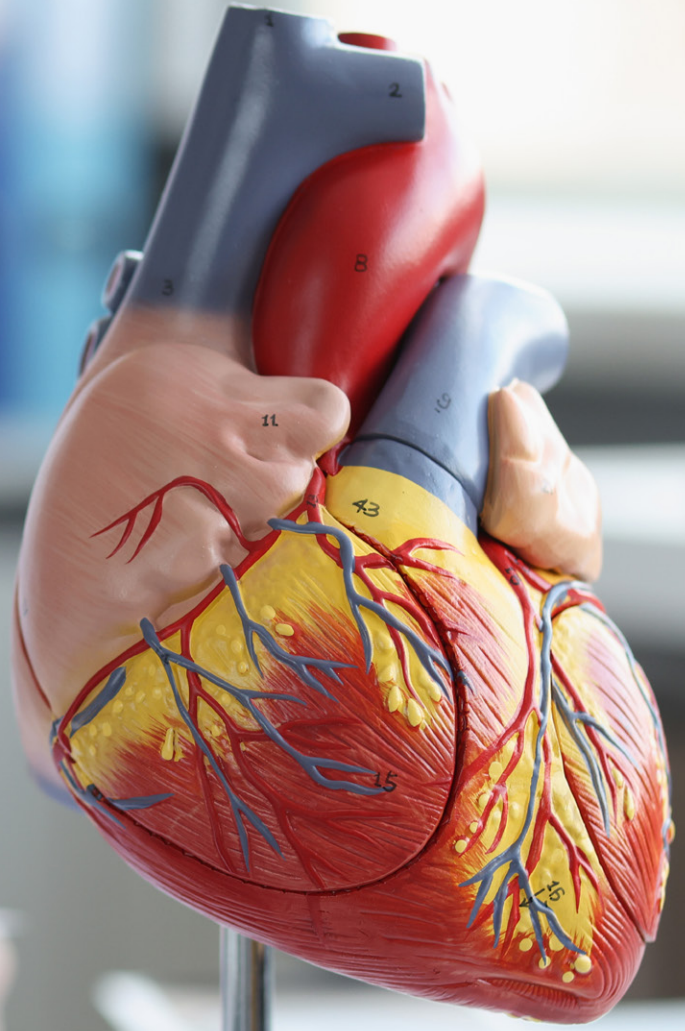




Kolesterooli ja vererõhu kontroll

aitavad vähendada südame- ja veresoonkonna haigusi

Südame- ja veresoonkonna haigused on Eestis suurim haigestumise ja suremuse põhjus. Igal aastal registreeritakse üle 80 000 uue juhu ning ligikaudu 8000 ehk pooled surmad Eestis on seotud südame- ja veresoonkonna haigustega.



Ljubov Grigorova

proviisor

Ujula Konsumi apteek

Südame- ja veresoonkonna haigusteks (SVH) loetakse südame isheemiatõve, müokardi infarkti, insulti, trombembooliat ja muid haigusi südames, arterites ja veenides. Oluulisteks riskiteguriteks on suitsetamine, kõrge vererõhk ja kolesteroolitase, samuti ülekaal, diabeet, sugu, vanus ning pärilik eelsoodumus.¹ Kuna paljud riskitegurid on muudetavad, on ennetusel ja varajasel sekkumisel määrav roll.

Siin tuleb mängu proviisor – mitte pelgalt ravimite väljastaja, vaid kergesti kättesaadav ja usaldusväärne spetsialist, kellel on oluline roll patsiendi nõustamisel ja toetamisel kogu raviteekonna vältel. Proviisor võib olla esimene, kelle poole patsient pöördub vererõhu, kolesterooliprobleemide või elustiilimuutuste, näiteks suitsetamisest loobumise sooviga. Proviisori teadlikkus haiguse olemusest ja ravi eesmärkidest aitab tugevdada patsiendi ravisoostumust ning enne-

Proviisor võib olla esimene, kelle poole patsient pöördub vererõhu, kolesterooliprobleemide või elustiilimuutuste, näiteks suitsetamisest loobumise sooviga. Proviisori teadlikkus haiguse olemusest ja ravi eesmärkidest aitab tugevdada patsiendi ravisoostumust ning ennetada ravi katkestamist ebaselguse või hirmude tõttu.

tada ravi katkestamist ebaselguse või hirmude tõttu.

SVH riski hindamine: mis see on ja kuidas seda kasutada?

SVH risk viitab tõenäosusele, et inimesel võib kümne aasta jooksul tekkida mõni tõsine probleem südame-veresoonkonnas, näiteks müokardiinfarkt või insult. Euroopa Kardioloogide Selts (ESC) soovib hinnata kardiovaskulaarset riski kõigil üle 40-aastastel täiskasvanutel, kellel ei ole diagnoositud ateroskleroosilist südame-veresoonkonna haigust.

SVH riski hindamiseks kasutatakse SCORE2 (Systematic Coronary Risk Estimation) tööriista, mille uusim versioon avaldati 2021. aastal Euroopa südame-veresoonkonnahaiguste ennetamise ravijuhendis¹. Riski hindamiseks on vaja teada neid patsiendi andmed:

- vanus,
- sugu,
- süstoolne vererõhk,
- mitte-HDL-kolesterooli tase*,
- suitsetamisharjumus.

* *Mitte-HDL-kolesterooli väärtus leitakse, lahutades üldkolesterooli kontsentratsioonist HDL-kolesterooli kontsentratsioon.*

SCORE2 on kalibreeritud nelja riskigrupi riikide jaoks (madala, keskmise, kõrge ja väga kõrge riskiga), kusjuures Eesti kuulub kõrge riskiga riikide hulka. Hindamistulemused jaotatakse kolme kategooriasse: madal kuni keskmine risk, kõrge risk ja väga kõrge risk. ESC on loonud ka kasutajasõbraliku tööriista – tasuta mobiilirakenduse ESC CVD Risk Calculation App, mis võimaldab kiiresti ja mugavalt hinnata patsiendi individuaalset riski nutiseadme abil. Alternatiivina saab kasutada ka veebipõhist kalkulaatorit ESC kodulehel.

Kardiovaskulaarse riski hindamine aitab tervishoiutöötajal otsustada, kas oleks vaja alustada farmakoloogilist ravi või piisab elustiilimuutuste rakendamisest. SCORE2 ei ole ainult otsuste

tegemise tööriist arstidele, vaid ka väga tõhus patsiendi motiveerimise vahend. Seda saab kasutada, et:

- näidata patsiendile visuaalselt, kuidas vererõhu, kolesterooli ja suitsetamise vähendamine otsest mõjutab tema kümne aasta prognoosi;
- selgitada ravi olulisust siis, kui inimene tunneb end kõrgeks kolesterooli ja vererõhu näitajatega hästi;
- luua realistlikud ja patsiendi jaoks arusaadavad eesmärgid;
- toetada ravisoostumust – kui patsient näeb, et tema igapäevased tegevused annavad käegakatsutava tulemuse, suureneb motivatsioon ravi jätkata ja elustiilimuutusi teha.

Kõrge vererõhk – igapäevane teema apteegis

Vererõhk on surve, mida avaldab veresoontes voolav veri veresoonte seintele. Süstoolne vererõhk tähistab rõhku arterites südame kontraktsiooni ajal, kui veri väljutatakse südame vatsakesest. Diastoolne vererõhk näitab rõhku veresoones südame lõõgastumise faasis, kui süda täitub verega. Tervetel täiskasvanutel peetakse optimaalseks vererõhuks väärtust alla 120/80 mmHg. Vanusega vererõhu tõus ei ole füsioloogiline norm, vaid viitab sageli patoloogilisele protsessile. Hüpertensioon on haiguslik seisund igas vanuses ning

selle varajane tuvastamine ja juhtimine on oluline kardiovaskulaarsete tüsistuste ennetamisel.²

Hüpertensiooni oht seisneb asjaolus, et see kulgeb paljude inimeste jaoks asümptomaatiliselt. Sümptomid tekivad tavaliselt juba mõne tüsistuse või kriitiliselt kõrgete vererõhunäitajate korral (tekib õhupuudus, peavalud, ninaverejooks, nägemishäired).²

Kõrget vererõhku, millele ei leita konkreetset põhjust, nimetatakse primaarseks hüpertensiooniks. Sekundaarne hüpertensioon moodustab umbes 5% juhtudest ning on tavaliselt tingitud mõnest olemasolevast haigusest või teatud ravimite kasutamisest (nt neeruhaigused, kilpnäärme talitlushäired, obstruktiivne uneapnoe, mittesteroidsete põletikuvastaste ravimite, glükokortikosteroidide, dekongestantide kasutamisel).²

Kõrgvererõhktõve Eesti ravijuhendi kohaselt soovitatakse 1. astme hüpertensiooni (140–159/90–99 mmHg) korral alustada kohe medikamentooset ravi, kui patsiendi südame-veresoonkonna risk on kõrge või väga kõrge. Seevastu madala või keskmise SVH riskiga patsientidel, kellel puuduvad tüsistused, tuleks esmalt rakendada eluviisimuutusi. Kui nende muudatustega ei saavutata kolme kuni kuue kuu jooksul vererõhu langust, kaalutakse medikamentoose ravi alustamist.³

Tabel 1. Arteriaalse vererõhu klassifikatsioon (mmHg).³

KATEGOORIA	SÜSTOOLNE	DIASTOOLNE
Optimaalne	< 120	ja < 80
Normaalne	120–129	ja/või 80–84
Kõrge-normaalne	130–139	ja/või 85–89
1. astme hüpertensioon	140–159	ja/või 90–99
Ambulatoorsel järgimisel päevane keskmine vererõhk või kodusel korduval mõõtmisel keskmine vererõhk 135/85 või kõrgem		
2. astme hüpertensioon	160–179	ja/või 100–109
Ambulatoorsel järgimisel päevane keskmine vererõhk või kodusel korduval mõõtmisel keskmine vererõhk 150/95 või kõrgem		
3. astme hüpertensioon	≥ 180	ja/või ≥ 110
Isoleeritud süstoolne hüpertensioon	≥ 140	ja < 90

SCORE2
10 aasta letaalse ja
mitteletaalsete südame-
veresoonehaiguste risk

< 50-aastased
< 2,5%
2,5...< 7,5%
≥ 7,5%

50–65-aastased
< 5%
5...10%
≥ 10%

Naised

Mehed

Mittesuitsetajad

Suitsetajad

Mittesuitsetajad

Suitsetajad

Mitte-HDL-kolesterool

Statoolne
vererõhk
(mmHg)
SCORE2

3,0–3,9
4,0–4,9
5,0–5,9
6,0–6,9

3,0–3,9
4,0–4,9
5,0–5,9
6,0–6,9

mmol/l

3,0–3,9
4,0–4,9
5,0–5,9
6,0–6,9

3,0–3,9
4,0–4,9
5,0–5,9
6,0–6,9

160–179

11 11 12 13

20 21 23 25

Vanus

13 13 16 18

20 23 25 28

140–159

8 9 9 10

15 16 18 19

60–64

10 11 13 14

16 18 20 23

120–139

6 7 7 8

12 13 14 15

8 9 10 11

13 15 16 18

100–119

5 5 6 6

9 10 11 11

6 7 8 9

10 12 13 15

160–179

7 8 9 10

15 16 18 19

55–59

9 11 12 14

16 19 21 24

140–159

5 6 7 7

11 12 14 15

7 8 10 11

13 15 17 19

120–139

4 4 5 5

8 9 10 11

6 6 7 9

10 11 13 15

100–119

3 3 4 4

6 7 8 8

4 5 6 7

8 9 10 12

160–179

5 5 6 7

11 13 14 16

50–54

7 8 10 11

13 15 18 21

140–159

3 4 4 5

8 9 10 12

5 6 7 9

10 12 14 16

120–139

3 3 3 4

6 7 8 9

4 5 5 6

7 9 10 12

100–119

2 2 2 3

4 5 6 6

3 4 4 5

6 7 8 9

160–179

3 4 4 5

8 10 11 13

45–49

5 6 8 9

10 13 15 18

140–159

2 3 3 4

6 7 8 9

4 5 6 7

8 9 10 14

120–139

2 2 2 2

4 5 6 6

3 3 4 5

6 7 8 10

100–119

1 1 2 2

3 3 4 5

2 2 3 4

4 5 6 7

160–179

2 2 3 4

6 7 9 10

40–44

4 5 6 7

8 10 13 16

140–159

1 2 2 2

4 5 6 7

3 3 4 5

6 7 9 11

120–139

1 1 1 2

3 4 4 5

2 2 3 4

4 5 7 8

100–119

1 1 1 1

2 2 3 3

1 2 2 3

3 4 5 6

Proviisori roll vererõhuravi toetamisel

Vaatamata sellele, et paljud patsiendid kipuvad nõustamise käigus ütlema, et võtavad oma vererõhuravimeid juba aastaid, on oluline veenduda, et nad ikkagi mõistavad, miks tuleb vererõhuravimit võtta iga päev regulaarselt, mitte ainult vajadusel. Paljud patsiendid arvavad, et kui vererõhk on ravimi kasutamisel normis, võib ravi iseseisvalt katkestada. Ravimi võtmise eesmärk ei ole lihtsalt õigete numbrite saamine, vaid pikaajaliste komplikatsioonide ennetamine. Nende hulka kuuluvad südamepuudulikkus, insult, müokardiinfarkt, neerukahjustus, perifeersete arterite haigus, vaskulaarne dementsus, retinopaatia ja teised (joonis 2).³

Alati tasub uurida, kas ravimid põhjustavad kõrvaltoimeid ning kuidas patsient neid aktsepteerib – pearinglus, väsimus, köha (nt AKE inhibiitoritega), turse (nt kaltsiumikanali blokaatoritega). Lisaks kõrvaltoimetele tuleb arvestada ka ravimite ning toiduga seotud koostoimetega, näiteks⁴:

- MSPVA + AKE inhibiitor + diureetikum = neerufunktsiooni ja hüpertensiooni kontrolli halvenemise risk;
- kaaliumi säästvad diureetikumid + kaaliumirikas dieet = suureneb hüperkaleemia ja südame rütmihäirete risk.

Oluline on patsiendilt aeg-ajalt küsida, kas ta mõõdab vererõhku kodus ja milliseid tulemusi ta saab. Vajadusel võib ka apteegis vererõhku mõõta ning rääkida patsiendile õigest mõõtmistehnikast. Patsient võiks jälgida oma vererõhku dünaamikas, mõõtes seda kaks korda päevas (hommikul

ja õhtul) vähemalt kolme päeva jooksul. Kodus tuleks hommikul vererõhku mõõta enne hommikusööki ja ravimite võtmist, kuid mitte kohe pärast ärkamist.

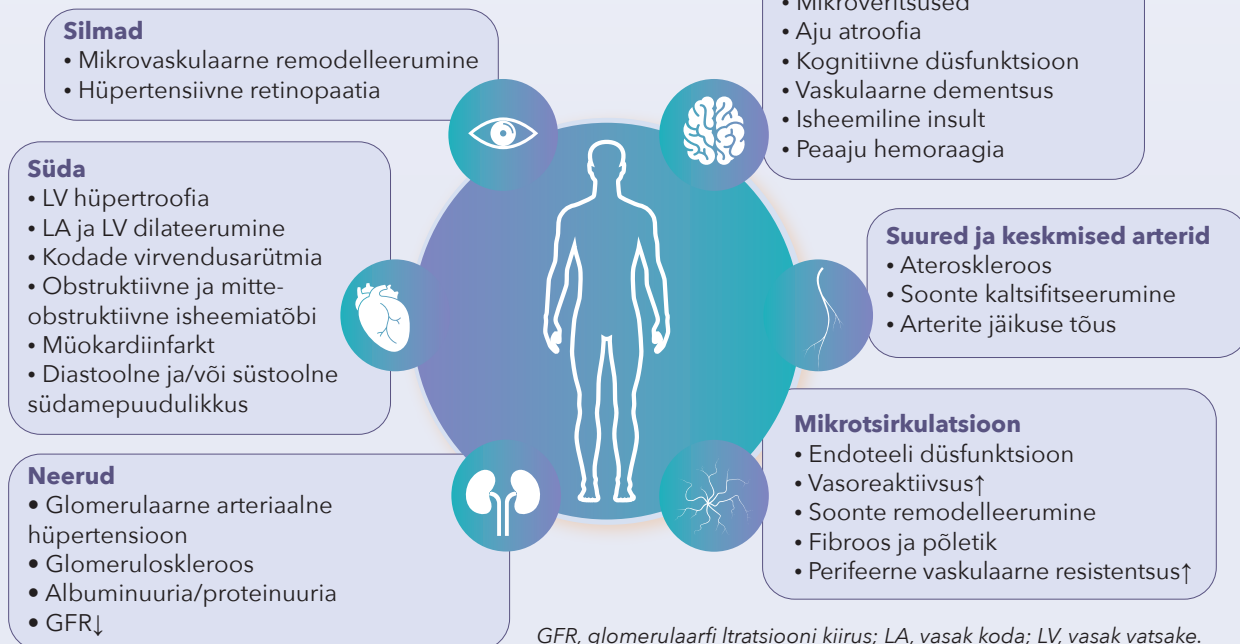
Eluviisi muutused tähtsa raviosana

Muudetavad riskitegurid hüpertensiooni tekkeks, millest saab ja peab proviisor nõustamise ajal mainima.¹

1. Toitumine

Tervislik toitumine on üks olulisemaid tegureid südame-veresoonkonna haiguste riski vähendamisel.

Joonis 2. Püsivalt kõrge vererõhk ja hüpertensioon põhjustavad hüpertensioonist tingitud organkahjustust ja kardiovaskulaarhaiguseid.



Vahemere dieet on teaduslikult tõestatud SVH riski vähendaja. Menüü peab sisaldama rohkelt köögivilju ja puuvilju (vähemalt 2–3 portsjonit päevas kumbagi), täisteratooteid, kaunvilju ja pähkleid. Punasele lihale, mida on soovituslik tarbida maksimaalselt 500 g nädalas, võiks eelistada rasvast kala või taimseid toite. Lisatud suhkrut, eriti suhkruga magustatud jookide tarbimist on soovitatav piirata maksimaalselt 10%-ni päevasest energiatarbimisest.

2. Soola ja kaaliumi tarbimine

Soola päevane kogus ei tohiks ületada 5 grammi ning selle asemel võib kasutada maitseaineid ja värskeid ürte.

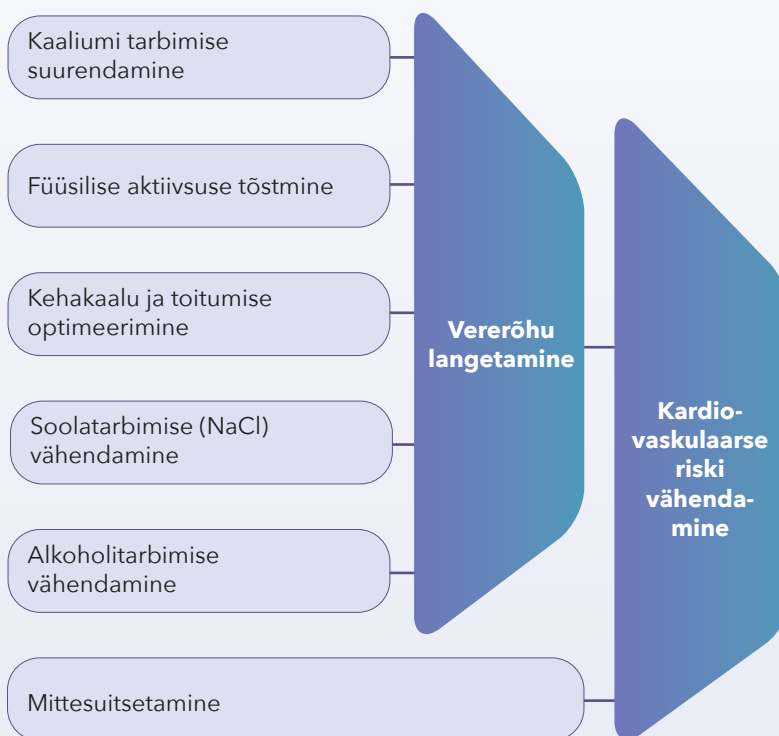
Hüpertensiooniga patsientidel, kellel ei ole neerupuudulikkust ning kes ei tarbi kaaliumi säästvaid diureetikume, võiks kaaluda kaaliumi tarbimise suurendamist, kasutades kaaliumiga rikastatud soola või süües rohkem puu- ja köögivilju.

3. Füüsiline aktiivsus

Üldsuremuse, südame-veresoonkonna haigustesse suremuse ja haigestumuse vähendamiseks soovitatakse kõigis vanuserühmades täiskasvanutel olla regulaarselt kehaliselt aktiivsed. Valikuks on nädalas kas vähemalt 150 minutit mõõduka intensiivsusega aeroobset tegevust (nt kiire kõnd, rattasõit, aiatööd) või vähemalt 75 minutit kõrge intensiivsusega aeroobset tegevust (nt jooksmine, intensiivne ujumine, spordimängud).

Täiendavalt soovitatakse teha vähemalt kahel päeval nädalas lihastõudu ja vastupidavust arendavaid harjutusi, eriti vanemaelistel, et toetada lihaste ja luustiku tervist. Kuid tuleb arvestada, et mitte kõik patsiendid ei ole võimelised järgima neid soovitusi täies mahus, näiteks vanuse, krooniliste haiguste või piiratud liikumisvõime tõttu. Sellisel juhul kehtib põhimõte: iga liikumine loeb.

Statiinid on üldiselt hästi talutavad ning nende kasu südame-veresoonkonna haiguste ennetamisel kaalub üles võimalikud kõrvaltoimed. Uuringu andmetel¹², mis hõlmas üle 4 miljoni patsiendi, on statiini talumatuse esinemissagedus tegelikult suhteliselt madal.



Joonis 3. Peamiste eluviisimuudatuste mõju vererõhu langetamisele ja kardiovaskulaarse riski vähendamisele.⁵

4. Normaalne kehakaal

Vererõhu ja SVH riski langetamiseks on soovitatav saavutada stabiilne ja tervislik KMI (20–25 kg/m²) ja vööümbermõõt (< 94 cm meestel ja < 80 cm naistel).

5. Suitsetamisest loobumine

Suitsetamise lõpetamine on kõikidest preventsiiooni meetmetest potentsiaalselt kõige efektiivsem. Meestel, kes lõpetavad suitsetamise enne 65. eluaastat, ja naistel enne 75. eluaastat võib eeldatav eluiga pikeneda keskmiselt 3–5

aasta võrra. Suitsetamisest loobumine vähendab üldist kardiovaskulaarset riski, kuid mitte vererõhku (joonis 3).

6. Alkoholi tarbimise piiramine

Alkoholi tarbimist on soovitatav piirata maksimaalselt 100 grammini nädalas. Parimate tervisenäitajate saavutamiseks on soovitatav alkoholi vältida.

Väikesed sammud suure eesmärgi nimel

Patsiendid võivad tunda end ülekoomatuna, kui nad püüavad kõiki

oma harjumusi korraga muuta. Neid tuleb suunata keskendumisele ühele elustiilimuutusele korraga, millele saab hiljem järk-järgult lisada teisi (nt esmalt keskenduda tervislikule toitumisele, seejärel suurendada kehalist aktiivsust).

Patsiente võib motiveerida sellega, et sekkumised, mis keskenduvad toitumisele, kehalesele aktiivsusele ja kehakaalu kontrollile, on osutunud tõhusaks süstoolse ja diastoolse vererõhu alandamisel vastavalt 12,5 mmHg ja 7,9 mmHg võrra.⁶

Patsiendid, kes soovivad rohkem liikuda, ei pruugi endale lubada jõusaali liikmesust. Neid tuleb siiski julgustada tegema väikseid muudatusi oma igapäevaelus, näiteks kasutama treppe lifti asemel, lõunapausi ajal jalutama, tegema kodus lihtsaid harjutusi oma keharaskusega. Ei pea ka kogu oma toitumist korraga muutma, piisab juba sellest, kui valida aurutamine praadimise asemel, vesi karastusjookide asemel. Need lihtsad sammud võivad aidata parandada toitmisharjumusi ja toetada vererõhu kontrolli.

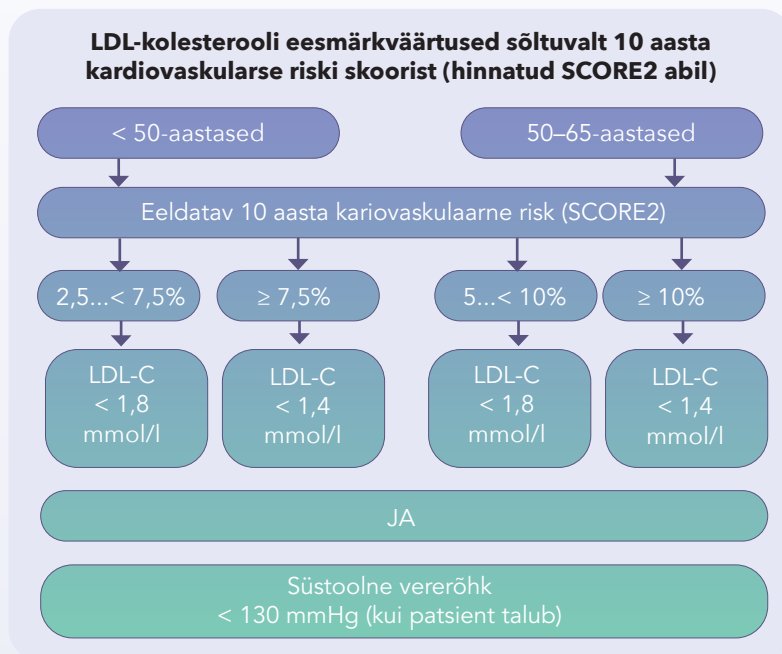
Kolesterool – mida peaks prooviisori teadma ja mis infot edastama?

Kolesterool on lipiid, mida leidub kõigis keharakkudes ja mida organism vajab rakumembraanide, hormoonide ning D-vitamiini tootmiseks. Kolesterooli saadakse nii loomsest toidust kui ka maksas sünteesituna, ning see eritatakse sapiga.

Kolesterool veres esineb erineva tihedusega lipoproteiinide kujul – madala tihedusega lipoproteiin LDL-kolesterool, mida nimetatakse sageli halvaks kolesterooliks, ning kõrge tihedusega lipoproteiin HDL-kolesterool ehk hea kolesterool. Kõrge LDL-tase soodustab arterite naastude tekkimist ja veresoonte ahenemist, samas kui HDL aitab eemaldada LDL-i vereringest ning vähendab ateroskleroosi riski.

Tabel 2. Kolesterooli taseme normaalsed väärtused.⁸

NÄITAJA	SOOVITUSLIK VÄÄRTUS
LDL-kolesterool	< 3,0 mmol/L
HDL-kolesterool	> 1,0 mmol/L meestel, > 1,2 mmol/L naistel
Lipoproteiin a	< 75 nmol/l
Üldkolesterool	< 5,0 mmol/L



Joonis 4. Suure ja väga suure SVH riskiga patsiendi individuaalse ravieesmärgi püstitamise algoritm.⁹

Kuigi kolesterool on organismile eluliselt tähtis, on selle liigne tase veres üks peamisi SVH riskitegureid.⁷

Euroopa Ateroskleroosi Selts soovitat kõigil täiskasvanutel vähemalt korra elus määrata lipoproteiin a (Lp(a)) taset, et tuvastada kõrge SVH riskiga isikud. Lp(a) on LDL-iga sarnane osake, millel on põletikku ja ateroskleroosi soodustav toime. Selle tase on geneetiliselt määratud ega sõltu vanusest ega elustiilist. Kuna spetsiifilised Lp(a) taset langetavad ravimid puuduvad, tuleb kõrge SVH taseme korral keskenduda teiste riskitegurite – LDL-i, vererõhu, veresuhkru ja elustiili – tõhusale kontrollile.⁸

Kui inimesel on kõrge või väga kõrge SVH risk, siis on soovitus-

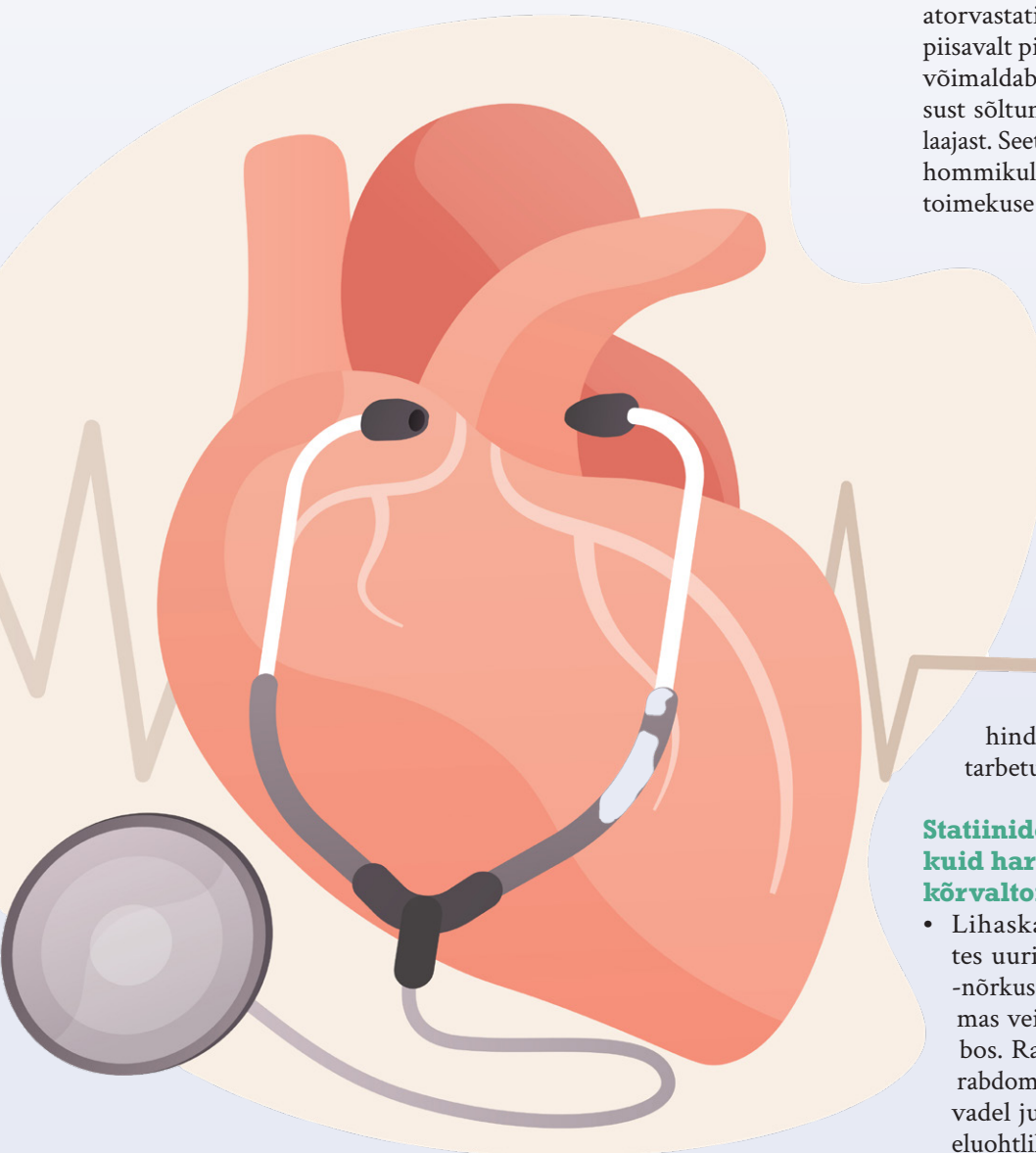
likud LDL-i sihtväärtused märksa madalamad võrreldes madalama SVH riskiga inimestega.

Statiinid kui esmavaliku kolesteroolialandajad

Vere kolesteroolisisaldust vähendavatest ravimitest käsitlet käesolevas artiklis ainult esmavaliku ravimirühma – statiine. Statiinid vähendavad kolesterooli sünteesi maksas, blokeerides ensüümi HMG-CoA reduktaasi, mis on kolesterooli tootmise võtmeetapp. Selle tulemusena langeb kolesterooli tase maksarakkudes, mis omakorda suurendab LDL-retseptorite hulka raku pinnal. See võimaldab maksarakkudel siduda ja eemaldada verest rohkem LDL-i, vähendades nii LDL- kui ka teiste ApoB-tüüpi lipoproteiinide sisal-

Tabel 3. Statiinid jagunevad vastavalt nende LDL-i vähendamise võimele.⁹

STATIINIDE TOIME TUGEVUS	VÄGA TÕHUSAD (SUUREMAS ANNUSES)	MÕÕDUKALT TÕHUSAD	VÄHE-TÕHUSAD
Eeldatav LDL-kolesterooli sisalduse vähenemine	~50%	30-50%	< 30%
Toimeained	Atorvastatiin 40-80 mg	Atorvastatiin 10-20 mg	Simvastatiiv 10 mg
	Rosuvastatiin 20-40 mg	Rosuvastatiin 10-20 mg	Pravastatiin 10-20 mg
		Simvastatiin 20-40 mg	Fluvastatiin 20-40 mg
		Pravastatiin 40-80 mg	



dust plasmas.¹⁰

Statiine klassifitseeritakse vastavalt nende võimele vähendada LDL-kolesterooli taset (vt tabel 3). Ravieesmärkide saavutamiseks tuleks eelistada maksimaalses talutavas annuses suure intensiivsusega statiine.⁹

Statiinide manustamise ajastus on tihedalt seotud nende farmakokineetiliste omadustega. Lühikese poolväärtusajaga statiinid (nt simvastatiin) metaboliseeritakse kiiresti ning nende toime on kõige efektiivsem, kui neid manustada öhtul või enne magamaminekut, kuna maksas toimub kolesterooli süntees peamiselt öösel. Pikema poolväärtusajaga statiinidel, nagu atorvastatiin ja rosuvastatiin, on piisavalt pikk poolväärtusaeg, mis võimaldab neil säilitada efektiivsust sõltumata manustamise kellaajast. Seetõttu võib neid võtta kas hommikul või öhtul, ilma olulise toimekuse vähenemiseta.¹¹

Statiinid on üldiselt hästi talutavad ning nende kasu südam-veresoonehaiguste ennetamisel kaalub üles võimalikud kõrvaltoimed. Uuringu andmetel¹², mis hõlmas üle 4 miljoni patsiendi, on statiini talumatuse esinemissagedus tegelikult suhteliselt madal. See rõhutab vajadust patsiendi hoolika hindamise järele, et vältida tarbetut statiini katkestamist.

Statiinide tõsised, kuid harva esinevad kõrvaltoimed

- Lihaskahjustus – kliinilistes uuringutes on lihasvalu ja -nõrkuse esinemine statiinirühmas veidi kõrgem kui platseebos. Raske lihaskahjustus ehk rabdomüolüüs esineb väga harvadel juhtudel, kuid võib olla eluohtlik.

Tabel 4. Erinevate eluviisi muutuste mõju lipiidide tasemele.¹⁰

	TOIME TUGEVUS	TÕENDUSE TASE
Eluviisi muutused üldkolesterooli ja LDL-C langetamiseks		
Toiduga saadava transrasva vältimine	++	A
Küllastunud rasvade koguse vähendamine	+++	A
Kiudaineterohke menüü	++	A
Fütoosteroolidega rikastatud funktsionaalsed toidud	++	A
Punase riisi toidulisandite tarvitamine	++	A
Liigse kehakaalu vähendamine	++	A
Toidu kolesteroolisisalduse vähendamine	+	B
Füüsilise aktiivsuse suurendamine	+	B

- Maksafunktsiooni muutused – võib esineda kerge maksaensüümide (nt ALT) tõus, kuid tõsine maksakahjustus on haruldane.
- Diabeedirisk – kõrgetes annustes statiinid võivad suurendada 2. tüüpi diabeedi riski, eriti eelsoodumusega patsientidel. Siiski kaalub kasu SVH ennetamisel selle riski üle.
- Ajuverejooks – mõned uurinud näitavad kerget suurenenud riski ajusisese verejooksu tekkeks, kuid üldine kasu insuldi ja südamehaiguste riski vähendamisel on märkimisväärsem.¹⁰

Peamisteks kõrvaltoimeteks on siiski seedehäired, mis on tavaliselt kerged ja isemööduvad. Kirjeldatud on ka kognitiivseid sümptomeid, näiteks keskendumisraskusi, kuid uuringud ei ole näidanud nende vahel otsest seost.

Oluline on arvestada ka statiinide ravimikoostoimetega, mis võivad suurendada kõrvaltoimete riski. Enamik statiine – välja arvatud pravastatiin ja rosuvastatiin – metaboliseeruvad maksas tsütokroom P450 (CYP) ensüümide kaudu.¹⁰

Kas tasub soovitada Q10 kõrvaltoimete riski vähendamiseks?

Koensüüm Q10 (CoQ10) kasutamine statiinravi kõrvaltoimete,

eelkõige lihasvalude leevendamiseks on olnud laialdaselt arutelu all, kuid teaduslik tõendusmaterjal on seni vastuoluline. Süsteemsed ülevaated ja metaanalüüsid on leidnud, et CoQ10 ei paku usaldusväärset ega statistiliselt olulist kasu kõigile patsientidele. Kui patsiendil on kahtlus statiinitalumatuses, tuleb kõigepealt saada arsti hinnang – kaaluda annuse vähendamist, statiinivahetust või annustamisskeemi muutust.¹³

Mittemedikamentoossed ravisoovitused

Kuna südame-veresoonkonna haiguste riskitegurid kattuvad, sobivad eelnevalt kirjeldatud soovitused hüpertensiooniga patsientidele rakendamiseks ka düslipideemiaga patsientidele.

Toitumise mõju kolesteroolile on märkimisväärne. Küllastunud rasvhapped (nt rasvane liha, või, kookosrasv) tõstavad LDL-kolesterooli taset kõige rohkem. Iga lisanduv 1% päevasest energiast küllastunud rasvade arvelt võib tõsta LDL-i 0,02–0,04 mmol/L võrra. Küllastumata rasvadega (nt oliivi-, päevalille- või lina-seemneõli) rikkad toidud võivad LDL-kolesterooli langetada kuni 0,4 mmol/L võrra, kui neid tar-



bitakse küllastunud rasvade asemel. Transrasvad (tööstuslikud valmistooted) tõstavad samuti LDL-kolesterooli, kuid samal ajal langetavad HDL-kolesterooli.¹⁰

Füüsiline koormus avaldab LDL-kolesteroolile väiksemat mõju, kuid parandab üldist südame-veresoonkonna riskiprofiili ning võib mõjutada kehakaalu. Kehakaalu langetamine vähendab samuti LDL-kolesterooli taset – iga 10 kg kaalulangust vähendab LDL-i umbes 0,2 mmol/L võrra.¹⁰

Toidulisandite kasutamine vere lipiidide parandamiseks on laialda-



selt levinud, kuid tõendus põhjus nende efektiivsuse osas on puudulik. Kuigi mõnede preparaatide kohta on olemas piiratud kliinilised andmed, puuduvad pikaajalised uuringud, mis kinnitaksid nende kasulikkust düslipideemia ja südame-veresoonkonna haiguste vältimise seisukohalt.

Punase riisi ekstrakti toime põhineb monakoliin K-l, mis on struktuurilt identne lovastatiiniga ning toimib HMG-CoA reduktaasi inhibiitorina. Uuringud on näidanud, et 2,5–10 mg monakoliin K-d sisaldavad preparaadid või-

vad vähendada LDL-kolesterooli taset kuni 20% ning üldkolesterooli 10–15%. Monakoliin K kasutamisel võivad siiski tekkida statiinidega sarnased kõrvaltoimed, sealhulgas lihasvalud ja maksaensüümide aktiivsuse tõus.

Seetõttu kehtib alates 1. juunist 2022 Euroopa Komisjoni määrus, mille kohaselt ei tohi punase riisi toidulisandid sisaldada üle 3 mg monakoliin K-d päevas. Lisaks peab pakendil olema vastav hoiatus, et toodet ei tohi kasutada rasedad, eakad, statiinravi saavad patsiendid ega maksa- või neeruhaigustega isikud.

Punase riisi ekstrakti sisaldivaid toidulisandeid võib kaaluda täiendava meetmena elustiili muutuste kõrval patsientidel, kellel on mõõdukas hüperkolesteroleemia ja kellele farmakoteraapia ei ole näidustatud.¹⁴

Teatud funktsionaalseid toiduaineid, nagu taimseid steroole (fütoasteroolid) ning kaera ja odra kiudainetes sisalduvaid β -glükaane, võib kasutada LDL-kolesterooli vähendamiseks patsientidel, kellel puudub näidustus ravimite kasutamiseks. Nende regulaarne tarbimine võib aidata langetada LDL-kolesterooli taset umbes 5–10% ulatuses. Mõlemad ained on üldiselt hästi talutavad, kuid nende kasutamisel tuleb arvestada piisava päevase kogusega (≥ 2 g fütosteroole ja 3–10 g β -glükaane).¹⁰

Oomega-3-rasvhapped on kasulikud südame-veresoonkonna haiguste riski vähendamisel, eriti kui neid saadakse regulaarselt kalast (vähemalt kaks korda nädalas) või taimsetest allikatest, nagu linaõli, Kreeka pähklid ja rapsiõli. Kuigi nende mõju vere lipiidide koostisele on tagasihoidlik, võivad suuremad farmakoloogilised annused (2–3 g päevas) vähendada triglütseriidide taset kuni 30%. Samas võivad väga suured annused hoopis tõsta LDL-kolesterooli taset.¹⁰

Muud ühendid, nagu soja isoflavoonid, berberiin ja polükosanool, on näidanud mõningaid positiiv-

seid toimeid, kuid nende tõhusus ei ole seni piisavalt tõendatud või on uuringu tulemused vastuolulised.¹⁰

Kokkuvõte

Südame-veresoonkonna haigused on Eestis peamine haigestumise ja suremuse põhjus. Olulised mõjutegurid, nagu hüpertensioon ja düslipideemia, on sageli ennetatavad või hästi juhitavad, kui patsientidele pakutakse õigeaegset ja tõendus põhjust nõustamist ja ravi. Proviisoril on oluline roll riskide varajasel märkamisel, patsiendi motiveerimisel ning ravisoostumuse toetamisel. 🌱

Kasutatud kirjandus

1. 2021 ESC Pocket Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (Estonian version).
2. Hunskaar, S., Kalda, R. (toim.). Peremeditsiin [eestikeelne tõlge]. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus 2020.
3. Täiskasvanute kõrgvererõhktõve käsitus esmasasandil, RJ-I/1.2-2019. Ravijuhendite nõukoda 2019.
4. ynbase andmebaas. <https://app.synbase.eu/app/et/account/dashboard> viidatud 06.08.2025.
5. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension (Estonian version). European Heart Journal, Volume 45, Issue 38, 7 October 2024, pp 3912–4018.
6. Bacon, S. L., Sherwood, A., Hinderliter, A., Blumenthal, J. A. Effects of exercise, diet and weight loss on high blood pressure. Sports Med 2004;34(5):307–316.
7. Synlab. https://ee.minu.synlab.ee/kolesterool/?searchid=357594&search_query=kolesterool viidatud 07.08.2025.
8. Kolesterool. info. <https://kolesterool.info/kolesterooli-tase/> viidatud 07.08.2025.
9. 40–65-aastase täiskasvanu tervise jälgimise ja haiguste ennetamise juhend. Tervisekassa 2023.
10. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk.
11. UpToDate. <https://www.uptodate.com/contents/statins-actions-side-effects-and-administration#H21> viidatud 06.08.2025.
12. Bytyci, I., Penson, P. E. et al. Prevalence of statin intolerance: a meta-analysis. European Heart Journal (2022) 43, 3213–3223.
13. Banach, M. et al. Effects of coenzyme Q10 supplementation on statin-induced myopathy: a meta-analysis of randomized controlled trials. Mayo Clin Proc. 2015 Jan; 90(1):24–34.
14. EFSA Panel on Food Additives and Nutrient Sources added to Food (ANS). Scientific opinion on the safety of monacolin in red yeast rice. EFSA Journal, Volume 16, Issue 8 Aug 2018.