



MEDITSIIN FOOKUSES

MEDITSIINALASED
UUDISED, ETTEKANDED
JA UURIMUSED
EESTI ARSTIDELT

SEPTEMBER
2023



Jardiance®
(empaglifloosin)



ÜKS RAVIM. MITU NÄIDUSTUST¹

- ✓ **2. tüüpi diabeediga** patsiendile
- ✓ **Südamepuudulikkusega** patsiendile
- ✓ **Kroonilise neeruhaigusega** patsiendile

SÜDAMEPUUDULIKKUSE näidustusel (I50)

75% / 90% SOODUSTUS
OLENEMATA väljutusfraktsioonist*



Lihtne annustamine: suukaudne,
üks kord päevas, ei vaja tiitrimist¹

1. Jardiance® (empaglifloosin) ravimi omaduste kokkuvõte. Juuli, 2023
*alates 01.04.2023 väljakirjutamise tingimus 75% soodusmäär korral kroonilise südamepuudulikkuse (I50) patsiendile, kes kuulub NYHA II-IV funktsionaalklassi, kellel ravikoostöö on hea ning kellel AKE-inhibiitor või ARB ja beetablokaatori kaksikravit südamepuudulikkuse sümptomid endiselt püsivad või süvenevad. HK nõukogu otsus nr 6; 17.02.2023. Tervise- ja töministri tegepaneku tegemine sotsiaalministri 24. septembri 2002 määruse nr 112 „Eesti Haigekassa ravimite loetelu“ muutmiseks.

Õhukese polümeerikattega tabletid.
Annused: 10 mg, 25 mg üks tablett üks kord ööpäevas. Retseptiravim.

Näidustused:

2. TÜÜPI SUHKURTÕBI (10 mg; 25 mg)

Jardiance on näidustatud ravile ebapiisavalt alluva 2. tüüpi suhkurtõvega täiskasvanud patsientidele lisaks dieedile ja füüsilisele koormusele:

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

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

SÜDAMEPUUDULIKKUS (10 mg)

Jardiance on näidustatud täiskasvanutele sümptomaatilise kroonilise südamepuudulikkuse raviks.

KROONILINE NEERUHAIGUS (10 mg)

Jardiance on näidustatud täiskasvanutele kroonilise neeruhaiguse raviks.

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

Tootja esindus ja täiendav teave: Boehringer Ingelheim RCV GmbH & Co KG Eesti filiaal, Pärnu mnt 141, 11314 Tallinn, medicalinformationsservice.TLL@boehringer-ingelheim.com



Palun tutvuge ravimite omaduste kokkuvõtetega
Ravimiameti kodulehel www.ravimiamet.ee



Riskigrupi patsiendil

KUI COVID-19, SIIS

PAXLOVID

(nirmatrelviir/ritonaviir)

Tegutsege kiiresti, patsiendiga, kellel on vähemalt üks riskitegur, mis võib viia raske haiguse tekkeni.^{1,*}

Alusta ravi mitte hiljem kui 5 päeva jooksul alates sümptomite tekkimisest patsientidel, kes ei vaja lisahapnikku.¹



hospitaliseerimise või surma suhtelise riski vähenemine EPIC-HR uuringu põhjal^{1*}

Viited: 1. PAXLOVID (nirmatrelviir/ritonaviir) ravimi omaduste kokkuvõte: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/paxlovid-epar-product-information_et.pdf.

* Uuringu EPIC-HR disain: PAXLOVIDi (nirmatrelviir/ritonaviir) ohutust ja efektiivsust hinnati uuringus EPIC-HR (N=2246), mis oli II/III faasi randomiseeritud topeltpime platseebokontrolliga uuring mittehospitaliseeritud sümptomaatilistel täiskasvanud osalejatel, kellel oli laboratoorselt kinnitatud SARS-CoV-2 infektsiooni diagnoos ja suur raskeks haiguseks progresseerumise risk. Esmane tulemusnäitaja hindas osalejate osakaalu, kes hospitaliseeriti COVID-19 tõttu või kes surid mis tahes põhjusel enne 28 päeva möödumist, kui ravi algas ≤3 päeva pärast sümptomite avaldumist. Teisene tulemusnäitaja hindas sarnaselt patsiente, kelle ravi algas ≤5 päeva pärast sümptomite avaldumist.

RAVIMI OMADUSTE LÜHIKOKKUVÕTE

▼ Sellele ravimile kohaldatakse täiendavat järelevalvet, mis võimaldab kiiresti tuvastada uut ohutusteavet. Tervishoiutöötajatel palutakse teatada kõigist võimalikest kõrvaltoimetest. Paxlovid (nirmatrelviir/ritonaviir) 150 mg + 100 mg õhukese polümeerikattega tabletid.

INN: *nirmatrelvirum + ritonavirum*. Üks roosa õhukese polümeerikattega tablett sisaldab 150 mg nirmatrelviiri. Üks valge õhukese polümeerikattega tablett sisaldab 100 mg ritonaviiri. Paxlovid (nirmatrelviir/ritonaviir) on näidustatud 2019. aasta koroonaviirushaiguse (COVID-19) raviks täiskasvanutel, kes ei vaja lisahapnikku ja kellel on suurenenud risk raske COVID-19 tekkeks. Soovitatav annus on 300 mg ravimit nirmatrelviir (kaks 150 mg tabletti) koos 100 mg ritonaviiriga (üks 100 mg tablett) suu kaudu iga 12 tunni järel 5 päeva jooksul. Suukaudne.

Müügiloa hoidja: Pfizer Europe MA EEIG, Boulevard de la Plaine 17, 1050 Brüssel, Belgia. **Täiendav teave müügiloa hoidja Eesti esindusest:** Pfizer Luxembourg SARL Eesti filiaal, A. H. Tammsaare tee 47, 11316 Tallinn, tel: +372 666 7500. Retseptiravim. 30 tabletti ühes pakendis. SPC juuni 2023.



© 2023 Pfizer. Kõik õigused kaitstud. PP-PAX-EST-0052, August 2023



Paxlovid®
(nirmatrelviiri 150 mg | ritonaviiri 100 mg)



Sureme, saapad jalas?

Eestlane tahaks olla nagu kauboi metsikus läänes ja surra saapad jalas, tukk suitsemas. Vähemasti selline mulje jääb statistika põhjal, mis ütleb, et Eestis on suremus südame-veresoonkonna haigustesse 50,4%. Euroopa Liidus on see näitaja 36,7% ehk tunduvalt madalam. Oma soovidega peab seega ettevaatlik olema, sest unistus olla vinge vend, kes ei karda ussi-ega püssirohtu võib organismi kurnamise tulemusel päädida enneaegse surmaga südamehaiguste tõttu.

Eestlase kurnamine ei tähenda siiski enesepiitsutamist veistega võidu joostes või hobuse seljas galopeerides, kuigi keskealiste tervislikkust ületav spordilembus on samuti tuttav teema. Pigem tähendab see pidevat sajaga elamist - ületunnid tööl, läbipõlemiseni viiv stress, kolesteroolirikas juurikaid välis- või toidut ja alkohol. See on nn tegijate elu - vaadake ja kadestage!

Paraku pole põhjust kade olla, sest südame-veresoonkonna haigused on Eestis peamine surmapõhjus, mis viib meie seast igal aastal umbes 8000 inimest. Enamik varajastest

südame-veresoonkonna haigustest tingitud surmadest on aga ennetatavad. Piisab, kui suurendada füüsilist aktiivsust - võimalusel käia jalgsi, trepist, toituda tasakaalustatult - taldrikureegel ausse, alkoholi vähem ja tubakat üldse mitte. Ehk vererõhk ja kolesteroolitase normi.

Miks ma seda elementaarset juttu siin arstide ajakirjas kirjutan? Iga arst suudab seda une pealt koos detailidega igale vastutulijale vuristada. Kuid ka arstid on inimesed ja ka neid kimbutavad ületöö, stress, toitumisprobleemid, alkoholi- lembus ja nõrkus tubaka vastu. Ühest küljest mõjub patsiendile motiveerivalt heas vormis arst, kuid teisalt - meil on arste niigi vähe. Me ei taha kaotada teist mitte ühtegi liiga vara. Meil on teid vaja!



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

Reklaami projektijuht:

Maarja Kõrv,

tel 525 7708, 6670 245

maarja.korv@aripaev.ee

Reklaam: tel 667 0177,

Trükk: AS Kroonpress

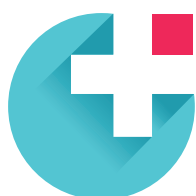
Väljaandja: AS Äripäev,

Pärnu mnt 105, 19094 Tallinn

Peatoimetaja: Meelis Mandel

Toimetus võtab õiguse kirju ja kaastöid vajaduse korral lühendada.

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



KARDIOLOOGIA Ida-Tallinna Keskhaigla kardioloog **URMO KIITAM** sagedaseimast rütmihäirest ehk kodade virvendusarütmiaist. **Lk 6–10**

KARDIOLOOGIA Ida-Tallinna Keskhaigla südamekeskuse juhataja kardioloog **HELI KALJUSAAR** reumaatiliste haiguste ja koronaarhaiguste omavahelisest seotusest. **Lk 12–14**

DERMATOLOOGIA Tartu Ülikooli Kliinikumi dermatoveneroloog **LIIS ILVES** ja Põhja-Eesti Regionaalhaigla dermatoveneroloog **MAIGI EISEN** EuroGuiDermi Eestile kohandatud psoriaasi uutest ravijuhistest. **Lk 16–23**

DIABEET/REUMATOLOOGIA Põhja-Eesti Regionaalhaigla endokrinoloog **ANU AMBOS** diabeetilise haige luumurruriskidest. **Lk 24–26**

ANDROLOOGIA Tartu Ülikooli Kliinikumi meestearst **MARGUS PUNAB** üha sagedevate erektsioonihäirete põhjustest. **Lk 28–30**

GASTROENETROLOOGIA Lääne-Tallinna Keskhaigla gastroenteroloog **KÜLLIKI SUURMAA** põletikulisest soolehaigusest ja ärritunud soole sündroomist. **Lk 32**

RAVIMID Tervisekassa on valmis bioloogiliste ravimite ühishankeid jätkama. **Lk 34**

Järgmine number ilmub **november 2023**.

Geriaatria konverents

02.11.2023

HÜBRIIDKONVERENTS
Hotell Olümpia konverentsikeskuses ja
veebikeskkonnas Worksup

EAKATE SAGEDASED TERVISEPROBLEEMID

- Kroonilised haigused vanaduses
- Dementsus, deliirium, depressioon – diferentsiaal-
diagnostikaakate 3D – dementsus, deliirium, depression
- Mäluhäired vanemas eas
- Depressioon eakatel
- Haiguste ebatüüpiline avaldumine vanemas eas
- Habras patsient üldkirurgias
- Liigutushäired – mida vanemaks, seda sagedasemaks
- Eakate kukkumist soodustavad ravimid. Ravimisõltuvus
vanemaealistel (trankvillisaatorid, opiaadid)
- Eakate tervisemured ja juhtimisõigus

Sihtgrupp:
perearstid, (pere)õed, sotsiaaltöötajad

Konverents annab **7 täiendkoolituspunkti**

pood.aripaev.ee/konverentsid-geriaatria



MEDITSIINI-
KONVERENTSID

Ainus molekul KMI ≥ 30 kg/m²

semaglutiid

Semaglutiidi soodustingimuste muudatus alates 01. jaanuarist 2023¹

50% soodustusega:

- 2. tüüpi diabeedi raviks juhul, kui ravi suukaudsete diabeediravimitega ei ole efektiivne või on vastunäidustatud.

75/90% soodustusega:

- 2. tüüpi diabeedi kombinatsioonraviks rasvumusega patsientidel **KMI ≥ 30 kg/m²**;
- kombinatsioonravi peab sisaldama metformiini ja sulfonüüluurea preparaati või vähemasti ühte neist, juhul kui metformiin või sulfonüüluurea preparaat on meditsiiniliselt vastunäidustatud
- tingimusel, et eelnev ravi SGLT-2 inhibiitoriga maksimaalses talutavas annuses ei ole andnud rahuldavat efekti või on vastunäidustatud.

Patsiendid, kelle ravi semaglutiidiga on alustatud enne 01.01.2023, võivad jätkata ravi tuginedes kuni 31.12.2022 kehtinud soodustingimustele.

ÜKS TABLETT ÜKS KORD PÄEVAS
RYBELSUS[®]
semaglutiidi tabletid

ÜKS SÜST ÜKS KORD NÄDALAS
OZEMPIC[®]
semaglutiid

Olenemata manustamisviisist on näidustus ja soodustingimused samad.

Näidustus. Ebapiisavalt kontrollitud 2. tüüpi diabeedi raviks täiskasvanutele lisaks dieedile ja füüsilisele koormusele: monoterapias, kui metformiin on talumatuse või vastunäidustuste tõttu sobimatu; kombinatsioonis teiste diabeediravimitega.

Rybelsus[®] (semaglutiid) on retseptiravim.

Igas pakendis 30 tabletti.

Rybelsus[®] (semaglutiid) 3 mg tabletid.

Üks tablett sisaldab 3 mg semaglutiidi.

Rybelsus[®] (semaglutiid) 7 mg tabletid.

Üks tablett sisaldab 7 mg semaglutiidi.

Rybelsus[®] (semaglutiid) 14 mg tabletid.

Üks tablett sisaldab 14 mg semaglutiidi.

Ozempic[®] (semaglutiid) on retseptiravim.

Igas pakendis 1 pen-süstel.

Ozempic[®] 0,25 mg süstelahus pen-süstlis;

üks pen-süstel sisaldab 2 mg semaglutiidi

1,5 ml lahuses.

Ozempic[®] 0,5 mg süstelahus pen-süstlis; üks pen-

süstel sisaldab 2 mg semaglutiidi 1,5 ml lahuses.

Ozempic[®] 1 mg süstelahus pen-süstlis; üks pen-

süstel sisaldab 4 mg semaglutiidi 3,0 ml lahuses.

Viited: 1. Haigekassa.ee: Soodusravimite ja piirhindade muudatused alates 1. jaanuarist 2023.
<https://www.haigekassa.ee/partnerile/ravimitest/soodusravimid>, viimati vaadatud 05.12.2022.



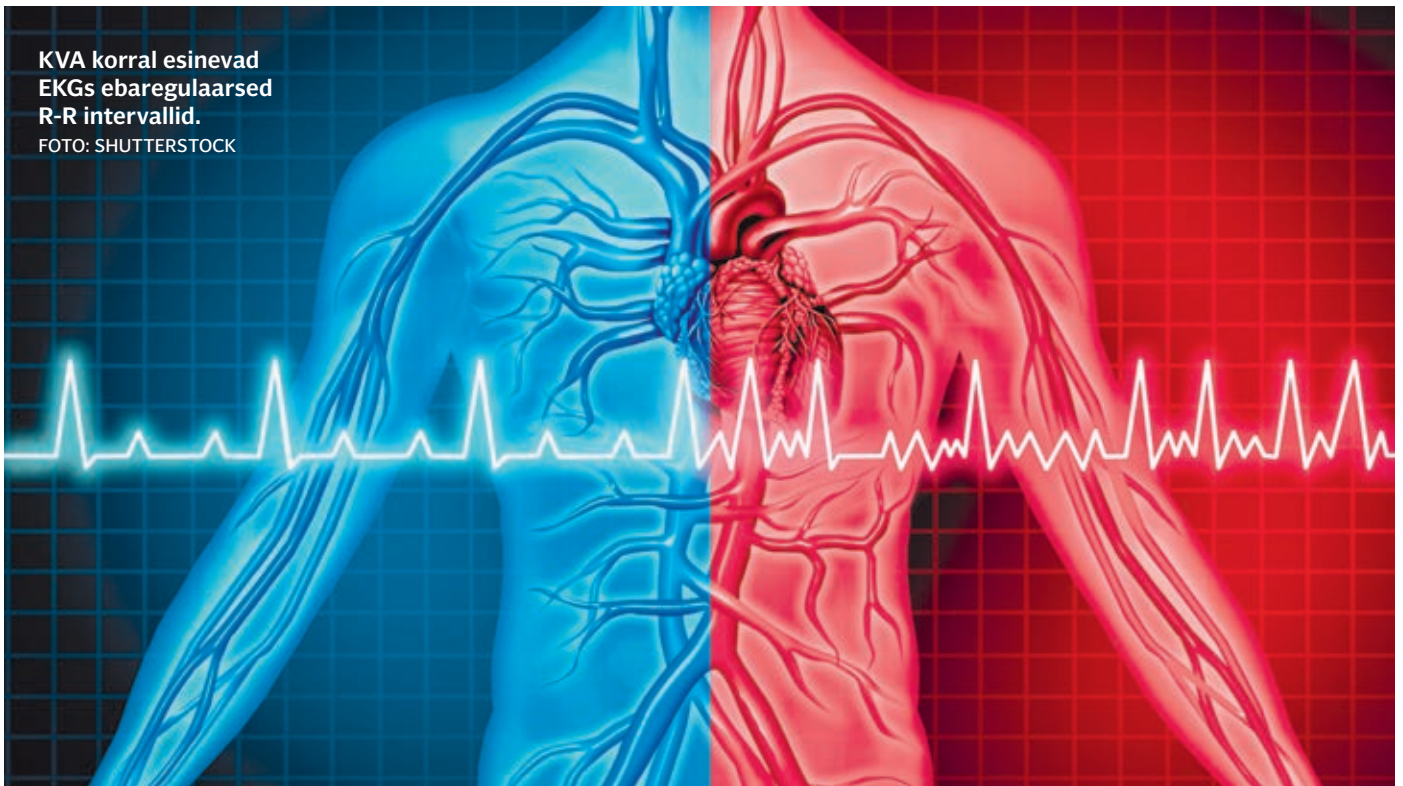
Müügiloa hoidja: Novo Nordisk A/S, Novo Allé DK-2880 Bagsværd, Taani.
Täiendav teave müügiloa hoidja esindusest:
Novo Nordisk A/S Eesti filiaal, Paldiski mnt. 29, Tallinn 10612.
Rybelsus[®] ja Ozempic[®] on Novo Nordisk A/S, Taani, kaubamärgid.
© Novo Nordisk A/S EE22RYB00037 01.2023

Loe ravimite ja süstevahendite kohta täpsemalt Novo Nordiski Tervishoiutöötaja Infoportaalist:



KVA korral esinevad EKGs ebaregulaarsed R-R intervallid.

FOTO: SHUTTERSTOCK



Sagedaseim rütmihäire on kodade virvendusarütmia

Sagedasematest rütmihäiretest kardioloogi ja perearsti vaates tegi veebiseminaril ülevaate Ida-Tallinna Keskhaigla kardioloog **Urmo Kiitam**.

HANNA FRIIDA KONKS, TÜ VI kursuse arstitudeng

Kodade virvendusarütmia (KVA) diagnoositakse tüüpiliselt vanuses 50-60 eluaastat ning see on meditsiinisisüsteemile ühe suurima haiguskoormusega rütmihäire. KVA patsienti käsitledes tuleb esiteks veenduda, et patsiendil on olemas korrektne KVA diagnoos, mis on tõestatud vähemalt 30 sekundi vältel EKG monitooringu või 12 lülitusega EKG abil. KVA korral esinevad EKGs ebaregulaarsed R-R intervallid (v.a täieliku AV blokaadi korral), puuduvad selgelt eristatavad P lained ning esineb ebaregulaarne kodade elektriline aktiivsus.

KVA puhul eristatakse paroksüsmaalset, persisteruvat ja permanentset kodade virvendusarütmia. Paroksüsmaalne KVA diagnoositakse juhul, kui KVA kestus on olnud vähem kui 7 päeva, persisteruv kui KVA kestus on olnud rohkem kui 7 päeva. Pikaajaline persisteruv KVA on kestnud üle ühe aasta ning pole tehtud kindlat otsust siinusrütmi mitte taastada. Permanentne KVA on juhul kui siinusrütmi enam aktiivselt ei taastata ning

on teadvustatud taktika nii arsti kui ka patsiendi poolt. Terminid nagu „eraldiseisev“ või „idiopaatiline“ KVA, „valvulaarne“/„mittevalvulaarne“ KVA, „krooniline“ KVA, ei ole korrektne viis KVA diagnoosi kirjeldamiseks.

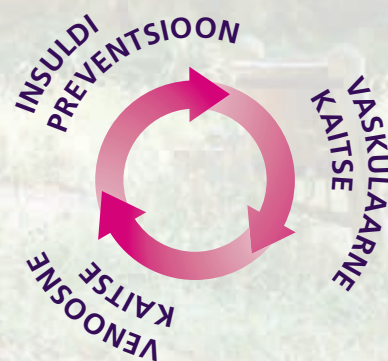
KVAd saab kindlaks teha erinevate meetoditega. Vahepeal piisab pulsi katsumisest, et ära tunda rütmihäire, kuid diagnoosi kinnitamiseks on kliinilises praktikas kasutusel 12 lülitusega EKG, 24/72 tunni Holter monitooring või rütmivalvur e *loop recorder*. Viimane võetakse kasutusele siis, kui teiste uuringutega ei ole võimalik rütmihäiret kindlaks teha ning kahtlus rütmihäirele püsib. Perearstide jaoks on Holteri kättesaadavus viimaste aastate jooksul oluliselt paranenud.

PATSIENDI ENDA NUTISEADMED

Uurimismeetodite puhul tuleb tähelepanu pöörata ka patsiendi enda nutiseadmetele, mis salvestavad EKGd. Enamlevinud nendest on nutitelefon, nutikell, vererõhuaparaat ja pulsi katsumine.



MITME- KÜLGNE KAITSE



TEIE TROMBOOSIRISKIGA PATSIENTIDELE¹

Viited:

1. Xarelto (rivaroksabaan) ravimi omaduste kokkuvõte, juuni 2021



Ravimpreparaadi nimetus ja toimeaine Xarelto (rivaroksabaan) ▼ Käesoleva ravimi suhtes kohaldatakse täiendavat järelvalvet, mis võimaldab kiiresti tuvastada uut ohutusteavet. Tervishoiutöötajatel palutakse teavitada kõigist võimalikest kõrvaltoimetest Eesti ravimiametit või aadressil pharmacovigilance.baltic@bayer.com. **Retseptiravim**. Enne ravimi määramist tutvuge palun ravimi omaduste kokkuvõttega. **Ravimvorm ja toimeaine sisaldus** Ohukese polümeerikattega tabletid. Iga tablett sisaldab 15 mg / 20 mg rivaroksabaani. **Pakendisuurused** 15mg / 20 mg N28, N42, N98 **Näidustused** Insuldi ja süsteemse emboolia ennetamine täiskasvanud patsientidel, kellel esineb mittevälvulaarne kodade virvendusrütmia koos ühe või enama riskiteguriga. **Anestamine ja manustamisviis** 20 mg üks kord ööpäevas, mõõduka (kreatiniini kliirens 30...49 ml/min) või raske neerukahjustusega (kreatiniini kliirens 15...29 ml/min) patsientidele 15 mg üks kord ööpäevas. Xarelto (rivaroksabaan) 15 mg ja 20 mg tablette tuleb võtta koos toiduga. **Vastunäidustused** Ülitundlikkus toimeaine või mis tahes abiainetega suhtes. Kliiniliselt oluline äge verejooks. Kahjustused või seisundid, mille puhul mille puhul peetakse suure verejooksu riski märkimisväärselt. Samaaegne ravi mis tahes muu antikoagulandiga välja arvatud ülevõimelise ühelt antikoagulandilt teisele või kui fraktsioneerimata hepariini manustatakse annuses, mis on vajalik tagamaks tsentraalse veeni- või arterikateetri avatus. Maksahaigus, millega kaasneb koagulopaatia ja kliiniliselt oluline veritsemisohv, sh tsirroosiga patsiendid, kellel on Child-Pugh B ja C. Rasedus ja imetamine **Hoiatused ja ettevaatusabinõud kasutamisel** Kogu raviperioodi vältel on soovitatav kliiniline jälgimine anti-koagulatsioonravi tavade kohaselt. Tõsise nahalööbe esmasel ilmumisel või limaskestade kahjustusega seotud teiste ülitundlikkushäirete tekkimisel tuleb ravi Xarelto (rivaroksabaan) lõpetada. Xarelto (rivaroksabaan) ei soovitata kasutada: väga raske neerukahjustusega patsientidel (kreatiniini kliirens < 15 ml/min); patsientidel, kes saavad samaaegselt süsteemset ravi tugevate CYP3A4 ja P-gp inhibiitoritega nt asool-tüüpi seentevastaste ainetega või HIV-proteasi inhibiitoritega; kõrgenenud verejooksuriskiga patsientidel; patsientidel, kes saavad samaaegselt ravimeid, mis on tugevad CYP3A4 indutseerijad kui patsientidel ei jälgi hoolikalt tromboosi tekkimise märke või sümptomeid; patsientidel, keda samaaegselt ravitakse dronedarooniga; südameklapi- ja südameklapiaproteesidega patsientidel; antifosfolipiidsündroomiga patsientidel, kellel on anamneesis tromboos; tromboosi profülaktikaks

patsientidel, kellele on hiljuti tehtud kateetrikaudne aordiklapi asendamine (TAVR). Xarelto (rivaroksabaan) tuleb kasutada ettevaatusega: suurenenud veritsemisriskiga patsientidel; patsientidel, kellel on raske neerukahjustus (kreatiniini kliirens 15–29 ml/min); neerukahjustusega patsientidel, kes võtavad samaaegselt teisi ravimeid, mis suurendavad rivaroksabaani kontsentratsiooni vereplasmas; patsientidel, kes saavad samaaegselt ravimeid, mis mõjutavad hemostaasi; patsientidel, kelle tehakse neurak-siaalne anesteesia (epiduraal-/spinaalanesteesia) või spinaalpunktsioon. Aktiivse kasvaja patsientidel tuleb kaaluda tromboosivastase ravi individuaalset kasulikkust võrreldes veritsemisriskiga. Haavandilise seedetraktihaiguse riskiga patsientidel tuleb kaaluda asjakohast profülaktilist ravi. Kuigi rivaroksabaan-ravi ajal puudub vajadus jälgida rutiinselt rivaroksabaani plasmataaset saab erandjuhtudel määrata rivaroksabaani plasmataaset kalibreeritud kvantitatiivsete anti-faktor Xa analüüsides. Ravimpreparaat sisaldab laktoosi. **Kõrvaltoimed** Sage: aneemia, pearinglus; peavalu, silma hemorraagia, hüpotensioon, hematoom, ninaverejooks, verikõha, igemete veritus, seedetrakti hemorraagia, seedetrakti- ja kõhuvalud, düspepsia, iiveldus, kõhukinnisus, kõhulahtisus, oksendamine, sügelus; lööve, ekhümoos, kutaanne ja subkutaanne hemorraagia, jäsevalu, urogenitaaltrakti hemorraagia, neerukahjustus, palavik, perifeerne turse, üldine jõu ja energia vähenemine, transaminaaside aktiivsuse tõus, protseduurijärgne hemorraagia, kontusioon, haavast väljuv sekreet. Aeg-ajalt: trombotsütoos, trombotsütoopenia, allergiline reaktsioon, allergiline dermatiit, angioödeem ja allergiline ödeem, terebraalne ja intrakraniaalne hemorraagia, sünnikoop, tahükardia, suukuivus, maksakahjustus, urtikaaria, hemartroos, halb enesetunne, bilirubiini, vere leelisfosfataasi, LDH, lipaasi, amülaasi, GGT taseme suurenemine. Harv: ikterus, konjugeeritud bilirubiini taseme suurenemine, kolestaas, hepatiit (sh hepatotsellulaarne kahjustus), lihahemorraagia, lokaliseerunud ödeem, vaskulaarne pseudoaneurüsm. Väga harv: anafülaktiline reaktsioon sh anafülaktiline šokk, Stevens-Johnsoni sündroom / toksiline epidermaalne nekrolüüs, DRESS-sündroom. Esinemissagedus teadmata: verejooksuga kaasuv kompartmentsündroom, verejooksuga kaasuv neerupuudulikkus / äge neerupuudulikkus **Müügiloa hoidja** Bayer AG, 51368 Leverkusen, Saksamaa **Täiendav informatsioon** Bayer OU, Lõotsa 12, Tallinn 11415, tel: +372 655 8565 või mi.baltic@bayer.com või Eesti humaanravimite registrist (www.ravimiamet.ee) **ATC kood** B01AF01 **Ravimi omaduste kokkuvõtte viimati läbi vaadatud** juunis 2021 EU versioon 11 PP-XAR-EE-0353-1



Kardioloog Karmo Kiitam FOTO: ERAKOGU

Nutiseadme PPG andur jälgib kapillaarides liikuvat pulsilainet ning ei ole sõltuv südame elektrilistest impulssidest, PPG hindab pulsilainet valgusallika ja fotodetektori abil. Salvestatud pulsilainet hindab automaatne algoritm. Kui nutiseadme info pole üheselt mõistetav, tuleb diagnoos kinnitada tavapäraste kliiniliste meetoditega, salvestada ühe lülitusega KVA kestus vähemalt 30 sekundit või KVA esinemine kogu 12 lülitusega EKG vältel.

Implanteeritav rütmivalvur e *loop recorder* võimaldab pikaajalist kahtlustatava KVA monitoorimist 24/7. *Loop recorder* sobib patsientidele, kellel esinevad harvad bradükardiaga seostatavad sümptomid, näiteks süngoobid. Seadme rütmi jälgimise võimekus on kuni kolm aastat, ilma patsiendi aktiivse osaluseta.

SAGEDUSKONTROLL

KVA ravijuhis soovib esmaseks sageduskontrolli jälgimiseks hoida pulsisagedust rahuolekus <110 x/min. Üldjuhul on kõige lihtsam ja korrektsem pulsisagedust objektiviseerida EKG abil. Kui selgub, et vaatamata adekvaatsele ravile, südamepuudulikkuse (koormustaluvuse) sümptomid ei parane, esineb väsimustunne, analüüsides esineb proBNP tõus, südame väljutusfraktsioon langeb või tekib seisundi halvenemisele viitavad tunnused, peab kaaluma rangemat sageduskontrolli eesmärki, milleks on pulsisagedus rahuolekus <80 x/min.

Sageduskontrolli ravimite puhul on esmavalikuks beetablokaatorid, sõltumata vanusest või väljutusfraktsioonist, ning need sobivad peaaegu kõikidele patsientidele (v.a raskekujulise astmaga,

KOKi põdevad patsiendid). Beetablokaatorid, nagu metoprolool ja bisoprolool, on kronotroopse toimega ja β -1 retseptorite suhtes väga spetsiifilised ning tekitavad harva raskeid kõrvaltoimeid, võrreldes näiteks nebivolooli või karvedilooliga. Metoprolooli ja bisoprolooli annust saab üldiselt tiitrida suhteliselt kõrgesse vahemikku ning vähegi keerulisematel juhtudel on need ravimid sageduskontrollis väga vajalikud. Teise valiku preparaadiks on verapamiil või diltiaseem. Sageli on need ravimid südamepuudulikkusele ja hüpotooniale kalduvatele patsientidele halvasti talutavad.

Diltiaseem on vähem selektiivne kaltsiumi kanali blokaator, mille häirivaks kõrvaltoimeks on kõhukinnisus. Alternatiivne teise valiku preparaat on digoksiin, mis võib sageli olla ainukeseks võimaluseks patsientidele. Tuleb silmas pida, et digoksiin ei sobi väljendunud neerupuudulikkusega patsientidele (eGFR <30 tõuseb oluliselt kuhjumise oht).

Sageduskontrolli juhistes on viimase valiku preparaadiks toodud amiodaroon. Tegemist on antiarütmilise ravimiga, mille eesmärk on siinusrütmi säilitamine ja virvendusarütmia koormuse vähendamine. Amiodaroonil on mitu ebameeldivat kõrvaltoimet, mis piirab selle kasutamist.

Juhul kui patsiendile määratakse kolm A/V juhtivust langetavat ravimit (näiteks metoprolool+verapamiil+digoksiin), on oluline, et patsient jälgiks raviskeemi väga täpselt. Kui on teada, et patsient ei ole esimest kahte preparaati korralikult tarvitanud, ei ole alust kolmandat raviskeemi lisada. Püsistimulaatori paigaldus ja A/V sõlme ablatsioonravi on samuti võimalus nendele patsientidele, kellel on mitu kaasuvat haigust (neerupuudulikkus, hüpotoonia), mis piirab kõrges annuses eelnimetatud ravimite kasutamist.

RÜTMIKONTROLLI NÄIDUSTUS

Rütmikontrolli näidustuseks on patsientide sümptomite leevendamine ja elukvaliteedi parandamine. Kui patsient on asümptomaatiline ja sageduskontroll on mõistlikult saavutatav, ei peaks taastama siinusrütmi. Rütmikontroll ei pruugi olla kohe esmavaliku meetod, kui esmase sageduskontrolliga saavutatakse KVA suhtes asümptomaatilisus. Sümptomite esinemine ei mõjuta kardiovaskulaarsete haigestumiste (insult, kardiovaskulaarne surm) esinemissagedust.

Rütmikontrolli kasuks räägivad järgmised faktorid: patsiendi noorus, esmane KVA episood või suhteliselt lühike KVA anamnees, tahhükardiamehhaopia, normaalne või kuni keskmiselt suurenenud vasaku koja mahuindeks (LAVI), vähe kaasuvaid haiguseid, ei esine struktuurset südamehaigust, raskesti saavutatav sageduskontroll, mõõduva teguri (nt äge haigestumine) poolt tingitud KVA, patsiendi eelistus rütmikontrolliks. Enamasti otsustatakse rütmikontrolli kasuks siis, kui patsientidel esinevad sümptomid, millega ei ole võimalik elada.

Antiarütmiline tabletravi eeldab korrektset

Kui on KVA kahtlus...

- ▶ Diagnoosi kinnitamine eeldab ühe lülitusega salvestatud AF kestvust vähemalt 30 sekundit või KVA esinemist kogu 12 lülitusega EKG vältel.
- ▶ Tõlgendamine ja diagnoosimine arsti poolt.
- ▶ Vajalik on EKG salvestus (PPG ei sobi).
- ▶ Kui nutiseadme EKG pole üheselt tõlgendatav, on vajalik korduv EKG salvestamine (12L / Holter).

ELIQUIS®
(apiksabaan):

EFEKTIIVUS

JA OHUTUS,

MILLE VALIN^α



^αPõhineb NVAF-i
kliinilistel uuringutel
vs varfariin



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



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



Väiksem üldsuremus ↓**11% RRR**^{1*}



Seedetrakti säästev insuldikaitse^{1*}



Ööpäevaringne insuldikaitse^{1,2}

*vs. varfariin

RRR = suhtelise riski vähenemine

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

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

Implanteeritav rütmivalvur (*loop recorder*)

- ▶ Võimaldab pikaajalist kahtlustatava KVA monitoorimist.
 - 24/7 jälgimine 6 kuu kuni 3 aasta jooksul.
- ▶ Sobib patsientidele, kellel esinevad harvad bradükardiaga seostatavad sümptomid (nt süngoobid).
 - kord kuus või harvemini.
- ▶ Rütmi jälgimise võimekus kuni 3 aastat, ilma patsiendi aktiivse osalusest.

Sageduskontrolli ravimid

- ▶ Esmavalik: **beetablokaatorid:**
 - prolong. metoprolool,
 - bisoprolool.
- ▶ Teine valik: **verapamiil või diltiaseem:**
 - ei sobi, kui EF on langenud,
 - sageli halvasti talutavad.
- ▶ Alternatiivne teine valik: **digoksiin:**
 - sageli ainuke võimalus, kui vererõhk on püsivalt hüpotooniale kalduv,
 - ei sobi olulise neerupuudulikkusega (eGFR <30 tõuseb oluliselt kuhjumise oht).

Nutiseadmed

- ▶ Patsiendid kasutavad kantavaid nutiseadmeid, trend on kasvav.
- ▶ Oluline on teadvustada tehnoloogilist meetodit, mis alarmi on tekitanud – fotopletüsmograafia vs. elektrokardiogramm.
- ▶ Kui nutiseadme info pole üheselt mõistetav, tuleb diagnoos kinnitada tavapäraste kliiniliste meetoditega.
- ▶ Ei pea piirduma vaid rütmihäirega – info pulsisageduse, füüsilise koormuse, vererõhu ja unekvaliteedi osas võib samuti olla väärtuslik.

tegutsemist. Tuleb teada rütmihäire tüüpi ning teha EKG ja vajalikud laborianalüüsid (TSH, aminotransferaasid, kreatiniin). Kui patsiendil esineb südame isheemiatõbi, klapirike või struktuurne südamehaigus, ei tohi raviskeemi lisada flekainiidi ega propafenooni. Sellisel juhul saab kasutada amiodarooni. Meeles tuleb pidada, et amiodaroon on QT intervalli pikendava toimega ning üle 500ms QTc intervalli pikkus on patsiendile ohtlik. Propafenooni esmane kontsentratsioon ja mõju avaldub suhteliselt kiiresti ning võib põhjustada QRS kompleksi laienemist.

Konkreetsed ravimi valik tehakse vastavalt soovitud rütmile ja patsiendi seisundile. EKG monitoorimine on oluline ravi alustamise järgselt. Flekainiidi, propafenooni ja sotalooli puhul monitooritakse patsienti 1-3 päeva pärast ravi alustamist, amiodarooni puhul tehakse EKG kontroll üks nädal ja neli nädalat pärast ravi alustamist. Lisaks tuleb planeerida ravi eeldatav kestvus, patsienti põhjalikult informeerida ravi eesmärkidest, annustamisest ja kõrvaltoimetest ning veenduda,

et info oli patsiendile arusaadav ja üheselt mõistetav.

ANTIKOAGULANTIDE ROLL RAVISKEEMIS

Lisaks sageduskontrolli ja antiarütmilisele ravile on oluline koht raviskeemis ka antikoagulant-ravil. Antikoagulantravi vajadus määratakse CHA2DS2-VASc skoori abil. CHA2DS2-VASc skoor 0 meestel ja 1 naistel ei vaja antikoagulantravi; skoor 1 meestel ja 2 naiste puhul tuleks antikoagulant-ravi kaaluda; skoor meestel vähemalt 2 ja 3 naiste puhul on antikoagulantravi näidustatud.

KVA ajaline kestvus (paroksüsmaalne vs permanentne) ei mõjuta antikoagulantravi näidustust. Kui tegemist on kõrge veritsusriskiga patsiendiga, võib antikoagulant vajadust lühendada kuue kuu peale. Ravi kestuse ja pikkuse otsustab eriarst. Kolmikravi puhul on aspiriini tarvitamine kõige lühema kestusega ning üldine standard on üks kuu. Kui patsient on kõrge veritsusriskiga, aneemiline, neerupuudulikkusega ja eakas, võib mõningatel juhtudel olla aspiriini tarvitamine lühendatud. Oluline on, et komplitseeritud käsitlusega patsientidel on hospitaliseerimise ajal epikriisi dokumenteeritud täpne kolmikravi, mille skeemi ja kestuse on määranud eriarst.

Antikoagulantravi absoluutsed vastunäidustused on juhul, kui patsiendil tekivad korduvad tõsised veritsused, esineb aktiivne tõsine veritsus, raske trombotsütopeenia (<50 PLT/ μ L), raske ebaselge põhjusega aneemia, hiljutine kõrge riskiga veritsus (intrakraniaalne hemorraagia). Sellistel juhtudel tuleb kaaluda mittemedikamentooside võimalusi nagu LAA sulgur, mis päästab eluaegselt antikoagulantravist. LAA sulguri näidustust ja vajadust ei pea hindama perearst, vaid see on kardioloogi ülesanne.

Beetablokaatorite ja antiarütmikumide üks levinuim kõrvaltoime on bradükardia. Kui tegemist on siinussõlme nõrkuse sündroomi või intermitteeruva A/V blokaadiga või pika QTc ajaga (üle 500 ms) (juba amiodarooniga ravitud) patsientidega, ei ole medikamentoosne kardioversioon soovitatav enne proarütmia/bradükardia riskiarvestamist. Kateeterablatsioon on ravivõimalus patsientidele, kelle KVA-ga kaasneb bradükardia või pikad pausid siinusrütmi taastamisel. Kui ablatsioonravi ei plaanita, on näidustatud püsistimulaatori implanteerimine.

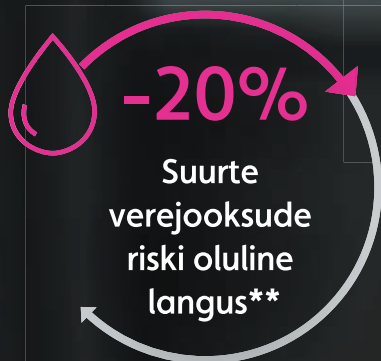
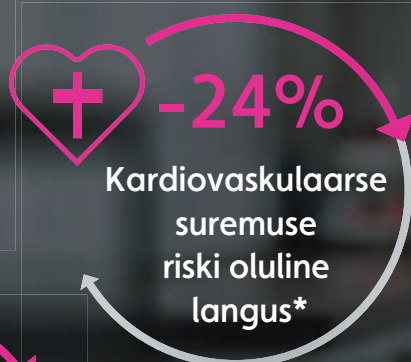
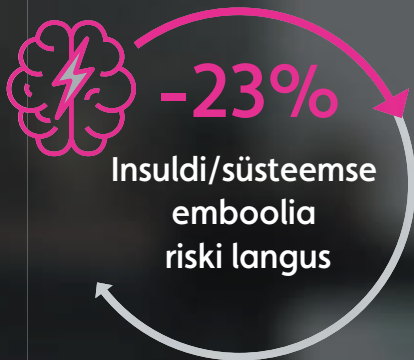
Kateeterablatsiooni kaalumisel tuleb arvestada protseduuriga seonduvaid riske ning arutada need üheskoos patsiendiga läbi, sh selgitada KVA kordumise riskitegureid.

Kateeterablatsiooni peaks kaaluma paroksüsmaalse ja persisteruva KVA puhul, kui ravi beetablokaatoriga on ebaefektiivne või kui patsient ei talu alternatiivset ravi või annuste suurendamist. Ablatsioonravi tuleks kaaluda HFReF patsientidele suremuse ja hospitaliseerimise vähendamiseks ning ablatsioonraviga peab kaasnema ka muude riskifaktorite (nt ülekaalu, vererõhu) ravi.

LIXIANA® (edoksabaan),
efektiivne insuldi
ennetus, mis sobitub
patsiendi elustiiliga


Lixiana®
edoxaban

Tõendatud ohutus ja efektiivsus kliinilistes uuringutes^{1a}



Igapäevane kindlustunne
ja mugavus²



- Puuduvad kliiniliselt
olulised CYP3A4
koostoimed



- Lihtne annustamine:
1 kord päevas



a võrreldes varfariiniga *p= 0,013, **p<0,001

Viited: 1. Giuliano RP et al. N Engl J Med 2013;369(22):2093–2104 koos lisadega, 60mg (reduktseeritud 30mg) doosi haru võrdlus varfariiniga. 2. Lixiana ravimi omaduste kokkuvõte

LIXIANA® (edoksabaan) on üks kord ööpäevas manustatav suukaudne antikoagulant, mis on näidustatud insuldi ja süsteemse emboolia ennetamiseks täiskasvanud patsientidel, kellel esineb mittevälulaarne kodade virvendusarütmia (KVA) koos ühe või mitme riskiteguriga, milleks on südame paispuudulikkus, hüpertensioon, vanus 75 aastat, diabeet, eelnev insult või transitoorne isheemiline atakk (TIA).

Retseptiravim. Täiendava teabe saamiseks lugege Lixiana ravimi omaduste kokkuvõtet. **Müügiloa hoidja:** Daiichi Sankyo Europe GmbH, Zielstattstrasse 48, 81379 Munich, Saksamaa. **Täiendav teave** müügiloa hoidja esindusest Servier Laboratories OÜ, Rotermanni 8, 10111 TALLINN, tel 6645040 või www.servier.ee

 Daiichi-Sankyo

SERVIER
moved by you

Südamehaigusi esineb reumatoidartiidi korral keskmisest enam

Ülevaate reumaatiliste haiguste ja koronaarhaiguste omavahelisest seotusest andis tänavusel reumafoorumil ülevaate ITK südamekeskuse juhataja kardioloog **Heli Kaljusaar**.

VIOLETTA RIIDAS, toimetaja

Autoimmuunsed reumaatilised haigused on seotud kõrgema kardiovaskulaarse (k/v) haigestumise ja suremusega, mille peamine põhjus on sekundaarne kiirenenud ateroskleroosi protsess. Mitmel autoimmuunsel reumaatilisel haigusel on suur k/v haiguste esinemisesageduse risk.

Enne kliinilise haiguse ilminguid võib esineda pikalt subkliiniline ateroskleroos, mida ei pruugi märgata. Ateroskleroosi teke on seotud nii traditsiooniliste riskiteguritega kui ka reumaatiliste haiguste autoimmuunmehhanismiga, põletikulise reaktsiooni ja kasutatavate spetsiifiliste ravimitega - eelkõige kortikosteroidid, NSAID läbi hüpertensiooni - ja muude mehhanismide.

Ehk siin on kolm osapoolt - tavapärased riskitegurid (suitsetamine, hüpertensioon, düslipideemia, ülekaal, diabeet, vähene liikumine ja vanus), reumaatilise haiguse põletikuline protsess (väga tugev tegur) ja ravimite mõju (NSAID, glükokortikoidid, DMARD ehk reumaatilist haigust modifitseeriv ravi).

Rääkides kiirenenud ateroskleroosi protsessist autoimmuunhaiguste korral, tuuakse eelkõige välja reumatoidartiiti ja süsteemset erütematoosset luupust. Kõige enam suurenenud k/v haiguste riskiga on reumatoidartiit (RA), süsteemne erütematoosne luupus (SLE) ja antifosfolipiidsündroom (APS). Ülikõrge koronaarhaiguse riski kirjeldatakse RA ja SLE korral. Isegi siis, kui mingit kliinilist ilmingut ei ole, aga patsiendil on olemas k/v riskipaneel, tuleks juba kahtlustada subkliinilist ateroskleroosi.

APS on protrombootiline seisund, mida iseloomustab arteriaalne ja venoosne tromboos, tsirkuleerivad antifosfolipiid antikehad. Osades uuringutes on leitud



Kardioloog Heli Kaljusaar FOTO: ERAKOGU

seost antifosfolipiid antikehade, põletiku ja koronaarhaiguse vahel, kuid andmed pole nii veenvad. Teised uuringud on näidanud APS korral, et rohkem on väljendunud jala arterite ateroskleroos. Süsteemse vaskuliidi, Sjögreni sündroomi ja koronaararterite ateroskleroosi vahel tugevaid seoseid ei ole leitud. Üksikuid andmeid on, aga pigem vähe.

REUMATOIDARTIIT

Südamehaiguste esinemisesagedus RAGA patsientidel on oluliselt suurem kui üldpopulatsioonis. K/v haiguste esinemisesagedus on RAGA patsientidel 30-60%, sh koronaarhaigus, südamepuudulikkus, perikardiit, müokardiit ja kardiomiopaa-

KH prognoosi parandavad ravimid

- ▶ Statiinid on soovitatav kõikidele KH patsientidele.
- ▶ PKI järgselt eesmärkväärtus LDL < 1,4 mmol/l või vähemalt 50 % langust.
- ▶ Kui eesmärkväärtused ei ole saavutatud maksimaalselt talutava statiini doosiga, siis soovitatav kombinatsioonravi statiin +ezetimiib.
- ▶ Väga kõrge riski patsientidele, kes ei ole saavutanud eesmärki maksimaalselt talutava statiini ja ezetimiibi kombinatsiooniga soovitatakse raviskeemi lisada PCSK9 inhibiitor.
- ▶ AKE inhibiitorid (või ARB-id) on soovitatavad, kui kaasvalt muud haigused (hüpertensioon, SP, DM).
- ▶ Beetablokaatorid on soovitatavad, kui esineb kaasvalt vasaku vatsakese düsfunktsioon ja südamepuudulikkus.

tia. Müokardiinfarkti (MI) risk on 68% ja insuldi risk 41% - mõlemad väärtused on kõrgemad võrreldes üldise elanikkonnaga. MI risk RA patsiendil on võrreldav diabeetiku MI riskiga.

ATACC-RA uuringus leiti, et RAGA seotud k/v juhtudest olid ca 49% põhjustatud traditsioonilistest SVH riskifaktoritest (eriti suitsetamisest ja hüpertensioonist) ja 30% olid RAGA seotud aspektid, nagu kõrge haiguse aktiivsuse skoor (DAS 28), positiivne reumatoidfaktor ja/või tsüklilise tsitruleeritud peptiidi vastane IgG (CCP IgG) ja suurenenud setereaktsiooni ja C-reaktiivse valguga. K/v sündmused põhjustavad 42% kõigist RAGA seotud surmajuhtumitest, mis on juhtiv



Näidustused: ¹

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

SOODUSTUSEGA²
75-90%
 Diagnoosikood I20
 Esmane väljakirjutamis-
 õigus kardioloogil¹



Algannus: ¹
 375 mg kaks korda päevas



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



Maksimaalne annus: ¹
 750 mg kaks korda päevas

Annustamine: ¹

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

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

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

Vastunäidustused: ¹

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

Kõrvaltoimed: ¹

Ranexat (ranolasiini) kasutataval patsientidel tekkivad kõrvaltoimed on üldjuhul kerged kuni mõõdukad ning tekivad sageli ravi 2 esimese nädala jooksul. Sagedasemad kõrvaltoimed (≥1/10 kuni <1/10) on: pearinglus, peavalu, kõhukinnisus, oksendamine, iiveldus, asteenia. Vt ravimi omaduste kokkuvõtte. www.ravimiamet.ee

Hoiatused ja ettevaatusabinõud kasutamisel: ¹

Ettevaatlik peab olema ranolasiini määramisel või annuse suuremaks tiitrimisel patsientidele, kelle puhul eeldatakse kokkupuute suurenemist: mõõdukate CYP3A4 inhibiitorite samaaegne



¹III-IV funktsionaalne klass, kellel esinevad stenokardilised kaebused vaatamata adekvaatsele antiisheemilisele ravile (beetaadrenoblokaator, kaltsiumikanali blokaator ja pika toimega nitropreparaat) või kellel need ravimid on vastunäidustatud ja **kelle puhul on kardioloogide konsiilium**, kuhu on kaasatud vähemalt üks regionaalhaigla kardiokirurg või invasiivkardioloog **otsustanud, et revaskulariseerimine ei ole võimalik.** ²

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

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

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

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

MÜÜGILOA HOIDJA:

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

Täiendav teave müügiloa hoidja Eesti esindusest: Berlin-Chemie Menarini Eesti OÜ, Paldiski mnt 29, Tallinn 10612, Eesti.

Retseptiravim.

Koostatud veebruaris 2023. Kood EE-RAN-02-2023-V1-Print.

Kas koronaarhaigus on kaasuv haigus või tüsistus?

- ▶ Koronaarhaigus on nii RA kaasuv haigus oma kiirenenud ateroskleroosi protsessiga kui ka RA tüsistus.
- ▶ Oluline subkliinilise ateroskleroosi varajane tuvastamine.
- ▶ Ehho, strain ehho (GLS), koormustest, UH karootistest, KT Ca skoor, KT angio, isheemia pildidiagnostika.
- ▶ EULAR (European League Against Rheumatism) soovitus RA patsiendil k/v riski hindamine vähemalt 5 aasta järel.
- ▶ Varase statiinravi alustamine.
- ▶ Ravimite kõrvaltoimed.
- ▶ GKS nii lühiajaliselt kui võimalik nii madalas doosis kui võimalik.
- ▶ NSAIDid, kasuta nii vähe kui võimalik.
- ▶ Vajalik hea interdistsiplinaarne käsitlus: reumatoloog-kardioloog-perearst.

RA suremuse põhjus. RA patsientide elu-lemus väheneb seetõttu 5-15 aasta.

Riskiteguritest suitsetamine on ühine, mis tõstab nii k/v riski kui otseselt ka RA riski ja seda eriti haiguse aktiivsuse faasi hoidmises. Mida rohkem suitsetada, seda ägedam on haiguse aktiivsus ja seda kiiremini kujuneb ateroskleroos. Suitsetajatel on rohkem reumatoidfaktor positiivsust.

Geneetika ja perekondlik düslipiideemia. On leitud, et RAgA on HLA-DR4 fenotüübi homosügootne variant eriti karmi ateroskleroosi kuluga. Ehk tuleks vahel mõelda, et kui RA ei ole kontrolli all, siis võivad seal taustal olla ka geneetilised mehhanismid. Kui ka patsiendil endal pole sellest teadmisest enam abi, siis saab ehk tema järeltulevaid põlvi testida ja haigusele varem jaole.

Kehakaal. Me kõik teame, et metaboolne sündroom ja ülekaal soodustavad veresoonte lupjumist. Samas on leitud paradoksaalselt, et kehamassiindeksil (KMI) on vastupidine mõju RA suremusele - madalaima KMIga patsientidel on kõrgem suremus. Põhjuseks võib olla RAgA seotud kahheksia, sarkopeenia ja pödurus, kuna haiguse aktiivsus on kõrge ja seega suurem k/v haiguste risk.

ETIOPATOGENEES

Tegemist on keerulise protsessiga, kuid peamised võtmehhanismid on endoteeli düsfunktsioon, arterite jäikus, kujuneb välja ateroskleroosiline naast, mis ühel hetkel on ebastabiilne. Süsteemne põletik on peamine kiirenenud ateroskleroosi ja vaskulaarse endoteeli düsfunktsiooni põhjus. Lisaks on RA ja koronaarhaigus autoimmuunpõletikulised haigused, kus võtmerollis on põletikulised tsütokiinid,

keskkonnategurid ja geneetiline vastuvõtlikkus. Lisandub lipiidide paradoks - ägeda RA faasis HDL ja LDL kolesterooli tase langevad, kuid see ei langeta k/v riske.

Kirjanduses tuuakse väga palju välja subkliinilist ateroskleroosi, mida pole märgatud. Patsiendil pole tüüpilisi stenokardia kaebusi. Igasugune tugev torkiv valu, mis inimest segab, ei ole stenokardiiline.

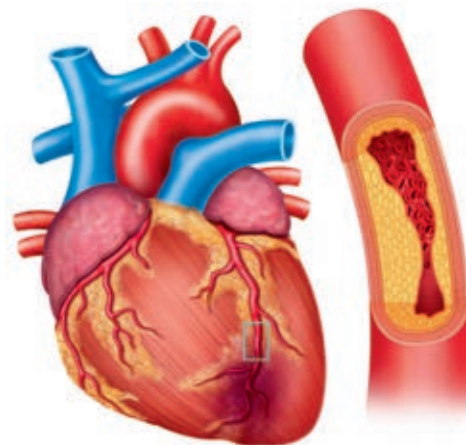
Tüüpiline stenokardia vastab kolmele kriteeriumile:

1. suruv, pigistav düskomfort rinnaku taga või kaelas, lõualuus, õlas või käes,
2. on provotseeritav koormusel,
3. leevendub puhkusel või nitroglütseriiniga 5 minutiga.

Atüüpiline stenokardia vastab kahele tüüpilise stenokardia tingimusele. Mittespetsiifiline rindkerevalu vastab ühele kriteeriumile.

WISE uuring (Women's Ischaemia Syndrome Evolution) näitas, et 57% naistel stenokardia kaebustega polnud obstruktiivset koronaarhaigust (veresoontes on olulised stenoosid). Kuni 2015. aastal publitseeritud uuringute alusel oli tüüpilist stenokardiat ainult 10-15% koronaarhaigusega patsientidest. See teebki protsessi keeruliseks, et leida üles need haiged, kellel võiks olla subkliiniline ateroskleroos.

Koronaarhaiguse diagnoosi aluseks on koormustest. 2019. aastal Euroopa Kardioloogide Seltsi poolt publitseeritud kroonilise koronaarhaiguse juhises koormustesti enam esmaseks uuringuks ei peeta ja soovitatakse eelistada pildidiagnostikat (EKG koormustesti võib kaaluda alternatiivse testina KH väljalülitamiseks või kinnitamiseks, kui teised mitte-invasiivsed testid pole saadavad (näidustus



Ohuks on ateroskleroos.

FOTO: SHUTTERSTOCK

IIB)). Meie kasutame endiselt koormustesti ja soovitame ka teistele, kuna seda saab kasutada esmaseks sõelumiseks.

Koormustesti soovitatakse sümptomite, ST muutuste, koormustaluvuse, rütmihäirete, vererõhu ja sündmuste riski hindamiseks (näidustus IC). Paraku on koormustest vähespetsiifiline ja vähesensitiivne. Laias laastus võime öelda, et koormustesti spetsiifilisus ja sensitiivsus on 70%. See tähendab, et 1/3 haigeid me koormustestil üles ei leia ja 1/3 tulevad valepositiivsed testid.

Mis on markerid, mis koormustesti vastuseid saades viitavad, et nüüd tuleks haige suunata läbi e-konsultatsiooni kardioloogile?

Kui ST-depressioonid tekivad madalal koormusel ja lisandub valu. Kui esimestel etappidel tekib ST-depressioon ja valu, siis meie majas jõuavad need haiged kohe EMOSse. Kui koormusel tekivad ventikulaarsed ekstratsüstolid - need on grupis ja sagedased. Samuti patoloogiline vererõhureaktsioon - kui koormusel rõhk hoopis langeb, siis see on väga tugev ohumärk.

Koormustesti ei soovitata koronaarhaiguse diagnostikaks, kui rahuoleku EKG-s on ST depressioonid > 1mm, LBBB, EKS rütm laia QRS-ga, WPW sündroom, kui patsiendid tarvitavad digoksiini.

Kardioloogide kuldstandard sõelumise protsessis on kompuutertomograafia angio koronaaridest. See on hea uuring haiguse välistamiseks või kinnitamiseks. Kui kliiniliselt on selge, et tegemist on koronaarhaigusega, patsient suunatakse otse SKGLE.

Kõigile koronaarhaiguse kahtlusega patsientidele tuleb teha EHHO, millega me otsime kontraktsioonihäireid ja vaatame ka EFi.



rosuvastatiin/ezetimiib õhukese polümeerikattega tabletid 10mg/10mg N30, 20mg/10mg N30

HOIA KOLESTEROOL KONTROLLI ALL



Rosazimib[®] (rosuvastatiin/ezetimiib). Hinnakokkulepperavim.

Näidustused:

Primaarse hüperkolesteroleemia (heterosügootne perekondlik ja mitteperekondlik) või homosügootse perekondliku hüperkolesteroleemia ravi täiskasvanutel, lisaks dieedile ja teistele mittefarmakoloogilistele meetmetele (nt kehaline aktiivsus, kehakaalu vähenemine), kellel samade toimeainete samaaegne manustamine eraldi preparaatidena kombinatsioonravimi samades annustes on andnud piisavaid ravitulemusi. Kardiovaskulaarsete tüsistuste riski vähendamiseks vahetusravimina täiskasvanutel, kellel on südame isheemiatõbi ja anamneesis äge koronaarsündroom ning kellel samade toimeainete samaaegne manustamine eraldi preparaatidena kombinatsioonravimi samades annustes on andnud piisavaid ravitulemusi.

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

EuroGuiDermi juhendist lähtuvad ravijuhised

Psoriaas on krooniline põletikuline haigus, mis avaldub ketendavate naastudena nahal ja mille avaldumist mõjutavad nii pärilikkus kui ka keskkonnategurid. Haigus kulgeb ägenemiste ja remissioonidega. Euroopa rahvastikust põeb psoriaasi 2–3%, mehed ja naised võrdse sagedusega.

LIIS ILVES, dermatoveneroloog, Tartu Ülikooli Kliinikum, nahahaiguste kliinik

MAIGI EISEN, dermatoveneroloog, Põhja-Eesti Regionaalhaigla, naha- ja suguhaiguste keskus

Süsteemse ravi alustamisel hindab dermatoloog, kas tegemist on kerge, mõõduka või raske psoriaasiga. Kergemat ravitakse lokaalsete ravimitega, mõõdukat ja rasket fototeraapia ning süsteemsete ravimitega. Psoriaasi ägeduse ja ulatuse hindamiseks kasutatakse psoriaasi pinna ja raskuse indeksit PASI (Psoriasis Area Severity Index), kehapindala haaratust BSA (Body Surface Area) ning arsti üldhinnangut PGA (Physician Global Assessment).

PASI puhul hinnatakse erüteemi, ketenduse ja induratsiooni astet haiguskolletes ja lööbe ulatust neljas kehapiiirkonnas – pea, käed, kehatüvi ja jalad – ning korrutatakse see vastava koefitsiendiga. Selle hindamiseks on olemas ka veebipõhised kalkulaatorid.

PGA puhul hinnatakse lööbe aktiivsust ja raskusastet (enamasti skaalal 0 ehk lööbeväba kuni 4 ehk väga aktiivne ja raske), kuid mitte kehapindala ega piirkondade haaratust.



Dermatoveneroloog Maigi Eisen.

FOTO: ERAKOGU

BSA puhul hinnatakse kehapinna haaratust lööbest, kasutades nn 9 reeglit.

Patsient ise täidab dermatoloogilise elukvaliteedi indeksi DLQI (Dermatology Life Quality Index) küsimustiku, kus vastab kümnele eri eluvaldkondi puudutavale küsimusele (nt igapäevased tegevused, vaba aeg, töö ja kool, sotsiaalsed

suhted ning suhtumine ravis) viimase seitsme päeva kohta.

Tähelepanuta ei tohi jääda liigesekäebused ja artriidi esinemine.

Psoriaasi hinnatakse mõõdukaks ja raskeks, kui kehapinnast on haaratud üle 5% ehk viis käelabasuurst kollet. Kui haigusest on haaratud üle 5% kehapinnast, ei ole lokaalne ravi enam praktiline ega efektiivne.

EuroGuiDermi psoriaasi süsteemse ravi juhend käsitleb põhjalikult nii konventsionaalsete kui bioloogiliste ravimite kasutamist (vt joonis 1). Süsteemse konventsionaalse ravi korral kasutatakse metotreksaati, tsüklosporiini ja atsitreiini ning fototeraapiat. Enne süsteemset ravi ning ravi ajal on vajalik ohutusanalüüside regulaarne määramine. Psoriaasi ravi tulemust iseloomustab PASI vähenemine 90–100%. Bioloogiliste ravimitega on selle eesmärgi saavutamine märkimisväärselt tõenäolisem kui mittebioloogiliste ravimitega (1–3).

Konventsionaalne ravi

ATSITREIINRAVI

Atsitretiinravi tuleb alustada doosis 10–20 mg/päevas (0,3–0,5 mg/kg päevas), vastavalt vajadusele saab nelja nädala pärast suurendada doosi kuni 50 mg/päevas (0,5–0,8 mg/kg päevas). Doosid alla 20 mg/päevas ei ole tihti piisavalt efektiivsed.

Ravimit tuleb võtta piimaga või rasva sisaldava toiduga. Atsitretiinravi kombinatsioon fototeraapiaga (UVB) või fotokemoteraapiaga (psoralen koos UVA-ga (PUVA)) annab parema tulemuse kui monoterapia.

Atsitretiini kasutamine on vastunäi-


dustatud raske neeru- või maksapuudulikkuse, alkoholismi, suhkruhaiguse, pankreatiidi, raseduse ja imetamise korral. Doonorlus ei ole lubatud ravi ajal ja vähemalt üks aasta pärast ravi lõpetamist. Tugeva teratogeense toime tõttu on atsitreiin fertiilses eas naistele vastunäidustatud; kui ravi ei saa asendada, tuleb patsienti riskide osas nõustada ning nõusolek kirjalikult fikseerida.

Kahekordne kontratseptsioon on kohustuslik nii ravi ajal kui ka kahe aasta jooksul pärast ravi lõpetamist, kuna atsitreiin vähendab kontratseptiivide

efektiivsust. Jälgimisperioodil tuleb igaükselt teha rasedustest. Rasedust ei tohi planeerida kolme aasta jooksul pärast astitreiinravi lõpetamist. Sagedased kõrvaltoimed on naha kuivus ja juuste väljalangemine, aga ka valgustundlikkus, maksa- ja lipiidide näitajate taseme tõus ning liigese- ja lihasevalud (1).

TSÜKLOSPORIIN

Tsüklosporiini annus on 2,5–5 mg/kg päevas. Tsüklosporiini sagedasemad kõrvaltoimed on nefrotoksilisus, hüpertrihoos, igemete hüperplaasia, infektsioonirisk,



Cosentyx[®] (sekukinumab)
on **tõhusam** kui ustekinumab
ja adalimumab PASI 90
ravivastuse osas
16. nädalal^{a,b,1,2}

Põhjalik ravi Cosentyxiga (sekukinumab)



Parem
välimus

Toime **kiire avaldumine ja püsiv ravivastus**³



Parem
liikumine

Vähendab PsO, PsA ja axSpA korral
süsteemset põletikku^{4,5}



Parem
enesetunne

Märkimisväärne **elukvaliteedi paranemine**^{6,7}

^a CLEAR (n= 676) oli 52-nädalane randomiseeritud topeltplime aktiivse võrdlusravimi ja paralleelse rühmaga, IIIb faasi paremsuuring. Sekukinumab 300 mg saavutas esimesed ja teised tulemusnäitajad, näidates ustekinumabist paremaid tulemusi 16. nädalal PASI 90 ravivastuses (esmane tulemusnäitaja), 4. nädalal PASI 75 ravivastuse saavutamise kiiruses. Sekukinumabi paremat efektiivsust võrreldes ustekinumabiga PASI 75/90/100 ravivastuses ja IGA mod 2011 0 või 1 ravivastuses ("puhas" või "peaaegu puhas") täheldati varakult. Sekukinumab 300 mg näitas ustekinumabist paremaid ($p < 0.0001$) tulemusi 16. nädalal PASI 90 ravivastuses.¹

^b 52-nädalane mitmekeskuselise topeltplime randomiseeritud sekukinumab 300 mg ja adalimumabi monoterapia otsene IIIb faasi võrdlusuuring aktiivse PsA ravimisel täiskasvanutel (n = 853). Uuringus hinnati ohutust ja efektiivsust, esmane tulemusnäitaja oli ACR 20 ravivastus 52. nädalal. Uuring näitas, et esmane tulemusnäitaja ei saavutanud statistiliselt olulisust. Teistest tulemusnäitajatest, sh nt PASI 90 ravivastuse osas 52. ravinädalal täheldati sekukinumabi ravirühmas arvuliselt suuremaid ravivastuseid. PASI 90 ravivastus 16. ravinädalal oli sekukinumabiga 58% ja adalimumabiga 37%.²

OHUTUSALANE TEAVE: Ohutusandmed olid eelnevate uuringute andmetega kooskõlas ja täpsustavad ravimi omaduste kokkuvõttes olevat teavet.

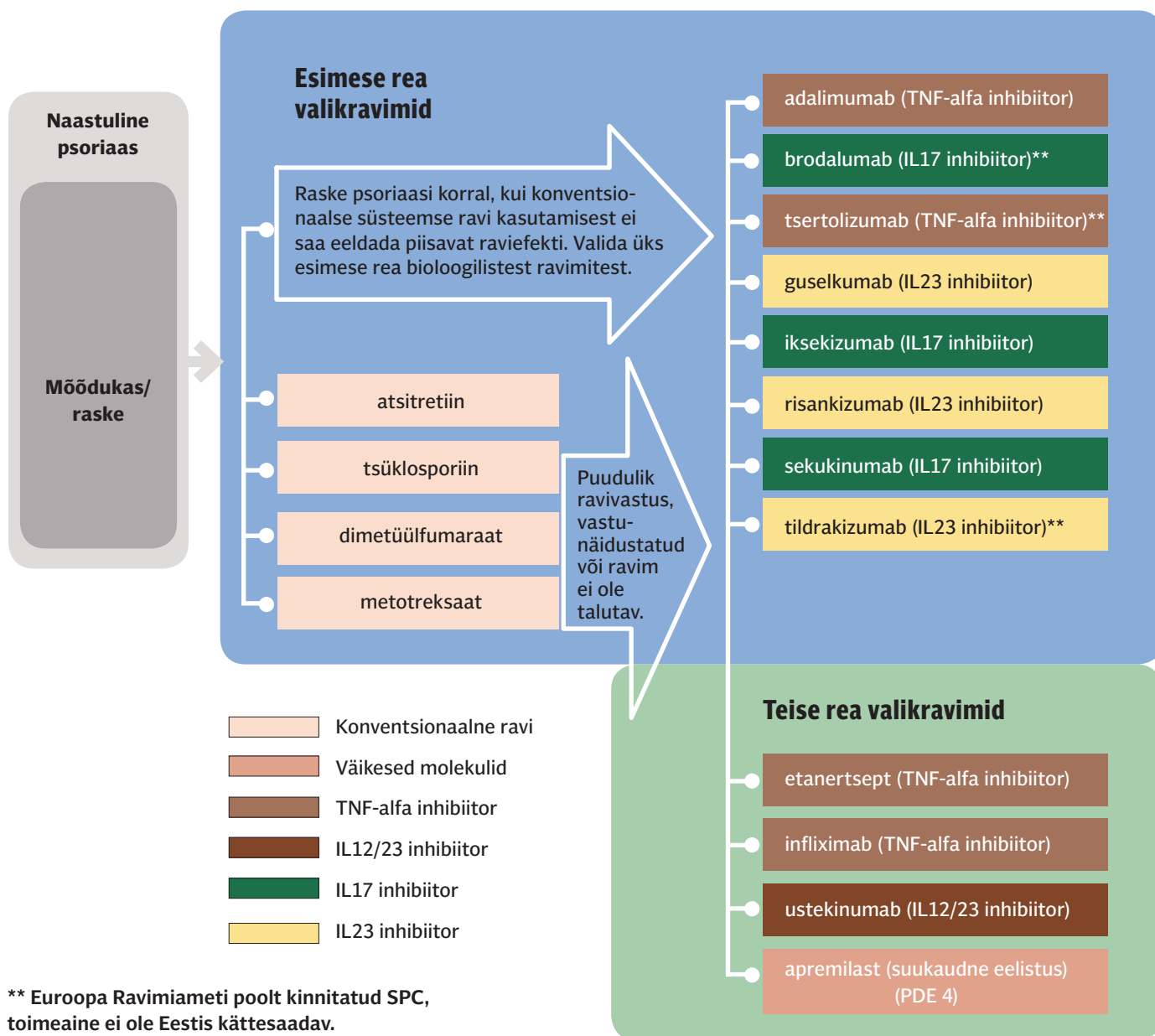
ACR – Ameerika Reumatoloogide Kõlleegiumi ravivastus (*American College of Rheumatology*); **ACR 20** – ravivastuse vähenemine 20% võrra võrreldes haiguse aktiivsust kahel erineval ajahetkel; **axSpA** – aksiaalne spondüloartriit; **IGA mod 2011** – 5-astmelisel skaalal vastavalt arsti poolt induratsiooni, punetuse ja ketenduse alusel psoriaasi raskusele antud üldhinnang (*The 5-point Investigator's Global Assessment (IGA) modified (mod) 2011 scale*); **PASI** – psoriaasist haaratud kehapiina ja selle raskuse indeks (*Psoriasis Area and Severity Index*); **PASI 75/90/100** – PASI keskmine vähenemine 75%/90%/100% võrra; **PsA** – psoriaatiline artriit; **PsO** – naastuline psoriaas.

Viited: 1. Thaçi D, et al. Secukinumab is superior to ustekinumab in clearing skin of subjects with moderate to severe plaque psoriasis: CLEAR, a randomized controlled trial. *J Am Acad Dermatol*. 2015 Sep;73(3):400-9. 2. McInnes IB, et al. Secukinumab versus adalimumab for treatment of active psoriatic arthritis (EXCEED): a double-blind, parallel-group, randomised, active-controlled, phase 3b trial. *Lancet*. 2020 May 9;395(10235):1496-1505. 3. Reich K, et al. Long-term efficacy and safety of secukinumab in the treatment of the multiple manifestations of psoriatic disease. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2020 Jun;34(6):1161-1173. 4. Cosentyx (sekukinumab) ravimi omaduste kokkuvõtte 08/2023 5. Gerdes S, et al. Effects of secukinumab on metabolic and liver parameters in plaque psoriasis patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2020 Mar;34(3):533-541. 6. McInnes IB, et al. Long-term efficacy and safety of secukinumab in patients with psoriatic arthritis: 5-year (end-of-study) results from the phase 3 FUTURE 2 study. *The Lancet Rheumatol*. 2020 Apr;2(4):e227-e235. 7. Marzo-Ortega H, et al. 5-year efficacy and safety of secukinumab in patients with ankylosing spondylitis: end-of-study results from the phase 3 MEASURE 2 trial. *The Lancet Rheumatol*. 2020 Jun;2(6):e339-e346.

Cosentyx (sekukinumab) 150 mg süstelahus pen-süstis, 300 mg süstelahus pen-süstis. **Näidustused:** **Naastuline psoriaas täiskasvanutel:** mõdduka kuni raske naastulise psoriaasi raviks täiskasvanutel, kes vajavad süsteemset ravi. **Naastuline psoriaas lastel:** Cosentyx on näidustatud mõdduka kuni raske naastulise psoriaasi raviks lastel alates 6 aasta vanusest ja noorukitel, kes vajavad süsteemset ravi. **Psoriaatiline artriit:** monoterapiaplane või kombinatsioonravim metotreksaadiga aktiivse psoriaatilise artriidiga täiskasvanutel, kes ei ole saavutanud piisavat ravivastust haigust modifitseeriva antireumaatilise ravimiga. **Aksiaalne spondüloartriit:** **Anküloseeriv spondüliit (aksiaalne spondüloartriit radiograafilise leiuiga):** aktiivse anküloseeriva spondüliidi raviks täiskasvanutel, kes ei ole saavutanud piisavat ravivastust tavaravile. **Aksiaalne spondüloartriit radiograafilise leiuiga:** aktiivse radiograafilise leiuiga aksiaalse spondüloartriidi raviks täiskasvanutel, kellel esinevad põletiku objektiivsed nähud, mida kinnitab C-reaktiivse proteiini kõrge tase ja/või magnetresonantstomograafia leid, ja kes ei ole saavutanud piisavat ravivastust mittesteroidsete põletikuvastaste ainetega. **Juveniilne idiopaatiline artriit, Entesiidiga seotud artriit:** Cosentyx ükski või koos metotreksaadiga on näidustatud aktiivse entesiidiga seotud artriidi raviks 6-aastastel ja vanematel patsientidel, kelle haigus ei allu tavapärastele ravile või kes seda ei talu. **Juveniilne psoriaatiline artriit:** Cosentyx ükski või koos metotreksaadiga on näidustatud aktiivse juveniilse psoriaatilise artriidi raviks 6-aastastel ja vanematel patsientidel, kelle haigus ei allu tavapärastele ravile või kes seda ei talu. **Retseptiravim. Müügitöö hoidja:** Novartis Europharm Limited, Vista Building, Elm Park, Merrion Road, Dublin 4, Iirimaa. **Lisateave:** www.ravimiamet.ee ja muugitooa.hoidja.esindus; SIA Novartis Baltics Eesti filiaal, Pärnu mnt 141, 11314, Tallinn, tel: 6 630 810.



EuroGuiDermi naastulise psoriaasi ravijuhendi ravi algoritm (1, kohandatud).



gastrointestinaalsed sümptomid, treemor, peavalu ja paresteesiad. Kõrvaltoimete raskus sõltub ravi kestusest. Kõige sagedamini dokumenteeritud kõrvaltoime on neerukahjustus.

Pikemat aega kestnud ravi korral võib neerude kahjustus olla pöördumatu. Üldjuhul ei tohi ravi tsüklosporiiniga kesta rohkem kui kaks aastat. Kui vererõhk on kahel järjestikul mõõtmisel > 160/90 mm Hg, tuleb lisada antihüpertensiivne ravi. Siinjuures on oluline meeles pidada, et kaltsiumi antagonistid (nt amlodipiin, felodipiin, nifedipiin) võivad tõsta tsüklosporiini taset ning ACEI-d/ARB-id (nt enalapriil, losartaan) põhjustada hüperkaleemiat. Kui vererõhuravimitele vaatamata hüpertensioon püsib, siis tuleb doosi

25% vähendada. Kui tekib ravile allumatu hüpertensioon, tuleb ravi tsüklosporiiniga lõpetada.

Tsüklosporiini kõrvaltoimete hulka kuulub suurem pahaloomuliste kasvajate, eelkõige lümfoomi ja nahavähi tekke risk. Seepärast on vajalik vältida päikest ja kasutada katmata kehaosadel tugeva faktoriga päikesekaitset. Lisaks on immunosupresseeriva toime tõttu suurenenud nii bakteriaalsete, viiruslike, seen- kui ka parasitaarsete infektsioonide risk.

Tsüklosporiini kapslid sisaldavad alkoholi - sellega peab arvestama, kui tegemist on pediaatrilise patsiendi, raseda, imetava ema või epilepsiahaigega. Tsüklosporiinil ei ole teratogeensust, kuid on leitud seos preeklampsia, enneaegse sünnituse ja madala sünnikaaluga. Ettevaatlik tuleb olla greibimahlaga, kuna selle tarbimine võib suurendada tsüklosporiini kontsentratsiooni veres. Regulaarne NSAIDI tarbimine koos tsüklosporiiniga võib suurendada nefrotoksilist toimet.

Absoluutsed vastunäidustused on neerupuudulikkus, ravimata hüpertensioon, äge infektsioon, pahaloomuline kasvaja anamneesis, üle 200 PUVA- või UVA-protseduuri, suur eksponeeritus päikesele, äge maksahaigus ja rinnaga toitmine (1).

METOTREKSAAT
Metotreksaadi soovitatav doos on 15-20 mg nädalas, eelistatult subkutaanselt süstides üks kord nädalas, sest sellega kaasneb väiksem üleannustamise

ALUSTA | JÄTKKA

TÕHUS VASTUS HAIGUSE ÄGENEMISELE²⁻⁶

Haiguse ägeda faasi
ravis tõhusam kui
kaltsipotriool + beetametasoon
salv⁵ ja geel^{6*}



PROAKTIIVNE RAVI HAIGUSE REMISSIOONIFAASIS^{1,4}

Võrreldes reaktiivse
ravistrateegiaga pikeneb
aasta vältel remissioonis
oldud päevade arv¹

Enstilar[®] (kaltsipotriool+beetametasoon dipropionaat) on esimene lokaalselt kasutatav psoriaasiravim, millega on läbi viidud 52 nädala pikkune III faasi kliiniline uuring hindamaks proaktiivset ravistrateegiat pärast ägenemise ravi lõppu.¹

Enstilar[®]
kaltsipotriool + beetametasoon dipropionaat

Tervisekassa poolt kompenseeritud 75% soodumääraga diagnoosi L40 korral⁷

Kirjandusviited: 1. Lebwohl M et al. *J Am Acad Dermatol* 2021 vol 84, No 5 2. Pink AE et al. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2019;33(6):1116–1123. 3. Leonardi C et al. *J Drugs Dermatol* 2015;14(12):1468–1477. 4. Enstilar (kaltsipotriool+beetametasoon dipropionaat), ravimi omaduste kokkuvõte, juuli 2022, www.ravimiregister.ee 5. Koo J et al. *J Dermatolog Treat* 2016;27(2):120–127. 6. Paul C et al. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2017;31:119–26. 7. Tervisekassa ravimite loetelu; RT I 29.03.2023; jõust. 01.04.2023.

* kaltsipotriool+beetametasoon salv on Daivobet salv ja kaltsipotriool+beetametasoon geel on Daivobet geel. Vastavalt *Physician Global Assessment (PGA)* väärtusele hinnatuna neljandal ravinädalal salvi kohta ning *PGA* ja *Psoriasis Area Severity Index 75 (PASI 75)* alusel 4-nädalase Enstilar[®] (kaltsipotriool+beetametasoon dipropionaat) ning 8 nädalase geeliga (mitte peanahal) ravi kohta.

Ravimi omaduste kokkuvõte



Enstilar[®] (kaltsipotriool+beetametasoon dipropionaat) 50 mcg + 0,5 mg/g nahavaht⁴. **Retseptiravim. Toimeaine:** kaltsipotriool+beetametasoon dipropionaat. **Näidustus:** *Psoriasis vulgaris*'e paikne ravi täiskasvanutel. **Müügiloa hoidja:** LEO Pharma A/S Industriparken 55 DK-2750 Ballerup Taani. **Täiendav teave müügiloa hoidja esindajalt:** Tamro Eesti OÜ tel 650 3600, leo@tamro.com. **Kõrvaltoimetest teatamine:** www.ravimiamet.ee või Tamro Eesti OÜ, tel 650 3600, leo@tamro.com.



EE-ENS-03-23

Euroopa
rahvastikust põeb
psoriaasi 2–3%.
FOTO: SHUTTERSTOCK



risk ning suurem biosaadavus. Kõige olulisemad kõrvaltoimed on müelosupressioon ja hepatotoksilisus. Foolhappe kasutamine 24 tundi pärast metotreksaadi võtmist vähendab toksilist mõju vereloomele.

Metotreksaatravi foonil on kontratseptsioon kohustuslik nii naistele kui ka meestele ravi ajal ning naistele kuus kuud ja meestele kolm kuud pärast ravi lõpetamist. Regulaarne alkoholi tarbimine, rasvumus, hepatiit ja diabeet suurendavad maksakahjustuse riski. Seedetrakti kõrvaltoimed, eriti iiveldus, on metotreksaatravi foonil sagedased. Sel juhul võib kasu olla kohvist ja tumedast šokolaadist.

NSAID-id võivad suurendada metotrek-

saadi kontsentratsiooni. Võimaluse korral võtta NSAID-i ja metotreksaati päeva erinevatel aegadel.

Absoluutsed vastunäidustused on äge infektsioon, raske maksapuudulikkus, rasedus ja imetamine, neerupuudulikkus, alkoholi liigtarbimine, hematoloogilised muutused, immuunpuudulikkus, äge maohaavand ja halvenenud kopsufunktsioon (1).

FOTOTERAAPIA

Kitsakimbu UVB on kõige sagedasem fototeraapia vorm psoriaasi ravis. Kitsakimbu UVB on märkimisväärselt odavam ravi viis ja võimaldab osal psoriaasihaigetel edasi lükata nii konventsionaalset kui ka

bioloogilist ravi. Fototeraapia protseduure tehakse 2–5 korda nädalas, protseduur kestab tavaliselt mõnest sekundist kuni minutiteni sõltuvalt nahatüübist.

Fototeraapia protseduurid säilitusdoosiga peavad kestma vähemalt kaks kuud. Vanni-PUVA tehakse kogu kehale või kehaosadele nagu käed ja jalad 15–30 minutit. UVA-kiirgust kasutatakse kohe pärast vanni. Fototeraapia ajal tuleb kanda prille ning kaitsta nägu kiirguse eest päikesekaitsevahendiga.

PUVA raviprotseduuride perioodil peab patsient kaitstma end päikesevalguse eest, kuna 10% ravi saajatest tekib katmata kehaosadele kauakestev erüteem (1, 4).

Konventsionaalne ravi

Psoriaasi bioloogilised ravimid on hea ohutusprofiiliga ja hästi talutavad. Eestis kasutusel olevate psoriaasi bioloogiliste ravimite sihtmärkideks on vastavalt haiguse patogeneesile TNF- α , IL-12/23, IL-17 ja IL-23. Psoriaasiga patsientidel alustatakse bioloogilise raviga siis, kui alternatiivne standardne süsteemne ravi (metotreksaat, tsüklosporiin, atsitreiin, kitsakimbu UVB ja PUVA) on vastunäidustatud, esinevad kõrvaltoimed, mis sunnivad ravi katkestama, või puudub raviefekt vähemalt kahe erineva süsteemse ravi kasutamisel.

Ravitoime ilmnemise aeg on ravimitel

erinev, näiteks atsitreiini puhul kaheksa nädalat, metotreksaadil 12 nädalat ning tsüklosporiinil 8–16 nädalat. Alates 2022. aastast võib bioloogilist ravi alustada ka neil patsientidel, kel on mõõdukas või raske psoriaas ja kelle haigus pole küll ulatuslik, kuid mõjutab märgatavalt nende elukvaliteeti ehk PASI skoor või BSA skoor on ≥ 10 ja/või DLQI on ≥ 10 . Kui varem tuli pärast kolme toimeaine kasutamist bioloogiline ravi lõpetada, kui ravitulemust ei saavutatud, siis 2022. aastast ei ole bioloogiliste ravimite kasutamise arv enam piiratud. Sõltuvalt ravimite hinnatakse raviefekti induktsioonpe-

rioodi lõpus (üldjuhul 12–16 nädalat pärast ravi alustamist) ning kui soovitud ravitulemust ei ole, vahetatakse ravim välja. Efektiivseks loetakse ravi juhul, kui saavutatud on PASI 75% vähenemine võrreldes algväärtusega või 50–75% vähenemine ja DLQI vähenemine viie punkti võrra võrreldes algväärtusega.

Alates 2022. aasta aprillist on võimalik pärast ravi ebaõnnestumist (ravi on osutunud ebaefektiivseks või põhjustanud ravi katkestama sundivaid kõrvaltoimeid) ühe TNF- α inhibiitoriga või juhul, kui TNF- α inhibiitor on vastunäidustatud, võtta järgmiseks soodusretseptiga



Gripihooajal kaitse oma täiskasvanud patsiente pneumokokk-kopsupõletiku eest.

1 vaktsiin,
annus,
visiit

APEXXNAR[®]

Pneumokokk-polüsahhariidide konjugaatvaktsiin,
20-valentne, adsorbeeritud

★ Loodud pikaajalise immuunsuse tagamiseks!¹

Viide: ¹ Froes F, Roche N, Blasi F. Pneumococcal vaccination and chronic respiratory diseases. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2017;12:3457-3468.

Näidustused: 18-aastaste ja vanemate isikute aktiivne vaktsineerimine Streptococcus pneumoniae põhjustatud invasiivse haiguse ja kopsupõletiku vastu. Vaktsiini kasutamisel tuleb jälgida ametlikke soovitusi. APEXXNAR[®] - süstesuspensioon süstlis (Pneumokokk-polüsahhariidide konjugaatvaktsiin, 20-valentne, adsorbeeritud) Retseptiravim, N1.

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 12.2022. Materjal valmis september 2023.

PP-PNR-EST-0030

kasutusele ustekinumab, risankizumab, sekukinumab või guselkumab. 2023. aasta algusest lisandus sellesse valikusse ka iksekizumab. Infliksimabi kasutamiseks on uueks teenuseks 299R ning senine 223R kaotatakse tervishoiuteenuste loetelust.

Eesti patsientidele on psoriaasi bioloogiline ravi hästi kättesaadav. Enamik psoriaasi bioloogilistest ravimitest on nüüd retseptiravimid ning nendega ravi alustamiseks konsiiliumi otsust vaja ei ole, välja arvatud infliksimabi puhul, kus on endiselt vajalik kolmest erialaarstist koosneva eksperdikomisjoni otsus.

TNF- α INHIBIITORID

TNF- α inhibiitorid adalimumab ja etanertsept on manustatavad subkutaanse süstena, infliksimab intravenoosse infusioonina. Adalimumabi algannus on 80 mg, seejärel manustatakse alates esimesest nädalast pärast algannuse manustamist igal teisel nädalal 40 mg (5). Etanertsepti soovitatav manustamiskeskem on 25 mg kaks korda nädalas või 50 mg üks kord nädalas (6).

Infliksimabi induktsioonravis manustatakse kõigepealt 5 mg/kg algannusena ning kaks ja kuus nädalat pärast esimest infusiooni. Seejärel jätkatakse ravi infliksimabiga 5 mg/kg iga 6–8 nädala järel (7).

Absoluutsed vastunäidustused TNF- α inhibiitorite kasutamiseks on südamepuudulikkus (NYHA III või IV), aktiivne tuberkuloos, aktiivne krooniline B-hepatiit või teised rasked infektsioonid, ülitundlikkus TNF- α inhibiitorite või nende komponentide vastu. Suhteliste vastunäidustuste alla lähevad rasedus ja imetamine, demüeliniseeriv haigus (nt sclerosis multiplex), latentne tuberkuloos, anamneesis korduvad või rasked infektsioonid, kaasuva süsteemse erütematoosluupusega patsiendid, > 200 PUVA-protseduuri anamneesis (iseäranis kombinatsioonis tsüklosporiiniga), pahaloomulised kasvaja ja lümfoproliferatiivsed haigused, hepatobiliaarsed haigused.

Levinuimad kõrvaltoimed on süstekoha reaktsioon, infektsioonid, latentse tuberkuloosi reaktiveerumine ja südamepuudulikkus (1, 5–7). TNF- α inhibiitori kasutamisel võib paradoksaalselt psoriaas ägeneda.

Paradoksaalset psoriaasi esineb 0,6–5,3% TNF- α inhibiitorit kasutavatest patsientidest ning see võib väljenduda erinevate psoriaasivormide kaudu (8).

Raviefektiivsus väheneb, kui tekiavad ravimivastased antikehad. Ravimivastaseid antikehi tekib 5,4–43,6%-l infliksimabi saavatest patsientidest ja



Peanaha psoriaas võib esineda ka iseseisvalt. FOTO: SHUTTERSTOCK

8,8–44,8%-l adalimumabi saavatest patsientidest. Sel juhul tuleks raviskemi lisada kas immunomodulaator (enamasti metotreksaat) või vahetada ravim välja (9).

IL-12/23 INHIBIITOR

IL-12/23 inhibiitorit ustekinumabi manustatakse algannusega 45 mg (või 90 mg patsientidel kehakaaluga >100 kg), millele järgneb sama annus neli nädalat hiljem ning seejärel iga 12 nädala järel subkutaanse süstena.

Absoluutseks vastunäidustuseks on kliiniliselt olulised aktiivsed infektsioonid ja ülitundlikkus ustekinumabi või selle komponentide vastu, suhtelisteks vastunäidustusteks ägedad, korduvad või kroonilised infektsioonid, rasedus ja imetamine ning pahaloomulised kasvaja anamneesis. Sagedasemad kõrvaltoimed on ülemiste hingamisteede infektsioonid, nasofarüüngiit ning pearinglus ja -valu (1, 10).

Ustekinumabivastaseid antikehi tekib 3,8–5,4%-l patsientidest ja ei ole täpselt teada, milline on nende mõju raviefektiivsusele (9).

IL-17 INHIBIITORID

IL-17 inhibiitorid on sekukinumab ja iksekizumab. Sekukinumabi manustatakse 300 mg subkutaanse süstena esialgu nädalatel 0, 1, 2, 3 ja 4 ning seejärel iga kuus. Sõltuvalt kliinilisest efektiivsusest võib 300 mg säilitusannus iga kahe nädala järel anda täiendavat kasu 90 mg või suurema kehakaaluga patsientidele.

Mõlema annustamisrežiimi ohutusprofiilid olid 90 kg või enam kaaluvatel patsientidel võrreldavad. Iksekizumabi manustatakse 160 mg subkutaanse süstena 0-nädalal, seejärel 80 mg nädalatel 2, 4, 6, 8, 10 ja 12 ning jätkatakse säilitusannusega 80 mg iga nelja nädala järel.

Absoluutseks vastunäidustuseks on kliiniliselt olulised aktiivsed infektsioonid ja ülitundlikkus toimeaine või selle komponentide vastu; suhtelisteks rasedus, imetamine ja põletikuline soolehaigus.

IL-17 antagonistide kasutamisel on sagedasemad kõrvaltoimed ülemiste hingamisteede infektsioonid, suupiirkonna herpes, iiveldus ja kandidoos (1, 11, 12). Sekukinumabivastaseid antikehi on leitud 0–5,5%-l (neutraliseerivaid 0–1,5%) ja iksekizumabivastaseid antikehi 11–19,4%-l (neutraliseerivaid 0–3,5%) patsientidest.

Ei ole leitud, et sekukinumabivastaste antikehade olemasolu mõjutaks raviefektiivsust, küll aga võib kõrge iksekizumabivastaste antikehade tase seda vähendada (13, 14).

IL-23 INHIBIITORID

IL-23 inhibiitorid on guselkumab (IL-23 inhibiitor) ja risankizumab (IL-23A inhibiitor). Risankizumabi manustatakse 150 mg nädalatel 0 ja 4 ning seejärel iga 12 nädala järel. Guselkumabi soovitatav annus on 100 mg subkutaanse süstena nädalatel 0 ja 4 ning seejärel iga 8 nädala järel.

Absoluutseteks vastunäidustusteks on kliiniliselt olulised aktiivsed infektsioo-

nid ning ülitundlikkus toimeaine või selle komponentide vastu, suhtelisteks vastunäidustusteks ägedad, korduvad või kroonilised infektsioonid ning rasedus ja imetamine. Sagedasemad kõrvaltoimed on ülemiste hingamisteede infektsioonid, peavalu ja süstekoha reaktsioonid (1, 15, 16).

Ainuüksi IL-23 inhibiitorite vastaste antikehade olemasolu ei vähenda nende raviefektiivsust, kuid kõrgete ravimivastaste antikehade tiitrite või neutraliseerivate ravimivastaste antikehade olemasolu võib siiski nende tõhusust vähendada (17).

APREMILAST

Klassikalistest bioloogilistest ravimite erinev on apremilast – suukaudne väikesemolekuliline fosfodiesteraas-4 inhibiitor. Seda võib kasutada mõõduka või raske psoriaasiga patsientidel, kellel ei saavutatud muu süsteemse raviga (s.h tsüklosporiini, metotreksaadi või PUVA-ga) ravivastust, ravi on vastu-

näidustatud või talumatu. Apremilasti manustatakse 30 mg kaks korda päevas pärast algset viiepäevast tiitrimist: esimesel päeval 10 mg üks kord päevas, teisel päeval 10 mg kaks korda päevas, kolmandal päeval hommikul 10 mg ja öhtul 20 mg, neljandal päeval 20 mg kaks korda päevas ning viiendal päeval hommikul 20 mg ja öhtul 30 mg.

Absoluutselt vastunäidustatud on see raseduse, imetamise, raskete ägedate infektsioonide ning ülitundlikkuse korral toimeaine või ravimi abiainete suhtes. Suhtelised vastunäidustused apremilasti kasutamiseks on galaktoositalumatus, laktaasi puudulikkus või glükoosi-galaktoosi malabsorptsioon, pahaloomulised kasvaja, lümfoproliferatiivsed haigused, raske neerupuudulikkus (eGFR < 30 ml/min), raske depressioon ning anoreksia. Sagedasematest kõrvaltoimetest võib välja tuua ülemiste hingamisteede infektsioonid, peavalu, kõhulahtisus ja iiveldus (1, 18).

Üldised soovitused enne bioloogilise ravi alustamist

Üldised soovitused on enne bioloogilise ravi alustamist teha hemogramm, kreatiniini, elektrolüütide, maksa funktsiooni, B- ja C-hepatiidi, HIV, autoantikehade (ANA, anti-dsDNA), tuberkuloosi- ja uriinianalüüs, samuti rindkere röntgenuring. Kui ei ole teada, kas patsient on tuulerõugeid põdenud, soovitatakse teha ka VZV antikehade analüüs.

Enne ravi alustamist tuleb määrata PASI, BSA, PGA ja DLQI skoor, samuti vaadata üle patsiendi nahk võimalike nahakasvajate suhtes ning uurida psoriaatilise artriidi (PsA) sümptomite kohta.

Patsiendi andmed kantakse Eesti süsteemse dermatoloogilise ravi registrisse RegisDermEst®. Hemogrammi, kreatiniini, elektrolüütide ja maksa funktsiooni analüüse võiks korrata 3–4 kuud pärast ravi alustamist ning seejärel iga kuue kuu järel või kliinilisel näidustusel.

Südamepuudulikkuse sümptomite suhtes võiks patsienti küsitleda iga poole aasta järel, samuti neuroloogi-

liste nähtude ja põletikulise soolehaiguse sümptomite suhtes. Kord aastas soovitatakse uurida PsA suhtes, selleks võib kasutada näiteks PEST-küsimustikku (Psoriasis Epidemiology Screening Tool) (19).

Kuna bioloogilised ravimid on immunomodulatiivse toimega, tuleb tähelepanu pöörata ka vaktsineerimisele. Elusvaktsiine (mumps-leetrite-punetiste, tuberkuloosi, kollapalaviku, tuulerõuge ja suukaudne poliomüeliidi vaktsiin) bioloogilist ravi saavatele patsientidele manustada ei tohi.

Kui elusvaktsiini manustamine on vajalik, tuleb seda teha 14–30 päeva enne bioloogilise ravi alustamist või vähemalt kolm kuud pärast ravi lõpetamist. Küll aga soovitatakse enne bioloogilise raviga alustamist teha pneumokoki vaktsiin ja nii enne ravi alustamist kui ka iga aasta gripivaktsiin.

Praegu kasutusel olevaid COVID-19 vastaseid vaktsiine soovitatakse kasutada ka bioloogilist ravi saavatel psoriaasipatsientidel (20).

Kasutatud kirjandus

- Nast A, Smith C, Spuls P, Valle GA, Bata-Csörgő Z, Bogdanov I, et al. Euroguiderm guideline for the systemic treatment of psoriasis vulgaris. *European Dermatology Forum*. 2022.
- Feldman SR, Krueger GG. Psoriasis assessment tools in clinical trials. *Ann Rheum Dis* 2005; (SUPP2): ii65.
- Bozek A, Reich A. The reliability of three psoriasis assessment tools: Psoriasis area and severity index, body surface area and physician global assessment. *Adv Clin Exp Med* 2017 Aug; 26 (5): 851–856.
- Höningsmann, H. UVB therapy (broadband and narrowband). Uptodate 2022. <https://uptodate.com/contents/uvb-therapy-broadband-and-narrowband>
- Ravimiregister. Humira (adalimumab). Ravimi omaduste kokkuvõte. Kasutatud 30.08.2022 https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/humira-epar-product-information_et.pdf
- Ravimiregister. Enbrel (etanertsept). Ravimi omaduste kokkuvõte. Kasutatud 13.01.2023 https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/humira-epar-product-information_et.pdf
- Ravimiregister. Remicade (infliksimab). Ravimi omaduste kokkuvõte. Kasutatud 30.08.2022 https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/humira-epar-product-information_et.pdf
- Li SJ, Perez-Chada LM, Merola JF. TNF Inhibitor-Induced Psoriasis: Proposed Algorithm for Treatment and Management. *Journal of psoriasis and psoriatic arthritis*. 2019; 4 (2): 70–80.
- Hsu L, Armstrong AW. Anti-drug antibodies in psoriasis: a critical evaluation of clinical significance and impact on treatment response. *Expert Rev Clin Immunol*. 2013; 9 (10): 949–958.
- Ravimiregister. Stelara (ustekinumab). Ravimi omaduste kokkuvõte. Kasutatud 30.08.2022 https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/humira-epar-product-information_et.pdf
- Ravimiregister. Cosentyx (sekukinumab). Ravimi omaduste kokkuvõte. Kasutatud 03.01.2023 https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/humira-epar-product-information_et.pdf
- Ravimiregister. Taltz (iksekizumab). Ravimi omaduste kokkuvõte. Kasutatud 30.08.2022 https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/humira-epar-product-information_et.pdf
- Strand V, Balsa A, Al-Saleh J, Barile-Fabris L, Horiuchi T, Takeuchi T, et al. Immunogenicity of Biologics in Chronic Inflammatory Diseases: A Systematic Review. *BioDrugs* 2017 Aug; 31 (4): 299–316.
- Norden A, Oulee A, Munawar L, Javadi SS, Han G, Wu JJ. Anti-drug antibodies of IL-17 inhibitors for psoriasis: a systematic review. *J Dermatolog Treat* 2022 Dec; 33 (8): 3080–3085.
- Ravimiregister. Tremfya (guselkumab). Ravimi omaduste kokkuvõte. Kasutatud 30.08.2022 https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/humira-epar-product-information_et.pdf
- Ravimiregister. Skyrizi (risankizumab). Ravimi omaduste kokkuvõte. Kasutatud 03.01.2023 https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/skyrizi-epar-product-information_et.pdf
- Norden A, Moon JY, Javadi SS, Munawar L, Maul J-T, Wu JJ. Anti-drug antibodies of IL-23 inhibitors for psoriasis: a systematic review. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2022 Aug; 36 (8): 1171–1177.
- Ravimiregister. Otezla (apremilast). Ravimi omaduste kokkuvõte. Kasutatud 30.08.2022 https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/humira-epar-product-information_et.pdf
- Smith CH, Yiu ZZ, Bale T, Burden AD, Coates LC, Edwards W, et al. British Association of Dermatologists guidelines for biologic therapy for psoriasis 2020 - a rapid update. *Br J Dermatol*. 2020 Oct; 183 (4): 628–637.
- Fan R, Cohen JM. Vaccination Recommendations for Psoriasis and Atopic Dermatitis Patients on Biologic Therapy: A Practical Guide. *Yale J Biol Med*. 2022 Jun 30; 95 (2): 249–255.

Artikli ilmumist toetas SIA Novartis Baltics Eesti filiaal.

Diabeet mõjutab oluliselt reumapatsiendi luukvaliteeti

Diabeet suurendab oluliselt reumaatilisel haigel luumurruriski, tõdes Põhja-Eesti Regionaalhaigla sisehaiguste kliiniku endokrinoloog **Anu Ambos** selleaastasel reumafoorumil.

HANNA FRIIDA KONKS, TÜ 6. kursuse arstitudeng

Viimastel aastakümnetel on diabeeti haigestumine maailmas tõusnud. I tüüpi diabeedi levimus maailmas on 5,9/10 000 inimesele, üks 10 täiskasvanust vanuses 20–79 põeb diabeeti. Neist 90% põeb II tüüpi diabeeti.

Diabeedi makro- ja mikrovaskulaarsed tüsistused kahjustavad nii südant, neere, silmi, närvisüsteemi kui ka luu ja lihaskonda. Diabeetiline osteopeenia esineb üsna sageli ning võib olla üks luumurde soodustavatest teguritest.

Ambos tutvustas oma ettekandes uuringut, mis viidi läbi 80–90ndate aastate lõpus Kanadas, kus jälgiti aastate jooksul I tüüpi diabeedi haigeid. Kirjeldatud uuring on diabeedi käsitluse mõistes oluline, sest selle põhjal pandi paika esimesed I tüüpi diabeedi ravi põhimõtted. Diabeetikud jagati uuringus kahte rühma, kus ühte rühma raviti tolle aja ravipõhimõtete järgi ning teist raviti uuemate põhimõtete järgi, s.t süstiti insuliini ja mõõdeti veresuhkruid mitu korda päevas.

TÄPNE JÄLGIMINE ON OLULINE

Uuringu tulemusena selgusid drastilised erinevused kahe rühma vahel: mida täpsemalt patsiente jälgiti, seda parem oli ka nende elukvaliteet tulevikus ning seda vähem esines patsientidel tüsistusi. 2022. aastal avaldati eelnevalt mainitud uuringu publikatsioon, kus vaadeldi uuringu osalejate luutihedust. Keskmise uuringu osalenu vanus oli 59,2 aastat ning mehi ja naisi võeti uuringusse peaaegu võrdselt.

Uuringu osalejatele tehti DEXA uuring, mille põhjal selgusid madala luutiheduse riskitegurid. Nendeks olid halb glükeemiline kontroll, AGE (*advanced glycation end products*) akumulatsioon ja krooniline neeruhaigus. Kõige enam oli kahjustatud puusa piirkond ja reieluukael, silma ja närvitüsistustega seost ei leitud. Uuringu osales 96,6% valge rassi



Anu Ambos FOTO: MEELI KÜTTIM

esindajaid, mis võib olla selle uuringu ainukeseks puuduseks.

DIABEETILISED LUUKAHJUSTUSED

Diabeetilise luukahjustuse eripärad I tüüpi diabeedi puhul on seotud diabeeti haigestumise vanusega. I tüüpi diabeet avaldub sageli enne, kui luumass jõuab tõusta tippväärtuseni ning insuliini anaboolse toime puudumine võib luu massi vähendada. Lisaks on olulised faktorid luukahjustuse puhul ka diabeedi pikk kestus ja halvem kompensatsioon, mis põhjustavad suuremat luu kahjustust kui II tüüpi diabeedi korral. Diabeetikutel on kogu elu jooksul luumurdude risk suurenenud (alates noorusest) ning ISPAD (International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes) soovitatav luutihedust hinnata juba teismelisel patsiendil, eriti kaasuvate haiguste korral nagu näiteks tsöliaakia. I tüüpi diabeetikutel on reieluukaela murru risk viis korda ja mittevertebraalsete murdude risk kaks korda kõrgem kui mittediabeetikutel.

Ambos tõi näite 2017. aastal Diabetes and Endocrinology poolt avaldatud uurin-

gust, kus kirjeldati diabeedi mõju luukoele eluea jooksul nii tervel inimesel kui ka I ja II tüüpi diabeeti põdeval inimesel. Tervel inimesel toimub trabekulaarse luu kogunemine 20–25aastaseks saamiseni. Eluea teises pooles tekib trabekulaarse luukoe minimaalne kadu. Samal ajal jätkub kortikaalse luu moodustumine kuni 40–45aastaseks saamiseni, millele järgneb luuhõrenemine, alguses aeglaselt ning hiljem kiireneb koos vananemisega. I tüüpi diabeediga patsientidel võib diagnoosimise ajal esineda märkimisväärne luukadu. Hiljem kompensatsiooni käigus see paraneb, kuid ei jõua kunagi normaalse tasemele.

II tüüpi diabeedi puhul haigestutakse diabeeti pärast keskiga ning selliseid hüppelisi languseid luutiheduses ei teki. Lisaks esineb II tüüpi diabeeti põdevatel patsientidel insuliiniresistentsuse tulemusena parem trabekulaarne ja kortikaalne luumass võrreldes diabeeti mitte põdevate patsientidega. American Diabetes Association võrdles luumassi ja tihedust noorukitel, kes olid rasvunud ja põdesid II tüüpi diabeeti. Neid võrreldi normaalkaaluliste tervete eakaaslastega. Uuringust selgus, et varakult alanud II tüüpi diabeet mõjutas noorte luutihedust ja luumassi, lisaks on sellises vanuses II tüüpi diabeeti haigestumine sõltuvuses rasvumisega.

ERINEVUSED PATOGENEESIS

Diabeetilise osteopeenia patogeneesis on I ja II tüüpi diabeedi puhul erinev. I tüüpi diabeedi korral on probleem insuliini defitsiidis, toksilisuses, tekkivas atsidoosis, kaasuvates teistes autoimmuunsetes haigustes ja hüpergonadismis. II tüüpi diabeedi korral insuliini defitsiiti ei teki, vaid esineb hüperinsulineemia, insuliini resistentsus, krooniline hüperglükeemia ja glükotoksilisus.

Ambos tõi näite luumurdude riski metaanalüüsist, kus analüüsiti kümneid

Samm edasi parema glükeemilise kontrolli saavutamiseks!

Lyumjev (lispro - insuliin) - kiirenenud insuliini imendumine ja kiirem toime algus võrreldes Humalog[®]iga (lispro-insuliin).¹

LYUMJEV
(lispro-insuliin)



Tõhus PPG* taseme langus¹



Ei suurenda hüpotglükeemia riski¹⁻³



Paindlik^{1,4,5**}



Lyumjev (lispro-insuliin):

▼ Sellele ravimile kohaldatakse täiendavat järelevalvet, mis võimaldab kiiresti tuvastada uut ohutusteavet. Tervishoiutöötajatel palutakse teatada kõigist võimalikest kõrvaltoimetest. **Ravimi nimetus.** Lyumjev (lispro-insuliin) 100 ühikut/ml KwikPen süstelahus pen-süstlis. **Toimeaine.** lispro-insuliin. **Näidustused.** Suhkurtõve ravi täiskasvanutel, noorukitel ja lastel alates 1 aasta vanusest. **Müügiloa hoidja.** Eli Lilly Nederland B.V., Papendorpseweg 83, 3528 BJ Utrecht, Holland. **Retseptiravim. Täiendav teave ja kõrvaltoimetest teavitamine:** www.ravimiamet.ee või Tamro Eesti OÜ, tel 6503600, lilly@tamro.com

Viited: 1. Lyumjev (lispro-insuliin) SmPC 2022. 2. Klaff L, et al. *Diabetes Obes Metab.* 2020 Jun 2;22(10):1799-1807. 3. Blevins T, et al. *Diabetes Care.* 2020 Dec;43(12):2991-2998. 4. Datye KA, et al. *J Diabetes Sci Technol.* 2018;12(2):349-355. 5. Lane W, et al. *Clinical Diabetes* 2021 Oct; 39(4): 347-357.

*PPG - postprandiaalne glükoos

**Paindlik annustamine koos toiduga

Lilly

tuhandeid patsiente I ja II tüüpi diabeediga. Leiti, et diabeeti põdeval patsiendil on 32% suurem risk luumurdudeks kui mittediabeetikutel. Kõige suurem risk on puusalu murdude tekkeks.

Ambos selgitas ka luukao patofüsioloogiat II tüüpi diabeeti põdevatel patsientidel. Pikka aega levis arvamus, et diabeetikutel ei esine diabeetilist luukahjustust. Nüüd arvatakse, et on kaks momenti, mis on muutunud oluliseks luukahjustuse tekkel. Esiteks toimub glükosüleerimiskomponentide kuhjumine, mis rikub kollageeni kvaliteeti ja teiseks esinevad mikrotsirkulatsiooni häired, mis muudavad korteksi poroatiliseks. Ambos tõi välja ka huvitava fakti, milleks on luukoe enneaegne vananemine katseloomadel, nende osteotsüütide aktiivsuse langus ja kalduvus apoptoosile, kuid seda inimuuringutel veel tõestatud ei ole ning vajab edasisi uuringuid.

LUUMURDUDE RISKIFAKTORID

Luumurdude riski mõjutavad diabeetikutel diabeedi kestus, kompensatsioon, kaugtüsistuste olemasolu ja raskusaste, halvasti kompenseeritud diabeediga kaasnev hüpogonadism (I tüüpi diabeet) ja antidiabeetiline ravi. Luumurdude risk on II tüüpi diabeediga patsientidel suurem kui mittediabeetikutel hoolimata normis luutihedusest. Luumurdude esinemine ja luu kvaliteet on sõltuvuses II tüüpi diabeedi kompensatsioonist ja raskete hüpoglükeemiate esinemisest. Kui patsiendil on HbA1c väärtus suurem kui 9, seostub see oluliselt halvema luu kvaliteediga.

Patsientidel, kellel on olnud rohkem kui üks raske hüpoglükeemia episood, s.t teadvuse kaotuse ja kõrvalabi vajadusega, on luukvaliteet halvem ja luumurrude risk oluliselt suurem. Ambos kirjeldas veel uuringut, kus leiti seos diabeedi kestuse ja luumurrude riski vahel. Uuringus osales üle 8000 40aastase naise. Tulemuseks saadi, et puusapiirkonna murrude risk hakkab tõusma juba siis, kui diabeeti on põetud vähemalt viis aastat.

Antidiabeetilised ravimid võivad mõjutada luutihedust ja suurendada luumurrude riski. Ravimid, mis luustruktuuri kahjustavad on tiasolidiindioonid, Eestis on kasutusel pioglitason.

Luumurdude riski suurendavad ka sulfonüüluuread ja insuliin oma anaboolse toimega, mis põhjustavad hüpoglükeemiat ja omakorda suurendavad kukkumise ohtu ja luumurrude. GLP1 agonistid (näiteks Ozempic) ja semaglutiidid ei kahjusta luid. On selge, et ka, DPP4 inhi-



Lülakeha murd. FOTO: SHUTTERSTOCK

biitorid (näiteks sitagliptiid) on luukoele ohutud.

PIOGLITASOONI MÕJU

Ambos tõi näite ühest uuringust, kus võrreldi omavahel pioglitasoni kasutamist ja luumurdude esinemist. Diabeeti mitte põdevatele patsientidele anti pioglitasoni ning huvitaval kombel saadi tulemuseks, et pioglitasonil on kaitsev toime insuldi tekkele. Hetkel seda uuritakse edasi. Lisaks esines isegi mitte diabeetikutel kõrgem risk luumurdude tekkeks pioglitasoni kasutamise järgselt.

Diabeediga seotud luumurdude riskitegurid on I tüüpi diabeet, II tüüpi diabeet kestusega üle viie aasta, halb glükeemiline kontroll HbA1c > 7,9% I tüüpidiabeedi puhul ja HbA1c > 9% II tüüpi diabeedi puhul, diabeedi mikrovaskulaarsete tüsistuste esinemine nagu neuropaatia, retinopaatia, nefropaatia, antidiabeetiline ravi tiasolidiindioonide (glitasoonide), sulfonüüluurea või insuliiniga.

HAIIGUSJUHT

Lõpetuseks tutvustas Ambos oma haigusjuhtu 22aastasest naisterahvast, kes põeb I tüüpi diabeeti alates 5. eluaastast. Patsient on olnud 16. eluaastast Ambose vaateväljas ning patsiendi diabeedi kompensatsioon on alati olnud pigem halb. Esmakordsel vastuvõtul oli patsiendi HbA1c 14,29%, anamneesis olid korduvad ketoatsidoosid. 16aastaselt oli patsiendil juba esinenud kõik diabeedi tavapärased kaugtüsistused, nagu polüneuropaatia (ka autonoomne), retinopaatia ja algav nefropaatia. Patsient oli sellel perioodil intensiivsel insuliinravil 3+2 skeemi jägi Levemiri ja NovoRapidiga. Patsiendi

Diabeediga seotud luumurdude riskitegurid

- ▶ I tüüpi diabeet
- ▶ II tüüpi diabeet kestusega üle 5 aasta
- ▶ Halb glükeemiline kontroll HbA1c > 7,9% I tüüpi diabeedi ja HbA1c > 9% II tüüpi diabeedi puhul
- ▶ Diabeedi mikrovaskulaarsete tüsistuste esinemine – neuropaatia, retinopaatia, nefropaatia
- ▶ Antidiabeetiline ravi tiasolidiindioonide (glitasoonide), sulfonüüluurea või insuliiniga

menarhe algas 15aastaselt ja tema tsükkel on ebaregulaarne, mis on tavapärase diabeeti haigestunud noorele.

Patsient hospitaliseeriti noroviirusinfektsiooni foonil retsidiveeruvate hüpoglükeemiatega. Hospitaliseerimisel oli HbA1c 6,71%. Patsient oli sel hetkel intensiivsel insuliinravil Levemiri ja Fiaspiga ja kandis Freestyle Libre sensorit. Eelnevalt oli patsiendile diagnoositud passaažiuringul diabeetiline gastroparees ja esines väljendunud ortostaatiline hüpotensioon.

Statsionaaris viibides hakkas patsient kaebama seljavalusid, mistõttu tehti talle lülisamba röntgenuurin. Röntgenuurin- gule leiti, et Th9 lülakeha oli kergelt kiilukujuline, eesmiselt kergelt madaldunud ning tõenäoliselt oli tegemist kompressioonmurruga järgse leiuga.

Luutiheduse uuringul oli T-skoor lülisamba nimmeosas L1-L4 -3,9, L1 -4,2 (maks). T-skoor vasaku reieluu kaela osas -4,2. T-skoor parema reieluu kaela osas -4,3. Antud tulemused kirjeldavad olulist luutiheduse langust noorel naisel. Kirjeldatud patsiendi lugu on näide sellest, kuidas halb diabeedi kompensatsioon mõjutab juba noorte patsientide luude kvaliteeti.

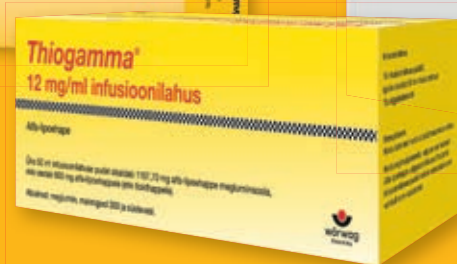
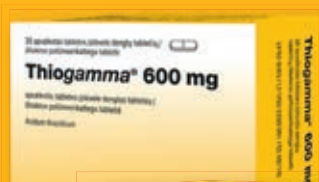
I ja II tüüpi diabeet mõjutab oluliselt patsiendi luukvaliteeti. Luu kvaliteedi muutustest kõige olulisemad on luu komponentide omaduste muutused ja korteksi suurenenud poorsus. Peamisteks patogeneetilisteks mehhanismideks on glükosüleerimisproduktide kuhjumine ja mikrovaskulaarsed häired. Diabeedi kompensatsioon on äärmiselt oluline, sest see on otseses seoses patsientide luumurdude esinemisega ja luukvaliteediga.



Benfogamma[®]

Thiogamma[®]

Diabeetilise polüneuropaatia patogeneetiline ravi alfa-lipoehappe ja benfotiamiiniga*



Thiogamma[®] 600 mg

Tiokthape (alfa-lipoehape)
600 mg õhukese polümeerikattega tabletid N30
600 mg infusioonilahus 12 mg/ml,
50 ml pudelid N10

Benfogamma[®] 300 mg

Benfotiamiin
300 mg õhukese polümeerikattega tabletid
N30, N60

Benfogamma, 300 mg benfotiamiini.

Näidustus: B1-vitamiini puudusest tingitud neuroloogiliste sümptomite ravi. **Annustamine:** tavaline annus on üks õhukese polümeerikattega tabletti üks kord ööpäevas. Manustamise kestus oleneb ravivastusest. Neuropaatiat ravis võetakse Benfogamma't vähemalt 3 nädala kestel. Säilitusravis juhindutakse seejärel ravivastusest. Juhul kui 4 nädala pärast on ravivastus ebapiisav või puudub, peab ravi jätkamist benfotiamiiniga kaaluma. **Vastunäidustused:** ülitundlikkus toimeaine, tiamiini või mis tahes abianete suhtes. **Koostained:** tiamiin inaktiveerub 5-urouratsiili toimel. **Fertiilsus, rasedus ja imetamine:** B1-vitamiini ööpäevane vajadus raseduse ja imetamise ajal on 1,4...1,6 mg. Raseduse ajal võib seda annust ületada ainult juhul, kui patsiendil on B1-vitamiini vaegus tõendatud, kuna praeguseini ei ole kirjeldatud soovitatavast ööpäevast annusest suuremate annuste manustamise ohutust. B1-vitamiin eritub rinnapiima. **Kõrvaltoimed:** Väga harv (<1/10000): ülitundlikkusreaktsioonid (urtikaaria, eksanteem). Kliinilistes uuringutes benfotiamiiniga dokumenteeriti üksikjuhtudel seedetrakti häireid, nt iiveldust ja teisi seedetrakti vaevusi. Põhjuslik seos benfotiamiiniga ei ole veel piisavalt välja selgitatud ja kõrvaltoime võib olla annusest sõltuv.

Thiogamma, 600 mg tiokthape (alfa-lipoehape).

Näidustus: perifeerse (sensomotoorse) diabeetilise polüneuropaatia sümptomaatiline ravi. **Annustamine:** Thiogamma, 12 mg/ml infusioonilahus - Täiskasvanud patsientidele on soovitatav manustada intravenooselt 600 mg alfa-lipoehapet ööpäevas (vastab ühele 50 ml Thiogamma infusioonilahuse pudelile). Infusioonilahust manustatakse veenisiseselt 2 kuni 4 nädala jooksul ravi algusfaasis. Ravi jätkatakse 300 mg kuni 600 mg alfa-lipoehappe suukaudsete ravimvormide manustamisega. **Thiogamma, 600 mg õhukese polümeerikattega tabletid** - soovitatav ööpäevane annus täiskasvanutele on üks tabletti (vastab 600 mg alfa-lipoehappele) ligikaudu 30 minutit enne esimest söögikorda ühekordse annusena ööpäevas. **Vastunäidustused:** ülitundlikkus toimeaine või mis tahes abianete suhtes; kasutamine lastel ja noorukitel. **Koostained:** tsiplatüini toime nõrgeneb. Alfa-lipoehape on metalle kelaativ aine ja seetõttu ei tohi seda manustada samaaegselt metalle sisaldavate ravimitega (nt rauapreparaadid, magneesiumipreparaadid, piimatooted (kaltsiumisisalduse tõttu)). Insuliini ja suukaudsete antidiabeetiliste ravimite hüpoplükeemiline toime võib tugevneda. Regulaarne alkoholitarvitamine võib ravi efektiivsust nõrgendada. **Fertiilsus, rasedus ja imetamine:** alfa-lipoehapet tohib raseduse ja imetamise ajal kasutada ainult pärast kasu ja riski suhte hoolikat hindamist. Ei ole teada, kas alfa-lipoehape eritub rinnapiima. **Kõrvaltoimed:** Teadmata sagedusega: insuliini autoimmuunsündroom. Väga harv (<1/10000): maitsetundlikkuse muutused, iiveldus, oksendamine, mao ja soolestiku valu, kõhulahtisus. allergilised reaktsioonid, nagu nahalööve, nõgestõbi (urtikaaria) ja sügelus, kiirenenud glükoosiainevahetuse tõttu võib veresuhkru tase langeda. Sellistel juhtudel on kirjeldatud hüpoplükeemiaga sarnaseid sümptomeid, nagu peapööritus, histamine, peavalu ja nägemishäired.

Retseptiravimid. Müügiloo hoidja: Wörwag Pharma GmbH & Co. KG, Flugfeld-Allee 24, 71034 Böblingen, Saksamaa.

Täiendav teave müügiloo hoidja esindajalt: Wörwag Pharma GmbH & Co. KG esindus, Vienibas gatve 87B – 3, LV-1004, Riia, Läti.

Kontakt Eestis: Laki 25-402, 12915, Tallinn. +372 6623369, info@woerwagpharma.ee.

* Viited:

ADA clinical compendia series. *Diagnosis and treatment of painful diabetic peripheral neuropathy*. 2022; 16-20. Ziegler D., Tesfaye S., Spallone V. et al. *Screening, diagnosis, and management of diabetic sensorimotor polyneuropathy in clinical practice: International expert consensus recommendations*. 2021. Ziegler D., Porta M., Papanas N. *The Role of Biofactors in Diabetic Microvascular Complications*. 2021; 5-7.



Erektsioonihäireid täheldatakse üha rohkem

Erektsioonihäirete üle kurdavad tavapärasest nooremad mehed nii Soomes kui ka Eestis.

MARGOT VENT, toimetaja

Soomes ravitakse erektsioonihäireid võrreldes koroonaeelse ajaga kordi enam ja probleemid on suhteliselt levinud juba 40ndates aastates meeste seas. Androloogiaprofessor Margus Punabi kinnitusele on meil 40–55aastased mehed juba aastaid moodustanud suurema osa seksuaalhäiretega pöördunuist.

Sotsiaal- ja tervishoiuteenustega tegeleva ettevõtte Mehiläinen visiidiandmed näitavad, et mullu diagnoositi neil erektsioonihäireid ligi viis korda sagedamini kui viis aastat tagasi. Kui tavaliselt peetakse erektsioonihäireid üle 60aastaste probleemiks, siis nüüd saavad esmasdiagnoosi juba üle 40aastased, vahendas mediutiset.fi.

“Erektsioonihäired on sageli noorte meestel ainuke põhjus ravile pöördumiseks. Vanematel meestel võib olla ka muid põhjuseid, näiteks eesnäärme hüperplaasia, mis registreeritakse visiidi ainsa diagnoosina, isegi kui ravitud on ka erektsioonihäireid,” ütles Mehiläise uroloog Henrikki Santti.

Erektsioonihäireid põhjustavad psühholoogilised, seksuaalsed, bioloogilised, sotsiaal-kultuurilised ja suhtetegurid või algav ateroskleroos. Reeglina suureneb erektsioonihäirete levimus koos vanusega, kuna erektsiooni mõjutavad tegurid muutuvad koos vanusega.

Santti sõnul esineb alla 30aastastel füüsilistest põhjustest tingitud erektsioonihäireid harva ning enamasti on taustaks soorituspinge, mille puhul aitavad sageli erektsiooniravimid. “Noorte visiitide taustal on sageli ka vaimse tervise, stressi, väsimuse ja suhetega seotud probleemid. Vanematel meestel võib erektsioonihäired olla näiteks ateroskleroosi esimene sümptom,” selgitas ta.

Eesti androloogiaprofessori, Tartu Ülikooli Kliinikumi juhtkonna liikme ja kuuenda kliinilise valdkonna juhi ning meestekliiniku ülemarst-õppejõu Margus Punabi sõnul põhjustavad erektsioonihäireid muutused veresoontes, meessuguhormoonide taseme langus ja psühholoogilised tegurid.

“Koroonaperiood ja sellele järgnenud sõda on selgelt mõjutanud meie piirkonna inimeste psühholoogilist heaolu. Üldise sotsiaalse kindlustunde langus on omakorda suurendanud kitsamate turvavõrkude, eelkõige perekonna ja partnersuhte osatähtsust, kus hästi toimiv seksuaalsuhe on oluliseks baasiliseks komponendiks. Siit tuleneb osaliselt ka meeste varasemast suurem tähelepanu seksuaalelu kvaliteedile,” rääkis ta.

“Erektsiooni kvaliteedi, eelkõige selle pinguse langus seoses vanuse tõusuga on loomulik bioloogiline muutus. Meil



Margus Punab FOTO: MEELI KÜTTIM

on olemas head ravimid erektsioonikvaliteedi parandamiseks, mis toob üle ilma arsti juurde järjest rohkem sellise probleemiga mehi,” lisas Punab.

“Eestis on juba palju aastaid enamik seksuaalhäiretega pöördunud meestest olnud 40–55aastased. See, et sama trend on jõudnud Soome, on osaliselt seostatav ka tervishoiusüsteemi eripäradega. Nimelt puudub Soomes erinevalt Eestist meeste arsti süsteem: seal tegelevad meeste tervisemuredega peamiselt uroloogid, kelle fookuses on kuni viimase ajani olnud kitsalt kirurgiline ravi,” selgitas professor.

“Tänapäeval, mil kirurgilise ravi vajadus on tänu tehnoloogia arengule ja teadmiste kasvule hakanud vaikselt taanduma, on eelkõige Soome erakliinikute uroloogid hakanud varasemast oluliselt enam tähelepanu pöörama ka “lihtsamatele” meeste muredele,” lisas ta.

Uuring: nõrk hommikune erektsioon võib viidata lähenevale infarktiohule

Belgia teadlased leidsid, et keskealiste ja vanemate meeste erektsiooniprobleemid ja nõrk hommikune erektsioon võivad olla kehva tervise varajased märgid ja viidata lähenevale infarktiohule.

Uuringu käigus jälgiti 12 aasta jooksul ligi 1800 meest vanuses 40–79. Uuring koosnes küsitlusest ja steroidide mõõtmisest, hormoonide, seksi sümptomite ja suremuse vahelise seose uurimiseks kasutati Coxi proportsionaalseid ohumudeleid.

Uuringuperioodi jooksul suri pea iga

neljas jälgitu, kusjuures suurema suremusega olid seotud erektsiooniprobleemid, kehv hommikune erektsioon ja madal libiido, seda sõltumata testosterooni hulgast, kirjutab Age and Aging.

Varasemate uuringute andmeil võib meestel ööune ajal tekkida kuni viis erektsiooni, kusjuures varahommikune erektsioon võib olla tingitud testosterooni taseme tõusust.

Et erektsioonihäired võivad olla põhjustatud halvast vereringest, võib nendega seostada näiteks kõrget vererõhku,

südame isheemiatõbe, diabeeti ja kõrget kolesteroolitaset. Erektsioonihäiretele spetsialiseerunud veteranarst Geoff Hackett ütles väljaandele The Sun, et hommikuse erektsiooni kadumine võib olla märk sellest, et mehe arterid ei toimi korralikult ning 3–5 lähiaastat võivad tuua suurenenud südame- või ajuinfarkti riski.

Erektsiooni parandavad ja vereringehaiguste riski vähendavad tervislikud eluviisid, nagu kaalujälgimine, suitsetamisest loobumine, regulaarne treening ja alkoholitarbimise vähendamine.

TADILECTO®

Tadalafil
õhukese polümeerikattega tablett
5mg N28; 20mg N2; 20mg N4



Ole
ALATI
valmis!



Toime algab
16 minutiga ja
kestab kuni 36h

Poolitusjoonega
tabletid on jagatavad
võrdseteks annusteks



TADILECTO®
Tadalafil

blistrid on perforeeritud
mugavamaks kasutamiseks.

Näidustused: Ereksioonihäirete ravi täiskasvanud meestel. Eesnäärme healoomulise suurenemise sümptomite ravi täiskasvanud meestel.
Allikas: Tadilecto SPC

Retseptiravim. Näidustatud täiskasvanud meestele.
Müügiloa hoidja: KRKA d.d., Novo mesto, Šmarješka cesta 6, 8501, Sloveenia.
Täiendav teave on saadaval müügiloa hoidja Eesti esindusest: KRKA d.d.,
Novo mesto, Eesti filiaal, Pärnu mnt 141, 11314 Tallinn, Eesti.
Tel: +372 6671658 www.krka.ee



Igal viiendal Eesti keskealisel mehel esineb seksuaalhäireid

Hiljuti läbi viidud Eesti meeste terviseuuring näitas, et kolmandik 40-49aastastest meestest polnud rahul oma seksuaaleluga. Seemnepurske- ja erektsioonihäireid esines igal 5. ning seksuaalse huvi langus igal 7. mehel. Enda seksuaaleluga olid rahulolematud kolm meest kümnest. Kusjuures 60% juhtudest oli rahulolematust seotud seksuaalhäiretega, ülejäänutel peamiselt partneri puudumisega või suhte kvaliteediga. Seksuaalse huvi langust esines igal 7. mehel ja ligi kümnendik uuringus osalenutest polnud enda sõnul enam seksuaalselt aktiivsed. Lõplikult olid seksuaalelust loobunud siiski vähesed mehed.

Uuringu tulemused näitasid, et klassikalistest seksuaalhäiretest esines kõige sagedamini meestel probleeme enneaegase seemnepurskega, mida oli ligi viiendikul (21%). Peaaegu samal määral (18%) meestel esines erektsioonihäired ning kõige sagedamini toodi välja varasemast nõrgemaks jäävat erektsiooni. Võimalik eesnäärmehaigus, kusemishäired ja alanenud testosterooni tase oli uuringu järgi igal 6. mehel. Kõik need tervisemured mõjutavad oluliselt mehe elukvaliteeti ja soodustavad seksuaalhäirete tekkimist.

EREKTSIOON SÕLTUB ELUSTIILIST

Meestel tekivad seksuaalhäired vanuse suurenemisega, kuid süüdi on paljuski ka mehe elustiil ja üldtervislik seisund. Meeste tervise uuringu ühe eestvedaja, Tartu Ülikooli Kliinikumi meestearst Margus Punabi hinnangul sõltub näiteks erektsioon paljuski mehe tervisekäitumisest. „Vanuse ja kehakaalu suurenedes kasvas uuringus nende meeste osakaal, kellel esines erektsioonihäireid. Näiteks langeb ülekaalus meestel testosterooni tase, mis omakorda põhjustab väsimust, kurnatust, keskendumishäireid, suguiha langust ja erektsioonihäireid,“ selgitas Punab. Samuti esines seksuaalhäireid sagedamini uuringus osalenud igapäevasuitsetajatel ja neil, kes liialdasid alkoholiga. Enamik seksuaalhäireid on Punabi sõnul edukalt ravitavad. Ereksioonihäirete korral võib abi olla ka elustiilimuutustest. Sageli piisab näiteks suitsetamisest loobumisest, kaalu langetamisest või ka lihtsalt stressifooni vähendamisest. Seksuaaltervis on oluline elukvaliteedi osa ning mehed, kes tunnevad, et probleemid on püsivad, peaksid julgelt pöörduma perearsti juurde, kes saab vajadusel suunata edasi meestearsti vastuvõtule.

Seksuaalhäired võivad viidata ka tõsisemale probleemile. Ereksioonivõime langustrend algab 40. eluaastates, mil realiseeruvad vanuse ja eluviisiga seotud muutused veresoontes ja hormoonides. Südamehaiguste ja erektsioonihäire riskitegurid on sisuliselt kattuvad. „Uuringud on näidanud, et

erektsioonihäire avaldub mitu aastat enne tõsisemate südame- ja veresoontekonna haiguste avaldumist. Seega tuleks erektsioonihäiret nii mehel endal kui ka tema ravimeeskonnal kasutada varase markerina südame ja veresoontekonna haiguste kõrge riski kohta,“ tõdes Punab.

Samuti võivad erinevate haigustega kaasneva seksuaaltervise probleemid, mis jäetakse meeste põhihaigust ravidest pahatihti tähelepanuta. Näiteks esineb seksuaalhäired rohkem meestel, kellel on südamehaigus, eesnäärmehaigus või alanenud testosterooni tase.

HEA KOOSELU VÕRDUB HEA TERVIS

Uuringus osalenud meestest olid enamik kooselul (85%) ning üheksal mehel kümnest oli püsiv seksuaalpartner. Selgus, et suhtes meestel oli oluliselt parem enesehinnang oma tervisele ja neil esines vähem vaimse tervise seotud probleeme – unehäireid, kurbust ja energiapuudust. Samuti oli neil vähem eesnäärme- ja kusemishäireid, seksuaalhäireid ning neil oli suurem rahulolu nii töö kui ka seksuaaleluga. Enda seksuaaleluga olid rahulolematud kolm meest kümnest. Rahulolematute hulgas oli oluliselt sagedamini vallalisi, lastetuid või väga suure töökoormusega mehi. Kümnendik uuringus osalenutest, kes ei ole enda sõnul enam seksuaalselt aktiivsed, nimetasid selle peamiseks põhjuseks partneri puudumist. Seksuaalselt aktiivsetest meestest ligikaudu neljandiku hinnangul oli nende partneri huvi ja seksuaalse aktiivsuse tase madal, väga madal või puudus täielikult. Meestearst paneb südamele, et Eesti mehe tervis on ta enda kätes. „Seksuaalhäireid aitab ennetada tervislik toitumine, regulaarne liikumine ning suitsetamise ja alkoholi piiramine,“ ütles Punab. Ta lisas, et kindlasti tuleb hoida oma vaimset tervist, mitte üle töötada ja lubada endale puhkust. Suureks toeks on hea kooselu toetava partneriga. „Kui sellest pole abi ja seksuaalhäired kestavad mitu kuud, tasuks julgelt pöörduda arsti vastuvõtule, sest igale murele leidub lahendus,“ kinnitas Punab.

2022. aastal lõppenud uuringu „Eesti 40-49aastaste meeste tervis: pilootprojekt „Pikema Sõpruse Päev“ eesmärk oli saada ülevaade 40-49aastaste meeste tervisest ja olulisematest riskiteguritest, suurendada meeste terviseteadlikkust ning panna tulemuste põhjal alus meestele suunatud seksumiste projekti väljatöötamiseks. Analüüsi kaasati 3195 mehe andmed. Uuringu korraldasid Tartu Ülikooli Kliinikumi meestekliinik koostöös Tervise Arengu Instituudiga.



SUPERRAUD sisaldab 60 mg rauda hästi imenduvast rauddiglütšinaadi vormis ning optimeeritud koguses looduslikku C-vitamiini raua paremaks omastamiseks. Lisaainetevaba.



ALATI KONTROLLITUD RAUA SISALDUS!



Esimene kodumaine **RAUASIIRUP** Eestis, mis sobib alates 6ndast elukuust kogu perele. Täidab efektiivselt rauavarud ning on kõhule õrn. Puhtad koostisosad.



RAUD sisaldab 30 mg rauda ning looduslikku C-vitamiini.

RAUD on nr 1 toode rauavarude täitmiseks. Sobib purustatuna alates 6ndast elukuust.



RAUA ASJADES USALDA KODUMAIST NÖGELIT

Saadaval apteekides, Selverites, COOPides, looduspoodides ja [NOGELORGANICS.COM/EPOOD](https://nogelorganics.com/eood)

Ärritunud soole sündroom või IBD?

Põletikulisest soolehaigusest rääkis Äripäeva raadio Terviseuudiste saates Lääne-Tallinna Keskhaigla endoskoopiaosakonna juhataja gastroenteroloog **Külliki Suurmaa**.

VIOLETTA RIIDAS, toimetaja

Mis vahe on ärritunud soole sündroomil ja IBD-l ehk põletikulisel soolehaigusel?

Haiged tulevad arstile enamasti pike-mat aega kestnud kõhuvalu või kõhulahtisuse tõttu. Valu võib olla üla- või alakõhus. Teiseks võib olla kõhulahtisus, -kinnisus või veri väljaheites. Kui need seisundid kestavad üle 3 kuu, on tegemist kroonilise haigusega.

Ärritunud soole sündroomi puhul on tegemist funktsionaalse haigusega ehk põletikunäitajaid ei ole ja kui ka teised analüüsid ei viita mõnele muule haigusele, saab panna ärritatud soole sündroomi diagnoosi. Teinekord võib ärritunud soole sündroom esineda siiski ka mõne põletikulise seisundi järel, näiteks kui on olnud divertikuliit.

Põletikuline soolehaigus (IBD) on juba tõsisem haigus, kus põletikunäitajad on tihtipeale kõrged ja hemoglobiin madal, kuna organism kaotab verd. Veri ongi peamine, mida kardetakse ja tullakse arsti juurde, kuna peljatakse onkoloogilisi haiguseid.

IBD puhul esinevad sooleseinas haavandid. IBD alla kuulub kaks haigust - haavandiline koliit, mis esineb jämesooles, ning Crohni tõbi, mis võib esineda alates suust kuni päarakuni ja mille puhul põletikulised alad vahelduvad tervete aladega.

Crohni tõve korral võib põletikust tingituna soolevalendik aheneda, mille tulemusel tekib stenoos või striktuur. Samuti võivad esineda mädakolded ja uurised ehk fistulid ning ebatavalised sidemed soolevalendiku ja naha või soolevalendiku ja teiste elundite vahel.

Miks IBD tekib?

Haiguse tekke täpset põhjust tänapäeval ei teata. Ühtpidi on tegemist soolekahjustusega, kuid teisalt me küsime haigetelt alati lisaks, kas neil valutavad liigesed, kas on veel probleeme? Eksisteerivad ekstra intestinaalsed nähud ja see kõik viitab autoimmuunsusele.

Kunagi Rootsisis õppides, kus diagnoo-

siti väga palju IBDd, mõtlesin, et kas see oli põhjustatud geneetikast, kuid sellist geeni pole leitud. Me ei tea, miks see haigus tekib - kas lapsepõlves on olnud mingi infektsioon või teatud bakterid. Seda teemat uuritakse kogu aeg väga tõsiselt, kuid kindlaid seisukohti veel pole.

Mujal riikides oli seda vähem?

Ma ei oska öelda, kuidas omal ajal mujal oli, aga Eestis oli nõukogude ajal seda haigust tõesti vähe. Meil olid küll ka kehvemad diagnoosimise võimalused, kuid haigust ennast oli samuti vähem.

Ehk siis mõjutajaks on ka elukeskkond ja toitumine?

Stress võib soodustada IBDsse haigestumist, sest inimese ajul on selle haiguse puhul oluline roll. Ärritatud soole sündroomi korral on närvisüsteemi tundlikkus väga olulisel kohal.

Nagu ütlevad inglased - aju saadab impulsi närvisüsteemi kaudu soolde. Kui ta annab liiga suure impulsi, siis sool ei võta seda vastu, reageerib valulikult ja saadab samasuguse tugeva impulsi ajju tagasi - tekib ring. Seega me otsime ravi, mis seda sensitiivsust vähendaks.

Olen oma pikaajsete IBD haigete puhul täheldanud, et nende haigus ägeneb enamasti tugeva stressi tulemusel - mingid suured üleelamised ja kaotused. Teistel mängib rolli sesoonsus ja haigus ägeneb kevadeti. Siis nad vajavad rohkem ravimeid, kuid baasravi on neil haigetel alati.

Kui levinud see haigus Eestis on ja kas on ka soolisi erinevusi?

Tegemist on suhteliselt levinud haigusega, mis tabab rohkem nooremaid. Kui inimene on esimeste sümptomite korral juba üle 50, tuleb kindlasti koloskoopia teha, et välistada onkoloogilised haigused. Ärritatud soole sündroomi korral pole seda uuringut vaja.

Põletiku kahtluse korral tuleb aga kindlasti terve soole pikkuses täiskolloskoopia teha, et vaadata, kus põletik



Külliki Suurmaa. FOTO: LTKH

paikneb. Kui see jämesooles ei selgu, siis tuleb kapselendoskoopiaga ka peensoolt uurida. Diagnoosi panemiseks tuleb veel terve rida analüüse teha.

Mis vanuses IBD välja lööb?

Võrdlemisi noorelt, ka 14aastased lapsed võivad juba haiged olla. Näeme igas vanuses haigeid. Kui varem öeldi, et vanematel inimestel ei ole seda haigust, siis mul on mitmed haiged, kellel olen avastanud IBD vanuses üle 60 ja 70 aasta. Neid pole palju, kuid selle võimalusega peab arvestama.

Millal lapsevanem peaks mõtlema võimalusel, et lapsel on IBD mitte koolihirm?

Lastel on kõhuvalu palju ja väga oluline on esimene anamnees - põhjalik vestlus lapsega - millal kõht hakkab valutama, millest see võib tingitud olla, kas ta tõesti kardab matemaatika tundi minna või ta näiteks joob koolis piima ja kõht hakkab siis valutama. Võib selguda, et tal on hoopis laktoosi- või gluteenitalumatus. Võib olla ka ärritatud soole sündroom.

Milline on ravi?

Ravi eesmärk on haiguse remissiooni saavutamine - et ei oleks kõhulahtisust ja veritsust, poleks aktiivset põletikku ja soole limaskest oleks normaalne. Ravimite kasutatakse 5-amiinosalitsüülhappe (5-ASA) preparaate, glükokortikosteroide, immunosuppressante ja kui muu ei aita ka bioloogilisi ravimeid. Pärast remissiooni saavutamist jätkatakse säilitusravi.

 **escadra**[®]

gastroresistentne kapsel
20mg N14; N28; N56
40mg N28

esomeprasool

Otsustav löök maohappe vastu

10
AASTAT
KOGEMUST



1. generiline esomeprasool Eestis

**Escadra (esomeprasool)
gastroresistentsed kapslid
20mg N14; N28; N56
40mg N28**

Näidustused:

Täiskasvanud:

Gastroösofageaalne reflukshaigus:

- erosiivse refluksösofagiidi ravi;
- paranenud refluksösofagiidi säilitusravi retsidiivide vältimiseks,
- gastroösofageaalse reflukshaiguse sümptomaatiline ravi.

Helicobacter pylori eradikatsioon koos sobivate antibiootikumidega:

- Helicobacter pylori infektsiooniga seotud kaksteistsõrmikuhaavandi ravi;
- Helicobacter pylori infektsiooniga seotud peptilise haavandi retsidiivi profülaktika.

Mittesteroidseid põletikuvastaseid aineid (MSPVA) pidevalt vajavad patsiendid

- MSPVA kasutamisega seotud maohaavandite ravi;
- MSPVA kasutamisega seotud mao- ja kaksteistsõrmikuhaavandite profülaktika kõrge riskiga patsientidel.

Peptilise haavandi verejooksu retsidiivi vältimine pärast veenisest ravi. Zollingeri-Ellisoni sündroomi ravi.

Noorukid alates 12 aasta vanusest:

Gastroösofageaalne reflukshaigus:

- erosiivse refluksösofagiidi ravi;
- paranenud refluksösofagiidi säilitusravi retsidiivide vältimiseks,
- gastroösofageaalse reflukshaiguse sümptomaatiline ravi;

Helicobacter pylori infektsiooniga seotud kaksteistsõrmikuhaavandi ravi koos antibiootikumidega.

Retseptiravim. Müügiloa hoidja: KRKA. d.d., Novo mesto, Šmarješka cesta 6, 8501 Novo mesto, Sloveenia.

Täiendavat informatsiooni saab müügiloa hoidja Eesti esindusest: KRKA d.d., Novo mesto Eesti filiaal, Pärnu mnt. 141, 11314, Tallinn, Eesti.

Tel: +372 6671658, www.krka.ee



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

Tervisekassa on valmis ravimite ühishankeid jätkama

Tervisekassa viis koos haiglatega läbi bioloogiliste ravimite ostmise ühishanke, mis hõlmas aega juuli 2022 kuni jaanuar 2023. Pilootprojekti peamine eesmärk oli viia läbi kordus ühishange tagamaks ravimite järjepidev ja tõrgeteta kättesaadavus kõigile hankes osalevatele haiglatele.

VIOLETTA RIIDAS, toimetaja

Ühishankes osales tervisekassa koos nelja haiglaga: Põhja-Eesti Regionaalhaigla, Tartu Ülikooli Kliinikum, Ida-Tallinna Keskhaigla ja Pärnu Haigla. Juhtiv ühishankija oli Tervisekassa, kes viis haiglate nimel läbi kogu hankemenetluse protseduuri kuni raamlepingu allkirjastamiseni - st tervisekassa allkirjastas haiglate nimel raamlepingu, müügilepingu sõlmis iga haigla iseseisvalt.

Riigihanke "Haiglaravimite ostmise" (sügis 2022) raames osteti kokku kuus erinevat haiglaravimit, millest kolm ravimit on konkurentsi olukorras ehk rohkem kui üks müügiloahoidja turul. Tervisekassa ravimite ja meditsiiniseadmete osakonna teenusejuht Eveli Bauer selgitas, et tulemusi hinnati kolme ravimi hanke põhjal.

„Ravimite hinnad langesid kahe ravimi osas, sh ühel juhul ligikaudu 37%, mida loeme märkimisväärseks hinnalanguseks. Rahaline võit kahe ravimi peale kokku on ühes aastast ligikaudu 250 000 eurot. Kolmanda ravimi osas toimus hinnatõus võrreldes varasema 2020. aasta ühishanke tulemusega, kuid hind jäi endiselt madalamaks kui oli enne haiglate ühishankeid,“ selgitas Bauer.

Hankes osalenud pakkujate arvu loeb tervisekassa heaks tulemuseks. Sõltuvalt ravimist esitati 2-4 erinevat müügiloahoidja ravimit. Bauer lisas märkuse korras, et ravimite hulgimüüjad (pakkujad) võivad pakkuda ka ühe ja sama müügiloahoidja ravimit, mis üldjuhul tähendab suhteliselt väikest erinevust pakutavates hindades ja sisuline konkurents on sellistel juhtudel võrdlemisi madal.

Küsimusele, kas tervisekassa jätkab ühishangetega, vastas Bauer, et ühishangete juhtimise kvaliteet paraneb iga järgneva ühishankega, kui võrd ühishankijad on teinud omad järeldused ja parandused vastavalt varasematele kogemustele.

„Käesolevas hankes vähendati taaskord märkimisväärselt hangetes esinevat bürokraatia hulka - tervisekassa disainis ja valmistas ette uued lepingu tüübid, mis lubab lepingud sõlmida täies mahus ühishankes osalevate haiglate eest. See säästab tööaega kõigi osapoolte jaoks, viib miinimumini võimalike eksimuste arvu ja tõstab lepingute aruandluse kvaliteeti võrreldes olukorraga, kus iga haigla sõlmis lepingud vastavalt hanke tulemustele iseseisvalt,“ rääkis Bauer ja lisas, et antud lahendused võimaldavad haiglatel

Hankes oli 3 toimeainet

► Pilootprojekti objektiks olid bioloogilised ravimid, täpsemalt ravimid toimeainetega **infliksimab**, **trastuzumab** ja **rituksimab**. Igas vastavas hanke osas olid liidetud kokku kõigi nelja haigla mahud. Hankimisele tuli kokku 7 osa:

1. Rituksimab infusioonilahuse kontsentratsioon 500mg/100mg biooriginaal, eeldatav maht kokku 300/20 viaali ühes aastast.
2. Rituksimab infusioonilahuse kontsentratsioon 500mg biosimilar või biooriginaal, eeldatav maht kokku 2000 viaali ühes aastast.
3. Rituksimab subkutaanne süstelahus 1400mg/1600mg, eeldatav maht kokku 400/50 viaali ühes aastast
4. Trastuzumab infusioonilahuse kontsentratsiooni pulber 150mg biosimilar või biooriginaal, eeldatav maht kokku 2000 viaali ühes aastast.
5. Trastuzumab infusioonilahuse kontsentratsiooni pulber 150mg biooriginaal, eeldatav maht kokku 50 viaali ühes aastast.
6. Trastuzumab subkutaanne süstelahus 600mg, eeldatav maht kokku 2000 viaali/ ühes aastast.
7. Infliksimab infusioonilahuse kontsentratsiooni pulber 100mg biosimilar või biooriginaal, eeldatav maht kokku 13 000 viaali ühes aastast.

ühishangetes keskenduda üksnes kõige olulisemale (ravimivajaduse prognoosimine, ravimite tehniline kirjeldus, ravimite tellimine), samal ajal kui tervisekassa vastutab kogu hankedokumentatsiooni ja hanke korralduse eest otsast lõpuni.

Baueri sõnul loodab tervisekassa haiglaravimite hankimisel lähiaastatel arendada hanketeenust kolmes olulises suunas:

- 1) tõsta ühishangete kvaliteeti läbi uute hangetööriistade ja strateegiate kasutuselevõtu (näiteks dünaamiline hankesüsteem);
- 2) tõsta ühishangete kvaliteeti ühishangetes osalevate haiglate jaoks automatiseerides andmeid ja protsesse;
- 3) laiendada ühishankimisel olevate ravimite arvu ning seeläbi potentsiaalselt laiendada ka ühishangetega hõlmatud haiglate arvu (sõltuvalt konkreetsest ravimist, mida ühishankimiseks valitakse, sõltub ka ühishankes osalevate haiglate arv).

Ühishankes "Haiglaravimite ostmise" (sügis 2022) hangitud ravimid olid esmakordselt ühishankes 2020. aastal. Nimetatud ravimid on tänaseks Tervisekassa hankeplaanides ja kui haiglad jätkuvalt ühishankeid toetavad, jätkab tervisekassa vastavate ravimite ühishankimist ka tulevikus (ühishanked on haiglate jaoks vabatahtlikud).

Hyrimoz[®]

(adalimumab)



SANDOZ A Novartis
Division

Hyrimoz Adalimumabum, 40 mg süstelahus eeltäidetud süstlas, 40 mg süstelahus pensüstlis. **Retseptiravim. Farmakoterapeutiline rühm:** immunosuppressandid, tuumorinekroosifaktori alfa (TNF- α) inhibiitorid. **Näidustused.** Reumatoidartriit. Hyrimoz kombinatsioonis metotreksaadiga on näidustatud: Mõõduka kuni raske aktiivse reumatoidartriidi raviks täiskasvanud patsientidel, kui haigust modifitseerivate antireumaatiliste ravimite (sh metotreksaadi) toime ei ole piisav. Raske, aktiivse ja progresseeruva reumatoidartriidi raviks täiskasvanutel, keda ei ole eelnevalt metotreksaadiga ravitud. Hyrimoz'i võib monoteerapijana kasutada juhul, kui metotreksaat ei ole talutav või kui ravi jätkamine metotreksaadiga on sobimatu. On tõestatud, et adalimumab vähendab liigeskahjustuste progressioonimäära (mõõdetakse röntgenleiu alusel) ja parandab füüsilist funktsiooni, kui seda kasutatakse kombinatsioonis metotreksaadiga. **Juveniilne idiopaatiline artriit.** Polüartikulaarne juveniilne idiopaatiline artriit. Hyrimoz kombinatsioonis metotreksaadiga on näidustatud aktiivse polüartikulaarse juveniilse idiopaatilise artriidi raviks patsientidel alates 2 aasta vanusest, kelle ravivastus ühele või enamale haigust modifitseerivale antireumaatilisele ravimile (HMR) on olnud ebapiisav. Hyrimoz'i võib manustada monoteerapijana juhul, kui esineb talumatus metotreksaadi suhtes või kui ravi jätkamine metotreksaadiga ei ole kohane. Adalimumabi ei ole uuritud alla 2-aastastel patsientidel. **Entesiidiga seotud artriit.** Hyrimoz on näidustatud entesiidiga seotud ägeda artriidi raviks 6-aastastel ja vanematel patsientidel, kellel konventsionaalse raviga saavutatud ravivastus on olnud ebapiisav või kes sellist ravi ei talu. **Aksiaalne spondüloartriit.** Anküloseeriv spondüliit (AS). Hyrimoz on näidustatud raske aktiivse anküloseeriva spondüliidi raviks täiskasvanutel, kelle ravivastus konventsionaalsele ravile on olnud ebapiisav. **Aksiaalne spondüloartriit ilma AS radioloogilise leiuta.** Hyrimoz on näidustatud raske aksiaalse spondüloartriidi raviks täiskasvanutel, kellel ei ole AS-i radioloogilist leidu, kuid esinevad objektiivsed põletikuleid (CRV tõus ja/ või MRI leid) ja kellel mittesteroidsete põletikuvastaste ravimitega ei saavutata piisavat ravivastust või kellel esineb talumatus nende ravimite suhtes. **Psoriaatiline artriit.** Hyrimoz on näidustatud aktiivse ja progresseeruva psoriaatilise artriidi raviks täiskasvanutel, kui ravivastus eelnevale ravile haigust modifitseerivate antireumaatiliste ravimitega on olnud ebapiisav. Adalimumab on näidanud röntgenoloogiliselt hinnatud perifeerse liigeskahjustuse süvenemise pidurdumist sümmeetriliste polüartikulaarsete alamtüüpidega patsientide ja füüsilise funktsiooni paranemist. **Psoriaas.** Hyrimoz on näidustatud täiskasvanud patsientidele, kellel on mõõdukas kuni raske krooniline naastuline psoriaas ja kellel on näidustus süsteemseks raviks. **Naastuline psoriaas lastel.** Hyrimoz on näidustatud raske kroonilise naastulise psoriaasi raviks lastel alates 4 aasta vanusest ja noorukitel, kelle ravivastus paiksele ravile ja valgusteraapiatele on olnud ebapiisav või kellele selline ravi ei sobi. **Mädane hidradeniit.** Hyrimoz on näidustatud aktiivse mõõduka kuni raske mädase hidradeniidi (*acne inversa*) raviks täiskasvanutel ja noorukitel alates 12 aasta vanusest, kelle ravivastus konventsionaalsele süsteemsele mädase hidradeniidiravile on ebapiisav. **Crohni tõbi.** Hyrimoz on näidustatud mõõduka kuni raske aktiivse Crohni tõve raviks täiskasvanud patsientidel, kellel puudus ravivastus, vaatamata täielikule ja adekvaatsele ravikuurile kortikosteroidi ja/või immunosuppressandiga või kes ei talu või kellel on meditsiinilised vastunäidustused selliste ravikuuride suhtes. **Crohni tõbi lastel.** Hyrimoz on näidustatud mõõduka kuni raske aktiivse Crohni tõve raviks lastel (alates 6 aasta vanusest), kelle ravivastus konventsionaalsele ravile, sh esmasele toimumisteraapiale ning kortikosteroididele ja/või immunomodulaatoritele on ebapiisav või kes ei talu või kellel on vastunäidustus selliste ravikuuride suhtes. **Haavandiline koliit.** Hyrimoz on näidustatud mõõduka kuni raske aktiivse haavandilise koliidi raviks täiskasvanud patsientidel, kelle ravivastus konventsionaalsele ravile, sh kortikosteroididele ja 6-merkaptopuriinile (6-MP) või asatiopriinile (AZA) on ebapiisav või kes ei talu või kellel on meditsiiniline vastunäidustus selliste ravikuuride suhtes. **Uveiid.** Hyrimoz on näidustatud mitteinfektsioosse intermediaalse, posterioorse ja panuveidi raviks täiskasvanud patsientidel, kelle ravivastus kortikosteroididele on ebapiisav, kes vajavad kortikosteroidi annuse vähendamist või kellele kortikosteroidravi on sobimatu. **Uveiid lastel.** Hyrimoz on näidustatud kroonilise mitteinfektsioosse anterioorse uveidi raviks lastel alates 2 aasta vanusest, kelle ravivastus konventsionaalsele ravile on ebapiisav, kes ei ole talunud konventsionaalset ravi või kellele konventsionaalne ravi ei sobi. **Annustamine¹, vastunäidustused¹, hoiatused ja ettevaatusabinõud¹, kõrvaltoimed¹** 1. Hyrimoz Adalimumabum ravimi omaduste kokkuvõte https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2018/20180726141529/anx_141529_et.pdf. **Müügiloo hoidja:** Sandoz GmbH, Biochemiestr. 10, A-6250 Kundl, Austria. **Täiendav informatsioon:** Sandoz d.d. Eesti filiaal, Pärnu mnt. 105, 11312 Tallinn. Tel. 6 652 400. www.sandoz.ee

Migreen tähendab kaotatud hetki

Migreeniga
töötaja on enim
mõjutatud
haigusest just
oma kõige
produktiivsematel
aastatel.¹

Kas Sina tead oma kolleegi, kellel esineb migreen?

teva

Andmed pärinevad My Migraine Voice ülemaailmsest küsitlusest, mis hõlmas 31 eri riiki, kus vastajateks olid 11 266 migreeniga patsienti.
1. What is Migraine Factsheet.
<https://migrainetrust.org/wp-content/uploads/2023/05/What-is-migraine-factsheet.pdf>

August 2023 | FRE-EE-00078

Migreeni
patsientide
lood



 valuvastu.com

Kõik
ennetamise
kohta



Valu ABC



Emotsionaalne
tervis



Harjutused ja
praktilised soovitused

Kõik valu
kohta



Pea piirkond



Rindkere ja kõhu
piirkonnas



Selja piirkonnas



Käed ja jalad

Digitaalne peavalupäevik

**MIGREENI-
KOMPASS**

Tõhus ravi algab
täpsest diagnoosist.

Lae tasuta alla siit:



Täiendav teave: Teva Eesti esinduselt, UAB Teva Baltics Eesti filiaal, Hallivanamehe 4, Tallinn 11317. Telefon: 66 10 801 või www.teva.ee. NPS-EE-00055