



MEDITSIIN FOOKUSES

MEDITSIINIALASED
UUDISED, ETTEKANDED
JA UURIMUSED
EESTI ARSTIDELT

VEEBRUAR
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%) platseebopuhul; see hõlmas ka vähendatud kalorsusega dieeti ja suurendatud füüsilist aktiivsust.⁵

† Efektivsuse hinnang, MMRM-analüüs, mITT-populatsioon (efektivsuse analüüsi kogum).²

* Efektivsuse 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 kokkuvõtte, HDL = suure tihedusega lipoproteiin, LDL = väikese tihedusega lipoproteiin, mITT = modifitseeritud ravikavatsuslik, MMRM = kombineeritud mudel korduvaks mõõtmiseks.

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

▼ Sellele ravimile kohaldatakse täiendavat järelevalvet, mis võimaldab kiiresti tuvastada uut ohutusteavet. Tervishoiutöötajatel palutakse teatada kõigist võimalikest kõrvaltoimetest. **Ravimi nimetus:** Mounjaro 2,5 mg/annus KwipPen süstelahus pen-süstis. 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-süstis on neli 2,5 mg annust. Mounjaro 5 mg/annus KwipPen süstelahus pen-süstis. 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-süstis on neli 5 mg annust. Mounjaro 7,5 mg/annus KwipPen süstelahus pen-süstis. 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-süstis on neli 7,5 mg annust. Mounjaro 10 mg/annus KwipPen süstelahus pen-süstis. 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-süstis on neli 10 mg annust. Mounjaro 12,5 mg/annus KwipPen süstelahus pen-süstis. 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-süstis on neli 12,5 mg annust. Mounjaro 15 mg/annus KwipPen süstelahus pen-süstis. 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-süstis 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 - monoterapiana, kui metformiin ei sobi talumatuse või vastunäidustuste tõttu; täiendava ravina lisaks teistele diabeediravimitele. **Kehakaalu ohjamine.** Mounjaro on näidustatud kehakaalu ohjamiseks, sealhulgas kehakaalu vähendamiseks ja säilitamiseks täiskasvanutel lisaks väiksema kalorsusega dieedile ja füüsilise aktiivsuse tõstmisele, kui nende algne kehamassiindeks (KMI) on $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ (rasvumine) või $\geq 27 \text{ kg/m}^2$ (ülekaal) ja esineb vähemalt üks kehakaaluga seotud kaasuv haigusseisund (nt hüpertensioon, düslipideemia, obstruktiivne uneapnoe, kardiovaskulaarne haigus, diabeediline 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

ret·i·noid

/ˈretn,oid/noun

trifaroteen



Et ole tegelik patsient.

AKLIEF® kreem sisaldab trifaroteeni. Ainus uus retinoid üle 20 aasta.^{1,2}

Tõhus ja täpne, kiirendab naharakkude uuenumist, vähendab põletikku ja on depigmenteeriva toimega.^{1,3}

Aklief® (trifaroteen) 50 mcg/g kreem³. **Retseptiravim. Toimeaine:** trifaroteen. **Näidustus:** *Acne vulgaris*'e paikne ravi näol ja kehatüvel komedoonide, papulite ja pustulite korral 12-aastastel ja vanematel patsientidel. **Müügiloa hoidja:** Galderma International, Tour Europlaza – La Defense 4 20, Avenue Andre Prothin, 92 927 La Defense Cedex, Prantsusmaa. **Täiendav teave müügiloa hoidja esindajalt:** Tamro Eesti OÜ, tel 6503600, galderma@tamro.com. **Kõrvaltoimetest teatamine:** Sellele ravimile kohaldatakse täiendavat järelevalvet, mis võimaldab kiiresti tuvastada uut ohutusteavet. Tervishoiutöötajatel palutakse teatada kõigist võimalikest kõrvaltoimetest www.ravimiamet.ee või Tamro Eesti OÜ, tel 6503600, galderma@tamro.com.

1. Cosio T, Di Prete M, Gaziano R, et al. Trifarotene: a current review and perspectives in dermatology. *Biomedicines*. 2021;9(3):237. doi:10.3390/biomedicines9030237 2. European Medicines Agency, Procedure Management Dept. List of Union reference dates and frequency of submission of periodic safety update reports (PSURs). EMA/630645/2012 Rev. 117. Updated July 27, 2022. Accessed August 8, 2022. https://www.ema.europa.eu/documents/other/list-european-union-reference-dates-frequency-submission-periodic-safety-updatereports-psurs_en.xls 3. Aklief (trifaroteen) SPC, 2021.

EE-AKLF-07-24

GALDERMA

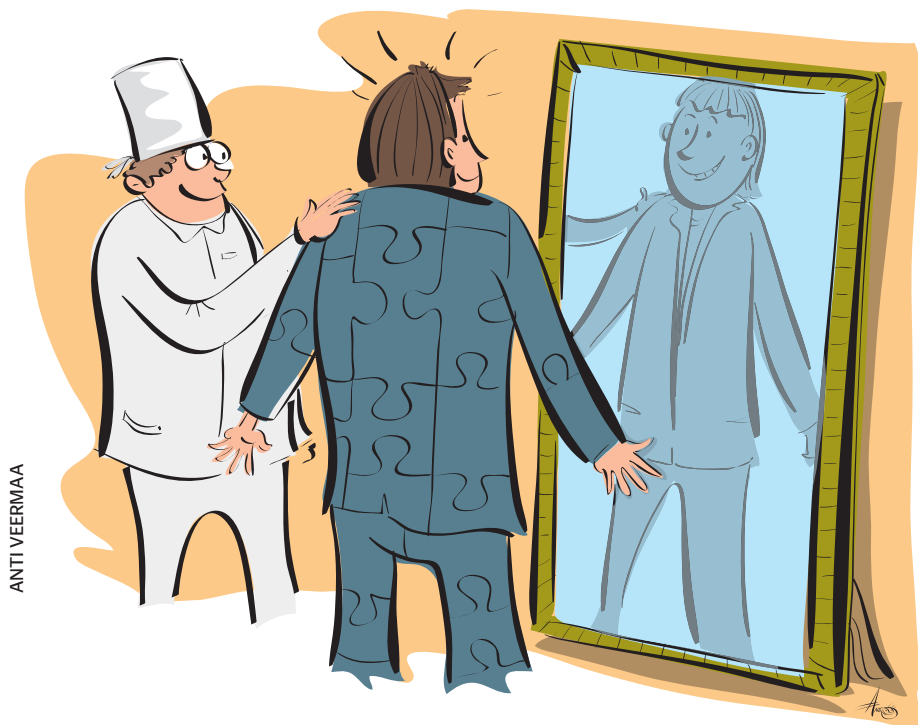
EST. 1981

Aklief® (trifaroteen)
ravimi omaduste kokkuvõte



AKLIEF®
(trifaroteen)
kreem, 0,005%

Uue põlvkonna retinoid!



Elevant teeb häält ehk inimese terviklik käsitlus

Kuus pimedat meest ja elevant on vana India mõistujutt, kus üks katsub elevanti lonti ja arvab, et see on madu, teine haarab jalast ja kinnitab, et see on puutüvi ning kolmas komistab kõhu vastu ja kuulutab, et tegu on müüriga. Igaüks neist tajub vaid ühte osa tervikust, mõistmata, et kõik nad kirjeldavad üht ja sama looma.

Ka meditsiinis on see kujund asjakohane. Üks ravib kogu süvenemise ja pühendumisega ühte osa inimesest, teine teist ja kolmas kolmandat.

Õnneks paistab, et üha enam hakatakse nägema inimest kui tervikut ja teda kaasama. Elevanti abil näitlikustades lubatakse loomal ka häält teha, mida kuulevad kõik pimedad ühte moodi.

Inimese tervikkäsitlus on humaanne, kuid mulle tundub, et sellele aitab kaasa ka rahapuudus. Puht pragmaatiliselt on ju ratsionaalsem vaadata, kuidas ravida inimest võimalikult tõhusalt ja kulusäästlikult, mitte ainult lappida üksikuid probleeme. Kui keskenduda ainult sümptomite leevendamisele, satub patsient korduvalt arsti juurde samade või uute

hädadega. See ei ole patsiendi ega tervishoiusüsteemi huvides.

Terviklik käsitlus tähendab arstide koostööd ja patsiendiga arvestamist. Hästi planeeritud raviteekond aitab lisaks kiiremale tervenemisele parandada inimese elukvaliteeti ning hoida kokku tervisekassa raha. See eeldab ka senisest teadlikumat ja motiveeritumat patsienti, kes järgib ravisoovitusi ega lase tema peale kulunud raha lihtsalt tuulde lennata.

Kas tervishoid liigub terviklikuma käsitluse suunas teadlikust valikust või pragmaatilistest kaalutlustest tulevalt, polegi niivõrd oluline. Oluline on, et kõik "pimedad" lõpuks "elevanti" kuuleksid.



Lugupidamisega

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, majanduslikud, poliitilised või religioossed teemad) 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.



NR 47
VEEBRUAR 2025

KARDIOLOOGIA ITK kardioloog
HENRI KALJUMÄE teeb ülevaate uutest
KVA ja hüpertensiooni ravijuhistest. **Lk 6–8**

ENDOKRINOLOOGIA LTKH endokrinoloog
VALLO VOLKE ütleb, et diabeediravis on
tulevikus võtmetähtsusega andmekogud,
geeniriskid ja digitaliseerimine. **Lk 10–12**

NEUROLOOGIA Confido neuroloog
TOOMAS TOOMSOO uuest haiguse kulgu
pidurdavast Alzheimeri ravist. **Lk 13**

ONKOLOOGIA ITK günekoloog
KÜLLI ERLANG emakakaelavähi
kodutestimisest. **Lk14**

TOITUMINE TAI uutest toitumise, liikumise
ja uneaja soovitustest. **Lk15**

NEUROLOOGIA Confido Meditsiinikeskuse
neuroloog **SIIM SCHNEIDER** teeb ülevaate
migreeni ennetavast ravist. **Lk 16–18**

NEUROLOOGIA Eesti Peavalu Seltsi
president neuroloog **KATRIN PÕLD** teeb
ülevaate migreeni akuutravist. **Lk 20–22**

GÜNEKOLOOGIA Tallinna lastehaigla
neuroloog **MADE LAANPERE** annab
juhised, kuidas valmistuda menopausiks.
Lk 24–26

Järgmine number ilmub **aprillis 2025**.

VAIMSE TERVISE konverents

13.03.2025
hübriidkonverents



Teemad:

- RHK muudatused
- Psüühika- ja käitumishäired – diagnooside käsitlemine kliinilise psühholoogi vaates
- Isiksushäire avaldumine läbi elukaare
- Kuidas üles kasvada isiksushäirega vanemaga?
- Nooruki isiksushäirete komorbiidsus ja diferentsiaaldiagnostika
- Alaealiste isiksushäirete diagnostika
- Piirialase isiksushäire ravikäsitlemine
- ATH ja isiksushäirete komorbiidsus, diagnostika erisused komorbiidsuse puhul
- Mida teha psühhopaatiaiga?

Konverents toimub Eesti Psühhiaatrite Seltsi ning
Meditsiiniuudiste koostöös ja annab 7,5 täiendkoolituspunkti.

126 eurot (km-ga)
soodushind kuni
2. märtsini, edasi
142 eurot

Info ja täpsem kava:

pood.aripaev.ee/vaimse-tervise-konverents-2025



Peaaegu
73%

Eesti rahvastikust kannatab
D-vitamiini puuduse ja
ebapiisavuse all¹

UUS

Trederol® kolekaltsiferool

Tõhus D-vitamiini puuduse ravi

Trederol®

10 000 SV / RÜ apvalkotās tabletēs /
õhukese polümeerikattega tabletid

colecalfiferolum (Vit. D₃)

10 tabletēs / tabletti

wörwag
PHARMA

Trederol®

20 000 SV / RÜ apvalkotās tabletēs / õhukese polümeerikattega tabletid

colecalfiferolum (Vit. D₃)

4 tabletēs / tabletti

wörwag
PHARMA

✓ Laktoosita
✓ Gluteenita
✓ Maapähkliõlita

- Kõrges doosis D₃-vitamiin on näidustatud kliiniliselt olulise D-vitamiini vaeguse esmaseks raviks täiskasvanutel.
- Sisaldab kolekaltsiferooli, D-vitamiini metaboliiti, mida soovivad kliinilised juhised D-vitamiini puuduse raviks.^{2,3,4}



Saksa kvaliteet



<https://bmcpublishingbiomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-9-22> 2. Camacho et al. 2016 Official Journal of the American College of Endocrinology and the American Association of Clinical Endocrinologists 22 (9), S. 1111-1118; 3. Holick et al. 2011 The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism 6 (7), S. 1911-1930; 4. Cesario et al. 2018 Nutrients 10 (5)

Annustamine. Täpse annuse ja ravi kestuse peab määrama arst sõltuvalt kaltsiidiooli (25(OH)D) seerumisalduse suhtest, haiguse raskusest ja patsiendi ravivastusest. **Kliiniliselt olulise D-vitamiini vaeguse (sisaldus seerumis < 25 nmol/l (10 ng/ml)) esmane ravi täiskasvanutel.**

Trederol 10 000 RÜ - kaks tabletti nädalas (vastab annusele 20 000 RÜ nädalas) 4 kuni 5 nädalat.

Trederol 20 000 RÜ - üks tablett üks kord nädalas (vastab annusele 20 000 RÜ nädalas) 4 kuni 5 nädalat. Pärast esimest kuud tuleb kaaluda väiksemat sõltuvust annust sõltuvalt 25 hüdroksükolekaltsiferooli (25(OH)D) soovitud seerumisaldusest, haiguse raskusest ja patsiendi ravivastusest. **Neerukahjustusega patsiendid** - Trederol'i ei tohi kasutada raske neerukahjustusega patsientidel (vt lõik 4.3). **Maksakahjustusega patsiendid** - Maksakahjustusega patsientidel ei ole vaja annust kohandada. **Lapsed** - Alla 18 aastastel lastel ja noorukitel ei tohi Trederol'i kasutada. 10 000 RÜ ja 20 000 RÜ tugevusega õhukese polümeerikattega tabletid ei sobi kasutamiseks alla 18 aastastel lastel ja noorukitel, sest väga suurte annuste ohutust lastel ja noorukitel on liiga vähe uuritud. **Manustamisviis.** Suukaudne. Tablett tuleb neelata tervele koos veega, eelistatult päeva põhiosajaks. 20 000 RÜ tabletti võib poolitada ainult selleks, et hõlbustada ravimi allaneelamist. **Vasturõudusused.** Ühtlaidlikkus D-vitamiini või loetletud mis tahes ainega suhtes (vt SPC 6.1). D-hüpervitamiinosis. Haigused ja seisundid, mis tulenevad hüperkaltsiemiast ja/või hüperkaltsiuriast. Raske neerukahjustus. Nefrokaltsiinoos, nefroliitosis. **Erilised juhised ettevaatuseabinõude kasutamisel.** **Jälgimine.** Sissejuhatava ravi ajal tuleb jälgida seerumi ja uriini kaltsiumisisaldust. Samuti tuleb kontrollida neerufunktsiooni, mõttes seerumi kreatiniinisaldust. Selline jälgimine on äärmiselt tähtis eakatel või immobiliseeritud patsientidel ja samaaegse ravi korral südameglükosiidide või diureetikumidega (vt lõik 4.5). Hüperkaltsiemia või neerufunktsiooni kahjustuse nähtude tekkimisel peab vähendama annust või lõpetama ravi. Soovitav on vähendada annust või katkestada ravi, kui uriini kaltsiumisisaldus ületab 7,5 mmol/24 tunni kohta (300 mg/24 tunni kohta). **Neerukahjustus.** Neerufunktsiooni kahjustusega patsientidel tuleb D-vitamiini kasutada ettevaatusega ja jälgida mõju kaltsiumi- ja fosfaasisaldusele. Arvesse tuleb võtta pehmete kudede kaltsifitseerumise riski. Raske neerukahjustusega patsientidel ei läbi kolekaltsiferooli vormis olev D-vitamiin normaalset metabolismi, seetõttu kolekaltsiferooli ei tohi kasutada. **Kalduvus neerukivide tekkeks.** Kolekaltsiferooli ei tohi kasutada patsientidel, kellel on kalduvus kaltsiumi sisaldavate neerukivide tekkeks. **Kaltsiumi tarvitamine.** Tuleb tagada piisav kaltsiumi soamine toiduga. **Sarkoidoos.** Sarkoidoosiga patsientidel tuleb kolekaltsiferooli määrata ettevaatusega, sest neil on risk, et D-vitamiini metabolism aktiivsesse vormi võib suurenda. Neil patsientidel tuleb jälgida seerumi ja uriini kaltsiumisisaldust. **Pseudohüparparatüreoidism.** Pseudohüparparatüreoidismi korral ei tohi kolekaltsiferooli võtta (D-vitamiini vajadust võib vähendada mõnikord normaalse tundlikkuse D-vitamiini suhtes, millega kaasneb pikaajalise üleannustamise oht). Sellisel juhudel on soovadaval paremini juhitavad D-vitamiini derivaadid. **Täiend D-vitamiini allikad.** Trederol'is sisalduvat D-vitamiini kogust tuleb arvesse võtta teiste D-vitamiini sisaldavate preparaatide määramisel. D-vitamiini (kaasa arvatud metaboliidid ja analoogid) lisannusel tuleb võtta hoolika arstliku järelevalve all. Arvesse tuleb võtta toidust või toidulisanditest saadavat täiendavat D-vitamiini kogust. **Sahharoos.** Ravim sisaldab sahharoosi. Harvaesineva päriliku fruktoositalumatuse, glükoos-galaktoos malabsorptsiooni või sukras-isomaltas puudulikkusega patsientidel ei tohi seda ravimit kasutada. **Naatrium.** Ravim sisaldab vähem kui 1 mmol (23 mg) naatriumi tableti kohta, see tähendab põhimõtteliselt „naatriumivaba”. **Koostained teiste ravimitega ja muud koostained.** **Epilepsiaaastased ravimid ja barbituraadid.** Samaaegne ravi fenütoiini või barbituraatidega võib vähendada D-vitamiini toimet metaboolsele aktiveerimisele. **Glükokortikosteroidid.** Glükokortikosteroidide samaaegsel kasutamisel võib D-vitamiini toime väheneda. **Südameglükosiidid.** D-vitamiini ravi ajal võib kaltsiumisisalduse suurenemise tõttu suurendada südameglükosiidide, nt digoksiini toksilist (südamearütmia risk). Patsientidele tuleb jälgida EKG ning seerumi ja uriini kaltsiumisisalduse analüüse abili. **Loovutusvõime, lohtisid ja rütmid.** Samaaegne ravi loovutusvõime, lohtisid ja rütmid nagu parafinid või orlistadiidiga võib vähendada D-vitamiini imendumist. **Aktinomiitsiin ja imidasiin.** Tsütotoksiline aine aktinomiitsiin ja imidasiin toiduga seenevastased ained häirivad D-vitamiini toimet. Inhibeering 25-hüdroksüvitamiin-D konversiooni 1,25-dihüdroksüvitamiin-D-ks neeruvõime 25 hüdroksüvitamiin-D-1-hüdroksülaasi toimet. **Rifampitsiin.** Rifampitsiin võib vähendada kolekaltsiferooli efektiivsust maksaensüümide induutseerimise kaudu. **Isotretinoin.** Isotretinoin võib vähendada kolekaltsiferooli efektiivsust kolekaltsiferooli metaboolse aktiveerimise inhibeeringu kaudu. **Tiasiididureetikumid.** Samaaegne manustamine bensotiadasiini derivaatidega (tiasiididureetikumid) suurendab hüperkaltsiemia riski, sest need ained vähendavad kaltsiumi eritumist uriiniga. Seetõttu tuleb pikaajalist ravi saavatel patsientidel jälgida plasma ja uriini kaltsiumisisaldust. **Fosfaatid.** Fosfaatid sisaldavad preparaatide suurte annuste samaaegsel kasutamisel võib suurendada hüperfosfateemia riski. **Fertiilsus, rasedus ja imetamine.** **Rasedus.** Raseduse ajal tuleb vältida D-vitamiini üleannustamist, sest pikaajaline hüperkaltsiemia võib põhjustada lapse füüsilise ja vaimse arengu peetust, supraaalsuure aordistenoosi ja retinopaatia. Raseduse ajal ei tohi ööpäevane kogus ületada 4000 RÜ D-vitamiini. Loomkatsetel ei ole näidanud D-vitamiini suurte annuste reproduktsioonitoksilisust. Raseduse ajal ei ole Trederol'i soovitatav kasutada. **Imetamine.** D-vitamiin ja selle metaboliidid erituvad rinnapiima. Imetamise ajal ei ole Trederol'i soovitatav kasutada. **Kõrvaltoimed.** Kõrvaltoimete esinemissagedus aeg-ajalt (< 1/100 kuni > 1/1000), harva (< 1/1000 kuni > 1/10 000), teadmata (ei saa hinnata olemasolevate andmete alusel). Seedetrakti häired (kõhukinnisus, kõhupuhitus, iiveldus, kõhuvool, kõhulahtisus) - teadmata. Ainevahetus- ja toitumishäired (hüperkaltsiemia, hüperkaltsiuria) - aeg-ajalt. Naha ja nahaaluskoe kahjustused (kõhul, lõvõ, urtikaaria) - harv. Immuunsüsteemi häired (allergilised reaktsioonid, nagu angioneurootiline turse või kõrituse) - teadmata. **Üleannustamine.** **Sümpatoniid.** Kolekaltsiferooli äge või krooniline üleannus võib põhjustada hüperkaltsiemia, kaltsiumisisalduse suurenemist seerumis ja uriinis. Hüperkaltsiemia sümptomid ei ole väga spetsiifilised, nendeks on iiveldus, oksendamine, kõhulahtisus (tühj varases staadiumis) ja hiljem kõhukinnisus, isutus, väsimus, peavalu, lihase- ja liigesevalu, lihaskrampid, 25 hüdroksüvitamiin-D seerumisalduse suurenemine, polüdüpsia, polüuuria, neerufunktsiooni häired, nefrokaltsiinoos, neerupuudulikkus, kaltsifitseeritud pehmetes kudedes, EKG muutused, arütmia ja pankreatiit. Harvadel ja üksikjuhtudel on teatatud surmaga lõppenud hüperkaltsiemiast. **Üleannustamise ravi.** Hüperkaltsiemia taandamine normaalse tasemele pärast D-vitamiini intoksikatsiooni kestab mitu nädalat. Hüperkaltsiemia raviks soovitatakse vältida edasist D-vitamiini manustamist. Samuti võib kaaluda väikese kaltsiumisisaldusega või kaltsiumivaba dieeti. Tuleb kaaluda rehüdratsiooni ja ravi diureetikumidega, nt furoseemidiga piisava diureesi tagamiseks. Samuti võib kaaluda täiendavat kaltsitonini või kortikosteroidide kasutamist. Sõltuvalt hüperkaltsiemia olemusest ja patsiendi seisundist (nt oligoneuria korral) võib vajalik olla hemodialüüs (kaltsiumivaba dialüüs). **Retseptiravimid.** Müügiloo hoidja: Wörwag Pharma GmbH & Co. KG, Flügelfeld-Allee 24, 71034 Böblingen, Saksamaa. Täiendav teave müügiloo hoidja esindajalt: Wörwag Pharma GmbH & Co. KG esindus, Vienbos gate 87B - 3, LV-1004, Rīga, Lāti. Kontakt Eestis: Laki 25-402, 12915, Tallinn. +372 6623369, info@woerwagpharma.ee. EE/TE/SP/IA/01/03/03.24/DRUKA

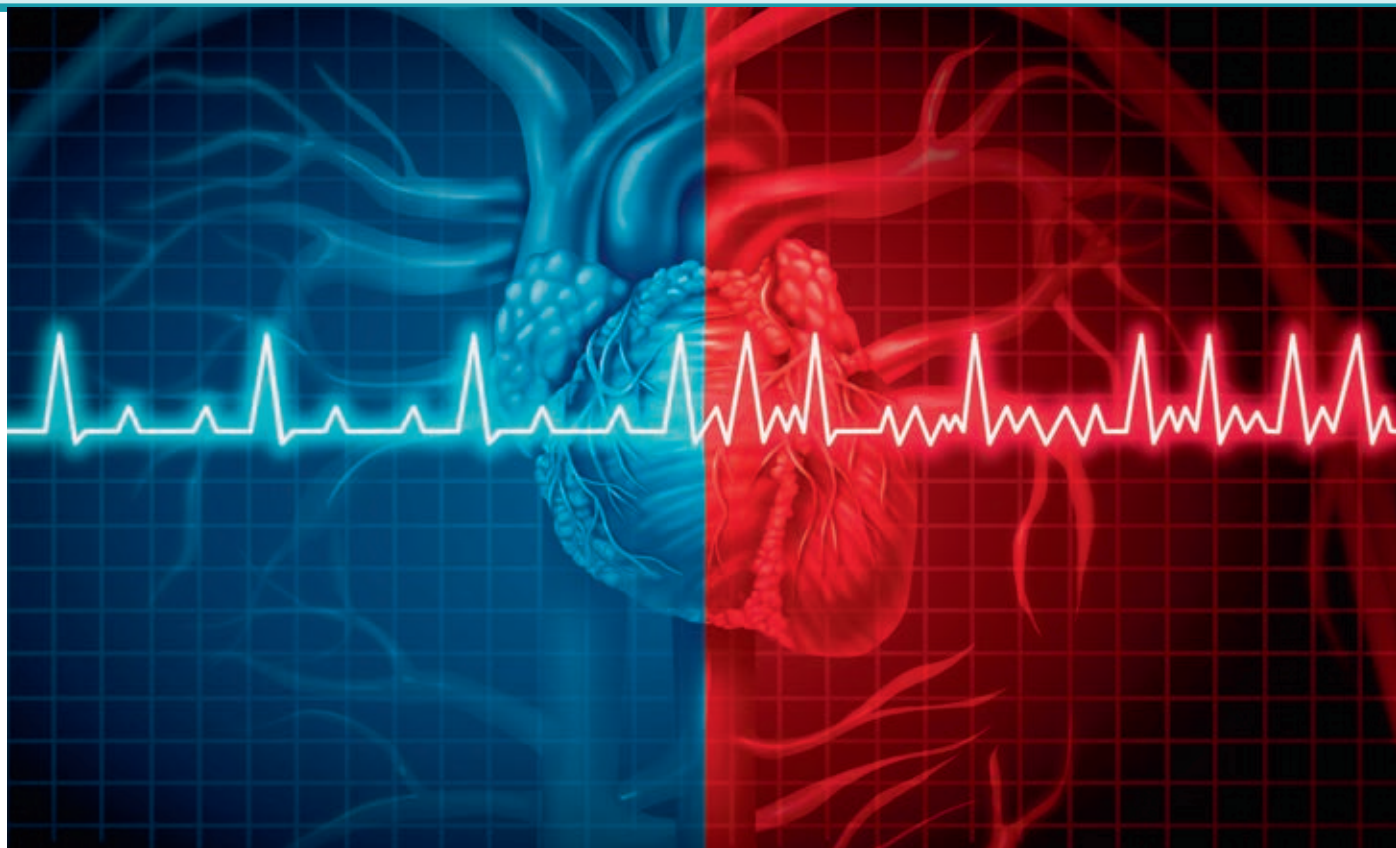


FOTO: SHUTTERSTOCK

Kardioloogia kaks suurimat väljakutset

Kardioloogia valdkond areneb kiirelt ning alanud aastal on esikohal nii uute ravijuhiste praktiline rakendamine kui ka uute, aina enam esilekerkivate riskitegurite, nagu rasvumine ja mikroplastid, ohjamine. Käesolevas ülevaates keskendun kodade virvendusarütmia (KVA) ja hüpertensiooni ravi arengutele ning uutele suundadele kroonilise koronaarsündroomi ja diabeetilise müokardihaiguse käsitleluses.

HENRI KALJUMÄE, MD, MBA, Ida-Tallinna keskhaigla kardioloog

Tõenduspõhised ravijuhised pakuvad olulist tuge kliiniliste otsuste tegemisel, kuid nende teadmiste praktikas rakendamine jääb sageli puudulikuks. Lisaks suureneb riskitegurite, nagu rasvumise ja II tüüpi diabeedi, levik. Prioriteediks on endiselt kardiovaskulaarsete haiguste ennetamine ja riskitegurite haldamine.

Kodade virvendusarütmia (KVA) ennetamisel ja ravimisel on oluline riskitegurite, nagu ülekaalu ja diabeedi, tõhus ohjamine. Samuti teadvustatakse varasemast enam kaasaegsete keskkonnamõjude, näiteks mikroplastide mõju tervisele. Värsked uuringud on näidanud, et mikro- ja nanoplastide esinemine kehas suurendab müokardiinfarkti ja insuldi riski. See teadmine toob esile vajaduse uute keskkonnamõjude parema mõistmise ja ennetusmeetmete järele.

Keskkonnamõjude rolli mõistmine võib oluliselt parandada meie lähenemist nii ennetusele kui ka ravile. See nõuab interdistsiplinaarset koostööd, kaasates mitte ainult kardiolooge, vaid ka teadlasi teistest valdkondadest, kes uurivad keskkonnamõjusid ja nende seost inimtervisega.

UUSIMAD RAVIJUHISED

Kardioloogide jaoks on oluliseks sündmuseks Euroopa Kardioloogide Seltsi kongress, kus tutvustatakse uusimaid ravijuhiseid ja teadusuuringuid. Alljärgnevalt toon esile KVA ja hüpertensiooni ravijuhiste olulisemad uuendused.

KVA. Teadusuuringute põhjal kahekordistub KVA patsientide hulk aastaks 2050. Uued juhised rõhutavad riskitegurite integreeritud ohjamist, et pidurdada haiguse progresseerumist.

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.



Henri Kaljumäe FOTO: MEDITSIIINUUDISED

Hüpertensioon. Uus juhis tõstab esile, et ka normist pisut kõrgemad vererõhuväärtused suurendavad kardiovaskulaarsete haiguste riski.

Krooniline koronaarsündroom ja farmakoteraapia. Krooniline koronaarsündroom tuleneb struktuursetest ja/või funktsionaalsetest probleemidest epikardiaalsetes pärgarterites ja/või mikrovaskulaatuuris.

Uued uuringud kinnitavad, et beetablokaatorravi katkestamine müokardiinfarkti järel ei mõjuta oluliselt patsientide prognoosi, kui vasaku vatsakese funktsioon on normaalne. See võimaldab vähendada ravikoormust neil patsientidel, kellel beetablokaatorid pole tingimata näidustatud.

Diabeetiline müokardihaigus. Diabeetiline müokardihaigus avaldub süstoolse ja/või diasoolse düsfunktsioonina, sageli koos kaasuvate seisunditega, nagu rasvumine, hüpertensioon, neerupuudulikkus ja koronaarhaigus. Diabeet on harva üksi vastutav müokardi düsfunktsiooni eest.

Diabeetilise müokardihaigusega patsientide ravi on keeruline, kuna sageli kaasneb mitu kardiovaskulaarset ja metaboolset probleemi. Seetõttu on oluline läheneda ravile terviklikult, pöörates erilist tähelepanu nii eluviisimuutustele kui ka medikamentoosele ravile.

VAJA ON KOOSTÖÖD

Kokkuvõtvalt võib öelda, et kardioloogia erialana seisab silmitsi uute väljakutsetega. Oluline on, et me ei keskenduks ainult teadmiste omandamisele, vaid ka nende edukale rakendamisele. Tänapäevased ravijuhised ja teadusuuringud juhatavad meid edasi tõenduspõhise ja patsiendikeskse meditsiini suunas. Koostöö ja teadmiste jagamine on selle teekonna keskmes.

KVA

Olulised uuendused

- ▶ **Riskihindamise skaala täiendamine:** traditsioonilist CHADS2-VASc skoori on muudetud ja eemaldatud naiseks olemise riskifaktor, et hinnata varasemast selgemalt trombemboolia riski. See muudatus vähendab võimalikke ekslikke riskihinnanguid ja parandab raviotsuseid.
- ▶ **Antikoagulantravi:** soovitatakse patsientidele, kelle CHA2DS2-VASc skoor on vähemalt üle 2, eelistades suukaudseid antikoagulante (OSAK). Püsivat antikoagulantravi võib kaaluda haigetel, kelle riskiskoor on 1. Antikoagulantide valik põhineb patsiendi individuaalsetel vajadustel ja kaasuvatel haigustel.
- ▶ **Rütmikontrolli strateegia:** kõigil sobivatel haigetel võiks eelistada rütmikontrolli sageduskontrollile, kuna see parandab elukvaliteeti ja vähendab haigestumust. Rütmiga taastamisest tuleks loobuda, kui KV episood on kestnud üle 24 tunni eelneva AK-ravita patsiendil ning TEE juhitud kardioversiooni pole võimalik teostada.

Hüpertensioon

Olulisemad muudatused

- ▶ **Vererõhu täpsustatud definitsioonid**
 - Normaalne: alla 120/70 mmHg
 - Tõusnud: 120-139/70-89 mmHg
 - Hüpertensioon: üle 140/90 mmHg
- ▶ **Eluviisimuutused:** kolmekuuline eluviisi parandamise periood enne ravimi alustamist. See lähenemine aitab mõnel juhul ravimitest hoiduda.
- ▶ **Ravialgoritm:** enamikul patsientidest sobib alustamiseks kombinatsioonravim, mis sisaldab RAAS inhibiitorit ja kaltsiumikanali blokaatorit või diureetikumi. Monoteraapiaga alustamine kõrge vererõhuga, habrastele või ortostatismiga haigetele, aga ka üle 85aastastele.
- ▶ **Eakate erisused:** vanemate kui 85aastaste ja habraste patsientide puhul soovitatakse lähtuda individuaalsetest eesmärkidest, hoides vererõhu sihtväärtuse madalaima talutava taseme lähedal.

Krooniline koronaarsündroom ja farmakoteraapia

Uusimates juhistes soovitatakse

- ▶ **Astmeline lähenemine:** haiguse diagnoosimine peab kulgema loogilises järjekorras, arvestades haiguse esinemise testieelset tõenäosust ning valides õiged uurimismetoodikad. Haiguse puudumisel epikardiaalsetes koronaararterites tuleks mõelda mikrovaskulaatuuri probleemidele.
- ▶ **Farmakoteraapia:** beetablokaatorid, kaltsiumikanali blokaatorid ja pika toimega nitraadid on tugevaima tõenduspõhisusega farmakoteraapias. Lisaks lubatakse madala isheemia- ja veritsusriski korral liberaalsemalt kaaluda ka lühendatud DAPT perioodi (1–3 kuud).

Diabeetiline müokardihaigus

Ravisoovitused

- ▶ **Riskitegurite ohjamine:** regulaarne keheline aktiivsus ja tervislik toitumine on olulised. Erilist tähelepanu tuleks pöörata suitsetamisest loobumisele. Glükeemiline kontroll on kahtlemata oluline, kuid ei pruugi ainuüksi olla piisav.
- ▶ **Ravimid:** RAAS- ja beetablokaatorid on kesksel kohal diabeetikutel südamepuudulikkuse ennetamisel. SGLT2 inhibiitorid on soovitatavad ka madala KV riskiga diabeediga patsientidel. GLP-1 agonistide kasutamine vajab lisatõendust, kuid nende roll ravis suureneb.

Liitu Terviseraamatute klubiga!

Saad püsivalt
10% soodustust

Uus raamat
-20%



Terviseraamatute klubi
Mõista, hooli, muuda.

VAATA LÄHEMALT:
terviseraamatuteklubi.ee



FOTO: SHUTTERSTOCK

Tulevik on andmed, geeniriskide hindamine ja innovatsioon

Diabeedi andmekogude arendamine, geeniriskide hindamine ja tervisesüsteemi digitaliseerimine on olulised sammud efektiivsema diabeediravi suunas.

VALLO VOLKE, Lääne-Tallinna keskhaigla ravijuht, endokrinoloog

Uued ravivõimalused, nagu GLP-1 agonistid ja SGLT-2 inhibiitorid, pakuvad märkimisväärselt eelist nii diabeedi kui ka teiste krooniliste haiguste ravis. Nende optimaalseks kasutamiseks on vaja kvaliteetseid terviseandmeid ja integreeritud süsteeme.

Lõpetasime hiljuti diabeediandmete analüüsi ja korrastamise projekti, mida piltlikult nimetame diabeediregistri arendamiseks. Projekti eesmärk ei ole luua klassikalist vormide põhjal täidetavat andmebaasi, vaid kasutada nutikalt tavatöö käigus kogutud võimalikult kvaliteetseid andmeid. Seejuures on oluline mõista, et selline andmekogu ei saa kunagi olema 100% täpne, kuid need andmed on nn müra puhastatavad ja teades andmete nõrgemaid kohti, saame neid vägagi edukalt kasutada.

Projekt kestis 3,5 aastat, seda finantseeris ravimitootjate liit ning elluviimisesse olid kaasatud Tartu ülikool, Eesti Endokrinoloogia Selts, perearstide esindajad ja patsientide organisatsioonid. Uurisime praeguste andmete seisuga ja võimalusi

nende kvaliteedi parandamiseks. Selle käigus analüüsisime muuhulgas Eesti Geenivaramusse kogutud andmeid, kus on haaratud ka suur hulk diabeediga patsiente. Samuti võtsime arvesse retseptiandmebaasidesse ja Tervise Infosüsteemi (TEHIK) kogutavaid kandeid. Tulemused näitasid, et kuigi hetkel on andmekogude kvaliteedis olulisi puudujääke, siis tulevikupotentsiaal on vägagi suur, kui suudame digitaliseeritud andmeid tõhusamalt koguda ja kasutada. Parema analüütilise võimekus (kombineeritud andmeotsingud, mis hõlmavad nii diagnoose kui ka mõõdetavaid parameetreid), pakuksid juba praeguste andmete põhjal võimalust diagnooside täpsust suurendada.

GEENIRISKIDE HINDAMINE

Ühe alaprojektina analüüsisime geneetilise riskiskoori võimalikku mõju II tüüpi diabeediga patsientide ravile. Polügeenne riskiskoor (PRS) summeerib kõik väikese efektiga (nii soodustavad, kui kaitsvad) geenivariandid, et hinnata mingi konk-

dexcom one⁺

allium

Soovid rohkem infot?

Vaata www.dexcom.com või võta ühendust info@allium.upi.ee.

Saage tuttavaks uue Dexcom ONE+ glükoosiseire süsteemiga

Uue Dexcom ONE+¹iga on diabeedi ravi lihtsam,^{*,§,1} nutikam[§] ja tõhusam^{§,†,2-4}.

Meie seni kõige väiksema⁵ ja täpsema⁵ sensori tehnoloogia pakub ülimat paindlikkust⁵⁻⁶ ning aitab kõigil teie insuliini kasutavatel patsientidel saavutada kestvaid tulemusi^{†,‡,4,7,8}.

Alates 1.1.2025 saadaval Tervisekassa soodustusega 1. ja 2. tüüpi intensiivsel insuliinravigi diabeetikutele.

**Aidake oma patsientidel saavutada parem glükoosikontroll
Dexcom ONE+ abiga[§]**



Tegemist on meditsiiniseadmega. Enne kasutamist lugeda kasutusjuhendit ja vajaduse korral konsulteerida spetsialistiga.

^{*}Tulemused saadi Dexcomi G7 uuringust, millel on sarnased funktsioonid ja kasutajasõbralikkus. [†]Tulemused saadi Dexcomi eelmise põlvkonna CGMiga ning on kohaldatavad Dexcom ONE+¹ile, kuna sellel on sarnased funktsioonid ning parem töökindlus ja kasutajasõbralikkus. [‡]Uuringus kasutati CGMi süsteemi, mis ei kuulu Dexcomile. [§]Võrreldes sellega, kui patsient kasutab glükomeetrit.

¹Dexcomi andmetel, 2021 (HF Summative report in Agile July 5). ²Beck RW et al. *JAMA*. 2017;317(4):371-378. ³Beck RW et al. *Ann Intern Med*. 2017;167(6):365-374. ⁴Lind M, et al. *Diabetes Care*. 2021;44(1):141-149. ⁵Dexcom ONE+¹i kasutusjuhend. ⁶Freestyle Libre 2 kasutusjuhendid. ⁷Soupal J et al. *Diabetes Care*. 2020; 43: 37-43. ⁸Welsh JB, et al. *J Diabetes Sci Technol*. 2024; 18(1):143-147.



Vallo Volke FOTO: ERAKOGU

reetse polügeense haiguse riski. Eesti geenivaramus loodud II tüüpi diabeedi PRS oli igati töökindel ja tulemused näitasid, et suure riskiga inimestel tekib diabeet varem ja nende kehamassiindeks on sageli väiksem kui teistel II tüüpi diabeediga patsientidel. Analüüsides PRSi võimalikku mõju patsientide ravimikasutusele selgus, et suurema PRSiga patsientidel on teise rea diabeediravimi lisamise vajadus varasem kui väikese riski korral. Üksikuid ravimigruppe analüüsides oli selline efekt statistiliselt oluline sulfonüüluurea preparaatide ja DPP-4 inhibiitorite korral ning tõenäoliselt sama muster esineb ka SGLT-2 inhibiitorite ning GLP-1 retseptori agonistide puhul. Huvitaval kombel ei mõjutanud PRS insuliinravi vajadust. Saadud andmete põhjal kaitses Elisabeth Kelner TÜ peremeditsiini ja rahvatervise instituudis oma magistritöö. Kokkuvõttes on PRS II tüüpi diabeedi ravimivajaduse ennustamisel selge roll olemas ja üritame leida viise, kuidas seda teadmist juba ravi alustades kasutada saaksime.

ANDMETE KVALITEEDI PROBLEEMID

Nii TEHIKu, geenivaramu kui ka retseptiandmebaaside andmed näitavad, et diabeedi diagnoosid on sageli ekslikud. Paljud patsiendid on kantud andmebaasi nii I kui ka II tüüpi diabeedi diagnoosiga, osa kannavad selgelt vale diagnoosikoodi jne. See viitab andmete süstemaatilisele puhastamisvajadusele. Samuti on puudujääke mitmetes olulistes taustaandmetes ja riskifaktorite kajastumises nagu kehakaal, suitsetamine ja vererõhk. Kõik see raskendab oluliselt riskifaktorite levimuse ja mõju analüüsimist ning sekkumiste kavandamist.

Olukorra parandamiseks on oluline, et me arendaks süsteemi edasi viisil, kus andmeid kogutakse juba algselt digitaalsel kujul ja automatiseeritult, vähendades inimtööd ja vigade tekke võimalust. Automaatne andmekogumine seadmetest, nagu

vererõhumonitorid ja glükoosiandurid, parandaks oluliselt andmekvaliteeti ja vähendaks meditsiinitöötajate koormust. Lisaks vajavad patsiendid selget ja lihtsat viisi, et anda tagasisidet oma tervise seisundi ja kogemuste kohta arstiabis.

TERVISESÜSTEEMIDE DIGITALISEERIMINE

Kuigi Eesti tervisesüsteem on Euroopa mõistes väga digitaliseeritud, vajame uue põlvkonna infosüsteeme. Haiglate tasandil on olukord lootustandev ja lähiaastad peaksid tooma kiire liikumise ühe infosüsteemi poole. Sellega võiks ideaalis haakuda või liituda perearstide infosüsteem ning tulemuseks oleks pea veatu ühine informatsioon. Selline olukord vähendaks oluliselt andmevahetusest tulenevaid viivitusi ja probleeme ning parandaks andmete tõlgendatavust kõigil tasanditel. Tulevikus peaks digitaalne taristu olema integreeritud strateegilise juhtimise tasandil, hõlmates nii tervisekassat kui ka TEHIKut. Lisaks tuleb soodustada terviseandmete sekundaarset kasutamist. Siin sobiksid diabeediandmed väga hästi pilootprojekti läbiviimiseks, et testida sellise andmete töötlemise võimalikkust, kasulikkust ja mõju. Digitaalsete seadmete, nagu vererõhumonitoride ja kaalude, integreerimine infosüsteemidesse võimaldaks koguda andmeid automaatselt, ilma et see koormaks meditsiinitöötajaid.

UUED ARENGUD DIABEEDIRAVIS

Viimase aasta kliinilised uuringud näitavad, et meie revolutsioonilised uued diabeediravimid, SGLT-2 inhibiitorid ja GLP-1 analoogid, teevad jätkuvalt ilma ja laiendavad oma võimalikku kasutusvaldkonda. Empaglifloziini neeru-uuringu (EMPA-KIDNEY) tulemustest on publitseeritud jätku-uuring, kus selgus, et kroonilise neeruhaigusega patsientidel säilis ravimi kardiovaskulaarne ja neerukasu vähemalt aasta jooksul pärast ravi lõpetamist. Kui varem oli neerufunktsiooni kaitseks peamiseks ravimiks SGLT-2 inhibiitor, siis uus uuring tõestas, et semaglutiid (1 mg kord nädalas) on efektiivne neerunäitajate halvenemise aeglustamisel ning suremuse vähendamisel nii neeru- kui kardiovaskulaarsetesse haigustesse. Värske meta-analüüs viitab, et GLP-1 seotud ravimite efektiivsus kaalu langetamisel on saavutamata kaalukirurgiaga võrdset efekti, pakkudes tulevikus arvestatavat alternatiivi operatsioonile. Uusim diabeediravim, tirtsepatiid, mis on GLP-1 ja GIP retseptorite topeltagonist, viis uneapnoe olulisele paranemisele ülekaalulistel patsientidel, vähendades apnoe-hüpopnoe indeksit kuni 60%. Tirtsepatiid saab sellel aastal kättesaadavaks ka Eesti patsientidele ja laiendab seega olulisel määral meie ravimiarsenali.

Seega Eesti sarnaselt teiste rikaste riikidega hädas diabeedi sagenemisega ja me peame ühiselt pingutama, et diabeedi riskifaktoreid paremini ohjata ja samal ajal pakkuda maksimaalselt head ravi juba väljakujunenud haigusega patsientidele.

Täismahus loe mu.ee

Uus ajajärk Alzheimeri tõve ravis

Alzheimeri tõve ravi on jõudnud pöördepunkti. Euroopa Ravimiamet andis heakskiidu ravimile, mis suudab aeglustada haiguse kulgu. Confido Arstikeskus on esimesena Baltimaades ja Skandinaavias alustanud selle ravi pakkumist.

TOOMAS TOOMSOO, Confido Sisekliiniku juht ja neuroloog, Tallinna Ülikooli Loodus- ja terviseteaduste instituudi professor

Uue ravimi efektiivsust on tõestanud ulatuslik CLARITY uuring, mis hõlmas 1795 patsienti 18 kuu jooksul. Uuringu tulemused näitasid 27% aeglustumist haiguse progressioonis CDR-SB skaalal (*Clinical Dementia Rating Scale-Sum of Boxes*), mis on rahvusvaheliselt tunnustatud hindamiskaala dementsuse raskusastme määramiseks. Skaala võimaldab objektiivselt hinnata Alzheimeri tõve progressiooni ja ravimite efektiivsust. Tegemist on kuldstandardiga kliinilistes uuringutes. Märkimisväärne on, et 51% tau-valgu madala tasemega patsientidest näitasid kognitiivse funktsiooni paranemist. PET-uuringud kinnitasid amüloidide vähenemist ajus 55%.

VÕRDLOS TEISTE RAVIMEETODITEGA

Paralleelselt lecanemabiga on uuritud ka teisi ravimikandidaate. EMERGE/ENGAGE uuring aducanumabiga, mis hõlmas 3285 patsienti, näitas 22% aeglustumist kognitiivses languses kõrge doosi puhul ning märkimisväärset 71% amüloidide vähenemist ajus. Samas on selle ravimi puhul täheldatud kõrgemat ARIA (amüloidiga seotud kuvamisanomaaliat) riski – ARIA-E (turse) esines 35% patsientidest, võrreldes lecanemabi 12.6%-ga.

TRAILBLAZER-ALZ uuring donanemabiga 1736 patsiendil näitas samuti paljulubavaid tulemusi: 35% aeglustumine haiguse progressioonis ja 65% amüloidide vähenemine. Ohutusprofili poolest jäi see kahe eelneva ravimi vahele, ARIA-E esinemissagedusega 24%.

Alzheimeri tõve tekkimine on kompleksne protsess, mis algab sageli 15-20 aastat enne esimeste sümptomite ilmnemist. Haiguse kujunemises mängivad rolli mitmed molekulaarsed mehhanismid: beeta-amüloidide kuhjumine ajurakkude vahel, tau-valgu patoloogilised muutused rakkudes ning häired valkude normaalses töötlemises. Rakutasandil toimuvad olulised muutused nagu sünaptiline düsfunktsioon, mitokondriaalne kahjustus ja põletikureaktsioonid.

APOE geenivariant $\epsilon 4$ (tuntud ka kui

APOE4) on üks olulisemaid Alzheimeri tõve riskitegureid. Ühe APOE4 alleeli korral suureneb haigestumiskord 2-4 korda. Kahe APOE4 alleeli korral suureneb risk 11-17 korda ja haigus võib alata 5-10 aastat varem. APOE4 mõjutab eriti amüloidide ainevahetust ajus: halvendab amüloidide eemaldamist, soodustab amüloidide ladestumist, mõjutab vere-aju barjääri terviklikkust, suurendab põletikureaktsioone.

Kuigi täielikku ravi Alzheimeri tõvele pole veel leitud, on praegune läbimurre märkimisväärne. Donanemab võib tulevikus osutada efektiivsemaks alternatiiviks, kuid vajab veel täiendavaid uuringuid ja heakskiitu. Aducanumabi kasutust piirab kõrge ARIA risk ja vastuolulised efektiivsusandmed. Lecanemab seevastu pakub praegu parimat tasakaalu efektiivsuse ja ohutuse vahel.

FDA JA EMA OTSUSTE VÕRDLOS

Lecanemabi heakskiitmine USAs ja ELis illustreerib hästi kahe suure ravimiregulatsiooni asutuse erinevaid lähenemisi. FDA andis ravimile kiirmenetluse korras heakskiidu 2023. aasta jaanuaris ning täieliku heakskiidu sama aasta juulis. FDA otsus oli märkimisväärselt laiem, võimaldades ravi kõigil varase Alzheimeri tõvega patsientidel, sõltumata nende APOE4 alleelide arvust.

EMA seevastu võttis konservatiivsema positsiooni, andes heakskiidu 2024. aasta jaanuaris oluliselt rangemate piirangutega. Euroopas on ravi lubatud ainult patsientidele, kellel on maksimaalselt üks APOE4 alleel. See piirang põhineb teaduslikel andmetel, mis näitavad, et kahe APOE4 alleeliga patsientidel on märkimisväärselt kõrgem risk ARIA (amüloidiga seotud kuvamisanomaaliat) tekkeks – 45% võrreldes 20%-ga ühe või null alleeliga patsientidel.

Erinevused ilmnevad ka ohutuse jälgimise protokollides. FDA lähenemist iseloomustab suurem paindlikkus, nõudes MRT uuringuid 7., 14. ja 21. ravinädalal. EMA on kehtestanud rangema jälgimisprotokoli ja spetsiifilisemad nõuded ravi-

keskuste infrastruktuurile. Mõlemad asutused nõuavad beeta-amüloidide positiivsuse kinnitamist kas PET või liikvori uuringul enne ravi alustamist.

Ravi alustamise kriteeriumid on EMA puhul täpsemalt defineeritud, keskendudes kerge kognitiivse häire või kerge dementsusega patsientidele. FDA näidustused on mõnevõrra laiemad, võimaldades suuremat paindlikkust raviotsuste tegemisel. Oluline erinevus ilmneb ka hinna regulatsioonis – kui FDA ei sekku hinnakujundusse, siis Euroopas on see riigiti erinev ning seotud kohalike tervishoiusüsteemide kompenseerimismehhanismidega. EMA konservatiivsem lähenemine võib küll piirata ravi kättesaadavust teatud patsiendirühmadele, eriti APOE4 homosügootidele, kuid tagab kõrgema ohutustaseme. FDA laiem heakskiit võimaldab suuremat patsientide kaasatust, kuid eeldab tervishoiutöötajatelt põhjalikumalt riskide hindamist ja hoolikamat jälgimist kõrge riskiga patsientidel. Need erinevused regulatoorsetes otsustes peegeldavad laiemat mustrit FDA ja EMA lähenemistes – FDA kaldub sageli võtma progressiivsemat positsiooni, võimaldades uuenduslike ravimite kiiremat kasutuselevõttu, samas kui EMA eelistab konservatiivsemat lähenemist, rõhutades ohutuse aspekte. Mõlemal lähenemisel on oma eelised ja puudused, ning need mõjutavad otseselt ravimi kättesaadavust ja kasutamist erinevates regioonides.

ENNETUSE JÄTKUV OLULISUS

Paralleelselt uute ravivõimaluste arenguga jääb kriitiliselt oluliseks ennetustegevus. Soovitav on järgida Vahemere dieeti, tarbida DHA-rikkaid (omega-3) toite ja antioksüdantiderikkaid toiduaineid. Eluviisi on võtmetähtsusega regulaarne aeroobne treening, piisav uni (7-8 tundi), vaimne aktiivsus ja kognitiivne stimulatsioon. Oluline on ka regulaarne terviseriskide jälgimine, sealhulgas vererõhu ja veresuhkru kontroll ning südame-veresoonkonna tervisekontroll.

Kodutesti kasuks otsustas iga viies uuringul osaleja

Tervisekassa esialgsetel andmetel osales 2024. aastal emakakaelavähi sõeluuringul ligi 50 000 naist, kusjuures iga viies neist otsustas uuringust osa võtta kodutestiga. Kõige populaarsem oli kodutesti variant 60–65aastaste naiste seas.

Selleks et sõeluuringus osalemist muuta naistele mugavamaks ja kättesaadavamaks, on juba mitu aastat pakutud testi koju tellimise võimalust nendele naistele, kes polnud aasta esimeses pooles sõeluuringus osalenud. 2024 oli aga esimene aasta, mil kodutestimise võimalus oli saadaval kogu aasta vältel.

“Naised on kodutestimise võimaluse väga hästi vastu võtnud ning möödunud aastal tegi kodutesti esialgsetel andmetel umbes 10 000 naist. Tegelik on kodutestijate arv ilmselt aga suuremgi, sest 2024. aastal sõeluuringu kodutesti tellinud naised said testi laborisse saata veel jaanuari lõpuni. Positiivne üllatus on ka see, et kodutest oli eriti populaarne 60–65aastaste naiste seas, kellest valis kodutesti iga neljas sõeluuringul osaleja. Kodutest on mugav võimalus neile, kel pole muidu võib-olla aega või võimalust arsti juurde minna – seda saab teha privaatselt, endale sobival ajal ja kohas,” ütles tervisekassa sõeluuringute osateenusejuht Maria Suurna, lisades, et kodutest on sama usaldusväärne kui tervishoiuasutuses võetud proov.

Ka tänavu saavad sihtrühma kuuluvad naised endale kodutesti tellida ning teha seda uult veebilehelt – hpv.kliinikum.ee. Aasta jooksul tekib ka võimalus sõeluuringu kodutesti aptekidest küsida. Tervisekassa paneb kõigile südamele, et kui ka esimese uuringu tulemus on posi-

tiivne, ei tähenda see veel kindlalt vähki või vähieelseid muutuseid, vaid lihtsalt vajadust lisauuringuteks, kuhu on väga oluline minna. “Näeme, et mitmel naisel jääb sõeluuringu teekond pooleli ning lisauuringutele ei jõuta. Enda tervise huvides soovitame aga tungivalt seda siiski teha, sest vaid varakult avastades ja ravides on võimalik vähidiagnoosi vältida,” rõhutas Suurna.

Sõeluuringuga tuvastatakse suure vähiriskiga HPV nakkust, mis on emakakaelavähi peamine tekkepõhjus.

Naistel, kel on HPV test positiivne, otsitakse lisauuringu käigus võimalikke vähieelseid muutuseid ehk seisundit, kus vähk ei ole veel välja arenenud.

“Emakakaelavähki on võimalik pea täielikult ennetada ning üks viis selleks on osaleda sõeluuringul. Tänu sõeluuringule saab võimalikud rakumuutused ja vähieelsed seisundid avastada varakult, mil need on hästi ravitavad. Lisaks regulaarsele sõeluuringul osalemisele saab vähki haigestumist ennetada HPV vastase vaksineerimisega,” ütles Ida-Tallinna Keskhaigla naistenõuandla osakonnajuhataja Külli Erlang.

Tervisekassa juhtis jaanuaris emakakaelavähi teadlikkuse kuu raames kampaaniaga „Turvavõrk” tähelepanu vähi ennetamise ning varase avastamise olulisusele.

Kampaania põhines pere-, sõprus- ja kogukondade aktiveerimisel ning jous-

tamisel, et nendesse kuuluvad inimesed toetaksid üksteise positiivset tervisekäitumist.

“Iseennast on väga lihtne ära unustada, teha on ju kogu aeg palju, päevad on pikad, aga neist üheski pole piisavalt tunde. Õnneks on olemas sõeluuringud, mis tuletavad meelde, et võiks lasta end kontrollida ka siis, kui ise ühtegi muutust märganud pole, ja sõbrad, kes ei lase unustada, et on sinu aasta! Sõeluuring on väike asi, aga me kõik teame kedagi, kelle elu see on päästnud. Oleme üksteise turvavõrk ja ärme unusta oma sõpru ja lähedasi,” märkis kampaaniaägu Liisa Tagel.

2025. AASTAL SÕELUURINGULE

Eestis kutsutakse emakakaelavähi sõeluuringule naised vanuses 30–65 iga viie aasta tagant ehk aastatel, kui nad tähistavad juubelit, st viie või nulliga lõppevat sünnipäeva. 2025. aastal on tasuta emakakaelavähi sõeluuringule oodatud ravikindlustatud ja ravikindlustamata naised sünniaastatega 1960, 1965, 1970, 1975, 1980, 1985, 1990 ja 1995.

Sihtrühma kuuluvad naised võivad uuringule registreerida terviseportaalis või võttes telefoni teel ühendust sobiva tervishoiuasutusega. Kodutesti saab tellida Tartu Ülikooli kliinikumi ühendlabori veebikeskkonnast hpv.kliinikum.ee. Sõeluuringul saab osaleda terve aasta vältel ega pea selleks jääma personaalset kutset e-posti või kirja teel ootama.

Meditsiiniuudised

Kõik naised saavad edukalt hakkama

KÜLLI ERLANG, Ida-Tallinna keskhaigla naistenõuandla osakonnajuhataja

Kodutesti tulemust näeb arst/ämmaemand ainult terviseportaali andmevaaturist ehk ei tohi unustada seda otsida. Küllalt sageli ei maini naised sõeluuringule/vastuvõtule tulles, et tegid juba sõeluuringu kodutesti ära ning et HPV oli positiivne ehk vaja ei ole võtta korduvat HPV testi, vaid teha tuleb PAP test.

Samuti on oluline selgitada patsientidele, et ka siis, kui ta osaleb sõeluuringus kodutesti tehes, on vaja regulaarselt

käia naistearsti visiidil. Ka naised, kellel on juba diagnoositud emakakaela düsplaasia ja kellele on koostatud jälgimisplaan, võivad kodutesti tehes (kui seal tuleb nt HPV negatiivne) ekslikult arvata, et nad ei vaja enam jälgimist.

Kodutestimine on paljudele naistele mugav võimalus, aga on naisi, kellele see erinevatel põhjustel ei sobi. Neid ei tohi survestada valima kodutesti, vaid igati julgustada pöörduma ämmaemanda vastuvõtule.

Uued toitumise, liikumise ja uneaja soovitusel tabeliraamatuna

Riiklike toitumissoovituste eesmärk on anda inimestele tõendus- ja põhised soovitusel võimalikult hea tervisliku seisundi hoidmiseks või saavutamiseks. Toitumissoovitused tuginevad organismi füsioloogilistele vajadustele ja on mõeldud kogu rahvastikule (sh imikud, lapsed ja noorukid, täiskasvanud, vanemaealised inimesed, lapseootel ja imetavad naised).

„Tabelraamat on mõeldud kasutamiseks eelkõige erialaspetsialistidele – toitumissõustajatele ja -terapeutidele, arstidele, pereõdedele, aga ka haridus- ja teadustöötajatele ning poliitikakujundajatele, kuid loomulikult on selle sisuga oodatud tutvuma ka kõik ülejäänud inimesed. Miks mitte alustada aastat proovides oma toiduvalikus teha järk-järgult muudatusi, et oma toitumist rohkem toidusoovitustele vastavaks kohendada,“ innustab Tervise Arengu Instituudi (TAI) toitumise ja liikumise osakonna ekspert ja soovitusel uuendamise töörühma juht Tagli Pitsi.

Uuendatud toitumissoovitusel on täpsustunud pea kõikide mikrotoitainete (vitamiinide ja mineraalainete) soovitusel. Makrotoitainete (valgud, rasvad, süsivesikud) puhul tõusis veidi rasvade tarbimise (s.o osakaal soovituslikust energiast) ülempiir ning alanen süsivesikute alampiir.

Erinevalt eelmistest toidusoovitustest ei anta uutes enam kõogi- ja puuviljade ning marjade tarbimiseks vahemikku, vaid nende alampiir. Eraldi on välja toodud soovitus kaunviljade tarbimiseks.

Liha tarbimise soovitusel ei muutunud. Endiselt kehtib soovitus tarbida lihatooteid võimalikult vähe ja harva. Täiendusena juhatakse siiski tähelepanu, et selliste toodete tarbimisel tuleks eelistada kõrgema lihasisaldusega ning väiksema küllastunud rasvhapete ja soolasisaldusega tooteid. Sama soovitus kehtib ka kalatoodete tarbimisel.

Piimatoodete tarbimisel tuleks endiselt eelistada magustama tooteid. Magustatud toodete tarbimisel tuleb nüüdsest arvestada tarbitud portsjonid vastavalt „Piimatooted“ ja „Maiustused, näksid ja muud organismile ebavajalikud toidud“ (varasema nimega „Suhkur, maiustused, magusad ja soolased näksid“) toidugruppi.



3–5aastase koolieeliku päevane uinak peaks lähtuma lapse vajadusest.
FOTO: SHUTTERSTOCK

Näiteks iga 100 grammi magustatud jogurti või kohupiimakreemi kohta lisandub üks magusaportsjon.

Ka magusaportsjonite maksimaalset tarbimissoovitusel on kohendatud. On soovituslik, et alla kaheaastased lapsed ei tarbiks üldse lisatud suhkruid ega neid sisaldavaid toite, eelkõige suhkrut, komme jm maiustusi, küpsiseid, magusaid jooke. 3–6aastased lapsed võivad maksimaalselt (aga ei pea) süüa päevas kuni kaks šokolaadikommi või ühe kohukese eeldusel, et ei sööda teisi magusaid-soolaseid näkse või magustatud piimatooted. Alates 11. eluaastast võib päeva jooksul süüa maksimaalselt näiteks neli küpsist, kolm šokolaadikommi või juua 400 ml magustatud jooki.

Esmakordselt antakse soovitusel ka juhiseid, kuidas arvestada oma toiduvalikus taimsete piima- ja lihatoodete asemel kasutatavate valmistoodetega.

Liikumissoovitusel antakse seekordsetes soovitusel vahemikena ning ühtlasi rõhutatakse liikumise regulaarsuse ja istumisaaja vähendamise olulisust.

Ekraaniaja soovitusel kohaselt tuleks kuni kaheaastastel lastel ekraaniaega (s.o aeg, mis veedetakse mis tahes ekraani ees: mobiiltelefon, televiisor, arvuti, tahvel jms), täielikult vältida. Alatest teisest eluaastast kuni koolini on maksimaalne soovitus kuni 60 minutit päevas, kuid vähem on alati parem.

3–5aastaste koolieelike päevane uinak peaks lähtuma eelkõige lapse individuaalsetest vajadustest. Ka üle 55aastastele soovitate nüüdsest vajadusel kuni 30minutist päevast uinakut. „Sellel aastal on plaanis soovitusel pike-

malt lahti kirjutada põhjalikus toitumise, toidu, liikumise ja uneaja soovitusel käsitlevas raamatus, millesse lisanduvad veel muuhulgas toitumismustreid, toiduohutust ja -märgistust ning söömist mõjutavaid tegureid käsitlevad peatükid. Kõigil huvirühmadel avaneb võimalus omapoolsete ettepanekute esitamiseks soovitusel raamatule avaliku arutelu käigus, milleni planeerime jõuda jaanipäeva paiku. Samuti tahame uuenenud soovitusel avaldada koos lihtsate ja elanikkonda kõnetavate põhisõnumitega, mille välja töötamisega samuti sel aastal tegeleme,“ täiendas Pitsi.

Eesti taasiseseisvumisaaja esimesed toitumissoovitusel ilmusid 1995. aastal. 2006. ja 2015. aastal neid täiendati ja lisandusid ka toidu-, liikumis- ja ekraaniajasoovitusel. Täna avaldatud soovitusel on esmakordselt lisatud soovitusel ka uneajale. 2024. aasta toitumissoovitusel on kõikides Põhjamaades ja Balti riikides ühised ja põhinevad nagu varasemaltki Põhjamaade töörühma poolt koostatud soovitusel. Eesti riiklike toidusoovitustel välja töötamisel on aga lisaks Põhjamaade soovitusel muu hulgas arvesse võetud ka meie elanike söömisharjumusi, toitute kättesaadavust ja keskkonna kestlikkust. Uuenenud riiklikud liikumissoovitusel põhinevad WHO 2020. aasta juhistel.

Soovitusel uuendamine algas TAI juhitud 2022 ja ilmunud tabelraamat on kokkuvõtlik väljaanne uutest kehtivatest toitumis- ja toidusoovitustest, liikumis- ja unesoovitusel ning ekraaniaja vähendamise soovitusel. Tabeliraamatuga saab tutvuda TAI kodulehel.

Meditasiiniuudised

Profülaktiline ravi ennetab haiguse süvenemist



FOTO: SHUTTERSTOCK

Migreeni profülaktiline ravi on oluline, et vähendada haigusehoogude sagedust, tugevust ja kestust, parandada patsientide elukvaliteeti ning ennetada haiguse süvenemist.

VIOLETTA RIIDAS, toimetaja

Confido Meditsiinikeskuse neuroloog Siim Schneider rõhutas hiljutisel veebinaril, et asjatundlik profülaktiline migreeniravi pakub tõhusat leevendust ja kahandab haigusega seotud kulusid.

Ennetav ravi ei lase migreenil progresseeruda, vähendab haigusehoogude sagedust, kestust ja tugevust, tõhustab migreenihoo ravimite mõju ning kokkuvõttes parandab märgataval määral elukvaliteeti.

MEDIKAMENTOOSNE JA KÄITUMUSLIK RAVI

Spetsiaalselt migreeni ennetamiseks loodud uuemad preparaadid on migreenihoo sageduse vähendamisel näidanud häid tulemusi.

CGRP ehk kaltsitoniini geeniga seotud peptiid mängib migreeni tekkes ja arengus olulist rolli. Seega võimaldab CGRP blokeerimine, milleks kasutatakse gepante või monoklonaalseid antikehi, tõhusalt ennetada migreenihoogusid ja vähendada neurogeenset põletikku ning on paljudes rahvusvahelistes ravijuhis-



Siim Schneider FOTO: ERAKOGU

tes juba esmavalikuravimid. Ennetavas migreeniravis kasutatakse ka preparaate, mis on loodud mõne muu haiguse (näiteks epilepsia, kõrgvererõhktõve või depressiooni) raviks. Sellist mittespetsiifilist ravimit valides peaks arvestama kaasuvate haigustega.

Kui migreen esineb kõrgvererõhktõvega inimesel, siis sobib ravimiks

propranoolool, metoprolool või kandesartaan. Ärevushäirete või depressiooniga patsiendi puhul on efektiivsed migreeni ennetavad preparaadid amitriptüliin ja venlafaksiin ning unehäiretega migreenihaigele sobivad amitriptüliin ja nortriptüliin.

Farmakoloogiliste meetodite kõrval hõlmab ennetav migreeniravi ka mittefarmakoloogilisi võimalusi. Kognitiivne käitumusteraapia, biotagasiside ja meditatsioon on tõenduspoisiselt näidanud migreeni puhul ennetavat toimet.

Eluviisi muutusteks on oluline esmalt tuvastada tegurid, mis migreeni vallandavad. Regulaarne uni, tasakaalustatud toitumine ja piisav vedeliku tarbimine kahandavad migreenihoogude sagedust ning intensiivsust.

RAVI VALIK OLENEB KÄSIL OLEVAST ELUETAPIST

Fertiilses eas naiste puhul välditakse teratogeenseid ravimeid (näiteks valproehape ja topiramaat), kuna need võivad raseduse korral põhjustada loote väärarenguid.

Raseduse ning imetamise ajal eelista-



2025. a. jaanuari seisuga AINUS laiendatud 75/90% soodustusega SGLT2 inhibiitor

2. tüüpi diabeedi (E11; E14) korral:

- Kombinatsioonraviks (eemaldatud sulfonüüluurea piirang)
- Monoraviks:
 - » kui metformiin on vastunäidustatud
 - » kui kaasuvana esineb sümptomaatiline südamepuudulikkus või esineb krooniline neeruhaigus.

Kroonilise neeruhaiguse (N18) korral:

- lisatuna standardravile (AKE- inhibiitor või ARB) või standardravi vastunäidustuse korral monoterapiapana (eemaldatud UACR ja eGFR piirangud).

Kroonilise südamepuudulikkuse (I50) korral sõltumata väljutusfraktsioonist:

- patsiendile, kes kuulub NYHA II-IV funktsionaalklassi, kellel ravikoostöö on hea ning kellel AKE-inhibiitor või ARB ja beetablokaatori kaksikravis südamepuudulikkuse sümptomid endiselt püsivad või süvenevad.

Viide: www.tervisekassa.ee/soodusravimid

UACR = albuminuuria ja kreatiniini suhe uriinis; eGFR = hinnanguline glomerulaarfiltratsioonikiirus; AKE = angiotensiini konverteeriv ensüüm; ARB = angiotensiini retseptori blokaator; NYHA = New York Heart Association.

*IQVIA CBRIX, Oktoober 2024

FORXIGA (dapaglifloosin) 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 (monoterapiapana, 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-2407-02-2025-CVRM

takse mittefarmakoloogilisi meetodeid, nagu kognitiiv-käitumisteraapia, lõõgastustehnikad ja biotagasiside. Vajadusel võib selline patsient teatud ravimeid (näiteks amitriptüliini) siiski tarvitada, kuigi raseduse hilisemas staadiumis ei ole see soovitatav. Perifeersed närviblokaadid on veel üks alternatiiv, mida peetakse raseduse ja imetamise ajal ohutuks.

Vanemaealistel esineb sageli koos migreeniga muidki tervisehäireid. Sel juhul tuleb arstil ennetavat migreeniravimit määrares arvestada, millised on patsiendi kaasuvad haigused ja milline on ravimite koosmõju.

Näiteks antihüpertensiivsed ravimid võivad mõnikord migreeni süvendada, seega on raviskeemi kohandamine vajalik. Hea on aga teada, et uuemad spetsiifilised ravimid on näidanud tõhusust ja ohutust ka kõrgemaealiste migreenipatsientide puhul.

ENNETAVAT RAVI VÕIKS SENISEST ROHKEM RAKENDADA

Ennetavat ravi vajaks ligikaudu 40% migreenipatsientidest, kuid seda ravi saab vaid 13%. Probleemiks on ka profülaktilise ravi sage katkestamine.

Peamiselt jäetakse ravi pooleli kõrvaltoimete tõttu või põhjusel, et ravi ei ole patsiendi hinnangul piisavalt efektiivne. Seetõttu on oluline valida konkreetsele patsiendile sobiv ravimeetod ning alustada väikeste ravimiannustega, et kõrvaltoimed oleks minimaalsed. Hooravimite liigtarvitamisest tingitud peavalude korral ei ole alati vaja hooravimite manustamist kohe ära lõpetada. Sel juhul tasub alustada hoopis profülaktilist ravi, mis vähendab peavalupäevade sagedust ja taastab seeläbi migreeni üle kontrolli.

EFEKTIIVSUS SELGUB KOLME KUNI KUUE KUU JOOKSUL

Profülaktiline ravi loetakse tõhusaks juhul, kui ühe kuu kestel esinevate migreenipäevade arv kahaneb vähemalt poole väiksemaks ja peavalu mõju hindamise skoor HIT-6 paraneb vähemalt viie punkti võrra. Ennetavat migreeniravi saav patsient võiks kindlasti pidada peavalupäevikut. Selle põhjal suudab neuroloog ravi tulemuslikkust veelgi täpsemalt hinnata ja ravimeetodeid vajaduse järgi kohandada.

PERSONAALNE JA TERVIKLIK LÄHENEMINE TAGAB EDU

Kuigi tervistumist ei ole migreeni puhul võimalik saavutada, väheneb sihikindla ja asjatundliku ravi ning realistlike



FOTO: SHUTTERSTOCK

Ennetav ravi eesmärgid ja näidustused

▶ Profülaktiline migreeniravi

- vähendab hoogude sagedust, tugevust ja kestust,
- parandab inimese funktsioneerimisvõimet,
- tõhustab migreenihoo ravimite toimet,
- ei lase haigusel progresseeruda,
- kahandab migreeniga seotud kulusid.

▶ Ennetavat ravi tuleks kaaluda juhul, kui

- migreenihood esinevad sagedamini kui neli päeva kuus ja/või on äärmiselt intensiivsed,
- igapäevaelu on adekvaatsest hooravist hoolimata tugevalt häiritud,
- hooravimid ei ole tõhusad või põhjustavad kõrvaltoimeid,
- tegemist on erijuhuga (näiteks pikaajaline aura).

Allikas: Siim Schneider

ravieesmärkide puhul peavalupäevade arv ja migreenihoogude intensiivsus, mis omakorda võimaldab elada täisväärtuslikku elu. Seega on migreen õige ravi korral hästi hallatav haigus.

Ravi edukuse võti peitub patsiendikeskses lähenemises, mis arvestab individuaalseid vajadusi ja eelistusi. Kuna terviklikus ja pikaajalises raviprotsessis vajab patsient peale neuroloogi ka muude tervishoiuspetsialistide tuge, on spetsiaalsetes peavalukeskustes lisaks neuroloogile kaasatud migreeniravisse vajadust mõõda teisigi asjaomaseid spetsialiste, nagu peavaluõed, füsioterapeudid ja psühholoogid.

Kuigi tervistumist ei ole migreeni puhul võimalik saavutada, väheneb sihikindla ja asjatundliku ravi ning realistlike ravieesmärkide puhul peavalupäevade arv ja migreenihoogude intensiivsus.

REUMA- foorum

08.05.2025

Tartu V Spa hotell & Konverentsikeskus ja veeb

SIHTGRUPP:

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

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

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.

Täiendkoolituspunktid akrediteerib Eesti Reumatoloogia Selts, tunnistuse väljastajaks on Meditsiiniuudised.

KORRALDAJAD



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

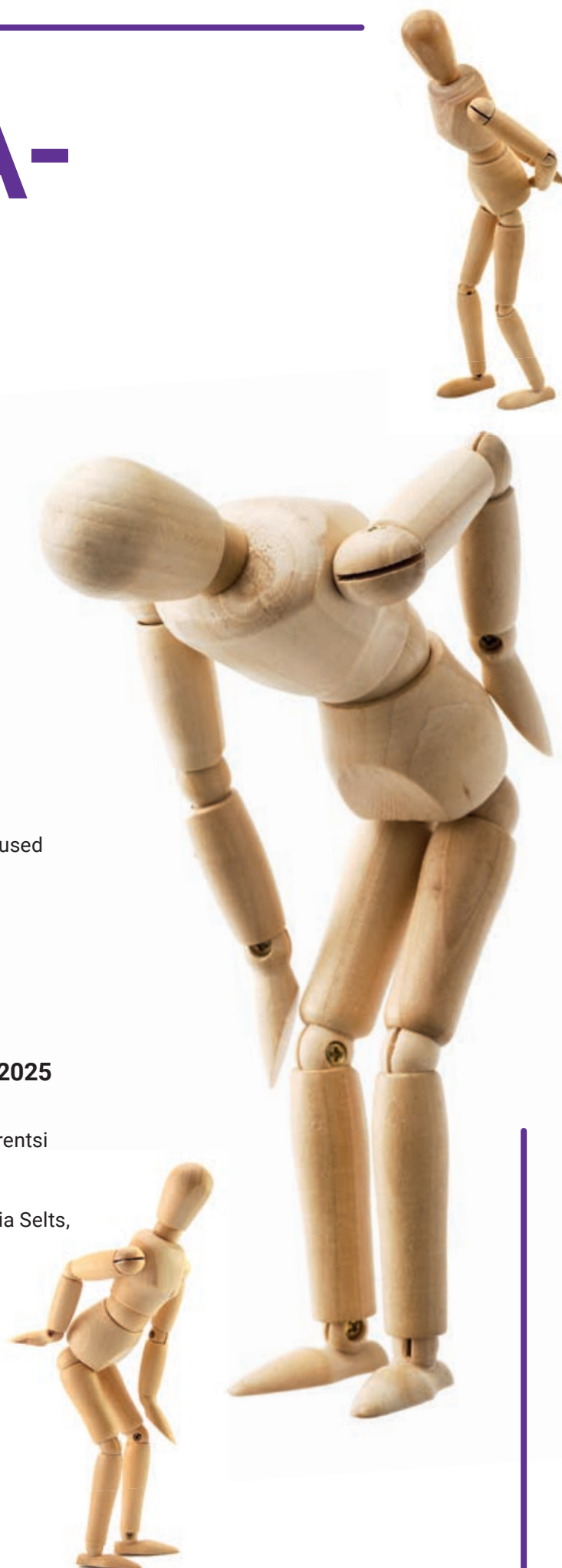




FOTO: SHUTTERSTOCK

Migreeni akuutravi kaasaegsed suunad

Migreeni akuutravi kaasaegsetest suundadest annab ülevaate Ida-Viru keskhaigla neuroloogia vanemarst ja Eesti Peavalu Seltsi president **Katrin Põld**.

VIOLETTA RIIDAS, toimetaja

Migreen on krooniline neuroloogiline haigus, mida iseloomustavad episoodilised või kroonilised peavaluhood koos kaasnevate sümptomitega, nagu iiveldus, oksendamine, fotofoobia ja fonofobia. Selle haigusseisundi akuutravi on viimastel aastatel märkimisväärselt arenenud, pakkudes patsientidele laiemat ravivõimaluste valikut ning efektiivsemaid meetodeid sümptomite leevendamiseks.

PATOGENEES

Migreeni tekkemehhanismid on seotud trigeminovaskulaarse süsteemi aktivatsiooniga, mille oluliseks mediaatoriks on CGRP (kaltsitoniini geeniga seotud peptiid). See neuropeptiid mängib olu-

list rolli migreeni valu vahendamises ja veresoonte regulatsioonis. Kaasaegsed ravimid, nagu gepandid ja ditaanid, on suunatud just nendele mehhanismidele, pakkudes innovaatilisi võimalusi migreeni raviks.

Migreenihoo ravi eesmärk on leevendada kiiresti peavalu ja muid kaasnevaid sümptomeid, vähendada peavalude kordumise riski sama hoo jooksul ning teha seda minimaalsete kõrvaltoimetega. Ravivalik sõltub patsiendi migreeni tüübist, hooegade sagedusest ja intensiivsusest.

PÕHILISED RAVIVÕIMALUSED

Kasutusel on nelja tüüpi ravimid.

1. Mittesteroidsed põletikuvastased ravimid (MSPVAd) ja paratsetamool on

esmavalikuks kergete ja möödukate migreenihoogude raviks. Need on laialdaselt kättesaadavad ja soodsa hinnaga, kuid nende liigne kasutamine võib viia ravimitekkese peavaluni (MOH).

2. Triptaanid on serotoniinireseptorite agonistid, mis on efektiivsed kuni kahel kolmandikul patsientidest. Need ravimid on eriti sobilikud tugevamate migreenihoogude raviks, kuid ei sobi patsientidele, kellel on tõsised südame-veresoonkonna haigused. Triptaanide ülekasutamine võib suurendada ravimitekkese peavalu riski.

3. Gepandid on CGRP-retseptorite antagonistid, mis sobivad vajaduspõhiseks kasutamiseks. Need ravimid on efektiivsed ja neil on vähem kõrvaltoimeid

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)



võrreldes triptaanidega, kuid nende kättesaadavus ja kõrge hind on takistuseks.

4. Ditaanid on selektiivsed serotoniinireseptorite agonistid, mis on paljulubavad migreeni akuutravi ravimid. Kahjuks ei ole ditaanid Eestis veel kättesaadavad.

RAVI EDUKUSE HINDAMINE

Akuutravi efektiivsust hinnatakse järgmiste kriteeriumite alusel:

- patsient on kahe tunni jooksul valu vaba;
- häirivad kaasnevad sümptomid, nagu iiveldus, füüsilise koormuse talumatus ja valguskartus, taanduvad;
- migreenihoog ei kordu sama hoo jooksul;
- ravimite kasutamine ei põhjusta vastuvõetamatuid kõrvaltoimeid.

Ravi õnnestumise võti peitub õiges ajastuses ja annuses. Alaläviste annuste kasutamine või ravimite ülekasutamine on sageli põhjuseks, miks ravimid n-ö ei aita.

MULTIDISTSIPLINAARNE LÄHENEMINE

Kaasaegsed ravijuhised soovivad kasutada esmalt MSPVAsid või triptaane, olenevalt patsiendi individuaalsetest vajadustest ja migreenihoogi intensiivsusest. Kui need ei ole efektiivsed või on vastunäidustatud, võib kaaluda gepante või muid spetsiifilisi ravimeid. Raskematel juhtudel on soovitatav multidistsiplinaarne lähenemine, mis võib hõlmata kliinilist psühholoogi, vaimse tervise spetsialiste ja füsioterapeute.

Ravimite liigtarvitamisest tingitud peavalu on sagedane probleem migreeni patsientidel. Selle riski vähendamiseks tuleb patsiente teavitada ravimi ülekasutamise ohtudest. Samuti on oluline rakendada efektiivset profülaktilist ravi, et vähendada migreenihoogude sagedust ja vajadust hoorravimite järele.

Migreeni profülaktiline ravi on vajalik sagedaste ja raskete hoogude korral. Eestis kasutatavad ravijuhised soovivad ravimeid, mis aitavad vähendada peavalupäevade arvu ja parandada elukvaliteeti. Gepandid ja bioloogilised ravimid, nagu botulismi toksiin, on olulised uuen-dused migreeni ennetuses.

Bioloogilised ravimid, nagu CGRP-vastased monoklonaalsed antikehad, on olnud murrangulised kroonilise migreeni ravis. Need ravimid vähendavad migreenihoogude sagedust ja intensiivsust ning neil on suhteliselt vähe kõrvaltoimeid. Eestis on need ravimid kättesaadavad teatud tingimustel ja sobivad eriti neile

patsientidele, kellel on tavalised profülaktilised ravimid olnud ebaefektiivsed.

Lisaks ravimitele on migreeni ennetuses tähtis roll ka mittemedikamentösetel meetoditel, nagu stressi maandamine, unehügieeni parandamine, toitumise korrigeerimine ja regulaarne füüsiline aktiivsus. Need meetodid täiendavad farmakoloogilist ravi ja aitavad vähendada migreenihoogude sagedust.

TULEVIKUPERSPEKTIIVID

Migreeni ravivõimalused arenevad kiiresti. Gepandid ja ditaanid pakuvad innovaatilisi lahendusi, kuid praegu on nende kättesaadavus piiratud ja hind kõrge. Tulevikus on oodata, et ravimite kättesaadavus paraneb ja nende kasutamine laieneb.

Samuti töötatakse välja uusi ravimeid, mis on suunatud migreeni tekkemehhanismide erinevatele aspektidele.

Digitaalsed terviselahendused, nagu peavalupäevikute mobiilirakendused ja telemeditsiin, võivad parandada migreeni ravi jälgimist ja efektiivsust. Need tehnoloogiad võimaldavad arstidel paremini mõista patsiendi migreenihoogu mustreid ja kohandada ravi sellele vastavalt.

KOKKUVÕTE

Migreeni akuutravi ja profülaktiline ravi on viimastel aastatel oluliselt arenenud. Uued ravimid, nagu gepandid ja bioloogilised ravimid, pakuvad patsientidele tõhusamaid ja paremini talutavaid ravivõimalusi. Samal ajal on tähtis jätkata patsientide harimist ja kaasamist, et tagada ravi kõrge efektiivsus.

Tervishoiutöötajate ja patsientide koostöö on eduka ravi aluseks. Ravimite ja ravitehnoloogiate pidev areng lubab loota, et tulevikus muutub migreeni ravi veelgi tõhusamaks ja kättesaadavamaks, parandades seeläbi patsientide elukvaliteeti ja vähendades migreenihaigusega seotud koormust.



Katrin Põld FOTO: ERAKOGU

Nii vähe kui võimalik, nii palju kui vajalik

„Ravimid ei aita“ = kas alalävised annused või tegemist on MOHiga

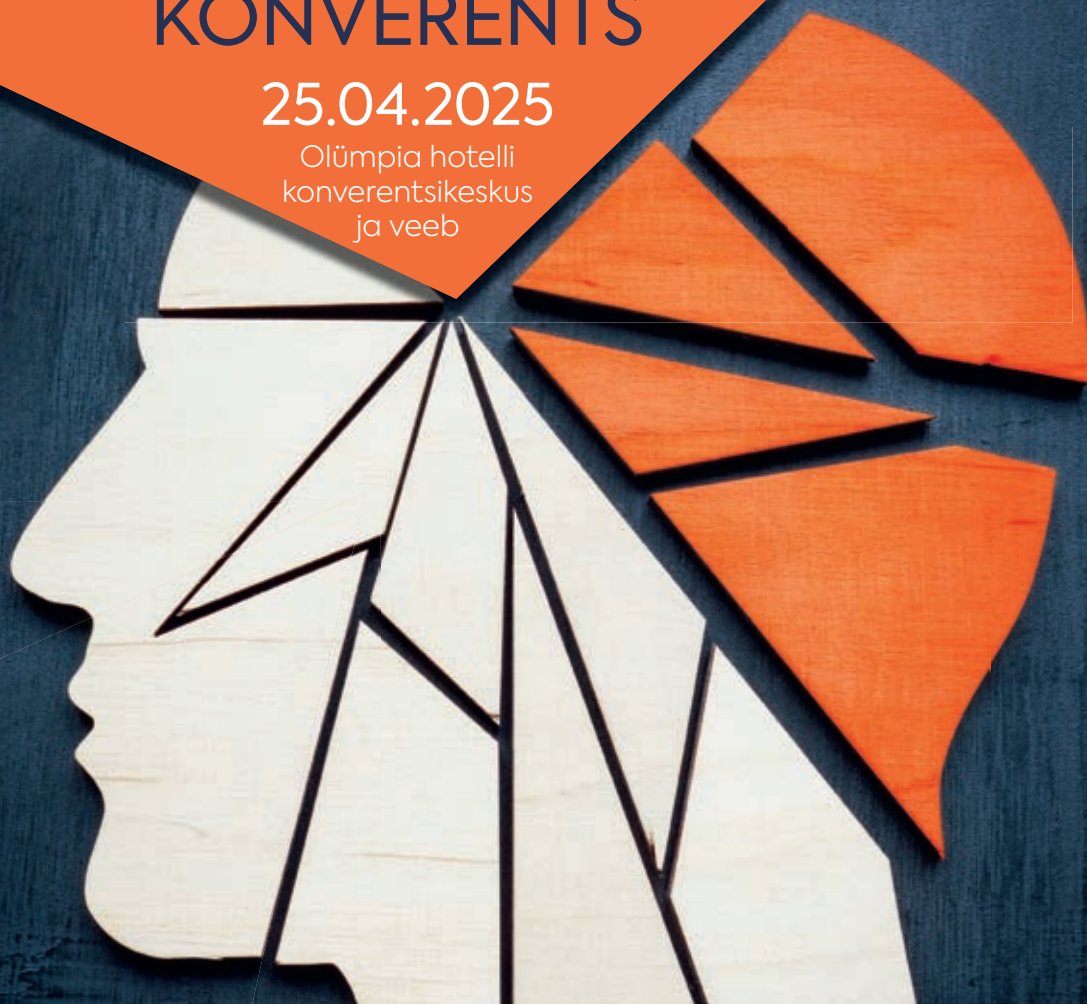
- ▶ NSAIDid või paratsetamool – mitte rohkem kui 15 päeval kuus
- ▶ Triptaanid – mitte rohkem kui 10 päeval kuus
- ▶ Gepandid – vajaduspõhiselt, kuid mitte sagedamini kui 1 x 24 h jooksul (nt rimegepant 75 mg kord 24 h jooksul, ka ülepäeviti profül. ravis)
- ▶ Ditaanid - vajaduspõhiselt, kuid mitte sagedamini kui 1 kord 24 h jooksul (nt lasmiditaan 50 mg, 100 mg või 200 mg kord 24 h jooksul)

Allikas: Katrin Põld

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 meditsiiniameedia
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)

Menopaus on loomulik osa naise elukaares.



FOTO: SHUTTERSTOCK

Kas ja kuidas valmistuda menopausiks?

Menopaus kui loomulik sündmus naise elukaarel, millele pööratakse üha rohkem tähelepanu. Kuigi menopausi nähud ja mõjud tervisele on hästi teada, jääb see sageli tabuteemaks ja paljud naised ei oska selleks perioodiks elus valmistuda ega tea, millised valikud neil on.

MADE LAANPERE, MD PhD Tartu Ülikooli naistekliinik

MIS ON MENOPAUS JA PERI-MENOPAUS?

Menopaus tähendab viimast menstruatsiooni, mis on munasarjade töö lakkamise tunnuseks. Perimenopaus ehk üleminekuiga algab enne viimast menstruatsiooni ning kestab aasta pärast seda. Selle perioodi jooksul toimuvad hormonaalsed muutused, peamiselt munasarjades toodetud hormoonide langus, mis võivad põhjustada mitmeid sümptomeid, näiteks kuumahoogusid, öist higistamist, tuju kõikumist, unehäireid ja tupekuivust. Keskmine menopausi alguse vanus on 51 aastat, kuid individuaalsed erinevused on üsna suured.

Hormonaalsed muutused mõjutavad, lisaks viljakusele, paljusid teisi organsüsteeme. Östrogeen, mis on oluline naissuguhormoon, aitab näiteks säilitada luutihedust, reguleerib lipiidide ainevahetust ja toetab südame-veresoonkonna tervist. Selle puudus suurendab osteoporoosi,

südamehaiguste, diabeedi ja teiste terviseprobleemide riski. Kui menopaus algab enne 40. või 45. eluaastat, suurenevad riskid märkimisväärselt. See tähendab, et östrogeeni kaitsev mõju kaob varem, suurendades südamehaiguste, osteoporoosi ja teiste terviseprobleemide tõenäosust. Hilisem menopaus on naisele alati kasuks.

MIDA TULEB ÜLEMINEKUEAST TEADA?

Üleminekueaga kaasnevad hormonaalsed, kehalised ja emotsionaalsed muutused. Kogetavad sümptomid on väga erinevad ja need võivad häirida vähemal või suuremal määral igapäevaelu. Näiteks:

- kuumahood;
- öine higistamine;
- südameklõppimine;
- unehäired;



Vagifem® 10

10 µg 17β-östradiool

Menopausist tingitud
tupevaevuste raviks

- Kuivus
- Sügelus
- Kipitus
- Tundlikkus
- Valulik seks

- ☐ **Nüüd saada val ilma retseptita**
- ☐ Ühekordsete aplikaatoritega tupesisesed tabletid
- ☐ Lihtne ja diskreetne kasutada
- ☐ **Käsimüügi pakendis 24 vaginaaltabletti**



Efektiivne.¹ Mugav.² Diskreetne.³

Vagifem® 10 mikrogrammi vaginaaltabletid (östradiool). Pakendis on 24 tabletti koos aplikaatoritega.

Näidustus. Vagifem'i kasutatakse menopausist tingitud tupesisesete vaevuste, nagu näiteks kuivus või ärritus, leevendamiseks. **Kasutamine.** Sisestage tablett tuppe aplikaatori abil. Esimesel kahel nädalal manustage üks vaginaaltablett ööpäevas. Seejärel kasutage üks vaginaaltablett kaks korda nädalas. Jätke 3 või 4 päeva iga manustamiskorra vahele. **24 vaginaaltabletti pakendis – käsimüügiravim.**

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

Viited: 1. Simon J et al. Obstet Gynecol 2008; 112(5): 1053-1060. 2. Rioux JE et al. Menopause 2000;7(3): 156-161. 3. Dugal R et al. Acta Obstet Gynecol Scand 2000; 79:293-297.



Müügiloo hoidja: Novo Nordisk A/S, Novo Alle DK-2880 Bagsværd, Taani.
Täiendav teave müügiloo hoidja esindusest: Novo Nordisk Estonia OÜ,
Paldiski mnt 29, Tallinn 10612.
Vagifem® on Novo Nordisk Health Care AG, Šveits, registreeritud kaubamärk.
© 2024 Novo Nordisk A/S EE24VG00026 11 2024



- nn aju-udu;
- tupekuivus ja valulik seksuaalvahekord;
- ebaregulaarne menstruaaltsükkel ja verejooksud;
- tuju muutused;
- ärrituvus;
- keskendumisraskused;
- mälu halvenemine;
- kaalutõus;
- naha elastsuse vähenemine;
- lihas- ja liigesevalud jpm.

VÄHENE TEADLIKKUS JA SELLE TAGAJÄRJED

Kuigi menopausi füsioloogilised muutused on loomulikud, ei ole paljud naised selleks valmis. Menopausi koolis ei käsitleta. Ühes Suurbritannias läbi viidud uuringus selgus, et 60,8% naistest ei teadnud enne 40. eluaastat sellest midagi ning 36% omas pinnapealseid teadmisi. Enamik hakkas teemat uurima alles siis, kui endal sümptomid juba ilmnesisid. Info puudumine muudab menopausi sageli ootamatuks ja hirmutavaks kogemuseks.

Eestis on menopausi käsitlemine, sh tervishoius ja meedias, ikkagi väga napp. Naised ei pruugi teada, millest enesetunde seotud muutused on tekkinud, millised valikud on sümptomite leevendamiseks, ja tihti ei teata, kuhu oma murega pöörduda. Mõni teema on eriti tabu. Näiteks on tupekuivus ja urineerimishäired probleemid, millest sageli ei räägita, kuigi need mõjutavad oluliselt naise elukvaliteeti.

KUIDAS VALMISTUDA MENOPAUSIKS?

Üks võtmetegur ongi teadlikkus. Kui naised teavad, milliseid muutusi on oodata ja kuidas nendega toime tulla, on üleminekuperiood vähem stressirohke. Lisaks informeeritusele on olulised ka eluviisivalikud ja nende parandamiseks on perimenopaus ideaalne aeg.

1. Toitumine ja füüsiline aktiivsus. Tasakaalustatud toitumine ja regulaarne liikumine aitavad säilitada tervislikku kehakaalu, ennetada lihasmassi kadu ning vähendada südamehaiguste riski.

2. Kahjulike harjumuste vältimine. Suitsetamine ja liigne alkohol suurendavad mitmeid terviseriske, sealhulgas südame- ja rinnavähi riski.

3. Ennetavad meetmed. Regulaarne osalemine rinnanäärme-, emakakaela- ja soolevähi sõeluuringutes aitab avastada võimalikke terviseprobleeme varakult.

HORMOONASENDUSRAVI JA SELLE ROLL

Hormoonasendusravi (HAR) on tõhusaim viis sümptomite leevendamiseks olles väga efektiivne kuumahoogude, unehäirete, meeleolu kõikumiste jms sümptomite leevendamisel. Varakult alustatuna aitab HAR ennetada mitut terviseprobleemi, mis östrogenide kaoga seotud. Eriti oluline on positiivne toime südame-veresoonkonnahaiguste ennetamisele ja luumurru riski vähendamisele. Kui HAR alustatakse 10 aasta jooksul pärast menopausi algust, võib see parandada kognitiivset või-



Made Laanpere.

FOTO: ALAN PROOSA

mekust ja vähendada Alzheimeri ning Parkinsoni tõve riski. On hästi teada, et selles perioodis HAR tarvitamine vähendab nii suremust kardio-vaskulaarsetesse haigustesse kui ka üldist suremust. Kui ravi alustatakse hiljem, võib mõni kasulik mõju olla väiksemad, puududa või isegi riski tõsta, kuid see ei tähenda, et ravi ei võiks alustada ka hiljam. Naised võidaksid väga palju, kui kõlama ei pääseks, et sellistel „tühistel“ põhjustel nagu „see on lihtsalt osa naiseks olemisest“, „asi pole nii hull“ ja eriti „see läheb mööda“ ei peeta elu häirivate sümptomite leevendamist vajalikuks. HAR puhul on aastaid ülehinnatud riske ja mööda vaadatud ilmsetest kasudest.

Lokaalne e tupesisene ravi östrogeniga on tõhus kuse- ja suguelundite atroofia ravis leevendades tupekuivusest tingitud sümptome, urineerimishäired ja ennetades kusepõie korduvaid põletikke. Sellisele ravile alternatiive ei ole. Nüüdseks on see ravi tupesiseste tablettidena saadaval apteegis käsimüügis.

Kaebuste leevendust võivad pakkuda ka paljud muud tegevused näiteks jooga, hingamisharjutused, *mindfulness*, meditatsioon, nõelravi või psühhoterapia. Enamasti pöörduvad naised apteeki, kuid tuleb teada, et mistahes taimse preparaadi efektiivsus ei ületa platseebo toimet.

Oluline on meeles pidada, et menopaus ei ole ainult füüsiliste muutuste aeg. See mõjutab ka psühholoogilist heaolu ja võib kaasa tuua muutusi elukorralduses.

Kui varem peeti viiekümneaastaseks saamist nn tühja pesa sündroomi ajaks, siis tänapäeval elavad paljud naised kodus teismeliste lastega, kellel võib samal ajal alata puberteet. See toob kaasa uusi väljakutseid, kuid ka võimalusi kaasamiseks ja mõistmiseks.

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. 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.
Rybelsus® ja Ozempic® on Novo Nordisk A/S, Taani, kaubamärgid.
© Novo Nordisk A/S. EE25RYB00009 02/2025



Imikud, lapsed, noorukid, täiskasvanud

20-valentne pneumokokk-polüsahhariidide konjugaatvaktsiin on näidustatud imikueast kõrge vanuseni.



▼ Sellele ravimile kohaldatakse täiendavat järelevalvet, mis võimaldab kiiresti tuvastada uut ohutusteavet. Tervishoiutöötajatel palutakse teatada kõigist võimalikest kõrvaltoimetest.

Prevenar 20® – Pneumokokk-polüsahhariidide konjugaatvaktsiin, 20-valentne, adsorbeeritud. Retseptiravim N1. Süstesuspensioon süstlis. Näidustused: imikute, laste ja noorukite (vanuses 6 nädalat kuni < 18 aastat) aktiivne vaktsineerimine *Streptococcus pneumoniae* põhjustatud invasiivse haiguse, kopsupõletiku ja ägeda keskkõrvapõletiku vastu; 18-aastaste ja vanemate isikute aktiivne vaktsineerimine *Streptococcus pneumoniae* põhjustatud invasiivse haiguse ja kopsupõletiku vastu. Ravimi omaduste kokkuvõte 03.2024. Vaktsineerimise ajakava peab põhinema ametlikel soovitusel.

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.

PP-PNR-EST-0050, September 2024