



Preemia

Ametnikele maksti pool miljonit tulemustasuks

Sotsiaalministeeriumis sai hiljuti tulemustasu neli viiendikku töötajatest kokku poole miljoni euro ulatuses. Kantsler **Maarjo Mändmaa** sõnul korvab see keskmisest madalamat põhipalka, mida ametnikele pakutakse. ▶6



MEDITSIINI- UUDISED



Kardioloog **Anu Hedman** kirjutab põhjalikult lahti naiste ja meeste südamehaiguste riski erinevused.

▶10-14

Sõltumatu häälekandja arstidele ja apteekritele, ilmub kaks korda kuus teisipäeval • nr 5 (504) 11. märts 2025

www.mu.ee

Valuline raviteekond



Sissevaade
endoproteesimise
raviteekonna
protsessi toob
esile valupunktid,
kui keeruline
on sellist
teekonda
luua.

▶3, 8-9

Peremeditsiini resident Triin Tammertil on ettepanekuid Lõuna-Eestis endoproteesimise raviteekonna parandamiseks.

FOTO: ALDO LUUD

Uudised

Juhtmevaba stimulaator

KLIINIKUMIS paigaldati hiljuti kahele patsiendile esimesed juhtmevabad südamestimulaatorid Eestis ja Baltimaades. ▶7



Fookuses: närvid Kõik neuroloogia konverentsist

NEUROLOOGIA 2025 konverentsil jagati uusimaid teadmisi nii Parkinsoni tõvest, migreenist, *sclerosis multiplex*'ist, insuldist kui ka borrelioosist. ▶16

Fookuses: toitmine Toitmisravis on tähtis meeskond

INDIVIDUAALNE raviplaani ja teaduspõhised sekkumised on toitmisravi alustalad. Vähetähtis pole ka spetsialistide koostöö. ▶22-23

Fookuses: peavalu Migreenis antakse valik patsiendile

NEUROLOOG Mark Brasc-hinsky migreeni olemusest ja uuemast ravist. ▶24-26

Uueneb perearstide kvaliteedisüsteem

Tervisekassa perearstiabi teenusejuht **Laura Johanna Tuisk** perearstide kvaliteedisüsteemi uuendamise protsessist, mille eesmärk on tugineda rohkem terviseandmetele ja vähendada administratiivset koormust. ▶3



Eelarvelised väljakutsed

Tervisekassa tervishoiuteenuste arendamise juht **Liis Kruus** selgitab, miks muutus simultaanoperatsioonide tasustamise kord. Märksõna on rahaline sääst. ▶5



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

Kumba valida?



OR
VÕI



**TABLETIGA SAAD
ALUSTADA ENNE
SÜSTERAVI.**

Soodsaimad
soodustingimused
GLP-1 RA ravimklassis³

50% soodustusega:

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

75/90% soodustusega:

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

**Süst taas
saadaval kõigis
kolmes annuses!**

RYBELSUS®
semaglutiidi tabletid

OZEMPIC®
semaglutiid

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

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

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

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

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



arvamus



2024. aastal oli HPV vastu vaktsineeritud 54% 12-14aastastest tütarlastest ja 41% poistest.

Piret Veerus, naistearst, mu.ee 4. märts

Kommentaar:

Kvaliteedisüsteemi proovikivid ja tulevik



Laura Johanna Tuisk

Tervisekassa perearstiabi teenusejuht

Tervisekassa soovib muuta krooniliste haigustega patsientide ja ennetuse sihtrühma kuuluvate patsientide jälgimise perearstidele lihtsamaks, viies info üle digitaalsele töölauale.

Koostöös perearstide seltsiga on paika pandud põhimõte, et kvaliteedisüsteemi indikaatorid säilivad seni, kuni need aitavad juhtida tähelepanu olulistele teemadele. Kui konkreetse indikaatori hõlmatus on olnud järjepidevalt suur ja selle rakendamine muutunud tavapäraseks, eemaldatakse see süsteemist, et teha ruumi uutele fookusvaldkondadele.

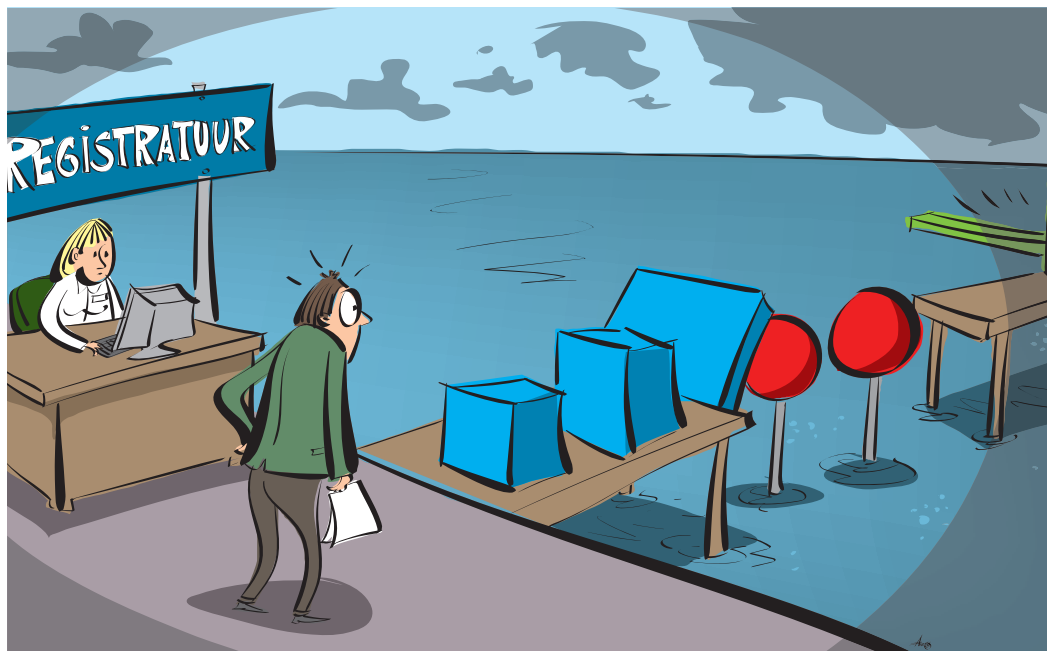
Selline lähenemine tagab, et perearstide kvaliteedisüsteem (PKS) ei koorma perearste ebavajalike kohustustega, vaid keskendub haigustele, millel on rahva tervisele suurim mõju. Näiteks hüpertensiooni jälgimisel järgitakse ravijuhendite soovitusi, nagu vere- ja uriinianalüüsid ning vererõhu jälgimine.

Lähtunud rahvusvahelisest kogemusest. Tervisekassa on PKSi ülesehitamisel lähtunud tõenduspõhisusest ja rahvusvahelistest kogemustest. Koostöös OECD, maailmapanga ja teiste ekspertorganisatsioonidega on jõutud järeldusele, et PKSi indikaatorid peaksid kajastama haigusi, mille jälgimine ja ravi avaldab tervishoiusüsteemile kõige suuremat positiivset mõju. Näiteks kilpnäärme alatalitus on varem olnud PKSi osa, kuid eemaldati, kuna selle jälgimine ei toonud võrreldavat kasu südame-veresoonkonnahaiguste kontrollimisega.

Südame-veresoonkonnahaigused, diabeet ja müokardiinfarktijärgne ravi on jätkuvalt süsteemi põhifookuses. Need valdkonnad on valitud nii suure haiguskoormuse kui ka ravi tulemuslikkuse tõttu, mis aitab ennetada raskemaid tüsistusi ning vähendada kulutusi tervishoiusüsteemile.

Vajanduspõhine ravi. Üks oluline siht PKSi uuendamisel on vajaduspõhise ravi edendamine. Kui praegu tegelevad arstid ja õed tihti nendega, kes sagedamini pöörduvad, siis uus lähenemine võimaldab suunata fookuse patsientidele, kelle ravieesmärgid ei ole täidetud. Näiteks võiks perearst oma nimistu andmetest kiiresti leida need diabeetikud, kelle glükohemoglobiini tase ei ole normis, või riskirühma kuuluvad patsiendid, kel pole veel gripivaktsiin tehtud.

Tulevikku vaadates võiks automatiseeritud lahendused, nagu sihtrühmadesse kuuluvate patsientide automaatne broneerimine ja saatekirjade genereerimine, oluliselt vähendada tervishoiutöötajate administratiivkoormust, et nende tööaeg oleks võimalikult hästi patsiendi heaks ära kasutatud.



ILLUSTRATSIION ANTI VEERMAA

Juhtkiri

Õigeaegne ravi on parim ravi

Tervisekassa avaldatud endoproteesimise juhtprojekti vaheanalüüs toob esile edusammud, kuid ka olulised kitsaskohad. Kuigi ootejärjekordade lühendamine ja protsessi korrastamine on tervitav, näitab praktika, et patsiendikeskne ravi pole veel saavutanud soovitud taset. See puudutab just Lõuna-Eestit, kus kliinikumi ortopeediakliiniku ja perearstide vaheline suhtlus on olnud konarlik ning e-konsultatsioonide kaudu operatsioonile pääsemine keeruline. Lisaks takistavad patsientide kiiret ja sujuvat ravi liigsed administratiivsed nõuded, mis viib olukorran, kus patsiendid jõuavad operatsioonile halvenenud tervise seisundis.

Bürokraatiat vähemaks. Meditsiinuudised leiab, et meil ei ole tervishoiu raha ega ka ressurssi, et bürokraatiat tõttu tuua ohvriks inimeste tervis. Kui patsiendid ootavad aastaid järjekorras ning operatsioonijärgne taastusravi on puudulik ja nad ei saa piisavat järelhooldust, võib see viia kordusoperatsioonide arvu suurenemise ning perspektiivis ka suuremate ravikuludeni.

Lõuna-Eestis mitmes perearstipraksises ja ka kliinikumi taastusravis töötanud pere-meditiini residendi sõnul toimub Põhja-Eesti regionaalhaiglas patsientide suunamine sujuvalt ortopeedi vastuvõtule ja operatsioonile, kuid Tartu piirkonnas on see protsess takistustega. Miks eksisteerivad sellised piirkondlikud erinevused? Kõige olulisem puudus on residendi sõnul, et standardist ei saada ühtviisi aru - liiga palju on antud ruumi nn vabale tõlgendusele. Ehkki tegemist on soovitusliku dokumendiga, kulub inimeste aega ja energiat selle dokumendi alusel töötamiseks üsna palju.

Tähelepanu taastusravile. Lõuna-Eesti perearst ja kliinikumi statsionaarse taastusravi osakonna juht on välja toonud, et patsiendid ei saa piisavalt operatsioonijärgset taastusravi. Kui patsiendid ei saa vajalikku tuge taastumisel, vähenevad ravitulemuste positiivsed mõjud. Rohkem peaks pöörama tähelepanu taastusravi korraldusele ja sellele, kuidas operatsioonijärgne hooldus aitab patsiendil oma igapäevaeluga kohaneda.

Loe samal teemal lk 8-9



Miks eksisteerivad sellised piirkondlikud erinevused?

VÕITJA
Veiko Vahula

Pärnu haigla ravijuht **Veiko Vahula** pälvis pikaajalise ja pühenud töö eest arsti ja ravijuhina ning silmapaistva panuse eest kaasaegse ja kvaliteetse arstiabi arendamisse ja rakendamisse Pärnu linna vapimärgi.

VÕITJA
Rain Laane

Harju maakohus mõistis süüdi apteeker Oleg Beršakovi ja perearst Konstantin Ivanovi, kes koos petsid tervisekassalt kümne aasta jooksul välja üle 700 000 euro. Ehkki otsus võidakse edasi kaevata, on tervisekassa juhil **Rain Laanel** suur lootus see raha tagasi saada.

Nädala foto:

Tervishoiu kestliku arengu vestlusring



Vestlusringis veebruari alguses (vasakult) Põhja-Eesti regionaalhaigla kestliku arengu teenistuse juhataja Priit Tohver, Tartu ülikooli residentuuriprodekaan Helen Reim, arstiteadusüliõpilaste seltsi esindaja, 5. kursuse arstitudeng Karl-Sten Kõrgmaa, Karolinska instituudi teadur Mairi Savage ja Tartu ülikooli majanduse modelleerimise õppetooli juhataja Andres Vörk.

FOTO: MARGIT KOOSER

mu.ee lugude TOP

- Suri üldkirurg-fleboloog Evo Kaha
- LUUP Perearstipõud loob erimeelsusi
- Sotsiaalministeeriumis sai tulemustasu neli viiendikku töötajatest
- Tartu ülikooli kliinikum kuulutab välja konkursi juhatuse esimehe valimiseks
- Palaviku tõttu eraarsti poole pöördunud helsingilane sai arvet nähes šoki
- Kõrgelt hinnatud dieet vähendab vähiriski üllataval viisil
- Selgus maailma parimate haiglate TOP 250
- Griippi haigestumine kasvab

Toimetaja repliik:

Lahke tulemustasu võiks olla minevik

Kadi Heinsalu

Meditsiiniuudiste peatoimetaja

Kärbete ajal oli ebamugav lugeda, et sotsiaalministeeriumis jagati vabariigi aastapäeva eel tulemustasusid 4/5 töötajatele kokku poole miljoni euro eest. Miks seda endiselt tehakse? Põhjendus, et selles ministeeriumis on palgad keskmisest madalamad, tegi ka kurvaks. Miks siis need

ametnikud nii väheväärtustatud on? Vaatasin 2023. aasta palkasid: midagi hullu nagu ei olnud – väga paljude kuupalgad jäid 2000–3000 euro vahele. 2024. või 2025. aasta palkasid veel näha ei ole, aga eks tase on tõusnud. Õigem oleks maksta kohe teiste riigiametnikega võrdset palka ja preemiaid pigem mitte. Erafirmades ei maksta ammu preemiaid, eriti kui tegu on korraga sadade töötajatega.

Üks küsimus:

Kas EMOsse peaks pääsema vaid kiirabi ja perearsti saatekirjaga?

Diana Ingerainen

Järveotsa perearstikeskuse juht

Jah, EMOsse peab saama kiirabiga ja perearsti saatekirjaga, mõlemal juhul peab lähtuma ühtselt triaazisüsteemist. Seni on kiirabi toodud patsientidel pea 20% hoopis sotsiaalhoolekande teenuse vajadus. Hetkel toimiv “roheline EMO” ei ole jätkusuutlik ega taga tõelist EMO (punaste) teenuste vajadust. EMO töötajad on “rohelistel” patsientide tõttu ülekoormatud ja kurnatud.

Madis Veskimägi

Tõstamaa perearst

EMO on sageli kiireim ja kättesaadavaim võimalus tervisehädade kiireks täpsustamiseks ja põhjendatud lahenduste leidmiseks. EMOsse pöördumise keelamine ja saatekirjade nõue võib kaasa tuua olukorra, kus patsient ei pöördugi, püüdes ise hakkama saada. Tulemuseks võib olla tervise seisundi kiire halvenemine, ränk tüsistus või surm.

Eriarstiabi, sealhulgas EMO toiduahela moodustavad tükid ehk teenusepõhine rahastamine. Mida rohkem teenust, seda parem rahastus. Perearste aga rahastatakse pearahapõhiselt. See on tegelikult kogu meie meditsiiniprobleemistiku juurpõhjused: perearstil on lihtsam suunata, kui ise varustust osta, eriarstiabi raviasutus aga ootab patsiente isegi siis, kui see ei ole sisuliselt põhjendatud.

EMO juurdepääsu tõkestamisest, saatekirja nõudest ja visiititasust õigem oleks EMO sisuline ja kiire triaaz ning patsiendi nõustamine.

Eluviis

25 aasta pärast on ülekaalus pooled täiskasvanutest

MAAILM Äsja avaldatud uuringust ilmnes, et ülekaalus on puudutab ühiskonna suutmatuse tõttu probleemiga toime tulla 2050. aastaks enam kui poolt maailma täiskasvanutest ning peaaegu kolmandiku lastest ja noortest. The Lancetis avaldatud uuringu tegijad kasutasid hinnangute koostamiseks ja tuleviku prognoosimiseks 3,8 miljardi täiskasvanu ning 746 miljoni lapse ja noore andmeid, kirjutas Reuters. Ülekaalususe ja rasvumise määra on viimase kolme aastakümne jooksul juba enam kui kahekordistunud: 2021. aasta seisuga puudutab see enam kui 2,1 miljardit täiskasvanut ja 493 miljonit noort vanuses 5–24 aastat.

Karjäär

Perens pürib taas Tartu ülikooli kliinikumi juhiks

TARTU Tartu ülikooli kliinikum otsib uut juhatuse esimeest, sest senise juhi Priit Perensi viieaastane ametiaeg saab sügisel otsa. Puhkusel viibiv Perens kinnitas Äripäevale, et soovib taas kliinikumi juhiks kandideerida ning on avalduse juba esitanud. Uue juhatuse esimehe ametiaeg algab 1. oktoobril ning kestab viis aastat. Juhatuse esimeheks oodatakse inimest, kes asub kliinikumi tegevjuhiks ning on aktiivne kaasaraajaja tervisepoliitika kujundamises ning sellega seotud õppe- ja teaduspoliitilistes küsimustes.

Lepingud

Koduõendusteenuse lepingud pikenevad

EESTI Tervisekassa juhatus otsustas pikendada koduõendusteenuse riigihangete raames sõlmitud ravi rahastamise lepinguid koduõendusteenuse osutajatega kuni tuleva aasta 30. septembrini. Pikendamise vajadus tuleneb jaanuaris jõustunud uuest määrusest “Iseseisva õendusabi teenuse osutamine ja õendusabi erialad”, millega tunnistati kehtetuks viis varasemat õendusasteid reguleerinud määrust.

Ravimid

Humaanravimite turumaht suurenes

EESTI Inimestel kasutatud ravimite turumaht suurenes 2024. aasta viimases kvartalis võrreldes aasta varasemaga 10%. Enim kasutati kardiovaskulaarsüsteemi ravimeid. Ravimiameti teatel oli humaanravimite turumaht 143 miljonit eurot ning ravimeid turustas üld- ja haiglaapteekidele ja teistele ravimite hulgiosutustele 25 ravimite hulgimüügi õigust omavat ettevõtet. 73% käibest moodustas müük üldapteekidele, 26% haiglaapteekidele ja 1% teistele asutustele. Ravimituru käibest 88% moodustas retseptiravimite ja 12% käsimüügiravimite müük.



meditsiiniuudised@aripaev.ee

Peatoimetaja:

Kadi Heinsalu, tel 667 0451
kadi.heinsalu@aripaev.ee

Toimetus:

Violetta Riidas, tel 667 0454
violetta.riidas@aripaev.ee
Kristiina Käit, tel 667 0455
Margot Vent, tel 667 0446

Reklaam:

tel 667 0177
reklaam@aripaev.ee
Maarja Kõrv, tel 667 0245
maarja.korv@aripaev.ee
mobiil: 525 7708

Tellimine ja levi:

med@aripaev.ee
tel 667 0100

Tellimine internetis:

https://pood.aripaev.ee
Valida on täispakett koos paberlehega ja veebipakettTrükk: AS Printall
Väljaandja: AS Äripäev

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

Kuidas elada ATHga?

Raamatu autor **Jessica McCabe**, kes sai ATH diagnoosi 12aastaselt, jagab raamatus ausaid kogemusi, praktilisi strateegiaid ja teaduspõhiseid lahendusi, et aidata ATHga inimestel täisväärtuslikumat elu elada. Need kõik on loodud teaduskirjanduse lugemise, ekspertidega konsulteerimise ja isiklike väljakutsetega silmitsi seismise tulemusena. Raamatust leiad vajaliku tunnustust ja tuge, et endal särada lasta. Ostuinfo: <https://pood.aripaev.ee/raamatud-kuidas-elada-ath-ga>



12.09

ALGAB Tartus V Spaa konverentsikeskuses kahe-päevane ja paralleelsaalidega Balti unemeditsiini IV konverents. Selle korraldab esmakordselt Eesti unemeditsiini selts, mida abistab Meditsiiniuudiste kollektiiv. Sündmus on ingliskeelne. Tutvu kavaga siit: www.bsm2025.com

Tervisekassa selgitab:

Simultaanoperatsioonide tasustamise uus kord

Simultaanoperatsioon tähistab tervishoiuteenuste eest tasumise vaates seda, et ühe anesteesia ajal tehakse samas anatoomilises keha piirkonnas (ülajäse, alajäse, vaagen, rindkere, kõht, pea jne) mitu tervishoiuteenuste loetelus olevat kirurgilist sekkumist ehk operatsiooni.

Tervishoiuteenuste tasustamise reeglites on seni kehtinud põhimõte, et kui samaaegselt tehakse kaks operatsiooni, makstakse esimese eest 100% teenuste hinnast ja teise puhul 40% teenuse hinnast.

Alates tänavu 1. jaanuarist muutusid tasu maksmise reeglid selliselt, et ambulatoorse ja päevakirurgia ravitüübis tasutakse alates teisest operatsioonist koefitsiendiga 0 ehk tervisekassa tasub ainult põhioperatsiooni eest.

Tasustamise tingimuse muudatus ei puuduta erinevates anatoomilistes piirkondades tehtavate operatsioonide eest tasumise reeglit ehk kui ühe anesteesia ajal opereeritakse kahte erinevat anatoo-



Liis Kruus

Tervisekassa tervishoiuteenuste arendamise juht

Tervisekassa vastutus on tagada ravikindlustusraha õiguspärane kasutamine.

milist piirkonda, tasub tervisekassa mõlema lõikuseteenuse eest täishinna ning ka statsionaarse ravi arvetel jääb tasumise reeglistik endiseks.

Eelarveliste väljakutsete taustal, milleks on tänavune tulude vähenemine 52,6 miljoni euro võrra ja kulude kasv 138,1 miljoni euro võrra, peame senisest

enam keskenduma tõhususe suurendamisele ja ressursikasutuse optimeerimisele.

Tervisekassa vastutus on tagada ravikindlustusraha õiguspärane kasutamine.

Miks tervisekassa simultaansuse eest tasumise reeglit muutis? Muudatust saab põhjendada sellega, et põhioperatsiooni piirhind sisaldab reeglina kõiki operatsiooni tegemiseks vajalikke kulusid ning lisasekkumise tegemise vajadus ambulatoorses ja päevaravis peaks olema pigem erandlik juhtum.

Kui vaatame 2024. aasta raviarveid, siis märgiti raviarvetel simultaanoperatsioonide koefitsiendiga 0,4 vaid 8% kõiki ambulatoorsetest ja päevaravi operatsioonidest.

Oleme erinevaid ravijuhte analüüsinud ja näeme, et põhioperatsiooni hinda arvestatud operatsioonitoa kasutamise kestus ületab ambulatoorses ja päevaravis reeglina tervisekassa raviastutuse ra-

viarvetele märgitud anesteesia pikkust, mis lihtsustatult tähendab seda, et tervisekassa tasub operatsioonitoa ja teenusesse arvestatud töötajate eest kauem kui seda tegelikkuses kasutatakse.

Tervisekassa on praeguseks olnud kontaktis kirurgiliste erialaseltsidega ja palunud neilt konkreetseid näiteid, mille puhul on vaja siiski operatsioonide eest tasuda vana meetodika alusel.

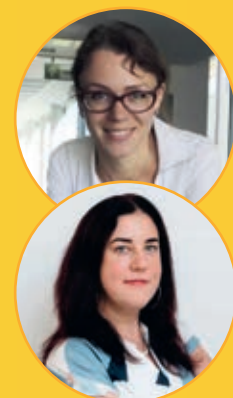
Valmistati ette ka stimultaansuste erisused. Analüüsisime esitatud erandeid ja valmistasime kõikidel erialadel ette mõningased stimultaansuste erisused. Näiteks lubasime laste kurgumandli ja kõrva trummikile simultaanoperatsiooni ning günekoloogias kahe erineva sisenemisteega operatsiooni.

Tervisekassa nõukogu on need kinnitanud. Kui valitsus eelnõu kinnitab, kantakse stimultaansuse erandid 1. aprilli tervishoiuteenuste loetellu. Eelnõus kirjeldatud erandeid lubame esitada tagasiulatuvalt alates 1. jaanuarist.

VEEBISEMINAR
20.03.2025KROONILINE
VALU -

kas stigma kogu eluks või leidub väljapääs paremaks elustiilik

Käsitleme kroonilise valu olemust, medikamentoosideid ja mittemedikamentoosideid ravivõimalusi, patsiendi nõustamist ja tõendus põhiseid psühhoteraapeutilisi sekkumise võimalusi. **Sihtgrupp:** perearstid, õed, eriarstid, apteekrid, psühholoogid jt teemast huvitatud tervishoiutöötajad.

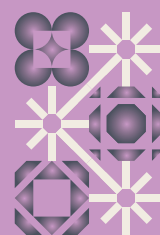


Lektorid:
dr Aleksandra Šilova
üldkirurg, lastekirurg, valuarst (Euroopa diplom), toitmisravi spetsialist (Euroopa diplom)

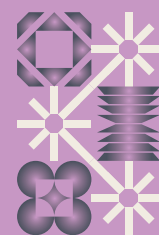
Triinu Niiberg-Pikksööt
Katriito kliiniline psühholoog-psühhoteraapeut

Veebiseminar annab 2 täiendkoolituspunkti pärast e-testi edukat sooritamist. Tunnistuse väljastab Medicum Koolitus- ja Nõustamiskeskus.

Piletid ja info:
pood.aripaev.ee/krooniline-valu



**Eesti Arstide
Päevad** 03.-04.04.2025
TARTU ERM



Konverents, meditsiinifirmade näitus ja kultuurielamus

Sessioonid:

- Häda tahteavalduse pärast ehk kes kardab patsiendi autonoomiat
- Eesti Arstide Selts Rootsis 80
- Kas laste erakorraline arstiabi vajaks muutusi?
- Tõendus põhisisus arsti-patsiendi dialoogis: ravijuhendid *versus* doktor Google
- Mis kirurgil muret?

Paralleelsessioonid:

- Tehisaru annab või võtab aru?
- Nüüdisaegne psühhiaatria kriiside ajastul
- Paindlik töökorraldus arstidele: kas ja kuidas?
- Töökeskonna tervishoid

Kava, lisainfo, registreerimine kuni 24. märtsini

arstideliit.ee



uudised



**Eestis on harvikaigusega inimesi
47 000–80 000. Ravi on alla 10% jaoks...**

Kliinikumi harvikaiguste kompetentsikeskuse juht professor Katrin Õunap hiljutisel harvikaiguste päeval. mu.ee 28.02

Sotsiaalministeeriumis sai tulemustasu 4/5 töötajatest

Kadi Heinsalu, Margot Vent
mu@aripaev.ee

Kantsler Maarjo Mändmaa allkirjastatud 19. veebruari käskkirjadega maks-takse sotsiaalministeeriumi töötajatele tulemuspalka kokku 532 000 euro eest. Suurimad lisatasud ulatuvad pea 8000 euro piirini, kirjutas veebruari lõpus Õhtuleht.

Näiteks hüvitiste ja pensionipoliitika osakonnajuhataja Kristiine Selgis saab käskkirja järgi 7970 eurot, õigusosakonna terviseõiguse juht Susanna Jurs 7900 eurot ja vaimse tervise osakonnajuhataja Anne Randväli 7800 eurot. Kõige väiksem tulemustasu – 833 eurot – oli aga ühele vaimse tervise eksperdile ja lastega seotud osakonna projektijuhile.

Ministeeriumide seas üht madalamat palgataset korvab tulemustasu saamise võimalus, kinnitas kantsler hiljem Meditsiiniuudiste päringu peale.

Tema sõnul said mulluste tulemuste eest täiendavat tasu 151 inimest 187st.

Uurisime kantsler Mändmaalt, millistel alustel või metoodika järgi saadi selline valem, et peaaegu kõik töötajad said suured lisatasud. Kantsleri sõnul on ministeeriumis lähtunud põhimõttest, et põhipalk olgu madalam, kuid töötajatel on võimalus saada tulemustest sõltuvalt tulemuspalka.

“Eesmärgid ja oodatavad tulemused lpitakse kokku iga aasta alguses ning iga töötajal on võimalus selle nimel pinguta-



Igal töötajal on võimalus aasta alguses kokku lepitud eesmärkide nimel pingutada.

Maarjo Mändmaa

FOTO: SOTSIAALMINISTEERIUM

da. Sotsiaalministeeriumi palgatase on ministeeriumite seas üks madalamaid, oleme tagaosas, aga see on taotluslik. Me tahame motiveerida oma inimesi läbi tulemuste saavutamise. Aasta eesmärgid pannakse paika valdkondade arengukavade ja valitsuse tegevusprogrammi alusel. Meie kodulehel on avalikult kättesaadavad tööplaanid, kus on näha, mis tuleb ära teha ja ka ülevaated, kuidas läks,” selgitas ta.

Tulevikku vaatavaid muutusi tuleb teha hoolimata negatiivsest

Küsisime ka, miks sai näiteks ministeeriumi tervishoiuvõrgu ekspert ja patsiendikindlustuse kaivitamise üks kõneisikuid Heli Paluste tulemustasu 6600 eurot, kui kindlustusega oli palju muresid ja arstikond ei olnud tulemusega rahul.

Mändmaa kinnitusele tuleb ühiskonnas tulevikku vaatavaid muutusi ellu viia ka siis, kui need on rasked ja tekitavad osaliselt negatiivset debatti. “Ilmselt oleks palju lihtsam jätta asjad tegemata või need tulevikku lükata, kui teha. Sotsiaalministeeriumi üks põhiväärtusi on julgus teha olulisi asju, sh tõsta ravikvaliteeti uuele tasemele. Loeme liiga sageli meediast ravi käigus saadud tervisekahjusid puudutavatest kaebustest.”

“Paralleelselt patsiendikindlustusega kaivatasime patsiendihutuse andmekogu, riigi infosüsteemi haldussüsteemi RIHA, kuhu ravisutused on juba eneseanalüüsi põhjal saatnud sadu juhtumeid

eesmärgiga ravikvaliteeti parendada. Nii et tulemusi juba on ja kindlustus on pika vinnaga asi. Kohustuslikku liikluskindlustust ei võetud ka kohe omaks, nüüd ei tule autosõit ilma selleta kõne allagi,” põhjendas kantsler.

Raha leiti seni täitmata töökohtade palkadest

Et preemiaraha saadakse ka täitmata ametikohtade nn vabadest palkadest, uurisime, kui palju ministeeriumis selliseid ametikohti on ja miks neid ei kaotata, kui on teada, et nendele inimesi vaja pole.

Kantsleri kinnitusele on ministeeriumis regulaarselt koosseise üle vaadatud ja kärbitud, töökohtade profile muudetud vastavalt tööalastele vajadustele ning inimesi koondatud. “Tänavu 1. veebruari seisuga oli meil 187 ametikohta, millest vakantse 13. Neist kaheksa täitsime veebruaris ja ühe täidame märtsi alguses, käimas on kolm konkurssi ja ühe kuulutame välja järgmisel nädalal.”

Kuni inimesi pole leitud, on nende palgaraha võimalik teisiti kulutada

“Eelmisel aastal kujundasime tervisevaldkonna kolm osakonda ümber neljaks – osaliselt peitub täitmata koosseisukohtade põhjus selles. Nagu erasektoris, võtab värbamis- ja valikuprotsess aega ka avalikus sektoris. Mõnele ametikohale on sobivate kompetentsidega inimesi keeruline leida, mistõttu võib mõni ametikoht olla vakantne mitu kuud,” lisas ta.

Selgus maailma parimate haiglate TOP 250

Margot Vent
margot.vent@aripaev.ee

Ajakiri Newsweek ja Saksamaa statistikaettevõtte Statista avaldasid maailma parimate haiglate TOP 250. Esikümnes püsib kuuendat aastat ka üks Põhjamaade haigla.

Paremusjärjestus pandi tänavu kokku seitsmendat korda ja selle käigus hinnati rohkem kui 2400 haiglat 30 riigist. Esikümnesse jõudis neli Ameerika Ühendriikide haiglat ning üks haigla Kanadast, Rootsist, Saksamaalt, Iisraelist, Singapurist ja Šveitsist.

Nimekirja tipust leiab taas Ameerika Ühendriikides Rochesteris asuva Mayo kliiniku, mida on maailma parimaks hinnatud paremusjärjestuse koostami-

2400

● haiglat 30 riigist võeti vaatluse alla, et reastada tänavu parimad haiglad üle maailma.

se algusest saadik. Euroopa parimana on viiendal kohal Rootsi Karolinska ülikooli haigla Solnas, mis oli mullu seitsmendal kohal (Euroopa parimana oli siis kuuendal kohal Saksamaal Berliinis asuv Charité ülikoolihaigla).

Pingereast leiab ka neli Soome haiglat: Helsingi ülikoolihaigla (43.; mullu 50. kohal), Tampere ülikoolihaigla (107.; mullu 126. kohal), Turu ülikoolihaigla (120.; mullu 121. kohal) ja Kuopio ülikoolihaigla (191.; mullu 196. kohal).

Rootsi haiglatest jõudsid pingeritta veel Sahlgrenska ülikoolihaigla Göteborgis (69.), Uppsala akadeemiline haigla (82.), Skåne ülikoolihaigla Malmös (150.), Skåne ülikoolihaigla Lundis (164.), Linköpingi ülikoolihaigla (192.) ja Capio Püha Görani haigla Stockholmis (231.).

Saksamaalt jõudis edetabelisse 22, Prantsusmaalt 17, Itaaliast 13, Hispaaniast 12, Šveitsist kümme, Norrast viis ja Taanist neli haiglat.

Newsweek ja Statista panevad haiglaid paremusjärjestusse eesmärgiga pakkuda patsientidele ja nende peredele haiglate kohta statistilist teavet. Iga haigla skoor põhineb enam kui 85 000 meditsiinieksperdi veebiküsitluse vastustel ja patsientide haiglaravijärgsete üldise rahulolu uuringute avalikel andmetel. Arvesse on võetud ka hügieeni, patsiendi-arsti suhet ning Statista uuringut haiglate rahvusvaheliselt standardiseeritud küsimustike ehk PROMside kasutamise kohta.

Statista andmetel jõuab haiglate arv maailmas 2026. aastaks prognooside kohaselt 215 977ni.

85

PROTSENTI viimase aasta jooksul eriarsti külastanud inimestest jäi visiidiga rahule, teatas tervisekassa. Samas 42% tõi seoses viimase eriarsti külastusega välja ka vähemalt ühe probleemi. Aasta varem tõi probleemi välja vaid 28% vastanutest.



Haagis suurõnnetuste jaoks

KIIRABIPIDAJATELE suurõnnetuste lahendamiseks vajalike haagiste soetamist toetanud terviseamet tutvustas esimest juhtimis- ja ravipunkti jaoks vajalikku varustust sisaldavat haagist.

Kliinikumis paigaldati esimesed juhtmevabad südamestimulaatorid Eestis ja Baltimaades

Tartu ülikooli kliinikumi südamearstid paigaldasid hiljuti kahele patsiendile juhtmevaba südamestimulaatori veresoone kaudu otse südamesse. Tegu on uudse ravivõttega nii Eestis kui ka Baltimaades.

Juhtmevabad südamestimulaatorid paigaldasid Indrek Roose ja Priit Pauklin. Täiendava toena osalesid Nathan Wilkinson ja Margus Must Abbottist ning südamekliiniku rütmihäirete osakonna õed Kadi Oras, Kaire Karindi ja Eva Liisa Kaasik.

“Stimulaator paigaldatakse inimestele, kelle süda ei löö piisava kiirusega. Seadme juhtmed viiakse veeni kaudu südamesse ja ühendatakse rangluu alusesse piirkonda na-



Arstid Indrek Roose (vasakul) ja Priit Pauklin.

FOTO: KLIINIKUM

ha alla paigaldatud aparaadiga. Mõnel juhul tekib stimulaatoritaskus naha all bakteriaalne põletik, mis võib mööda juhtmeid vereringesse või südamesse levida. Samuti ei ole mõnel inimesel veenid, mille kaudu tavaliselt elektroodid südamesse viiakse, läbitavad näiteks sealse trombi tõttu. Ka lastel, kes kasvavad kiiresti, ja kaasasündinud südamerikete puhul võib tavaliste stimulaatoritega probleeme olla,” selgitas südamekliiniku kardioloogia eriala vanemarst-õppejõud Priit Pauklin. Et aidata patsiente ka sellistes komplitseeritud olukordades, on välja arendatud uued juhtmevabad stimulaatorid. “Need on nii pisikesed, et meil on võimalik viia seade sü-

damesse reiel oleva veresoone kaudu. Aparaadil puuduvad eraldi juhtmed ja kõik toimimiseks vajalik on pakitud väikesesse seadeldisse, mistõttu puudub vajadus nahaaluseks aparaadiks. Kuna stimulaator paigaldatakse veresoone kaudu, ei jää ka nahale suurt armi ning väliselt on võimatu aimata, et inimesel on südamestimulaator,” lisas südamekliiniku kardiovaskulaarkirurgia eriala vanemarst-õppejõud Indrek Roose.

Uudsete stimulaatorite eluiga on tunduvalt pikem – kuni 25 aastat. Need ei vaheta küll välja seniseid, aga on täiendav võimalus juhtudel, kui tavalise stimulaatoriga tekib ühel või teisel põhjusel probleeme.

mu.ee

REUMA-foorum

08.05.2025

Tartu V Spa hotell & Konverentsikeskus ja veeb

SIHTGRUPP:

reumatoloogid, perearstid, taastusarstid jt arstid, õed, tervisespetsialistid, tegevusterapeutid, füsioterapeutid, reumaliidu esindajad

Soodushinnad kuni 20.04.25!

pood.aripaev.ee/konverentsid-reumafoorum-2025

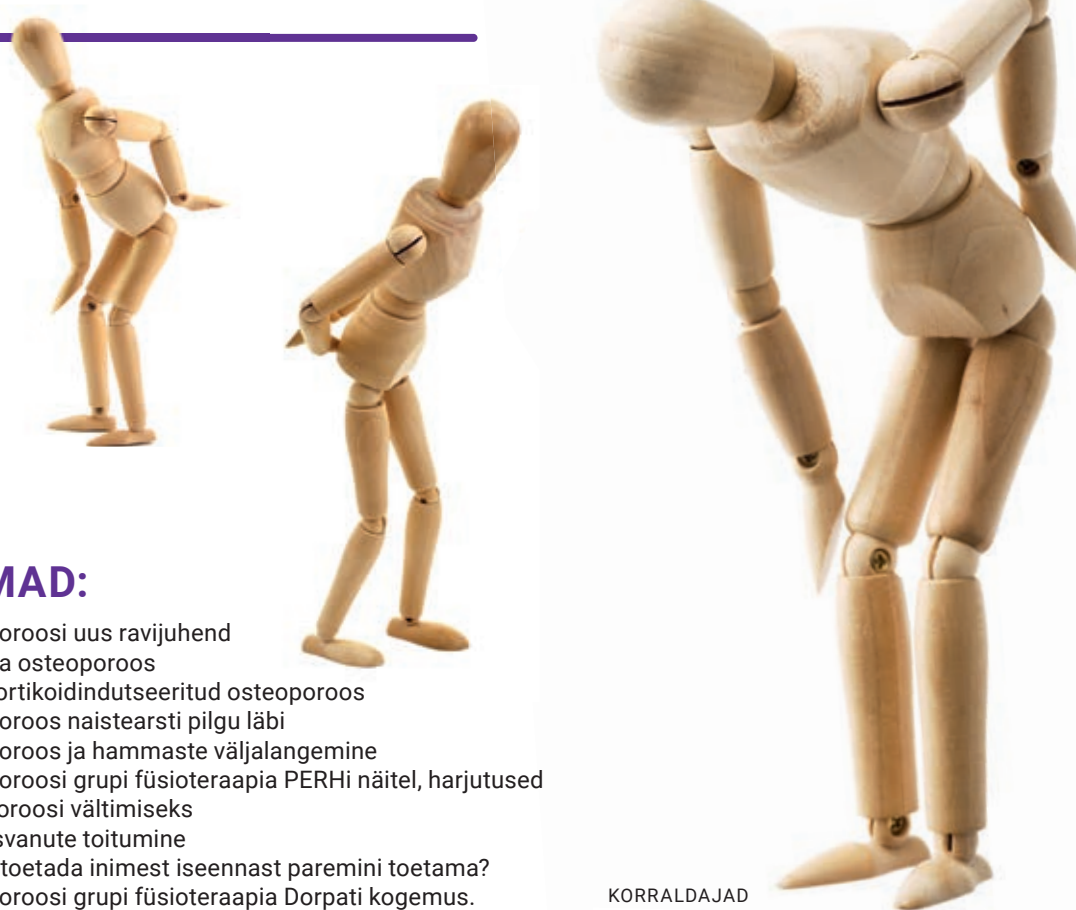
Nii saali- kui ka veebipiletite ostjatel on võimalik konverentsi 1 kuu jooksul järele vaadata.

Konverentsil osalemine annab täiendkoolituspunkte. Punktid akrediteerib Eesti Reumatoloogia Selts, tunnistuse väljastajaks on Meditsiiniuudised.

TEEMAD:

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

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



KORRALDAJAD

EESTI REUMALIIT

Eesti Reumatoloogia Selts
Estonian Society for Rheumatology

MEDITSIIINI-KONVERENTSID

Lõuna-Eesti Segadus protsesside ja standarditega

Endoproteesimise konarlik teekond

Veebruaris avaldas tervisekassa endoproteesimise juhtprojekti vaheanalüüsi. Selles on kirjas, et juba juhtprojekti ajal on saavutatud käegakatsutavad tulemused. Meditsiiniuudistele laekunud infost selgus aga, et mitte kõik Lõuna-Eesti perearstid ei ole rahul endoproteesimise protsessiga ning Tartu ülikooli kliinikumi ortopeediakliiniku ja perearstide vahel tekitab väljakutseid omavaheline suhtlus ja standardist eri moodi arusaamine.

Kristiina Käit

kristiina.kait@aripaev.ee

Lõuna-Eesti perearstide sõnul pole teekond seni nii sujuvalt läinud kui Põhja-Eesti regionaalhaiglas: bürokraatiat on palju, selgusetu on, miks patsient ei pääse e-konsultatsiooniga operatsioonile ning hilisem taastusravi korraldamine jätab samuti soovida.

Järjekorrad korrastati edukalt

Tervisekassa raviteekondade arendamise teenusejuht Eva Paalma kirjutas tervisekassa analüüsis, et juhtprojekti esimesel aastal vähenes endoproteesimist ootavate patsientide arv 16 500-lt ligikaudu 5000-le. 2024. aasta lõpuks oli vanade ootejärjekordade korrastamine enamikus raviasutustes lõpetatud. See on vähendanud paralleelsete järjekordade haldamist ja sujuvamaks muutnud uute patsientide vastuvõtu.

Paalma sõnul on paranenud mitu olulist ravietappi: operatsioonieelsed analüüsid ja ettevalmistavad visiidid, akuutravil viibitud aeg, operatsioonijärgne füsioteraapia ja taastusravi suunamine. Samas on tulemuste mõju olnud oodatust tagasihoidlikum. „Kordusoperatsioonide arv püsis samal tasemel ja rehospitaliseerimiste vähenemine oli minimaalne,” tõdeb Paalma. Tema hinnangul võib see olla tingitud asjaolust, et juhtprojekti käigus opereeriti sageli raskemas seisundis patsiente, kelle elukvaliteet operatsiooni tulemusena siiski oluliselt paranes. Paalma sõnul on esile kerkinud ka kitsaskohti, mis vajavad lahendamist. „Nähtub, et patsientidele ei pakuta enne operatsiooni piisavalt konservatiivse ravi võimalusi. Operatsioonijärgsete järelkontrollide vähesus takis-



Proteesitud patsientide füsioteraapia ja taastusravi on kehvasti koordineeritud.

Triin Tammert

tab patsientide pikaajalise ravi tulemuste jälgimist. Samuti vajab parandamist tervishoiu- ja sotsiaalteenuste omavaheline koostöö, et tagada patsiendile terviklik raviteekond.“

Raviteekond suhteliselt sujuv

Tartu ülikooli kliinikumi ortopeediakliiniku juht doktor Katre Maasalu kinnitab, et kuigi algus oli konarlik, on endoproteesimise raviteekonna rakendamine praeguseks juba suhteliselt sujuv. „Endoproteesimist vajava patsiendi raviteekonna standardi väljatöötamine tagab, et patsiendid saavad igas raviasutuses samaväärset teenust. Olulisim muutus on olnud järjekordade korrastamine. Varem oli olukord kaootiline, mis tekitas meeleheidet nii patsientides kui ka arstides,” räägib Maasalu.

Tee kirurgiani täis takistusi

Siiski on rahulolematust just Lõuna-Eesti kandis. Vastseliina perearst Aune Rehema toob esile murettekitava olukorra, mis valitseb sealsete patsientide endoproteesimise protsessis. Kuigi operatsioonide ja taastumise osas on areng positiivne, on tee kirurgiani perearstide ja patsientide jaoks täis takistusi ja hiline mis. Rehema kirjeldab, et operatiivsete arstide ja patsientide seisukohalt on olukord paranenud, kuna operatsioonile jõudvad patsiendid on paremas seisundis, ent see on vaid üks külg protsessist, mille teised etapid jäävad sageli tähelepanuta.

Näiteks toob Rehema välja patsiendi, kes vajab endoproteesi juba aastast 2021, kuid tema koksartroos oli 2023. aastaks jõudnud 4. staadiumisse mõlemal küljel. Patsiendi jõudmine operatsioonijärjekorda võttis aga aega. „Lõpuks, kui tuli 2024.

aasta, jaotati patsiendid korraldatud järjekorras edasi, kuid igat sammu ja otsust tuli oodata kuude viisi. E-konsultatsioon ja täiendavad uuringud venisid, tulemused hilinesid. Kuigi lõpuks tehti vajalikud korrigeerimised, ei määratud operatsiooni ikkagi kohe,” räägib Rehema.

Tema sõnul on probleemide allikas bürokraatlikud takistused ja pikad ooteajad, kus iga samm võib venida nädalateks või kuudeks. Lisaks esinevat sageli olukord, kus juba tehtud uuringud võivad olla aegunud ja patsient saadetakse kogu protsessi uuesti alustama – justkui lõputu ring. „Tundub, et venitus on sihilik,” oletab Rehema. „See pikaajaline viivitamine on eriti murettekitav, kuna patsiendid võivad jõuda operatsioonini alles pärast intensiivset ooteaega, kui nende seisund on juba oluliselt halvenenud,” ütleb ta.

Kogu see protsess annab Rehema sõnul mõista, et tervishoiusüsteemis on vajadus suurendada efektiivsust ja lihtsustada teenuste kergesti ligipääsetavaks muutmist. „Tuleb kaaluda, kas olemasolev süsteem teenib patsiendi huve või hoopis takistab nende kiiret ja kvaliteetset teenindamist,” toob Rehema välja paranduskohad.

Murelik on lõunapiirkonna endoproteesimise teekonna osas ka mitmes perearstipraksises töötanud peremeditsiini resident Triin Tammert, kes sooritas residentuuritsükli nii Tartu ülikooli kliinikumi ortopeedia- kui ka taastusravikliinikus – viimase kaudu peaks käima suurem osa Tartu ja Lõuna-Eesti endoproteesimise taastusravist. „Tartus ja Lõuna-Eestis on endoproteesimise teekond olnud siiani konarlik. Suures osas on see tingitud standardi mitmeti mõistetavusest ja selle erinevatest tõlgendustest, mistõt-

Kliinikumi statsionaarse
taastusravi osakonnajuht
Ronald Rätsep

Kui 2020. aastal suunati statsionaarsele taastusravile ligi 200 patsienti, siis 2024. aastal umbes 70.



Tervisekassa raviteekondade teenusejuht Eva Paalma.

FOTO: TERVISEKASSA

tu ei ole üheselt selge, millised on tegelikud ootused e-konsultatsioonile. Puuduvad ka ühtne arusaam ja selgus, millistel alustel toimub kliinikumis endoproteesimise e-konsultatsioonil patsientide sõelu mine,” tõdeb ta.

Tammerti sõnul peab ortopeed, kelle vastuvõtule patsient satub, lisaks patsiendilt anamneesi kogumisele, läbivaatuse tegemisele ja info jagamisele/selgituste andmisele suutma tõlgendada siseprofiilseid andmeid. „Eriti juhul, kui pere arst ei ole e-konsultatsiooni lisanud märget, et patsiendi kaasnevad (kroonilised) haigused on kompensatsioon. Kõike eelmainitut peab jõudma väga lühikese vastuvõtuaia jooksul,” selgitab Tammert. Ta lisab, et segadust põhjustab seegi, kui pere arstid saadavad patsiendid ilma endoproteesimise e-konsultatsioonita otse ortopeedi vastuvõtule eesmärgiga nad kuidagi ikkagi operatsioonijärjekorda saada – patsiendil on oma ootused ning kui ta suunatakse endoproteesimise teekonnale alustamiseks tagasi perearsti juurde, võib see põhjustada kõigi poolte rahulolematust. „Samuti lisavad keerukust mitte piisavalt kompenseeritud patsientide teekonnale saatmine ja üleüldse puudulikult koostatud e-konsultatsioonid. Meile kõigile on ju oluline operatsiooniriske maksimaalselt maandada. Olen väga nõus oma juhendaja doktor Jaan Laosega, kes ütles, et proteesimine ei ole poest jäätise ostmine. Ei ole tõesti!”

Rehema toob võrdluseks lõunapiirkonnaga välja Tallinna haiglates tehtud protsessi, kus e-konsultatsioon viib otse kontaktvastuvõtu ja operatsiooniaja määramiseni. Kiire ja sujuv süsteem võimaldab patsiendil vältida pikaajalisi viivitusi ja ebamugavusi, mis omakorda viitab sellele, et olukord Lõuna-Eestis vajab kiiret ja tõsist ülevaatamist.

Füsioteraapia ja taastusravi

Tammert toob esile ka taastusravide ja füsioterapeutide sõnumi, et proteesitud patsientide füsioteraapia ja taastusravi on kehvasti koordineeritud. Enne ja pärast operatsiooni jõuab korralikule füsioteraapiale (või taastusrasti konsultatsioonile) liialt vähe patsiente.

„Eriti operatsioonijärgselt, kui liigesfunktsiooni taastamine peab lisaks haiglaperioodile adekvaatselt jätkuma järgneva kuue nädala jooksul. Kas maksimaalselt optimeeritud statsionaarse haiglara vi päevade jooksul suudab patsient omandada vajalikud harjutused ja neid ka tehniliselt korrektselt sooritada? Ideaalis peaks suurem osa (kui mitte kõik!) patsiente jõudma kas kohe pärast haiglast lahkumist spetsialisti vastuvõtule või neil peaks olema vähemalt väga kiire võimalus füsioterapeudi/taastusrastiga konsulteerida,” räägib ta.

Tammert lisab, et usinamad patsiendid on küsinud perearstidelt juba ennetavalt saatekirja statsionaarsele taastusravile – seda ei saa neile pahaks panna. Kindlasti annab lisatoetus ja -ravi patsiendile julguse kodus paremini hakkama saada. Kuid kui sellega katkeb ka endoproteesimise teekond?

Kliinikumi statsionaarse taastusravi

osakonnajuht doktor Ronald Rätsep rõhutab samuti, et endoproteesimise standardi rakendamine on oluliselt mõjutanud taastusravi vajadust. „Kui 2020. aastal suunati statsionaarsele taastusravile ligikaudu 200 patsienti aastas, siis 2024. aastal oli see arv langenud umbes 70-le. Paljud patsiendid jõuavad meieni hoopis perearsti saatekirjaga, kuigi nende seisund võib nõuda statsionaarset taastusravi,” selgitab Rätsep. Ta lisab, et haiglaravi jooksul on raske anda patsientidele piisavat füsioteraapia juhtnööre, mistõttu peaksid operatsioonijärgsed patsiendid ambulatoorsele taastusravile pääsma kiiremini.

Tammerti sõnul vastas tervisekassa raviteekondade arendamise teenusejuht Eva Paalma Eesti perearstide seltsi juhatause liikme Argo Läti tehtud päringule, et endoproteesimise teekonna standardi näol on tegemist pilootprojektiga ning standard on soovituslik.

„Küsimus on, kuidas hinnata pelgalt soovitusliku standardi töössemineku edukust ja kvaliteeti, kui erinevatel osapooltel on sellest niivõrd erinev arusaam? Veel üks küsimus: mis põhjusel on Põhja- ja Lõuna-Eesti perearstide rahuolu endoproteesimise teekonnaga nii erinev?”

On ka vähem kriitilisi. Tartu perearst Tatjana Meister ütleb, et iga uue protsessi käivitamisel eksisteerib paratamatult risk, et asjad ei lähe alguses päris plaanipäraselt. „Ükskõik milliste logistiliste või süsteemsete takistuste ilmnemisel, nagu pikk järjekord eriarstiabi teenusteni või küsimusi tekitav e-konsultatsiooni vastus, pöörduvad patsiendid selgituste saamiseks eelkõige oma perearsti poole, mistõttu peab perearstide valmisolek nendele küsimustele vastata olema kõrge. See eeldab omakorda perearstide õigeaegset informeerimist raviteekonnal tekkinud probleemidest ja vajadusel ka kaasamist uute lahenduste otsimisse,” tõdeb ta.

„Praeguseks on endoproteesimise teekonnaga seotud probleemid ja segasus suuremas osas lahendatud tänu mitmele arutelule ja kohtumisele. Edaspidi on uute raviteekondade käivitamisel oluline arvestada püsiva kommunikatsiooni tähtsusega, mis võimaldaks kõikidel raviteekonna osalistel viibida ühises informumis ja tegutseda sünergiliselt parema tulemuse saavutamiseks,” võtab Meister oma sõnumi kokku.

Tulevikuväljavaated on positiivsed

Tervisekassa eesmärk on juurutada raviteekonnapõhine tasustamine, mis vähendaks killustatust ja parandaks asutuste vahelist koostööd. „Asutused näevad nüüd mõõdikute kaudu üksteise tulemusi ja toimuvad arutelud, kuidas protsesse täiustada. See tähendab rohkem läbipaistvust ja paremat kvaliteeti patsientidele,” sõnab Paalma.

Juhtprojekti lõplikud tulemused selguvad 2026. aastal, kuid juba tänavu kesken dutakse probleemkohtade lahendamisele ning parimate praktikate juurutamisele tervishoius. „Oluline on, et kõik raviteekonna osalised oleksid samas informumis ja tegutsesid koos patsiendi parima ravi nimel,” järeldeb Paalma.

Loe ka juhtkirja lk 3.

Südamehaiguste soolised erinevused vajavad enam tähelepanu

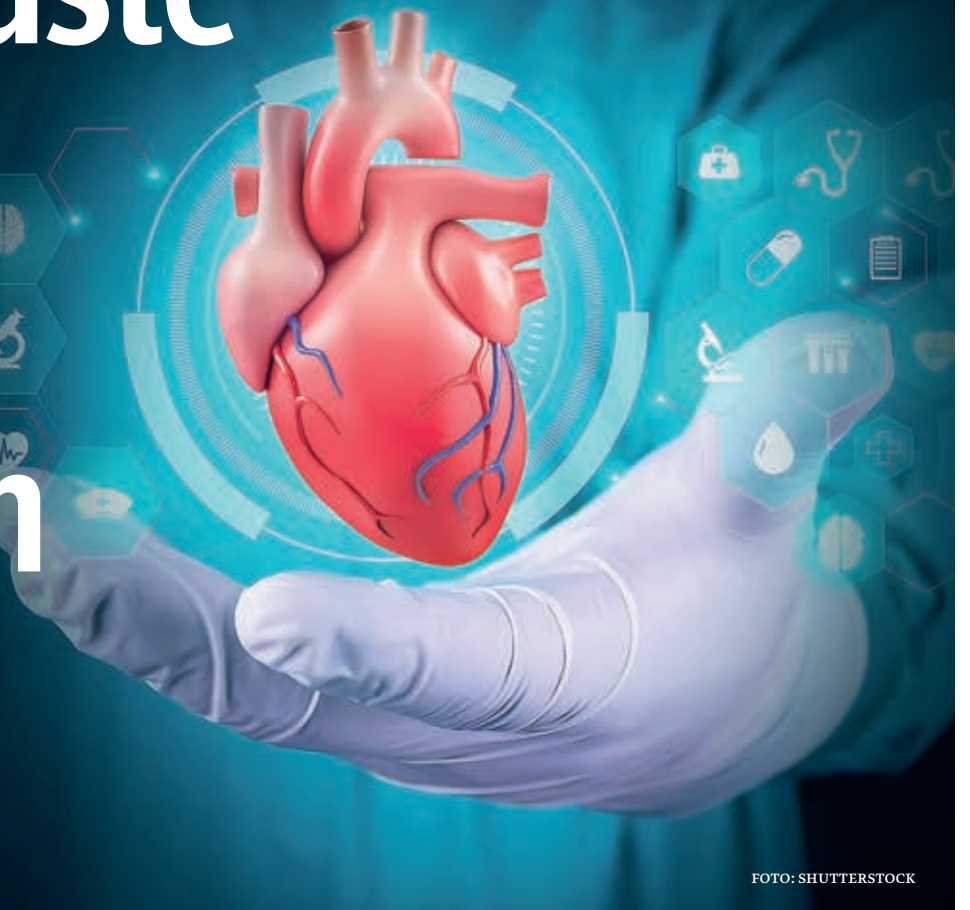


FOTO: SHUTTERSTOCK

Riskid Traditsioonilised riskifaktorid mõjutavad naisi rohkem

Anu Hedman

Ida-Tallinna keskhaigla
südamekeskuse kardioloog

Euroopa ateroskleroosi ühingu 2023. aasta seisukohavõtt toob esile, et alla 65aastaste seas on meeste absoluutne ateroskleroosiliste kardiovaskulaarsete haiguste esinemissagedus kõrgem kui naistel. Siiski on Euroopas ja USAs keskealiste naiste (vanuses 45–64) seas südame-veresoonkonna haigustest tingitud suremus suurenenud kõige kiiremini.

Praegu kasutusel olevad kardiovaskulaarsete riskide hindamise skaalad aladiagnostivad haigusjuhtumeid ja alahindavad naiste riski ning seda isegi subkliinilise ateroskleroosi korral.

Kuigi meestel ja naistel on traditsioonilised riskifaktorid sarnased, on nende tähtsus sugude lõikes siiski märkimisväärselt erinev.

Naiste infarktisuremus tõuseb

Ateroskleroosi kogukonnapõhine uuring ARIC (*Atherosclerosis Risk in Communities*), kus osales 28 732 inimest, näitas, et pärast esimest müokardiinfarkti sureb aas-

Naistele pakutakse statiinravi vähe ja seda isegi peale ägedat koronaarsündroomi.

Anu Hedman

ta jooksul 18% meestest ja 23% naistest. Samas vanuserühmas (35–54aastased) tehtud uuringutes täheldati, et naiste suremus südame-veresoonkonna haigustesse on viimase 15 aasta jooksul suurenenud, samal ajal kui meeste suremus on stabiliseerunud.

Metaanalüüs, milles osales 174 000 inimest 27 randomiseeritud uuringust, kinnitab, et statiinide LDL-kolesterooli alandav toime ei ole meestel ja naistel erinev. See viitab, et soolisi erinevusi LDL-kolesterooli ravivastuses statiinidele ei ole.

Küll aga on teada fakt, et naistele pakutakse statiinravi vähe ja seda isegi peale ägedat koronaarsündroomi.

Naiste riskid suuremad

Traditsioonilised riskifaktorid, nagu hüpertensioon ja diabeet, mõjutavad naisi ja mehi erinevalt.

Hüpertensiooni korral suureneb südamepuudulikkuse risk naistel kolm korda, meestel aga samas kaks korda.

Naistel esineb rohkem vasaku vatsakeste hüpertroofiat, kodade laienemist ja südameklapirikkeid, eriti pärast menopausi.

Kuigi diabeedi esinemissagedus on meeste ja naiste seas sarnane, on selle ne-

gatiivne mõju südame-veresoonkonnale naiste puhul suurem. Südamepuudulikkuse risk suureneb naistel kuuekordselt, samas meestel kahekordselt.

Naised on ka altimad kroonilise neeruhaiguse tekkele ning see võib avalduda varasemas eas.

Kõrge kolesteroolitase, mis naistel ületab meeste taseme alates 50. eluaastast, mõjutab südame-veresoonkonna riske menopausijärgses eas veelgi enam.

Soospetsiifilised riskid

Naistel on aga mitu mittekonventsionaalset riskitegurit, mida meestel kunagi ei ole ja mida tuleks naiste kardiovaskulaarse riski hindamisel arvestada.

Raseduse ajal esinenud tüsistused, näiteks rasedusaegne hüpertensioon ja preeklampsia, suurendavad hilisemat hüpertensiooni riski kuni 25 korda. Rasedusaegne diabeet suurendab hilisemat teist tüüpi diabeedi riski seitse korda.

Polütsüstiliste munasarjade sündroomi korral esineb naistel suurem kardio-metaboolne risk, kaks korda suurem insuldirisk ning südameinfarkti risk suureneb kuni kolm korda.

Jätkub lk 12



Näidustused: ¹

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

Muudatus väljakirjutamise tingimustes soodusmäära 75/90% korral alates 01.04.2024 ²
Diagnoosikood I20
Esmase väljakirjutamise õigus kardioloogil ja sisearstil*



Algannus: ¹
375 mg kaks korda päevas



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



Maksimaalne annus: ¹
750 mg kaks korda päevas

Annustamine: ¹

Täiskasvanud: Ranexa (ranolasiin) soovituslik algannus on 375 mg kaks korda päevas. Annust võib suurendada 2-4 nädala pärast tasemeni 500 mg kaks korda päevas ja titreerida olenevalt patsiendi ravivastusest täiendavalt soovitatava maksimaalse annuseni 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 dofetiliid, 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 ($\geq 1/100$ 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



Ranexa[®]
ranolasiin

***III-IV funktsionaalse klassi stenokardia vaatamata adekvaatsele antiisheemilisele ravile (beeta-adrenoblokaator, kaltsiumikanali blokaator ja pika toimega nitropreparaat) või need ravimid on vastunäidustatud ja on teostatud koronaarhaiguse invasiivne uurimine ning võimalusel revaskulariseerimine²**

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, prokainamiid), erütromütsiin ja tritsüklilised antidepressandid (nt imipramiin, doksepiin, amitriptüliin). ¹

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

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

MÜÜGILOA HOIDJA:

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

Täiendav teave müügiloa hoidja Eesti esindusest:

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

Retseptiravim.

Koostatud aprillis 2024. EE-RAN-02-2024-V1-Print.

Algus lk 10

Naiste südameriskid erinevad nii hormonaalselt kui ka bioloogiliselt

Rasedus toob naistel kaasa olulisi hormonaalseid ja metaboolseid muutusi, mis võivad mõjutada südame-veresoonkonna haiguste riske kogu eluea jooksul.

Norra päriliku hüperkolesteroleemia registri andmetel võib rasedus ja imetamine vähendada statiinravi kestust kuni 14 aasta võrra, kuna raseduse ajaks tuleb ravi katkestada.

Varajane menopaus, mis algab enne 40.–45. eluaastat, on samuti seotud kõrgema südame-veresoonkonna haiguste riskiga. Menopausijärgne hormoonasendusravi ei ole seni näidanud kardiovaskulaarse kaitse efektiivsust. Autoimmuunhaigused, mis on naistel sagedasemad, suurendavad südameinfarkti ja insuldi riski, mistõttu Euroopa kardioloogide selts soovib selliste patsientide südame-veresoonkonna haiguste riski korrutada 1,5ga.

Ateroskleroosi tekkemehanismides on olulisi soolisi erinevusi. Naiste pärgarterid on väiksemad ja nende ateroskleroosilised naastud on üldiselt stabiilsemad, sisaldades vähem lipiide ja kaltsiumi. Suitsetamisega seotud naastude erosioon suurendab naistel tromboosiriski ning pärast 65. eluaastat on naastude rebenemise oht sama suur kui meestel. Kui aga võrrelda naastude mahtu keha pindala suhtes, siis on meeste ja naiste erinevused ebaolulised.

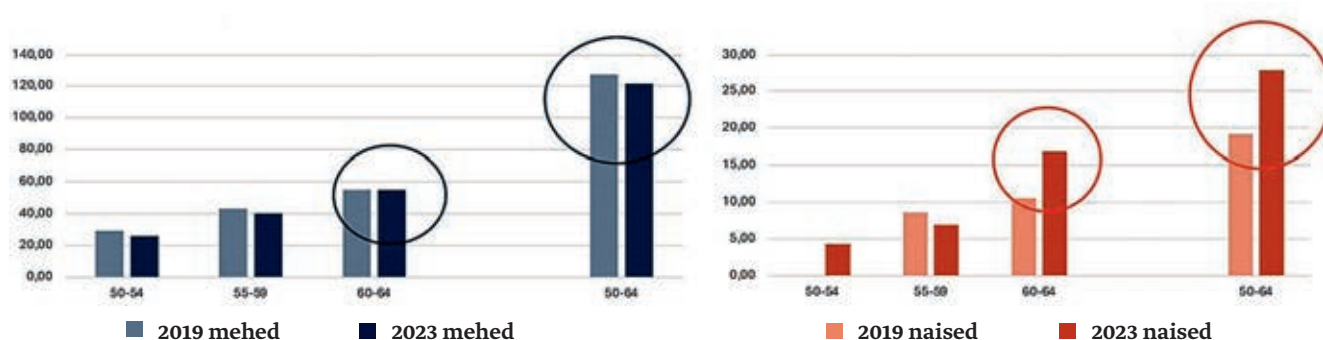
Müokardi isheemiat esineb naistel sageli teistsugusel kujul kui meestel. Müokardiinfarkt mitteobstruktiivsete koronaararteritega (MINOCA) moodustab naiste infarktidest kuni 30%, meestel aga alla 10%. Seda tüüpi infarkt on seotud koronaarnaastude erosiooni, diffuusse koronaararterite kahjustuse, vasospastilise stenokardia ja spontaansete koronaararterite dissektsioonidega, mis esinevad sagedamini alla 50aastastel naistel. Takotsubo kardiomiopaatia esineb naistel üheksa korda sagedamini kui meestel.

Samuti on oluline arvesta-

Tasub teada:

Ägeda müokardiinfarkti suremus Eestis vanuserühmas 50–64 aastat

● Suremus 100 000 elaniku kohta soo ja vanuse järgi



Allikas: tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas



Samuti on oluline arvestada ravimite toime erinevusi meestel ja naistel.

Anu Hedman

FOTO: ERAKOGU

da ravimite toime erinevusi meestel ja naistel. Naistel on 1,5–1,7 korda suurem risk ravimite kõrvaltoimete tekkeks. Näiteks on beetablokaatorite plasmakontsentratsioon naistel kõrgem, mistõttu esineb neil rohkem kõrvaltoimeid. Samuti reageerivad naised meestest erinevalt kaltsiumikanali blokaatoritele ja nitraatidele.

Euroopa ja USA südame-veresoonkonna haiguste ennetusjuhised tunnistavad üha enam soolisi erisusi, kuid need jäävad sageli tähelepanuta. Euroopa kardioloogide selts rõhutab, et teatud spetsiifilisi naiste tervisega seotud tegureid tuleb südamehaiguste käsitlemisel rohkem arvesse võtta. Soopõhiste erinevuste mõistmine ja nendega arvestamine aitab parandada nii ennetust kui ka ravi.

Traditsioonilised ja soospetsiifilised riskitegurid

Soospetsiifilised

1. hormonaalne düsregulatsioon - PCOS, varajane menopaus
2. rasedusega seotud tüsistused
3. menopaus
4. autoimmuunhaigused
5. rinnavähk ja keemiaravi
6. depressioon

Traditsioonilised

1. hüpertensioon
2. diabeet
3. rasvumine
4. hüperlipideemia
5. suitsetamine
6. perekondlik eelsoodumus varajasele südame isheemiatõvele

CO-DALNESSA®

perindopriil / amlodipiin / indapamiid

4 mg / 5 mg / 1,25 mg N30, N60

4 mg / 10 mg / 1,25 mg N30, N60

8 mg / 5 mg / 2,5 mg N30, N60

8 mg / 10 mg / 2,5 mg N30, N60



**KOLM
EELISTATUD
MOLEKULI
ÜHES TABLETIS¹**



Co-Dalnessa oli **esimene kolmikkombinatsioon** perindopriili, indapamiidi ja amlodipiiniga Euroopas²⁻⁴



Lihigne ja mugav annustamine **üks kord päevas⁵**



Saadaval **erinevates annustes** pakendatuna **blisterpakenditesse⁵**

Näidustus: essentsiaalse hüpertensiooni ravi patsientidel, kellel perindopriil, indapamiid ja amlodipiin samade annuste koosmanustamine on taganud piisava vererõhu languse.

Viited: 1. Mancia G, Kreutz R, Brunstrom M, et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. J Hypertens. 2023 Jun 21. 2. Triplixam (Servier) müügiluba Nr: 835114 Eestis; 27. 01. 2014. 3. Co-Dalnessa (Krka) Müügiluba Nr: OGYI-T-22577/37-45 Ungaris; 18. 11. 2013, Nr: nr 832813 Eestis; 20. 12. 2013. 4. Müügiandmed aastatest 2014-2024.

5. Ravimi omaduste kokkuvõte Co-Dalnessa 09.2022.

Co-Dalnessa (perindopriil, amlodipiin, indapamiid) on retseptiravim.

Müügiloo hoidja: KRKA d.d., Novo mesto, Šmarješka cesta 6, 8501, Sloveenia. Täiendav teave on saadaval müügiloo hoidja Eesti esindusest: KRKA d.d., Novo mesto, Eesti filiaal, A. H. Tammsaare tee 47, 11316 Tallinn, Eesti. Tel: +372 667 1658. www.krka.ee



Algus lk 10

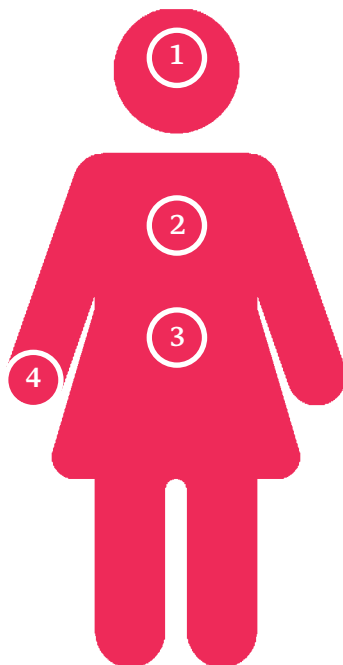
Tasub teada: Kutse tegutsemiseks

EASi seisukohavõtt 2023

- Alla 65aastaste täiskasvanute seas on meestel kõrgem ateroskleroosilise südame-veresoonkonnahaiguse (ASCVD) sündmuste absoluutne määr kui naistel.
- Euroopas ja USAs on aga ASCVD suremuse suhteline kasv kõige kiirem keskealiste naiste (45–64 aastat) seas.
- Praegused südame-veresoonkonnahaiguste riskikoorid on kallutatud sündmuste aladiagnoosimise tõttu ning alahindavad naiste riski isegi subkliinilise ateroskleroosi korral.
- Mõlemal sool on sarnased traditsioonilised südame-veresoonkonnahaiguste riskifaktorid, kuid nende teguri tähtsus naistel ja meestel erineb.

Allikas: Naised, lipiidid ja ateroskleroosiline südame-veresoonkonnahaigus: Euroopa ateroskleroosi ühingu kutse tegutsemiseks

Statistika: Naiste südamehaiguste varajased sümptomid



- 1
 - Ärevustunne
 - Mõtlemise või mälu muutumine (udusus)
 - Õised hingamisraskused
 - Uinumisraskused
 - Sagedasemad või intensiivsemad peavalud
 - Ebamugavustunne lõualuudes või hammastes
- 2
 - Kiire südame löögisagedus
 - Köha
 - Valu või ebamugavustunne rinnus
- 3
 - Sagedased seedehäired
 - Söögiisu kadumine
- 4
 - Surinad sõrmedes või kätes
 - Nõrkus või raskustunne kätes
 - Tundetus või põletustunne kätes või sõrmedes

Allikas: Eesti kardioloogide selts

Naiste südameriske alahinnatakse

Südame- ja veresoonkonnahaigused on naiste peamine surmapõhjus kogu maailmas, puudutades igas vanuses naisi.

Ometi on naiste südame-veresoonkonnahaigused endiselt märkimisväärselt aladiagnostitud ja -ravitud. Selle põhjus on peamiselt mitmesugused väärarusaamad, sealhulgas laialt levinud arvamus, et südame-veresoonkonnahaigused mõjutavad mehi rohkem kui naisi. Kuigi üldine teadlikkus südame-veresoonkonnahaigustest on viimase kümnendi jooksul suurenenud, kaldub enamik tervishoiutöötajad ja patsiente endiselt naiste südameriske alahindama – kõrget vererõhku, infarkti ja insulti seostatakse peamiselt meestega. Kahjuks see aga nii ei ole: ka naised on riskigrupis, sellest on lihtsalt seni vähem räägitud. Kui meestel on olulised ennetus- ja jälgimisaastad 30.-50. eluaastad, siis naistel aeg alates 40. eluaastast. Üks põhjus on see, et naiste kardiovaskulaarse riski tõus kasvab hüppeliselt menopausijärgse östrogeeni taseme languse ja selle kaitsva toime kadumise tõttu.

PEAVALU KONVERENTS

25.04.2025

Olümpia hotelli konverentsikeskus ja veeb

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

TEEMAD

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

NB! Kava on täiendamisel!

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



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

soodushind

119€
kuni 11.04!

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

REPATHA® (EVOLOKUMAB) – TÕENDUSPÕHINE VALIK VÄGA KÕRGE SVH RISKIGA PATSIENTIDELE



KUNI
-75%

Repatha® (evolokumab) lisatuna statiinile vähendab LDL-C taset väga kõrge riskiga patsientidel.¹

-25%

Repatha® (evolokumab) vähendab korduvate kardiovaskulaarsete sündmuste* riski hiljutise müokardiinfarktiga patsientidel.^{2,5}



> 8 aastat

Pikaajaline uuring Repathaga (evolokumab) kinnitab stabiilset ja pidevat LDL-C taseme vähendamist ning platseeboga võrreldavat ohutusprofiili.^{1,3}

VIITED: 1. Repatha (evolokumab) ravimiomaduste kokkuvõte. Viimati uuendatud märts 2023. 2. Gencer B et al. JAMA Cardiol. 2020; 5 (8): 952–957. 3. O'Donoghue M L et al. Circulation. 2022; 10.1161/CIRCULATIONAHA.122.061620.

* Fourier Outcomes uuringu teisene liitlulemusnäitaja: surm südame-veresoonkonnaga seonduvatel põhjustel, müokardiinfarkt, insult.

⁵ See oli FOURIER uuringu tulemuste ettemääratud teisene analüüs, mis hõlmas 27 564 ateroskleroosilise kardiovaskulaarse haigusega patsienti. Patsiendid said optimaalset statiinravi ja randomiseeriti suhtes 1:1 Repatha (evolokumab) või platseeborühma. Varem toimunud müokardiinfarktiga (MI) patsiendid (n = 22 320) jaotati müokardiinfarkti ja uuringu alguse vahelise ajalise perioodi alusel järgmistesse rühmadesse: hiljutise MI-ga patsiendid (≤ 12 kuud enne randomiseerimist) või varasema MI-ga patsiendid (> 12 kuud enne randomiseerimist). Hiljutise MI-ga patsientidel vähendas Repatha (evolokumab) teisese liitlulemusnäitaja (surm südame-veresoonkonnaga seonduvatel põhjustel, müokardiinfarkt, insult) suhtelist riski 25% (HR 0,75; 95% CI: 0,62–0,91; p=0,003). Varasema MI-ga patsientidel vähendas Repatha (evolokumab) teisese liitlulemusnäitaja suhtelist riski 15% (HR 0,85; 95% CI 0,76–0,96; p = 0,009); (p for interaction = 0,24). Esmase liitlulemusnäitaja (surm südame-veresoonkonnaga seonduvatel põhjustel, müokardiinfarkt, insult, pärgarterite revaskularisatsioon või hospitaliseerimine ebastabiilse stenokardia tõttu) puhul vähendas Repatha (evolokumab) suhtelist riski hiljutise MI-ga patsientidel 19% (HR: 0,81; 95% CI: 0,70–0,93; p=0,004) ja varasema MI-ga patsientidel 8% (HR: 0,92, 95% CI: 0, 84–1,01; p=0,075); (p for interaction = 0,13).

LDL-C – väikese tihedusega lipoproteiini kolesterool; UV – usaldusvahemik; RS – riskitiheduste suhe

Repatha (evolokumab). 140 mg süstelahus pen-süstlis. **Retseptiravim.**

Näidustused: Hüperkolesteroleemia ja segatüüpi düslipideemia. Repatha on näidustatud esmase hüperkolesteroleemia (heterosügootne perekondlik hüperkolesteroleemia (HeFH) ja mitteperekondlik) või segatüüpi düslipideemia raviks täiskasvanutel ning HeFH raviks 10-aastastel ja vanematel lastel koos dieediga: kombinatsioonis statiini või statiini ja teise vere lipiidisisaldust langetava ravimiga patsientidel, kellele statiini maksimaalse talutava annusega ei saavutata LDL-kolesterooli eesmärkväärtust, või üksikravimina või kombinatsioonis teiste vere lipiidisisaldust langetavate ravimitega patsientidel, kes ei talu ravi statiinidega või kellele statiinid on vastunäidustatud. **Homosügootne perekondlik hüperkolesteroleemia (HoFH).** Repatha on näidustatud HoFH raviks täiskasvanutel ning 10-aastastel ja vanematel lastel kombinatsioonis teiste vere lipiidisisaldust langetavate ravimitega. **Südame-veresoonkonna väljakujunenud ateroskleroosiline haigus.** Repatha on näidustatud südame-veresoonkonna väljakujunenud ateroskleroosilise haigusega (müokardiinfarkt, insult või perifeersete arterite ateroskleroos) täiskasvanutele kardiovaskulaarse riski vähendamiseks LDL-kolesterooli sisalduse langetamise teel, täiendavalt teiste ohutegurite korrigeerimisele: kombinatsioonis statiiniga maksimaalses talutavas annuses koos teiste vere lipiidisisaldust langetavate ravimitega või ilma, üksikravimina või kombinatsioonis teiste vere lipiidisisaldust langetavate ravimitega patsientidel, kes ei talu ravi statiinidega või kellele statiinid on vastunäidustatud. **Müügiloa hoidja:** Amgen Europe B.V. Minervum 7061 4817 ZK Breda Holland. **Täiendav teave** on saadaval ravimi müügiloa hoidja esindusest Amgen Switzerland AG Vilniuse filiaal, Lvivo g. 21a, 09313, Vilnius, Leedu, +37052197474.

Tervishoiutöötajatel palutakse teavitada kõigist võimalikest kõrvaltoimetest. Raporteerimisvormid leiate www.ravimiamet.ee.

Repatha (evolokumab) ravimiomaduste kokkuvõte: https://www.ema.europa.eu/et/documents/product-information/repatha-epar-product-information_et.pdf.

AMGEN

 **Repatha**
(evolokumab)

Konverents “Neuroloogia 2025” – uued teadmised ja arengusuunad

Violetta Riidas

violetta.riidas@aripaev.ee

Konverentsil “Neuroloogia 2025” jagati uusimaid teadmisi ning praktilisi soovitusi neuroloogiliste haiguste käsitluseks. Konverentsi fookuses olid migreen, kolmiknärvineuralgia, insult, Parkinsoni tõbi, radikulaarne valu, *sclerosis multiplex* ning neuroborrelioos. Ettekanded jagunesid kolme sessiooni.

Konverents pakkus osalejatele põhjalikke ülevaateid neuroloogiliste haiguste diagnostikast ja ravist. Ettekanded töid esile uusimad teaduspõhised ravisoovitused. Nagu ikka nenditi, et patsientide elukvaliteedi parandamisel ja haiguse progresseerumise aeglustamisel on võtmetähtsusega varajane diagnoos ja efektiivne ravi.

Konverentsi avasõnad ütles Ludvig Puusepa nimelise neuroloogide ja neurokirurgide seltsi poolt Lääne-Tallinna keskhaigla (LTKH) närvihaiguste ja psühhiaatria kliiniku ülemarst-juhataja ja Astra kliiniku neuroloog Katrin Gross-Paju.

Migreen, valu ja insult

Esimeses sessioonis keskendus Tartu ülikooli kliinikumi neuroloog ja Euroopa peavalu föderatsiooni juhataja liige kaasprofessor Mark Braschinsky migreeni käsitluse tänapäevastele suundadele.

Migreen on krooniline haigus, mis mõjutab miljonite patsientide igapäevaelu ning mille ravi on viimastel aastatel teinud märkimisväärsed edusamme. Eri- liselt rõhutas ta CGRP-retseptori antagonistide rolli ravis, mis on muutnud paljude patsientide jaoks haiguse kulgu, vähendades hoogude sagedust ja raskusastet. Ta toonitas, et migreeni käsitlus peaks olema individuaalne, võttes arvesse patsiendi elustiili, hoogude vallandajaid ja kaasuvaid haigusi.

LTKH närvihaiguste ja psühhiaatria kliiniku *sclerosis multiplex*’i osakonna neuroloog Agnes Reitsnik rääkis kolmiknärvineuralgiast, selgitades, et tegu on ühe kurnavama kroonilise valu sündroomiga, mille diagnostika ja ravi vajavad eritähelpanu. Haigus tekib peamiselt arteriaalse või venoosse struktuuri põhjustatud kolmiknärvi kompressiooni tõttu, millele järgnevad närvikesta kahjustus ja demüelinisatsioon.

Doktor Reitsniku sõnul on oluline kiire ja täpne diagnoosimine, kuna kolmiknärvineuralgia võib oluliselt mõjutada patsiendi elukvaliteeti ja põhjustada ka depressiooni ning ärevust. Ravi esmavalik on karbamasepiin või okskarbasepiin, kuid kui need ravimid ei ole piisavalt efektiivsed, tuleb kaaluda invasiivseid ravime-



Konverents “Neuroloogia 2025” tõi kokku saalitäie kuulajaid.

FOTO: MEELI KÜTTIM

todeid, nagu mikrovaskulaarne dekompressioon või raadiosageduslik termokoaagulatsioon.

Kliinikumi neuroloogia osakonna professor ja vanemarst-õppejõud Janika Kõrv käsitles insuldi sekundaarset preventsiiooni ja selle olulisust.

Ta rõhutas, et korduva insuldi risk on esimesel aastal ligi 15% ning kümne aasta jooksul võib see ulatuda 40%ni. Seetõttu on äärmiselt oluline ennetavate meetmete rakendamine, sealhulgas vererõhu ja kolesteroolitaseme range kontroll, antitrombootiline ravi ja kindlasti ka eluviisi muutused.

LDL-kolesterooli sihtväärtus on insuldijärgsetel patsientidel alla 1,8 mmol/l ning parimad tulemused saavutatakse statiini ja esetimiibi kombinatsioonraviga.

Lisaks toonitas professor, et insuldi-patsientide eluviisi muutmine, sealhulgas suitsetamisest loobumine ja regulaarne füüsiline aktiivsus, võib vähendada kordusinsuldi riski ligi poole võrra.

Liigutushäired ja perifeersed närvid

Teises sessioonis räägiti liigutushäiretest ja perifeersete närvide haigustest. Kliinikumi neuroloogia osakonna neuroloog Liis Kadastik-Eerme andis ülevaate Parkinsoni tõvest ja selle ravi arengust. Ta rõhutas, et haigust iseloomustab aeglane, kuid progresseeruv kulgu, mille puhul või-

vad patsiendil lisaks klassikalistele motorsetele sümptomitele esineda unehäired, depressioon ja autonoomse närvisüsteemi häired.

Viimastel aastatel on Parkinsoni tõve käsitluses toimunud muutusi – eelistatakse levodopat ja dopamiini agoniste, kuid sügava ajustimulatsiooni meetodid on osutunud efektiivseks patsientidel, kellel esineb ravimresistentne treemor või märkimisväärne düskineesia.

Neurokirurgia valdkonnas esines Põhja-Eesti regionaalhaigla neurokirurgia keskuse juhataja Tarmo Areda, kes rääkis karpaalkanali sündroomist ning selle ravivõimalustest. Tema sõnul on see kõige sagedasem perifeerse närvi pitsumis-sündroom, mis esineb sagedamini naistel ning mille diagnostika põhineb tüüpilistel sümptomitel ja kliinilistel testidel.

Ta rõhutas, et kuigi kergemate juhtude puhul võivad konservatiivsed meetodid, nagu lahastamine ja kortikosteroidisüstid, anda häid tulemusi, vajavad raskemad juhud sageli kirurgilist ravi.

Regionaalhaigla neurokirurg Andres Asser käsitles radikulaarset valu ja selle põhjuseid. Tema sõnul on radikulaarse valu kõige sagedasem põhjus lülidiveahelise diski prolaps või spinaalstenooos, mille korral tekib närvijuure kompressioon.

Ravi sõltub doktor Asseri kinnitusest valu tugevusest ja kestusest, kuid tavaliselt alustatakse konservatiivsete meeto-

ditega, sealhulgas mittesteroidsete põletikuvastaste ravimite ja füsioteraapiaga. Kui konservatiivne ravi ei anna tulemusi, võib kaaluda epiduraalseid steroidisüstide või kirurgilist sekkumist.

SM ja neuroborrelioos

Kolmas sessioon oli pühendatud neuroimmunoloogiliste haigustele ja infektsioonidest tingitud neuroloogiliste probleemidele.

Doktor Gross-Paju tõi esile *sclerosis multiplex*’i (SM) ravi arengu ja uued suunad. Ta selgitas, et haiguse ravi on toimunud oluline nihe suure efektiivsusega ravimite suunas, mis võivad haiguse kulgu oluliselt aeglustada. Suure riski ja kõrge põletikulise aktiivsusega patsientide puhul soovitatakse esmavalikuna kasutada natalizumabi, okrelizumabi või alemtuzumabi.

Neuroborrelioosi teemal esinenud LTKH närvihaiguste kliiniku neuroloog Karin Kannel rääkis borrelioosi diagnostikast ja ravist. Ta selgitas, et kuigi Eestis registreeritakse igal aastal tuhandeid borreliosisjuhte, on oluline eristada varajast ja hilist neuroborrelioosi ning rakendada sobivat antibiootikumravi.

Doktor Kannel rõhutas, et doksütsükliin ja tseftriaksoon on küll neuroborrelioosi ravis peamised ravimid, kuid oluline on vältida ülemedikaliseerimist ja ebavajalikke korduvaid antibiootikumikuure.

AJOVY®
(fremanezumab)
süstelahus 225 mg/1,5 ml

**VÄHEM MIGREENI.
ROHKEM KAUNEID HETKI.**



Ainus CGRP vastane monoklonaalne antikeha, mis võimaldab valikut nii kvartaalseks kui igakuiseks manustamiseks¹



Hästi talutav ohutusprofiil, üldjoontes võrreldav platseeboga¹



73.1% patsientidest saavutas $\geq 50\%$ MHD/MMD vähenemise alates ravi alustamisest^{2*}



Fremanezumabi omaduste põhjal ei saa eeldada mingeid ravimi farmakokineetilisi koostoimeid¹

Digitaalne peavalupäevik

MIGREENI-KOMPASS

Tõhus ravi algab täpsest diagnoosist.

Lae tasuta alla siit:



AJOVY® (fremanezumab). Retseptiravim. ATC kood: N02CD03. Näidustus: migreeni profülaktikaks täiskasvanutele, kellel on iga kuu vähemalt 4 migreenipäeva. Annustamine: Ravi peab alustama migreeni diagnoosimise ja ravi kogemusega arst. Saadaval on kaks raviskeemi: 225 mg üks kord kuus (manustamine üks kord kuus) või 675 mg üks kord iga kolme kuu järel (manustamine üks kord kvartalis). Manustamisviis: ainult subkutaaneks süstimiseks. Üksikasjalikud manustamisjuhised ning täpsem info ravimi kohta vaata täielikust ravimi omaduste kokkuvõttest aadressil www.ravimiregister.ee
Allikad: 1. AJOVY (fremanezumab) ravimi omaduste kokkuvõte (september 2024);
2. Brabanti P. et al. Neurol Ther 2024 13:611–624.
*HFEM ja CM patisendid 48. nädalal alates ravi alustamisest.
MMD = migreenipäevad kuus, MHD = peavalupäevad kuus.



Täiendav teave: Teva Eesti esindus, UAB Teva Baltics Eesti filiaal, Hallivanamehe 4, Tallinn 11317, telefon 6610801 www.teva.ee või ravimi omaduste kokkuvõttest www.ravimiregister.ee
Müügiloa hoidja: TEVA GmbH Graf-Arco-Str. 3 89079 Ulm Saksamaa.
Materjal on koostatud ainult tervishoiutöötajale.
FRE-EE-00100
Veebruar 2025

teva

Sclerosis multiplex'i ravi on teinud viimastel aastatel läbi olulise arengu.

FOTO: SHUTTERSTOCK



Sclerosis multiplex'i kaasaegne ravi: uued ravimid ja uued ootused arstile

Ravi Abi muutub üha tõhusamaks ja kättesaadavamaks

Katrin Gross-Paju

LTKH närvihaiguste ja psühhiaatria kliiniku
ülemarst-juhataja,
Astra kliiniku neuroloog

Sclerosis multiplex'i ravi on viimastel aastatel oluliselt arenenud, pakkudes patsientidele uusi ja tõhusamaid ravimeetodeid, sealhulgas tablette, süstitavaid monoklonaalseid antikehi ning kuuridena manustatavat ravi. Eestis on 2025. aastast alates saadaval pea-aegu kõik maailma parimad ravimid, mis võimaldavad arstidel ja patsientidel teha teadlikumaid ja individuaalse teele vajadustele vastavaid raviotsuseid.

Sclerosis multiplex (SM) on kesknärvi-

süsteemi haigus, mis põhjustab mitut neuroloogilist probleemi - nägemisnärvipõletikku, jalgade nõrkust, samuti tundlikkus- ja tasakaaluhäireid.

SMile on iseloomulik ägenemiste ja spontaansete paranemistega haiguse kulgu. Diagnoosi täpsustamiseks on vajalik magnetresonantstomograafiline (MRT) uuring peaajust ja seljaajust, et visualiseerida pea- ja seljaaju neuroloogilist sümpatomaatikat põhjustavaid demüelinisatsioonikoldeid. Diagnoosi toetab oluliselt ka pea- ja seljaaju vedeliku uuring, mis kinnitab autoimmuunse põletiku esinemist.

SM algab reeglina noores täiskasvanueas, eeskätt 20–29 aasta vanuses. Seega on SMi diagnoosiga inimeste seas suur

hulk noori naisi ja mehi, kes tahavad sarnaselt teiste eakaaslastega planeerida oma era- ja tööelu. Naised haigestuvad 2–3 korda sagedamini kui mehed ja ligi 60% selle diagnoosiga naistest on uuringutes tunnistanud, et SMi diagnoos on nende pereplaneerimise otsuseid suuremal või vähemal määral mõjutanud. See on tähelepanuväärne, sest SMi diagnoosiga naiste rasedus pole suure riskiga rasedus ning ei rasedus ega sünnitus ei erine teiste naiste käsitlusest. Samuti pole tegemist päriliku haigusega.

Eestis on kasutusel maailma parim praktika

SMi ägenemiste ja remissioonidega vormi kulgu muutev ravi on olemas alates 1993.

aastal avaldatud esimesest interferooni uuringust. Ka tänapäeval on SMi ravis jätkuvalt kasutusel interferoonide ja glatirameeratsetaadi süstid, kuid neid kasutatakse järjest vähem.

Lisandunud on eri toimemehhanismi ja efektiivsusega tabletid. Esmavaliku ravimite hulka kuuluvad teriflunomiid, dimetüül- ja diroksimelfumaraat ning fingolimood, ponesimood ja siponimood.

Dimetüül- ja diroksimelfumaraat on sarnase efektiivsusega nagu glatirameeratsetaat. Fingolimood ja ponesimood on interferoonidest ja teriflunomiidist efektiivsemad.

Kasutusele on tulnud ka eelmainituist erinev tabletravi (kladribiin), mida kasutatakse kuuride, mitte püsiravina.

Kladriibiini ravikuurid koosnevad kahest viiepäevasest ravikuurist kahe aasta jooksul ning ligi 70% ravi saanutest vähemalt järgneva viie aasta jooksul (või kauem) korduvaid ravikuure või muud ravi ei vaja.

Ravimiuuringutes ja kliinilises praktikas on kladriibiin olnud sisuliselt eelistatud eeskätt esmavaliku ravimina. Võrreldes teiste esmavaliku ravimitega pole kladriibiini kõrvaltoimete profiil halvem ning algselt kardetud suurenenud vähirisk ei ole kinnitust leidnud.

Erinevalt teistest tabletravidest (v.a dimetüül- ja diroksimelfumaraat), mille foonil rasestumine lubatud ei ole, võib naine planeerida ohutult rasedust kuus kuud pärast teise aasta teise ravikuuri viimase tableti võtmist.

Monoklonaalsed antikehad on suurima efektiivsusega grupp

Viimase ravimigrupi moodustavad süstitavad või tilkinfusioonina kasutatavad monoklonaalsed antikehad – natalisumaab, alemtusumaab, okrelisumaab ja ofatumumab. Monoklonaalsed antikehad on kõige suurema efektiivsusega ravimid.

Need on uuringutes olnud efektiivsemad interferoonidest ja teriflunomiidist, kuid pikemates jälgimisuuringutes on näidatud nende suuremat efektiivsust ka võrreldes teiste ravimitega, eeskätt juhul, kui suure efektiivsusega raviga alustatakse

Eestis on 2025. aastast alates saadaval peaaegu kõik maailma parimad ravimid.

se kas esimese või teise valiku ravimina. Alemtusumaabi kasutamise ja natalisumaabi näidustuste ja kasutamise osas pole suuri muutusi ja neid seekord pikemalt ei käsitleks.

Monoklonaalsed antikehad on väga hästi talutavad, erand on ainult alemtusumab, mille kasutamine on keerulisem. Piiranguteta kasutatavate okrelisumabi ja ofatumumabi peamine kõrvaltoime on mõnevõrra suurenenud infektsioonirisk.

Nende monoklonaalsete antikehade kasutamine on ka väga mugav. Okrelisumabi kasutatakse ambulatoorse ravina, nii intravenoossete infusioonidena (reeglina haigla baasil) või nahaaluse süstena, mida tehakse kaks korda aastas.

Oluline on rõhutada, et näiteks nahaaluseid okrelisumaabi süste peab küll tegema meditsiinitöötaja, kuid neid võib sama hästi teha ka näiteks pere- või koduõde. Ofatumumab on kodune ravi – üks süst kuus, mida SMi diagnoosiga inime-
ne teeb ise.

On väga oluline teada, et alates 2025. aasta algusest on sisuliselt kõik maailmas kasutusel olevad ravimid olemas ka Eestis (v.a ozanimood) ja mis veelgi olulisem, ka piiranguteta kättesaadavad soodusravimitena (v.a natalisumaab) või terisekassa teenustena kasutatavad haigla eelarvest. Seega oleme olukorras, kus saame siinsete SMi diagnoosiga inimeste ra-

vis piiranguteta kasutada maailma parimaid praktikaid.

Erinevad olukorrad tingivad eri raviviise

Kas eelistada pigem igapäevast tabletti või tabletravi kuuridena? Kui esinevad segavad kõrvaltoimed või igapäevane tabletravi lihtsalt ei sobi eluviisiga, siis kindlasti saab ja tuleks ravi vahetada. Kui naine planeerib rasedust, siis lubavad uued ravisoovitused kuni rasestumiseni püsiravina dimetüül- ja diroksimelfumaraati. Samas, kui on plaan rasestuda mitte varem kui 2,5 aasta pärast, sobib väga hästi kladriibiin, sest selleks ajaks on kladriibiini ravikuurid tehtud. Reeglina raseduse planeerimise, rasestumise ja raseduse ajal pärast kladriibiini kuure püsiravi vajadus puudub. Oluliselt on vähenenud või kadunud ka piirangud rasestumisele monoklonaalsete antikehadega ravi foonil.

Kas alustada ravi esmavalikuna suure efektiivsusega raviga? Jah, kui on viiteid haiguse halvale prognoosile (haigestumise alguses lühikese ajavahetega ägenemised, püsiv neuroloogiline leid diagnoosimisel, meessoost patsient, üle kümne demüelinisatsioonikolde peaaegu ning seljaaju kolded). Esmavalikuna alemtusumaab, okrelisumaabi intravenoosne vorm/nahaalune süst või ofatumumab.

Jätub lk 20

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

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

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



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

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

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

Kesimpta[®] ofatumumab



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

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



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

80% patsientidest ei esinenud 2. raviaastal ägenemisi⁴

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



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

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



Kesimpta (ofatumumab) ravimi omaduste kokkuvõtte

10/2024 FA-11275618

Algus lk 18

Patsiendi soov raviotsuste tegemisel kaasa rääkida kasvab ajas pidevalt

SMi ravi on nii ajalooliselt kui ka praegu kalliskõikjal maailmas ja ka Eestis, mis kindlasti arsti otsuseid mõjutab.

Samas pole otsustada, milline väga erinevate manustamisviiside, kõrvaltoimete ja efektiivsusega ravimite on konkreetsele patsiendile kõige sobivam, alati nii lihtne.

Kindlasti väärib mõtlemist ja arutamist, kui suur roll patsiendil raviotsuste tegemisel olema peaks.

Maailmas on lähenemisi patsiendi osalusele raviotsuste tegemisel väga erinevaid. Euroopas 2017. aastal avaldatud uuringust selgus, et 42% Hispaanias küsitletud SMi diagnoosiga inimestest vastas, et valdavalt tegi raviotsuse neuroloog üksi, samas kui Suurbritannias arvas vaid 9% küsitletutest, et nende ravi otsustas vaid neuroloog.

Juba varasematest uuringutest on teada, et 60–80% SMi diagnoosiga inimestest soovib oma raviotsustes osaleda.

Ka arsti roll muutub

Kas oleme valmis usaldama inimese enda otsust ravi valikul? Kas eelistame hästi kontrollitud meedikupõhist või pigem SMi diagnoosiga inimese suuremat vastutust ja suure-



Katrin Gross-Paju

FOTO: MEELI KÜTTIM

SMi diagnoosiga inimesed on võimelised oma raviotsustes otsustavalt kaasa rääkima.

maid õigusi eeldavat kodupõhist ravi?

Kindlasti tuleb rõhutada, et SMi diagnoosiga inimesed on võimelised oma raviotsustes otsustavalt kaasa rääkima ning loomulikult peab nende eelistusi raviotsuste tegemisel aluseks võtma. SMi diagnoosiga inimeste ootused nii nende ravi efektiivsusele, mugavusele kui ka võimalikele kõrvaltoimetele on kindlasti olulisel. Arstil aga tekib senisest suurem roll patsiendile väga erinevate ravivõimaluste tutvustamisel, et patsient saaks oma ravile anda tõeliselt informeeritud nõusoleku.

Kokkuvõtteks sünnivad raviotsused SMi diagnoosiga inimese ja neuroloogi vahelise konsensusena praegugi, kuid olukord on koos ravivõimaluste olulise avardamisega muutunud.

Number:

60–80

● protsenti SMi diagnoosiga inimestest soovib uuringute põhjal oma raviotsustes osaleda.

KASUTATUD KIRJANDUS:

1. Bonavita, S., Lavorgna, L., Worton, H., Russell, S., & Jack, D. (2021). Family Planning Decision Making in People With Multiple Sclerosis. *Frontiers in neurology*, 12, 620772. <https://doi.org/10.3389/fneur.2021.620772>
2. Cohen, J. A., Barkhof, F., Comi, G., Hartung, H. P., Khatri, B. O., Montalban, X., Pelletier, J., Capra, R., Gallo, P., Izquierdo, G., Tiel-Wilck, K., de Vera, A., Jin, J., Stites, T., Wu, S., Aradhye, S., Kappos, L., & TRANSFORMS Study Group (2010). Oral fingolimod or intramuscular interferon for relapsing multiple sclerosis. *The New England journal of medicine*, 362(9), 402–415. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa0907839>
3. Coles, A. J., Twyman, C. L., Arnold, D. L., Cohen, J. A., Confavreux, C., Fox, E. J., Hartung, H. P., Havrdova, E., Selmaj, K. W., Weiner, H. L., Miller, T., Fisher, E., Sandbrink, R., Lake, S. L., Margolin, D. H., Oyuela, P., Panzara, M. A., Compston, D. A., & CARE-MS II investigators (2012). Alemtuzumab for patients with relapsing multiple sclerosis after disease-modifying therapy: a randomised controlled phase 3 trial. *Lancet* (London, England), 380(9856), 1829–1839. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61768-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61768-1)
4. Giovannoni, G., Comi, G., Cook, S., Rammohan, K., Rieckmann, P., Soelberg Sørensen, P., Vermersch, P., Chang, P., Hamlett, A., Musch, B., Greenberg, S. J., & CLARITY Study Group (2010). A placebo-controlled trial of oral cladribine for relapsing multiple sclerosis. *The New England journal of medicine*, 362(5), 416–426. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa0902533>
5. Gklinos P, Dobson R. Monoclonal Antibodies in Pregnancy and Breastfeeding in Patients with Multiple Sclerosis: A Re-

- view and an Updated Clinical Guide. *Pharmaceuticals* (Basel). 2023;16(5):770. Published 2023 May 21. doi:10.3390/ph16050770
6. Hauser, S. L., Bar-Or, A., Cohen, J. A., Comi, G., Correale, J., Coyle, P. K., Cross, A. H., de Seze, J., Leppert, D., Montalban, X., Selmaj, K., Wiendl, H., Kerloeguen, C., Willi, R., Li, B., Karieka, A., Tomic, D., Goodyear, A., Pingili, R., Häring, D. A., ... ASCLEPIOS I and ASCLEPIOS II Trial Groups (2020). Ofatumumab versus Teriflunomide in Multiple Sclerosis. *The New England journal of medicine*, 383(6), 546–557. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1917246>
 7. Hauser, S. L., Bar-Or, A., Comi, G., Giovannoni, G., Hartung, H. P., Hemmer, B., Lublin, F., Montalban, X., Rammohan, K. W., Selmaj, K., Traboulsee, A., Wolinsky, J. S., Arnold, D. L., Klingelschmitt, G., Masterman, D., Fontoura, P., Belachew, S., Chin, P., Mairon, N., Garren, H., ... OPERA I and OPERA II Clinical Investigators (2017). Ocrelizumab versus Interferon Beta-1a in Relapsing Multiple Sclerosis. *The New England journal of medicine*, 376(3), 221–234. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1601277>
 8. Havrdova, E., Hutchinson, M., Kurukulasuriya, N. C., Raghupathi, K., Sweetser, M. T., Dawson, K. T., & Gold, R. (2013). Oral BG-12 (dimethyl fumarate) for relapsing-remitting multiple sclerosis: a review of DEFINE and CONFIRM. *Evaluation of*: Gold R, Kappos L, Arnold D, et al. Placebo-controlled phase 3 study of oral BG-12 for relapsing multiple sclerosis. *N Engl J Med* 2012;367:1098–107; and Fox RJ, Miller DH, Phillips JT, et al. Placebo-controlled phase 3 study of oral BG-12 or glatiramer in multiple sclerosis. *N Engl J Med* 2012;367:1087–97. Expert opinion on pharmacotherapy, 14(15), 2145–2156. <https://doi.org/10.1517/14656566.2013.826190>

9. He, A., Merkel, B., Brown, J. W. L., Zhovits Ryerson, L., Kister, I., Malpas, C. B., Sharmin, S., Horakova, D., Kubala Havrdova, E., Spelman, T., Izquierdo, G., Eichau, S., Trojano, M., Lugaresi, A., Hupperts, R., Sola, P., Ferraro, D., Lycke, J., Grand'Maison, F., Prat, A., ... MSBase study group (2020). Timing of high-efficacy therapy for multiple sclerosis: a retrospective observational cohort study. *The Lancet. Neurology*, 19(4), 307–316. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(20\)30067-3](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(20)30067-3)
10. Interferon beta-1b is effective in relapsing-remitting multiple sclerosis. I. Clinical results of a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. The IFNB Multiple Sclerosis Study Group. (1993). *Neurology*, 43(4), 655–661. <https://doi.org/10.1212/wnl.43.4.655>
11. Kappos, L., Fox, R. J., Burcklen, M., Freedman, M. S., Havrdová, E. K., Hennessy, B., Hohlfeld, R., Lublin, F., Montalban, X., Pozzilli, C., Scherz, T., D'Ambrosio, D., Linscheid, P., Vaclavkova, A., Pirozek-Lawniczek, M., Kracker, H., & Sprenger, T. (2021). Ponesimod Compared With Teriflunomide in Patients With Relapsing Multiple Sclerosis in the Active-Comparator Phase 3 OPTIMUM Study: A Randomized Clinical Trial. *JAMA neurology*, 78(5), 558–567. <https://doi.org/10.1001/jama-neurol.2021.0405>
12. Krajnc, N., Bsteh, G., Berger, T., Mares, J., & Hartung, H. P. (2022). Monoclonal Antibodies in the Treatment of Relapsing Multiple Sclerosis: an Overview with Emphasis on Pregnancy, Vaccination, and Risk Management. *Neurotherapeutics: the journal of the American Society for Experimental NeuroTherapeutics*, 19(3), 753–773. <https://doi.org/10.1007/s13311-022-01224-9>

13. Leist, T. P., Comi, G., Cree, B. A. C., Coyle, P. K., Freedman, M. S., Hartung, H. P., Vermersch, P., Casset-Semanaz, F., & Scaramozza, M. (2014). Effect of oral cladribine on time to conversion to clinically definite multiple sclerosis in patients with a first demyelinating event (ORACLE MS): A phase 3 randomised trial. *The Lancet Neurology*, 13(3), 257–267. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(14\)70005-5](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(14)70005-5)
14. Naismith, R. T., Wolinsky, J. S., Wundes, A., LaGanke, C., Arnold, D. L., Obradovic, D., Freedman, M. S., Gudesblatt, M., Ziemssen, T., Kandinov, B., Bidollari, I., Lopez-Bresnahan, M., Nangia, N., Rezendes, D., Yang, L., Chen, H., Liu, S., Hanna, J., Miller, C., & Leigh-Pemberton, R. (2020). Diroximel fumarate (DRF) in patients with relapsing-remitting multiple sclerosis: Interim safety and efficacy results from the phase 3 EVOLVE-MS-1 study. *Multiple sclerosis* (Houndmills, Basingstoke, England), 26(13), 1729–1739. <https://doi.org/10.1177/135245851988176>
15. Thöne, J., Thiel, S., Gold, R., & Hellwig, K. (2017). Treatment of multiple sclerosis during pregnancy - safety considerations. *Expert opinion on drug safety*, 16(5), 523–534. <https://doi.org/10.1080/14740338.2017.1311321>
16. Vermersch, P., Czlonkowska, A., Grimaldi, L. M., Confavreux, C., Comi, G., Kappos, L., Olsson, T. P., Benamor, M., Bauer, D., Truffinet, P., Church, M., Miller, A. E., Wolinsky, J. S., Freedman, M. S., O'Connor, P., & TENERE Trial Group (2014). Teriflunomide versus subcutaneous interferon beta-1a in patients with relapsing multiple sclerosis: a randomised, controlled phase 3 trial. *Multiple sclerosis* (Houndmills, Basingstoke, England), 20(6), 705–716. <https://doi.org/10.1177/1352458513507821>

Liitu Terviseraamatute klubiga!

Saad püsivalt
10% soodustust

Uus raamat
-20%



Terviseraamatute klubi
Mõista, hooli, muuda.

VAATA LÄHEMALT:
terviseraamatuteklubi.ee

Individuaalne raviplaan ja teaduspõhised sekkumised

Violetta Riidas

violetta.riidas@aripaev.ee

Veebruari teises pooles toimunud toitmis- ja liikumisravi konverentsil keskenduti toitumise ja liikumise rollile haiguste ennetuses ja ravis. Konverentsi eesmärk oli pakkuda uusimaid teaduspõhiseid teadmisi toitmis- ja liikumisravi planeerimisel, anda ülevaade rahvusvahelistest praktikatest ning arutada, kuidas koostöö eri valdkondade spetsialistide vahel saaks tagada tõhusamaid ravitulemusi.

Konverentsil osalesid lisaks Eesti arstidele ja spetsialistidele rahvusvahelised eksperdid, kes jagasid oma kogemusi ja teadusuuringute tulemusi.

Arutluse all olid individuaalsete toitmisraviplaanide koostamine, ravieesmärkide seadmine eri patsiendirühmades, erimenüüd ja nende teaduspõhine rakendamine, füsioterapeutiline tugi tervisliku eluviisi kujundamisel ning psühholoogilise toe roll patsientide elustiili muutustes.

Riiklikud eesmärgid

Konverentsi esimeses sessioonis käsitleti riiklikke eesmärgi, kus jagati soovitusi nii tervetele kui ka haigetele. Esimese ettekande pidas tervise arengu instituudi toitumiseksperdi Tagli Pitsi, kes tutvustas uuenenud toitumise, liikumise ja une soovitusi. Ta rõhutas, et soovitusel on tõenduspõhised ning arvestavad rahvastiku toitumisharjumusi.

Muudatustena tõi Pitsi välja suurenenud tähelepanu kiudainetele, D-vitamiini lisatarbimise vajadusele ning selgemad juhised süsivesikute ja rasvade tarbimise kohta. Lisaks tutvustas ta liikumissoovitusi, mis rõhutavad igapäevase kehalise aktiivsuse tähtsust istuva eluviisi tasakaalustamisel. Uuendusena on soovitusel eraldi välja toodud une roll.

Ida-Viru keskhaigla pediaatria ja lastekirurgia vanemarst ja kliinilise toitumise spetsialist Aleksandra Šilova rõhutas, et laste alatoitumus ja ülekaal on globaalsed probleemid, millel on kaugeleulatuvad tervisemõjud. Laste toitumisravi hõlmab mitut etappi, alates skriinimisest ja hindamisest kuni individuaalse raviplaanini koostamiseni. Šilova tõi esile, et kroonilised haigused ja põletikulised protsessid võivad mõjutada laste kasvu ja arengut, mistõttu on oluline tagada õigeaegne ja sihipärane sekkumine.

Tartu ülikooli kliinilise toitumise nooremteadur Grete Kurik rääkis toitmisravist kui inimõigusest ning tervishoiusüsteemi kohustusest alatoitumusris-



Toitmis- ja liikumisravi konverents oli taas kuulajaterohke. Eesti kliinilise toitumise seltsi esinaine Hanna-Liis Lepp tutvustas individuaalse toitmisraviplaanini vajalikkust.

FOTOD: MEELI KÜTTIM



kiga patsientide toetamisel. Ta tutvustas sõeltestide (NRS-2002, MUST) ja hindamisprotseduuride tähtsust alatoitumuse diagnoosimisel. Oma ettekandes rõhutas ta multidistsiplinaarse koostöö olulisust toitumisravi korraldamisel ning mitmesuguseid ravistrateegiaid, peatudes pikemalt enteraalset ja parenteraalset toitumist.

Tartu ülikooli õendusteaduse magistrant, Eesti kliinilise toitumise seltsi (EstSPEN) juhatuse liige ja toitumisravi spetsia-

list õde Angelika Lall rääkis vanemaealist toitumisravi tähtsusest. Ta rõhutas, et alatoitumus ja dehüdratsioon on eakate seas levinud probleemid, mis mõjutavad immuunsust ja elukvaliteeti. Lall käsitles toitumisravi individuaalset kohandamist, erimenüüsid ja soovitatavat toiduenergia tarbimist (30 kcal kg kohta päevas). Lisaks tutvustas ta ESPENi juhiseid ning toitumisravi korraldust Eestis.

Ida-Tallinna keskhaigla kliiniline toitumisterapeut Kadri Bobrovski kesken-

dus erimenüüde rollile toitmisravis. Ta selgitas erinevust dieedi ja erimenüü vahel ning tõi esile haiguspõhised erimenüüd, nagu modifitseeritud tekstuuriga menüüd, gluteenivaba, laktoosivaba ja madala FODMAPi sisaldusega toitumine.

Bobrovski käsitles ka ketogeenset dieeti ravimrefraktaarse epilepsia korral ning süsivesikute- ja rasvapiiranguga dieete, rõhutades, et kõik erimenüüd peavad olema teaduspõhised ja individuaalselt kohandatud.

Konverentsi teine sessioon keskendus kulutõhusatele eesmärkidele tervishoius. Soome Põhja-Savo haigla kliinilise toitumise juhtivdietoloog Pia Nikander rääkis struktureeritud andmete kasutamisest dietoloogias. Ta tõi välja, et Soomes on välja töötatud digitaalne patsiendiandmete süsteem Kanta, mis võimaldab paremini jälgida patsiendi toitumise ja tervise arengut. Andmestik aitab nii otsesel patsiendihooldusel kui ka tervishoiusüsteemi planeerimisel ja arendamisel. Nikander rõhutas, et standardiseeritud toitumisandmed muudavad ravi efektiivsemaks ja võimaldavad võrrelda tulemusi rahvusvahelisel tasandil.

Kulutõhusad eesmärgid

Põhja-Eesti regionaalhaigla toitmisravi osakonna juht ja EstSPENi esinaine Hanna-Liis Lepp tutvustas individuaalse toitmisravi plaani vajalikkust ja selle rolli raviteenusena. Ta rõhutas, et toitmisravi peaks olema osa terviklikust raviprotsessist, arvestades iga patsiendi eripärasid ja haigusriske. Lisaks käsitles ta toitmisravi korraldust Eestis ning rahastamist, viidates tervisekassa hüvitatavatele teenustele ja nende kasutusstatistikale eri haiglates.

Eesti bariaatrilise ja metaboolse kirurgia seltsi asutaja ja president ning kaaluravi keskuse ülemarst Ilmar Kaur tutvustas kaalukirurgia arengut Eestis. Ta tõi välja, et aastaks 2024 on bariaatriliste

operatsioonide arv kasvanud enam kui tuhandeni aastas, tehes kaalukirurgiast levinud ja tõhusa meetodi rasvumise ravis.

Kaalukirurgia on suunatud patsientidele, kelle kehamassiindeks (KMI) on üle 35 või kes põevad kaasnevaid haigusi, nagu diabeet ja uneapnoe. Operatsioonijärgse ravi lahutamatu osa on individuaalne toitumis- ja elustiilinõustamine, mis tagab pikaajalise edu.

Personaalsus au sisse

Konverentsi kolmas sessioon käsitles personaalseid ja turvalisi eesmärgke toitmisravis ja spordis. Doktor ja sporditoitumise ekspert Ana Karin Kozjek Sloveeniast, Radovljica tervisekeskusest rääkis RED-sündroomist (*Relative Energy Deficiency in Sport*) ning selle mõjust füüsilisele ja vaimsele tervisele. Ta selgitas, kuidas ebapiisav energiatarbimine võib põhjustada lihasmassi kadu, hormonaalseid häireid ja immuunsuse langust. Kuigi REDs esineb sagedamini sportlastel, võib probleem mõjutada ka teisi füüsiliselt aktiivseid inimesi ning seda tuleb ennetada ja ravida individuaalse lähenemisega.

Samuti Sloveeniast pärit sporditoitumise ekspert Nada Rotovnik Kozjek rõhutas, et treening ja toitumine on tihedalt seotud ning tasakaalustatud toitumine on taastumise ja füüsilise jõudluse parandamisel kriitilise tähtsusega. Tema sõnul mõjutab treening metaboolset tasakaalu,

Laste alatoitumus ja ülekaal on globaalsed probleemid, millel on kaugeleulatuvad tervisemõjud.

Aleksandra Šilova

hormonaalset regulatsiooni ja lihaste taastumist. Eriti oluline on tagada, et saadaks piisavalt makro- ja mikrotoitaineid, vältimaks alatoitumust ja vähendamaks taastumiseks kuluvat aega.

Füüsilise aktiivsuse roll

Tartu ülikooli kliinikumi kliiniline psühholoog Karina Karis käsitles psühholoogilise toe tähtsust patsientide eluviisi muutmisel. Ta tõi välja, et füüsilise tervisega kaasnevad sageli ka psühholoogilised ja sotsiaalsed tegurid, mis mõjutavad toitumisharjumuste ja kehalise aktiivsuse muutmist.

Stressijuhtimise tehnikad, motivatsiooni suurendamine ja käitumisteraapia meetodid aitavad patsientidel saavutada püsivaid eluviisimuutusi ning parandada toitumise ja liikumisega seotud harjumusi.

Reakt Füsioterapia OÜ CEO ja füsioterapeut, füsioterapeutide liidu juhatuse liige Rainar Vahtrik käsitles füsioterapeutide olulisust patsientide liikumisharjumuste kujundamisel ja tervislikuma eluviisi saavutamisel. Füüsiline aktiivsus on võtmetähtsusega paljude krooniliste haiguste ennetamisel ja ravis, kuid paljud patsiendid vajavad täiendavat tuge ja juhendamist. Füsioterapeut saab aidata hirmudest üle saada, kohandada liikumist terviseprobleemide korral ning jälgida patsientide arengut pikaajaliselt.

Konverents toimus 20. veebruaril.



Distributed by:

GADARV
THERAPEUTICS

Migreen: anname valiku raviotsuse tegemisel patsiendile

Violetta Riidas

violetta.riidas@aripaev.ee

Uued migreeniravimid muutuvad üha paremini kättesaadavaks, kuid nende väljakirjutamise piirangud kehtivad endiselt.

Veebruaris toimunud konverentsil "Neuroloogia 2025" tegi ülevaate migreeni ravivõimalustest Tartu ülikooli neuroloogia kaasprofessor Mark Braschinsky, MD, PhD, Tartu ülikooli kliinikumi neuroloog, vanemarst-õppejõud.

Migreen on kompleksne neuroloogiline haigus, mis mõjutab miljoneid inimesi, põhjustades olulist elukvaliteedi langust ja majanduslikke kahjusid, kuid tänu uutele sihitud ravimeetoditele, nagu CGRP- (kaltsitoniini geeniga seotud peptiid) vastased monoklonaalsed antikehad ja gepandid, on seda võimalik paremini kontrollida ning patsientide igapäevaelu parandada.

Migreen on üks levinumaid neuroloogilisi haigusi maailmas, mõjutades rohkem kui miljardit inimest. Selle globaalne levimus on hinnanguliselt 14%, samas kui Eestis on see täiskasvanute seas 17,8%. See tähendab, et ligi iga viies täiskasvanu Eestis kannatab migreeni all. Haigus esineb sagedamini 25–55aastaste seas ning mõjutab naisi kolm korda rohkem kui mehi. See on oluline, kuna just nimetatud vanusegrupp on majanduslikult ja sotsiaalselt kõige aktiivsem, mistõttu on migreenil suur mõju nii indiviididele kui ka ühiskonnale tervikuna. WHO hinnangul on migreen üks suurima töövõimet langetava mõjuga haigusi, mis põhjustab olulist elukvaliteedi langust ja märkimisväärsed majanduslikke kulusid.

Patofüsioloogia

Migreen pole lihtsalt tugev peavalu, vaid keeruline neuroloogiline haigus. Selle patofüsioloogias mängivad võtmerolli trigeminaalsüsteemi sensibiliseerumine, ajukoore leviv depressioon (migreeni aura korral) ning CGRP. Viimased uuringud viitavad, et migreeni mehhanismid võivad hõlmata ka liikvoriga seotud neurotransmitterite levikut, mis tähendab, et haigus mõjutab laiemalt kogu aju. Peavalu kestab tavaliselt 4–72 tundi, on ühepoolne ja pulseeriv ning süveneb füüsilise koormuse korral. Tavaliselt kaasnevad sellega iiveldus, oksendamine, fotofoobia ja fonofobia, mistõttu eelistavad patsiendid viibida pimedas ja vaikuses.

Migreen võib esineda kahe põhilise vormina: auraga ja aurata migreenina. Auraga migreeni puhul eelnevad peavalule neuroloogilised sümptomid, sealhulgas nägemishäired, sensoorsed muutused või



Mark Braschinsky on võtnud migreeniga inimeste aitamise oma südameasjaks.

FOTO: MEELI KÜTTIM

Migreen on suurima elukvaliteeti langetava mõjuga neuroloogiline haigus tööeliste seas.

harvem motoorsed sümptomid, mis kestavad 5–60 minutit. Krooniliseks migreeniks loetakse seisundit, kus peavalu esineb vähemalt 15 päeval kuus, millest vähemalt kaheksa päeva vastavad migreeni kriteeriumitele. Krooniline migreen areneb välja aastate jooksul ning on seotud neuroloogiliste mehhanismidega, sealhulgas prolungeeritud põletiku ja langedud valukontrolliga.

Märkimisväärsed kahjud

Migreen põhjustab ühiskonnale märkimisväärsed majanduslikke kahju-

sid, sealhulgas haiguspäevadest tingitud tööl puudumisi ja tervishoiuteenus- te kasutamist.

Migreeni mõju ühiskonnale ületab selliste haiguste, nagu insult ja dementsus vastavat mõju. Ajakirjas The Lancet 2017. aastal avaldatud uuring näitas, et migreen on kõige suurema elukvaliteeti langetava mõjuga neuroloogiline haigus tööeliste seas.

See tõstab vajadust tõhusa ja ennetava ravi järele, et vähendada haiguse mõju töövõimele ja elukvaliteedile.

Jätkub lk 26

Migard[®]

Frovatriptaan 2,5 mg

26 h!

Poolväärtusaeg¹



Näidustus¹

Auraga või aurata migreeni peavalufaasi ravi täiskasvanutel.

Annustamine¹

Frovatriptaani soovitatav annus on 2,5 mg. Kui migreen tekib pärast esmast taandumist uuesti, võib võtta teise annuse tingimusel, et kahe annuse vahel on vähemalt 2 tundi. Ööpäevane annus ei tohi ületada 5 mg.

Vastunäidustused¹

Ülitundlikkus frovatriptaani või abiaine suhtes; patsiendid, kellel on anamneesis müokardiinfarkt, südame isheemiatõbi, koronarospasm (nt Prinzmetali stenokardia), perifeerne veresoonte haigus; patsiendid, kellel on südame isheemiatõvele viitavad sümptomid või nähud; mõõdukalt raske või raske kõrgvererõhutõbi, kontrollimata kerge kõrgvererõhutõbi; anamneesis tserebrovaskulaarne juhtum või transitoorne isheemiline atakk; raskekujuline maksakahjustus; frovatriptaani samaaegne manustamine ergotamiini, ergotamiini derivaatide (k.a metüsergiid) või teiste 5-hüdroksütrüptamiini (5-HT₁) retseptori agonistidega.

Tavalisemate Migard'i kõrvaltoimetena (<10%) on ilmnunud pearinglus, väsimus, paresteesia, peavalu ja vaskulaarne punetus.¹

Täielik info ravimi vastunäidustustest, erihoiatustest ja kõrvaltoimetest on leitav ravimi omaduste kokkuvõttes (kinnitatud aprill 2022).¹

Retseptiravim

Müügiloo hoidja: Menarini International O.L.S.A. 1 Avenue de la Gare, L-1611, Luksemburg. Täiendav teave müügiloo hoidja Eesti esindusest: OÜ Berlin-Chemie Menarini Eesti, Paldiski mnt. 29, Tallinn. Tel: 667 5001

¹ Migard (frovatriptaan) 2,5 mg ravimi omaduste kokkuvõte (kinnitatud aprill 2022)

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

EE-MIG-04-2024-V01-print (06.2024)



BERLIN-CHEMIE
MENARINI

Algus lk 24

Personaliseeritud ja kaasaegne ravi annavad lootust valuta elule

Kui migreeni globaalne levimus on hinnanguliselt 14%, siis Eestis on see täiskasvanute seas 17,8% ehk migreeni põeb pea iga viies Eesti elanik, ütleb Mark Braschinsky.

Migreeni ravi jaguneb kaheks: hooravi ja profülaktiline ravi.

Ravi ja ennetus

Hooravi eesmärk on kiiresti leevendada sümptomeid ning vähendada valu tugevust ja kestust. Migreenile spetsiifilised valuvaigistid on triptaanid, mis on olnud migreenihoo ravi nn kuldstandard alates 1991. aastast. Viimastel aastatel on turule tulnud ka gepandid, mis blokeerivad CGRPd ja mida saab kasutada nii hoo- kui ka profülaktiliseks raviks. Gepantide suur eelis on see, et need ei põhjusta veresoonte ahenemist, mistõttu peaksid sobima ka patsientidele, kellel on kardiovaskulaarsed vastunäidustused triptaanide kasutamiseks. Lisaks kasutatakse migreenihoo raviks ditaanide klassi kuuluvaid ravimeid, mis toimivad selektiivselt 5-HT_{1F} retseptoritele, mis tähendab väiksemat mõju veresoonte läbimõõdule.

Profülaktiline ravi on soovitatav, kui patsiendil esineb vähemalt neli migreenipäeva kuus. See aitab vähendada hoo sagedust ja intensiivsust ning parandada patsiendi elukvaliteeti. Eestis on profülaktiliste ravivõimaluste hulgas onabotuliinumitoksiin A, mida kasutatakse kroonilise migreeni raviks, ning monoklonaalsed antikehad, mis on suunatud CGRP-le. Viimased kuuluvad uue põlvkonna ravimeetodite hulka, pakkudes sihitud ja spetsiifilist ravi.

Tervisekassa kompenseerib kroonilise migreeni raviks mõeldud CGRPvastaseid monoklonaalseid antikehi ja gepante, kui patsient on proovinud vähemalt kolme profülaktilist ravi ning need ei ole osutunud efektiivseks. Ravi efektiivsust hinnatakse kuue kuu möödudes ning see jätkub, kui peavalude sagedus on vähenenud vähemalt 50%. Ravi jätkamise eeldus on püsiv ravivastus, mida hinnatakse regulaarselt 6-12 kuu tagant. Kui patsiendil on peavalupäevade arv langenud alla neli päeva kuus vähemalt kuue järjestikuse kuu jooksul, siis ravi lõpetatakse.

Rasedus ja migreen

Raseduse ajal on enamik ravimeid vastunäidustatud. CGRPvastaste monoklonaalsete antikehade võtmine tuleb katkestada vähemalt kuus kuud enne rasestumist, samas kui gepantide oma tuleb lõpetada 5-7 päeva enne planeeritud rasedust. Ohutumad alternatiivid on suure kuklanärvi blokaadid ja mittefarmakoloogilised meetodid, nagu eluviisi korrigeerimine, une-



Profülaktiline ravi on soovitatav, kui patsiendil esineb vähemalt neli migreenipäeva kuus.

hügieen ja stressijuhtimine, s.h kognitiivkäitumuslik teraapia.

Migreen on neuroloogiline haigus, mille mõju elukvaliteedile ja töövõimele on märkimisväärtne.

Viimaste aastate teadusuuringud on viinud uute ja efektiivsemate ravivõimaluste kasutuselevõtuni, andes patsientidele rohkem valikuvõimalusi ja paremat kontrolli oma haiguse üle.

Personaliseeritud raviviisid, kaasaegsed ravimid ja e-meditatsiooni võimalused annavad lootust, et migreeniga elamine ei pea tähendama pidevat valu ja kannatusi.

Tasub teada: Migreeni ravi jaguneb kaheks

Hooravi

● Triptaanid (sumatriptaan, rizatriptaan, eletriptaan, zolmitriptaan jne) - kõige efektiivsem migreenihoo ravi alates 1991. aastast.

Mõeldud valu kiireks leevendamiseks, kuid liigne kasutamine võib viia ravimite liigtarvitamisest tingitud peavaluni.

● Gepandid (rimegepant, ubrogepant jne) - uue põlvkonna migreeniravimid, mis blokeerivad CGRPd.

Need on ohutumad kui triptaanid ega põhjusta veresoonte ahenemist, sobides nii ka südame-veresoonkonna haigustega patsientidele.

● Ditaanid (lasmiditaan) - seonduvad 5-HT_{1F} retseptoriga ning pakuvad alternatiivi patsientidele, kes ei talu triptaanide.

Profülaktiline ravi

● CGRPvastased monoklonaalsed antikehad (erenumab, fremanezumab, eptinezumab, galcanezumab) - blokeerivad CGRP või selle retseptori, vähendades migreenihoogude sagedust ja intensiivsust.

● Onabotuliinumitoksiin A - kasutatakse kroonilise migreeni puhul ning süstitakse kindlatesse pea ja kaela piirkondadesse.

● Gepandid (atogepant, rimegepant jne) - esimene rühm nii akuut- kui ka profülaktilise toimega suukaudseid ravimeid migreeni vastu.

Allikas: Mark Braschinsky

Raseduse ajal on enamik ravimeid siiski vastunäidustatud.

FOTO: SHUTTERSTOCK

**MIGREEN-
PULSEERIVALL**
MIS KESTAB PÄEVI

TAHAKSIN OLLA AINULT
PIMEDAS JA VAIKUSES

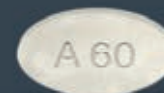
LÕHNAD
AJAVAD IIVELDAMA



ENNETA MIGREENIHOOGUSID¹

ÜKS TABLETT ÜKS KORD ÖÖPÄEVAS

CGRP retseptori antagonist, mis on näidustatud migreeni profülaktikaks täiskasvanutel, kellel on vähemalt 4 migreeniga päeva kuus.^{1,2}



SOODUSTUSE TINGIMUSED:

Kroonilise migreeni profülaktiliseks raviks täiskasvanutel, kellel esinevad peavalud ≥ 15 päeval kuus, millest vähemalt 8 päeval on tegemist migreeni kriteeriume täitvate hoogudega ja kellel on vähemalt 3 eelnevat profülaktilist ravi ebaõnnestunud.³

75%/90%

AQUIPTA (atogepant) 10 mg, 60 mg tabletid. Toimeaine: atogepant. Retseptiravim.

AQUIPTA on näidustatud migreeni profülaktikaks täiskasvanutel, kellel on vähemalt 4 migreeniga päeva kuus. Müügiloo hoidja: AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG, Knollstrasse, 67061 Ludwigshafen, Saksamaa. Lisaküsimuste tekkimisel selle ravimi kohta pöörduge palun müügiloo hoidja kohaliku esindaja poole: AbbVie OÜ, Rävälä pst 4, 10145 Tallinn. Tel: +372 623 1011. Ravimi omaduste kokkuvõtte kinnitatud: detsember 2024.

VIITED:

1. AQUIPTA (atogepant) Ravimi omaduste kokkuvõte.
https://www.ema.europa.eu/et/documents/product-information/aquipta-epar-product-information_et.pdf
2. Morena-Ajona D, et al. J Clin Med. 2022;11(6):1656.
3. Tervisekassa <https://www.tervisekassa.ee/partnerile/ravimitest/soodusravimi>

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

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

Kasulikku kuulamist:

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

Üle 10 hübriidkonverentsi aastas.

- Vebinarid täiendkoolituspunktidega.
- Rahvusvahelised konverentsid.

Tasub teada:
Iga aasta lõpus valime ka
aasta meditsiinimõjutaja!



**MEDITSIIINI-
UUDISED**

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