



Erialavaade

Rinnaimplantaadid pole enam esikohal

Plastikakirurg Mart Eller annab ülevaate trendidest ilukirurgias nii maailmas kui ka Eestis. Rinnasuurendused ei ole enam esikohal ja mitmesuguseid iluprotseduure soovivad järjest nooremad inimesed. ▶6



Sõltumatu häälekandja arstidele ja apteekritele, ilmub kaks korda kuus teisipäeval • nr 13 (490) 13. august 2024

www.mu.ee

Pool aastat õekutse taastamist

Meditsiiniuudiste
toimetaja **Kristiina**
Käit kirjeldab osale-
mist projektis “Õed
tagasi tervishoidu”.

▶8–9



Õediplomi uuendamise praktika tegi Kristiina kevadsuvel Seewaldis, kus lisaks käelisele tegevusele läheb vaja ka head suhtlemis- ja kuulamisoskust, mis on ajakirjanikul olemas.

FOTO: ERAKOGU

Rahapuudus ähvardab ravi pidurdada

2025. aastal on kehtivas riigieelarve seaduses tervisekassal puudu ligi 150 miljonit eurot, 2027 kerkib see juba 251,6 miljonini, kirjutab tervisekassa juhatuse liige **Pille Bernhard**. Kui vähendada eriarstiabi eelarvet 10 miljoni võrra, jääks ligi 10 000 inimest ravita. ▶3



Täit kaitset seadus ei anna

Uus patsiendikindlustuse süsteem arsti kriminaalvastutust ei välista, kirjutavad vandeadvokaadid **Maret Kruus** ja **Silver Reinsaar**. ▶5

Migreeni välja-
ravimine ei ole
küll võimalik,
kuid sümpto-
meid saab lee-
vendada, sõ-
nab neuroloog
**Katrin Gross-
Paju**.

▶10, 12

Uudised Confido läheb Raplasse tööle

CONFIDO hakkab opereeri-
ma osa Rapla perearstikesku-
se nimistuid, esindajaks esma-
tasandi meditsiini juht doktor
Karita Košeleva (pildil). ▶7



Fookuses: neerud Neeruhaige jälgimise põhitõed

NEFROLOOG **Merike Luman**
tutvustab põhitõdesid neeru-
haige jälgimisel, tuginedes sü-
gisel uuenenud ravijuhendi-
le. ▶14

Fookuses: kopsud Edukas piloot leidis 30 esmast haiget

ESIMESEL aastal diagnoositi
pilootprojekti käigus 30 kopsu-
vähi esmasjuhtu. ▶16

Fookuses: naine Perimenopausi tuleb tõsiselt suhtuda

PERIMENOPAUSI kui potent-
siaalset naise tervist ja toime-
tulekut halvendavat problee-
mi on sageli ignoreeritud, kir-
jutab naistearst **Made Laanpe-
re**. ▶18



Soodustingimused muutusid!¹

Rybelsus't saab nüüd määrata kõigile 2. tüüpi diabeediga patsientidele olenemata nende kehamassiindeksist!!

Soodustingimused alates 1. juuli 2024:

50% soodustus: 2. tüüpi diabeedi kombinatsioonraviks või monoraviks, kui metformiin on vastunäidustatud

75/90% soodustus: 2. tüüpi diabeedi kombinatsioonraviks patsientidel, kellel metformiin ja SGLT-2 inhibiitor ei ole andnud rahuldavat efekti või on vastunäidustatud

**STOP
KAALU-
PIIRANGULE!**



**3 mg - algannus
esimese ravikuu
jooksul**

**7 mg - raviannus
alates teisest
ravikuust**

**14 mg - raviannus
parima raviefekti
saavutamiseks**

Rybelsus[®] (semaglutiid) on retseptiravim. Igas pakendis 30 tabletti.

Rybelsus[®] (semaglutiid) 3 mg tabletid. Üks tablett sisaldab 3 mg semaglutiidi. Rybelsus[®] (semaglutiid) 7 mg tabletid. Üks tablett sisaldab 7 mg semaglutiidi.

Rybelsus[®] (semaglutiid) 14 mg tabletid. Üks tablett sisaldab 14 mg semaglutiidi. Näidustus: ebapiisavalt kontrollitud 2. tüüpi diabeedi raviks täiskasvanutele lisaks dieedile ja füüsilisele koormusele: monoterapiana, kui metformiin on talumatuse või vastunäidustuste tõttu sobimatu; kombinatsioonis teiste diabeediravimitega.

Viited: Soodusravimite muudatused alates 1. juulist 2024. www.ravimiregister.ee/Default.aspx?pv=Andmed.SoodustusedPiirhinnadRavimiregister

Müügiloa hoidja: Novo Nordisk A/S, Novo Allé DK-2880 Bagsværd, Taani. Täiendav teave müügiloa hoidja esindusest: Novo Nordisk Estonia OÜ, Paldiski mnt. 29, Tallinn 10612.

RYBELSUS[®] on Novo Nordisk A/S, Taani, kaubamärk. © 2024 Novo Nordisk A/S EE24RYB00043 08/2024

arvamus

Ühegi patsiendi probleemi ei tohi suhtuda vähendavalt ja igale murele tuleb leida lahendus.

PERHi tänavune aasta arst Helen Ilumets, vt mu.ee 5.08

Kommentaari:

Tervishoiu rahastus vajab kiiret tegutsemist!



Pille Banhard

tervisekassa juhatuse liige

Praegu katame puudujääki jaotamata tulemist, mis aga pole lõputu. See toob meie kohale suuremad murepilved järgnevatel aastateks.

Riigi ootus tervisekassa 2024. aasta eelarve osas oli üle 23 miljoni euro suurune tulem. Sellel kevadel prognoosis rahandusministeerium aga negatiivsemaid stsenaariume ning sotsiaalmaksu ligi 25 miljoni euro võrra väiksemat laekumist. Maksulaekumine jääb aasta lõpuks veelgi väiksemaks, kuid vaatamata sellele ei vähenda tervisekassa 2024. aasta jooksul teenuste kättesaadavust, sest suudame katta negatiivse tulemi oma eelmiste aastate jaotamata tulemist. See aga toob meie kohale suuremad murepilved järgnevatel aastateks.

Kui 2025. aastal on kehtivas riigieelarve seaduses tervisekassal puudu ligi 150 miljonit eurot, siis 2027. aastal kerkib see juba 251,6 miljoni euroni.

Vajalik suurem kasv. Oleme prognoosinud, et tervisekassa eelarve tulud kasvavad perioodil 2023–40 keskmiselt 3,2% aastas, ent tervishoiuteenuste senise kättesaadavuse tagamiseks on vajalik rahaliste vahendite kasv 5% aastas. Peamiselt sotsiaalmaksul põhinevast rahastamisest enam ei piisa, et tervishoiusüsteemi samal tasemel üleval pidada ning elanikkonnale vajalikke tervishoiuteenuseid pakkuda.

Kui me tervishoidu üheskoos lisavahendeid juurde ei leia, siis peame praeguste prognooside järgi minema kas jõuliselt tervisekassa reservide kallale või vähendama tervishoiuteenuste osutajatega lepingu mahte.

Teenuste maht ähvardab kahaneda. Kui riigi ootus järgnevatel aastateks on tervisekassa eelarve tasakaal, siis tuleks lisaks tervishoiuteenuste kättesaadavuse kärpimisele vähendada ka ravimite kättesaadavust ja ümber hinnata töövoimetushüvitiste maksmine. Selle stsenaariumi puhul osutame juba 2025. aastal praegusest ligi 9% vähem raviteenuseid. See tähendab, et kuni 40% plaanilistest operatsioonidest lükkub aasta võrra edasi ning iga kümnes inimene ei pääse ambulatoorsele vastuvõtule.

Kindlasti tuleb efektiivsust ja uusi lahendusi leida ka süsteemist endast. Üks võtmekoht on digilahenduste (näiteks terviseportaal, perearstide digiteenindusplatvormid, e-kiirabi jne) juurutamine ja rakendamine. Selle peamine eesmärk on tervishoiutöötajate tööaja mõistlik kasutamine, mis omakorda loob eelduse sama ressursiga rohkema arvu patsientide teenindamiseks. Lisaks suudab tervisekassa juba tehtud otsustega või oma tegevusi suunates 2025. aastal umbes 1% eelarvest ehk 21 miljoni euro võrra efektiivsemalt toimetada.

Täismahus mu.ee



ILLUSTRATSIOON ANTI VEERMAA

Juhtkiri

Külmutame Tallinna haigla projekti

Kolmteist töötajat keskmise palgaga 5028 eurot, juht palgaga 5600 eurot, varasema nelja asemel kuus nõukogu liiget igakuise tasuga 750–1000 eurot. Pole üldse paha koht poliitikutele säramiseks ja sõnaosavuse lihvimiseks! Jutt käib hästi mehitatud ja rahastatud Tallinna Haigla Arenduse SAst. Et kollossaalset summat ei ole, siis pole hetkel veel olemas ka haiglat ja Meditsiiniuudiste hinnangul tuleks projekt praeguses olukorras üldse külmutada.

Projektiga seoses on pidama jäänud kaks asja: juht on endiselt Sven Kruup (kellele meil midagi ette heita ei ole) ja asukoht Lasnamäe. Kõik muu on muutunud ja mitte paremuse poole. 2018 kirjutati, et Tallinna haigla valmib 2025. aastal hinnaga 300 mln eurot, praegu räägitakse juba 850 mln eurost, mis teeks haiglast seni kalleima hoonet Eestis.

Valmimise aastast pole praegu mõtet rääkida, sest raha ju niikuinii pole. Rahandusminister Jürgen Ligi on öelnud, et riigi panusega praegu arvestada ei maksa.

Nõrk on ka argument, justkui hakataks haiglas ravima poolt Põhja-Eestit – seda tehakse nii-

gi koos Põhja-Eesti regionaalhaiglagaga.

Mis juhtub, kui Tallinna haigla projekt külmutada? Esi-algu midagi. Ida-Tallinna keskhaigla (ITK) ja Lääne-Tallinna keskhaigla (LTKH) asuvad küll üle linna laiali ja kohati vanades hoonetes (on ka uusi, näiteks Mustamäe, Õismäe, Kopli polikliinikud, Magdaleena tervisekeskus jt), aga neisse pannakse igal aastal miljoneid – nii ruumide remonti kui ka meditsiinitehnikasse. Ei saa öelda, et meie raviasutustes põrandad läbi vajusid, hooned on seestpoolt väga ilusad!

Mitme haigla olemasolu suurendab konkurentsi. Võiks ühendada Tallinna haiglate juhtimise (ka nõukogud) ja ravimite jm tellimise – sealt tekiks koostöö ja hoiaks pisut kulusid kokku. Mingi spetsialiseerumine on juba toimunud, näiteks on ITK-l silmakliinik ja LTKH-l nakkuskliinik jne.

Loodame, et poliitikutel on kainet mõistust selle projektiga praegu hoog maha võtta. Nii mastaapse eesmärgi võtmisel on paslik meenutada vanasõna “Üheksa korda mõõda, üks kord lõika”. Kangast siit-sealt kärpides võib selle üldse ära vussida.

Tallinna haigla ühineksid kaks olemasolevat sünnitusmaja üheks, mis on suure linna puhul risk. Seega tuleks kuhugi ehitada veel üks uus sünnitusmaja.

VÕITJA
Hele Everaus

Hematoloogiaprofessor **Hele Everaus** on pärast pisut üle aastast vahet tagasi riigikogus, sedapuhku asendusliikmena. Everaus asendab Reformierakonna liikmena kohast loobunud Tartu abilinnapead. Professor lubab jätkata ka põhitööga. Jaksu!

VÕITJA
Georg Männik

Tallinna linnavõimu vahetusega muutus ka Tallinna lastehaigla nõukogu koosseis. Esimeheks sai **Georg Männik** (Isamaa), kes on olnud regionaalhaigla nõukogu esimees. Lastehaigla nõukogusse sai ka endine terviseala asekanstler Maris Jesse (Reformierakond).

Nädala foto:

Sajandi uputus kliinikumi majas



Tartu linna 6. augustil tabanud vihmahood ujutasid Tartu ülikooli kliinikumi L. Puusepa 8 peamaja A-korpuse esimese korruse üle vihmaveega. Kliinikum peatas närvikliiniku, ortopeediakliiniku ja kirurgiakliiniku vastuvõtud ja kutsus kokku kriisistaabi. Töötajad haarasid vahendid ja aitasid põrandatelt vett kokku koguda.

FOTO: ÄRIPÄEV

mu.ee lugude TOP

- Riskirühma vaktsineerimise teenus ehmatab inimesi
- Mart Eller: ilukirurgia kasv jätkub kogu maailmas
- Veel olematu Tallinna haigla nõukogu suurenes
- Pirita perearstikeskus sai pool miljonit kasumit
- Chemi-Pharm saavutas kasumi
- Medita kliinik teenis miljoni võrra suurema käibe
- Tervisekindlustuse idufirma vajas suuremasse kahjumisse
- Kõhuvalukliiniku omanik võtab 71 000 eurot dividende
- Mammograafi omanikele dividendideks 250 000 eurot

Toimetaja repliik:

Diagnoosidega hirmutamine

Kadi Heinsalu

Meditsiiniuudiste peatoimetaja

Uues terviseportaal võib sind tabada ehmatus, et oled COVID-19 riskirühma liige mingi haiguse tõttu, mille olemasolust sulle ükski arst pole rääkinud. Nimelt on COVID-19 vaktsineerimise kutse aasta algusest seotud eri riskihaigustega, mille koodid on vist pandud üsna umbes: väi-

kelaps on digiloos lastehalvatusega, kümme aastat tagasi svipsis peaga EMOSse sattunu kroonilise alkoholihairega või maksatsüst märgitud kaasasündinud maksa vääringuna. Tundub, et seoste otsimisega on kas üle pingutatud või on meedikud diagnoosikoodid digiloosse visanud hooletult. Kui kõigil haigustel pole oma koodi, tuleks neid pigem juurde teha, mitte inimesi hirmutada.

Üks küsimus: Millised muutused meil 1. juulist jõustusid?

Katri Seersant

tervisekassa usaldusarst

Teraapiafond, mille kaudu on perearstid saanud oma patsiente suunata kliinilise psühholoogi, logopeedi ja füsioterapeudi vastuvõtule, on alates 1. juulist täielikult tervisekassa hallata.

Muudatuse toel kaob patsientide omaosalus ning tekib kindel nimekiri teenuseosutajatest, kes tervisekassa rahastusel teenust pakuvad. Juuli alguse seisuga on tervisekassaga lepingu sõlminud 114 teenuseosutajat, kes pakuvad kliinilise psühholoogi, logopeedi või füsioterapeudi teenuseid üle Eesti. Partnerite võrgustik laieneb: uue aasta alguses lisandub nimekirja uusi teenuseosutajaid.

Madis Timpson

endine justiitsminister

Tervishoiuteenuse korraldamine vanglates liikus justiitsministriumilt sotsiaalministriumile vastutusalas. Teenust pakuvad Lääne-Tallinna keskhaigla, Ida-Viru keskhaigla ja Viljandi haigla.

Liis Prii

ravimiameti

järelevalveosakonna juhataja

Jõustus ravimiseaduse muudatus, millega antakse ravimiametile õigus lubada omal algatusel müügi- loaga ravimi tarneraskuse ajal müügiloata ravimite turustamist. Muudatus vähendab arstide erialaseltside halduskoormust ja kiirendab tarneraskuse olukorras müügiloata ravimite turustamiseks loa andmist.

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

Eelarve

Tervisekindlustuse eelarve võib peagi valitsusse jõuda

EESTI Terviseminister Riina Sikkut avaldas Õhtulehele antud intervjuus lootust, et valitsus võtab suve lõpus ette ka tervishoiu lisarahastuse arutelu. “Puudujäägi katmiseks soovitsin kevadel valitsusele, et riik teeks siirde laste eest tervisekassasse,” ütles ta. Ministri sõnul võiks riik teha laste eest siirde, näiteks 13 protsenti alamalgalt – siis oleksid kõik rühmad kaetud ja siire võimaldaks riigil järgmised 15–20 aastat tervishoidu rahastada nii, et suudetaks hoida praegust taset. Aruteludega jätkatakse ilmselt augustis.

“Alternatiiv oli liigutada haiguspäevade hüvitamine tervisekassast töötukassasse, mis on summaliselt väiksem, aga annaks leevendust,” lisas Sikkut.

Töö

Olematu Tallinna haigla nõukogu suurenes veelgi

TALLINN Tallinna Haigla Arenduse SA nõukogus on nüüd varasema nelja asemel kuus liiget, kes saavad igakuiselt 750–1000 euro suurust tasu. Nõukogus on varasemast linnakantsler Kairi Vaher ja Inforari juht Martti Talgre, senised nõukogu liikmed Jevgeni Ossinovski ja Mihhail Kõlvart kevadsuvel taandusid.

Juulis suurenes nõukogu äriregistri andmetel nelja inimese võrra, lisandusid Tanel Kiik (SDE), Ahti Kallikorm (Isamaa), Maria Terras (Eesti 200) ja Ivi Eenmaa (Reformierakond).

Nõukogu esimehe brutokuutasu on tuhat ja nõukogu liikme brutokuutasu 750 eurot ehk kuus kulub nende töötasudele 4750 ja aastast 57 000 eurot. Juhatusesi- mehe Sven Kruubi ametitasu on 5600 eurot kuus.

Reisimine

Euroopa ravikindlustuskaart on aidanud tuhandeid

EESTI Tervisekassa teatel toimus tervisekassa kindlustatutega 2023. aastal Euroopa Liidus, Ühendkuningriigis, Liechtensteinis, Norras, Islandil ja Šveitsis 4903 vajamineva arstiabi juhtumit, mille puhul tervisekassa tasu maksmise kohustuse ülevõttis. Kõikide juhtumite summa kokku oli 4,2 miljonit eurot.

Kõige enam juhtus tervisekassa kindlustatud inimestega raviarvete põhjal õnnetsi Soomes (1487 korral), järgnesid Hispaania (683), Saksamaa (640), Rootsi (484) ja Läti (352).

Tervisekassa hüvitas 2023. aastal vajamineva arstiabi eest enim – ligemale 1,5 miljonit eurot – Soome riigile, Rootsile hüvitati 780 000, Saksamaale 720 000, Hispaaniale 280 000 ja Lätile 120 000 eurot.

Selle aasta esimesel poolaastal on tervisekassa teinud välisriikide riiklikele ravikindlustusasutustele Eesti kindlustatutele osutatud raviteenuste eest tagasimakseid ligi 2,7 miljoni euro ulatuses.



meditsiiniuudised@aripaev.ee

Peatoimetaja:

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

Toimetus:

Violetta Riidas, tel 667 0454
violetta.riidas@aripaev.ee
Kristiina Kait, 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

Õpi tundma oma mõttemustreid

Psühholoog Nicole LePera esindab holistilise psühholoogia koolkonda. Tema raamat õpetab tundma ära oma mõttemustreid, mis takistavad minevikus toimunud juhtumitest tervenemist. Raamat aitab end mõtlemise abi tervemaks teha. Tagakaanele on saatesõna kirjutanud psühholoogia teadusmagister Alar Tamming. Kirjastus Äripäev, 312 lk, ilmus augustis 2024. Info ja tellimine: <https://pood.aripaev.ee/raamatud-too-iseenda-kallal>



12.09

VEBINAR osteoartroosist. Korraldavad Meditsiiniuudised ja Medicum, lektor on taastusarst Aleksandra Butšelovskaja Medicumist. Käsitleme haiguse olemust, diferentsiaaldiagnostikat, ravi, taastusravi. Annab 1 täiendkoolituspunkti. Info ja piletid: <https://pood.aripaev.ee/osteoartroosi-kasitus>

SELGITUS:

Uus patsiendikindlustuse süsteem arsti kriminaalvastutust ei välista

Maret Kruus,
Silver Reinsaar
advokaadibüroo WALLESS

Sellest, et uue patsiendikindlustuse süsteemi eesmärk on lihtsustada ravivigade hüvitiste maksimist, on räägitud palju. Patsiendid saavad edaspidi võimaluse taotleda ravivigade korral hüvitist tervishoiuasutuste kindlustusandjalt. Vähem on aga räägitud uue süsteemi teisest olulisest eesmärgist – patsientide ja ravi ohutuse parandamisest. Viimast püütakse saavutada, soodustades ravivigadest ja ohuolukordadest avatumat rääkimist eesmärgiga neist õppida.

Uue süsteemiga luuakse arstile ja ka teistele meditsiinitöötajatele kohustus patsiendiohutusjuhtumid registreerida. Patsiendiohutusjuhtumi all mõeldakse tervishoiuteenuse osutamise seotud

Selle üle, mida tähendab erand, ilmne ja tõsine arstikohustuse eiramine, võib vaielda.

juhtumit, mis oleks võinud põhjustada või põhjustas patsiendile vältitava tervisekahju. See tähendab, et arst peab edaspidi kirja panema kõik enda tehtud ravivead – nii sellised, mis põhjustasid patsiendile tervisekahju kui ka sellised, mis tervisekahju ei põhjustanud.

Vaja on kindlust. Samas ainuüksi kohustuse lisamine seadusesse ei tähenda, et seda kohustust ka praktikas järgitakse. Selleks, et arstid julgeksid avatult tekkinud olukordadest rääkida ja neid kirjagi panna, on neil vaja kindlust, et kirjutamisel nende endi vastu ei pöörduks. Osaliselt uus süsteem selle eeldu-

se ka täidab, kuid osaliselt mitte. Süsteemi loomisel on püütud lähtuda põhimõttest, et kui arst ravivea nõuetekohaselt dokumenteerib, siis on tagajärjed tema suhtes leebemad.

Nii ei saa terviseamet edaspidi algata järelevalvemenetlust arsti suhtes, kes on patsiendiohutusjuhtumi nõuetekohaselt dokumenteerinud. Samuti ei saa tööandja töölepingut üles öelda. Erandi alla käivad olukorrad, kus arst tegutses tahtlikult, joobeseisundis või ilmselt ja tõsiselt tervishoiuteenuse osutamise nõudeid või head kliinilist tava eirates. Viimase üle võib vaielda: mida tähendab selline ilmne ja tõsine eiramine?

Arstil võib tekkida hirm, et tema tehtud viga tõlgendatakse sellise tõsise rikkumisena, mis tähendaks ühtlasi, et terviseameti järelevalvemenetlus ja töölepingu lõpetamine ei ole tema suhtes siiski välistatud. See hirm võib omakorda

saada takistuseks juhtumi raporteerimisel. Et hirmu maandada, tuleks raviviga tõlgendada tõsise eiramise juhtumina üksnes erandkorras. Selguse loomiseks oleks vaja ka selgitusi koos näidetega, millistel juhtudel on tegemist tervishoiuteenuse osutamise nõuete või hea kliinilise tava ilmse ja tõsise eiramisega.

Mulje võib olla petlik. Uues süsteemis on valitud lahendus, mis arstidele karistusõiguslikust vastutusest vabastamise kohta täielikku kindlust ei anna, kuigi selline mulje võib tekkida. Karistusseadustikku ei lisatud ühtegi normi, mis arsti vastutuse välistaks. Selle asemel täiendati kriminaalmenetluse seadustikku võimalusega menetlus arsti suhtes lõpetada, kui ta on raviveast nõuetekohaselt raporteerinud, tegutsenud oma eriala piirides ega ole olnud joobeseisundis.

19.09.2024

SWISSÔTEL TALLINN KONVERENTSIKESKUS
JA WORKSUP VEEBISKARDIOLOOGIA
TULIPUNKT 2024

Sihtgrupp: esmatasandi arstid ja õed, kardioloogid, sisearstid, muu eriala arstid

I SESSIOON:

Kodade virvendusarütmia ja hüpertensioon

II SESSIOON:

Värskeid nuppeid Euroopa Kardioloogide Seltsi 2024. aasta kongressilt

III SESSIOON:

Kroonilise koronaarhaigus ja perifeersetes arterites ja aordi haigused

Lektorid:

Priit Kampus
Erik Salum
Priit Pauklin
Martin Serg
Kadri Sepp
Anna Mari Tamm
Tiia Ainla
Jaagup Truusalu
Kristina Lotamõis

Soodushind

111,83

eurot kuni 8. septembrini (sisaldab käibemaksu).
Ravimifirma esindajal kuulajana erihind 172,83 eurot.

Täpsem kava ja registreerimine:
pood.aripaev.ee/konverentsid-kardioloogia-tulipunkt-2024

EESTI KARDIOLOOGIDE SELTS
ESTONIAN SOCIETY OF CARDIOLOGY

NB! Täiendkoolituspunktid annab Eesti Kardioloogide Selts



uudised

Juba 2015. aastal paigutas WHO kõik lihatooted I rühma kantserogeenide hulka. Sööge vähem punast liha!

Henri Kaljumäe, ITK kardioloogi soovitusel, mu.ee 23.07

Mart Eller: ilukirurgia kasv jätkub kogu maailmas

Ilumeditiin Vananemisilmingutega tegeletakse järjest nooremana

Gerly Kedelaug
kaasautor

Eesti plastikakirurgia seltsi juhatuse liige, plastikakirurg ja kliiniku Mon-mediq peaarst Mart Eller annab ülevaate esteetilise meditsiini trendidest maailmas ja Eestis.

Juunis toimus Kolumbias Cartagenas rahvusvahelise esteetilise plastikakirurgia ühingu (ISAPS) aastakonverents, mille raames antakse igal aastal välja ka maailma trende tutvustav aruanne.

Doktor Mart Eller, kuhu liigub esteetiline meditsiin?

Sissejuhatuses on oluline eristada esteetilise meditsiini kaht jaotust: kirurgilised ja mittekirurgilised protseduurid.

Esteetiline meditsiin on järjest enam saamas inimeste elu tavapäraseks osaks. Tõuseb ka inimeste teadlikkus võimalustest ja samas ka riskidest, mida enne ja pärast protseduuri teha ning vältida.

Huvi mittekirurgiliste esteetilise meditsiini protseduuride vastu kasvas hüppeliselt COVID-19 pandeemia ajal, kui kodukontoritest videokoosolekuid pidanud inimesed märkasid lähivaates oma näopiirkonna kosmeetilisi puudujääke ja eneseisolatsioon võimaldas protseduurijärget rahulikkude kodust taastumist.

Kui 2022. aastal kasvas valdkond võrreldes 2021. aastaga üle 11%, siis 2023. aastal oli kasv võrreldes aasta varasemaga 3,4%.

Tugevas kasvutrendis on jätkuvalt populaarsemad protseduurid: rasvaimu, näolõikused ja ilusüstid. Kehapiirkondi eraldi analüüsides jätkab kasvu näo- ja kaelapiirkonna protseduuride arv, keha-protseduure tehti mullu samas suurusjärgus kui aasta varem.

Esteetiline meditsiin ei ole ainult küpses eas daamide pärusmaa - see on muutunud järjest enam nooremate inimeste enesehoolitsuse loomulikuks osaks. Kõige suurem vanusegrupp jääb vahemikku 35-49, järgneb 18-34, seejärel 50-64 eluaastat.

Milliseid operatsioone tehakse enim?

Rahvusvahelise raporti kohaselt tegid kirurgid eelmisel aastal ligi 16 miljonit plastikakirurgia operatsiooni. Kõige



Mõningaid protseduure tehakse juba enne 30ndaid eluaastaid.

Mart Eller

FOTO: LAURA NESTOR

enam, 14% kõikidest protseduuridest ehk 2,2 miljonil korral tehti rasvaimu. Rasvaimu operatsioonide arv on viimase viie aastaga kasvanud üle 30%.

Järgnesid rinnaimplantaatide paigaldamise operatsioonid 1,9 miljoniga, mis on tegelikult üsna stabiilselt populaarsemate operatsioonide seas olnud juba 10-15 aastat.

Kolmandal kohal oli laugude plastika 1,7 miljoni operatsiooniga, mis on 2019. aastaga võrreldes teinud 38% tõusu. Tehiti üle miljoni kõhuplastika protseduuri

ja ninaoperatsiooni. Sama TOP 5 on püsinud aastaid. Suurima tõusu tegid 2023. aastal laugude plastika (24%), mis tõusis kolmandaks, huulte suurendamise operatsioonid (28%) ning ninaplastika operatsioonid (21%).

Kui naiste seas on populaarsemad rasvaimu, rinnaimplantaatide paigaldamise ja laugude operatsioonid, siis meeste seas on esikohal laugude plastika, järgnevad günekomiastia operatsioonid ja rasvaimu.

Mis ajast ei ole rinnaimplantaatide paigaldamise operatsioonid enam kõige populaarsemad iluoperatsioonid? Rindade suurendamine implantaatidega on jätkuvalt kasvutrendis. Implantaate on paigaldatud 50-60 aastat ja seda on kogu aeg tehtud laialdaselt.

Koroonaaeg soosis kodust rahu-likku taastumist, mistõttu kasv rinnaimplantaatide paigaldamise operatsioonide arv 2021. ja 2022. aastal 30%. 2023. aasta väike 5% langus viitab vaid sellele, et kasv oli mõnevõrra väiksem kui aasta tagasi.

Heaoluühiskonnas on rasvaimu plastikakirurgias esikohal. Statistikas on teisel kohal rinnaimplantaatide paigaldamine ja kuuendal kohal oma rindade tõstmine.

Kas mittekirurgilistest protseduuridest jätkab võidukäiku botuliintoksiin?

Nii on. 19 miljonist mittekirurgilisest protseduurist moodustasid ligemale poole - 8,8 miljonit - botuliintoksiini protseduurid. Vananemisilmingutega tegeletakse järjest nooremas eas, mõningate protseduuridega juba enne 30ndaid. Ligi neljandik botuliintoksiini süstidest (täpsemalt 2,1 miljonit süsti) tehti vanuses 18-34 aastat.

Hüppeliselt ehk 25% on aasta jooksul kasvanud täitesüstide kasutamine (u 5,5 miljonit süsti). Suurenenud on toodete valik, nt on hakatud laialdasemalt kasutama kaltsiumhüdroksüapatiiti sisaldavaid täitesüste. Süvaniisutava toime tõttu on preparaate hakatud kasutama järjest enam ka mujal kui ainult näopiirkonnas, nt kaelal, dekolteel ja kätel.

Mittekirurgilistest protseduuridest ületab veel miljoni protseduuri piiri kolmandal kohal olev juuste kasvu ravi

(1,6 miljonit raviprotseduuri). Järgnevad mitmesugused nahka pinguldavad hool-dused, rasvavähendusprotseduurid, keemiline koorimine jne.

Millistes riikides tehakse enim protseduure?

Kõige enam esteetilise meditsiini protseduure tehti Ameerika Ühendriikides - kirurgilisi ja mittekirurgilisi kokku 6,2 miljonit. Mittekirurgilised protseduurid moodustasid sellest 4,4 miljonit, millega ollakse samuti maailmas esimesel kohal.

Koguarvus on teisel kohal Brasiilia, kus tehakse poole vähem, 3,3 miljonit protseduuri. Samas on Brasiilia maailmas esikohal plastikakirurgia operatsioonide arvuga - 2,1 miljonit. Kolmas on Mehhiko 1,7 miljoni esteetilise meditsiini mõlema valdkonna protseduuride summaga.

Neljandal kohal on esimese Euroopa riigi Saksamaa, kus tehakse rohkem kui 1,2 miljonit protseduuri aastas.

Viiendal kohal on Argentiina ligi 500 000 protseduuriga aastas. Skandinaavia riike TOP 20s esindatud ei ole.

Eesti kohta sellist raportit ei ole. Kas oskate öelda, millised on Eestis trendid?

Eestis peegelduvad maailma, eelkõige Euroopa trendid. Kui maailmas on protseduuridest esikohal rasvaimu, siis Eestis on kõige levinumad rinnaimplantaatide paigaldamine ja laugude operatsioonid.

Mittekirurgilistest protseduuridest on esimene eelistus botuliintoksiin. Ka Eestis on hakatud täitesüste kasutama lisaks näole süvaniisutava ja naha kvaliteeti tõstva protseduurina kaelale, dekolteele ja kätele.

Lõpetuseks, kas esteetiline meditsiin on naiste pärusmaa või millised on soolised trendid?

Botuliinisüstid hakkavad meeste hulgas järjest populaarsemaks muutuma, millele aitab kaasa protseduuri mugavus.

Mehed higistavad üldjuhul rohkem kui naised ning on ka sellele delikaatsele probleemile lahendusena botuliinisüstid avastanud. Kokkuvõtvalt jääb meeste osakaal esteetilises meditsiinis siiski umbes 5% juurde.

59

PROTSENDIL 2024. aasta esimesel poolaastal hambaarsti külastanud lastest diagnoositi hambakaries ja 29% hambakatt. Kokku käis arstil 44% sihtgrupist. Enim külastasid hambaarsti 7–8aastased lapsed, kõige vähem 13–15aastased noored.



Dengepalavikku tänavu rohkem

TÄNAVU kuue kuuga on diagnoositud 17 sääskedega leviva denguepalaviku juhtu. Aasta varem oli neid neli. Haigust toodi kõige rohkem – kaheksa juhtu – kaasa Indoneesiast.

Rapla perearstidele läheb appi Ennetuskliinik

Kadi Heinsalu

kadi.heinsalu@aripaev.ee

Mais-juunis otsis tervisekassa operaatrit mitmele Rapla perearstikeskuse nimistule. Nüüd valiti välja seal septembrist teenust pakkuma hakkav ettevõtte.

Tervisekassa teatas, et alates septembrist hakkab Raplas lisaks sealsele tervisekeskusele perearstiabi teenust osutama Ennetuskliinik OÜ, mille teenindada jääb ligi 5300 patsienti.

Muudatus jõustub tervisekassa korraldatud avaliku konkursi tulemusel. Konkursiga otsiti Rapla kolme nimistu patsientide teenindamiseks ühte perearstiabi teenusepakkujat. Konkursil osalenud üks pakkuja – Ennetuskliinik OÜ – kvalifitseerus ja valiti vastavalt hindamiskomisjoni otsusele konkursi võitjaks.

Senised pereõed jätkavad tööd

Uus teenusepakkuja alustab Raplas tööd alates 1. septembrist. Lisaks pere- ja üldarstidele ning pereõdedele kuuluvad



Confido esmatasandi meditsiinijuht Karita Košelova.

FOTO: CONFIDO

meeskonda füsioterapeut, ämmaemand, koduõde ja kliinilised assistendid. Tervisekeskuses jätkavad tööd patsientidele varasemalt tuttavad pereõed.

Kõik inimesed, kelle perearstiabi teenuseosutaja muutub, saavad selle kohta

tervisekassalt sõnumi, e-kirja või lihtkirja teel vastava teate.

Confido teatel asutas Ennetuskliinik OÜ aasta tagasi augustis Confidos ennetusmeditsiini arstina töötanud Sergey Saadi, kuid tema Raplas tööle ei asu. Saa-

dil on Tallinnas ka oma ennetusmeditsiini kliinik. Ennetuskliinik OÜ juhatuses said jaanuaris 2024 Confido juht Rauno Pukonen ja Confido esmatasandi meditsiinijuht Karita Košelova. Seega vastab tööle kevadel levinud kuuldus, et Rapla patsientide teenindamise võtab üle Confido kui ainus huviline.

Mure oli töötajate leidmisega

Rapla Perearstikeskus OÜ alustas oma majandustegevust 2000. aasta alguses ja tegutses mullu seitsme nimistuga. Majandusaruanne kirjutab, et “suureks mureks on viimastel aastatel meditsiinitöötajate nappus, oleme pidanud palkama abiarste väljaspoolt Rapla maakonda.” Mullune käive oli 2,8 mln ja kasum 21 400 eurot. Aasta varem oli käive 2,5 mln ja kasum 43 000 eurot. Dividendideks määrati omanikele 75 000 eurot. Omanikud on samas perearstidena töötavad Kadri Luga (51%) ja Tiina Paeorg (49%).

Ennetuskliinik OÜ osutab tänavu arilist Confido Tervisekeskuse kaubamärgi alt perearstiabi teenust ka Haapsalus.

NOORUKITE TERVISE HÜBRIIDKONVERENTS

Radisson Blu Hotel Olümpia ja
WorksUp veebis

03.10.
2024

NOORE KEHA JA VAIM



SIHTGRUPP:

perearstid, pereõed, pediaatrid, reumatoloogid, endokrinoloogid, psühhiaatrid, psühholoogid, vaimse tervise õed, kooliõed jt meedikute huvilised

TUNNISTUS:

Tallinna Lastehaigla 7 täiendkoolituspunkti, väljastab korraldajana Meditsiiniuudised

111,83 €

kuni 22. septembrini
(sisaldab käibemaksu)
Ravimifirma esindajal
kuulajana erihind
172,83 eurot

INFO JA
REGISTREERIMINE:
**pood.aripaev.ee/
konverentsid-
noore-keha-
ja-vaim**

TEEMAD:

Puberteediaegsed kõrvalekalded – liiga hiline puberteet vs. liiga varane puberteet
Kilpnäärme haigused noorukieas
Seksuaaltervis noorukieas
Sooline üleminek (transsoolisus ja trans-identiteet)
II tüüpi diabeet noortel – kuidas jälgida ja ravida?
Peavalud lastel
Põletikulise soolehaiguse mõju nooruki vaimsele tervisele
Riskikäitumine, sh erinevate ainete tarvitamine
Ärevus ja erinevad kehalised sümptomid
Saavutusvajadus ja hirm noorukitel

VESTLUSRING:

Kroonilise lapsedspatsiendi üleandmine täiskasvanute võrku. Kuidas toimub? Millised on probleemid?

ESINEVAD:

KAIRE HEILMAN Tallinna lastehaigla endokrinoloog
ALEKSANDR PEET TÕ Kliinikumi endokrinoloog
DIANA LEHT ämmaemand
HEDDA LIPPUS arst-resident psühhiaatria erialal
ÜLLE EINBERG Tallinna lastehaigla endokrinoloog
INGA TALVIK Tallinna lastehaigla neuroloog
MARI-LIIS KUMM Tallinna lastehaigla gastroentroloog
MARTA-HELENE HANSING patsient
KADRI SAKS laste-onkoloog
RAIDO PAASMA anestezioloog jt



Karin Tamm,
Meditsiiniuudiste sündmuste
juht, karin.tamm@aripaev.ee

luubi all

Töö Uudne oli õendusdiagnoosi määramine ja õendusplaani koostamine

Kogemus: kuidas ma

Meditsiiniuudiste ajakirjanik Kristiina Käit otsustas taastada oma 1990ndate lõpus omandatud õe kutse ja astus jaanuaris Tartu tervishoiu kõrgkooli õe täiendõppesse.

Kristiina Käit

kristiina.kait@aripaev.ee

“Õed tagasi tervishoidu” on sotsiaalministeeriumi rahastatav programm kaua tööturult eemal olnud õdedele, kellel on soov tervishoidu naasta. Programm võimaldab värskendada oma teadmisi ja saada tagasi käeliste oskustega seotud enesekindlus. Õpingud toimuvad nii Tartu kui ka Tallinna tervishoiukõrgkoolis.

Minu kogemus

Lõpetasin Tallinna meditsiinkooli 1990ndate lõpus ja jõudsin enne edasi õppima minekut töötada toonases Mustamäe haiglas õena väga lühikest aega. Olen juba mitu aastat mõelnud osaleda „Õed tagasi tervishoidu“ programmis, et end täiendada ning saada lõpuks registreering tervishoiutöötajate registrisse (1990ndate lõpus sain küll kutsetunnistuse, kuid registreeringut toona ei saanud). Sel talvel tundsin, et on aeg teha ammune mõtte teoks ja kutse taastada.

Algselt soovisin minna kursusele Tallinna tervishoiu kõrgkooli, kuid jäin kandideerimisega hiljaks. Samuti oli Tallinna programm väiksema ajaakna sees – lühikese aja jooksul oleks pidanud veelgi rohkem pühenduma ja pikematel õppe-sessioonidel olema. Seega kandideerisin Tartu tervishoiu kõrgkooli.

Veebiintervjuul meie kursuse juhenda- ja Piret Simm-Pärlega sain teada, et kohtadele on konkurss. Õnneks sain kursusele koha ja jaanuari lõpu poole võisin Harjumaalt Tartu poole sõitma hakata.

Meie kursusel oli õppureid kokku kümme, igalt elualalt ja Eesti eri paigust Lõuna-Eestist Harjumaani.

Valdkonnad, milles kursandid töötasid, olid näiteks raamatupidamine, ajakirjandus, algharidus, tööstus.

Oli neid, kes soovisid oma teadmisi värskendada, aga ka neid, kes tahtsid liiksaks teadmiste saada registreeringut tervishoiutöötajate registrisse. Kursan-



Esmaabi praktikumis “patsienti” elustamas.

FOTOD: ERAKOGU

Veelgi rõõmustavam oli, et õppimise eest sai lausa stipendiumi - 180 eurot neljal kuul.

Kristiina Käit

tidel oli vanust 40+, mistõttu tõi õppima asumine kaasa ühiseid väljakutseid: üldjuhul olid kõigil täiskohaga töö, hovid ja pered, mille kõrvalt tuli leida aega iseseisvaks õppetööks, praktikaks ja loenguteks. Oli ka neid, kelle emakeel ei olnud eesti keel ja kes pidid tegema veel ekstra pingutuse, et eesti keeles õppida.

Jaanuari lõpus toimunud esimeses sessioonis tehti sissejuhatus õppetöö organiseerimisse, tutvustati õppekeskkondi ja toimus infotund. Õppepäevadel oli võimalus ööbida kooli ühiselamus hinnaga 25 eurot öö, mis tegi õppimise logistiliselt lihtsamaks – ühiselamu on kohe õppehoone kõrval ja hooned ühendatud. Veelgi rõõmustavam oli, et õppimise eest sai lau-

sa stipendiumi – 180 eurot neljal kuul. See kattis söidu- ja ööbimiskulud.

Edasi järgnesid loengud õenduse alusest ja tõenduspõhisest õendusest, sealhulgas õendusprotsessi ja õendusabi põhitõdedest.

Suure osa õppekavast moodustasid farmakoloogia loengud ja ravimite manustamine, kus võtsime läbi suuremad ravimirühmad.

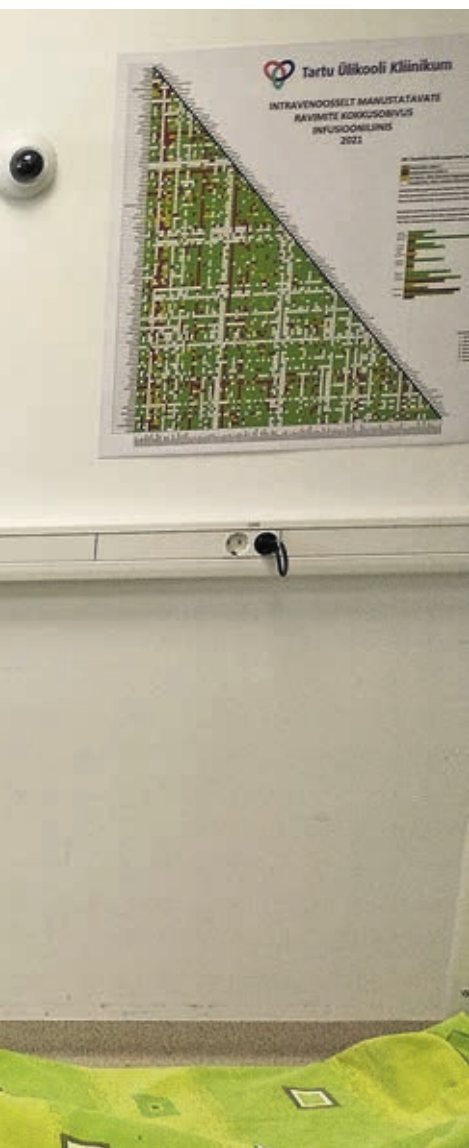
Oli see farmakoloogia õppimine alles raske ja materjalimahukas! Selle tegid minu jaoks kindlasti kõige keerulisemaks väga suur maht ja laupäeviti toimunud loengud. Minu esimese õppimise ajal 1990ndail olid näiteks ravimite ülesanded perfokaartidel, ja ega toonasest väga pal-

Kristiina Käit,
õe kutse taastanud
ajakirjanik



Praktika käigus sain juurde kindlustunnet oma võimetes suhelda patsiendiga ja teha protseduure.

taastas in õe kutse



Kirurgiapraktikumis.

ju mees polnud. Kuidas võinuksin näiteks teada, et metronidasool võib alkoholi-ga koostoimel ägedatel juhtudel põhjustada psühhooi, segasust ning isegi surma?

Nii veebruaris, märtsis kui ka aprillis toimusid kolmepäevased sessioonid, aprillis koguni kaks. Õppepäevadel hõlmas õppimine nii loenguid sisehaigustest, õendusest, õendusprotsessist, kirurgist, toitumisest kui ka farmakoloogiast. Praktikumides õppisime mitmesuguseid protseduure: eri piirkondadesse süstimist, veenivere võtmist, patsiendi elutähtsate näitajate jälgimist ja mõõtmist, vereülekandeks veregrupi määramist, toitmissondi, kateetri ja stoomi paigaldamist ja hooldust, haavahooldust ja esmaabi. Nii-

sama vaatamisele kohta ei olnud - käed tuli kohe külge panna ja ise kõik praktiliselt läbi teha. Õppeklassid olid varustatud kõige vajalikuga ja nii saime kõik ise läbi teha, kusjuures verevõtmist ja glükositaseme mõõtmist saime omal käel üksteise peal proovida. Kust mujalt ikka katsejäreid võtta oluks?

Õde on iseseisev professionaal

Et enesekindluse tase ei olnud just kõige kõrgem, oli praktilal üle pikkade aastate patsiendi (mulaaži) kallal toimeta-da keeruline. Õendusdiagnoosi panemine oli võrreldes 1990ndatega väga erinev - arusaamine sellest, mis see täpselt olema peaks, võttis pisut aega. Mäletasin ju,

et diagnoosi paneb arst. Minu varasemate õpingute ajal oli küll olemas õenduslugu, vähemalt teoorias, kuid praktikas see haiglas kasutusel ei olnud.

Nüüdseks on õendus jõudnud niikaugele, et õe näol on tegemist arsti kõrval oleva ja oma pädevuse piires iseseisva professionaaliga. Õendusdiagnoosi määramine ja õendusplaani koostamine nõuab ka süstemaatilist ja analüütilist mõtlemist, mis tõestab, et mida rohkem õed õpivad ja end täiendavad, seda parem patsientidele ja õdedele endile samuti. Kui esmakordselt õeks õppides küll kuulsin õenduspäevikust, aga haiglas seda ei eksisteerinud, siis nüüd nägin praktika ajal, et päevik on täiesti olemas ja seda ka täidetakse. Nii oli hea tõdeda, et teooria on praktikasse viidud.

Õppetöö oli intensiivne ja ajamahu-kas, eriti kuna jätkasin samal ajal täisko-haga tööd. Õnneks sain juunis alanud ka-henädalase puhkuse ajal pühenduda ainult praktikale ja õppimisele, mis tegi elu koormuse mõttes lihtsamaks.

Kindlustunne kasvas

Et soovisin oma praktikat teha teistmoodi valdkonnas, valisin esimeseks eelistu-seks Põhja-Eesti regionaalhaigla (PERH) psühhiaatriaigla, kuhu praktikale ka pääsesin.

Akuutpsühhiaatria osakonnas toimu-nud õppepraktika käigus sain kolme nä-dala jooksul väärtuslikke kogemusi pat-siendiga suhtlemisel ning nägin nii osa-konna tööd kui ka protseduure. Lisaks osalesin agressiivse patsiendi käsitlemise koolitusel, kus omandasin kasulikke võt-teid olukorraks, kui patsient peaks füüsi-liselt ründama. Viimased kuluvad ära ka pimedal tänaval ohtu sattumisel.

Oluline on ka vestlusoskus

Käelisi tegevusi psühhiaatrias ülemää-ra palju harjutada ei saanud, kuid põhili-si asju ikka, näiteks sain veeniverd võtta, EKGd teha, ravimeid jagada, samuti jälgi-da mitmesuguseid protseduure ning osa-leda patsientidega grupivestlustel ja töö-toas. Sain palju patsientidega rääkida, mis on selles valdkonnas väga oluline.

Praktika käigus kinnistasin oma osku-si ja sain juurde kindlustunnet oma või-metes suhelda patsiendiga ja teha prot-seduure.

Eksamiks valmistusin juunis. Etteval-mistuse käigus tuli läbi vaadata ja selgeks õppida väga palju materjali. Sain valmis-tuda koos perega - farmatseudi lõpueksa-miks valmistunud tütreaga sain teha ravi-mite annustamise arvutusi, mehega aga

Tasub teada:

Tegemist on riigieelarvelise projektiga

2015. aastast on tervishoidu tagasi toodud kokku 258 õde. Sel aastal lõpetas kokku 23 õppurit: 13 Tallinnas ja kümme Tartus.

- Kursused on alates 2020. aastast toimu-nud nii Tallinna kui ka Tartu tervishoiu kõrgkoolis, sest huvilisi leidub mõlemas Eesti piirkonnas.

- Tegemist on riigieelarvelise projekti-ga, milleks on rahastus 2024.-27. aasta baaseelarves olemas. Peagi avatakse ka 2024. aasta väikeostu hange, et kõrgkoo-lid saaksid järgmisel õppeaastal korralda-da uue kursuse.

- Ühe õe tervishoidu tagasi toomine lä-bi selle projekti läheb maksma umbkau-du 3000 eurot.

- Kursusele on oodatud varem õe, äm-maemanda või velskri õppe läbinud ini-mesed, kes ei ole registreeritud tervis-hoiukorralduse infosüsteemis ja ka need registreeritud õed ja ämmaemandad, kes ei ole alates 2015. aasta 1. veebruarist Ees-ti tervishoiuteenuse osutaja juures õena töötanud. Koolituse läbimine aitab ter-vishoiuvaldkonnas mittetöötavaid õdesid ette valmistada teooria- ja praktikaeksa-mi sooritamiseks, mis on vajalik tervis-hoiutöötajate registrisse kandmiseks.

Allikas: sotsiaalministeeriumi tervishoiu inimressursi juht Katre Koppel.

õppida teooriat. Õppimisel olid väga palju kasu õppevideotest, näiteks sondi või ka-teetri paigaldamise omadest. Eksamil tu-li näidata nii praktilisi oskusi kui ka tea-da teooriat. Eksamipiletikas sain veenive-re võtmise ja patsiendi vererõhu mõõtmise stetoskoobiga. Iseenesest ei olnud see raske, aga kogu eksamiprotsessi käigus vaadati ka seda, kui palju oskab eksami-nand patsiendiga suhelda ning talle sel-gitusi jagada, samuti ei tohtinud unusta-da patsiendi identifitseerimist.

Plaan on õena tööle minna

Pooleaastane töö ja vaev tasusid end ära: 20. juunil sooritasin eksami ja kuu lõpus sain terviseametist ka oma tervishoiu-töötaja koodi.

Osalemine programmis "Õed tagasi tervishoidu" oli hariv ja väljakutseterohke kogemus. Plaanin oma õe haridust ja oskusi lähitulevikus kindlasti mingil moel rakendada.

Migreeni eelsümptomid võivad alata 24 tundi varem

Diagnoos Varakult alustatud ravi parandab elukvaliteeti

Violetta Riidas

violetta.riidas@aripaev.ee

Migreenist ja selle ravist tegi ülevaate Lääne-Tallinna keskhaigla närvihaiguste keskuse juht ja Astra kliiniku neuroloog Katrin Gross-Paju.

Migreen on keeruline haigus, mis erinevalt teistest neuroloogilistest häiretest ei põhjusta klassikalisi probleeme, nagu tasakaaluhäired, halvatus või kõnehäired. See seisneb peamiselt võimetuses täita peavalu tõttu igapäevaseid ülesandeid, mis sageli sunnib inimesi oma plaane muutma ja loobuma olulistest sündmustest.

Peavaluhoogude ettearvamatus muudab migreeni sotsiaalselt ja majanduslikult koormavaks nii patsiendile kui ka ühiskonnale tervikuna.

Eelsümptomid tekivad tunduvalt varem

Migreeni eelsümptomid võivad alata juba 24 tundi enne peavalu teket. Täheldatud on kaelalihaste pinget, väsimust, närvilisust ja isegi depressiivsust. Ka võivad inimesed tunda tavapärasest suuremat vajadust haigutada või isu ebatavaliste toitude järele.

Peavaluga kaasneb sageli ka iiveldus, oksendamine, valguskartus ja ülitundlikkus lõhnade ja helide suhtes. Need sümptomid on eri raskusastmega ja võivad inimeseti varieeruda.

Tugeva peavalu ja migreeni eristamine

Tavalise tugeva peavalu ja migreeni eristamine on oluline, kuna migreeniga kaasnevad sageli aura sümptomid, nagu nägemishäired (virkendused, vaatevälja kadumine), kehalised aistingud (sipelgate jooksmise tunne või tuimus) ning iiveldus ja oksendamine.

Migreen ei ole lihtsalt tugev peavalu – see on keerukas neuroloogiline seisund, mis võib oluliselt halvendada elukvaliteeti. Peavalude korral on soovitatav pöörduda arsti poole ja mitte jääda kannatama, kuna õigeaegne ja täpne ravi võib oluliselt leevendada sümptomeid ja parandada elukvaliteeti.



Kiire reageerimine võib vähendada vajalike ravimite kogust ja vältida sümptomite süvenemist.

Katrin Gross-Paju

Migreen mõjutab naisi sagedamini, kuna seotud hormonaalsete muutustega, eriti östrogeeni taseme kõikumisega periooditi.

Rasestumisvastased vahendid, mis sisaldavad östrogeeni, võivad migreeni sümptomeid süvendada ning suurendada insuldi ja kardiovaskulaarsete haiguste riski, eriti auraga migreeni korral. Seetõttu soovitatakse sageli migreeniga naistel vältida östrogeeni sisaldavaid rasestumisvastaseid vahendeid ning kaaluda alternatiivseid meetodeid, nagu emakasine spiraal.

Migreeni esineb ka lastel, sageli mitmesuguste eelnevate sündroomide, näiteks tsüklilise oksendamise või kõhuvalude, kaudu. Nende sümptomite esinemine võib viidata migreeni tekkele hilisemas elus. Tüdrukutel esineb migreeni sagedamini alates menstruatsiooni algusest, mis on seotud hormonaalsete muutustega.

Ravi pole, kuid sümptomeid saab leevendada

Migreeni ravimine ei ole võimalik, kuid sümptomeid saab leevendada ja elukvaliteeti parandada. Esmaabina kasutatakse valuvaigisteid, alustades tavalisematest ja vajadusel liikudes spetsiifiliste migreeniravimite juurde, nagu triptaanid.

Oluline on ravi alustada varakult, kuna kiire reageerimine võib vähendada vajalike ravimite kogust ja vältida sümptomite süvenemist. Kui migreenihood on sagedased või rasked, tuleks kaaluda profülaktilist ravi, et vähendada peavalude esinemissagedust.

Ajalooliselt on migreeniravis olnud oluline läbimurre spetsiifiliste migreeniravimite, näiteks triptaanide, kasutuselevõtt. Ometi on migreeni sümptomid paljude inimeste jaoks endiselt väljakutse, eriti kui peavalud on sagedased või intensiivsed.

Profülaktiliseks raviks on kasutatud mitmesuguseid ravimeid, mis on välja töötatud teiste haiguste jaoks, nagu epilepsia või südame-veresoonkonna haigused. Need ravimid võivad vähendada migreenipäevade arvu, kuid neil on sageli kõrvaltoimed – uimasus, suukuivus ja tasakaaluhäired.

Kõrvaltoimete riski vähendamiseks on kasutusele võetud uuemaid ravimeetodeid. Üks neist on botuliintoksiini (botox) süstid, mida tehakse teatud peapiirkondadesse ja mis on näidanud efektiivsust migreenipäevade arvu vähendamisel.

Botuliintoksiini süstide mõju kestab umbes kolm kuud ja siis tuleb ravi korrata. See meetod boonuseks kortsudele paraku ei mõju.

Teine kaasaegne ravimeetod on neuromodulatsioon, mis hõlmab spetsiaalsete seadmete kasutamist migreeni sümptomite leevendamiseks. Need seadmed tekitavad kergeid elektrilisi impulsse, mida patsient tajub surinana vastavalt seadme asukohale, näiteks laubal või kukla piirkonnas.

Neuromodulatsioon võib olla kasulik nii profülaktilikana kui ka hoo ajal lisaravina. Kuigi see meetod on suhteliselt väheste kõrvaltoimetega, ei ole selle efektiivsus siiski võrreldav traditsiooniliste ravimitega.

Uusimad ravimid on monoklonaalsed antikehad

Lisaks on saadaval ka sellised uusimad ravimid – monoklonaalsed antikehad –, mis on suunatud konkreetsete neuropeptiidide vastu, olles omakorda seotud migreeni vallandamisega.

Üks selline ravim on erenumab, mida manustatakse kord kuus naha alla süstina. See on näidanud head efektiivsust migreenihoogude sageduse vähendamisel ja on vähemate kõrvaltoimetega kui traditsioonilised tabletid.

Kokkuvõttes on migreeniravi viimastel aastatel märkimisväärselt arenenud, pakkudes patsientidele mitut uut võimalust sümptomeid leevendada ja elukvaliteeti parandada.

Kuigi migreeni ei saa välja ravida, on mitmesugused ravimeetodid aidanud paljudel patsientidel vähendada peavalude sagedust ja intensiivsust ning elada täisväärtuslikumat elu. Oluline on, et migreeniga inimesed otsiksid abi ja katsetaksid eri raviviise, leidmaks endale sobivaim lahendus.



75%/90%
soodustus^{1,2}

PALJU MIGREENIGA SEOTUD VAJADUSI ÜKS LIHTNE LAHENDUS

Esimene ja ainus ravim nii migreenihoogude
RAVIKS kui ka **ENNETAMISEKS**

Migreenihoogude akuutne ravi	Annustamine: 75 mg rimegepanti vajaduse korral üks kord ööpäevas	Soodustus 75%/90% diagnoosiga G43 (auraga või aurata) täiskasvanutel, kellel on ebaõnnestunud 2 või enam triptaanravi ^{1,2}
Migreenihoogude ennetamine	Annustamine: 75 mg rimegepanti ülepäeviti	Ei ole soodustust

Viited: **1.** Sotsiaalministri 24. septembri 2002. a määruse nr 112 „Tervisekassa ravimite loetelu” muutmise–Riigi Teataja
2. Tervisekassa; <https://www.tervisekassa.ee/ravimite-kompenseerimine>

VYDURA (rimegepant) 75 mg suukaudne lüofilisaat. INN. *Rimegepant sulfate*. Retseptiravim. Näidustused: auraga või aurata migreeni ennetamiseks ja akuutseks raviks täiskasvanutel. Migreeniepisoodide ennetavaks raviks täiskasvanutel, kellel on vähemalt 4 migreenihoogu kuus.

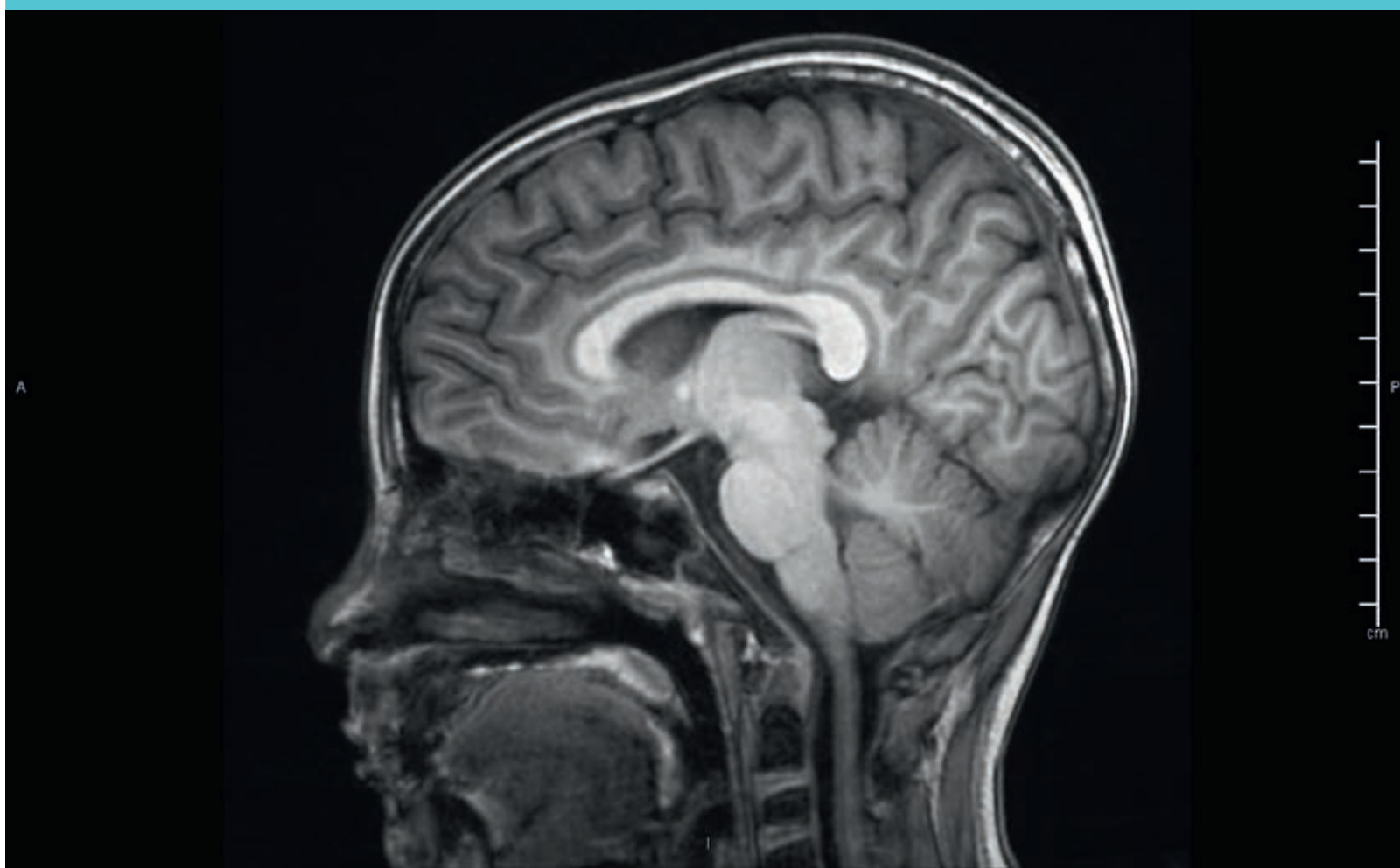
Müügiloa hoidja: Pfizer Europe MA EEIG Boulevard de la Plaine 17 1050 Brüssel Belgia.

Täiendav teave saadaval müügiloa esindaja Eesti esindusest: Pfizer Luxembourg SARL Eesti Filiaal,
A. H. Tammsaare tee 47, 11316 Tallinn. Tel. nr. +372 666 7500. Ravimi omaduste kokkuvõte 06/2023.

PP-NNT-EST-0027

Materjal kinnitatud: oktoober 2023.





Alla 35aastastel täiskasvanutel põhjustasid insuldi kõige rohkem ebatraditsioonilised riskitegurid, näiteks migreen.

FOTO: SHUTTERSTOCK

Migreen ja trombofiilia võivad suurendada insuldiriski

Hiljutises uuringus leiti, et ebatraditsioonilised riskitegurid, nagu migreen ja trombofiilia mängivad insuldiriskis olulist rolli ja mõjutavad insuldi tulemust.

Ajakirjas *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes* avaldatud uuringus vaatlesid teadlased, kuidas ebatraditsioonilised ja traditsioonilised insuldi riskitegurid aitasid kaasa insuldi tekkele 55aastastel ja noorematel täiskasvanutel.

Teadlased töötasid riskitegurite mõju uurimiseks läbi enam kui 2600 insuldijuhtumit ja üle 7800 isikuga kontrollrühma andmed.

Leiti, et alla 35aastastel täiskasvanutel põhjustasid insuldi kõige rohkem ebatraditsioonilised riskitegurid, mis vähenesid koos vanusega. Tulemused näitavad ebatraditsiooniliste insuldi riskitegurite tuvastamise tähtsust, eriti nooremate täiskasvanute seas.

Uuring tõi esile ka ebatraditsiooniliste riskitegurite mõju insuldi tulemustele. Teadlased leidsid, et ebatraditsioonilised riskitegurid, nagu migreen ja trombofiilia mängivad insuldiriskis kaalukat rolli.

Retrospektiivne juhtumikontrolli uuring tehti Ameerika Ühendriikide Colora-

do osariigi andmebaasi andmete põhjal. Teadlased analüüsisid vanuse ja bioloogilise soo järgi kihistatud mudeleid, kusjuures osalejad olid kolmes vanuserühma kategoorias: 18–34aastased, 35–44aastased ja 45–55aastased.

Ebatraditsiooniliste riskitegurite roll väheneb koos vanusega

Uuringuperioodil esines 2628 insuldijuhtu, millest 73,3% olid isheemilised ja 52% esines naistel. Juhtumeid võrreldi 7827 kontrollrühma inimese andmetega.

Kõige levinumad traditsioonilised riskitegurid olid kõrge vererõhk, hüperlipideemia ja tubaka tarbimine.

Meeste seas olid levinumad mittetraditsioonilised riskitegurid migreen, neerupuudulikkus ja trombofiilia, naiste seas migreen, trombofiilia ja pahaloomulised kasvaja.

Lisaks leidsid teadlased, et mittetraditsioonilised riskitegurid suurendasid noorimas vanuserühmas insuldiriski rohkem kui traditsioonilised riskitegurid.

18–34aastaste seas oli 31,4% meeste ja 42,7% naiste insuldist seotud ebatraditsiooniliste riskiteguritega.

Seevastu traditsioonilised riskitegurid moodustasid meeste insuldist 25,3% ja naiste omadest 33,3%. Teadlased leidsid ka, et traditsioonilistest teguritest tulenev risk saavutas haripunkti 35–44aastaste rühmas ja ebatraditsiooniliste tegurite risk vähenes koos vanusega.

Uuringu autori, Colorado ülikooli meditsiinikooli neuroloogia osakonna dotsendi Michelle Hu Lepperti sõnul tahtsid nad paremini mõista, millised riskitegurid olid noorte täiskasvanute seas kõige olulisemad.

“Leidsime, et 18–34aastaste täiskasvanute seas olid mittetraditsioonilised riskitegurid sama olulised kui traditsioonilised. Mida noorem oli patsient, seda tõenäolisem oli, et tema insult tekib ebatraditsioonilise riskiteguri tõttu. Olime üllatunud, et migreen oli 18–34aastaste täiskasvanute seas kõige olulisem ebatraditsiooniline insuldi riskitegur. Seos migreeni ja insuldi vahel on tõestatud, kuid see on esimene uuring, mis näitab, kui tugeva seosega võib olla tegemist.” Autor tõdes, et tulemused viitavad ebatraditsiooniliste insuldi riskitegurite skriinimise tähtsusele, eriti nooremate inimeste seas.

Kalifornia Saint Johni tervisekeskuse

neurokirurg ja neuroradioloog Adi Iyer, kes ise uuringus ei osalenud, ütles uuringut kommenteerides, et lisaks hästi tuntud riskitegurile, nagu hüpertensioon, selgitas kõnealune uuring noorte patsientide vähem tuntud riskitegureid, nagu migreen, autoimmuunhaigused ja trombofiilia.

“Arstid peaksid kontrollima nooremaid patsiente, kellel on ebatraditsioonilised riskifaktorid, nagu autoimmuunhaigused, migreen ja trombofiilia nende insuldiriski osas,” soovitas Iyer pöörata tähelepanu ka noorematele inimestele.

Vaja on rohkem andmeid

Kuigi uuring tõi esile olulist teavet, töid autorid siiski välja ka piirangud: uuring ei keskendunud igale võimalikule insuldi riskitegurile, samuti võivad teadlaste arvamus ebatraditsiooniliste riskitegurite kohta tegelikult olla alahinnatud.

Teadlased ütlesid ka, et neil puudusid andmed patsientide rassi ja etnilise kuuluvuse kohta, julgustades uuringut rohkemate andmete kogumiseks kordama eri populatsioonipõhistes kohortides.

Medical News Today

tõlkis ja kokkuvõtte tegi Kristiina Käit

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

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

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

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

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



**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**



Haigestumine kroonilisse neeruhaigusesse tõuseb kiiresti kogu maailmas.

FOTO: SHUTTERSTOCK

Kroonilise neeruhaigusega patsientide jälgimine

Violetta Riidas

violetta.riidas@aripaev.ee

Kroonilise neeruhaiguse jälgimisest tegi ravijuhendi uuendamise järel ülevaate PERHi nefroloogiakeskuse nefroloog-ülemarst Merike Luman.

Krooniline neeruhaigus (KNH) on ülemaailmne tervishoiuprobleem, mille levimus ja ravi maksumus on kogu maailmas tõusuteel. KNHd põeb 36% diabeetikute, 23% hüpertoonikutest ja 38% kardiovaskulaarhaigusega patsientidest. Kogu maailmas on üle 840 miljoni KNHga inimese ja haiguse esinemissagedus tõuseb alates 2021. aastast 2026. aastaks 16% ja ravi maksumus sama ajaga 23%.

Suureneb kardiovaskulaarne risk

Sõltumata KNH põhjusest, on risk kardiovaskulaarseteks (KV) tüsistusteks ja enneaegseks suremuseks selle diagnoosi korral alati tõusnud. Isheemiline nefropaatia tõstab enneaegset suremusriski 1,5 korda, hüpertensiivne nefropaatia tõstab KV tüsistuste ja suremuse riski üle kolme ning diabeetiline nefropaatia umbes kuus korda.

KNH klassifikatsioon toimub vastavalt eGFR tasemele ja albuminuuria kategooriale. Mida suurem on neerupuudulikkus ja madalam eGFR, seda suurem on KV tõenäosus ja enneaegse suremuse risk. Albuminuuria näitab, et neer on haige, kuid on ka ise riskifaktor. Mida suurem on albuminuuria, seda kiiremini progresseerub neerupuudulikkus ja seda suurem on KV risk ning üldsuresus. Seetõttu tuleb albuminuuriaga kindlasti tegeleda.

2017 anti esmakordselt koostöös tervisekassa ja Tartu ülikooliga välja KNH en-

netuse ja käsitluse Eesti ravijuhend, mida 2023. aasta oktoobris uuendati. Samuti uuendati patsiendi ravijuhend. Jälgimises muudatusi ei tehtud ja varasemad soovitusel kehtivad endiselt. Mida sügavam neerupuudulikkus ja mida kõrgem albuminuuria, seda tihedamalt peab haigeid jälgima.

Vajalikud laboratoorsed uuringud

Jälgida tuleks kindlasti neerufunktsiooni (eGFR) - kreatiniini plasmas ja eGFRi glomerulaarfiltratsiooni hindamiseks. Esmasdiagnoositud kroonilise neeruhaigusega patsientidele tuleb diagnoosi kinnitamiseks määrata korduvad laboratoorsed uuringud: kreatiniin plasmas ja dGFR ühe nädala ning seejärel kolme kuu möödudes. KNH korral on oluline dünaamika. Neerufunktsiooni võivad halvendada ägedad haigestumised, mistõttu on vajalik korduv kontroll.

Lisaks peab kindlasti jälgima albuminuuriat uriinist - albumiini ja kreatiniini suhet (alb/crea). Eelistatult tuleks analüüs teha esmasest hommikusest uriinist. Väljendunud albuminuuria (alb/crea suhe uriinis üle 30 mg/mmol, A3) korral eelistada proteinuuria korduvaks hindamiseks ja dünaamika jälgimiseks valgu ja kreatiniini suhet uriinis (prot/crea). Kindlasti ei tohiks proteinuuria suuruse määramiseks ja jälgimiseks kasutada uriini ribaanalüüsi. Ka siin on oluline jälgida dünaamikat.

Albuminuuria on KV ja neerudega seotud tüsistuste sõltumatu ennustusfaktor. Kohortandmete metanalüüsis on näidatud, et kui me suudame kahe aasta jooksul albuminuuriat 30% vähendada, suudame lõppstaadiumi neerupuudulikkuse tekkeriski vähendada 17%.

Tasub teada: Milliseid patsiente ja kui tihti jälgida KNH õigeaegseks avastamiseks?

Aastas vähemalt korra

- diabeediga
- kõrgvererõhktõve ja teiste KV haigustega
- potentsiaalselt neeru kahjustava süsteemse haigusega (nt süsteemne erütematoosluupus)
- Iga 2-5 aasta tagant
- metaboolse sündroomiga
- struktuursete urotrakti haigustega

- korduvate neerukividega
 - eesnäärme hüpertroofiaga
 - neeruhaiguste perekondliku anamneesiga (lõppstaadiumi neeruhaigus ja pärilikud neeruhaigused).
- Pärast ägeda neerukahjustuse episoodi tuleb patsiente jälgida kroonilise neeruhaiguse tekke osas 2-3 aasta jooksul.

Allikas: Merike Luman

Hea teada: Ravijuhendi soovitusel patsiendi jälgimiseks

- Kroonilise neeruhaiguse progresseerumise hindamiseks määrake patsientidel regulaarselt kreatiniini tase plasmas koos eGFR-i hindamisega ning albumiini ja kreatiniini suhe uriinis. Hindamise sagedus sõltub kroonilise neeruhaiguse raskusastmest, progresseerumise kiirusest ja patsiendi kliinilisest seisundist.
- Kroonilise neeruhaigusega patsiendi ägeda haigestumise (nt infektsioon, müokardiinfarkt jt) korral või neeruhaigu-

se ägenemisel hinnake neerufunktsiooni (kreatiniin plasmas, eGFR) dünaamikat.

- Kiire ja ebaselge neerufunktsiooni vähenemise korral (eGFRi alanemine enam kui 15 mL/min/1,73 m² aastas või võrreldes eelva määramisega) on soovitatav eGFRi korrata kahe nädala jooksul.

Lisaks tuleks põhjuse täpsustamiseks teha ultraheliuuring ja vajadusel konsulteerida nefroloogiga.

Allikas: ravijuhend

38%

• kardiovaskulaarhaigustega patsientidest põeb liiks kroonilist neeruhaigust.



2. tüüpi diabeediga seostatava
kroonilise neeruhaiguse (KNH) raviks

Üks otsus saab
muuta tulevikku



Kerendia (finerenon) aitab aeglustada
kroonilise neeruhaiguse progressiooni ^{*1}



Kerendia[®]
finerenon

Kerendia (finerenon) õhukese polümeerikattega tabletid. ▼ Sellele ravimile kohaldatakse täiendavat järelevalvet, mis võimaldab kiiresti tuvastada uut ohutusteavet. Tervishoiutöötajatel palutakse teatada kõigist võimalikest kõrvaltoimetest. **Retseptiravim.** Enne ravimi määramist tutvuge palun ravimi omaduste kokkuvõttega. **Ravimvorm ja toimeaine sisaldus:** Üks õhukese polümeerikattega tablett sisaldab vastavalt, kas 10 mg või 20 mg finerenooni. **Näidustus:** Kerendia (finerenon) on näidustatud 2. tüüpi diabeediga seostatava kroonilise neeruhaiguse (koos albuminuuriaga) raviks täiskasvanutel. Uuringutulemused kardiovaskulaarsete ja renaalsete juhtude esinemise kohta on toodud ravimi omaduste kokkuvõtte lõigus 5.1. **Annustamine ja manustamisviis:** Soovitav sihtannus ja maksimaalne annus on 20 mg finerenooni üks kord ööpäevas. **Vastunäidustused:** Ülitundlikkus toimeaine või mis tahes abiainetes suhtes. Samaaegne ravi CYP 3A4 tugevate inhibiitoritega. Addisoni tõbi. **Erihoiatused ja ettevaatusabinõud kasutamisel:** Finerenooniga ravitud patsientidel on täheldatud hüperkaleemiat. Riskitegurid on muu hulgas madal eGFR, seerumi suurem kaaliumisisaldus ja varasemad hüperkaleemia episoodid. Nende patsientide puhul tuleb kaaluda sagedamat jälgimist. Ravi finerenooniga ei tohi alustada kui seerumi kaaliumisisaldus on > 5,0 mmol/l; kui eGFR on < 25 ml/min/1,73 m² või kui patsiendil on raske maksakahjustus. Kui seerumi kaaliumisisaldus on > 5,5 mmol/l, tuleb ravi finerenooniga katkestada kuni seerumi kaaliumisisaldus on ≤ 5,0 mmol/l. Seejärel võib ravi taas alustada finerenooni annusega 10 mg üks kord ööpäevas. Kõigil patsientidel tuleb 4 nädalat pärast finerenooniga ravi alustamist, taas alustamist või annuse suurendamist mõõta uuesti seerumi kaaliumisisaldust ja eGFR-i. Finerenooni ei tohi samaaegselt manustada koos kaaliumi säästvate diureetikumidega ja muude mineralokortikoidreceptorite antagonistidega ja tugevate või mõõdukate CYP3A4 indutseerijatega. Ravi ajal finerenooniga ei tohi süüa greipe ega juua greibimahla. Finerenooni peab kasutama ettevaatusega ja jälgima seerumi kaaliumisisaldust kui kasutada samaaegselt kaaliumit sisaldavaid toidulisandeid; trimetoprimi või trimetoprimi/sulfametoksasooli või mõõdukaid või nõrku CYP3A4 inhibiitoreid või kui patsiendil on mõõdukas maksakahjustus. Piiratud kliiniliste andmete tõttu tuleb ravi finerenooniga lõpetada patsientidel, kelle neeruhaigus on progresseerunud lõppstaadiumisse (eGFR < 15 ml/min/1,73 m²). Finerenooni ei tohi kasutada raseduse ajal, välja arvatud kui on hoolikalt kaalutud ravist saadavat kasu naisele ja riski lootele. Naistel tuleb soovitada ravi ajaks finerenooniga rinnaga toitmist lõpetada. Kerendia (finerenon) sisaldab laktoosi. **Kõrvaltoimed:** esinemissagedus väga sage: hüperkaleemia; esinemissagedus sage: hüponatreemia, hüperurikeemia, hüpotensioon, sügelus, glomerulaarfiltratsiooni kiiruse vähenemine; esinemissagedus aeg-ajalt: hemoglobiini taseme vähenemine. **Müügiloa hoidja:** Bayer AG, 51368 Leverkusen, Saksamaa. **Täiendav informatsioon:** Bayer OÜ, Lõotsa 12, Tallinn 11415, tel: +372 655 8565 või mi.baltic@bayer.com Eesti humanravimite registrist (www.ravimiamet.ee) **Ravimi omaduste kokkuvõtte viimati läbi vaadatud** veebruaris 2023, EU versioon 2 PP-KER-EE-0005-1

* 2. tüüpi diabeediga seostatava kroonilise neeruhaiguse. Viited: 1. Kerendia (finerenon) ravimi omaduste kokkuvõtte, viimati läbi vaadatud veebruaris 2023

Kopsuvähi sõeluuringu pilootprojekti saadi 79% sihtrühmast

Mai lõpus esitleti Tartus kopsuvähi sõeluuringu Eesti rakendusdokumenti ja kopsuvähi sõeluuringu uut mudelit, mille abil õnnestus 2021. ja 2022. aastal Tartus ja Tartumaal tuua uuringusse rekordiliselt 79% sihtrühmast. Uuringu käigus diagnoositi esimesel aastal 30 kopsuvähi esmasjuhtu, millest suurem osa olid varajases staadiumis.

Kopsuvähi sõeluuringu pilootprojekti eestvedaja, Tartu ülikooli kliinikumi rindkerekirurg Tanel Laisaar ütles, et kopsuvähi diagnoosimisel on oluline ennetustöö, loodud uus mudel võimaldab sõeluuringut teha tõhusamalt ning seeläbi paremini inimesteni jõuda. Ta lisas, et kopsuvähi sõeluuringu mudeli edukus peitub eelkõige personaalsuses ja patsiendi järjepidevas toetamises.

“Meie eesmärk oli tagada patsiendi, perearstikeskuse ja spetsialistide vaheline sujuv infovahetus ning toetada patsienti kogu protsessi vältel,” sõnas Laisaar. “Määrav roll kogu protsessis oli ka sõeluuringu koordinaatoritel, kes toetasid vajaliku info ja nõustamisega sõeluuringusse kaasatud patsienti algusest lõpuni,” lisas ta.

Riskiskoori kasutamine tõstab tabavust

Terviseminister Riina Sikkut ütles, et kui võrrelda kopsuvähi esinemist 1990. aastate ehk tippaastatega, on suitsetamisvastane võitlus olnud edukas ja kopsuvähi haigestutakse vähem. Samas on kopsuvähi Eestis kõige sagedasem vähisurma põhjus.

„Takistuseks on olnud liiga hiline avastamine,” selgitas minister kopsuvähi tõrjumise kitsakohta.

Sikkut nentis, et varasemaks avastamiseks on Eestile vaja nutikat vähi sõeluuringu programmi. “Pilootprojekt Tartumaal näitas, et riskiskoori kasutamine tõstab tabavust ning perearstide ja -õdede abi sihtrühma uuringusse kaasamisel lisab tõhusust veelgi,” sõnas Sikkut.

“Vähk on kompleksne haigus ning sellele peabki koostöö ja ühise jõupingutusega vastama, et olla edukas,” ütles minister Sikkut, tänades sõeluuringu ellu rakendamisse panustajaid.

Plaan laiendada ka teistesse maakondadesse

Pilootprojekti osales kokku üle 80 perearstikeskuse Tartust ja Tartumaalt. Ka tervisekassa juht Rain Laane sõnas meeskonda tänades, et pilootprojekti õnnestumine oli tugeva meeskonnatöö tulemus. “Oleme pilootprojektiga teinud hea stardi ja plaanime järk-järgult laiendada ka teistesse maakondadesse,” lisas ta.

Laane sõnul on koostöös nüüdseks väl-



Vasakult: Riina Sikkut, Ruth Kalda, Tanel Laisaar, Rain Laane, Hanno Püttsepp.

FOTO: META ADVISORY

ja töötatud sobivate tegevuste ja tempoga lahendus. “Nüüd peame leidma täiendava viisi, kuidas kasutada tehnoloogiat nii, et sõeluuring jõuaks võimalikult paljude inimesteni üle Eesti,” lisas ta.

Üks kopsuvähi sõeluuringu pilootprojekti toetajatest, AstraZeneca Eesti valitsussuhete juht Hanno Püttsepp ütles, et era- ja avalik sektori peaksidki aina rohkem koostööd tegema.

“On ainuõige, et suurte väljakutsete ja probleemide lahendamiseks tullakse koos ühise laua taha ning leitakse koos kõige paremad viisid – kopsuvähi sõeluuringu pilootprojekt on sellise koostöö ehe näide,” sõnas Püttsepp.

Eestis saab igal aastal kopsuvähi diagnoosi üle 800 inimese

Sõeluuringu laiendamise eeltööna kaardistati kogu Eesti valmisolek ning koostati Eesti kopsuvähi sõeluuringu rakendusdokument.

Selle autorid on doktor Laisaar, kliinikumi onkoloogia professor Jana Jaal, kliinikumi peremeditsiini professor Ruth Kalda, Põhja-Eesti regionaalhaigla (PERH) onkoloog-ülemarst Vahur Valvere, PERHi radioloog-vanemarst Rein Raudsepp ning Better Medicine'i tegevjuht ja asutaja Priit Salumaa.

Eestis saab igal aastal üle 800 inimese teada, et neil on kopsuvähi. Vähk avastatakse tavaliselt alles hilises staadiumis, kus efektiivseid ravivõimalusi eriti ei ole. Eestis sureb igal aastal kopsuvähki 600 inimest.

Kopsuvähi sõeluuringu pilootprojekti rakendasid ellu tervisekassa, kliinikum, Tartumaa perearstid ja õed ning AstraZeneca Eesti esindus.

Meditsiiniuudised

Esimeses staadiumis avastamine annab elulootust

Esimeses staadiumis avastatud kopsuvähi puhul on viie aasta elulemus 55%, kauglearenenud juhul vaid 5%.

“Patsientidest, kelle kopsuvähi avastatakse kauglearenenud ja/või metastaseerunud staadiumis, on viis aastat pärast diagnoosi saamist elus vaid kuni 5%, esimese staadiumi puhul 55%,” kirjeldas sõeluuringu eesmärki tervisekassa sõeluuringute teenusejuht Maria Suurna.

“Mida varem jaole saame, seda tõenäolisem on, et kirurgiline ravi on edukas ja inimene paraneb,” rõhutas kopsuvähi tegevusuuringut juhtinud Tartu ülikooli kliinikumi rindkerekirurg Tanel Laisaar.

Tartu linnas ja maakonnas on kopsuvähi sõeluuringu tegemist katsetatud 2021. aastast: perearstid ja -õed suhtlesid oma nimistute 55-74aastaste ravikindlustatud patsientidega (kokku üle 24 400 inimese), küsisid, kas nad suitsetavad või on kunagi suitsetanud ja kas nende peres on esinenud kopsuvähki. Saadud vastuste alusel määratud riski põhjal suunati osa patsientide madaladoosilisse kompuutertomograafiasse, et tuvastada võimalik kopsuvähi.

2023. aasta augusti lõpu seisuga oli sõeluuringutel diagnoositud 30 kopsuvähi juhtu, neist enam kui pooled esimeses ja teises ehk varajases staadiumis. Avastatud vähkidest opereeriti 67%, samas on väljaspool sõeluuringut avastatud kopsuvähkidest kirurgiliselt ravitavad vaid kuni veerand.

Vähi esimeses ja teises staadiumis sümptomeid tavaliselt veel ei esine, ent

vähieelse seisundi või vähi varajane avastamine aitab ennetada haigestumist, suurendada tervenemise tõenäosust ja ravida patsienti tõhusamalt.

2021. aastal registreeriti Eestis TAI vähiraporti kohaselt kokku 8224 vähi esmasjuhtu, millest 4084 diagnoositi meestel ja 4140 naistel. Kõige sagedamad pahaloomulised kasvajaad meestel olid sarnaselt varasematele aastatele eesnäärme- ja kopsuvähi (vastavalt 26% ja 13% kõigist vähi esmasjuhtudest), naistel rinnavähk ja naha mittermelanoom (kumbki 19% esmasjuhtudest).

Võrreldes COVID-19 pandeemia eelnenud, 2015.-19. aastate keskmisega diagnoositi 2021. aastal vähijuhte 8% vähem. 2020. aastal alanud juhtude arvu vähenemist võib tõenäoliselt seostada pandeemiaaegse ja -järgse tervishoiuteenuste kättesaadavuse vähenemisega.

Nii oli hematoloogiliste kasvaja juhtude arv 2021. aastal 16% väiksem kui pandeemiaeelse perioodi keskmine, neeruvähi puhul oli langus 15%, nahamelanoomi puhul 11% ja eesnäärmevähi puhul 8%. Teisalt võib näiteks kopsu- ja maovähi juhtude arvu langust seostada pikaajalise riskitegurite vähenemisest tingitud trendi või sõeluuringu mõjuga. Kui meestel oli kopsuvähi staadiumijaotus diagnoosimise hetkel sarnane 2020. aasta omale, siis naiste puhul vähenes märgatavalt esimeses ning suurenes neljandas staadiumis diagnoositud juhtude osakaal.

Meditsiiniuudised

Vähipatsientide tuleviku võti

Rohkem homseid rohkematele patsientidele

KEYTRUDA®
(pembrolizumab)

KEYTRUDA (pembrolizumab) on retseptiravim

Melanoom KEYTRUDA monoterapia on näidustatud kaugelearenenud (mitteresetseeritava või metastaatilise) melanoomiga täiskasvanute raviks. KEYTRUDA monoterapia on näidustatud IIB, IIC või III staadiumi melanoomiga täiskasvanute adjuvantraviks pärast täielikku resektsiooni.

Mitteväikerakk-kopsuvähk (*non-small cell lung carcinoma, NSCLC*) KEYTRUDA monoterapia on näidustatud esimese rea ravina metastaatilise mitteväikerakk-kopsuvähi raviks täiskasvanutele, kelle kasvaja ekspresseerib PD-L1 kasvaja proportsiooni skooriga (TPS) $\geq 50\%$ ning kellel ei esine EGFR- ega ALK-positiivseid kasvaja mutatsioone. KEYTRUDA kombinatsioonis pemetrekseedi ja plaatinat sisaldava keemiaraviga on näidustatud metastaatilise mittelamerakulise mitteväikerakk-kopsuvähi esimese rea raviks täiskasvanutele, kellel ei esine EGFR- ega ALK-positiivseid kasvaja mutatsioone. KEYTRUDA kombinatsioonis karboplatiini ja kas paklitakseeli või nab-paklitakseeliga on näidustatud metastaatilise lamerakk-mitteväikerakk-kopsuvähi esimese rea raviks täiskasvanutele.

Klassikaline Hodgkini lümfoom (cHL) KEYTRUDA monoterapia on näidustatud retsidiveerunud või refraktaarse klassikalise Hodgkini lümfoomi raviks täiskasvanud patsientidele ja lastele vanuses 3 aastat ja vanemad, kellel on ebaõnnestunud autoloogne tüvirakkude siirdamine (ASCT, *autologous stem cell transplant*) või pärast vähemalt kahte eelnevat ravi, kui ASCT ei ole sobiv ravivalik.

Pea- ja kaelapiirkonna lamerakk-kartsinoom (*head and neck squamous cell carcinoma, HNSCC*) KEYTRUDA monoterapia või kombinatsioonis plaatinat ja 5-fluorouratsiili (5-FU) sisaldava keemiaraviga on näidustatud esimese rea ravina metastaatilise või mitteresetseeritava korduva pea- ja kaelapiirkonna lamerakk-kartsinoomi raviks täiskasvanutele, kelle kasvaja ekspresseerib PD-L1 CPS-iga ≥ 1 .

Kolorektaalvähk (*colorectal cancer, CRC*) KEYTRUDA monoterapia on näidustatud mikrosatelliitide kõrge ebastabiilsusega (*microsatellite instability-high, MSI-H*) või valepaardumisreparaatsiooni geeni defektsusega (mismatch repair deficient, dMMR) metastaatilise kolorektaalvähi esimese rea raviks täiskasvanutele.

Mitte-kolorektaalvähid KEYTRUDA monoterapia on näidustatud järgmiste MSI-H või dMMR kasvajate raviks täiskasvanutel, kellel on:

- kaugelearenenud või retsidiveerunud endomeetriumi kartsinoom, ja kelle haigus on edasi arenenud eelneva plaatinat sisaldava ravi ajal või järel mis tahes raviskeemi puhul ning kes ei sobi kuratiivseks kirurgiliseks ega kiiritusraviks;

- mitteresetseeritav või metastaatiline mao, peensoole või sapiteede vähk, ja kelle haigus on edasi arenenud vähemalt ühe eelneva ravi ajal või järel.

Kolmiknegatiivne rinnanäärmevähk (*triple negative breast cancer, TNBC*) Neoadjuvantravi KEYTRUDA ja keemiaravi kombinatsiooniga, millele pärast kirurgilist operatsiooni järgneb adjuvantravi KEYTRUDA monoterapiaga, on näidustatud lokaalselt kaugelearenenud või varajases staadiumis kolmiknegatiivse rinnanäärmevähi raviks täiskasvanud patsientidele, kellel on suur risk kasvaja retsidiivi tekkeks.

Emakakaelavähk KEYTRUDA kombinatsioonis keemiaraviga koos bevatsizumabiga või ilma on näidustatud persisteeriva, retsidiveerunud või metastaatilise emakakaelavähi raviks täiskasvanutel, kelle kasvaja ekspresseerib PD-L1 CPS-iga ≥ 1 .

ANNUSTAMINE:

Täiskasvanutel on soovitatav annus kas 200 mg iga 3 nädala järel või 400 mg iga 6 nädala järel, mis manustatakse 30 minutit kestva intravenoosse infusioonina. cHL-ga 3-aastastel ja vanematel lastel või melanoomiga 12-aastastel ja vanematel noorukitel on soovitatav annus monoterapiana 2 mg/kg kehakaalu kohta (maksimaalselt kuni 200 mg) iga 3 nädala järel, mis manustatakse 30 minutit kestva intravenoosse infusioonina. Patsiente tuleb pembrolizumabiga ravida kuni haiguse progresseerumise või vastuvõetamatu toksilise toime ilmnemiseni. Täheldatud on ebatüüpilisi ravivastuseid (st esialgset mõõduvat kasvaja suurenemist või väikeste uute vähikollete teket esimestel kuudel, millele järgneb kasvaja kahanemine). Kliiniliselt stabiilsetel patsientidel, kellel ilmnevad esialgsed haiguse progresseerumise tunnused, on soovitatav ravi jätkata kuni haiguse progresseerumine on kinnitatud. Melanoomi ja NSCLC adjuvantraviks tuleb KEYTRUDAt manustada kuni haiguse retsidiivi või mittevastuvõetava toksilisuse tekkeni või kestusega kuni üks aasta. TNBC neoadjuvant- ja adjuvantravi korral tuleb patsiente ravida neoadjuvantse KEYTRUDA ja kemoterapia kombinatsiooniga: 8 korda annusega 200 mg iga 3 nädala järel või 4 korda annusega 400 mg iga 6 nädala järel või kuni lõplikku kirurgilist ravi välistava haiguse progressioonini või vastuvõetamatu toksilisuseni. Sellele järgneb adjuvantravi KEYTRUDA monoterapiaga, manustades 9 korda annusega 200 mg iga 3 nädala järel või 5 korda annusega 400 mg iga 6 nädala järel või kuni haiguse retsidiivi tekkeni või vastuvõetamatu toksilisuseni. Patsiendid, kellel tekib lõplikku kirurgilist ravi välistav haiguse progressioon või KEYTRUDA ja kemoterapia kombinatsiooni neoadjuvantraviga seotud vastuvõetamatu toksilisus, ei tohi saada adjuvantravi KEYTRUDA monoterapiaga.

Enne KEYTRUDA (pembrolizumab) määramist tutvuge palun ravimi omaduste kokkuvõttega.

Ohutusalaane teave KEYTRUDA (pembrolizumab) kohta

Järgnev teave on lühikokkuvõtte ravimi omaduste kokkuvõttest. Enne KEYTRUDA (pembrolizumab) määramist tutvuge palun ravimi omaduste kokkuvõtte täisversiooniga.

VASTUNÄIDUSTUSED:

Ülitundlikkus toimeaine või abiainete (histidiin, histidiinvesinik-kloriidmonohüdraat, sahharoos, polüsorbaat 80, süstevesi) suhtes.

ERIHOIATUSED JA ETTEVAATUSABINÕUD KASUTAMISEL:

Immuunvahendatud kõrvaltoimed

Pembrolizumabi saavatel patsientidel on esinenud immuunvahendatud kõrvaltoimeid, sh rasked ja surmaga lõppenud juhud. Suurem osa pembrolizumabi ravi ajal ilmnenu immuunvahendatud kõrvaltoimetest olid pöörduvad ja ravitavad pembrolizumabi ravi katkestamise, kortikosteroidide manustamise ja/või toetava raviga. Immuunvahendatud kõrvaltoimeid on ilmnenu ka pärast viimase pembrolizumabi annuse manustamist. Immuunsüsteemiga seotud kõrvaltoimed võivad samaaegselt esineda rohkem kui ühes organsüsteemis. Kõrvaltoime raskuse põhjal tuleb pembrolizumabi manustamine edasi lükata ja manustada kortikosteroide. Pembrolizumabi manustamist võib uuesti alustada 12 nädala jooksul pärast viimast pembrolizumabi annust, kui kõrvaltoime jääb 1. raskusastmele või alla selle ja kortikosteroidi annust on vähendatud prednisooni ≤ 10 mg või samaväärse ravimi ööpäevase annuseni. Ravi pembrolizumabiga tuleb lõplikult katkestada, kui kordub mis tahes immuunvahendatud 3. raskusastme kõrvaltoime ja mis tahes immuunvahendatud 4. raskusastme toksilisuse korral, välja arvatud hormoonasendusravile alluvate endokrinopaatiate korral.

Siirdamisega seotud kõrvaltoimed

PD-1 inhibiitoreid kasutanud patsientidel on turuletulekujärgselt teatatud soliidorganite siirikute äratõukereaktsioonidest. Ravi pembrolizumabiga võib suurendada siiratud soliidorganiga patsientidel äratõukereaktsiooni riski. Siiratud organiga patsientidele pembrolizumab-ravi määramisel peab võrdlema ravi kasulikkust elundi äratõukereaktsiooni tekkeriskiga.

KÕRVALTOIMED:

Pembrolizumabi ohutust kombinatsioonis kemoterapiaga on hinnatud kliinilistes uuringutes 5183-l erinevat tüüpi kasvajatega patsiendil, kes said pembrolizumabi annuses 200 mg, 2 mg/kg kehakaalu kohta või 10 mg/kg kehakaalu kohta iga 3 nädala järel. Selles patsiendipopulatsioonis olid kõige sagedamad kõrvaltoimed aneemia (52%), iiveldus (52%), väsimus (35%), kõhulahtisus (33%), kõhukinnisus (32%), oksendamine (28%), vähenenud söögiisu (28%), neutrofiilide arvu vähenemine (27%) ja neutropeenia (25%). 3...5. astme kõrvaltoimete esinemissagedus oli NSCLC patsientidel pembrolizumabi kombinatsioonravi puhul 69% ja ainult kemoterapia puhul 61%, HNSCC patsientidel pembrolizumabi kombinatsioonravi puhul 85% ja kemoterapia pluss tsetuksimabi puhul 84%, söögitoru kartsinoomiga patsientidel pembrolizumabi kombinatsioonravi puhul 86% ja ainult kemoterapia puhul 83%, TNBC-ga patsientidel pembrolizumabi kombinatsioonravi puhul 80% ja ainult kemoterapia puhul 77%, emakakaelavähiga patsientidel pembrolizumabi kombinatsioonravi puhul 82% ja kemoterapia (koos bevatsizumabiga või ilma) puhul 75%, maovähiga patsientidel pembrolizumabi kombinatsioonravi (kemoterapia koos trastuzumabiga või ilma) puhul 74% ja kemoterapia (koos trastuzumabiga või ilma) puhul 68% ning sapiteede kartsinoomiga patsientidel pembrolizumabi kombinatsioonravi puhul 85% ja ainult kemoterapia puhul 84%. Kliinilistes uuringutes on pembrolizumabi monoterapiaga ohutust hinnatud 7631-l erinevat tüüpi kasvajatega patsiendil nelja annuse (2 mg/kg kehakaalu kohta iga 3 nädala järel, 200 mg iga 3 nädala järel või 10 mg/kg kehakaalu kohta iga 2 või 3 nädala järel) korral. Selles patsiendipopulatsioonis oli jälgimisperioodi mediaan 8,5 kuud (vahemikus 1 päev kuni 39 kuud) ja pembrolizumabi kõige sagedasemad kõrvaltoimed olid väsimus (31%), kõhulahtisus (22%) ja iiveldus (20%). Enamik monoterapiaga korral teatatud kõrvaltoimetest olid 1. või 2. raskusastmega. Kõige tõsisemad kõrvaltoimed olid immuunvahendatud kõrvaltoimed ja rasked infusiooniga seotud reaktsioonid. Immuunvahendatud kõrvaltoimete esinemissagedus oli pembrolizumabi monoterapiaga adjuvantravi rühmas kõigi raskusastmete puhul 37% ja 3. kuni 5. raskusastme puhul 9% ning metastasid ravi rühmas kõigi raskusastmete puhul 25% ja 3. kuni 5. raskusastme puhul 6%. Uusi immuunvahendatud kõrvaltoimeid adjuvantravi puhul ei tuvastatud.

Immuunvahendatud kõrvaltoimed: pembrolizumabi saanud patsientidel esines: pneumoniiti 4,2%, koliiti 2,1%, hepatiiti 1%, nefriiti 0,5%, endokrinopaatiatest neerupealiste puudulikkust 1%, hüpotüüsiiti 0,7%, hüpertüreooosi 5,2%, hüpotüreooosi 12,3% ning immuunvahendatud rasked nahareaktsioonid esines 1,7%. Harvadel juhtudel esines SJS ja TEN juhtumeid, mis mõnel juhul lõppesid surmaga. Muud immuunvahendatud kõrvaltoimed: uveit, artriit, müosiit, müokardiit, pankreatiit, Guillaini-Barré sündroom, müasteeniline sündroom, hemolüütiline aneemia, sarkoidoos, entsefaliit, müeliit, vaskuliit, skleroseeriv kolangiit, gastriit, mittenakkuslik tsüstiit ja hüpoparatiroidism.

Farmakoterapeutiline rühm: kasvajavastased ained, PD-1/PDL-1 (programmeeritud rakusurma valk 1/programmeeritud rakusurma ligand 1) inhibiitorid, ATC kood: L01FF02



Müügiloa hoidja: Merck Sharp & Dohme B.V. Waarderweg 39, 2031 BN Haarlem, Holland.

Täiendav teave on saadaval ravimi müügiloa hoidja esindusest: Merck Sharp & Dohme OÜ, A. H. Tammsaare tee 47, Tallinn 11316, tel 614 4200, www.msd.ee, msdeesti@merck.com

EE-KEY-00099 04/2024



Teadlased leidsid, et perimenopausis naistel on 40% suurem risk kogeda depressiivseid sümptomeid.

FOTO: SHUTTERSTOCK

Perimenopaus suurendab oluliselt depressiooni riski

Perimenopaus tõstab riski kogeda depressiivseid sümptomeid või depressiooni 40%, selgus London's Global University UCL Medical Schooli teadlaste juhitud uuringust.

Ajakirjas Journal of Affective Disorders avaldatud uuring haaras metaanalüüsi seitse uuringut, mis hõlmasid 9141 naist üle kogu maailma (sealhulgas Austraalia, USA, Hiina, Holland ja Šveits), et mõista, kas menopausi eri etapid on seotud näiteks ka eri depressiooniriskiga. Perimenopaus on periood kolm kuni viis aastat enne menopausi algust, mis kestab reeglina aasta pärast viimast menstruatsiooni, kuid võib kesta kokku neli kuni kaheksa aastat.

Sellel etapil hakkavad naiste östrogeeni ja progesterooni tasemed kõikuma, põhjustades ebaregulaarseid

menstruaaltsükleid ja muid menopausi sümptomeid, mille hulka kuuluvad ka meeleolumuutused ja depressiivsed meeleolud.

Teadlased leidsid, et perimenopausis naistel oli võrreldes premenopausis naistega märkimisväärselt suurem risk (umbes 40%) kogeda depressiivseid sümptomeid ja saada depressiooni diagnoos. Naistel, kes olid jõudnud postmenopausi (aasta pärast viimast menstruatsiooni), ei olnud võrreldes premenopausis naistega depressioonirisk märkimisväärselt suurenenud.

Sümptomeid mõõdeti standardiseeritud, rahvusvaheliselt tunnustatud enesetesti instrumentide abil, sealhulgas Patient Health Questionnaire PHQ-9 (mis arvestab teguritena huvipuudust, uneprobleeme ja kehva meeleolu).

Uuringu juhtiv autor, doktor Roopal

Desai ütles tulemusi kommenteerides: "See uuring näitab, et perimenopausi staadiumis naised kogevad märkimisväärselt suurema tõenäosusega depressiooni kui enne või pärast seda etappi. Uuringu tulemused rõhutavad vajadust mõista, et naised on selles eluetapis depressioonist keskmisest ohustatumad. See rõhutab ka vajadust pakkuda toetust ja sõeluuringut naiste vaimse tervise vajaduste tõhusaks lahendamiseks."

Kõnealune uuring ilmus vahetult pärast teadlaste eelmist publikatsiooni, mis leidis, et teraapia - nagu teadveloleku- ja kognitiiv-käitumisteraapia - võib olla tõhus ravi menopausi mittefüüsiliste sümptomite leevendamiseks.

Uuringu kaasautor, professor Aimee Spector rõhutas vajadust probleemiga tegeleda. "Naised veedavad aastaid oma

elust menopausi sümptomitega, mis võivad avaldada suurt mõju nende heaolule ja elukvaliteedile. Meie tulemused näitavad, kui oluliselt võib perimenopausis naiste vaimne tervis sellel ajal kannatada. On tarvis suuremat teadlikkust, et pakkuda neile sobivat meditsiinilist toetust ja abi nii töökohal kui ka kodus," ütles ta.

"Globaalsete uuringute andmete analüüs näitab, et neid tulemusi ei saa omistada üksnes kultuurilistele teguritele või elustiili muutustele, mida on mõnikord kasutatud perimenopausi ajal kogetavate depressiivsete sümptomite seletamiseks," tõi välja uuringu teine juhtiv autor Yasmeeen Badawy.

Science Daily

Tõlkis Violetta Riidas

Toimetas dr Made Laanpere

Üle poole perimenopausis naistest kogeb meeleolumuutuseid

Uuringu tulemusi kommenteeris Tartu ülikooli kliinikumi naistekliiniku kaasprofessor, naistearst Made Laanpere, kes on naiste menopausieelsele ja -järgsele tervisele tähelepanu juhtinud juba aastaid.

Suurbritannias tehti üsna hiljuti sihtühma naiste hulgas ulatuslik küsitlusuuring, mis näitas, et 60% naistest ei teadnud enne 40. eluaastat menopausist midagi, 68% hakkas menopausi kohta infot otsima alles esimeste kaebuste puhul ja 17% alles tükk aega hiljem. Uuringust selgus üllatuslikult, et kuigi kõik õpikud räägivad menstruaaltsüklihäirete kõrval sagedamini esinevatest kuumahoogudest, siis enim kannatavad naised hoopis mitmesuguste psühholoogiliste probleemide käes, sh meeleoluhäired. Kui 45% perimenopausis naistest koges vasomotoor-



Perimenopausi on ignoreeritud ning paljud naised on jäänud toetuse ja abita.

Made Laanpere

seid kaebuseid, siis 68% meeleolu muutusi ja nn ajuudu (i.k. brain fog). Üle poole naistest tundis ärevust, ärrituvust, enesekindluse kadu, pisaratevalmidust, halba tuju, väsimust, mälu halvenemist, motivatsiooni puudust ja keskendumisraskusi. Seetõttu artiklis esitatut ei üllata. Naised, kes alustavad perimenopausis hormoon-asendusravi kuumahoogude tõttu, tajuvad väga kiiresti nende taandumist. Nimetatud psühholoogiliste sümptomite kogemine on palju mitmetahulisem ja ravitulemuse võib kokku võtta lausesse „Ma ei teadnudki, kui halvasti ma ennast enne ravi tundsin“. Nõustun täiesti artikli autoritega, et perimenopausi kui potentsiaalselt naise tervist ja toimetulekut halvendavat probleemi on ignoreeritud ning paljud neist on jäänud toetuse ja abita.

Vagifem® 10
10µg 17β-estradiol

vaginaalse atroofia
väikeseannuseliseks lokaalseks
hormoonasendusraviks

Intiimpiirkonna vaevused?

- Kuivus
- Sügelus
- Kipitus
- Tundlikkus
- Valulik seks

Vagifem® 10 mikrogrammi vaginaal-tabletid. Üks tablett sisaldab 10 µg östradioli (östradiolhemihüdraadi-na). Toimeaine, sünteetiline 17β **östra-diool, on keemiliselt ja bioloogiliselt identne inimese endogeense östra-diooliga.** Pakendis on 18 vaginaal-tabletti koos aplikaatoritega. **Näidustus.** Östrogeenide puudusest tingitud atroofilise vaginiidi ravi postmenopausis naistel. **Vastunäidustused.** Rinnanäärmevähk või selle kahtlus; rinnanäärmevähi esinemine anamneesis. Östrogeensõltuvad pahaloomulised kasvaja (nt endomeetriumi vähk), nende kahtlus või varasem esinemine anamneesis. Ebaselge põhjusega vereeritus tupest. Ravimata endomeetriumi hüperplaasia. Varem esinenud või esinev venoosne trombemboolia (süvaveenide tromboos, kopsuemboolia). Teadaolevad trombofiilsed häired (nt C-valgu, S-valgu või antitrombiini puudulikkus). Esinev või hiljuti esinenud arteriaalne trombembooliline haigus (nt stenokardia, müokardiinfarkt). Äge maksahaigus või põetud maksahaigus, kui maksafunktsiooni näitajad ei ole normaliseerunud. Ülitundlikkus toimeaine või mõne abiaine suhtes. Porfüüria. **Erihoiatused.** Ravimi farmakokineetiline profiil näitab väga väikest östradioli süsteemset imendumist ravi kestel. Süsteemse hormoonasendusraviga on seostatud järgmiseid riske: rinnanäärmevähk, munasarjavähk, venoosne trombemboolia, südame isheemiatõbi, ajuinsult jm. Need riskid on vähem oma-sed östrogeeni sisaldavate vaginaalselt manustatavatele ravimitele, mille korral östrogeeni plasmakontsentratsioon jääb normaalsele postmenopausile omastes-piiridesse. Siiski tuleb nende riskidega arvestada selle ravimi pikemaajalise või korduva kasutamise korral. **Rasedus ja imetamine.** Ravim ei ole raseduse ja imetamise ajal näidustatud. **Annustamine ja manustamine.** Vagifem® on paikseks östogeenraviks ning seda manustatakse intravaginaalselt aplikaatori abil. Algannus: 1 vaginaaltablett 1 kord ööpäevas 2 nädala jooksul. Säilitusannus: 1 vaginaaltablett 2 korda nädalas. **Kõrvaltoimed.** Kõige sagedamini teatatud kõrvaltoimed on peavalu, kõhuvalu, vaginaalne hemorraagia, vaginaalne voolus või vaginaalne düskomfort. **Retseptiravim.**

Viited:

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

- Vaginaalsed tabletid ühekordsete aplikaatoritega
- 3-kuulise ravikuuri koguannus vaid 0,34 mg östradioli
- Täpne annus, lokaalselt manustatav, lokaalselt toimiv
- Lihtne ja diskreetne kasutada



Efektiivne¹. Mugav². Diskreetne³.



Müügiloa hoidja: Novo Nordisk A/S, Novo Alle DK-2880 Bagsværd, Taani.
Täiendav teave müügiloa hoidja esindusest: Novo Nordisk A/S Eesti filiaal,
Paldiski mnt 29, Tallinn 10612.
Vagifem® on Novo Nordisk FemCare AG, Šveits, registreeritud kaubamärk.
© 2023 Novo Nordisk A/S EE23VG00001 03 2023

Vagifem® 10
10µg 17β-estradiol



MEDITSIIIN 2025

13.12.2024

Meditsiinimõjutaja(te) 2024 väljakuulutamine

Mida toob aasta 2025 tervishoiule?

Terviseminister **RIINA SIKKUT**

eKiirabi - uus lähenemine

Tervisekassa arendusosakonna

projektijuht **REET LUTS**,

Tallinna Kiirabi juht **RAUL ADLAS**

Väärtuspõhise tervishoiumudeli rakendamisest
ravimivaldkonna näitel

Ravimitootjate liidu juht **RIHO TAPPER**

Tervisekassa ettekanne

Tervisekassa juhatuse esimees **RAIN LAANE**

Põlvkonna vahetus perearstisüsteemis

Esineja noorte perearstide seltsist

Arstide liidu ettekanne



MEDITSIIINI-
KONVERENTSID

Kaks vestlusringi!

Vestlusring haiglate arengukavast

Haiglate liidu juht **URMAS SULE**

LTKH juht **ARKADI POPOV**

Rakvere haigla juht **AIN SUURKAEV**

PERH juhatuse esimees **AGRIS PEEDU**

terviseminister **RIINA SIKKUT**

Vestlusring rohepöördest tervishoius

TÜ Kliinikumi keskkonna- ja puhastuse

osakonna juhataja **TRIIN ARUJÕE**

sotsiaalministeeriumi kantsler **MAARJO MÄNDMAA**

PERH rohepöörde juht **ANDRA MIGUR**

Tallinna Farmaatsiatehase juht **KADRI RANDVEER**

proviisorapeekide liidu juht **LY ROOTSLANE**

Tööandjate Keskliidu tervishoiu töögrupi ja

Roche Eesti juht **KADRI MÄGI-LEHTSI**

Registreerimine ja piletiinfo: pood.aripaev.ee/meditsiin2025

Lisainfo: Kadi Heinsalu, Meditsiiniuudiste peatoimetaja kadi.heinsalu@aripaev.ee

**Arstidele
erihind!**



MEDITSIIINI-
KONVERENTSID

21.11.2024

RAVIMI- KONVERENTS 2024

Kai kunstikeskus ja
WorksUp
veebikeskkonnas



**Apteekritele
erihind!**

tervishoiutöötaja koodiga

Registreerimine ja piletiinfo:

pood.aripaev.ee/ravimikonverents2024

Info: Kadi Heinsalu, Meditsiiniuudiste peatoimetaja
kadi.heinsalu@aripaev.ee

Farmaatsiaõppe ümberkorraldus

TÜ Farmaatsia Instituudi juhataja professor **KARIN KOGERMANN**

Proviisorõppe tudengid õppest ja tulevikust

V kursuse tudengid **LOTTA-LEE SUITS** JA **HANNA MARTA NELLIS**

Andmekaitse apteekides

Andmekaitse inspeksiooni jurist **GEILI KEPPI**

Ravimipoliitika arengud 2025

Sotsiaalministeeriumi ravimiosakonna nõunik **LAURA VIIDIK**

Raviameti ettekanne

Ravimimürgistuste väljakutsed

Terviseameti mürgistusteabe osakonna juht **MARE ODER**

Ravimitootjate vaade ja ootused EUHTA rakendamisele 2025. aastast

Ettekandja kinnitamisel

Kaks vestlusringi!

Apteegireform – kas laip magamistoas?

Apteekrite liidu juht **KAIDI SARV**

Proviisorapteekide liidu juht **LY ROOTSLANE**

riigikogu sotsiaalkomisjoni liige perearst **EERO MERILIND**

Eesti Farmaatsia Seltsi juhatuse liige proviisor **JAAK KOPPEL**

Konkurentsiameti esindaja kinnitamisel

Tarneraskused ja kriisiravimid

AstraZeneca valitsussuhete- ja arendusjuht **HANNO PÜTTSEPP**

Proviisorite koja juht ja Tallinna Kiirabi apteegi juht **KARIN ALAMAA-AAS**

Ravimite hulgimüüjate liidu juht **TEET TORGO**

Eesti varude keskuse tervishoiuvaru valdkonna juht proviisor **KAAREL PARTS**