



MEDITSIIIN FOOKUSES

MEDITSIIINALASED
UUDISED, ETTEKANDED
JA UURIMUSED
EESTI ARSTIDELT

APRILL
2025

Üks kord nädalas
mounjaro[®]
(tirsepatiid) süstelahus

AEG MUUTUSTEKS RASVUMUSE RAVIS¹



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



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



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



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

KEHAKAALU OHJAMINE

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

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

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

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

‡ Efektiivsuse hinnangut üksikute annuste puhul ei kohaldatud mitmesuse suhtes, v.a. vööümbermõõdu puhul annuste 10 mg ja 15 mg korral.²

KMI = kehamassiindeks, GIP = glükoosõhltuv insulinoetropne polüpeptiid, GLP-1 = glükagoonisarnane peptiid 1, SmPC = ravimi omaduste kokkuvõte, HDL = suure tihedusega lipoproteiin, LDL = väikese tihedusega lipoproteiin, mITT = modifitseeritud ravikavatsuslik, MMRM = kombineeritud mudel korduvaks mõõtmiseks.

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

▼ Sellele ravimile kohaldatakse täiendavat järelevalvet, mis võimaldab kiiresti tuvastada uut ohutusteavet. Tervishoiutöötajatel palutakse teatada kõigist võimalikest kõrvaltoimetest. **Ravimi nimetus:** Mounjaro 2,5 mg/annus KwikPen süstelahus pen-süstlis. Üks annus sisaldab 2,5 mg tirsepatiidi 0,6 ml lahuses. Üks mitmeannuseline pen-süstel sisaldab 10 mg tirsepatiidi 2,4 ml-s (4,17 mg/ml). Igas pen-süstlis on neli 2,5 mg annust. Mounjaro 5 mg/annus KwikPen süstelahus pen-süstlis. Üks annus sisaldab 5 mg tirsepatiidi 0,6 ml lahuses. Üks mitmeannuseline pen-süstel sisaldab 20 mg tirsepatiidi 2,4 ml-s (8,33 mg/ml). Igas pen-süstlis on neli 5 mg annust. Mounjaro 7,5 mg/annus KwikPen süstelahus pen-süstlis. Üks annus sisaldab 7,5 mg tirsepatiidi 0,6 ml lahuses. Üks mitmeannuseline pen-süstel sisaldab 30 mg tirsepatiidi 2,4 ml-s (12,5 mg/ml). Igas pen-süstlis on neli 7,5 mg annust. Mounjaro 10 mg/annus KwikPen süstelahus pen-süstlis. Üks annus sisaldab 10 mg tirsepatiidi 0,6 ml lahuses. Üks mitmeannuseline pen-süstel sisaldab 40 mg tirsepatiidi 2,4 ml-s (16,7 mg/ml). Igas pen-süstlis on neli 10 mg annust. Mounjaro 12,5 mg/annus KwikPen süstelahus pen-süstlis. Üks annus sisaldab 12,5 mg tirsepatiidi 0,6 ml lahuses. Üks mitmeannuseline pen-süstel sisaldab 50 mg tirsepatiidi 2,4 ml-s (20,8 mg/ml). Igas pen-süstlis on neli 12,5 mg annust. Mounjaro 15 mg/annus KwikPen süstelahus pen-süstlis. Üks annus sisaldab 15 mg tirsepatiidi 0,6 ml lahuses. Üks mitmeannuseline pen-süstel sisaldab 60 mg tirsepatiidi 2,4 ml-s (25 mg/ml). Igas pen-süstlis on neli 15 mg annust. **Toimeaine:** tirsepatiid. **Retseptiravim.** **Näidustused:** 2. tüüpi suhkurtõbi. Mounjaro on näidustatud ebapiisavalt kontrollitud 2. tüüpi suhkurtõve raviks täiskasvanutel lisaks dieedile ja füüsilisele aktiivsusele - monoteraapiana, kui metformiin ei sobi talumatuse või vastunäidustuste tõttu; täiendava ravina lisaks teistele diabeediravimitele. **Kehakaalu ohjamine.** Mounjaro on näidustatud kehakaalu ohjamiseks, sealhulgas kehakaalu vähendamiseks ja säilitamiseks täiskasvanutel lisaks väiksema kalorsusega dieedile ja füüsilisele aktiivsuse tõstmisele, kui nende algne kehamassiindeks (KMI) on $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ (rasvumine) või $\geq 27 \text{ kg/m}^2$ (ülekaal) ja esineb vähemalt üks kehakaaluga seotud kaasuv haigusseisund (nt hüpertensioon, düslipideemia, obstruktiivne uneapnoe, kardiovaskulaarne haigus, diabeedieelne seisund või 2. tüüpi suhkurtõbi). **Müügiloo hoidja:** Eli Lilly Nederland B.V., Papendorpseweg 83, 3528BJ Utrecht, Holland. **Ravimi omaduste kokkuvõtte viimase uuendamise kuupäev:** 12. detsember 2024. **Täiendav teave ja kõrvaltoimetest teavitamine:** www.ravimiamet.ee või eesti@lilly.com, tel. 6817280 **Reklaammaterjali kinnitamise number ja kuupäev:** PP-TR-EE-0011, jaanuar 2025.

Ainult tervishoiutöötajatele.

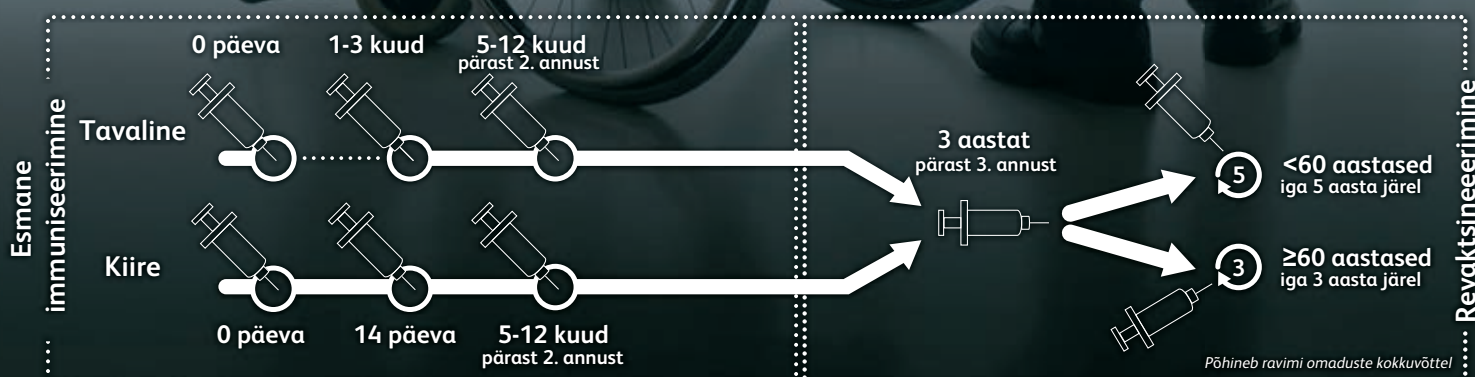
Lilly
A MEDICINE COMPANY

Puugid on aktiivsed – vaktsineeri puukentsefaliidi vastu, ära lase haigusel patsiendi elu muuta



TICO vac

Puukentsefaliidi
vaktsiin
(inaktiveeritud
koguviirus)



TICOVAC 0,5 ml või TICOVAC 0,25 ml süstesuspensioon süstlis, puukentsefaliidi vaktsiin (inaktiveeritud koguviirus), N1. Retseptiravim.

TICOVAC 0,25 ml (inaktiveeritud puukentsefaliidi koguviirus) https://www.ravimiregister.ee/Data/SPC/SPC_1201598.pdf

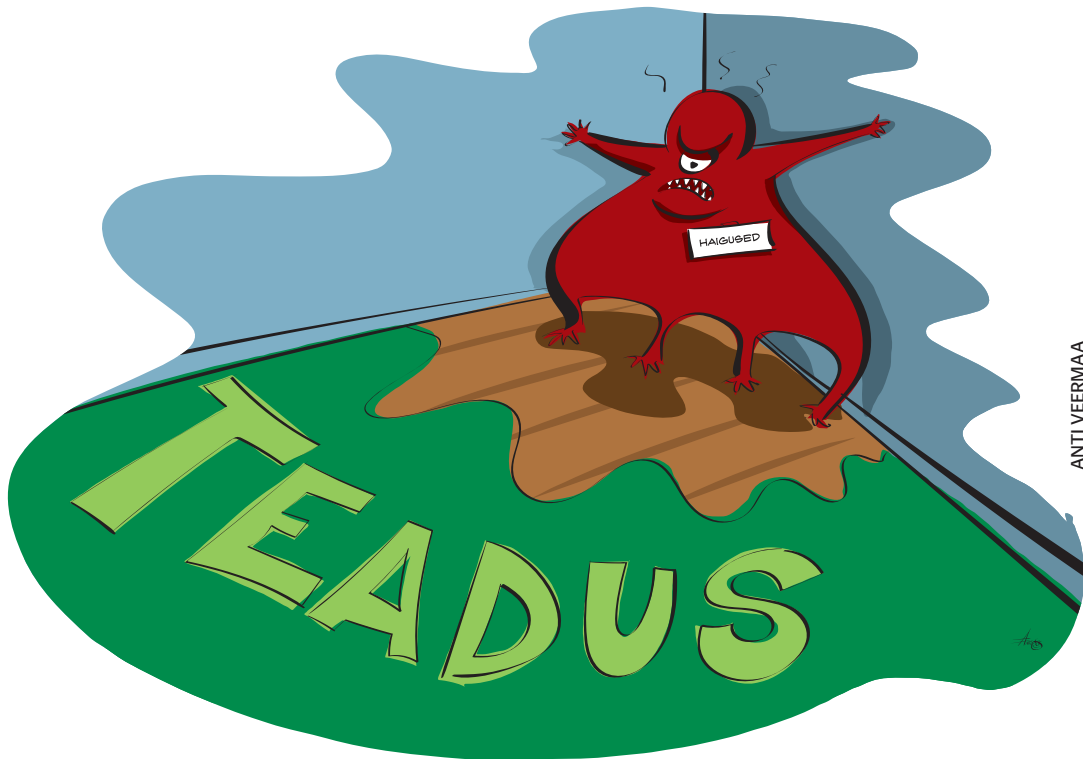
TICOVAC 0,5 ml (inaktiveeritud puukentsefaliidi koguviirus) https://www.ravimiregister.ee/Data/SPC/SPC_1201677.pdf

Näidustused: Puukentsefaliidi vastane aktiivne (profülaktiline) immuniseerimine 1...15-aastastel lastel (0,25 ml) ja alates 16 aasta vanusest (0,5 ml). Vaktsiini manustamisel tuleb lähtuda kohalikest kehtivatest immuniseerimisjuhistest.

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

Täiendav teave müügiloo hoidja Eesti esindusest: Pfizer Luxembourg SARL Eesti filiaal, Tammsaare tee 47,
tel: +372 666 7500. Ravimi omaduste kokkuvõte 10.2024. Märts 2025





ANTI VEERMAA

Geniaalsus peitub lihtsuses

Küsida arstilt, mis on meditsiinis kõige kallim ressurss, siis vastuseks on lisaks rahale ka aeg. Aeg, millega võime pääslusid või kaotada neid. Aeg, mis kulub ootajärjekordades, diagnostikas või ebaefektiivsete ravimeetodite kõrvalelukkamiseks.

Innovatsioonil on siin oma hindamatu roll. Mitte pelgalt selleks, et teha asju teisiti, vaid selleks, et teha neid lihtsamalt, kiiremini ja paremini.

Seekordses ajakirjas on lugu ühest elegantsest meditsiinilisest innovatsioonist, milleks on vedelbiopsia vähi skriiningus. Selle konkreetse meetodi puhul jäävad Petri tassil ellu vaid surematud vähirakud, mis annab võimaluse otsida kasvajat juba siis, kui tekivad alles esimesed molekulaarsed vihjed. Ja kui need rakud on juba ellu jäänud, tuleb vaid välja selgitada, millise kasvajaga on tegemist.

Tänane personaalmeditsiin liigub aina selgemalt suunas, kus ühekordne vereproov võib anda inimese kohta väga palju infot. Selles peitubki meditsiinilise innovatsiooni tuum: kuidas teha keeruline lihtsaks. Vedelbiopsia ei vaja

skalpelli ega narkoosi. Patsient istub tooli, annab vereproovi – ja saab vastuse, mis võib päästa tema elu. Ta saab teada oma riskidest ja algavatest haigustest, mis muidu selguksid alles konkreetsete sümptomite ilmnemisel. See on kokkuvõtte, mis ulatub kaugemale rahast: vähem tüsistusi, vähem invasiivsust, vähem viivitusi.

Kahtlemata on tegemist alles algusega – palju on vaja valideerida, integreerida jne. Kuid igal edasiviival muutusel on alguspunkt. Kui me ei julge küsida, kas senised meetodid on parimad võimalikud, jääme paigale. Kui aga küsime, mida saaks teha paremini – ja lihtsamalt –, jõuamegi sinna, kus algab tõeline innovatsioon.



Kõike kena

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



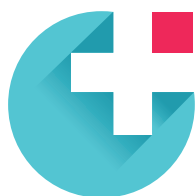
**MEDITSIIIN
FOOKUSES**

**Meditsiiniuudiste
tasuta
lisaväljaanne**

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

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

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



KARDIOLOOGIA PERHi kardioloogid prof **MARGUS VIIGIMAA** ja **MARTIN SERG** räägivad semaglutidi rollist kardioloogilises ravis. **Lk 6–8**

KARDIOLOOGIA ITK kardioloog **PRIIT PAUKLIN** teeb ülevaate KVA patsientide antikoagulantravist, milles ta kaitses ka doktoritöö. **Lk 10–13**

PSÜHHIAATRIA PERHi kardioloog **VILJAR VEEDE** sõnul otsitakse valdkonnas uusi ravivõimalusi. **Lk 14–16**

ONKOLOOGIA **TRIIN OJA** Diamedicast näitab, kuidas vedelbiopsia võimaldab vähki avastada juba enne kollete tekkimist. **Lk 18–20**

NEUROLOOGIA TÜKi neuroloog **LIIS KADASTIK-EERME** heidab pilgu liigutushäirete mitmekeskisesse maailma. **Lk 22–26**

NEUROLOOGIA TÜKi otorinolarüngoloog **PÄÄSU TEDER** annab ülevaate pearingluse diagnoosimisest ja ravist esmatasandil. **Lk 28–30**

TOITMISRAVI Õde ja toitmisravi spetsialist **ANGELIKA LALL** räägib eakate toitumisprobleemidest. **Lk 32–34**

Järgmine number ilmub
septembris 2025.

KOGNITIIV- KÄITUMISTERAAPIA PÕHITÖED



LOE Äripäeva terviseraamatuklubi väljaantud raamatut **“Kognitiivse käitumisteraapia tööraamat”** pood.aripaev.ee/raamatud-kognitiivse-kaitumisteraapia-tooraamat



Kognitiiv-käitumisteraapia on psüühikahäirete ravina kasutatav psühhoteraapia vorm. Samas saab selle põhimõtteid tundes ja sekkumisviise teades oma tööd rikastada ka arst, õde ja apteeker. Loengus räägime, mida ja kuidas seda teha.

LEKTOR: KAIA KASTEPÖLD-TÖRS

kliiniline psühholoog, Tartu ülikooli psühholoogia instituudi lektor

SIHTGRUPP: perearstid, õed, eriarstid, apteekrid, proviisorid, teised teemast huvitatud tervishoiutöötajad.

NB! Veebiseminar annab **1** täiendkoolituspunkti pärast e-testi edukat sooritamist. Tunnistuse väljastab Medicum Koolitus- ja Nõustamiskeskus.

SOODUSHIND kuni 18. augustini

Täpsem info:

pood.aripaev.ee/kkp

VEEBISEMINAR
28.08.2025

Pelargoonijuur – tubli ravimtaim külmetuse puhul

Ülemiste hingemisteede haigused ehk rahvakeeli lihtsalt külmetushaigused kimbutavad inimesi meie laiuskraadil aastaringselt, kuigi viiruste kõrge on talvel ning kevadel.

Enamasti mööduvad sümptomid mõne päeva jooksul ning apteegi käsimüügist võib leida nohu, köha ja kurguvalu leevendamiseks erinevaid ravimeid.

Järjest rohkem hindavad inimesed hingamisteede vaevuste leevendamiseks looduslikke tooteid ja ravimtaimi. Üks Eestis veel üpris vähetuntud ravimtaim on pelargoonijuur.



Kuidas pelargoonijuur Euroopasse jõudis

Inglane **Charles Henry Stevens** sõitis 19. sajandi lõpul arstide soovitusel Aafrikasse, et sealse kliimaga oma tuberkuloosivaevusi leevendada. Uudis haigestunud inglasest jõudis kohaliku šamaanini, kes pakkus talle tõmmu pelargooni (*Pelargonium sidoides*) juurtest valmistatud jooki. Enda ja ka arstide üllatuseks oli Stevens juba kolm kuud hiljem oluliselt tervenunud ning ta tõi retsepti endaga Euroopasse kaasa. See osutus tulemuslikuks ka siinses tuberkuloosiravis ning oli 20. sajandi alguspoolel laialdaselt kasutusel. 1970. aastatel taasavastati Euroopa meditsiinis pelargoonijuur kui tõhus külmetussümptomite leevendaja.

Pelargoonidest teatakse Eestis eeskätt lopsakaid ilutaimi, kuid ravimtaimena tuntud tõmmu pelargoonijuur on meil vähem tuntud. Põhjus selleks on üpris lihtne – see taim vajab kasvamiseks oluliselt soojemat kliimat kui meil Euroopas. Tõmmu pelargoonijuur nagu ka teised pelargoonid jõudsid Euroopasse Lõuna-Aafrikast.

Kliinilistes uuringutes* on leitud mitmeid pelargoonijuure ekstrakti tõhusaid alljärgnevaid omadusi.

• **Viiruste ja bakterite vastane toime.** On antiviraalse ja antibakteriaalse toimega, aidates kehal võidelda hingamisteede nakkustega, millega kaasnevad enamasti nohu, köha või kurguvalu.

- **Immuunsüsteemi toetamine.** Stimuleerib keha loomulikku kaitsevõimet, suurendades immuunsüsteemi aktiivsust.
- **Rõga vedeldav toime.** Aitab vähendada lima hulka ja kergendab selle eraldumist.
- **Põletikuvastane toime.** Leevendab kurguvalu, bronhiiti ja ninakõrvalkoobaste põletikku ning vähendab turset.
- **Kiirendab paranemist.** Uuringud on näidanud, et pelargoonijuur võib lühendada külmetuse kestust ja vähendada selle raskusastet.
- **Looduslik ja hästi talutav.** Sobib nii täiskasvanutele kui ka lastele, põhjustab harva kõrvaltoimeid ning on ohutu ka pikaajalisel kasutamisel.

Eesti apteekides on näiteks saadaval käsimüügis pelargoonijuure ekstraktist tehtud siirup ja suukaudsed tilgad.

*Antimicrobial, Antiviral and Immunomodulatory Activity Studies of Pelargonium sidoides (EPs® 7630) in the Context of Health Promotion - PubMed ; Pelargonium sidoides for acute bronchitis: a systematic review and meta-analysis - PubMed ; Antiviral and Immunomodulatory Effects of Pelargonium sidoides DC. Root Extract EPs® 7630 in SARS-CoV-2-Infected Human Lung Cells - PubMed; Pelargonium sidoides extract EPs 7630: a review of its clinical efficacy and safety for treating acute respiratory tract infections in children

RAVIMIREKLAAM

PELAFEN®

Pelargoonijuure kuivekstrakt 100 ml siirup
Pelargoonijuure tinktuur 20 ml suukaudsed tilgad

Tunned esimesi külmetuse sümptomeid – nohu, köha, kurguvalu?

Loodusliku toimeainega Pelafen (pelargoonijuure kuivekstrakt/tinktuur) aitab ravida külmetushaiguste ja ülemiste hingamisteede viirusnakkuste sümptomeid täiskasvanutel, noorukitel ja lastel alates 6. eluaastast.

Näidustus: külmetushaiguste ja ülemiste hingamisteede viirusnakkuste sümptomite ravi täiskasvanutel, noorukitel ja lastele alates 6 aasta vanusest.

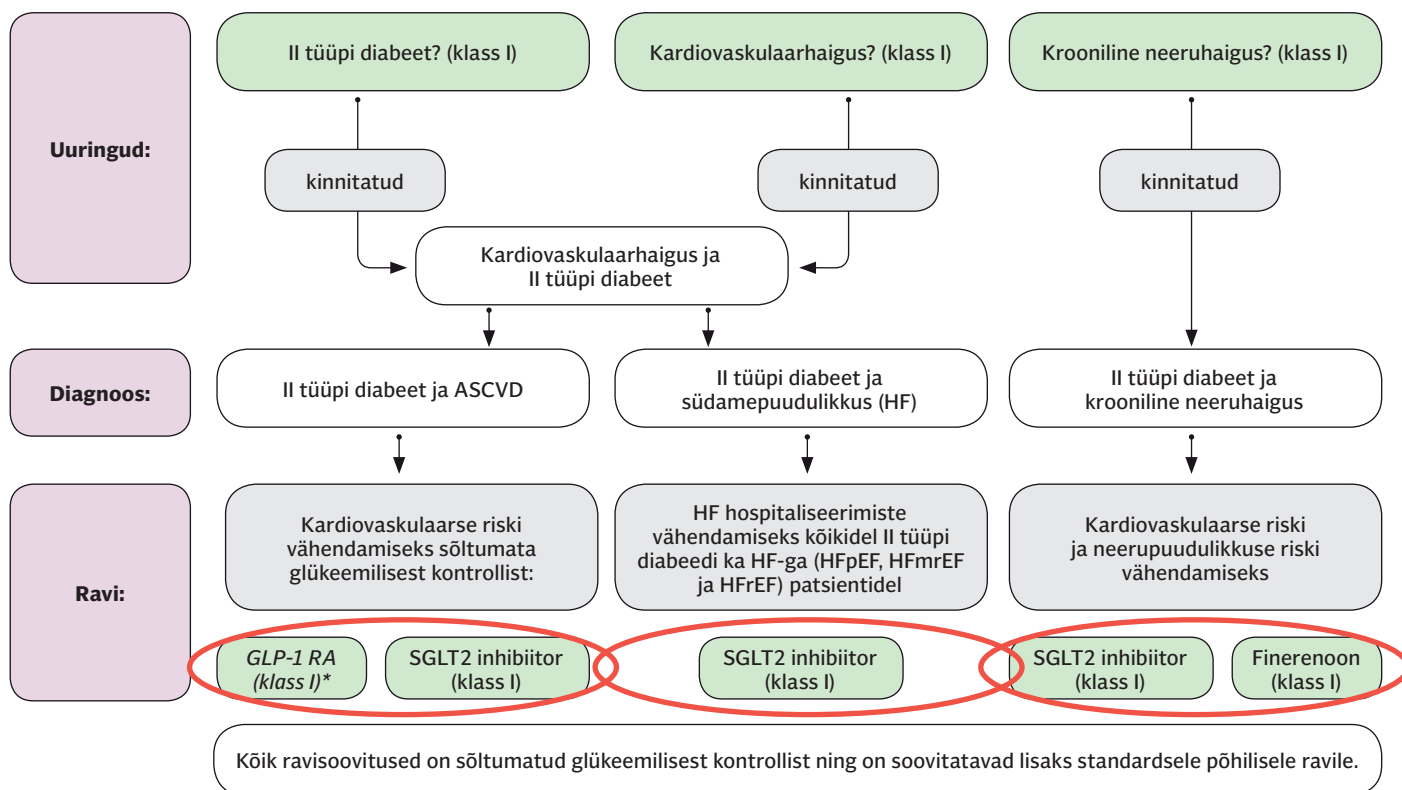


Ole külmetusest kiirem!



Tähelepanu! Tegemist on ravimiga. Enne tarvitamist lugege tähelepanelikult pakendis olevat infolehte. Kaebuste püsimise korral või ravimi kõrvaltoimete tekkimisel pidage nõu arsti või apteekriga.
KÄSIMÜÜGIRAVIM. Müügiloa hoidja: Phytopharm Kleka S.A, Kleka 1, 63-040 Nowe Miasto nad Wartą, Poola, Tel.: +48 61 28 68 000, info@europlant-group.pl
Lisaküsimuste tekkimisel selle ravimi kohta pöörduge palun müügiloa hoidja kohaliku esindaja poole: AS Sirowa Tallinn Salve 2C, 11612 Tallinn

Uued diabeediravimid KV protektsioonis (ESC/EASD 2023)



Allikas: Margus Viigimaa, Martin Serg

Kardiovaskulaarhaigused on saanud uue tõhusa ravivõimaluse

Semaglutiidiga seotud uuringute tulemused ja arutelud on avanud uusi võimalusi diabeedi ja kardiovaskulaarhaiguste ravis. Ülevaate teevad regionaalhaigla kardioloogid professor **Margus Viigimaa** ja doktor **Martin Serg**.

VIOLETTA RIIDAS, toimetaja

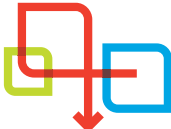
Professor Margus Viigimaa rõhutas, et 2023. aasta diabeedi ja kardiovaskulaarhaiguste ravijuhised on toonud kaasa olulisi muudatusi. "Esimest korda soovitati väga tugevalt uusi ravimigruppe: GLP-1 retseptori agoniste ja SGLT-2 inhibiitoreid," märkis ta. Need ravimid on nüüd saanud esmavaliku soovitusel, sõltumata patsiendi veresuhkru tasemest. Semaglutidi roll on selles kontekstis märkimisväärne, kuna see aitab vähendada ateroskleroosi riski, ravida südamepuudulikkust ning aeglustada neerupuudulikkuse progresseerumist.

Europa kardioloogide seltsi 2023. aasta kongressil pälvisid uued juhised suurt tähelepanu. Arutelud keskendusid sellele, kuidas need soovitused saavad parandada patsientide elukvaliteeti ja vähendada haiglaravi vajadust.

UURINGUD JA TULEMUSED

Semaglutidi efektiivsust on kinnitatud mitmes suures uuringus. Martin Serg tõi esile hiljutise SOUL uuringu, mis keskendus suukaudsele semaglutiidile ja selle kardiovaskulaarsele mõjule. "Uuring hõlmas enam kui 9000 II tüüpi diabeediga patsienti, kellel oli teadaolev kardiovaskulaarne haigus või krooniline neeruhaigus," selgitas Serg. Esialgsed tulemused näitasid, et suukaudne semaglutiid vähendas oluliselt suurte kardiovaskulaarsete tüsistuste (MACE - major adverse cardiovascular events) riski.

Viigimaa viitas ka varasematele SUSTAIN 6 ja PIONEER 6 uuringutele, kus täheldati MACE langust 24%. Need tulemused rõhutavad semaglutidi võimet kaitsta südame-veresoonkonna tervist lisaks veresuhkru taseme reguleerimisele.


forxiga[®]
(dapaglifloosiin)

Nr 1 SGLT2
INHIBIITOR
EUROOPAS*



FORXIGA (dapaglifloosiin) on ainus SGLT2i, mis on langetanud suremust südamepuudulikkuse ja kroonilise neeruhaiguse uuringutes!¹⁻⁶



DAPA-HF ja DELIVER
uurigute summeeritud
analüüs³

**KV suremus
14% RRR**

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



DAPA-CKD
uurig⁶

**üldsuresus
31% RRR**

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

Viited:

1. Wiviott SD et al. N Engl J Med. 2019;380(4):347-357. 2. Wheeler DC, et al. Lancet Diabetes Endocrinol 2021;9:22-31. 3. Jhund PS, et al. Nat Med. 2022;28(9):1956-1964. 4. FORXIGA (dapaglifloosiin) 10 mg N30 ravimi omaduste kokkuvõte, www.ravimiamet.ee, august 2024. 5. Empaglifloosiini, ertuglifloosiini, kanaglifloosiini ravimite omaduste kokkuvõtet, www.ravimiamet.ee. 6. Heerspink HJL, et al. N Engl J Med 2020;383:1436-1446

KV = kardiovaskulaarne; SGLT2 = naatriumi ja glükoosi kotransporter-2; SP = südamepuudulikkus; SGLT2i = naatriumi ja glükoosi kotransporter-2 inhibiitor; RRR = suhtelise riski langus (inglise k. *relative risk reduction*); CI = usaldusvahemik

*IQVIA CBRIX, Oktoober 2024

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

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

EE-2486-03-2025-CVRM

AstraZeneca  **30** AASTAT EESTIS 



Professor Margus Viigimaa ja doktor Martin Serg kongressil. FOTO: ERAKOGU

SP SÜMPTOMID VÄHENEVAD

STEP-HFpEF uuring käsitles semaglutidi mõju säilinud väljutusfraktsiooniga südamepuudulikkusega (SP) patsientidel (HFpEF).

Uuringu tulemused olid paljulubavad: semaglutiid vähendas märkimisväärselt patsientide kehakaalu ja parandas südamepuudulikkuse sümptomeid.

“Samuti on märkimisväärne, et semaglutiidiga vähenes uuringus diureetikumi kasutamise vajadus ligi 30 protsenti,” ütles Serg.

NEERUFUNKTSIOONI LANGUS AEGLUSTUB

Neerufunktsiooni säilitamine on diabeedi ja kroonilise neeruhaigusega patsientide puhul kriitilise tähtsusega.

Serg tutvustas FLOW uuringu tulemusi, mis näitasid, et semaglutiid aeglustab neerufunktsiooni langust ja vähendab neerupuudulikkuse riski. “See lisab olulist väärtust patsientidele, kellel on nii diabeet kui ka neeruhaigus,” rõhutas ta.

SELECT uuring kinnitas semaglutidi rolli ka mitte-diabeetiliste patsientide puhul. 17 604 patsiendiga uuringus vähenes MACE 20%, samuti vähenes oluliselt patsientide kehakaal.

“Mõju ulatus kaugemale diabeedi käsitlemisest ja hõlmas üldist kardiovaskulaarset kaitset,” lisas Viigimaa.

PATSIENTIDE NÕUSTAMINE JA KÕRVALTOIMED

Viigimaa sõnul on patsientide nõustamine semaglutidi kasutamise puhul ülioluline. Ravimi efektiivsust mõjutavad otseselt selle õigeaegne ja korrektsel viisil manustamine.

Patsiente tuleb teavitada võimalikest kõrvaltoimetest, nagu iiveldus, mis on tavaliselt ajutine ja möödub mõne nädala jooksul. Lisaks tuleb rõhutada, et ravimit tuleb võtta hommikul tühja kõhuga 30 minutit enne sööki.

TULEVIKUVÄLJAVAATED

Semaglutiid ja sarnased ravimid on muutnud diabeedi ja südame-veresoonkonna haiguste ravi käsitlust.

“Ravimaailmas on põnev ajastu,” märkis Serg. Uuringud, nagu SELECT ja STEP-HFpEF, näitavad, et semaglutiid võib pakkuda olulist kasu isegi diabeeti mittepõdevatel patsientidel. Samuti on märkimisväärne, et ravimi mõju ulatub kaugemale veresuhkru taseme kontrollist, hõlmates ka südame-veresoonkonna ja neerutervise kaitset.

Perspektiivis uuritakse semaglutidi võimalikku rolli perifeersete arterite haiguse ravis. STRIDE uuringus keskenduti funktsionaalsetele tulemustele ja näidati, et semaglutiid parandas patsientide liikumisvõimet ja elukvaliteeti.

Kokkuvõttes kinnitavad semaglutidi uuringud selle ravimi olulisust diabeedi ja kardiovaskulaarhaiguste ravis. Viigimaa ja Serg on üksmeelel, et semaglutiid avab uusi võimalusi haiguste ennetamisel ja patsientide elukvaliteedi parandamisel.

Kokkuvõtte vebinarilt 2024 detsembris.

Semaglutiid – üks molekul, kaks võimalust!^{1,2}

Kumba valida?



**TABLETIGA SAAD
ALUSTADA ENNE
SÜSTERAVI.**

Soodsaimad
soodustingimused
GLP-1 RA ravimklassis³

50% soodustusega:

2. tüüpi diabeedi kombinatsioonraviks
või monoraviks, kui metformiin on
vastunäidustatud.

75/90% soodustusega:

2. tüüpi diabeedi kombinatsioonraviks
patsientidel, kellel metformiin ja SGLT-2
inhibiitor ei ole andnud rahuldavat efekti
või on vastunäidustatud.

**Süst taas
saadaval kõigis
kolmes annuses!**

RYBELSUS®
semaglutiidi tabletid

OZEMPIC®
semaglutiid

Viited: 1. Ozempic SmPC 2024 2. Rybelsus SmPC 2024 3. Rybelsus® (semaglutiid) soodustingimused, alates 1.10.2024 kehtiv Tervisekassa ravimite loetelu, <https://www.tervisekassa.ee/partnerile/ravimitest/soodusravimid>

Rybelsus® 3 mg tabletid. Rybelsus® 7 mg tabletid. Rybelsus® 14 mg tabletid.

Ozempic® 0,25 mg süstelahus pen-süstlis. Ozempic® 0,5 mg süstelahus pen-süstlis. Ozempic® 1 mg süstelahus pen-süstlis.

Toimeaine: semaglutiid. Näidustus: ebapiisavalt kontrollitud 2. tüüpi diabeedi raviks täiskasvanutele lisaks dieedile ja füüsilisele koormusele: monoteerapiana, kui metformiin on talumatuse või vastunäidustuste tõttu sobimatu; lisaks teistele diabeediravimitele.

Retseptiravimid. Müügiloo hoidja: Novo Nordisk A/S, Novo Allé, DK-2880 Bagsværd, Taani. Täiendav teave müügiloo hoidja esindusest: Novo Nordisk Estonia OÜ, Paldiski mnt 29, Tallinn. Rybelsus® ja Ozempic® on Novo Nordisk A/S, Taani, kaubamärgid.
© Novo Nordisk A/S. EE25RYB00009 02/2025



Järjepidev antikoagulantravi vähendaks oluliselt insuldiriski

Kliinikumi kardioloog **Priit Pauklin** uuris 2023. aasta lõpus kaitstud doktoritöös KVA patsientide hemodünaamilist ja biokeemilist profiili ning ≥ 65 aastaste KVA patsientide antikoagulantravi Eestis.

VIOLETTA RIIDAS, toimetaja

Uurimistöö spetsiifilised eesmärgid:

1. Hinnata kodade virvendusarütmia patsientide tsentraalset vererõhku võrreldes kontrollgrupiga.
2. Hinnata kodade virvendusarütmia patsientide pulsilaine levikukiirust võrreldes kontrollgrupiga.
3. Kirjeldada põletiku, fibroosi ja oksüdatiivse stressiga seotud markerite väärtusi kodade virvendusarütmia patsientidel.
4. Anda informatsiooni põletiku, fibroosi ja oksüdatiivse stressiga seotud markerite seostest kodade virvendusarütmia episoodide kordumisega üheaastase jälgimisperioodi jooksul
5. Kirjeldada antikoagulantravi trende ≥ 65 aastastel kodade virvendusarütmia patsientidel Eestis aastatel 2019 ja 2020.
6. Hinnata eluspäevade kaetust antikoagulantraviga ja selle seoseid ühe aasta suremusega ≥ 65 aastaste kodade virvendusarütmia patsientide seas Eestis aastatel 2019 ja 2020.



Priit Pauklin on keskendunud KVAle.

FOTO: MEELI KÜTTIM

Kodade virvendusarütmia (KVA) on sagedaseim rütmihäire maailmas, mis esineb 2–4% täiskasvanutest. Selle rütmihäire esinemissagedus on kasvamas ja järgnevatel kümnenditel on oodata selle 2,3kordset tõusu. KVA patofüsioloogilised mehhanismid on keerulised ja pole praeguseni täielikult selged. Teada on seos vanuse, elustiili ning kaasnevate haigustega, kuid antud rütmihäiret mõjutab ka mitu geneetilist faktorit.

Kõige olulisemaks muudetavaks riskifaktoriks on jätkuvalt hüpertensioon. Kuigi õlavarrelt mõõdetud perifeerset vererõhku kasutatakse standardset vererõhu hindamiseks, on uuringud näidanud, et vererõhk aordis (tsentraalne vererõhk) võib oluliselt erineda perifeerses vererõhust.

Need erinevused tulenevad arterite jäikusest ja fenomenist, mida nimetatakse pulsilaine amplifikatsiooniks. Arterite jäikus ja tsentraalne vererõhk korreleeruvad uuringute alusel paremini kardiovaskulaarse riskiga, kui seda teeb perifeerne vererõhk.

Lisaks on teada, et erinevad vererõhku mõjutavad ravimid langetavad perifeerset ja tsentraalset vererõhku erineval määral ning KVA patsientidel laialdaselt kasutatavad beeta-blokaatorid ei pruugi nii efektiivselt langetada tsentraalset vererõhku kui teised preparaadid. See omakorda võib seletada nende patsientide suuremat kardiovaskulaarset riski.

KVA patsientidel esinevad muutused südames nii rakulisel kui ka koe tasandil, mis soodustavad rütmihäire püsimist. Tekib nii elektriline kui ka ehituslik remodelleerumine kodades. Uuringud viitavad, et selles protsessis on olulisel kohal nii põletik kui ka oksüdatiivne stress, mis viivad kodade fibroosini, mida peetakse oluliseks rütmihäireid soodustavaks teguriks.

KVA patsientidel on kuni viis korda kõrgem risk ajuinsuldiks, kuid risk on

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

ENDA

ISA

SÕBRANNA

PATSIENDI JAOKS

^αPõhineb NVAF-i
kliinilistel uuringutel
vs varfariin



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



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



Väiksem üldsuremus ↓**11% RRR**^{1*}



Seedetrakti säästev insuldikaitse^{1*}



Ööpäevaringne insuldikaitse^{1,2}

*vs. varfariin

RRR = suhtelise riski vähenemine

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

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

väga heterogeenne ja sõltub kaasnevatest haigustest ning riskifaktoritest. Kõrge riskiga patsiendid (CHA₂DS₂-VA ≥ 2) peaksid tarvitama eluaegset trombemboolia profülaktikat suukaudsete antikoagulantidega.

Kuigi tegemist on efektiivsete ravimitega, näitavad suured registrid, et antikoagulantravi on jätkuvalt alakasutatud. Registreid, mis hindaks antikoagulantravi kasutust Eestis, ei ole.

Selle uurimistöö üldiseks eesmärgiks oli kirjeldada KVA patsientide tsentraalse hemodünaamika parameetreid ja hinnata muutuseid põletikku, oksüdatiivset stressi ning fibroosi kajastavates biomarkerites. Lisaks kirjeldada antikoagulantravi kasutamist ajuinsuldi profülaktikaks ≥ 65 aastastel kodade virvendusarütmiaiga patsientidel Eestis.

Uurimistöö biomarkerite ja tsentraalse hemodünaamikaga seotud uuringusse kaasati paroksüsmaalse ja persisteeruva KVA patsiendid (biomarkerite uuringus 76 patsienti, tsentraalse hemodünaamika uuringus 75 patsienti), kes hospitaliseeriti KVA kardioversiooniks Tartu ülikooli kliinikumi või KVA kateeterablatsioonraviks Põhja-Eesti regionaalhaiglasse. Kontrollgrupiks oli 75 vanuse ja soo alusel kohandatud tervet uuringualust. Uuritavatel määrati enne protseduure põletiku, oksüdatiivse stressi ja fibroosiga seotud

markereid. Kardioversiooniga siinusrütmi taastatud patsientidel määrati ühe ööpäeva jooksul arterite jäikust pulsilaine kiiruse alusel ja tsentraalset vererõhku pulsilaine analüüsi abil (Sphygmocor XCEL, AtCor Medical). Samad mõõtmised tehti siinusrütmiga patsientidel enne KVA kateeterablatsioonravi.

Antikoagulantravi trendide hindamiseks koostati tervisekassa andmebaasist isikustamata patsientide nimekiri kõigist ≥ 65 aastastest KVA patsientidest, kellel esines uuringueelsel aastal KVA diagnoos. Andmed seoti retseptikeskuse ja surmaregistri andmebaasidega, hindamaks üheaastase uuringuperioodi jooksul (või kuni patsiendi surmani) antikoagulantravi väljakirjutamist.

Kõigil patsientidel hinnati eluspäevade kaetust antikoagulantravi väljakirjutatud doosidega, mis on näidustatud KVA patsientidel trombiprofülaktikaks vastavalt kehtivatele ravijuhenditele. Eluspäevade kaetust väljendati protsendina päevadest üheaastase perioodi kohta (või kuni patsiendi surmani), mida katavad väljakirjutatud antikoagulantravi päevadoosid. Lisaks hinnati ka antikoagulantravi retseptide väljakirjutamise ja väljaostmise seoseid. Surmaregistri andmete alusel hinnati uuritavate patsientide üldsusemust registri põhisealt ja sama vanusegrupi üldsusemust uuringuperioodidel.

Uurimistöö tulemused ja järeldused

1. KVA patsientidel oli kõrgem tsentraalne süstoolne vererõhk ja tsentraalne pulsirõhk võrreldes tervete kontrollgrupiga. Samas ei erinenud gruppide vahel perifeersed vererõhu väärtused. Antud tulemused viitavad, et tsentraalse vererõhu mõõtmine võiks parandada KVA patsientide kardiovaskulaarse riski ja subkliinilise organkahjustuse hindamist.

2. KVA on seotud kõrgema pulsilaine levikukiirusega paroksüsmaalse ja persisteeruva rütmihäirega patsientidel, viidates kõrgenenud arterite jäikusele. Meie uuring kinnitab arterite jäikuse rolli KVA kujunemises ja viitab potentsiaalsele ravisihtmärgile, mis võiks olla oluline rütmihäire preventtsioonis.

3. KVA patsientidel olid oluliselt kõrgemad B-tüüpi natriureetilise propeptiidi N-fragmendi ja galektiin-3 väärtused võrreldes kontrollgrupiga. Need tulemused näitavad põletikuprotsesside tähtsust fibroosi kujunemisel, mis on oluline patofüsioloogiline mehhanism KVA tekkes.

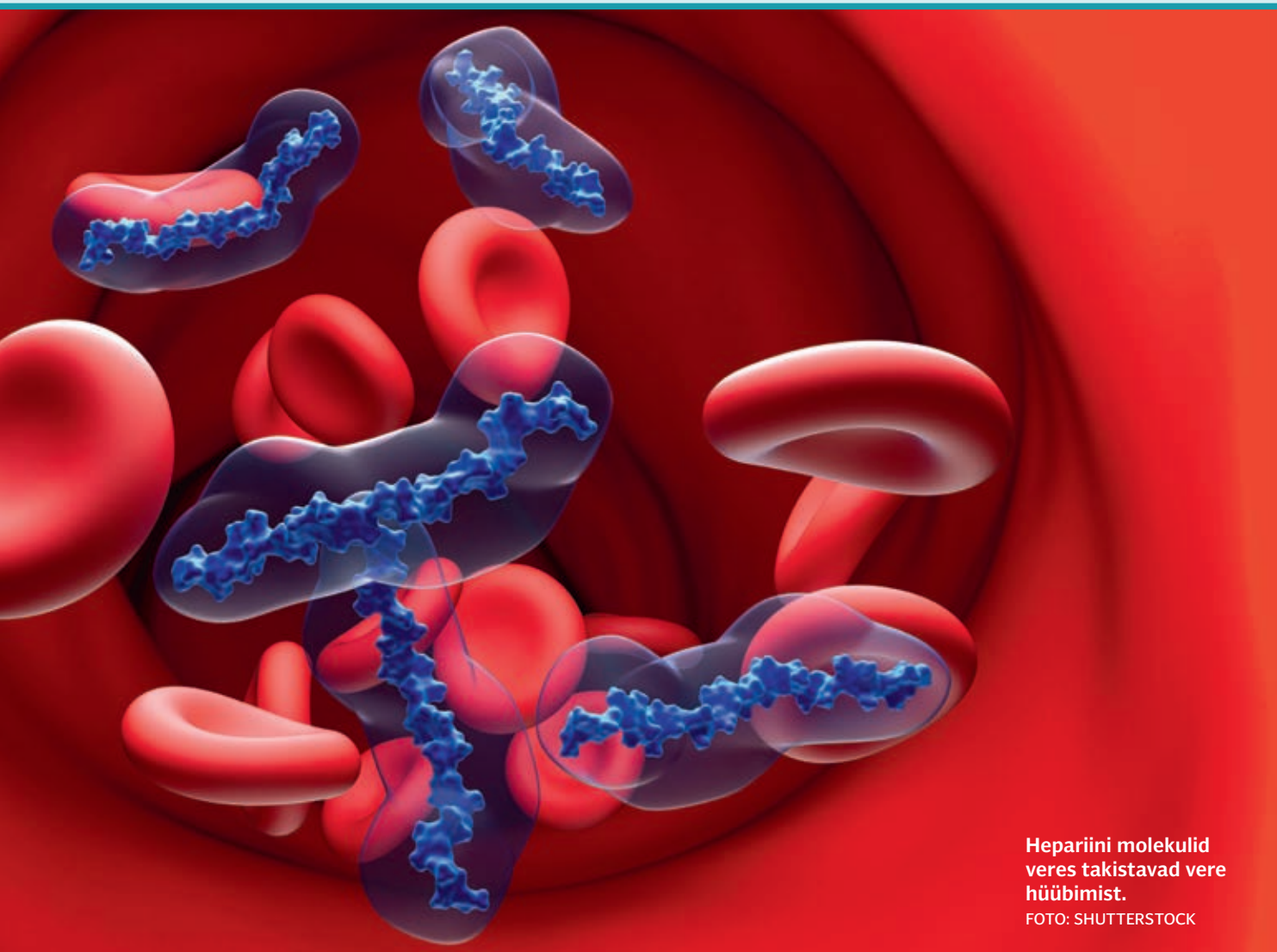
4. Müeloperoksüdaasi baasväärtuste määramine oli iseseisev prognostiline marker korduva rütmihäire tekkeks sõltumata valitud rütmikontrolli strateegiast (kardio-

versioon või KVA kateeterablatsioon). Müeloperoksüdaas võiks olla potentsiaalne prognostiline marker KVA taastekke riski hindamisel ja aidata valida individualiseeritud ravistrateegiat patsientidele.

5. Eluspäevade kaetus $\geq 80\%$ antikoagulantraviga oli kohordis I 57,4% ja kohordis II 44,5%, ≥ 65 aastaste KVA patsientide seas üheaastase jälgimisperioodi jooksul. Meie uuring kinnitab, et kuigi paljud patsiendid alustavad insuldiprofülaktikat antikoagulantidega, siis pikaajaline ravi on Eestis ebapiisav ja vajab edendamist.

6. Eluspäevade kaetus antikoagulandiga on seotud elulemusega ≥ 65 aastaste KVA patsientide seas üheaastase jälgimisperioodi jooksul. Kõige madalam elulemus on ilma antikoagulantravita patsientide seas. Need tulemused viitavad summaarselt positiivsele kasu-kahju suhtele antikoagulantravi kasutamisel ≥ 65 aastaste KVA patsientide seas trombi profülaktikaks.

Kokkuvõte Priit Pauklini doktoritööst „Kodade virvendusarütmiaiga patsientide hemodünaamiline ja biokeemiline profiil ning ≥ 65 aastaste kodade virvendusarütmiaiga patsientide antikoagulantravi Eestis“



Hepariini molekulid veres takistavad vere hüübimist.

FOTO: SHUTTERSTOCK

Kuidas on seis antikoagulantraviga praegu?

Küsimustele vastab kliinikumi kardioloog arst-õppejõud **Priit Pauklin**.

Kas on tajuda/statistikast näha, et olukord antikoagulantraviga paraneb?

Tervisekassa on võtnud antikoagulantravi eluspäevade kaetuse enda kvaliteediindikaatoriks, kasutades küll veidi teisi parameetreid, kui meie seda tegime. Kahjuks on näha, et kui vaadata viimaseid aastaid, siis 2021–23 on seis püsinud suhteliselt sarnane ja eluspäevade kaetus üle 90% on püsinud 53% juures. 2024. aasta on kehvem olnud, aga statistika korrigeerub paar kuud hiljem ja see võib veel muutuda. Seega minimaalne paranemine on olnud, kuid selgelt on veel pikk tee minna.

Kuidas oleks võimalik parandada patsientide ravisoostumust?

Patsientide ravisoostumuse juures on väga oluline nende arusaamine probleemi olemusest. On ju teada, et antikoagulantravi kõrvaltoimed on selgelt märgatavad seedetrakti veritsuse, igemete veritsuse ja verevalumite tekkena (kõige raskemal juhul ajusisese veritsusena).

Samas potentsiaalset kasu me otseselt ei tun-

netagi (sest ei saa ajuinsulti). Seega tekib olukord, kus kasu ei "tunneta", aga kahjusid tunnevad või kuulevad patsiendid rohkem, mis mõjutab kindlasti ravisoostumust.

Olukorda saab kindlasti parandada sellega, kui küsida patsientidelt ravisoostumuse kohta vastuvõttudel, tuletada meelde järjepideva ravi olulisust ja üle korrata ravist saadav potentsiaalne kasu. Lisaks sellele võiks kaaluda infotehnoloogilisi lähenemisi ravisoostumuse parandamiseks.

Näiteks oleks võimalik sisse viia võimalus ravimi kasutamise jälgimiseks eluspäevade kaetuse alusel ja kui see protsent langeb alla mingi väärtuse, võiks kaaluda patsiendiga telefonikontakti või meeldetuletust ravimite regulaarse tarvitamise vajaduse kohta.

Ma ei ole teadlik, et sellist tehnoloogilist arendust oleks kuskil mujal maailmas rakendatud, kuid kuna Eestis on üks retseptikeskus, mis katab praktiliselt kõiki retsepte, oleks see tehniliselt täiesti tehtav, kui andmekaitsega seotud küsimused oleksid ületatavad.



Vaimse tervise ravis pole tähtsad ainult ravimid, vaid ka mittefarmakoloogilised meetodid.

FOTO: SHUTTERSTOCK

Psühhiaatrias otsitakse uusi ravivõimalusi

Uuenduslikud ravimid ja meetodid, nagu psühheedelikumid ja ketamiiniga toetatud psühhoteraapia pakuvad lisavõimalusi raskete vaimse tervise juhtumite ravis.

VILJAR VEEDE, Põhja-Eesti regionaalhaigla ja Minu Kliinik psühhiaater

Pole uudis, et vaimse tervise probleemid on Eestis murettekitavalt laialt levinud. Spetsialistidest on krooniline puudus ning tervisekassa riiklikus süsteemis on abi kättesaamine keeruline.

Erakliinikud on saanud oluliseks alternatiiviks, kuna riiklik ambulatoorne psühhiaatria ei suuda pakkuda vajalikul määral teenuseid. Paljud noored residentuuri lõpetavad psühhiaatrid valivad töö erasektoris. Põhjuseks pole ainult palk, vaid ka töökoormus ja paindlikumad tingimused.

Vaimse tervise probleemide keerukust peegeldab ka rahvusvaheline ravimite ja ravimeetodite areng. Viimastel aastatel on psühhiaatrias turule

tulnud mitu uut ravimit, mis pakuvad innovaatilisi lahendusi erinevate vaimse tervise häirete raviks.

Näiteks on kombineeritud ravimid, nagu olanapiin/samidorphin, mis on osutunud tõhusaks skisofreenia ja bipolaarse häire ravis. Viloksasiin, mida on varem kasutatud depressiooni raviks, on saanud uue näidustuse aktiivsuse- ja tähelepanuhäire ravis üle kuueaastastel patsientidel.

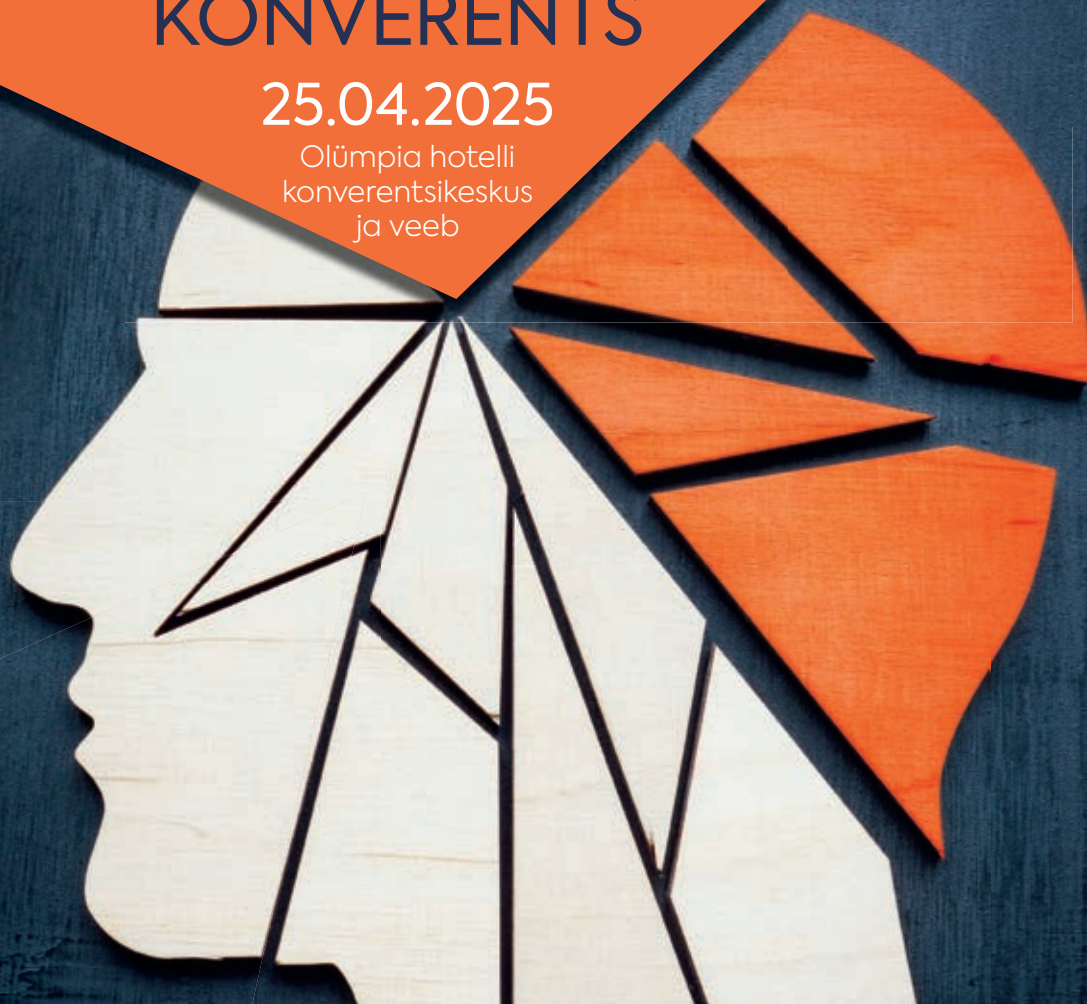
Samuti on turule jõudnud ravimid, mis mõjutavad glutamaadi ja opioidretseptorite ülekannet ajus, pakkudes uusi võimalusi depressiooni raviks – dekstrometorfaani ja bupropiooni kombinatsioon.

Teine oluline arengusuund on seotud uute

PEAVALU KONVERENTS

25.04.2025

Olümpia hotelli
konverentsikeskus
ja veeb



SIHTGRUPP:

perearstid, lastearstid,
lasteneuroloogid,
neuroloogid, valuraviarstid,
üldarstid, nina-kõrva-
kurguarstid, pereõed,
peavaluõed, proviisorid,
farmatseudid jt
medikutest huvilised.

Konverentsil osalemine
annab täiendkoolituspunktid.
Punktid akrediteerib
Eesti Peavalu Selts, tunnistuse
väljastab Meditsiiniuudised.



Info: Karin Tamm, Meditsiiniuudiste sündmuste juht,
tel +372 513 8862, karin.tamm@aripaev.ee
Sponsorpaketid: Maarja Kõrv, Meditsiiniuudiste meditsiini-meedia
müügijuht, tel +372 525 7708, maarja.korv@aripaev.ee

TEEMAD

- Peavalude käsitletud EMOs
- Migreen ja depressioon
- Patsiendile mõeldud kaugteenused peavalu korral
- Füsioteraapia peavalude puhul
- Peavalud eakatel
- Menstruaal- ja perimenopausaalne migreen
(välislektor prof Anne MacGregor, St Bartholomew's
Hospital, London, Ühendkuningriik)
- Neuromodulatsioon/haigusjuhud

NB! Kava on täiendamisel!

soodushind

119€

kuni 11.04!

Info ja piletid:
[pood.aripaev.ee/konverentsid-
peavalu-konverents-2025](http://pood.aripaev.ee/konverentsid-peavalu-konverents-2025)



Viljar Veede FOTO: ERAKOGU

manustamisviisidega, mis muudavad ravimite kasutamise senisest mugavamaks ja efektiivsemaks.

Deksmedetomidiini sublingvaalne ravimvorm on mõeldud ägedate rahutusseisundite leevendamiseks skisofreenia ja bipolaarse häirega patsientidel, samas kui transdermaalsed plaastrid, nagu dekstroamfetamiin, tagavad püsivama toime aktiivsuse- ja tähelepanuhäire ravis.

Alzheimeri tõve ravis on oluliseks uuenduseks atsetüülkoliinesteraasi inhibiitorite transdermaalsed süsteemid, mida manustatakse kord nädalas, mis parandab patsientide ravijärgimust.

MITTE AINULT RAVIMID

Vaimse tervise ravis pole tähtsad ainult ravimid, vaid ka mittefarmakoloogilised meetodid. Mõni neist on tehnoloogiapõhine, nagu videomängud, mis on heaks kiidetud aktiivsuse- ja tähelepanuhäiretega patsientide kognitiivsete funktsioonide parandamiseks.

Lisaks on spetsiaalsed mobiilirakendused osutunud kasulikuks depressiooni ja ärevushäirete ravis, pakkudes digitaalseid lahendusi, mis täiendavad traditsioonilist ravi.

Transkraniaalne magnetstimulatsioon, mida kasutatakse peamiselt depressiooni raviks, on Eestis juba mõnda aega olnud kättesaadav. See meetod stimuleerib aju kindlaid piirkondi ja on näidanud tõhusust ka ärevushäirete ja muude seisundite ravis.

Magnetstimulatsiooni seadmeid kasutatakse Eestis mitmes kohas, sealhulgas Tallinnas ja

Pärnus, kuigi meetod pole veel tervisekassa poolt laialdaselt rahastatud.

PSÜHHEDEELIKUMID

Psühheedelikumid on viimasel ajal saanud palju tähelepanu oma potentsiaali tõttu ravida muule ravile allumatuid vaimse tervise häireid. Ketamiin, esketamiin ja muud sarnased ained on muutumas oluliseks tööriistaks psühhiaatrias. Ketamiini intravenoosseid infusioone on maailmas kasutatud juba ligi kaks aastakümnet ning nende tõhusust on kinnitatud depressiooni ja posttraumaatilise stressihäire ravis.

Esketamiini ninasprei on ametlikult heaks kiidetud ravimresistentse depressiooni raviks ning see on kättesaadav ka Eestis. Siiski on selle ravimi kasutamine piiratud, kuna seda saab kasutada ainult teatud tingimustel, näiteks pärast elektriimpulssravi proovimist.

Sellest hoolimata on ketamiiniga toetatud psühhoterapia Eestis innovatiivne lähenemine, mida pakutakse esmakordselt erakliinikus. See meetod kombineerib ravimi neuroplastilisust suurendava toime psühhoterapiaga, aidates patsientidel saavutada püsivamaid tulemusi.

Ketamiiniga toetatud psühhoterapia hõlmab hoolikalt kavandatud protsessi, kus patsiendid läbivad enne ravi algust ettevalmistavaid seansse, mille käigus hinnatakse nende sobivust ja valmistatakse neid ette kogemuseks. Seansside ajal kasutatakse madalaid annuseid, mis väldivad intensiivseid hallutsinatsioone, kuid võimaldavad aju suuremat paindlikkust ja uusi seoseid loovat seisundit. Raviprotsess jätkub järelraviga, kus patsient töötab koos terapeutidega, et integreerida kogemus oma igapäevaellu. Esimesed tulemused näitavad, et meetod on efektiivne kroonilise ärevushäire ja depressiooni puhul, eriti nende patsientide seas, kellele tavapärased ravimeetodid pole sobinud.

Psühheedelikumide uurimine psühhiaatria valdkonnas käib aktiivselt edasi. Klassikalised psühheedelikumid, nagu psilotsübiin ja MDMA, näitavad paljutõotavaid tulemusi posttraumaatilise stressihäire ja depressiooni ravis. Kuigi need ravimid pole veel Eestis kättesaadavad, on rahvusvahelised uuringud avanud uusi perspektiive, kuidas neid võiks tulevikus kasutada. Psühheedelikumide tõhusus põhineb nende võimel suurendada aju neuroplastilisust, mis võimaldab ajul luua uusi sidemeid ja taastada kahjustunud funktsioone. See muudab need eriti tõhusaks seisundite puhul, mis on seotud kroonilise stressi ja traumaga.

Ehk siis võib öelda, et vaimse tervise ravi on Eestis liikumas mitmes suunas, alates uenduslikest ravimitest kuni psühheedelikumide toetatud teraapieni. Kuigi riiklikus süsteemis on mitu kitsaskohta, pakuvad erakliinikud ja uued ravimeetodid lootust paljudele patsientidele. Tulevikuarengud näitavad, kuidas neid meetodeid saab tõhusamalt integreerida ning laiendada nende kättesaadavust.

12.–13.09

V Spaahotelli
Konverentsikeskus
Tartu

Baltic Sleep Meeting 2025

**Kaks saali!
Üle 40 lektori!**

Konverents on inglise keeles.

**Peaesineja:
Harald Hrubos-Strøm**

Norra Akershusi ülikooli haigla
somniaal ja vanemkonsultant
teema: "Preventive, predictive,
personalized and participatory (4P)
management of obstructive
sleep apnea (OSA)"

**Soodushinnad
kuni 1. juunini!**

Eraldi ühepäevahind.
Erihind tudengitele ja õdedele.
Võimalik soetada pilet öhtusöögile,
esineb Paul Neitsov.
11. septembril saab osaleda
ERMi tuuril (inglise keeles).

**Balti riikide unemeditsiini spetsialiste ühendav
konverents** leiab esmakordselt aset Eestis.

Konverentsi teadusprogramm hõlmab erinevaid
erialasid: rasvumine ja obstruktiivne uneapnoe,
kardioloogiliste haiguste seosed unehäiretega, seosed
oftalmoloogia ja unemeditsiini vahel, laste unemeditsiin,
respiratoorne unemeditsiin, neuroloogia/unega seotud
liikumishäired, otorinolarüngoloogia une ajal, unetus,
ööpäevarütmi häired, geneetika ja unemeditsiin,
unediagnostika, ortoterapeutiline ravi, unemeditsiin ja
farmakoloogia jpm.

Osalevad kogu Euroopa, sh Eesti, Läti, Leedu ja
Soome parimad unemeditsiini valdkonna spetsialistid ja
ekspertid.

Oodatud on ka perearstid, uneõed, unetehnikud,
audioloogid, neuroloogid, psühhiaatrid, lastearstid,
pulmonoloogid, psühholoogid, logopeedid,
arstitudengid ja residendid.

Konverents annab täiendkoolituspunkte.



Eesti Unemeditsiini Selts

Estonian Sleep Medicine
Association



Meditsiini-
konverentsid

**Vaata lähemalt
www.bsm2025.com**



Uue meetodi puhul jäävad ellu vaid vähirakud, mida saab isoleerida ja uurida.

FOTO: SHUTTERSTOCK

Vedelbiopsia saab vähile jaole varases staadiumis

Uute vedelbiopsia meetoditega saab parandada vähi varast avastamist ja vältida invasiivseid protseduure, mida kasutatakse seni selle haiguse diagnoosimiseks.

TRIIN OJA, Diamedica

Eestis diagnoositakse igal aastal üle 9000 esmase vähijahu ja vähki haigestumine on ajas kasvanud, nagu näitab TAI statistika. Suur osa diagnoose pannakse suhteliselt hilises staadiumis. Praegused riiklikud vähisõeluuringu programmid on saadaval üksikute protseduuridena rinna-, kopsu-, eesnäärme-, emakakaela- ja käärsoolevähi puhul. Sõeluuringutele kutsumine sõltub sünniaastast. Nii jäävad kõrvale noored, asümptomaatilised, aga samas pärilikku riski kandvad inimesed. Samuti ei hõlmata neid vähitüüpe, mis ei kuulu sõeluuringu programmi või mis on suhteliselt raskesti diagnoositavad.

Kuigi praegu on hakatud aktiivsemalt rää-

kima personaalmeditsiinist ja polügeneetilisest riskiskoorist, et valida populatsioonist välja just kõrgema vähiriskiga inimesed, on ka vähisõeluuringus arenguruumi muutusteks.

Praegused süsteemid ei võimalda skriinida kõiki erinevaid vähivorme, sest nende teketõenäosus on liiga väike, et majanduslikult nii põhjalikku analüüsi õigustada. Teisalt ei välista ühe vähitüübi skriining teise vähi teket või mitme koosmõju.

Siit saabki alguse verel põhinev erinevate kasvaja üheaegse sõeluuringu idee – üks analüüs, mis katab kogu organismi. Selleks, et meie sõeluuringuprogrammid muutuksid tulevikus kogu ühiskonna tasandil vereproovipõhiseks, on vaja, et uuel diagnostikal oleks piisav tundlikkus tuvasta-

02.10.2025

Radisson Blu
Hotel Olümpia
ja veeb

SILMA- KONVERENTS 2025

Käsitleme erinevaid akuutseid teemasid Ida-Tallinna Keskhaigla silma-
spetsialistide abil. Räägime nii laste kui ka täiskasvanute silmaprobleemidest.

SÜSTEEMSED HAIGUSED JA SILM:

- düstüreoidne orbitopaatia
- diabeet ja silm
- *Sclerosis Multiplex* ja silm
- temporaalarteriit silmaarsti vaatevinklist
- uveiid lastel
- uveiid täiskasvanutel

AKUUTSED SILMAPROBLEEMID:

- sähvatused ja hõljumid silma ees – kas see on ohtlik?
- silmapatsiendi käsitlus: e-konsultatsioon ja EMK
- koostöö silmaarstide ja optometristide vahel.
Silmaarsti vaatenurk
- koostöö silmaarstide ja optometristide vahel.
Optometristi vaatenurk
- põletikuvastased silmatilgad

TASUB TEADA:

- silma melanoom
- IPL – meetod, mis ravib kuiva silma põhjust
- periokulaarne esteetika

SIHTGRUPP:

perearstid, pereõed, lastearstid, proviisorid, farmatseudid,
EMO arstid ja teised teemast huvitatud meditsiinitöötajad

Konverentsil osalemine annab täiendkoolituspunkte.

Tunnistuse väljastab Ida-Tallinna Keskhaigla
koolituskeskus.

Info: Karin Tamm, Meditsiiniuudiste sündmuste juht,
tel +372 513 8862, karin.tamm@aripaev.ee

Sponsorpaketid: Maarja Kõrv, Meditsiiniuudiste
meditsiinameedia müügijuht,
tel +372 525 7708, maarja.korv@aripaev.ee



IDA-TALLINNA KESKHAIGLA



MEDITSIIINI-
KONVERENTSID

SOODUSHIND

kuni 21. septembrini

TÄPSEM KAVA JA PILETIINFO:

[pood.aripaev.ee/konverentsid-
silmakonverents-2025](http://pood.aripaev.ee/konverentsid-silmakonverents-2025)

maks varajases staadiumis lokaalset kasvajakollet. Need meetodid peaksid olema täpsed, suure tundlikkusega ja piisavalt lihtsasti tehtavad. Selline võimalus on aga juba praegu saadaval Truheck testi näol, millega saame üheaegselt määratleda üle 70 erineva vähi.

KUIDAS VEDELBIOPSIA TÖÖTAB?

Pahaloomulised kasvaja-did vabastavad verre ja teistesse kehavedelikesse mitmesuguseid rakulisi komponente: kasvaja rakke ja rakkude klastreid, valkuseid, pisikesi fragmenteeritud nukleiin-happeid (rakuvaba DNAd) ning eksosoom-e. Need vä-hirakkudest pärit komponendid kannavad endas raku- ja kasvajaketsiifilist informatsiooni.

Seda infot saab vereproovi abil organismist koguda ja analüüsida kasvaja-did tuvastamiseks ning iseloomustamiseks. Sisuliselt nii toimibki vedelbiopsia vähi diagnoosimisel ja ravi monitoorimisel. Vedelbiopsiast on juba praegu palju kasu, kui on tarvis analüüsida neoplastilisi koldeid. Toon kaks näidet.

Esiteks. Verest eraldatavate ringlevate kasvaja-rakkude abil saame eos hinnata tsüsti olemust, vältida invasiivseid protseduure ja tavalise koebiopsiaga kaasnevaid riske. Kasu on eriti suur just biopsia võtmise asendamisel raskesti ligipääsetavatest organitest nagu kõhunääre, maks, aju, kopsud. Harilik koebiopsia võib armistada kudesid ja tuua kaasa hilisemaid komplikatsioone.

Teiseks. Veres ringlev kasvaja DNA täidab tänuväärset rolli remissioonimarkerina ning on laiapõhjalist rakendust leidnud onkoloogide seas. Veres ringlevate kasvajakarakkude ja kasvaja DNA hulk veres on proportsionaalne kasvaja suurusega. Kui ei ole kasvajat, ei ole ka veres ringlevaid vä-hirakke ega kasvaja DNAd, mis vä-hikolde eemaldamisel organismist kaob, tekkimisel aga jälle selle hulk veres suureneb.

Siit koorubki välja vedelbiopsia kriitilisim punkt: kuidas tagada meetodi tundlikkus varajases vä-hiskriinings? Varajases staadiumis on vä-hikolde alles tekkimas ja ringlevaid kasvajakarake leidub veres üksikuid ning mürafoon erinevate vereloome rakkude näol on väga suur. Otsime sisuliselt n-ö nõela heinakuhjast.

Teaduskirjanduses tuuakse välja erinevaid meetodeid, kuidas kasvajakarakkude osakaalu nende

verest eraldamise teel suurendada. Levinumateks on EpCam või mõne muu vä-hispetsiifilise markeri antigeen-antikeha põhimõttel sadestamine või vererakkude sorteerimisel läbi mikrovooluti. Rakud moodustavad aga klastreid, mis võivad seejuures maskeerida epitoope ja piirata antikehade sidumist rakule, erineda oma suuruselt ning omadustelt sõltuvalt vä-hitüübist. Truheck meetodi puhul kasutatakse aga vä-hirakkude eristamiseks ülejäänud meetoditega võrreldes täiesti erinevat lähenemist.

AINSANA JÄÄVAD ALLES SUREMATUD RAKUD

Tulles tagasi nõela ja heinakuhja näite juurde, pannakse sisuliselt heinakuhi põlema, et leida nõel, mis ei põle. Truheck tehnoloogia kasutab veres ringlevate kasvajakarakkude rikastamiseks vä-hirakkude omadust olla n-ö surematu.

Kui mononukleaarsete rakkude kogumile lisada epigeneetilisel aktiveeritud söödet, kutsub sööde rakkudes esile diferentsiaalse programmeeritud rakusurma ehk apoptoosi. See lähenemisviis tapab valikuliselt vereloome rakke, millel on vilunud apoptootilised mehhanismid vastuseks intensiivsetele kasvustiimulitele. Rakud, mis jäävad ellu, on nn apoptoosisesistentsed. Need on otsesed kasvajakarad või kasvaja-did poolt vä-rvatud rakud. Sellised rakud võivad olla näiteks, kuid mitte ainult, kasvaja seotud makrofaagid ja kasvaja seotud fibroblastid. Sedasi saab isoleerida Petri tassile alles jäänud vä-hirakud ja rakkude klastreid, olenemata vä-himarkerite olemasolust, rakkude suurusest või muust parameetrist, mis oleksid mõne muu tehnoloogilise piiranguga märkamata jäänud. Nii suurenebki meetodi tundlikkus võrreldes teiste vedelbiopsia meetoditega just varajase vähi avastamisel.

Kasvajakarake saab omakorda iseloomustada ja defineerida ka nende päritolu. Teiste sõnadega töötab see meetod vastupidiselt klassikalisele söel-uuringule. Meetodiga leitakse vä-hirakud ja seejärel selgitatakse välja, mis vä-higa on tegemist, mitte ei otsita konkreetsele vä-hile osutavaid muutuseid organismis. Vedelbiopsiat võiks tulevikus teha iga-aastase tervisekontrollina, sest see võimaldab lisaks vähi tuvastamisele paremini diagnoosida agressiivsemaid vä-hivorme, mis vajavad just õige- aegset meditsiinilist sekkumist.

Viited:

- Circulating ensembles of tumor-associated cells: A redoubtable new systemic hallmark of cancer. Dadasaheb Akolkar et al., 2019
- Liquid Biopsy for Detection of Pancreaticobiliary Cancers by Functional Enrichment and Immunofluorescent Profiling of Circulating Tumor Cells and Their Clusters. Andrew Gaya et al., 2024
- Personalized ctDNA for Monitoring Disease Status in Head and Neck Squamous Cell Carcinoma. Glenn J. Hanna et al., 2024
- Circulating tumor cells: biology and clinical significance. Danfeng Lin^{1,2,3} et al., 2021
- Circulating tumor DNA (ctDNA) as a biomarker for lung cancer: Early detection, monitoring and therapy prediction. Michael J. Duffy 2023

Liitu Terviseraamatute klubiga!

Saad püsivalt
10% soodustust

Uus raamat
-20%



Terviseraamatute klubi
Mõista, hooli, muuda.

VAATA LÄHEMALT:
terviseraamatuteklubi.ee



Parkinsoni tõve korral sageli esinev värin segab ka igapäevast elu.

FOTO: SHUTTERSTOCK

Pilguheit liigutushäirete mitmekesisesse maailma

Konverentsil "Neuroloogia 2025" tegi Parkinsoni tõvest ja teistest levinumatest liigutushäiretest ettekande kliinikumi närvikliiniku neuroloog **Liis Kadastik-Eerme**.

VIOLETTA RIIDAS, toimetaja

Liigutushäired on neuroloogilised haigusseisundid, mida iseloomustab ebanormaalsete liigutuste esinemine. Liigutusi võib olla kas liiga palju (hüperkineesia) või liiga vähe (hüpokineesia). Tihtipeale kaasnevad liigutushäirele ka muud neuroloogilised või psühhiaatrilised sümptomid.

Nagu neuroloogiliste haiguste puhul üldiselt, on põhjalik anamnees ja objektiivse leiu kindlaksmääramine diagnoosi alustaladeks.

Anamneesi ja liigutushäire fenotüüpide põhjal valitakse sobivad uuringud (sh elektroneurofüsioloogilised, radioloogilised, laboratoorsed ja geneetilised testid), et jõuda õige diagnoosi ja ravini. Sageli on tegemist neurodegeneratiivse geneesiga krooniliste haigusseisunditega,

mille levimus kasvab vanusega, ent liigutushäired võivad alata igas eas.

TEKKEPÕHJUSED

Liigutushäirete võimalikke põhjuseid on palju. Etioloogia alusel võib neid jaotada primaarseteks, sekundaarseteks või funktsionaalseteks.

Primaarsete liigutushäirete hulka kuuluvad idiopaatilised (ilma tuvasatava põhjusega) või geneetilised haigusseisundid, näiteks Parkinsoni tõbi ja Huntingtoni tõbi. Sekundaarsed (omandatud) liigutushäired tekivad erinevate haigusseisundite (sh insult, neuroinfektsioon, normaalarõhu hüdotsefaalia, autoimmuunne entsefaliit, süsteemsed haigused), toksiinide (sh mangaan, etanool, metanool, tsüaniid) või ravimite

(sh antipsühhootikumid, antiemeetikumid, antikonvulsandid, antihistamiinikumid, liitium) tagajärjel.

Funktsionaalsete liigutushäirete korral ilmnevad orgaaniliste haigusseisunditega kokkusobimatud kliinilised tunnused. Seda tüüpi liigutushäireid seostatakse eelkõige närvisüsteemi ebanormaalse funktsioneerimisega ehk sellega, kuidas ajus signaale töödeldakse ja edastatakse. Kui ravimindutseeritud, metaboolsed ja funktsionaalsed liigutushäired on üsna sagedased, siis autoimmuunsed, nakkuslikud ja geneetilised põhjused on täiskasvanutel haruldased.

Lapseas esinevad liigutushäired sageli ravimite või autoimmuunsete haiguste tõttu, samuti võivad need olla seo-



PRODUODOPA®

foslevodopa/foskarbidopa

240 mg/ml+12mg/ml infusioonilahus

Esimene ja ainus pidev subkutaanne 24- tunnine

foslevodopa/foskarbidopa infusioonravi
patsientidele, kellel on kaugelearenenud
Parkinsoni tõbi

Nüüd on võimalik ROHKEM

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

Viited:

1. Ravimi omaduste kokkuvõtte kinnitatud: jaanuar 2024.

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

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

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

abbvie

EE-PRODD-240012 | Augustil, 2024

tud ainevahetushäiretega või põletikuga. Akuutse algusega liigutushäirete puhul on vajalik kiire diagnostika ja ravi, kuna tegemist võib olla potentsiaalselt eluohtliku seisundiga. Järsu algusega liigutushäirete põhjustena tuleks eelkõige mõelda ravimindutseeritud, autoimmuunsele, endokriinsele või metaboolsele geneesile.

LIIGUTUSHÄIRETE FENOTÜÜBID

Sageli näeme ühel patsiendil korraga mitut erinevat liigutushäiret ning sama fenotüüpi võivad põhjustada paljud erinevad haigused. Alljärgnevalt on välja toodud erinevate liigutushäirete fenotüüpide (st omaduste ja tunnuste) kirjeldused.

Hüpokineetilise liigutushäire prototüübiks peetakse parkinsonismi, mille põhisümptomiks on liigutuste kiiruse aeglustumine (bradükineesia) ja amplituudi vähenemine (hüpokineesia). Parkinsonistliku sündroomi puhul esineb sageli ka rigiidsus, rahutremor, kõnni- ja tasakaaluhäire.

Hüpokineetilise liigutushäire klassikaliseks näiteks on Parkinsoni tõbi. Hüperkineesid väljenduvad ülemääraste tahtmatute liigutustena, mille erinevate spetsiifiliste fenotüüpide hulka kuuluvad tremor, düstoonia, korea, tikk, stereotüüpia ja müokloonus.

Tremor on täiskasvanute kõige sagedamini esinev liigutushäire. Tremor, mis on tahtmatu, rütmiline ja võnkuv liigutus mingis kehaosas (kõige sagedamini kätes, peas, keeles, aga ka jalgades ning kehatüves). Tremorit klassifitseeritakse rahutremoriks (kehaosa on puhkeolekus) ja aktsioonitremoriks (kehaosas on aktiivne lihaskontraktsioon, et hoida asendit või sooritada liigutust). Viimane jaguneb omakorda posturaalseks (esineb ettesirutatud kätes), kineetiliseks (tekib liikumisel) ja tegevus- või asendispetsiifiliseks tremoriks.

Düstooniat iseloomustavad agonistlike ja antagonistlike lihaste tahtmatud kontraktsioonid, mis põhjustavad ebaregulaarseid, väänlevaid liigutusi ja ebanormaalseid kehaasendeid. Sageli kaasneb düstooniast haaratud kehaosas düstooniline tremor, mis enamasti tekib tegevusel, kuid võib esineda ka rahuolekus. Düstooniast võivad haaratud olla erinevad kehaosad, kõige levinum düstoonia vorm on tservikaalne düstoonia ehk spasmoodiline tortikollis. Üks tõhusamaid ja kättesaadavamaid düstoonia ravivõimalusi on süsteravi botulismitoksiiniga.

Korea korral näeme ootamatuid, kiireid, kaootilisi, mitte-stereotüüpseid liigutusi, mis liiguvad ühest kehaosast teise

ja võivad meenutada pooleldi eesmärgipäraseid tegevusi. Geneetilise päritoluga korea põhjuseks võib olla Huntingtoni tõbi; omandatud korea võib olla seotud mh ravimindutseeritud, metaboolse ja vaskulaarse geneesiga.

Tikid on kõige mitmekesisemad liigutushäired, mis võivad olla motoorsed või vokaalsed. Tikid on teatud ajaks tahtlikult allasurutavad, mille foonil kasvab seersmine pinget. Tikid võivad süveneda stressiolukorras ja väheneda tähelepanu hajumisel. Neid võib jaotada lihtsateks (nt silmapilgutamine, nina kirtsutamine, köhatamine) või kompleksseteks (nt pea raputamine, hüppamine, sõnade-fraaside kordamine). Üheks kõige sagedasemaks tikkide põhjuseks on Tourette'i sündroom.

Stereotüüpiad on korduvad, ettearvatavad ja pikemal perioodil ühetaoelisena püsivad liigutused, mis võivad

meenutada eesmärgipärast tegevust (nt mälumist). Erinevalt tikkidest ei kaasne seersmise pinget kasvu ega tungi ning enamasti ei ole need liigutused supresseeritavad. Stereotüüpiad esinevad harva isoleerituna, pigem ilmnevad need kombineerituna koos muude liigutushäiretega. Üheks levinuimaks stereotüüpiate põhjuseks on tardiivne sündroom.

Müokloonused on kõige lühiaegsemad ja järsemad (kestusega 10–50ms) liigutused, mis meenutavad “elektrišoki”-taolisi võpatusi. Müokloonused võivad olla nii regulaarsed kui ka ebaregulaarsed ning haarata erinevaid lihasgruppe. Primaarsed müokloonused on sageli seotud erinevate geneetiliste sündroomidega, sekundaarsete müokloonuste enamlevinud põhjusteks on mh kesknärvisüsteemi infektsioon, neurodegeneratiivne haigus ja toksilis-metaboolne ajukahjustus.





Paljude liigutushäirete käsitleluses on oluline roll regulaarsel füsioteraapial.

FOTO: SHUTTERSTOCK

Näiteid liigutushäiretega seotud haigusseisundiditest

PARKINSONI TÕBI

Parkinsoni tõbi on kõige sagedasem neurodegeneratiivse geneesiga liigutushäire, mille korral esineb keskajus musttuumas dopamiini-nimelist virgatsainet tootvate neuronite degeneratsioon ning alfa-sünukleiini ladestumine.

Haiguse motoorsed sümptomid võivad ilmnedas alles siis, kui üle 50% neuronitest on juba hävinud ning dopamiini sisaldus ajus on langenud alla 20% normaalsest tasemest. Tegemist ei ole ainult liigutushäirega kulgeva haigusega – patoloogilised protsessid leiavad aset erinevate virgatsainete osalusega mitmes ajuruktuuris (lisaks ka perifeerses närvisüsteemis), mis on seotud mittemotoorsete sümptomite tekkega.

Parkinsoni tõbe iseloomustab bradükineesia olemasolu koos vähemalt ühe

teise sümptomiga, nagu rahuvärin või rigiidsus. Tavaliselt on haiguse alguses motoorsed sümptomid kehapooltel asümmeetriliselt ja ilmneb hea vastus levodopa ravile. Sageli kaasnevad kõnnaku- ja tasakaaluhäired ning mittemotoorsed sümptomid. Lõhnatundlikkuse kadu, kõhukinnisus, depressioon, REM-une käitumishäire on ühed varajasemaid sümptomeid, mis võivad eelneada juba 20 aastat (või veelgi varem) enne motoorsete sümptomite ilmnemist. REM-une käitumishäiret peetakse üheks kõige suuremaks riski tõstvaks varajaseks sümptomiks. Mida rohkem prodromaalseid sümptomeid, seda suurem on risk Parkinsoni tõve kujunemiseks.

Epidemioloogiliselt on Parkinsoni tõve esinemissagedus tõusutrendis. Aastatel 1990–2016 kasvas Parkinsoni tõvega

patsientide arv maailmas 2,5 miljonilt 6,2 miljonini (Dorsey et al 2018). Eestis on Parkinsoni tõve levimus 314 juhtu 100 000 inimese kohta (Kadastik-Eerme et al 2018). Peamine riskifaktor on vanus, kuid soodustavateks teguriteks võivad olla herbitsiidid, pestitsiidid, radiatsioon, õhusaaste, suitsetamine, ajutrauma ja rohke piimatarbimine, samas kui kohv, füüsiline aktiivsus ja Vahemere dieet võivad olla kaitsva toimega.

Parkinsoni tõve diagnoos on kliiniline, ei ole ühtegi haigusele spetsiifilist *ante mortem* uuringumeetodit, mis haigust kinnitaks. Ravi kuldstandardiks on sümptomaatiline ravi levodopaga, haigust ennnetavat ega kulgu pidurdavat ravi kliinilises praktikas veel kasutuses pole. Kuna tegemist on kroonilise progresseeruva haigusega, siis selle ravi

kestab aastaid ja aeg-ajalt on vajalik raviskeemi korrigeerida. Kaugelearenenud haigus ei allu enam nii hästi konventsionaalsele farmakoteraapiale, mistõttu võib olla vajalik rakendada invasiivseid ravivõimalusi. Eestis on kättesaadavad kõik kaasaegsed kaugelearenenud Parkinsoni tõve ravimeetodid (sh subkutaanne apomorfiin-pump, levodopa-karbidopa intensiivse geeli infusioon, foslevodopa/foskarbidopa subkutaanne pump ja peaaegu süvastimulatsioon).

ESSENTSIAALNE TREEMOR

Täiskasvanutel on kõige sagedasemaks liigutushäireks essentsiaalne treemor, mille etioloogia ja molekulaarsed mehhanismid on ebaselged. Värin väljendub kõige sagedamini aktsioonitreemorina mõlemas käes (nii posturaalse kui ka kineetilise), ent haaratud võivad olla ka pea, hää, jalad. Tegemist on ühe levinuima liigutushäirega, mida esineb 1% kogu elanikkonnast ja 5% üle 65aastaste seas (osade uuringute järgi on levimus vanemaealistel isegi kuni 20%). Märkimisväärsel osal essentsiaalse treemoriga patsientidest on positiivne perekonna anamnees. Alkohol võib ajutiselt treemorit leevendada, mis võib omada diagnostilist tähtsust. Kui suukaudne ravi (valikravim nr 1 on propranool) ei ole efektiivne ning intensiivne treemor põhjustab olulist funktsioonihäiret, võib sümptomite kontrolliks kaaluda peaaegu süvastimulatsiooni.

RAHUTUTE JALGADE SÜNDROOM

Rahutute jalgade sündroom on üks sagedasemaid liigutushäireid – tegemist on unetuse ja uneapnoe järel kolmanda levinuima unehäire alatüübiga. Rahutute jalgade sündroomile on iseloomulik tung liigutada ühte või mõlemat jalga (ja mõnikord ka käsi), sageli kaasnevad ebameeldivad aistingud (kipitus-, sügelus-, põletustunne vm). Ebamugavustundele võib ajutist leevendust tuua jäsemete liigutamine, kõndimine või venitamine. Kõige väljendunud on sümptomaatika puhkeasendis, eriti öhtuti voodis une saabumise ootamisel. Seisund võib oluliselt mõjutada elukvaliteeti, põhjustades unehäireid ja sellega seotud väsimust ja kurnatust.

Rahutute jalgade sündroomi täpne põhjus on teadmata, ent kõige enam on seda seostatud raua ainevahetuse ning dopamiini talitlushäirega. Rahutute jalgade sündroomi esinemissagedus on suurem mh raseduse, lõppstaadiumis neeruhaiguse ja diabeedi korral. Ka

teatud ravimid võivad rahutute jalgade sündroomi soodustada (antihistamiinikumid, antipsühhootikumid, teatud antidepressandid, metoklopramiid). Käsitles on oluline roll elustiili muudatustel – regulaarne treening, piisav uni, kofeiini, alkoholi, suitsetamise vältimine. Ferritiini tase <75mg/ml on näidustus raua asendusraviks. Sümptomaatika leevenduseks on suukaudsetest ravimitest kasutusel gabapentinoidid (gabapentiin, pregabaliin) 1–2 tundi enne uinumist. Dopamiini agonistid (pramipexsool, ropinirool) on uute ravijuhiste järgi lubatud ainult lühiaegseks kasutamiseks, kuna pikaajaline kasutamine ja suured doosid võivad sümptomaatikat süvendada.

TARDIIVNE SÜNDROOM

Tardiivne sündroom on katustermin, mis tekib teatud ravimite tarvitamise tagajärjel ja hõlmab nii hüperkineetilisi kui ka hüpokineetilisi liigutushäireid. Nende hulka kuuluvad stereotüüpiad, düstonia, korea, müokloonus, tikid, treemor, parkinsonism. Kõige levinum tardiivse sündroomi alavorm on tardiivne düskineesia, mida iseloomustavad näo alumise piirkonna lihaste sagedased, tahtmatud, suhteliselt rütmilised hüperkineesid, millega võivad kaasneda ka jäsemete või vaagna hüperkineesid. Sündroom tekib dopamiini retseptoreid blokeerivate ravimite (neuroleptikumid, antiemeetikumid) tarvitamise tagajärjel,

kusjuures ohutut miinimumperioodi ei ole. Liigutushäire jääb püsima ka pärast vastavate ravimite tarvitamise lõpetamist. Tardiivse sündroomi tekket risk on suurem naistel, vanemaealistel, immuunkomprimeeritutel (kaasuvana alkoholism, diabeet) ja kaasuvate meeleoluhäiretega patsientidel. Kuigi tardiivset sündroomi välja ravida ei saa, on kasutuses mitu ravimit, mis aitavad sümptomeid leevendada (nt tetrabenasiin).

FUNKTSIONAALSED LIIGUTUSHÄIRED

Funktsionaalsed liigutushäired on osa neuroloogiliste funktsionaalsete häirete spektrist, mille puhul puudub orgaaniline ajukahjustus, kuid sümptomaatika sarnaneb orgaanilistele liigutushäiretele. Kõige sagedamini esinevateks fenotüüpideks on funktsionaalne treemor, düstonia, müokloonus ja kõnnakuhäired. Psühholoogiliste tegurite põhjuslik roll on küsitav.

Funktsionaalsetele liigutushäiretele on tüüpilised: sümptomaatika äkiline algus, ajas muutuvad mustrid, kiire progresseerumine ning ebatüüpiline levik. Diagnoosi ei saa panna puhtalt välistamise teel, vaid peavad esinema funktsionaalsele päritolule viitavad märgid ja orgaanilise haigusega kokkusobimatud kliinilised tunnused. Funktsionaalseid liigutushäireid esineb sagedamini naistel kui meestel (3:1), algusaeg jääb enamasti vahemikku 20–50 eluaastat. Ravis on oluline roll psühhoteraapial ja füsioteraapial.



11. aprill on rahvusvaheline parkinsoni päev.

Parkinson kasvutrendis

Liigutushäiretel on palju erinevaid põhjuseid ja avaldumisvorme, mistõttu väljakutset pakub nii diagnoosimine kui ka ravi. Oluline on eristada akuutse algusega ja kroonilisi häireid, kuna akuutsetel juhtudel on vajalik vältida diagnoosi ja ravi viivitusi.

Seoses vananeva ühiskonnaga on Parkinsoni tõvega patsientide hulk kiires kasvutrendis. Neuroloog peab regulaarselt jälgima ja korrigeerima Parkinsoni tõvega patsientide ravi, et hoida nende sümptomeid kontrolli all. Meeskonnatööl, kus osalevad patsient, perekond, perearst, neuroloog ja tugipersonal, on võtmeroll Parkinsoni tõvega ja ka teiste krooniliste neuroloogiliste haigustega patsientide toetamisel ja nende elukvaliteedi parandamisel.

REUMA-foorum

08.05.2025

Tartu V Spa hotell & Konverentsikeskus ja veeb

SIHTGRUPP:

reumatoloogid, perearstid, taastusarstid jt arstid, õed, tervisespetsialistid, tegevusterapeudid, füsioterapeudid, reumaliidu esindajad

Soodushinnad kuni 20.04.25!

pood.aripaev.ee/konverentsid-reumafoorum-2025

Nii saali- kui ka veebipiletite ostjatel on võimalik konverentsi 1 kuu jooksul järele vaadata.

Konverentsil osalemine annab täiendkoolituspunkte.

Punktid akrediteerib Eesti Reumatoloogia Selts, tunnistuse väljastajaks on Meditsiiniuudised.

Info: Karin Tamm, Meditsiiniuudiste sündmuste juht, tel +372 513 8862, karin.tamm@aripaev.ee

Sponsorpaketid: Maarja Kõrv, Meditsiiniuudiste meditsiinimeedia müügi juht, tel +372 525 7708, maarja.korv@aripaev.ee



TEEMAD:

- Osteoporoosi uus ravijuhend
- Eakad ja osteoporoos
- Glükokortikoidindutseeritud osteoporoos
- Osteoporoos naistearsti pilgu läbi
- Osteoporoos ja hammaste väljalangemine
- Osteoporoosi grupi füsioteraapia PERHi näitel, harjutused osteoporoosi vältimiseks
- Täiskasvanute toitumine
- Kuidas toetada inimest iseennast paremini toetama?
- Osteoporoosi grupi füsioteraapia Dorpati kogemus. Kukkumiste ennetuste program

KORRALDAJAD

EESTI REUMALIIT

Eesti Reumatoloogia Selts
Estonian Society for Rheumatology

MEDITSIIINI-KONVERENTSID

VEEBISEMINAR
16.05.2025

Gastroenteroloogia esmatasandil: vajalikud teadmised soolehaigustest

Ülevaade põhilistest gastroenteroloogilistest haigustest ja lisateadmised esmatasandil praktiseerivatele kolleegidele.

- Ärritatud soole sündroom ehk IBS
- Põletikuline soolehaigus ehk IBD
- Koloskoopia
- FODMAP dieet
- Ootamatud seedetrakti sümptomid

Annab 6 täiendkoolituspunkti, tunnistused väljastab Confido Akadeemia koolituskeskus.

Registreerimine ja piletid:

pood.aripaev.ee/gastroenteroloogia

Info: Karin Tamm, Meditsiiniuudiste sündmuste juht, tel +372 513 8862, karin.tamm@aripaev.ee

Lektorid:

MARI SETH gastroenteroloog, Confido gastroenteroloogia ja endoskoopia eriala juht

ALINA OGORODNIKOVA Confido IBD öde

TUULI LÄÄNE gastroenteroloog Confido, Päijät-Sote (Lahti Keskhaigla)

DMITRI SAVELJEV endoskoopiaöde Confidos

MARGUS LÄÄNE gastroenteroloog Confido, Päijät-Sote (Lahti Keskhaigla)

Moderator:

KARITA KOŠELEVA

Confido esmatasandi tervisekliiniku juht



CONFIDO

MEDITSIIINI-KONVERENTSID

Pearingluse diagnoosimine ja ravi esmatasandil

Pearinglus on tavaline kaebus, mis võib tuleneda mitmest põhjusest ning mille diagnostika ja käsitlemine on sageli keeruline. Seetõttu on oluline mõista tasakaalusüsteemi füsioloogiat ning erinevate vestibulaarsete ja mittevestibulaarsete häirete põhjuseid ja avaldumist.

PÄÄSU TEDER, Tartu ülikooli kliinikumi audioloogia kõrvalerialaga otorinolarüngoloog

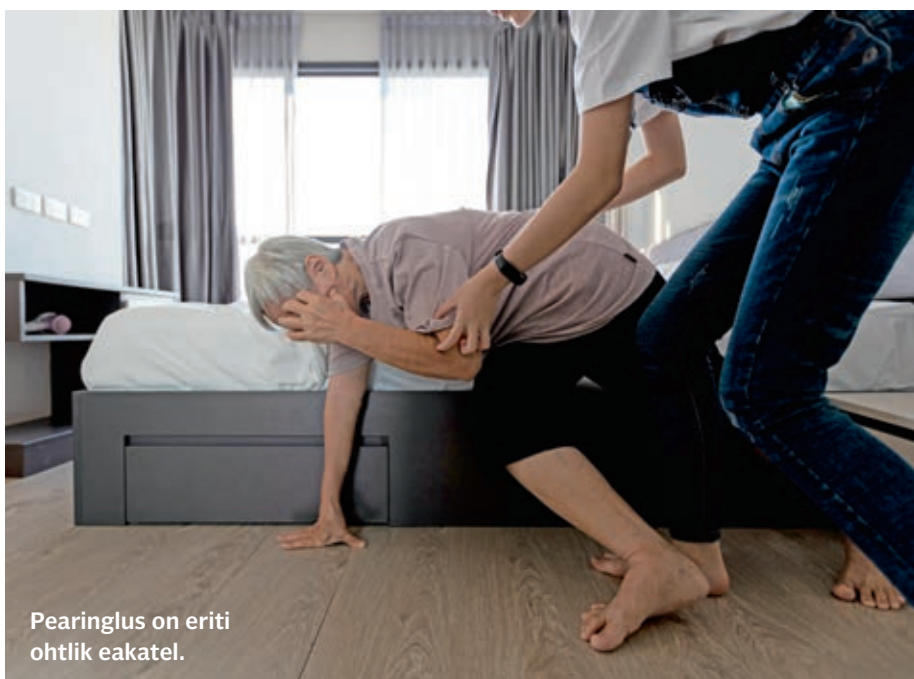
Tasakaal sõltub eri süsteemide, sealhulgas sisekõrva, nägemise, propriotseptsiooni ja kesknärvisüsteemi koostööst. Sisekõrvas asuvad tasakaaluelundid: poolringkanalid ja otoliidiorganid, mis tajuvad pea asendi muutusi ning kiirendusi. Need signaalid edastatakse kesknärvisüsteemile, kus neid töödeldakse ja integreeritakse muude sensoorsete sisenditega. Kui selles süsteemis tekib häire, võib tulemuseks olla pearinglus, tasakaaluhäired või ebakindel kõnd.

Pearinglus võib patsiendi poolt olla kirjeldatud mitmeti: alates “pea uimastusest” ja “ebastabiilsusest” kuni tugeva karussellilaadse vertiigoni. Kaebuste täpsustamine ja põhjalik anamnees on olulised edasise testimise ja käsitlemise juhtimiseks. Esmalt tuleks selgitada, kas kaebused sobivad tõelisele vertiigole ning kas tegemist on kroonilise, episoodilise või ägeda vestibulaarse sündroomiga.

Episoodilise vertiigo korral on vajalik eristada, kas episoodid tekivad juhuslikult või on seotud vallandavate tegurite, näiteks kehaasendi muutusega. Põhjaliku tasakaaluanamneesi osaks on ka kõrvaga seotud ja kaasuvate neuroloogiliste sümptomite osas küsitlemine. Kui kaebused on ajas muutunud, tuleks küsitleda iga episoodi kohta eraldi.

ELUOHTLIKE SEISUNDITE VÄLISTAMINE

Esmatasandil pearinglusega tegeledes on oluline kõigepealt välistada eluohtlikud seisundid. Kui patsiendil esineb äge vestibulaarne sündroom (ÄVS), mille korral kestab äkitselt alanud püsiv tugev pearinglus üle 24 tunni, tuleks hinnata insuldi riski. Patsiendid pöörduvad enamasti esimesel ööpäeval, kui ajaline kriitrium veel täidetud pole, kuid kaebuste algus ja iseloom on sobivad. Insuldi ja sisekõrvahaiguse eristamiseks ÄVS korral



Pearinglus on eriti ohtlik eakatel.

FOTO: SHUTTERSTOCK

tuleb teha HINTS testipaneel, mis on lihtsasti teostatav ja ei vaja eraldi varustust. See koosneb nüstagmi hindamisest, pea impulsi testist ja kattetestist. Perifeerse vestibulaarse kahjustuse korral näeme patsiendil horisontaalsuunalist nüstagmi, mis ühes suunas vaadates tugevneb ja teisele poole vaatamisel nõrgeneb, pea impulsi testil liiguvad silmad peaga esialgu kaasa ja seejärel näeme korrigeerivat sakaadi, kattetestil korrigeerimist ei teki.

Kui kasvõi üks kolmest testipaneeli osast annab mõne muu tulemuse nt esineb muud tüüpi nüstagm, pea impulsi testil ei ole nähtav korrigeerimine või on näha vertikaalset korrigeerimist kattetestil, siis on vajalik täpsem neuroloogiline hindamine ning vajadusel ka piltagnostika, kuna kaebused võivad olla insuldist vm tsentraalse põhjusega. Testipaneeli õppimiseks on hea kasutada

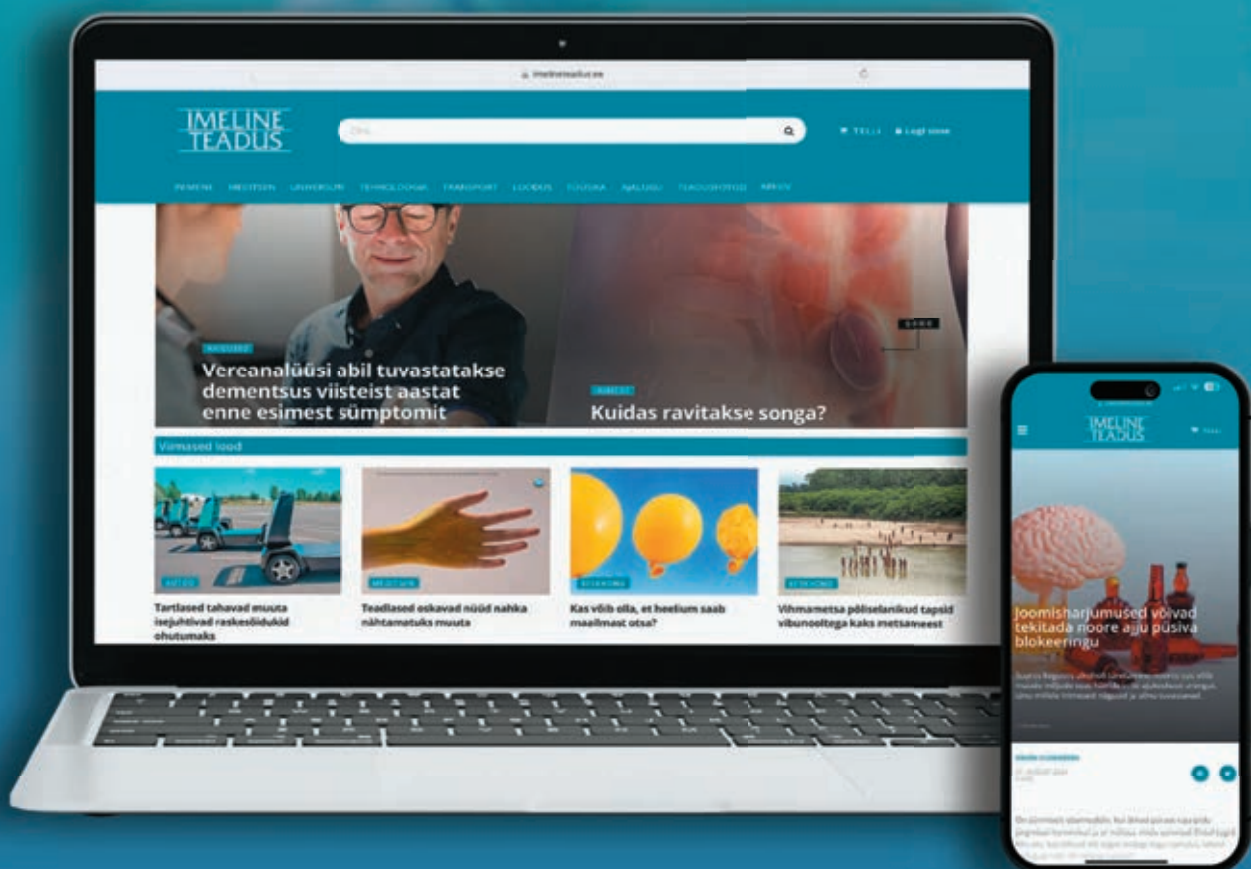
videomaterjali, mis on ka veebist vabalt kättesaadav.

Vestibulaarsetest häiretest on esmatasandil sagedaseimad healoomuline paroksüsmaalne asendivertiigo (BPPV) ning vestibulaarne neuronii. Ménière'i tõve esineb harvem ning selle diagnoosini jõutakse üldiselt eriarsti vastuvõtul, kuna vajalik on teiste põhjuste hoolikas välistamine. BPPV tekib sisekõrvas otoliidiorganites asuvate kaltsiumkarbonaadi kristallide nihkumisest poolringkanalisse ning võib olla kergesti diagnoositav Dix-Hallpike'i manöövri abil. Positiivse testi korral on raviks Epley manööver, mis aitab kristalle poolringkanalist tagasi otoliitiorganitesse suunata. Vestibulaarse neuronii korral esineb äge pearinglus, mis võib kesta päevi, ning selle ravi keskendub sümptomaatilisele toetamisele ning vestibulaarse rehabilitatsiooni harjutustele. Lisaks võib aidata taastumisele

Kas teadsid?

Kõigil Imelise Teaduse tellijatel on piiramatu ligipääs ka veebisisule!

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



www.imelineteadus.ee

Pole varem sisse loginud?

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

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

Tasakaaluanamnees

Oluline on põhjalikkus ja patsiendi kui terviku käsitlemine. Episoodiliste kaebuste puhul alustada küsitlust esimesest episoodist ja küsitleda iga episoodi kohta.

	Küsimus	Täpsustavad küsimused
KAEBUSED <i>Symptoms</i>	Millised on kaebused?	Peapööritus karussellitundega, <i>dizziness</i> , ebakindlus, iiveldus, ebastabiilsus kõndimisel, kukkumised +/- teadvuskadu, uimane tunne, pöörlevad või lineaarsed aistingud, vertikaalse suuna tajumise häire, piduli hüplemine, purjustunne, külgsuunaline tõmme, edasi-tagasi kõikumine.
KUI TIHTI? <i>Often</i>	Kui tihti see juhtub?	Iga päev (üks või mitu korda päevas), kord nädalas, kord kuus, ebaregulaarselt, pidevalt, ainult üks kord, ainult vallandava teguri ajal.
MILLEST ALATES? <i>Since</i>	Mis ajast/millest alates olete seda probleemi kogenud? Aeg + eelnenud sündmused!	Päev, nädal, kuu, aasta, kümme aastat tagasi alanud. Pärast viirushaigust, peatraumat, meditsiinilist või kirurgilist sekkumist.Pärast reisi laeva, rongi või lennukiga. Ilma selge põhjuse, seostatava sündmuseta.
VALLANDAVAD TEGURID <i>Triggers</i>	Mis vallandab kaebused või teeb need hullemaks?	Igasugune pea liigutamine, kõndimine, voodis pööramine, kummardamine, üles vaatamine. Autos või lennukis reisimine, supermarketis käimine, hämaras liikumine. Kõhimine, valjud helid, visuaalsed stiimulid või täiesti spontaanselt.
OTOLOOGIA	Kas teil on kaasuvaid kõrvaprobleeme ja millal need tekivad?	Kuulmislangus (selle muutumine ajas), tinnitus, kõrva täistunne, ülitundlikkus helidele (hüperakuusia). Enda hääle tajumine teistsugusena või valjemana (autofoonia), mädaeritist kõrvast, kõrvavalu pearingluse episoodi ajal, enne või pärast seda, episoodide vahel, püsivalt, sõltumatult pearingluse sümptomitest.
NEUROLOOGIA	Kas teil esineb kaasuvaid neuroloogilisi sümptomeid?	Peavalu, migreen (praegu ja minevikus), näo või jäsemete tundlikkuse häired (paresteesiad), nägemishäired (skotoomid, topeltnägemine), ülitundlikkus valgusele või helidele (fotofoobia, fonofobia), tuimus, lihasnõrkus, südamekloppimine, hüperventilatsioon, kõnehäired, kaelaprobleemid.
KULG AJAS <i>Evolution</i>	Kuidas sümptomid aja jooksul muutunud on?	Püsivad sarnasena, leevenevad, süvenevad, vahelduvalt paremad ja halvemad perioodid.
KESTUS <i>Duration</i>	Kui kaua pearinglus kestab?	Sekundeid, minuteid, tunde, päevi või pidevalt.

Allikas: „So Stoned“: Common Sense Approach of the Dizzy Patient

kaasa süsteemse hormoonravi kuur, juhul kui selleks pole vastunäidustusi ning riskid on patsiendile vastuvõetavad.

Migreeniga seotud vertiigo (vestibulaarmigreen) on samuti oluline ning aladiagnoositud pearingluse põhjus. Diagnoosimisel on anamnees ja vallandavate tegurite tuvastamine kriitilise tähtsusega. Migreeni korral võivad pearinglust esile kutsuda stress, unepuudus, dieediga seotud tegurid ja hormonaalsed muutused.

HARJUTUSED ON OLULINE OSA RAVIST
Ravi protsessis on oluline tasakaaluharjutuste varajane alustamine, sest need kiirendavad taastumist. Kuigi ägedas faasis võivad vestibulaarsed supressandid, nagu

antihistamiinikumid või bensodiasepiinid, aidata sümptomeid leevendada, ei tohiks neid kasutada pikaajaliselt, sest need takistavad ajul tasakaalusüsteemi kohanemist. Samuti on oluline arvestada patsiendi psühholoogilisi tegureid, kuna ärevus ja depressioon võivad pearinglust oluliselt süvendada.

Multifaktoriaalse tasakaaluhäire korral on vaja hinnata kardiovaskulaarseid riskitegureid, süva- ja pinnatundlikkust (nt perifeerse neuropaatia korral), lihaskonna ja liigeste tööd ja nägemist. Kroonilise pearingluse korral on oluline kaasata ka rehabilitatsioonispetsialistid ja vajadusel suunata patsient edasi spetsialisti juurde.

Kokkuvõttes on pearingluse diag-

noosimine ja käsitlemine esmatasandil väljakutseid pakkuv, kuid selgete kriteeriumide ja diagnostiliste testide abil on võimalik paljudel juhtudel pakkuda kiiret ja tõhusat abi. Oluline on patsienti põhjalikult küsitleda, teostada lihtsad kliinilised testid ning vajadusel suunata patsient edasi eriarstile.

Pearinglus ei pruugi alati olla tõsise haiguse tunnus, kuid selle õigeaegne hindamine ja ravi võib oluliselt parandada patsiendi elukvaliteeti.

Lisaks tuleb kasuks teadlikkus erinevatest vestibulaarse rehabilitatsiooni võimalustest, sealhulgas spetsiifilistest harjutustest, mis aitavad patsientidel kiiremini taastuda ja igapäevaeluga jätkata.

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

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

Kasulikku kuulamist:

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

Üle 10 hübriidkonverentsi aastas.

- Vebinarid täiendkoolituspunktidega.
- Rahvusvahelised konverentsid.

Tasub teada:

Iga aasta lõpus valime ka aasta meditsiinimõjutaja!



**MEDITSIINI-
UUDISED**

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



Eakatel on lihaskao ennetamiseks väga oluline valgurikaste toiduainete tarbimine.

FOTO: SHUTTERSTOCK

Ligi veerand eakatest on alatoitunud või selle riskis

Täisväärtuslik toitumine ning individuaalselt kohandatud toitmisravi aitavad säilitada elukvaliteeti ja ennetada tüsistusi.

ANGELIKA LALL, EstSPEN juhatuse liige, toitmisravi spetsialist

Eakate toitumise ja toitmisravi olulisus kasvab koos elanikkonna vananemisega, kuna alatoitumus võib põhjustada tõsiseid terviseprobleeme, sealhulgas immuunsüsteemi nõrgenemist, lihaskahjustusi ja krooniliste haiguste süvenemist.

Eakate toitumine on oluline tervise ja elukvaliteedi säilitamiseks, kuid mitu tegurit võib takistada täisväärtusliku toitumise järgimist, mis omakorda võib viia alatoitumiseni. Alatoitumus suurendab immuunsüsteemi nõrgenemise riski ning võib lühendada eluiga ja kahjustada igapäevaeluga toimetulekut. Euroopas ja Ameerikas tehtud uuringud näitavad, et ligikaudu iga neljas üle 65aastane inimene on alatoitunud või alatoitumise riskis. Lisaks on kolmandikul eakatest oluliste toitainete puudus.

Toitmisravi on inimõigus, mida rõhutab ka Viini deklaratsioon. Eesti juhised põhinevad ESPENi

(European Society for Clinical Nutrition and Metabolism) soovitusel ning on suunatud alatoitumuse ennetamisele ja ravile esmasasandil, haiglates ja hooldekodudes. Haiglaravil olevatel eakatel on alatoitumuse risk suurem kui kodus elavatel patsientidel. Peamised alatoitumuse põhjused eakatel on isuhäired, maitse- ja lõhnataju muutused, neelamisraskused, halb hambumus, suuõõne probleemid, kognitiivsete võimete langus, depressioon ning ravimite kõrvaltoimed. Samuti mõjutavad toitumist sotsiaalsed tegurid, nagu isolatsioon ja vähenenud ligipääs toidule.

Alatoitumusel on mitu kliinilist tagajärge, sealhulgas väsimus, lihaskahjustus, isupuudus, tahtmatu kaalulangus, deliirium, immuunsüsteemi nõrgenemine, krooniliste haiguste süvenemine ning haavandite teke. Selleks et alatoitumust ennetada, peaks esmasasandil toimuma regulaarne toitumise

Nõuandeid alatoitumusriskiga patsiendile:

- Valige toite, mille lõhn ja välimus meeldib.
- Eelistage värsket kvaliteetset valgurikast toitu.
- Sööge sageli väikeste koguste kaupa.
- Jooge vett ja toitaineterikkaid jooke.
- Tarvitage lisaks **spetsiaalseid ravitoite**.

Nutricomp® Drink Plus HP (*high protein*)

katab kiiresti kriitilise tähtsusega toitainete vajaduse, sisaldades kõiki elutähtsaid toitaineid, vitamiine ning sobides kasutamiseks nii täiendava kui ainsa toiduna.

Näidustused: haigusega seotud alatoitumusrisk ja alatoitumus, kahheksia, valgu- ja energiapuudus, kõhnumist põhjustavad kroonilised haigused (nt pahaloomulised kasvaja), aeglustunud ägedate või krooniliste haavade paranemine, keskmise raskusastmega põletused, südame-veresoonkonna haigused, pre- ja postoperatiivne toitmine, sepsis, trauma, geriaatriline patsient jne.

Alatoitumuse ja valguvaeguse korvamine

- Tavatoiduga saadav päevane energia- ja valguvajadus on ligikaudu kaetud.



1 pudelit Nutricomp® Drink HP jooki sisaldab

- 300 kcal
- 20 g valku
- kalaõli
- mikro- ja makrotoitaineid

- Tavatoiduga saadav päevane energia- ja valguvajadus on oluliselt katmata.



3 pudelit Nutricomp® Drink HP jooki sisaldab

- 900 kcal
- 60 g valku
- kalaõli
- mikro- ja makrotoitaineid

- Tavatoiduga saadav päevane energia- ja valguvajadus on väga suures osas katmata.



5 pudelit Nutricomp® Drink HP jooki sisaldab

- 1500 kcal
- 100 g valku
- kalaõli
- mikro- ja makrotoitaineid

Meditiiniliselt põhjendatud nõuandeid alatoitumuse kohta leiate www.toitmisravi.ee

Ravitoitude tellimine erasikutele pood.bb Braun.ee või telefonil 677 1200. Transport üle Eesti kulleriga koju või pakiautomaati.

Tootja: B. Braun Medical AG, Hospital Care 34209 Melsungen, Saksamaa. www.bb Braun.com

Turustaja: B. Braun Medical OÜ, Pilvetee tn 8, Tallinn 12618, Eesti. www.bb Braun.ee, tellimine.ee@bb Braun.com



Vanemaealiste alatoitumuse põhjused

- ▶ Halvenenud isu, närimis- või neelamisraskused, kognitiivne langus ja depressioon ning ravimite kõrvaltoimed.
- ▶ Muutused lõhna- või maitsemeeles, motivatsiooni puudumine, piiratud juurdepääs toidule – vaegtoitumus ja isolatsioon – üksindus.
- ▶ Alatoitumuse sümptomiteks on väsimus, lihasnõrkus, isupuudus, ärrituvus, soovimatu kaalulangus, suuõõne probleemid, immuunsuse langusest sagedased haigestumised (nt põiepõletikud jne).
- ▶ Vajadus toitumise kaardistamiseks, toidupäevik.

Allikas: ESPEN ravijuhend - Volkert et al., 2022

Soovitused eakate toitmiseks

- ▶ Toiduenergia vajadus – 30 kcal kehakaalu kg kohta päevas.
- ▶ Valgu tarbimine – peaks olema vähemalt 1 g valku kehakaalu kg kohta päevas.
- ▶ Lisaks – kiudaineid, kaltsiumi, kaaliumi, D-vit, oomega-3, foolhape, raud.
- ▶ Vedelikku – pakkuda igapäevaselt naistele vähemalt 1,6 liitrit, samas meestele vähemalt 2 liitrit, välja arvatud juhul, kui on kliiniline seisund, mis nõuab erinevat lähenemist.
- ▶ Eakate toitmiseks arvestada – igasugused sekkumised peaksid olema kohandatud individuaalsete vajadustega, vajadusel erimenüüd, alatoitumuse korral vältides *refeeding* sündroomi.

Allikas: Volkert et al. 2022

kaardistamine, pereõdede hindamised ning vajadusel koduvisiidid neile, kes ei suuda ise perearstikeskusesse tulla. Haiglas jälgitakse toidutarbimist taldriku abil ning dokumenteeritakse patsiendi toitumuslik seisund.

Eakate toitmise põhialused sisaldavad soovitusi tarbida päevas energiat vähemalt 30 kcal kehakaalu kilogrammi kohta. Valguvajadus on minimaalselt 1 g/kg, samuti on oluline kiudainete, kaltsiumi, kaaliumi, D-vitamiini, oomega-3-rasvhapete ja foolhappe tarbimine. Vedeliku tarbimine peaks olema naistel vähemalt 1,6 liitrit ja meestel vähemalt 2,0 liitrit päevas, arvestades kogu vedelikutarbimist (sh joogid ja toidust saadav vesi), kui puuduvad spetsiifilised meditsiinilised vastunäidustused. Vedelikuvajadus võib olla suurem sõltuvalt tervise seisundist, ravimite või keskkonnatingimustest

Dehüdratatsiooni ja alatoitumuse ennetamiseks tuleks rakendada individuaalseid toitumisplaanide, pakkuda mitmekesist ja toitaineerikast menüüd ning regulaarset tervise seisundi jälgimist. Samuti on oluline hambaravi kättesaadavus, füsio- ja tegevusteraapia ning sotsiaalsete tugiteenuste pakkumine, sealhulgas toiduabi ja igapäevane hooldus. Keskkonna turvalisus on samuti oluline, et vältida vigastusi ja liikumispiiranguid, mis võivad halvendada patsiendi üldist seisundit.

Toitmise planeerimisel tuleb arvestada patsiendi individuaalsete vajadustega ning hinnata regulaarset jälgimist ja tulemusi. Kehamassiindeksi (KMI) tõlgendamisel tuleb arvestada, et normi piires või veidi ülespoole jääv KMI ei tähenda alati piisavat tootumist – sageli on tegemist lihasmassi ja vedeliku vähenemisega, mille arvelt rasvaprotsent suureneb. Seega tuleb hoolikalt hinnata tootumissekkumise vajadust ja potentsiaalseid riske.

Haiglas võib alatoitumuse hindamiseks kasutada erinevaid skriiningumeetodeid, nagu Mini Nutritional Assessment (MNA) lühivorm (6 küsimust) või täisversioon (18 küsimust). Lisaks on soovitatav Nutritional Risk Screening 2002

(NRS-2002) täiskasvanutele ja GUSS-test neelamishäirete hindamiseks. Toitmise sekkumisel kaalutakse vajadusel nasogastraalsondi või gastrostoomi paigaldamist, samuti parenteraalset tootmist, kui suukaudne või enteraalne tootmine pole võimalik. Toitmise meeskonna konsultatsioonid ja järelevalve on tervisekassa rahastatav ning patsientide tootumusseisundit tuleb regulaarselt hinnata, dokumenteerida ja auditeerida.

Toitmise korraldus hõlmab nelja etappi: alatoitumusriski sõelumist, toitmise planeerimist, rakendamist ning dokumenteerimist ja järelevalvet. Esimeses etapis hinnatakse patsientide tootumusseisundit MNA või NRS-2002 abil, vajadusel teostatakse vereanalüüsid ja antropomeetrilised mõõtmised. Teises etapis koostatakse individuaalne toitmise ravi plaan, mis hõlmab energiavajadust, makrotoitainete (valkude, rasvade ja süsivesikute) tasakaalu ning vedelikutarbimist. Kolmandas etapis viiakse ellu toitmise ravi, sealhulgas võimalusel suukaudne tootmine või vajadusel enteraalne ja parenteraalne tootmine. Viimases etapis toimub regulaarne hindamine ja dokumenteerimine, et tagada ravi tõhusus ja vajadusel kohandada strateegiat.

Eakate toitmise osana tuleb arvestada ka füüsilise aktiivsuse rolli. Regulaarne liikumine aitab säilitada lihasmassi ja parandada ainevahetust, mis on oluline alatoitumuse ennetamisel ja ravil. Kombineeritud jõu- ja tasakaaluharjutused on eriti tähtsad lihasmassi ja kukkumise riski vähendamiseks. Füsioteraapia ja liikumisprogrammid peaksid olema osa laiemast tervishoiustrateegiast, et toetada eakate toimetulekut ja elukvaliteeti.

Elu lõppfaasis tuleks eetilise kaaluga toitmise jätkamist ja arvestada patsiendi erisoovidega ning võimalusel eelistada suukaudset tootumist, mis võimaldab patsiendile pakkuda meelelist toidunaudingut. Toitmise edukuse tagamiseks on vajalik multidistsiplinaarne lähenemine, kus perearstid, õed, hooldajad ja tootumisspetsialistid teevad koostööd, et tagada eakatele optimaalne tootumus ja seeläbi parem tervis ning elukvaliteet.

JÄÄ ISEENDAKS JA
OLE JÄTKUVALT AKTIIVNE!



Nutridrink® Protein

- Väike pudel (125 ml) taassuletava korgiga
- 1 pudel sisaldab 300 kcal energiat, 18 g valku
- Saadaval erinevate maitsetega

ET HAIGUS EI JÄTAKS NÄLGA...
ÕIGE TOIT TOETAB RAVI
POTENTSIAALSET TULEMUST JA
PARANDAB PATSIENDI ENESETUNNET

KASUTAMINE
1-2 x päevas vähemalt 14 päeva jooksul



UUS!
Nüüd saadaval ka
taimse valikuna!

Nutridrink on meditsiinilisel näidustusel kasutamiseks ettenähtud toit.
Dieetraviks haigusest põhjustatud alatoitumuse korral.
NB! Toodet tuleb kasutada meditsiinilise järelevalve all.



NutriMedical OÜ

Türi 3, 11313 Tallinn • Tasuta infotelefon: 800 3663

E-mail: info@nutrimedical.ee

www.ravitoit.ee

03/2025

NUTRICIA
Nutridrink®
SINU SISEMINE JÕUD

EUROPEAN
TESTING
WEEK
www.testingweek.eu
2025



EuroTEST

Working together for integrated
testing and earlier care
Addressing Hepatitis, HIV, STIs and TB

Euroopa HIV ja hepatiidi testimise nädal 19.–26. mai 2025!

HIV

HIV- Eestis hinnanguliselt ligi tuhat inimest,
kellel ei ole HIV-nakkus veel diagnoositud.

Indikaatorhaigused ja -seisundid, mis võivad viidata HIV-le:

- korduv pneumoonia ühe aasta jooksul (rohkem kui üks kord aastas);
- tuberkuloos (nii kopsu kui ka muude paikmete);
- äge või krooniline B-hepatiit ja C-hepatiit;
- herpes zoster alla 65-aastastel isikutel;
- mononukleosis;
- dissemineeritud herpes simplex infektsioon;
- seksuaalsel teel levivad infektsioonid (k.a ureaplasmoos, mükoplasmoos, genitaalherpes, papilloomviirusinfektsioon, gonorröa, süüfilis, klamüdiaos, trihhomonoos);
- generaliseerunud seeninfektsioonid (k.a oportunistlikud seeninfektsioonid);
- generaliseeritud tüükad ja nakkuslikud molluskid;
- ebaselge põhjusega leukopeenia või trombotsütopeenia kestusega üle 4 nädala;
- lümfoom;
- Kaposi sarkoom;
- emakakaela ja anaalpiirkonna vähk ja prekantseroossed seisundid;
- generaliseerunud seborroiline dermatiit/folikuliit;
- CMV retiniit.



**Positiivse tulemuse korral tuleks
patsient suunata infektsioonhaiguste
arsti vastuvõtule.**



**Head tervishoiutöötajad!
Pöörake Euroopa HIV ja hepatiidi
testimise nädalal nendele
viirustele rohkem tähelepanu
ja testige nii ennast kui
oma patsiente!**

Euroopa HIV ja hepatiidi testimise nädala teavitust
toetab AbbVie OÜ | EE-VHCV-250027
Valmistatud: märts 2025

C-hepatiit

Viirus kulgeb enamasti
sümptomiteta ja jääb
tihti diagnoosimata.

Kuna C-hepatiit on süsteemne haigus, siis maksavälised
ilmingud, mis võivad viidata HCV nakkusele:

- krüoglobulineemiline vaskuliit
- nahahaigused – hilisporfüüria (porphyria cutanea tarda, PCT) ja lameda lihheniga (lichen planus, LP)
- neeruhaigused (membranoproliferatiivne glomerulonefriit, fokaal-segmentaalne glomeruloskleroos ja interstitsiaalne nefriit, proteiinuuria, mikroskoopiline hematuria, terminaalne neerupuudulikkus)
- lümfoproliferatiivsed haigused (B-rakuline mitte-Hodgkini lümfoom)
- II tüüpi diabeet
- kardiovaskulaarhaigused (müokardi infarkt ja ebastabiilse stenokardia risk kui ka insuldirisk)
- **NB!** ka minimaalselt normväärtust ületav ALAT prognoosib suurema tõenäosusega C-viiruse testil positiivse tulemuse saamist!



**Positiivse tulemuse korral tuleks patsient suunata
täpsustavateks uuringuteks infektsioonhaiguste
arsti või gastroenteroloogi vastuvõtule.**

B-hepatiit

Keda testida:

- transaminaaside tõusuga patsiendid
- kõik HIV-/HCV positiivsed
- rasedad
- patsiendid, kellel on plaanis immuunosupresseeriv ravi
- › HBsAg positiivne – äge või krooniline B-hepatiit – patsient suunata infektsionisti või gastroenteroloogi vastuvõtule
- › HBcAb positiivne (HBsAg negatiivne) – nõustada ja suunata infektsionistile vaid juhul kui on plaanis immuunosupresseeriv ravi
- › HBsAb positiivne (HBsAg ja HBcAb negatiivsed) – suunamine ei ole vajalik – patsient on vaktsineeritud