ravi B-raku retseptori raja inhibiitoriga ebaõnnestunud.
- Venclyxto kombinatsioonis hüpometüüliva ainega on näidustatud äsja diagnoositud ägeda müeloidleukeemiaga (ÄML) täiskasvanud patsientide raviks, kellele ei sobi intensiivne keemiaravi.

Viited:

1. VENCLYXTO (venetoklaks) ravimi omaduste kokkuvõte. Oktoober 2024
2. Al-Sawaf O, Zhang C, Jin Y H, et al. Transcriptomic profiles and 5-year results from the randomized CLL14 study of venetoclax plus obinutuzumab versus chlorambucil plus obinutuzumab in chronic lymphocytic leukemia. Nature Communications, 2023; 14:2147.
3. Seymour JF, et al. N Engl J Med 2018; 378(12): 1107–1120. Kater AP, Kipps TJ, Eichhorst B, et al. Five-year analysis of MURANO study. Blood. 2020;136(suppl 1):19-21

Täiendav info müügiloo hoidja Eesti esindusest: AbbVie OÜ, Rävala pst. 4, 10145 Tallinn, tel: +372 623 1011
Müügiloo hoidja: AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG, Knollstrasse, 67061 Ludwigshafen, Saksamaa
Materjal koostatud: Novembris 2024 EE-VNCCLL-240003

 **VENCLYXTO**[®]
venetoklaks tabletid



Tänapäevane ravi on sihtmärkravimite omavaheline kombineerimine.
FOTO: SHUTTERSTOCK

ravimeetodiks monoklonaalsete antikehade ja keemiaravi kombinatsioonid.

Järgmine murrang kroonilise lümfotsüüt leukeemia ravis on toimunud viimasel kümnendil sihtmärkravimite kasutuselevõtmisega.

Esmalt kombineeriti neid monoklonaalsete antikehadega. Obinutuzumabi ja ibrutinibi kombinatsiooniga saavutati iLLUMINATE uuringus 30 kuu progressioonivabaks elulemuseks 79% (võrdlusravimitena kasutatud kloorambutsiilil ja obinutuzumabi kombinatsioonil 31%) [12] ning GCLLSG CLL14 uuringus obinutuzumabi ja venetoklaksi kombinatsiooniga 24 kuu progressioonivabaks elulemuseks 88% (võrdlusravimitena kasutatud kloorambutsiilil ja obinutuzumabi kombinatsioonil 64%). [13] Siit ongi vaid üks samm tänasesse päeva, sihtmärkravimite omavahelise

kombineerimiseni. Vastates nüüd antud kirjutise alguses esitatud küsimusele monsieur Vernis'i saatuse kohta kaks sajandit hiljem, saame küllalt veendunult vastata, et kindlasti oleks tänasel päeval kasutusel olevad ravimikombinatsioonid olulisel määral suutnud pikenda monsieur Veris'i eluiga.

P.S. Antud kirjutis ei pretendeeri kõigi kroonilise lümfotsüüt leukeemia ravis kasutatavate kombinatsioonide ja kliiniliste ravimuuringute äramärgkimisele, siin on vaid antud kirjutise autori subjektiivne valik tema meelest olulisematest verstepostidest kroonilise lümfotsüüt leukeemia ravivõimaluste ajaloos.

EE-VNCCLL-240004 Ülevaate valmimist on toetanud AbbVie.

Kasutatud kirjandus

1. <https://cldigitalarchive.org/history/early-case-reports/clinical-history-of-monsieur-vernis/> 14.11.2024
2. Niemann CU, Munir T, Moreno C, et al. Fixed-duration ibrutinib-venetoclax versus chlorambucil-obinutuzumab in previously untreated chronic lymphocytic leukaemia (GLOW): 4-year follow-up from a multicentre, open-label, randomised, phase 3 trial. *Lancet Oncol.* 2023;24(12):1423-1433.
3. Natalia Timofeeva, Nitin Jain, Varsha Gandhi. Ibrutinib and venetoclax in combination for chronic lymphocytic leukemia: synergy in practice. *Blood Neoplasia* (2024) 1 (3)
4. https://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/Andmebaas__02Haigestumus__04PahaloomulisedKasvajad/PK10.px/table/tableViewLayout2/ 14.11.2024
5. Cramer, P., Hallek, M. Prognostic factors in chronic lymphocytic leukemia—what do we need to know?. *Nat Rev Clin Oncol* 8, 38–47 (2011). <https://doi.org/10.1038/nrclinonc.2010.167>
6. Parikh, S.A., Gale, R.P. & Kay, N.E. Chronic lymphocytic leukemia in 2020: a surfeit of riches?. *Leukemia* 34, 1979–1983 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41375-020-0852-7>
7. M J Keating et al., Fludarabine: a new agent with marked cytoreductive activity in

- untreated chronic lymphocytic leukemia.. *JCO* 9, 44–9(1991). DOI:10.1200/JCO.1991.9.1.44
8. Ricci F, Tedeschi A, Morra E, Montillo M. Fludarabine in the treatment of chronic lymphocytic leukemia: a review. *Ther Clin Risk Manag.* 2009 Feb;5(1):187-207. doi: 10.2147/tcrm.s3688. Epub 2009 Mar 26. PMID: 19436622; PMCID: PMC2697528.
9. Eichhorst BF, Busch R, Hopfinger G, Pasold R, Hensel M, Steinbrecher C, Siehl S, Jäger U, Bergmann M, Stilgenbauer S, Schweighofer C, Wendtner CM, Döhner H, Brittinger G, Emmerich B, Hallek M; German CLL Study Group. Fludarabine plus cyclophosphamide versus fludarabine alone in first-line therapy of younger patients with chronic lymphocytic leukemia. *Blood.* 2006 Feb 1;107(3):885-91. doi: 10.1182/blood-2005-06-2395. Epub 2005 Oct 11. PMID: 16219797.
10. Hallek M, Fischer K, Fingerle-Rowson G, Fink AM, Busch R, Mayer J, Hensel M, Hopfinger G, Hess G, von Grünhagen U, Bergmann M, Catalano J, Zinzani PL, Caligaris-Cappio F, Seymour JF, Berrebi A, Jäger U, Cazin B, Trnny M, Westermann A, Wendtner CM, Eichhorst BF, Staib P, Bühler A, Winkler D, Zenz T, Böttcher S, Ritgen M, Mendila M, Kneba M, Döhner H, Stilgenbauer S; International Group of Investigators; German Chronic Lymphocytic Leukaemia Study Group. Addition of rituximab to fludarabine and cyclophosphamide in patients

- with chronic lymphocytic leukaemia: a randomised, open-label, phase 3 trial. *Lancet.* 2010 Oct 2;376(9747):1164-74. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61381-5. PMID: 20888994.
11. Goede V, Fischer K, Busch R, Engelke A, Eichhorst B, Wendtner CM, Chagorova T, de la Serna J, Dillhuydy MS, Illmer T, Opat S, Owen CJ, Samoylova O, Kreuzer KA, Stilgenbauer S, Döhner H, Langerak AW, Ritgen M, Kneba M, Asikanius E, Humphrey K, Wenger M, Hallek M. Obinutuzumab plus chlorambucil in patients with CLL and coexisting conditions. *N Engl J Med.* 2014 Mar 20;370(12):1101-10. doi: 10.1056/NEJMoa1313984. Epub 2014 Jan 8. PMID: 24401022.
12. Moreno, Carol et al. Ibrutinib plus obinutuzumab versus chlorambucil plus obinutuzumab in first-line treatment of chronic lymphocytic leukaemia (iLLUMINATE): a multicentre, randomised, open-label, phase 3 trial *The Lancet Oncology*, Volume 20, Issue 1, 43 - 56
13. Kirsten Fischer, M.D., Othman Al-Sawaf, M.D., Jasmin Bahlo, Ph.D., Anna-Maria Fink, M.D., Maneesh Tandon, M.D., Mark Dixon, M.Sc., Sandra Robrecht, Ph.D., Michael Hallek, M.D. et al. Venetoclax and Obinutuzumab in Patients with CLL and Coexisting Conditions. *N Engl J Med* 2019;380:2225-2236 DOI: 10.1056/NEJMoa1815281

Testi ennast ja oma patsiente!

Hea tervishoiutöötaja!

C-hepatiit on tõsine nakkushaigus,
mis levib vere teel, kuid on efektiivselt ravitav!



Rohkem infot

chepatiit.ee

abbvie

Koostatud: okt 2024 | EE-VHCV-240005

Sclerosis multiplexi uued ravivõimalused on paljulubavad

Sclerosis multiplex on kõige sagedasem neuroloogiline haigus, mis põhjustab noortel täiskasvanutel puude teket. Haigestumise tippaeg jääb 20.-29. eluaasta vahele. Eesti kuulub kõrgema haigestumusega piirkonda, nn Fennoskandia fookusse.

KATRIN GROSS-PAJU, Lääne-Tallinna keskhaigla närvihäiguste ja psühhiaatria kliiniku ülemarst-juhataja, Astra kliiniku neuroloog

Sclerosis multiplex (SM) on üks väheseid neuroloogilisi haigusi, mille kulgu on raviga võimalik mõjutada. Tegemist on kõige sagedasema neuroloogilise haigusega, mis põhjustab noortel täiskasvanutel puude teket. Haigestumise tippaeg jääb 20.-29. eluaasta vahele. Eesti kuulub kõrgema haigestumusega piirkonda, nn Fennoskandia fookusse. SM-diagnoosiga inimesi on Eestis 100 000 elaniku kohta ligikaudu 100 ehk kokku umbes 1500 inimest. Viimase paarikümne aasta jooksul on kasutusele võetud järjest tõhusamad haiguse süvenemist pidurdavad ravimid, kuid seejuures on oluline, et raviga alustataks kohe, kui esmasümptomid ilmnevad.

Sclerosis multiplexi eripäraks on see, et neuroloogilised sümptomid tekivad ja kaovad iseenesest. Haiguse ägenemiste (uute sümptomite teke) ja paranemistega kulg ongi põhjuseks, miks mõnikord on raske aru saada, millise haigusega on tegemist.

Sclerosis multiplex on haigus, mida ei saa diagnoosida ühe vereproovi või peaaju uuringuga. Alati peab tegema peaaju kuvamisuuringu (peaaju magnetresonantstomograafia ehk MRT), kus ilmnevad haigusele iseloomulikud kolded.

Kindlasti on vaja teha ka pea- ja seljaaju vedeliku uuring, mis kinnitab, et tegemist on autoimmuunse põletikuga. Diagnoos pannakse ainult siis, kui kõikide uuringute tulemused kinnitavad, et tegemist pole muu haigusega ja haiguse sümptomid ning uuringute tulemusel leitud muutused on tüüpilised Sclerosis multiplexile.

OLULINE ON VARAJANE RAVI

Varasematel aastatel kulus neuroloogidel sclerosis multiplexi diagnoosimiseks sageli aastaid, sest täpselt diagnoosiks oli vaja oodata ära vähemalt ka teise ägenemise teke. Ent teine ägenemine võis tulla alles mitme aasta pärast.

Sageli kahtlustasid nii inimene ise



Katrin Gross-Paju

FOTO: ÄRIPÄEV

kui ka neuroloog, et tegemist võib olla sclerosis multiplexiga, kuid sümptomid ja neuroloogiline leid ei kinnitanud diagnoosi vastavalt tol ajal kehtinud diagnoosi kriteeriumitele.

2017. aasta lõpus uuendas maailma 30 juhtivast sclerosis multiplexi eksperdist koosnev komitee diagnoosi kriteeriumeid, mille alusel seda haigust diagnoositakse kõikjal maailmas ühtemoodi.

Uute diagnoosi kriteeriumite suur eelis on see, et need võimaldavad konkreetse diagnoosini jõuda kohe esimeste sümptomite tekkel, kui ka muud uuringud diagnoosi kinnitavad. Selline lähenemine vähendab kindlasti ebamugavat ootet, kuid veelgi olulisem on, et varajane diagnoos toob endaga kaasa ka oluliselt varajasema ravi alguse.

See, et ravi võimalikult varajane alustamine sclerosis multiplexi puhul on kriitiliselt tähtis, on ammu teada. Juba 2000. aastate alguses tehtud uuringud tõestasid, et kui alustada raviga esimeste sümptomite tekkides, on pikaajaline ravitulemus parem kui ravita.

Uuringud on näidanud, et isegi ainult kaks aastat viivitust ravi algusega mõjutab pikas perspektiivis selle efektiivsust.

DIAGNOOSI JÄRGNE RAVI ON TÕHUS

Parim ravitulemus saadakse patsientidel, kelle ravi alustatakse kohe pärast esimest

ägenemist ja/või diagnoosi kinnitamise järel.

Üha enam on andmeid selle kohta, et juhul, kui inimesel on lühikese aja jooksul olnud mitmeid ägenemisi ja pea- ja seljaaju MRT uuringul ilmneb palju sclerosis multiplexile iseloomulikke koldeid, siis on otstarbekas alustada ravi kohe suure efektiivsusega ravimitega.

PEAMISED ESMASÜMPTOMID

Oluline on märgata sümptomeid, mis võivad viidata sclerosis multiplexile, ja nendega õigel ajal perearsti poole pöörduda. Peamised sellele haigusele viidatavad tunnused on:

- nägemishäire – udu ühe silma ees või topeltnägemine jne,
- käte ja jalgade nõrkus,
- konkreetsete tasakaaluhäired – aeglaselt süvenevad või äkki tekkinud liikumishäired,
- konkreetne tundlikkusehäire.

Tavaliselt tekivad sümptomid ettearvatult ja võivad süveneda mõne päeva jooksul, harva loetud tundidega. Üldjuhul paraneb inimene esimesest ägenemisest täielikult ja sümptomid kaovad paari nädalaga. Levinud on eksiarvamus, nagu viitaks sellele haigusele ka selja- või peavalu. Ni- metatud valud ei ole sclerosis multiplexi sümptomid.

RAVI MÕJUTAB HAIGUSE KULGU

Sclerosis multiplex'i ravis on toimunud viimase 20 aastaga suured muutused. Kui varem saime rääkida vaid ägenemiste ravist ja sümptomaatilise ravist, siis nüüdisaegsete ravimitega on võimalik oluliselt mõjutada ka haiguse kulgu.

Väga suureks muutuseks Eestis on tervisekassa otsus, mis annab võimaluse alustada ravi suure efektiivsusega ravimitega kohe haiguse diagnoosimisel. Varem oli suure efektiivsusega ravimite kasutus piiratud nende inimestega, kellel jätkusid ägenemised hoolimata kahe erineva ravimi kasutamisest.

Kesimpta (ofatumumab) saadaval 1. ravireas alates 01.10.2024!^{1,6}

**Kesimpta (ofatumumab) – kõrge efektiivsusega
sclerosis multiplex'i ravi – tõhus lahendus
patsientidele nüüd saadaval 100% soodustusega
esimeses ravireas.^{1,5,6}**

Kasutusjuhendi
saamiseks skaneerige
QR-kood või külastage
www.kesimpta.eu



**OHUTUS: Kesimpta (ofatumumab) ohutusprofiil on võrreldav
esmavaliku raviga ning keskmine IgG tase on stabiilne
vähemalt 4 aastat¹⁻³**

Olulisemad ja kõige sagedamini teatatud kõrvaltoimed on ülemiste hingamisteede
infektsioonid (39,4%), süsteemsed süstimisega seotud reaktsioonid (20,6%),
süstekoha reaktsioonid (10,9%) ja kuseteede infektsioonid (11,9%)¹



**EFEKTIIVSUS: Aastane ägenemiste määr vähenes poole võrra
võrdluses teriflunomiidiga^{1,2}**

80% patsientidest ei esinenud 2. raviaastal ägenemisi⁴

93% patsientidest puudusid viited aktiivsele haigusele 5. raviaastal (NEDA-3)⁴



**PAINDLIKKUS: Kesimptat (ofatumumab) saab patsient
iseendale süstida 1 kord kuus kodust lahkumata
"Klõps-ja-tehtud süstliga"^{**1}**

*Ofatumumabi soovitatud annus on 20 mg subkutaanselt: algannus 0., 1. ja 2. nädalal, mille järel alates 4. nädalast manustamine üks kord kuus. Esimese doosi teeb tervishoiutöötaja.¹
IgG=immuunoglobuliin G.

▼ Sellele ravimile kohaldatakse täiendavat järelevalvet, mis võimaldab kiiresti tuvastada uut ohutusteavet. Tervishoiutöötajatel palutakse teatada kõigist võimalikest kõrvaltoimetest.
Kõrvaltoimetest teatamise kohta vt lisainfot Ravimi omaduste kokkuvõtte lõik 4.8.

Viited: 1. Kesimpta (ofatumumab), ravimi omaduste kokkuvõtte 03/2024. 2. Hauser SL, Bar-Or A, Cohen JA, et al. Ofatumumab versus teriflunomide in relapsing multiple sclerosis. *New Engl J Med.* 2020;383(6):546-557. 3. Hauser SL, Cross AH, Winthrop K, et al. Safety experience with continued exposure to ofatumumab in patients with relapsing forms of multiple sclerosis for up to 3.5 years. *Mult Scler.* 2022 Sep;28(10):1576-1590. 4. Koppes L, Cohen J, Gold R et al. Five-Year Efficacy Outcomes of Ofatumab in Relapsing MS Patients: Insights From ALTHIOS Open-label Extension Study from [Poster presentation: EPR-097]. Presented at: 9th Congress of the European Academy of Neurology; July 1-4, 2023. 5. Samjoo IA, Worthington E, Drudge C, et al. Efficacy classification of modern therapies in multiple sclerosis. *J Comp Eff Res.* 2021;10(6):495-507. 6. Alates 1.10.2024 kehtiv Tervisekassa ravimite loetelu. Tervisekassa. <https://www.tervisekassa.ee/partnerile/ravimitest/soodusravimid>. Kasutatud 09.2024.

Kesimpta (ofatumumab) 20 mg süstelahus pen-süstlis. Näidustus: täiskasvanutele *sclerosis multiplex*'i ägenemistega kulgevate vormide raviks aktiivse haiguse korral, mis on määratletud kliinilise seisundi või pildidiagnostika abil. **Retseptiravim. Müügiloa hoidja:** Novartis Ireland Limited, Vista Building, Elm Park, Merriem Road, Dublin 4, Iirimaa. **Lisateave:** www.ravimiamet.ee ja müügiloa hoidja esindus: SIA Novartis Baltics Eesti filiaal, Pärnu mnt 141, 11314, Tallinn, tel: 6 630 810.

Kesimpta (ofatumumab)
ravimi omaduste kokkuvõte



Valmis II tüüpi diabeedi mittefarmakoloogilise ravi juhend

Oktoobris kinnitas ravijuhendite nõukoda ravijuhendi „2. tüüpi diabeedi mittefarmakoloogiline ravi“, mis on jätkujuhend 2021. aastal valminud „2. tüüpi diabeedi diagnostika ja ravi“ ravijuhendile.

Ravijuhend käsitleb eluviisisekkumisi II tüüpi diabeedi ravis ning on mõeldud kasutamiseks kõigile II tüüpi diabeeti põdeva patsiendi ravimeeskonda kuu-

luvatele tervishoiuspetsialistidele (sh perearst, pereõde, erioode endokrinoloogia erialal, vaimse tervise õde, ämmaemand, füsioterapeut, toitumisterapeut, psühholoog).

Ravijuhend on kättesaadav veebilehel www.ravijuhend.ee ning ära toodud ka perearstide otsusetoos Synbase. Koos ravijuhendiga valmis ka patsiendimaterjal „2. tüüpi diabeet“, mida on

tasuta võimalik tellida saates e-kirja aadressile trykised@tervisekassa.ee. Patsiendijuhend on nii eesti- kui venekeelsena kättesaadav veebilehel www.ravijuhend.ee.

2025. aasta esimeses kvartalis toimuvatel ravijuhendi koolitustel antakse põhjalik ülevaade mõlema ravijuhendi soovitusetest.

Tervisekassa

ELUVIISIMUUTUSED ON VÄGA OLULISED

II tüüpi diabeedi ravi vajab uut lähenemist, mis keskendub ravimitest sõltumatutele lahendustele. Mittefarmakoloogilised ravimeetodid, nagu tervislik toitumine, regulaarne füüsiline aktiivsus ja käitumuslikud muutused, võimaldavad tervishoiutöötajatel toetada patsiente pikaajaliselt ning vähendada ravimikuluseid.

Käesolev juhend pakub praktilisi ja teaduspõhiseid soovitusi, kuidas aidata patsientidel kontrollida veresuhkru taset ja parandada elukvaliteeti elustiili muutuste kaudu.

II tüüpi diabeedi mittefarmakoloogiline ravi keskendub elustiili muutustele, mis on sageli tõhusamad ja kõrvaltoimevabamad kui farmakoloogilised sekkumised. See ravijuhend käsitleb toitumis- ja füüsilise aktiivsuse soovitusi, psühholoogilise toe tähtsust ning patsiendi käitumise muutmise olulisust.

TOITUMISSOOVITUSED JA FÜÜSILINE AKTIIVSUS

Toitumise reguleerimine on II tüüpi diabeedi ravis keskse tähtsusega.

Patsiendile soovitatakse vähendada energiariikaste toitude, eriti lisatud suhkru ja rafineeritud süsivesikute tarbimist. Soovitav on järjepidev energiabilansi kontroll, mis aitab säilitada või langetada kehakaalu.

Rõhutatakse vajadust suurendada toidus köögiviljade osakaalu ja vähendada rasvade oma, samas tuleks suurendada küllastamata rasvhapete tarbimist. Samuti on tähtis vähendada alkoholi ja soola tarbimist ning jälgida toidukordade regulaarsust.

Regulaarne füüsiline aktiivsus on oluline komponent veresuhkru taseme kontrollimisel ja insuliinitundlikkuse parandamisel. Soovitatav on vähemalt 150 minutit mõõduka intensiivsusega aeroobset tegevust nädalas ja 2–3 korda nädalas jõutreeningut.

Füüsiline aktiivsus aitab kehakaalu kontrolli all hoida ja vähendab südame-veresoonkonna haiguste riski. Arstidel soovitatakse motiveerida patsiente leidma tegevusi, mis neile meeldivad, et soodustada pikaajalist aktiivsust.

KÄITUMUSLIKUD MUUTUSED

Käitumuslike muutuste toetus on oluline, kuna diabeedi juhtimine nõuab pikaajalist kohanemist. Diabeediga patsientidel on sageli vaja abi tervisliku dieedi alustamisel ja pidamisel ning füüsilise aktiivsuse harjumuseks kujundamisel. Kognitiiv-käitumuslik teraapia, motiveeriv intervjuerimine ja sotsiaalne tugi võivad aidata muuta patsiendi hoiakuid ja harjumusi. Psühholoogilise toe pakumine vähendab stressi ja depressiooni riski, mis võivad mõjutada ravisooustumust ja veresuhkru kontrolli. Ülekaalus on II tüüpi diabeedi peamine riskitegur ja kehakaalu alandamine on oluline ravi osa. Kehakaalu soovitatakse langetada 5–10% võrra esialgsest kehakaalust, kuna juba väike kaalulangus võib oluliselt parandada veresuhkru taset ja vähendada südamehaiguste riski. Kõrge kehamassiindeksiga patsientidele on soovitatav järjepidev ja pikaajaline toitumise ning kehalise aktiivsuse monitooring.

PATSIENDIKOOLITUS

Koolitus on oluline komponent, mis võimaldab patsientidel paremini mõista oma seisundit ja järgida elustiili muutusi. Käsitleda tuleks teemasid, mis puudutavad diabeedi olemust, enesehooldust, veresuhkru jälgimist ja komplikatsioonide ennetamist. Suur osa patsientidest ei ole teadlikud väikeste igapäevaste muutuste mõjust, mistõttu on oluline harida ja julgustada neid oma tervisekäitumist parandama.

Mittefarmakoloogiliste meetmete rakendamisel on oluline regulaarne jälgimine ja hindamine. Arstid peaksid jälgima nii patsientide veresuhkru taset kui ka kehakaalu, vererõhku ja vere lipiidide taset, et kohandada ravisoovitusi vastavalt patsiendi edenemisele.

II tüüpi diabeedi mittefarmakoloogiline ravi võimaldab patsientidel saavutada püsivamaid tulemusi elukvaliteedi ja tervise parandamisel. Uus juhend rõhutab elustiili muutuste tähtsust ja pakub tervishoiutöötajatele tõhusaid, teaduspõhiseid suuniseid, mida nad saavad oma patsientide igapäevases ravis rakendada.

Allikas: Ravijuhend:
2. tüüpi diabeedi mittefarmakoloogiline ravi

Märka
TMA-d!

aHUS

TERE SÜGIS!

Iga-aastane viirusinfektsioonide hooaeg on käes!

Kas teadsid, et KUNI POOLTEL juhtudel on
aHUS-i* vallandajaks INFEKTSIOON?¹

TMA ehk trombootiline mikroangiopaatia on harvaesinev,
aga tõsine seisund, mida iseloomustab trombide teke
keha kõige väiksemates veresoontes.²

TMA tunnuste kohta saab täpsemalt lugeda
skaneerides allolev QR kood oma nutiseadmega.



STEC-
HUS

TTP

IGA SEKUND LOEB!

TMA puhul on väga oluline
kiire diagnoosimine ja ravi.²

*aHUS ehk atüüpiline hemolüütilis-ureemiline sündroom on üks TMA vormidest.
STEC-HUS = Shiga-toksiini tootvast *E. coli*-st tingitud HUS;
TTP = trombootiline trombotsütopeeniline purpur

Viited:

1. Asif, A. jt. J Nephrol (2017) 30:347–362.
2. Thompson G.L jt, Int J Lab Hematol. 2022; 44 (Suppl.1): 101–113.

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

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

Kasulikku kuulamist:

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

Üle 10 hübriidkonverentsi aastas.

- Vebinarid täiendkoolituspunktidega.
- Rahvusvahelised konverentsid.

Tasub teada:

Iga aasta lõpus valime ka aasta meditsiinimõjutaja!



**MEDITSIINI-
UUDISED**

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