



Patsiendikindlustus

Napilt enne seaduse jõustumist segadust palju

Sotsiaalkomisjoni istungil oli vaatluse all tervishoiutöötaja vastutuskindlustuse rakendamine ja arstidelt tuli palju kriitikat. Arstid ootavad minister **Riina Sikkut**ilt patsiendikindlustusega seotud kulude katmist. ▶6-7



MEDITSIINI- UUDISED



Sõltumatu häälekandja arstidele ja apteekritele, ilmub kaks korda kuus teisipäeval • nr 14 (496) 5. november 2024

www.mu.ee

Pädevus luubi all

Riigikontroll soovib arstide jaoks ühtset **pädevushindamist**, mis paljude erialaseltside jaoks on eluvõõras nõue.

▶3, 8-9



Kardioloogide seltsi juhi Märt Elmeti kinnitusel täiendavad kardioloogid end pidevalt, aga mitte riigikontrolli soovitatud skeemi järgi.

FOTO: MEELI KÜTTIM

Kodade virvenduse (AF) ablatsioonravi on arenev ja kasvav ravivõimalus, kinnitab kliinikumi kardioloog **Erik Salum**.

▶10-12

Üks küsimus

Kas palgatõusuks on ruumi?

KÜSIMUSELE vastavad Põhja-Eesti regionaalhaigla, Lääne-Tallinna keskhaigla ja Ida-Viru keskhaigla juhid. ▶4



Fookuses: kardio Uneapnoe seotud südamehaigusega

SÜDAMEHAIGETEL esineb uneapnoed mitu korda sagedamini. Teemat selgitab kardioloogia resident **Silver Heinsar** (pildil). ▶14

Fookuses: harvik Ajas süvenev raske ja ravimatu haigus

KÜSIMUSTELE tsüstilise fibroosi kohta vastab kliinikumi kopsukliiniku arst-õppejõud **Viktoria Ivanova**. ▶16

Fookuses: nahk Kannatust nõudev teismeea haigus

AKNE ravi on pikaajaline ja järjepidev, kirjutab Tõstamaa perearstikeskuse perearst **Ma-dis Veskimägi**. ▶22-26

Üldhaigla juhi vaade haiglavõrgu arengule

Põlva haigla juht **Kristin Raudsepp** arutleb haiglavõrgu arengusuundade üle aastani 2040 Tallinnast kaugel asuva üldhaigla vaatevinklist. Hea meel on tal ülikoolihaigla rolli tähtsustamise üle, aga mitu küsimust jääb vastusetä. ▶3



Uue juhi soovid seltsile

Neuroloogide ja neurokirurgide seltsi uue presidendi **Liis Väli** erihuvi on tekitada suuremat huvi neuromuskulaarsete haiguste ja sellesisulise teaduse vastu. ▶5



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**

arvamus



Juba aastaid teame perearstide vananemistest, nüüd hakkavad realiseeruma olukorrad.

Diana Ingerainen, perearst, vt mu.ee 25. okt

Kommentaar:

Haiglavõrgu arengusuunad 2040 – Tallinnast kaugel asuva üldhaigla vaade



Kristin Raudsepp

ASi Põlva Haigla juhatuse liige

Ühtse kvaliteediga arstiabi peaks olema kättesaadav üle riigi, sõltumata inimese elukohast.

Haiglavõrgu arengusuunad 2040 (edaspidi HVA) on Eestis tervishoiu juhtimisel üks olulisemaid ja oodatavaid plaane. Kuna see ei ole veel lõplikult kinnitatud, saan anda maakonnahaigla vaate sotsiaalministeeriumi 1. oktoobril esitatud versioonile.

Tegevuskava on paigas järgneva neljaks ning arengusuunad 16 aastaks. Põlva haigla ei hakka ilmselt südant siirdama või ajuoperatsioone tegema, mistõttu on väga mõistlik, et selgemalt pannakse paika patsiendi teekonnad. Hea meel on ülikoolihaigla rolli tähtsustamise üle.

Optimistina tahan loota, et dokumendis kasutatud sõnaühend „integreeritud rahastus- ja korraldusmudel“ on täpselt see päästerõngas, mis kiratseva rahastusega tervishoiu ning sotsiaalsüsteemi keerulisest olukorrast välja toob.

Õhku jääb küsimus, kas raha jagub ka maakonnahaiglatele. Vastuseta jääb siiski, kas Tallinna haiglale minevate taristuinvesteeringute kõrvalt on järgmise 16 aasta jooksul lootust ka teistel Eesti elanikel ravile kaasajastatud maakonnahaiglates. Selleks, et haigla saaks jätkuvalt pakkuda kvaliteetseid teenuseid, on vaja pidevalt investeerida nii personali kui ka tehnoloogiasse.

Arengukavas on, et eriarstiabi, sealhulgas ööpäevaringne erakorralise abi kättesaadavus tagatakse kõigis maakondades, sõltuvalt rahvaarvust. Statistikaameti prognoosi kohaselt väheneb järgmise 25 aasta jooksul rahvaarv kõikides maakondades peale Harju- ja Tartumaa. Tekib küsimus, kas ja kuidas hakkab riik karpima haiglaid elanike arvu vähenemise tempos?

Saab ka spetsiifilist ravi. Põlva haigla pakub laia valikut meditsiiniteenuseid ja meie koostöö suuremate haiglatega annab kindlustunde, et patsiendid saavad ka väga spetsiifilist ravi. Vajadusel stabiliseeritakse patsient Põlvas, et ta üldse saaks alustada teekonda edasi kõrgemas etappi. Meie valvame, et patsiendid saavad konsulteerida kliinikumi spetsialistidega, see on tavapärane igapäevane koostöö. Arengusuundade kokkuleppimine on väga vajalik ning ära on tehtud igati tänuväärne töö. Eesti haiglavõrk peab olema üks tervik ja minu arvates peaks ühtse kvaliteediga arstiabi olema kättesaadav üle riigi, sõltumata inimese elupaigast või õnnetusse sattumise kohast.



ILLUSTRATSIOON ANTI VEERMAA

Juhtkiri

Riigi õlg alla!

Tervishoiutöötajate pädevushindamise süsteem vajab riiklikku tuge.

Riigikontrolli hiljutine aruanne tõi esile tervishoiutöötajate pädevushindamise süsteemi vajakajäämised Eestis. Kui tervishoiusüsteemile on kesksel tähtsusega arstide kõrge tase ja pidev enesetäiendamine, on pädevushindamine praegu vabatahtlik ja vastutus selle elluviimise eest jääb suures osas erialaliitude õlule.

Riigikontrolli andmetel on selle aasta alguse seisuga pädevushindamise läbinud vähem kui veerand eriarstidest ja ligikaudu 60% hambaarstidest. Probleem ei seisne tingimata arstide soovimatuses enesetäiendada, vaid süsteemi puudulikkuses ja riikliku juhendamise ning rahastuse vähesuses. Rahastus on küll on tervisekassa lepinguga tervishoiuteenuseosutajatele olemas, kuid sellest ei piisa näiteks välismaal toimuvate koolituste kulude katmiseks.

Probleemiga tegelemine oluline. Meditsiiniuudiste toimetuse nõustub, et probleemile tähelepanu pööramine on oluline. Samuti loodame, et tervishoiutöötajate täiendkoolitusteks, ka välismaal, leitakse vajalikud ressursid ja et sotsiaalministeerium võtab juhtrolli, kehtesta-

des ühtsed suunised pädevuse hindamiseks. See võimaldaks erialaseltsidel oma tööd tõhusamalt korraldada. Vabatahtlik süsteem on toonud kaasa suure erisuse pädevushindamiste kvaliteedis ja ulatuses: osa erialasid on hindamissüsteemi põhjalikult juurutanud, osa alles kaalub ja osa ei tegele sellega üldse. Olukorda raskendab asjaolu, et seltsidel puudub selleks riiklik rahastus ja eraldi personal pädevushindamiste korraldamiseks, mistõttu ei suuda kõik, eriti väikese liikmete arvuga ühendused, pakkuda regulaarset kvaliteedihindamist. Lisaks ei ole seltsi kuulumine kohustuslik, arst võib pädevuseksami vältimiseks sealt välja astuda ja midagi ei juhtu.

Ministeerium võiks võtta juhtrolli. Riigikontrolli hinnangul võiks sotsiaalministeerium olla aktiivsema suhtumisega, pakkuda pädevuse hindamise juhiseid ja teha selgeks, kuidas peaks toimuma pädevuse tõendamine. Süsteem tuleks luua toeks neile, kes oskusi täiendada soovivad ja abivahendiks neile, kes seda vajavad. Riiklikult koordineeritud pädevushindamise süsteem aitaks tagada, et kõik tervishoiutöötajad saaksid areneda ja seeläbi tagada kõrgeimat kvaliteeti patsiendiabis.

Loe samal teemal lk 8-9

Lisaks ei ole seltsi kuulumine kohustuslik, arst võib pädevuseksami vältimiseks sealt välja astuda ja midagi ei juhtu.



VÕITJA

Sander Pajusalu



Tartu ülikooli kliinilise geneetika kaasprofessor, kliinilise meditsiini instituudi meditsiinigeneetik **Sander Pajusalu** pälvis Tartu Ülikooli medali. Ülikooli aumärgi sai ka sünnitusabi ja günekoloogia kaasprofessor, doktor **Kai Part**. Palju õnne!



VÕITJA

Hanna Kadri Laas



Valdkonna teadurid, õppejõud, doktorandid ja üliõpilased tutvustasid Tartu ülikooli aastapäeva teaduskonverentsil viimase aasta teadusuuringute tulemusi. Kliinikumi teadustöö preemia komisjon valis teadustöö preemia laureaadiks **Hanna Kadri Laasi** töö.

Nädala foto:

Tehisarul oli edu kopsuvähi leidmisel



Roche Eesti innovatsiooni juht Andre Koit ja Tartu ülikooli kliinikumi kopsukliiniku juht, ülikooli kaasprofessor Tanel Laisaar (paremal) käisid oktoobris Barcelonas ESMO kongressil esitlemas Eesti kopsuvähi sõeluuringuprogrammi andmetega tehtud tehisintellekti projekti. Tulemused näitasid LungFlag algoritmi paremust mitmes aspektis, näiteks võimaldas see tuvastada nooremaid kopsuvähipatsiente kui kasutatav riskihindamise süsteem.

FOTO: FACEBOOK

mu.ee lugude TOP

- LUUP Noorte riskikäitumise jäämäe tipp
- Selgus, milline hakkab välja nägema Kuressaare haigla uusim korpus
- Uuringust ilmnes, et laser-ravi on glaukoomi korral silmatilkadest efektiivsem
- Ingerainen: perearsti maine on hea, aga üldise plaani puudus on takistuseks
- SOSTE soovib Soomes kehtestada rahvatervisise parandamiseks tervisemaksu
- Rakvere sotsiaabisüsteemi on ootamas muutused
- Riiklik lepitaja saab kollektiivläbirääkimised enda lauale
- Lisandus veel üks pakkuja

Toimetaja repliik:

Taas saab tööd riiklik lepitaja

Kadi Heinsalu

Meditsiiniuudiste peatoimetaja

Ajal, kui riikliku lepitaja töökoht on kärpevajaduse tõttu ohus ja tema ülesanded soovitakse üle anda õiguskantsleri meeskonnale, pakuvad arstid Meelis Virkebaule ikkagi tööd. Taaskord, nagu kaks aastat tagasi, liigub kollektiivlepe tema töölauale. Kui toona oli probleem ühe kvartali ra-

has, mis oli u 30 mln eurot, siis nüüd on panused palju kõrgemad: küsimus on nelja aasta külmutatud palgakomponendis. Ehkki tegelikult on arstide keskmine palk juba üle kahe korra Eesti keskmisest ees, tekitab ikka hämmastust, kuidas juba ette teatakse, et tervelt neli aastat on palga osa tervisekassa lepingutes külmutatud. Sellist survet ei pandud omal ajal isegi näiteks kohtunikele.

Üks küsimus:

Kui palju on teie haiglas järgmisel aastal ruumi arstide palgatõusuks?

Agris Peedu

regionaalhaigla juhatuse esimees

Kinnitame oma 2025. aasta eelarve jaanuaris ning selles võtame aluseks nii tervisekassa ravirahastuslepingu kui ka kollektiivkokkuleppe. Nii nagu ka varasematel aastatel, on tervishoiutöötajate palgatõusu eeldus vastava raha olemasolu tervisekassal ning uue kollektiivkokkuleppe sõlmimine.

Arkadi Popov

LTKH juhatuse esimees

Üldjuhul lähtume oma töötajatele palgatõusu planeerides kollektiivlepingu kokkulepetest. Juhul kui tervisekassa ei leia raha ja eri pooled ei jõua palgatõusu kokkuleppele, on väga tõenäoline, et me ei suuda praeguses olukorras leida vahendeid täiendavaks palgatõusuks. Praeguse aja ebamäärasust suurendab tervishoiu rahastuse defitsiit. Kõike seda arvestades on praegu väga keeruline palgatõusu puudutavaid plaane teha.

Tarmo Tohver

IVKH juhatuse esimees

Arstide ja ka teiste tervishoiutöötajate palgatõus on meile oluline. Samas peame lähtuma eelarvest, mis sõltub suuresti tervisekassa tellimusest ning tervishoiuteenuste loetelu hindadest. Me hindame kõrgelt töötajate panust ning loodame, et majanduslikud tingimused võimaldavad soodsaid lahendusi. Samas on kollektiivlepingu läbirääkimised käimas, mistõttu kokkulepped pole veel teada.

Seadus

Haiglaerandi laienemine parandab kättesaadavust

EESTI Valitsus kiitis heaks ravimiseaduse muudatused, mis laiendavad haiglaerandi korras ravimi valmistamise ja kasutamise võimalusi. See parandab uudsete ravivõimaluste, nagu geeniteraapia ja rakuravi kättesaadavust Eesti patsientidele. Muudatustega kaotatakse senine piirang, mis lubas haiglaerandi korras uudet ravimit valmistada ja kasutada ainult ühel valmistajal kuni kümnele patsiendile. Nüüdsest ei seata patsientide arvule enam piiranguid, võimaldades seeläbi uudsetele ravimitele laiemat juurdepääsu, eriti katmata ravivajaduse korral.

Teadus

Teadmussiirdedoktorandid: kraadiõpe töö kõrvalt

TARTU Ülikool ja kliinikum sõlmisid teadmussiirdedoktorantuuri raamlepingu, mis võimaldab luua teadmussiirdedoktorantuuri õppekohad kliinikumi töötajatele, kel on soov omandada kliinilise töö kõrvalt doktorikraad. Tartu ülikooli meditsiiniteaduste valdkonna teadusprodekaani, professor Maris Laane sõnul on kliinikum valdkonna olulisim partner nii õppe- kui ka teadustöös. "Doktorikraadiga arstiteadlased on järgmiste aastakümnete akadeemilise järeelkasvu võti ja meditsiini teaduspõhise mõtteviisi alus. Teadmussiirdedoktorantuur annab võimaluse koolitada noorteadlasi ka neil kliinilistel erialadel, mille puhul ei ole veel tugevat iseseisvat teadustöö koolkonda, ning võimendada teadus- ja arendustööd kliinikumile olulistes tegevussuundades."

Tunnustus

ITK tunnustas aasta ja aastate parimaid kolleege

TALLINN Ida-Tallinna keskhaigla (ITK) tunnustas aasta töötajaid. Aasta arsti tiitli pälvis taastusravikliiniku ambulatoorse taastusravi keskuse taastusrarst Ruth Kivistik ja Väino Tuppitsa nimelise elutööpreemia doktor Lee Tammemäe. Aasta õendustöötajaks valiti silmakliiniku oftalmoloogiakeskuse öde-optometrist Annika Eamets. Tänavu elutööpreemia pälvinud doktor Lee Tammemäe on haiglas töötanud üle 30 aasta, neist 23 naistekliiniku juhina. Tema eestvedamisel kujundati naistekliiniku, sh sünnitusabi nõukogudeaegne töökorraldus ümber tänapäevase pere- ja beebisõbralikuks, juurutati uusi ravijuhiseid ja -võtteid, pandi alus mitmele kaasaegsele üksusele, nt viljatusravikeskusele jpm. ITK aasta arstiks valitud doktor Ruth Kivistik on haiglas töötanud 2002. aastast. Lisaks taastusravile on tal sügavamad teadmised neurofüsioloogiast ja ta teeb elektroneuromüograafia-uuringuid. Annika Eamets on silmapolikliinikus töötanud 12 aastat. Ühtlasi ITK 239. aastapäeva tähistanud üritusel tunnustati ühtekokku 72 töötajat.



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 veebipakett

Trükk: 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 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.

KASULIK

Vägivalla tähenduse analüüs

Raamatu autor, norrakas **Per Isdal** on töötanud 30 aastat psühholoogina. Ta on esinenud ka Eestis näiteks Meditsiiniuudiste vaimse tervise konverentsil, ja üks tema raamat on varem eesti keelde tõlgitud. Selle teose puhul on autorit rõõmustanud, et sellest on kujunenud paljudele eneseabiõpik. Isdal on seisukohal, et vägivald on ühiskonna suur probleem (ka terviseprobleem) ning et vägivald on endiselt suures osas isiklik ja tabu. Kirjastus Menu Meedia, ilmus oktoobris 2024.



Tutvustus:

Neuroloogide ja neurokirurgide seltsi uus president on Liis Väli

Liis Väli

TÜ kliinikumi vanemarst-õppejõud
neuroloogia alal

MTÜ Ludvig Puusepa nimelise Neuroloogide ja Neurokirurgide Seltsi (ENNS) viimasel üldkoosolekul valiti seltsile uus juhatus ja president, kelleks sai Liis Väli Tartu ülikooli kliinikumist.

Neuroloog ja ENNSi uus president, neuroloog Liis Väli tutvustab ennast ja seltsi tegemisi.

Seltsi juhatuse liikmed on eri Eesti haiglatest: Pille Taba, Janika Kõrv ja Liis Väli Tartu ülikooli kliinikumist, Katrin Sikk, Andres Asser ja Tarmo Areda Põhja-Eesti regionaalhaiglast; Inga Samarüütel Ida-Tallinna keskhaiglast ning Katrin Gross-Paju Lääne-Tallinna keskhaiglast.

Olen lõpetanud Tartu ülikooli arstiteaduskonna 2009. aastal, kaitsesin 2013. aastal doktoritöö seljaajutraumade epidemioloogiast Eestis ning lõpetasin neuroloogia residentuuri 2014. aastal.

Peale järel doktorantuuri Rootsis Uppsala ülikoolis (2016–18) keskendusin enam neuromuskulaarsete haiguste ja neurofüsioloogia lainele ning praegu on minu kliiniline igapäevatöö elektroneuromüograafia (ENMG) ja veidi ka elektroentsefalograafilised (EEG) uuringud.

Olen Tartu ülikoolis neuroloogia kaasprofessor ja minu soov on tekitada suuremat huvi neuromuskulaarsete haiguste ja sellesisulise teaduse vastu.

Mitme ühenduse esindaja või juht

Olen hetkel veel Eesti kliinilise neurofüsioloogia seltsi president ning esindan Eestit Euroopa neuroloogia akadeemia (EAN) eri paneelides ja rahvusvahelises kliinilise neurofüsioloogia föderatsioonis (IFCN). Samuti olen ma Eesti ja Tartu ülikooli kliinikumi esindaja Euroopa haruldaste haiguste võrgustiku (*European Reference Network*, ERN) neuromuskulaarsete haiguste (EURO-NMD) grupis.

Kõike eelnevat arvestades on seltsi suund kindlasti lähiaastatel minu huvist tulenevalt veidi enam neuromuskulaarsete haiguste suunatud, aga kindlasti ei jäta me kuidagi ka teisi teemasid unarusse.

Veel sellel aastal on meil tulemas L. Puusepa nim neuroloogide ja neurokirurgide seltsi, Eesti nuklearmeditsiini seltsi ja Eesti psühhiaatrie seltsi ühisseminar „Aju on üks: Neurodegeneratiivsete dementsuste multidistsiplinaarne käsit-



Minu soov on tekitada suuremat huvi neuromuskulaarsete haiguste vastu.

FOTO: ERAKOGU

lus“. Erinevad töögrupid korraldavad seminare, toetame üliõpilaste huvi teaduse vastu, näiteks toimub novembris Tartus AHHA keskuses iga-aastane üliõpilaste neurokonverents. Veel aasta lõpus toimub Tartus traditsiooniline ENNSi talveseminar, mis sellel aastal juba käsitlebki neuromuskulaarseid haigusi – põhiteema on müasteenia.

Uuel aastal on meie osalusel Riias tulemas Balti neuroloogia konverents, tuleva aasta septembris toimub taaskord Tartus XXIII Põhjamaade insuldiorganisatsiooni kongress, kuid üritusi jätkub meil kindlasti peaaegu igasse kuusse.

Lisaks peame läbirääkimisi ja teeme koostööd tervisekassaga nii uute teenuste ja ravimite loetelusse lisamiseks kui ka raviteekondade rakendamiseks.



Ootame Regionaalhaiglas

kirurgiakliiniku ülemarst-juhatajat,

kellel on kogemust, ambitsiooni ja tahet koostöö kaudu tagada kirurgiliste erialade kõrge kvaliteet ja areng

Pakume:

- arendavat töökogemust multiprofessionaalses ja ambitsioonikas organisatsioonis
- tihedat koostööd oma ala liidritega nii Regionaalhaiglas, Eestis kui rahvusvahelisel tasandil
- kõrgetasemelist meeskonda
- tänapäevaseid töötingimusi
- konkurentsivõimelist palka

Ootame:

- laitmatut ja edukat töökogemust kirurgina
- meeskonna ja protsesside juhtimise kogemust
- avatust uuendustele ja suunatust arengule
- tasakaalukat suhtlemisoskust ja koostööle orienteeritust
- algatus- ja otsustusvõimet
- kasuks tuleb teaduskraad

Kirurgiakliiniku ülemarst-juhatajana on Sinu ülesanne:

- vastutada kliiniku ravikvaliteedi, efektiivse töökorralduse ning eelarve planeerimise ja täitmise eest
- olla kompetentne ja motiveeritud meeskonna arendaja ja eestvedaja

Kirurgiakliiniku koosseisu kuulub üheksa keskust koos sinna juurde kuuluvate erialapolikliinikutega ning sterilisatsioonitalituse ja operatsioonikeskusega. Kliinikus töötab kokku pea 800 kvalifitseeritud töötajat, neist ligikaudu 150 arsti. Kirurgiakliiniku eesmärk on tagada ravikvaliteedi järjepidev kasv ja keskuste innovatiivne areng. 2023. aastal teostati kirurgiakliiniku eriala polikliinikutes 117 000 arsti ambulatoorset vastuvõttu ning sellele lisaks ka ödede iseseisvaid vastuvõtte. Sooritati kõikides ravitüüpides kokku üle 51 000 operatsiooni ligikaudu 35 000 patsiendile. Kirurgiakliiniku patsientidest 50% on erakorraliselt hospitaliseeritud patsiendid. Kirurgiakliinik on aktiivne õppe- ja teadustegevuses ning koostööpartner Regionaalhaigla tütarhaiglatele kui ka haiglatele ja õppeasutustele Eestis ja välisriikides.

Oluline lisainfo:

- Kliiniku juhataja kohustused on tähtajalised kuni viieks aastaks, kliiniku juhatajaga sõlmime tähtajatu töölepingu vanemarsti ametikohale.
- Esita oma CV koos palgasoovi ja kirurgiakliiniku viie aasta lühivisiooniga hiljemalt **10. novembriks 2024** e-posti aadressile cv@regionaalhaigla.ee
- Lisainfot konkursi kohta jagab Regionaalhaigla ülemarst **dr Kristo Erikson**, e-posti aadressil Kristo.Erikson@regionaalhaigla.ee



Anna oma panus Eesti meditsiini tulevikku

uudised



Eestis on võrreldes muu maailmaga palju rohkem magistrikraadiga laboritöötajaid. See viitab tööjõu ebaefektiivsusele.

OSKA analüütik Elin-Külliki Kruusmaa farmaatsiaspektori tulevikust, mu.ee

Patsiendikindlustus Suured summad ehmatasid

Arstid ootavad riigilt uue kindlustusega rohkem abi

Margot Vent

margot.vent@aripaev.ee

Riigikogu riigieelarve kontrolli erikomisjoni avalikul istungil oktoobri lõpus jäi kõlama, et suurem osa kohal oluist ootab riigilt patsiendikindlustusega seotud kulude katmist.

Istungil oli vaatluse all tervishoiutöötaja vastutuskindlustuse rakendamine ning arvamust olid kutsutud avaldama terviseminister Riina Sikkut, arstide liidu president Neeme Tõnisson ja arstide liidu endine president Jaan Sütt, perearstide seltsi juhatuse esinaine Elle-Mall Sadrak, hambaarstide liidu president Katrin Metstak ja tegevjuht Helen Lang ning kiirabi liidu juhatuse esimees Taavet Reimers.

Tervisekassa kompenseeriks 50%

Minister Sikkut ütles, et mittesüülise vastutuskindlustuse süsteemi loomist nii, et tervishoiuteenuse osutajad (TTO) saavad kindlustuse osta erakindlustuse kaudu ja patsientide hüvitise menetlemine muutub ühetaoliseks, lihtsamaks ja kohtuväliseks, on kavandatud mõneste aastat ja 1. novembril see jõustub. "Sellega seoses muudetakse võlaõigusseadust ja eri õigusakte. Juba enne jõustumist väga palju pahameelt tekitanud kindlustusmaksete ootamatu suuruse tõttu oleme kuu jooksul arutanud, kuidas oleks süsteemi rakendamine võimalik nii, et saaksime Eesti kohta hüvituse- ja ohujuhtumite statistikat," rääkis minister. "Arvan, et rakendamise järgse aasta-paari järel vaatame nii ohujuhtumite klassifikaatori, menetlemise reeglid, lepituskomisjoni töö, hüvitise määrad üle ja võib-olla isegi muudame seadust, aga selleks on vaja praktilist rakendamist ja murekohtadest arusaamist," ütles ta.

Seoses kindlustusmaksetega kompenseeriks tervisekassa TTole järgmisel aastal 50% konkreetsest kindlustuslepingu maksumusest proportsioonilis tervisekassa osakaaluga selle käibest. TTole on tuleva aasta kindlustuspakkumisi välja saadetud 7,2 miljoni euro ulatuses, kindlustushüvitiste summat praegu prognoosida ei osata.

Tervisekassa juhatuse liikme Maivi Parve sõnul on riigieelarvest vastutus-



Riik ei saa endale sellist süsteemi lubada ega tohiks lepingu-partneritele sellist kohustust lisarahata panna.

Elle-Mall Sadrak

FOTO: EVELIN TALVAR

kindlustuse poliisimaksete hüvitamiseks selleks ja järgmiseks aastaks eraldatud vastavalt 300 000 ja 2,2 miljonit eurot.

Parve: vaja on leida täiendav miljon

"Koondandmestikku sellest, kui palju poliisid maksma hakkavad, meil ei ole, aga kogutud info alusel tehtud prognoos lubab arvata, et riigieelarvest eraldatud summast me kataksime umbes 30-40% poliisi maksumusest," rääkis ta. "Et jõuda sinna, et poliisi ost oleks TTole võimalikult taskukohane, peame õigeaks, et poliisi hü-

vitamine võiks ulatuda kuni 50%ni maksumusest. Kõigi eelduste kohaselt võib see tähendada miljoni euro lisamist," lisas ta.

Kindlust toetuse osas ei ole

Perearstide seltsi juht Elle-Mall Sadrak tõi välja, et aega ei ole kasutatud targalt, sest perearstikeskused said esimesed kindlustuspakkumised septembris, ehkki võinuksid saada juba mais.

Lisaks seisab seaduse seletuskirja majandusliku mõju osas, et muudatusega tagatakse senisega võrreldes kindel rahastus tervishoiuteenuse rahastamise

kaudu haigekassaga lepingut omavatele TTole kindlustuse ostmiseks, ent perearstidele tundub, et seda kindlat rahastust neile ei tagata.

Perearstikeskusi on umbes 430, pooled nimistutest (umbes 360) on tervisekeskustes, neist 160 nimistut grupipraksistes ja 200 üksikpraksist.

Sadraku sõnul on enamikul perearstikeskustest aastaid olnud vabatahtlik vastutuskindlustus umbes 300 eurot aastas keskuse kohta, sh kulud õigusabile; kokku aastas 130 000 eurot aastas.

PZU kindlustusseltsi keskmine pakku mine üksikpraksisele on pea kümme korda suurem: 2300-2500 eurot aastas, grupipraksisele 1000-1500 eurot aastas nimistu kohta ja tervisekeskusele 750-1500 eurot aastas nimistu kohta.

See teeb kokku umbes 1,3 miljonit eurot aastas, millele lisanduvad vajadusel keskuse õigusabikulud ja omavastutus.

Sadraku sõnul ei saa riik endale sellist süsteemi lubada ega tohiks lepingu-partneritele sellist kohustust ilma lisarahata panna. Lahendusena ootab selts, et riik leiaks puuduva raha kulude katmiseks kasvõi tagantjäre hüvituse, lepingute sõlmimise aja pikendamist tuleva aasta 1. detsembrini või süsteemi käivitamise edasilükkamist, kuniks riik on rikkam.

Paluste: olukord on muutunud

Sotsiaalministeeriumi tervishoiuvõrgu ekspert Heli Paluste ütles, et eelnõud planeerides, mõjusid hinnates ja rahalist mõju prognoosida püüdes eeldati, et raha, mida riigieelarvest kulude katteks planeeritakse, katab lisanduva kulu suuremal määral kui 50%.

"Praeguseks on olud aga niivõrd palju muutunud. Ka ei osanud me ette näha, et turule jääb üks pakkuja, aga hiljuti on turule pakkujaid lisandunud," lisas ta. Paluste sõnul jäi ministeeriumi toenäolise kulu hinnang vahemikku 2,5-4 miljonit eurot aastas, ent riigieelarvest saadi taotleda 2,5 miljonit.

Tõepoolest, hetkel on välismaa suurte seltside esindajatena lisandunud vähemalt kolm maaklerfirmat, kes aga suurtele, riigihankekohustusega seotud asutustele otsepakkumisi teha ei saa - neid saab teha ikkagi selts.

40

PROTSENTI küsitatud tallinlastest usub, et depressioonist saab üle tahtejõu abil. Küsitlus tehti teadusprojekti "Depressioonivaba Tallinn" raames, järgnevad ennetus- ja sekkumistegevused Mustamäel ja Haaberstis, kontrollpiirkond on Lasnamäe.



Kuressaare haigla laienemas

EUROOPA tõukefondide rahaga planeeritud Kuresaare haigla juurde- ja ümberehituse ideevõistluse võitis 5000 ruutmeetri suurune ja kolmekorruselise juurdeehituse projekt.

Kiirabi liidu esindaja, Tallinna kiirabi operatiivjuht Taavet Reimers rõhutas, et üldjoones liit patsiendikindlustust toetab, aga kiirabi kulumudel ei näe ette täiendava kohustuse võtmist.

"Kiirabi kulumudelist 80% on palk, ülejäänud on varustus, ravimid ja investeeringud. Kui kulu tuleks katta kiirabipidajate eelarvest, tähendaks see teenuse kättesaadavuse halvenemist eelkõige operatiivsuse ehk kohalejõudmise arvelt," ütles ta.

Pool miljonit jääks ikkagi maksta

Reimers tõi välja, et kuna ka nemad näevad seaduse seletuskirja protsessi osa ehk läbirääkimistena ning nii haiglate kui ka arstide liidule on kinnitatud, et kulud kaetakse RESist (riigi eelarvestraategia, toim), ootavad nad riigilt kulude täieliku katmist.

"Meie oleme saanud pakkumise 10 000 eurot brigaadi kohta, mis tähendab Eesti mõistes miljonit eurot. Kui sellest 50% kaetakse, jääb üle 500 000 eurot, mis tuleks kiirabipidajatel ise katta. Meie praeguses hinnamudelis üleliigset eurot ei ole, mis tähendab, et see tuleks ilmselt võtta investeeringute arvelt," rääkis ta.

Hambaarstide liidu esindaja, stomatoloog Katrin Metstaki sõnul on hambaarsti-

de mure, et kõik saadud kindlustuspakkumised on ebamõistlikult kõrged. "Seaduse väljatöötamise ajal öeldi meile, et kuna eeskujuks on võetud Soome, siis vaevalt makse soomlastest kõrgem tuleb. Praegu on soomlaste aastamakse 812 eurot, meil pea kaks tuhat eurot arsti kohta - see on väga suur erinevus," tõi ta näite.

Pakkumised on ebamõistlikud

Metstak lisas, et ka hinna alandamiseks peetud läbirääkimised on olnud lootusetud. "Kui see oleks sama summa, mis soomlastel, ei istuks me siin," lisas ta. Samuti on Metstaki hinnangul reaalne oht, et väiksemad hambaravikliinikud ja maa- ja linnade ettevõtjad on kulude kasvades sunnitud tegevuse lõpetama.

Kohtumisel hambaarste esindanud Helen Lang lisas, et PZU kindlustusselts on kinnitanud, et kolme aasta jooksul pakkumised ei muutu.

Hambaarstid toetaksid lepingute sõlmimise perioodi pikenemist ja seaduse osalist jõustamist ehk algul ohujuhtumite kogumist ja ravivigade dokumenteerimist ning nende siis nende põhjal otsuste tegemist.

Ollakse arvestanud riigi toetusega

Esmatasandi tervisekeskuste liidu juhi

Kui see oleks sama summa, mis soomlastel, ei istuks me siin.

Katrin Metstak, hambaarstide liidu juht

Kersti Esnari sõnul on neil 21 tervisekeskuse esindajana perearstide seltsiga sarnased mured: kindlustusmaksiks küsitakse aastas umbes 1500 eurot keskuse arsti kohta ja selts läbirääkimisi pidama ei soostu. Samas on liit arvestanud seaduse seletuskirjas oleva kulude katmise lubadusega.

Seaduse võiks osaliselt jõustada

Arstide liidu president Neeme Tõnisson kinnitas kohtumisel, et liit arvab endiselt, et seaduse väljatöötamine on ühiskonna huvides, kuna ravivigadest õpitakse.

"Teisalt saame aru, et riigil on eraõiguslikku kindlustust keeruline ohjata ja

ohutusjuhtumite kogumise tehniline lahendus vajab parandamist, aga esmalt tuleks süsteem jõustada," ütles ta.

Arstide liit on teinud ettepaneku võimaldada lepingute sõlmimist pikema perioodi jooksul (nt kuu vs kolm kuud) ja seadus osaliselt jõustada, et esmalt kogutaks infot ohutusjuhtumite kohta ja kohustuslik kindlustus jõustuks poole aasta või aasta pärast.

"Kuulates TTODE muret, et kindlustust peaks 100% kompenseerima riigieelarvest või tervisekassa poolt, me päris nõus ei ole: kui kindlustusandjad teavad, mis summat kompenseerida, on see võimalik ka 100% välja võtta. Riigil peaks olema ülevaade, kui palju süsteemi sisse paneme ja kui palju välja läheb, et asja kasumlikult hallata," sõnas ta.

Seni on arstikonnal võimalik valida PZU kindlustuse ja mõne kindlustusmaakleri pakkumise vahel. PZU kodulehel oleva vastutuskindlustuse valdkonnajuhhi Argo Argeli sõnumi kohaselt on ajakavas püsimiseks oluline, et tervishoiuteenuse osutajad ei jäta lepingu sõlmimist viimasele hetkele.

"Mida varem meie poole pöördutakse, seda suurema tõenäosusega on tervishoiuteenuse osutajad õige ajaks kindlustuskaitsega kaetud," rõhutas Argel.

05.12.2024

Swisotel Tallinn ja WorksUp keskkond veebis

Meditsiini UPDATE 2024

10 VALDKONNA
KIIRÜLEVAADE

Kümme eriarsti annavad lühikese ülevaate oma valdkonna uudistest, mis aitavad kolleege teha õigeid diagnostika- ja raviotsuseid.

HAMBARAVI, dr Krista Vapper
KARDIOLOOGIA, dr Henri Kaljumäe
ESMATASANDI MEDITSIIIN, dr Diana Ingerainen
ONKOLOOGIA, dr Elen Vettus
ENDOKRINOLOOGIA, prof Vallo Volke
NEUROKIRURGIA, dr Jaan Eelmäe
LABORIMEDITSIIIN, dr Anneli Raave-Sepp
PATOLOOGIA, dr Joosep Seppet
PSÜHHIAATRIA, dr Viljar Veede
SOODÜSFOORIA, dr Veronika Elmet ja dr Pille Pärnakivi

110,4 €

kuni novembri lõpuni
tavahind 127,08 €

Info ja piletid:

pood.aripaev.ee/update2024

Järelvaatamine 30 päeva
kõigile registreerunutele!

Info: Karin Tamm,
Meditsiiniuudiste sündmuste juht,
+372 513 8862
karin.tamm@aripaev.ee

Konverents annab
7 täiendkoolituspunkti

pärast e-testi edukat sooritamist,
e-tunnistused väljastab Medicumi
Koolitus- ja Nõustamiskeskus.

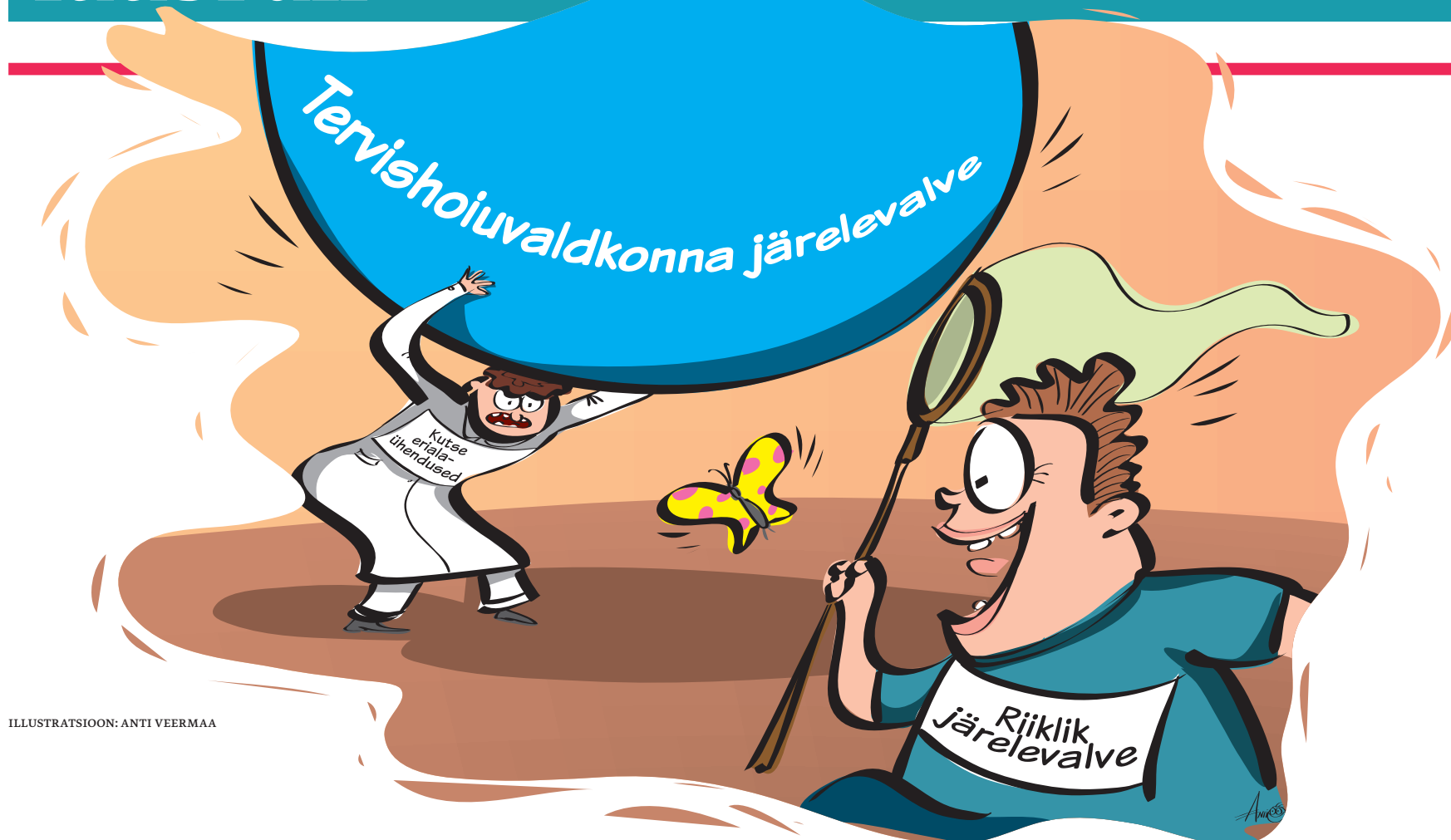
Korraldajad

MEDITSIIINI-
KONVERENTSID

Peatoetaja



luubi all



ILLUSTRATSIOON: ANTI VEERMAA

Riigikontroll Erialane hindamine võiks laieneda kõigile

Arsti pädevus – kelle mure?

Riigikontroll võttis luubi alla tervishoiutöötajate pädevushindamise ja leidis, et kuna hindamine on arstkonnale vabatahtlik, on see jäetud erialaliitude korraldada ja pädevuse tõendamine on mittesüsteemne. Arstide hinnangul senine süsteem toimib.

Kristiina Käit
kristiina.kait@aripaev.ee

Riigikontroll rõhutas, et muudatusi peaks juhtima sotsiaalministeerium, kes on hetkel võtnud passiivse rolli. Aruandes leidsid kontrolörid, et pädevushindamise läbib väike osa tervishoiutöötajatest, kuid riik ei ole selle arvu kasvatamiseks midagi ette võtnud.

Töötavatest eriarstidest oli jaanuari seisuga kehtiv pädevushindamise tõend vähem kui veerandil, hambaarstidest umbes 60 protsendil.

Pädevushindamine on toimunud 41 arstlikust erialast 27 puhul. Arstlikke lisaerialasid on Eestis 20, pädevushindamist tehakse neist neljal.

„Ehkki auditi käigus selgus, et lõviosa tervishoiutöötajatest tegeleb süsteemselt enese täiendamisega, viitasid erialaühendused, et enese arendamisest vähe huvitatud ja ebapiisavate teadmiste ja oskus-

tega töötajad võivad tegutseda aastaid ilma, et keegi nende ebapiisavale pädevusele tähelepanu pööraks,“ ütleb riigikontrolör Janar Holm välja peamise murekoha.

Osa seltse hindab pädevust

Eestis on ühendusi (nt kirurgiliste erialade esindajad, naistearstid ja anestezioloogid), kes peavad pädevushindamist väga vajalikuks. Näiteks 300 liikmega (kellest kõik ei ole aktiivselt töötavad arstid) Eesti naistearstide selts (ENS) korraldab pädevushindamisi 2002. aastast iga viie aasta tagant. ENSi presidendi Piret Veeruse sõnul kuulub erialase pädevuse järjepidev uuendamine naistearsti kutse juurde.

„Pädevushindamiseks peab arst end koolitama-täiendama, töötama oma erialal ja olema kursis kehtivate ravijuhenditega. Erialaspetsialisti pidev areng ai-

tab tagada patsientidele tõendus põhise ja kvaliteetse abi kogu Eestis,“ põhjendab Veerus. Pädevushindamist korraldab ja rahastab selts ise. ENSi liikmetele on pädevushindamine tasuta, kui liikmemaks on tasutud. Mitteliikmetele ja väljaspool Eestit diplomeeritutele on see tasuline – 192 eurot. Pädevushindamise alus on töötamine naistearstina viimase viie aasta jooksul. Kui töötatud ei ole, tuleb sooritada erialaeksam.

Veerus nendib, et nad tunnevad puudust riiklikul tasandil ühtsetest regulatsioonidest ja finantstoetusest, et erialaseltsi pädevushindamise tööd efektiivsemalt korraldada.

Mittehindajaid on samuti

Eestis on 14 ühendust, kes pädevushindamisega ei tegele või korraldavad seda vaid

Katrin Rehema, arstide liidu
peasekretär väliskoolitusele
minevast eriarstist

Kas saab töölt puududa või pole kedagi, kes tema patsientidega tegeleb?

kitsama alameriala või lisapädevuse raames. Näiteks ei pea Eesti endokrinoloogide selts (EES) hindamist enda põhikirjaliseks ülesandeks, kuid taotleja soovi korral nad seda teevad. Tegemist on väikese seltsiga, kus on 74 liiget, kellest enamik on endokrinoloogid, lisaks ka mõni sisearst.

Siiski ütleb seltsi president Kristina Isand, et EES peab oluliseks, et neil töötavad endokrinoloogid oleksid pädevad. „Seetõttu kaalume pädevushindamise süsteemi sisseviimist ka endokrinoloogide seas, kuid see vajab arutamist erialasiseselt,“ tutvustab Isand eriala tuleviku plaane.

See, et pädevushindamist kui sellist pole, ei tähenda, et liikmed ei koolita end kas iseseisvalt või seltsi sisekoolitustel. Seni korraldab iga endokrinoloog oma täiendkoolitused iseseisvalt vastavalt soovile, huvivaldkonnale ja võimalustele.

Isand lisab, et seltsi üks eesmärke on tagada liikmetele võimalus täiendkoolitusteks, luues selleks ise koolitusi ja leida võimalusi nii osalemiseks kui ka esinemiseks väliskoolitustel/konverentsidel.

Näitena võib tuua, et EES on viimasel aastatel korraldanud kaks üle-euroopalist konverentsi Tallinnas ja vähemalt kaks lisakoolitust oma liikmetele, kaasates tõmbenumbritena ekspertesinejaid välisriikidest.

Arst võib seltsist lihtsalt lahkuda

Eesti kardioloogide seltsi (EKS) president Märt Elmet ütleb, et riigikontrolli aruande näol on tegemist kontrolöride kirjutatud kokkuvõttega teemal, millest neil endil head ülevaadet ei ole. Elmeti sõnul räägitakse riigikontrolli kokkuvõttes palju erialaühenduste rollist, aga nende näol on tegu oma erialal töötavate arstide vabatahtlike ühendustega, kes tegelevad eriala arendamisega väljaspool tööaega.

Nende selts hindamist ei korralda ja raportis on toodud välja, et kardioloogid ootavad riigilt hindamise vajalikkuse asjus suuniseid.

„Erialaühendustes ei ole palgalisi töötajaid ega mingit riiklikku tegevustoetust ei seadusandlike raamide ega finantstoe näol. See võiks olla esimene põhjus, miks erialaühendused ei ole võtnud eriala pädevushindamist oma olule,“ ütleb Elmet.

Ta toob veel ühe põhjusena välja seadusandliku jõu puudumise: „Erialaühendustesse kuulumine ja seal toimetamine (k.a pädevushindamisel osalemine) on täielikult vabatahtlik. Probleemsematel juhtudel on lihtne ennast erialaühenduse tööst distantseerida ja sellega võimalikust hindamisest eemale jääda. Seega ei muudaks seltsi tehtav pädevushindamine praeguse mudeli juures maailma kuidagi-moodi paremaks,“ ütleb Elmet.

Ta lisab, et riigikontrolli küsimus oli, kas EKS viib läbi regulaarset kardioloogide pädevushindamist ja sellele küsimusele ta vastas eitavalt. See ei tähenda, et selts ei tegeleks oma liikmete pädevuse tõstmise ja selle hindamisega. „See on tegelikult meie tegevuse üks põhisuundi. Enamik Eesti kardiolooge (kuid mitte kõik) on meie seltsi liikmed, ja neile korraldame igal aastal mitu koolitust nii konverentside kui ka veebiseminaride näol.



Kaalume ja arutame pädevushindamise sisseseadmist endokrinoloogidele.

Kristina Isand

FOTO: KRISTI SITS

Seltsi liikmetele on need koolitused vabalt kättesaadavad ja nad ka osalevad neil üsna tublilt,“ ütleb Elmet. Ta toob näite, et invasiivkardioloogia sertifikaate annavad nad välja juba aastaid.

„Oleme aktiivselt tegevad ka Euroopa kardioloogide seltsi juures, kus paljud seltsi liikmed on endale saanud erialase sertifikaadi näiteks ehk hokardiograafia või kardioloogilise intensiivravi osas. Käesolevast aastast liitusime ka nn Euroopa kardioloogi sertifitseerimise süsteemiga (*European Examination in Core Cardiology*) ning esimesed meie seltsi liikmed on selle ekami juba läbinud. Meie jaoks on ülalnimetatud pädevused konkreetse kardioloogi kvaliteedimärk, kuid riiklikul tasandil puudub neil paraku igasugune väljund ja tähendus,“ räägib Elmet.

Ta näeb juhtrolli ka riigil: „Tsentraalne juhtroll peaks lähtuma riiklikest asutustest. Kardioloogide selts on väga avatud maailma parandamisel kaasa lööma.”

Koolitused ei ole alati kättesaadavad

Riigikontrolli aruandest selgus veel, et täienduskoolitused, mille läbimine õigusaktiga ette nähtud 60 tunni ulatuses aastas on üks pädevuse tagamise alus, ei ole kõikidele tervishoiutöötajatele kättesaadavad, ja seda mitte rahapuuduse tõttu, nagu võiks arvata, vaid suurem takistus on töötaja täienduskoolituse ajaks vajaliku asendaja puudumine.

Tervisekassal on üldkuludes koolitus-

komponent, mis praegu on määruse järgi 1049,12 eurot arsti kohta aastas, kuid sageli ei ole praktikas nii lihtne, et iga arst saab selle summa ja võib end koolitama asuda.

Lisaks ei kata see summa välismaal toimuvaid koolitusi, kuid vajalikud koolitused toimuvad sageli just välismaal.

Eesti arstide liidu peasekretäri Katrin Rehema sõnul peaks fookuses olema täienduskoolitus, kuid arstil on koolitusele minek tihti paras proovikivi.

„Kas saab töölt puududa või pole kedagi, kes tema patsientidega tegeleb? Kas Eestis pakutakse vajalikku koolitust või peab kitsa eriala tõttu seda välismaalt otsima? Kuidas kulud kaetakse?“ toob Rehema välja mitmesuguseid kitsaskohti.

Ta lisab, et erialaseltsidele, mis tegelevad mittetulundusühingutena vabatahtlikkuse alusel, ei saa panna pädevushindamise kohustust, eriti kui riik neid selles ei nõu ega rahaga mitte kuidagi ei aita.

Rehema kinnitab, et pole põhjust kahelda meie arstide pädevuses ega selles, et nad oma erialaseid teadmisi ja oskusi arendada soovivad. „Pädevuse hindamine iseenesest kedagi targemaks ei tee, aga küllap on seegi üks motivaator oma erialase taseme hoidmiseks,“ räägib Rehema.

Ta rõhutab sarnaselt kardioloogide seltsi presidendi Märt Elmetile, et toimivat hindamissüsteemi oleks vaja eelkõige nendeks vähesteks juhtudeks, kus tekib kahtlus, kas arsti ravikvaliteet on vajalikul tasemel.

„Aga hinnang ei tohiks olla alus arsti karistamiseks, vaid pigem aitamiseks. Võib-olla vajab ta rohkem koolitust, aga võib-olla hoopis puhkust,“ toob Rehema välja mõttekohad.

Kellel on pädevushindamisest kasu?

Kui pädevushindamine tundub osale arst-konnast lihtsalt auasi ja soov oma erialalist taset hoida ja näidata, siis eratervishoiuasutused jälgivad rohkem, et nende töötajatel oleks pädevushindamine läbitud.

Nimelt annab pädevustunnistusega töötajate olemasolu teatava eelise (rohkem punkte, toim) toimuvatel tervisekassa hangetel.

Riigikontrolli hinnangul on sotsiaalministeerium võtnud saatusele alistunu rolli, pidades küll pädevushindamist tugevalt soovituslikuks, kuid selle kohustuslikuks muutmist teostamatuks, kuna erialaühenduste võimekus ja soov hindamisega tegeleda on erinevad.

Raport toob esile, et riikliku järelevalve tegemine tervishoiuvaldkonnas on terviseameti ülesanne, kuid ka ameti enda hinnangul on koolitusnõudega seotud mitu lahendamata küsimust, näiteks millised koolitused on erialased ja millised mitte ning kuidas rakendada kohustuslikus mahus koolitusel osalemise nõuet nende töötajate puhul, kes töötavad mitme tervishoiuteenuse osutaja juures.

Seetõttu on terviseamet otsustanud koolitusnõude täitmist mitte kontrollida, kuni sotsiaalministeerium neis aspektides selgust loob.

Tasub teada: Riigikogu arutas teemat

Riigikontrolli aruannet arutati ka 21. oktoobril toimunud sotsiaalkomisjoni istungil.

Terviseameti poolt kommenteeris koosolekul teemat peadirektori asetäitja Ragnar Vaiknemets, ja möönis, et ootused pädevuse hindamise osas on pandud kutse-erialaühendustele. „Praegu on olukord tõesti selline, et erialaliitudest osa teeb ja osa ei tee hindamist,“ tõdes Vaiknemets. Kuna hindamine on vabatahtlik, ei saa nad terviseameti poolt tekitada ega arendada pädevushindamisega seotud digilahendusi. „Pädevushindamisega seotud info küll koondatakse terviseametis, kuid otseselt sellist ülesannet meil ei ole,“ ütles Vaiknemets.

Küll aga lubab terviseamet tekitada võimekuse, et hakata terviseinfosüsteemi looma võimalust, et sisestada ja kuvada infot pädevushindamise kohta.

Pisut üle 1000 euro koolituskulu

Tervisekassa juhatause liige Maivi Parv ütles sotsiaalkomisjoni istungil, et nad üldjoontes nõustuvad nii järelduste kui ka ettepanekutega. Parv rõhutas seal, et tervisekassa on lepingutesse koolituskulu üldkulude sisse arvestanud (1049,12 eurot aastas arsti kohta, toim).

„Igal aastal seda koolituskulu summat korrigeeritakse. Samuti on teada, et igal aastal koolituskulud ka täies mahus ära kasutatakse ja võimalik, et need kulud on vaja taas üle vaadata ja samuti need kulud, mis oleks sel juhul, kui koolitus oleks välismaal. Hetkel on arvestatud riigisiseste koolitustega,“ rääkis Parv. Ta lisas, et neil on plaanis luua pädevushindamiste vaatamiseks register, siis tekib tervisekassal võimalus rohkem süveneda, kas koolituskomponent vajab ülevaatamist.

Vabatahtlik range soovitusena

Sotsiaalkomisjoni esimees Urmas Rein-salu meenutas, et 2002. aastast muudeti pädevushindamine vabatahtlikuks ning küsis terviseaminister Riina Sikkutilt, kas hetkeseisuga võib siis öelda, et Eestis on arstkonnal pädevusega probleeme. „Ja kui on, siis millel see väide põhineb?“

Sikkut vastas, et tulevase eesmärgistatud süsteemi jaoks on vaja pädevuse hindamist.

„See hindamine saab olla vaid kolleegide vahel tehtav hindamine. Kui vaadata laiemalt tegevuslubade süsteemi, siis enesehindamise roll tugevneb ja terviseameti jääb siis hinnata, et enesehindamine toimiks,“ sõnas minister.

Lisaks tõi Sikkut välja, et kahtlemata esineb juhtumeid, kus probleeme pädevusega on, aga selleks, et vastata otse sellele küsimusele, on vaja andmeid.

Reinsalu küsis, kas riigikontrollil on olemas arusaam, kuhu suunda soovitakse liikuda.

Riigikontrolli peakontrolör Ines Metsalu-Nurminen vastas, et ka edaspidi võiks pädevushindamine olla vabatahtlik, kuid rangelt soovituslik.

Ravi Haiguse loomulik kulg on progresseeruv

Kodade virvenduse ablatsioonravi – arenev ja kasvav ravivõimalus

Violetta Riidas

violetta.riidas@aripaev.ee

Septembris toimunud konverentsil “Kardioloogia tulipunkt 2024” teigi ettekande kodade virvenduse ablatsioonravist TÜ kliinikumi südamekliiniku rütmihäirete osakonna arst-õppejõud Erik Salum.

Kodade virvendus (AF) on krooniline ja progresseeruv südame rütmihäire, mille puhul kodade kontraktsioonid muutuvad ebaregulaarseks ja sageli liiga kiireks, mõjutades südame üldist rütmi.

See haigus on seotud südame elektriliste signaalide häiretega, mis muudavad südame normaalset kokkutõbumise mustrit ja võivad põhjustada mitmesuguseid sümptomeid, nagu südame klopimine, nõrkus, pearinglus, õhupuudus ja väsimus.

Kuigi paljudel patsientidel võib AF esineda episoodiliselt, võib see haiguse süvenedes muutuda püsivaks, mis omakorda suurendab tüsistuste riski ja raskendab ravi.

AFi ravi keskendub rütmihäirete kontrolli alla saamisele, elukvaliteedi parandamisele ja haiguse progresseerumise pidurdamisele.

AFi patogenees ja progresseerumine

AFi algus on seotud peamiselt südame kodade elektrilise häirega, mille peamised vallandajad on sageli kopsuveenide suutes esinevad spontaansed depolarisatsioonid. Need vallandajad aktiveerivad südamekodade ebanormaalse elektrilise tegevuse, mis põhjustab kodade virvendamist ja südame üldise rütmi häireid.

Pikaaegne kodade virvendamine põhjustab südames elektrilist ja struktuurset remodelleerumist, mille käigus normaalne lihaskude asendub sidekoega.

See fibroos muudab südame elektrijuhitavust, muutes kodade kontraktsioonid ebakorrapäraseks ja takistades nende nor-



Eesmärk on tekitada täielikult seinaläbine armkude, et isoleerida kopsuveenide elektriline aktiivsus.

Erik Salum

FOTO: MEELI KÜTTIM

maalist kokkutõmbumist. Koja laienemine ja kontraktiilsuse langus on peamised tegurid, mis soodustavad AFi episoodilise vormi muutumist püsivaks.

Haiguse progresseerumist mõjutab mitu riskitegurit, millest kõige olulisemad on vanus (eriti üle 65aastastel inimestel), hüpertensioon, diabeet, ülekaal, struktuursed südamehaigused (eriti vasaku koja dilatatsioon), krooniline neeruhaigus, krooniline obstruktiivne kopsuhaigus, krooniline koronaarsündroom, varasemad transitoorsed isheemilised rünnakud või ajuinfarkt ning obstruktiivne uneapnoe. Need tegurid võivad kiirendada haiguse kulgu, muutes AFi kontrolli keskmisest keerulisemaks ja halvendades patsiendi üldist prognoosi.

AFi loomulik kulg on progresseeruv, kus esialgu episoodilised vormid (paroksüsmaalne AF) võivad aja jooksul muutuda püsivateks (püsiv AF).

Uuringud näitavad, et AFi kordumise ja progresseerumise risk on suur – uuringute kohaselt võib haiguse progresseerumise risk kümne aasta jooksul olla 22–36%. Esialgselt sümptomiteta episoodid võivad progresseeruda ja muutuda sagedasemaks, mis suurendab vajadust aktiivse ravi ja sekkumise järele.

AFi ravi ja kateeterablatsioon

AFi ravi eesmärk on vähendada sümptomeid ja parandada elukvaliteeti. Kuna tegemist on kroonilise haigusega, on fookus mitte haiguse täielikul ravil, vaid selle sümptomite kontrollimisel ja progresseerumise pidurdamisel. Üks peamisi ravimeetodeid on kateeterablatsioon, mis on tõhus ja laialdaselt kasutatav meetod AFi kontrollimiseks.

Kateeterablatsiooni eesmärk on isoleerida kopsuveenid südame ülejäänud elektrilisest süsteemist, et vältida AFi vallandavate elektriliste impulsside levikut. Ablatsiooni käigus viiakse kateeter läbi reieveni südamesse, kus kopsuveenide üm-

ber tehakse raadiosagedusliku energia abil koekahjustusi. Need kahjustused põhjustavad armkoe teket, mis takistab elektriliste impulsside levikut ja isoleerib kopsuveenid ülejäänud südamekoest. Protseduuri käigus luuakse fokaalsed kahjustused (nekroos), millest moodustub elektrit mitte juhtiv armkude.

Protseduuri edukus sõltub mitmest tehnilisest tegurist, sealhulgas kasutatud energia võimsusest, kateetri kontaktist südamekoega ja protseduuri kestusest. Eesmärk on tekitada täielikult seinaläbine armkude, et isoleerida kopsuveenide elektriline aktiivsus.

Südame seinapaksus võib varieeruda 1,5–6,5 mm ning 3D-navigatsioonisüsteemid aitavad täpselt jälgida lesiooni kuju-
nemist.

Ablatsiooni riskid ja tüsistused

Kuigi kateeterablatsioon on efektiivne ravi AFi sümptomite leevendamiseks ja haiguse progresseerumise pidurdamiseks, kaasnevad sellega teatud riskid. Hinnanguliselt on oluliste tüsistuste risk 2,5–8%, mis sõltub patsiendi üldisest seisundist ja protseduuri keerukusest. Enim esinevad tüsistused on vaskulaarsed, mis tekivad kateetri sisestamisel reieveni, samuti võivad tekkida trombemboolia ja perikardi tamponaad, kui kateeter kahjustab südame seina.

Harvemad, kuid tõsisemad tüsistused on söögitoru fistulid, mis tekivad, kui ablatsiooni käigus kasutatav energia kandub söögitorusse (risk 0,02–0,1%).

Teine haruldane, kuid oluline tüsistus on kopsuveenide stenoos (0–0,5%), mis võib tekkida, kui kopsuveenid on protseduuri käigus kahjustatud. Lisaks võib ablatsiooni käigus esineda diafragma närvi püsiv kahjustus, mis on samuti harv komplikatsioon. Kuigi protseduur on aja jooksul muutunud palju turvalisemaks, on oluline, et seda teevad kogenud spetsialistid.

ELIQUIS[®]
(apiksabaan):
EFEKTIIVSUS
JA OHUTUS,
MILLE VALIN^α



ENDA

ISA

SÕBRANNA

PATSIENDI JAOKS

^αPõhineb NVAF-i
kliinilistel uuringutel
vs varfariin



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



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



Väiksem üldsuremus ↓**11% RRR**^{1*}



Seedetrakti säästev insuldikaitse^{1*}



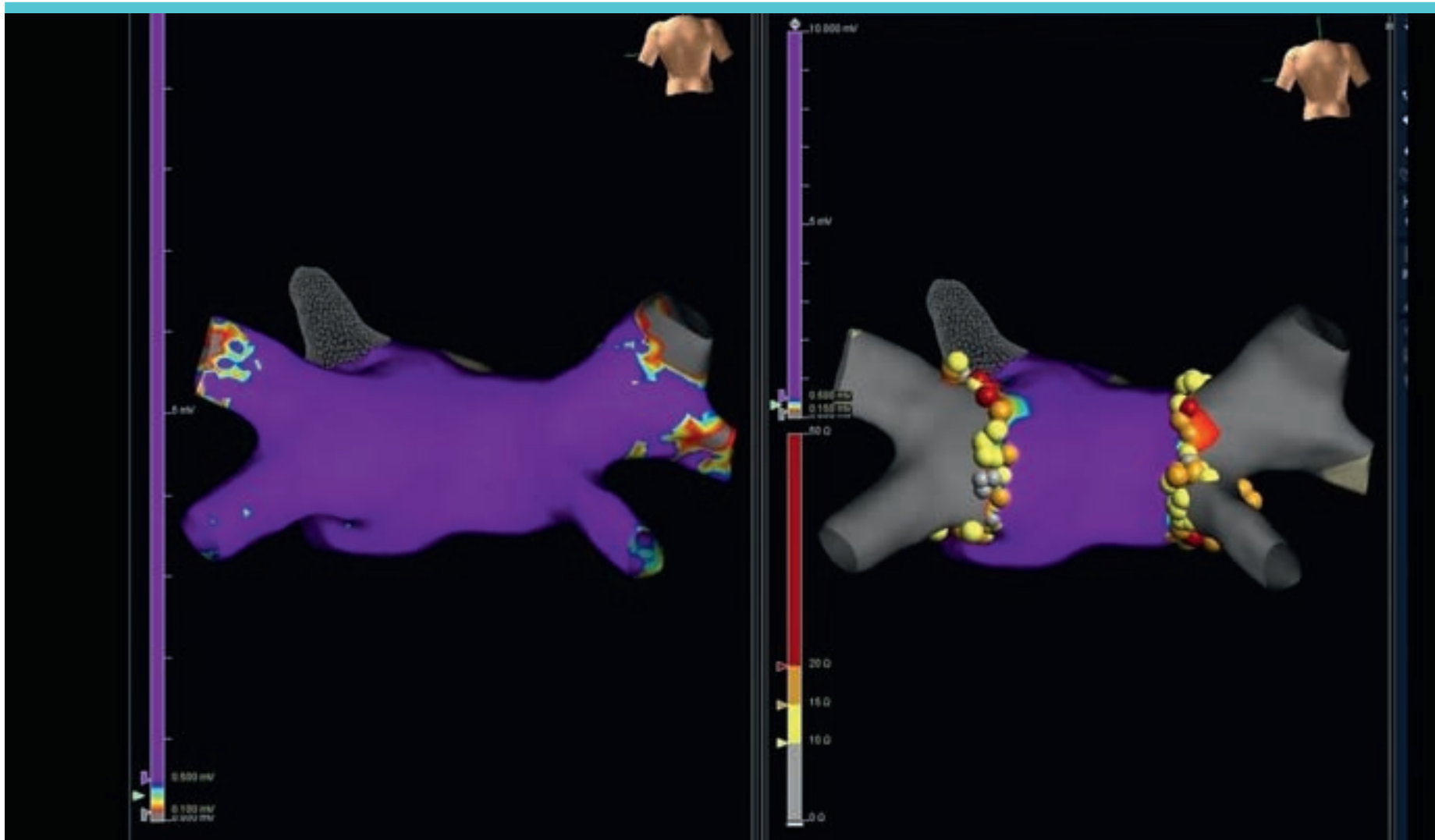
Ööpäevaringne insuldikaitse^{1,2}

*vs. varfariin

RRR = suhtelise riski vähenemine

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

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



Punkthaaval luuakse ümber kopsuveenide isolatsioonijoon ja armkoe tekkimisega isoleeritakse kopsuveenid elektriliselt vasakust vatsakesest.

FOTO: ERIK SALUM

Algus lk 10

Ablatsioon edukus ja järelkontroll

Ablatsiooni protseduuri edukus sõltub paljuski patsiendi individuaalsest riskiprofiilist ja haiguse olemusest.

Paroksüsmaalse AFi puhul on siinusrütmi säilimise tõenäosus aasta pärast ablatsiooni 80%, kuid püsiva AFi puhul on see näitaja madalam, jäädes umbes 66% juurde. Kuni 20% patsientidest, kelle kopsuveenid on edukalt isoleeritud, võib siiski kogeda rütmihäireid, mis pärinevad teistest südamepiirkondadest, näiteks vasaku koja tagaseinast, koronaarsüsinest või Marshalli veenist. Neid rütmihäireid on raskem tuvastada ja ravida, kuid uued tehnoloogiad, nagu tehisintellekti kasutamine elektrofüsioloogilises kaardistamises, aitavad neid täpsemini tuvastada.

Pärast ablatsiooni on oluline jätkata patsientide jälgimist ja ravi, et vähendada

komplikatsioonide riski ja hinnata protseduuri edukust.

Antikoagulantravi

Tavaliselt määratakse patsientidele antikoagulantne ravi vähemalt kaheks kuuks, et vältida tromboosi, kuna protseduuri käigus tekkinud koekahjustused soodustavad trombiide teket.

Samuti võib olla vajalik antiarütmiline ravi, eriti pimeperioodil, mis kestab pärast ablatsiooni kuni kaks kuud. Sellel perioodil võivad rütmihäired (sealhulgas kodade tahhükardia ja laperdus) korduda, kuid see ei tähenda tingimata, et protseduur oli ebaõnnestunud.

Tulevikusuunad

AFi ravi on pidevas arengus ning tulevikus keskendutakse haiguse täpsemale mõistmisele ja uute tehnoloogiliste lahenduste rakendamisele.

Uuringud on keskendunud sellele, kuidas paremini tuvastada ja kaardistada rütmihäirete allikaid, sealhulgas neid, mis pärinevad väljaspool kopsuveene. Samuti arendatakse uusi energiakasutuse meetodeid, nagu alalisvoolu impulssravi, mis võib osutuda ohutumaks ja tõhusamaks kui praegu kasutatav raadiosageduslik energia.

Üks oluline küsimus on ka see, kuidas hinnata ablatsiooni edukust. Praegu puuduvad universaalsed mõõdikud, mis määraksid kindlaks, millal protseduur on täielikult õnnestunud, mistõttu on oluline pöörata tähelepanu nii patsiendi sümptomitele kui ka objektiivsetele uuringutulemustele.

Tehisintellekti roll

Tehisintellekti kasutamine AFi ravis, eriti elektrofüsioloogiliste andmete analüüsis, on

muutumas üha olulisemaks ja võib aidata tuvastada rütmihäirete vallandajaid, mis ei ole seotud kopsuveenidega.

AF on krooniline ja progresseeruv haigus, mille ravi keskendub peamiselt sümptomite kontrollimisele ja haiguse progresseerumise aeglustamisele. Kateeterablatsioon on tõhus ravimeetod, mis on aastatega muutunud ohutumaks ja tõhusamaks, kuid sellega kaasnevad siiski teatud riskid. Tulevikus loodetakse, et uued tehnoloogilised lahendused ja teadusuuringud aitavad tuvastada täpsemaid ravimeetodeid ning pakkuda patsientidele veelgi tõhusamat ravi. Kuigi AFist ei ole võimalik täielikult vabaneda, saab õigete ravimeetodite abil vähendada rütmihäirete sagedust ja parandada elukvaliteeti, aidates seeläbi patsientidel saavutada paremaid tulemusi ja pikemat eluea prognoosi.

Tasub teada: Kodade virvenduse korduvus

- Uuringutest saadud andmed on erinevad (heterogeensed kohordid, erinevused monitooringu kestuses ja sageduses)
- 30 patsienti, esmane AF, implanteeriti rütmivalvur - jälgimine kolm aastat
- 10% AF ei kordunud
- 13% kordus üks episood
- 47% tekkis <5 AF episoodi aastas, neist enamus <24h kestusega
- 30% tekkis >5 AF episoodi aastas
- Pikemad uuringud hindavad kümne aasta progresseerumise riskiks 22-36%

Allikas: Simantirakis et al. Clin Cardiol. 2018;410:594-600

80%

- on paroksüsmaalse AFi puhul siinusrütmi säilimise tõenäosus aasta hiljem.



EUROPEAN
TESTING
WEEK
www.testingweek.eu
2024



EuroTEST
Working together for integrated
testing and earlier care

Euroopa HIV ja hepatiidi testimise nädal 18.–25. november!

HIV

HIV- Eestis hinnanguliselt ligi tuhat inimest, kellel ei ole HIV-nakkus veel diagnoositud.

Indikaatorhaigused ja -seisundid, mis võivad viidata HIV-le:

- korduv pneumoonia ühe aasta jooksul (rohkem kui üks kord aastas);
- tuberkuloos (nii kopsu kui ka muude paikmete);
- äge või krooniline B-hepatiit ja C-hepatiit;
- herpes zoster alla 65-aastastel isikutel;
- mononukleos;
- dissemineeritud herpes simplex infektsioon;
- seksuaalsel teel levivad infektsioonid (k.a ureaplasmoos, mükoplasmoos, genitaalherpes, papilloomviirusinfektsioon, gonorröa, süüfilis, klamüdioos, trihhomonoos);
- generaliseerunud seeninfektsioonid (k.a oportunistlikud seeninfektsioonid);
- generaliseeritud tüükad ja nakkuslikud molluskid;
- ebaselge põhjusega leukopeenia või trombotsütopeenia kestusega üle 4 nädala;
- lümfoom;
- Kaposi sarkoom;
- emakakaela ja anaalpiirkonna vähk ja prekantseroossed seisundid;
- generaliseerunud seborroiline dermatiit/follikuliit;
- CMV retiniit.



Positiivse tulemuse korral tuleks patsient suunata infektsioonhaiguste arsti vastuvõtule.



Head tervishoiutöötajad!
Pöörake Euroopa HIV ja hepatiidi testimise nädalal nendele viirustele rohkem tähelepanu ja testige nii ennast kui oma patsiente!

Euroopa HIV ja hepatiidi testimise nädala teavitust toetab AbbVie OÜ | EE-VHCV-240014

C-hepatiit

Viirus kulgeb enamasti sümptomiteta ja jääb tihti diagnoosimata.

Kuna C-hepatiit on süsteemne haigus, siis maksavälised ilmingud, mis võivad viidata HCV nakkusele:

- krüoglobulineemiline vaskuliit
- nahahaigused – hilisporfüüria (porphyria cutanea tarda, PCT) ja lameda lihheniga (lichen planus, LP)
- neeruhaigused (membranoproliferatiivne glomerulonefriit, fokaal-segmentaalne glomeruloskleroos ja interstitsiaalne nefriit, proteiinuuria, mikroskoopiline hematuuria, terminaalne neerupuudulikkus)
- lümfo proliferatiivsed haigused (B-rakuline mitte-Hodgkini lümfoom)
- II tüüpi diabeet
- kardiovaskulaarhaigused (müokardi infarkt ja ebastabiilse stenokardia risk kui ka insuldirisk)
- **NB!** ka minimaalselt normväärtust ületav ALAT prognoosib suurema tõenäosusega C-viiruse testil positiivse tulemuse saamist!



Positiivse tulemuse korral tuleks patsient suunata täpsustavateks uuringuteks infektsioonhaiguste arsti või gastroenteroloogi vastuvõtule.

B-hepatiit

Keda testida:

- transaminaaside tõusuga patsiendid
- kõik HIV-/HCV positiivsed
- rasedad
- patsiendid, kellel on plaanis immuunosupresseeriv ravi
 - › HBsAg positiivne – äge või krooniline B-hepatiit – patsient suunata infektsionisti või gastroenteroloogi vastuvõtule
 - › HBcAb positiivne (HBsAg negatiivne) – nõustada ja suunata infektsionistile vaid juhul kui on plaanis immuunosupresseeriv ravi
 - › HBsAb positiivne (HBsAg ja HBcAb negatiivsed) – suunamine ei ole vajalik – patsient on vaktsineeritud

Südamehaigetel esineb uneapnoed mitu korda keskmisest sagedamini

Violetta Riidas

violetta.riidas@aripaev.ee

Unemeditsiini konverentsil oktoobris tegi ettekande uneapnoe ja südamehaiguste seostest kardioloogia eriala IV aasta arst-resident Silver Heinsar.

Uneapnoe, eriti obstruktiivne uneapnoe (OSA), on oluline terviseprobleem, mis mõjutab oluliselt ka kardiovaskulaarhaiguste arengut ja kulgu. Statistika näitab, et uneapnoe esineb üldpopulatsioonis igal kolmandal mehel ja igal kuuendal naisel, kuid südamehaigustega patsientide seas võib see esineda kuni 40–60% juhtudest.

Uneapnoel on tugevad seosed erinevate südame-veresoonkonna haiguste, sealhulgas hüpertensiooni, rütmihäirete, südamepuudulikkuse ning koronaararterite haigustega. Uneapnoe ravi, peamiselt CPAPi (pideva positiivse õhurõhu) aparaadiga, võib aidata kaasa ka südamehaiguste ravile ja parandada patsientide elukvaliteeti, ent oluline on selle pidev kasutamine üle nelja tunni ööpäevas.

Hüpertensioon

Hüpertensioon on üks sagedasemaid südame-veresoonkonna haigusi ning selle seos uneapnoega on selge. ESC 2024. aasta hüpertensiooni ravijuhendi kohaselt on OSA oluline sekundaarse hüpertensiooni põhjustaja. OSA korral esinevad öised hingamishäired põhjustavad sümpaatilise närvisüsteemi aktiveerumist, mis tõstab öist vererõhku. Tavaliselt langeb vererõhk öösel umbes 10%, kuid OSAGA patsientidel seda langust ei toimu (*non-dipping*) või vererõhk hoopis tõuseb (*reverse dipping*).

OSA kahtluse korral on soovitatav teha uneapnoe skriining ning vajadusel (polü-)somniaagraafiline uuring, sest uneapnoe diagnoosimise ja ravi korral on vererõhu kontrolli oluliselt lihtsam saavutada. CPAP-ravi on siin keske tähtsusega, aidates vererõhku alandamisele lisaks vähendada ka hüpertensiooni põhjustatud tüsistusi.

Pulmonaalne hüpertensioon

Pulmonaalne hüpertensioon (PH) on seisund, mille korral suureneb kopsuarteri rõhk, põhjustades südame parema poole ülekoormust ja lõpuks südame parema poole puudulikkust. Ligikaudu 17% OSAGA patsientidest esineb ka pulmonaalhüpertensioon. OSA põhjustab hüpoksilist vasokonstriksiooni ja mõjutab vasoaktiivsete mediaatorite taset, mis omakorda põhjustab kopsuarteri silelihase hüperplaasiat ja vasokonstriksiooni.

Kuigi väiksemad uuringud on näidanud, et CPAP-ravi võib langetada kopsuarteri rõhku umbes 5 mmHg võrra, on tulemused pulmonaalhüpertensiooni ravis



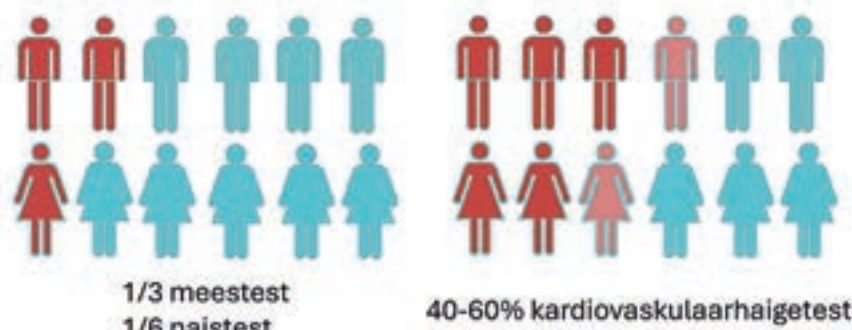
Ravitulemuse tagab CPAP-ravi vähemalt neli tundi ööpäevas.

Silver Heinsar

FOTO: MEELI KÜTTIM

Tasub teada:

OSA epidemioloogia: üldpopulatsioon vs kardiovaskulaarhaiged



vastuolulised. Selleks, et kinnitada CPAP-ravi efektiivsust PHga patsientidel, on vaja suuremaid uuringuid.

Kodade virvendusarütmia ehk KVA

KVA on kõige sagedasem rütmihäire, mille esinemine uneapnoe patsientidel on samuti suurenenud. Mõlemal on mitu ühist riskitegurit: hüpertensioon, meessugu, ülekaal ja südamepuudulikkus. OSA episoodid koos hüpoksia ja suurenenud int-ratorakaalse rõhuga soodustavad südame struktuursete muutuste (ka fibroosi) teket, mis omakorda viib KVA tekkeni.

Viimased ravijuhendid soovivad, et kõiki KVA patsiente tuleks uneapnoe suhtes skriinida, kuna OSA ravi, eriti CPAP-ravi, on uuringutes vähendanud KVA retsidiivi ja episoodide sagedust pärast ablatsiooni või kardioversiooni. Lisaks on uuringud näidanud, et korrektne OSA ravi aitab ära hoida KVA progresseerumise püsivaks rütmihäireks.

Bradükardia

OSAGA patsientidel esineb sageli ka bradükardiat, mis on seotud öiste hingamishäirete ja hüpoksia episoodidega. OSA põhjustatud hapnikupuudus suurendab sümpaatilise närvisüsteemi aktiivsust, mis oma-

korda viib vererõhu tõusuni. Kõrget vererõhku asub tasakaalustama parasümpaatiline närvisüsteem, mis tingibki öiseid bradükardia episoodide.

ESC 2021. aasta ravijuhend soovib uneapnoe ravi, sest on leitud, et CPAP-ravi võib vähendada bradükardia episoodide sagedust 72–89% ulatuses. Lisaks soovitatakse kaaluda kehakaalu langetamist, mis võib samuti leevendada bradükardia sümptomeid. Interventsionaaluuringud on näidanud, et CPAP-ravi on efektiivne uneapnoega patsientide bradükardia episoodide vähendamisel, kuid ravimeetodi tõhusus sõltub ravi kestusest ja järgimisest. Kui bradükardia hoolimata uneapnoe ravist püsib, võib kaaluda kardiostimulaatori paigaldamist.

Südamepuudulikkus

Südamepuudulikkusega patsientidel on sageli ka hingamishäireid, sealhulgas tsentraalsed ja obstruktiivsed uneapnoed. Ühes Taani populatsiooniüleses uuringus (5 miljonit inimest) leiti, et uneapnoe haigetel on südamepuudulikkuse esinemissagedus märkimisväärselt suurem. Samas näitasid uuringud, et CPAP-ravi võib ennetada südamepuudulikkuse teket üle 60aastastel uneapnoega

patsientidel. Haigetel, kellel südamepuudulikkus on juba välja kujunenud, ei ole senised uuringud suutnud CPAP-ravi korral progressiooni pärssivat toimet tõendada. Siiski, nende uuringute kitsaskoht on kehv ravisoostumus, sest keskmine öine CPAP-ravi kestus jäi enamikul haigetest alla nelja tunni.

Koronaararterite haigus

Koronaararterite haigus (CAD) on südame veresoonte lubjastumise protsess, mis OSA patsientidel esineb sagedamini ja areneb kiiremini. OSA põhjustatud krooniline hüpoksia ja oksüdatiivne stress kahjustavad väikeseid veresooni ja kiirendavad südame-veresoonkonnas lupjumise protsessi. Kõige raskem koronaararterite haiguse tüsistus on südameinfarkt. OSAGA patsientidel esinevad südameinfarktid sagedamini öösel, kuna hüpoksia ja sümpaatilise närvisüsteemi aktiveerumine koormavad südant. CPAP-ravi mõju koronaararterite haiguse progresseerumisele on uuritud muuhulgas SAVE ja RICCADSA uuringutes. Randomiseeritud ja kontrollitud uuringutes pole CPAP-ravi oma positiivset toimet tõestada suutnud, probleem on taaskord halb ravisoostumus (alla nelja tunni ööpäevas). Positiivsete toimete olemasolu on võimalik, sest kui RICCADSA uuringus hinnati eraldi haigeid, kes olid CPAP-ravil üle nelja tunni ööpäevas, leiti oluline efekt koronaarhaiguse progressiooni vähenemisele.

Südame äkksurm

Uneapnoe haigetel on suurenenud risk südame äkksurma tekkeks. Uuringud on näidanud, et uneapnoega patsientidel on südame äkksurma risk umbes 2,6 korda suurem kui üldpopulatsioonis. Suurim risk on vanematel patsientidel ja neil, kellel esineb raskekujuline uneapnoe. Kuigi kardioverter-defibrillaatorite (ICD) paigaldamine on teatud patsientidel elupäästev meetod, ei ole uneapnoe ükski piisav näidustus ICD paigaldamisel. Pikad uneapnoega seotud pausid võivad siiski viia ventrikulaarse tahhükardia või fibrillatsiooni, mistõttu tuleb kaaluda sobiva ravi valikut.

Uneapnoe on sageli esinev haigus, mis suurendab oluliselt südame-veresoonkonna haiguste riski ja raskendab nende kulgu. Hüpertensioon, KVA, südamepuudulikkus, koronaararterite haigus ja pulmonaalne hüpertensioon on peamised südamehaigused, mille puhul uneapnoe on tõendatult oluline riskifaktor. CPAP-ravi on kõige tõhusam ja enim uuritud uneapnoe ravimeetod. Siiski on oluline tagada, et patsientidel oleks hea ravisoostumus, kuna ravitulemuse tagab CPAP-ravi vähemalt nelja tunni jooksul ööpäevas.



rosuvastatiin/perindopriil/indapamiid
Õhukese polümeerikattega tabletid



Kolmekordne jõud ÜHES TABLETIS

ROXIPER (rosuvastatiin, perindopriil, indapamiid)

10mg/4mg/1, 25mg N30, 10mg/8mg/2, 5mg N30
20 mg/4 mg/1,25 mg N30, 20 mg/8 mg/2,5 mg N30

Näidustused:

- Essentsiaalne hüpertensioon,
- primaarne hüperkolesteroleemia (tüüp IIa, sealhulgas heterosügootne perekondlik hüperkolesteroleemia),
- segatüüpi düslipideemia (tüüp IIb) või
- homosügootne perekondlik hüperkolesteroleemia



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



**Tasub teada:**

● Tsüstiline fibroos (i. k *cystic fibrosis*) on pärilik haigus, mille puhul on häiritud normaalse koostisega keha sekreetide tootmine, mis omakorda mõjutab eri organsüsteemide toimimist. Tsüstilise fibroosi (TF) puhul on iseloomulik klassikaline sümptomite triaad: krooniline kopsuhaigus, kõhunäärme eksokriinne (välisnõrenäärmete) puudulikkus ning high soolasuse tõus.

Allikas: kliinikum.ee

Tsüstiline fibroos kahjustab eelkõige hingamisteid.

FOTO: SHUTTERSTOCK

Tsüstiline fibroos on ajas süvenev ja vajab igapäevast tegelemist

Violetta Riidas

violetta.riidas@aripaev.ee

Küsimustele tsüstilise fibroosi kohta vastas kliinikumi kopsukliiniku arst-õppejõud Viktoria Ivanova.

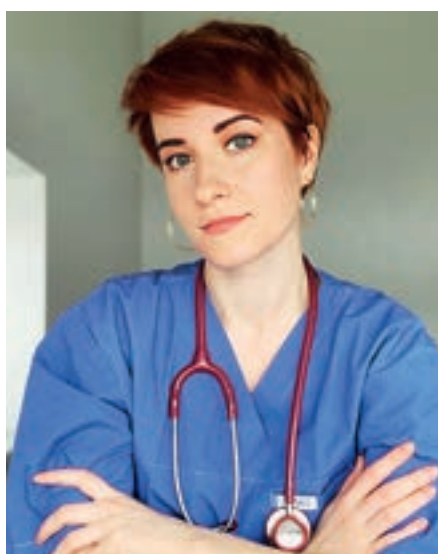
Millised organsüsteemid saavad tsüstilise fibroosi korral kõige rohkem kahjustada ja kuidas?

Tsüstiline fibroos, tuntud ka kui mukovistsidoos, on pärilik autosoretsessiivne multisüsteemne haigus, mis mõjutab peamiselt hingamisteid ja seedetrakti. Geenidefekti tulemusena on häiritud rakkude seintes naatriumi ja kloori kanalite töö, mistõttu muutuvad keha sekreedid tihedeks. Näärmejuhad ummistuvad paksu ja kleepuva limaga, mis on omakorda hea sööde bakteritele, mis soodustab infektsiooni ja kroonilise põletiku teket eri organites, aga peamiselt kopsus ja kõhunäärmes.

Milliseid ravivõimalusi kasutatakse tsüstilise fibroosi kontrolli all hoidmiseks?

Tsüstilist fibroosi ei saa täielikult vältida - ravi on suunatud valdavalt haigusnähtude leevendamisele, aidates sümptomeid kontrolli all hoida ja tüsistusi ennetada. Tsüstilise fibroosi kontrolli all hoidmiseks on haigusega vaja iga päev tegeleda, mis omakorda vajab tihedat koostööd arsti, patsiendi ja patsiendi perega.

Kuna kõige sagedamini on haigusest haaratud kopsud, siis on esikohal kleepuva sekreeidi evakatsioon hingamisteedest. Selleks kasutatakse:



Viktoria Ivanova

FOTO: KLIINIKUM

- igapäevaseid inhalatsioone sitke lima veeldamiseks (alfadornaas, hüpertooniline soolalahus, atsetüültsüsteiin),
- respiratoorset füsioteraapiat (ideaalis kuni 20 minutit kaks korda päevas),
- antibiootikume, ennetamiseks (immunomoduleeriv toime) ja ravimaks infektsioone.

Nakkuste ärahoidmiseks on vajalik vaktsinatsioon vaktsiinivõimalike infektsioonide vastu (gripp, COVID-19, pneumokokk, hemofiilus), käte korralik ja sagedane pesemine, kokkupuute vältimine viirushaigete inimestega. Samuti tuleb vältida lähikontakti teiste tsüstilist fibroosi põdevate inimestega, kuna seda haigust põdevad lapsed ja täiskasvanud võivad

kanda ja levitada pisikuid, mis on ohtlikud teistele sama tõvega inimestele. Probleemiks võivad osutuda korduvad rinosiidid, mistõttu võib tekkida operatiivse ravi vajadus. Ka maksafunktsioon vajab tihedat jälgimist ja vajadusel raviskeemi korrigeerimist.

Kuna tsüstiline fibroos on süvenev haigus, siis haiguse raskenedes ravimaht ja ravikoormus suurenevad - teatud hetkel võib kerkida transplantatsiooni vajalikkuse küsimus (valdavalt kopsu või maksa transplantatsioon).

Kuidas on ravi viimasel ajal arenenud?

Paljudes Euroopa riikides on olnud kasutusel geenimutatsioon mõjutavad ravimid, nn modulaatorravimid, mis mõjutavad haiguse algpõhjust. Alates selle aasta 1. juulist finantseerib modulaatorravi kindlatel näidustustel (eeldab kindlaid mutatsioone ja enne ravi algust korralikult tehtud skriiningut, üldstaatus kontrolli) ka meie riik. Modulaatorravi peab olema eluaegne, kuna ilma ravita haigusnähud tekivad taas. Modulaatorid aitavad eluiga pikendada, elukvaliteeti parandada, vähendada ägenemiste ja hospitaliseerimiste arvu ning stabiliseerida kehakaalu.

Kahjuks on pulmonaalne taastusravi ja psühholoogiline abi, mis on meie patsientide jaoks samuti tähtsal kohal, seni kesiselt kättesaadavad olnud.

Kuidas mõjutab tsüstiline fibroos patsiendi energiavajadust ja milline on ravi mõju ainevahetusele?

Enamik tsüstilise fibroosiga patsientide vajab seedeensümasendusravi kõhu-

näärme eksokriinse düsfunktsiooni tõttu. Asendusravi aitab neil toitu seedida ja sellest vajalikke toitaineid kätte saada ning säilitada optimaalset kehakaalu. Kuna haigete energiavajadus on olnud suur, pidi toit aastaid olema suure kalorsusega ja rasvarikas. Modulaatorravi foonil tunneb mõni patsient tohutu söögiisu, mis kaasuvana toob vastupidiseid probleeme: alakaalulisuse asemel on oodata rasvumist, millega koos metaboolset sündroomi (rasvumus, düslipideemia, hüpertoonia) ning tõusnud kardiovaskulaarset riski.

Millised probleemid esinevad tsüstilise fibroosiga lastel üleminekul täiskasvanute ravisüsteemi?

Probleeme on palju, kuid need on pigem psühholoogilist laadi. Teismeline peab tasapisi võtma rohkem vastutust: enesejuhtimine, jagatud vastutus, aktiivne osalemine raviprotsessis. Kuna haigus on eluaegne ja tõsine, siis peab sellega tegelema igapäevaselt. Vabu päevi ei ole: tee füsioteraapiat kaks korda päevas, võta kõik tabletid arsti ettekirjutuste järgi, jälgi toitumist ja vitamiine, ära unusta ensüüme ja inhalatsioone, tee vajalikud vaktsiinid, käi regulaarselt arsti juures kontrollis. Kõik see ei ole kasvava ühiskondliku surve taustal lihtne: peab astuma iseseisvasse ellu, käima ülikoolis ja tööl, olema aktiivne pereliige, tege ma sporti. Täiskasvanute ravisüsteemiga liitudes peab patsient looma uuesti usaldusväärsed kontaktid, mis tihtipeale ei teki kohe esimesel visiidil, vaid vajab kõike poolte koostööd. Siin on kindlasti abi psühholoogilisest toest.



VYVGART[®]
(alfaefgartigimood)

< Patsientide igapäevase
toimetuleku **nähtav**
paranemine^{1*}

Esimene ja ainus heakskiidetud
IgG Fc-fragment **generaliseerunud**
raskekujulise müasteenia (gMG)
raviks atsetüülkoliini retseptori
(AChR) vastaste antikehadega
täiskasvanutel.^{2,3}

VYVGART (alfaefgartigimood) on retseptiravim.

Vyvgart on **näidustatud** lisaks standardravile atsetüülkoliini retseptori vastaste antikehade suhtes positiivsete generaliseerunud *myasthenia gravis*'ega täiskasvanud patsientide raviks.

Müügiloo hoidja: argenx BV, Industriepark-Zwijnaarde 7, 9052 Gent, Belgia

Täiendav teave on saadaval ravimi müügiloo hoidja Eesti esindusest: Medison Pharma Estonia OÜ, Sõpruse pst 145, 13424 Tallinn; MedInfo.Estonia@medisonpharma.com

Palun tutvuge enne preparaadi väljakirjutamist täieliku ravimi omaduste kokkuvõttega.



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

*ADAPT-i esmane tulemusnäitaja: ChR-Ab+ MG-ADL reageerijate osakaal 1. tsüklis; VYVGART 67,7% (44/65), platseebo 29,7% (19/64); p < 0,0001.

Ab, antikeha; AChR, atsetüülkoliini retseptor; Fc, fragmentkristalluv piirkond; gMG, generaliseerunud raskekujuline müasteenia; IgG, immunoglobuliin G; MG-ADL, Myasthenia Gravis Activities of Daily Living (MG igapäevaelu toimingute profiil).

Viited: 1. Howard JF *et al. Lancet Neurol* 2021;20(7):526-536. 2. VYVGART. Ravimi omaduste kokkuvõte. 3. Wolfe GI *et al. J Neurol Sci* 2021;430:118074.



**COVID-19 vakt-
sineerimine on
jätkuvalt oluline,
eriti riskirühmade
seas.**

FOTO: SHUTTERSTOCK

COVID-19 uusimad tüved ja haigestumustrendid Eestis

Violetta Riidas

violetta.riidas@aripaev.ee

COVID-19 olukorrast Eestis annab ülevaate Kuressaare perearstikeskuse peaarst Kristi Kalvet.

Praegu on Eestis COVID-19 levikuolukord keerukas ja hõlmab mitut eri viiruse tüve, millest peamine on KP.3. See tüvi on saavutanud parema võime immuunsüsteemi eest põgeneda ning siduda end tõhusamalt ACE2 retseptoritega, mis aitab vältida antikehade mõju. Uuringud, sealhulgas Cao laboratooriumis tehtud tööd, näitavad, et KP.3 variant on hakanud ületama KP.2 tüve, eriti tänu Q493E mutatsioonile, mis parandab ACE2 retseptoriga sidumist ja suurendab immuunsüsteemi vältimise võimet. See mutatsioon muudab KP.3 tüve eriti tõhusaks RBD antikehade vastu, mis tähendab, et immuunsüsteemi rakud ei suuda seda tüve nii kergesti tuvastada ja hävitada. KP.3 on seega üks kõige immuuniefektseimaid tüvesid, mis praegu levib ja mida hinnatakse kiiresti kasvavaks Jn.1 alamliiniks, mis hõlmab ka F456L ja Q493E mutatsioone.

Uuemad tüved ja nende levik

Üks uutest jälgimise all olevatest viiruse tüvedest on XEC, mis on seni avastatud Saksamaal, Suurbritannias ja Hollandis. Kuigi XEC on kiire levikuga, ei ole see tüvi praegu domineeriv ning selle täpseid



Eriti oluline on rasedate vaktsineerimine, sest see kaitseb ka vastsündinut.

Kristi Kalvet

FOTO: ERAKOGU

omadusi ja mõju tuleb veel jälgida. USAs on selle tüve levimus oktoobri keskpaiga seisuga umbes 10,7%, mis näitab kiiret levikut, kuid täiendavaid mutatsioone või erinevusi võrreldes teiste tüvedega pole veel märgatud. Praegused vaktsiinid peaksid pakkuma XEC tüve vastu piisavat kaitset, kuna tegemist on hübriidtüvega, mis sisaldab elemente tüvedest KP.3.3 ja KS.1.1.

Eestis registreeriti 42. nädala seisuga (21. oktoobril) 867 uut COVID-19 haigusjuhtu, mida on 4,6% vähem kui nädal varem. Haigestumus kasvab siiski 5-9aastaste ja 75+ vanuserühmades, samal ajal kui väikelaste ja täiskasvanute seas on haigestumus püsinud stabiilsena või vähenenud. Haiglate andmetel hospitaliseeriti raske COVID-19 haiguse tõttu 27 inimest, neist 88,9% olid vanemad kui 60 aastat. Üks patsient vajab intensiivravi, kuid surmajuhte ei esinenud. Raske haiguse tõttu hospitaliseeritute arv on stabiilne, kuid vanemaeliste haigestumuse kasv võib kaasa tuua hospitaliseerimiste arvu suurenemise lähitulevikus.

COVID-19 haigestumise ja hospitaliseerimise tasemed varieeruvad aastati, ja USA CDC ennustab, et hospitaliseerimise määr võib jääda sel aastal sarnasele või madalamale tasemele kui eelmisel aastal. Siiski sõltub see suuresti vaktsineerimise tasemest, mis on hetkel madal, ja see võib mõjutada haigestumuse

levikut ning hospitaliseerimisvajadust. Eestis kasutatavad diagnostikameetodid hõlmavad PCR-teste, tervishoiuasutustes ja kodus tehtud kiirteste. PCR-testide kasutamine on vähenenud, kuna haigus on tuvastatav ka kodus tehtava kiirtestidega. Riskirühmadele soovitatakse COVID-19 ja gripi samaaegset testimist, test maksab 5,50 eurot. Kiirtestide odavam hind võimaldab hõlpsamat testimist ja nakatumise tuvastamist.

Riskirühmade vaktsineerimine

COVID-19 vaktsineerimine on jätkuvalt oluline, eriti riskirühmade seas. Immunoprofülaktika ekspertkomisjon soovib 2024/25 hooajal COVID-19 vastu vaktsineerida riskirühma kuuluvaid inimesi, sh üle 60aastaseid, rasedaid ja riskihai-gusega inimesi, kellel on eelmisest vaktsineerimisest või COVID-19 läbipõdemisest möödas rohkem kui kuus kuud. Riskirühma kuuluvad ka tervishoiu- ja hooldekandea-sutuste töötajad ning teised, kellele vaktsineerimist on soovitatud nende töö või terviseriskide tõttu.

Eriliselt oluline on rasedate vaktsineerimine. Rasedad kuuluvad riskirühma ja on tõendatud, et vaktsineeritud emade lastel on esimesel elukuudel oluliselt väiksem hospitaliseerimisvajadus ja raskete haiguste risk. Vaktsineerimine raseduse ajal kaitseb ka vastsündinuid.

Jätkub lk 20

COVID-19 kodune ravi riskigrupi patsiendile^{1*}

▼ Paxlovid®

(nirmatrelviiri 150 mg tabletid | ritonaviiri 100 mg tabletid)



**Tegutse kiiresti.
Alusta ravi mitte hiljem
kui 5 päeva jooksul sümptomite
tekkest patsientidel, kes ei vaja
lisahapnikku.**

Viited:

¹ Paxlovidi (nirmatrelviir/ritonaviir) ravimiomaduste kokkuvõte https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/paxlovid-epar-product-information_et.pdf.

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

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

Paxlovid (nirmatrelviir/ritonaviir) 150 mg + 100 mg õhukese polümeerikattega tabletid. INN: *Nirmatrelviir + ritonavirum*. Üks roosa õhukese polümeerikattega tablett sisaldab 150 mg nirmatrelviiri. Üks valge õhukese polümeerikattega tablett sisaldab 100 mg ritonaviiri. Paxlovid (nirmatrelviir/ritonaviir) on näidustatud 2019. aasta koroonaviirushaiguse (COVID-19) raviks täiskasvanutel, kes ei vaja lisahapnikku ja kellel on suurenenud risk raske COVID-19 tekkeks. Soovitatav annus on 300 mg ravimit nirmatrelviir (kaks 150 mg tabletti) koos 100 mg ritonaviiriga (üks 100 mg tablett) suu kaudu iga 12 tunni järel 5 päeva jooksul. Suukaudne. Kerge neeru- või maksakahjustusega patsientidel ei ole vaja Paxlovidi (nirmatrelviir/ritonaviir) annust kohandada. Mõõduka neerukahjustusega patsiente hoiatada, et iga 12 tunni järel tuleb koos ritonaviiri tabletiga võtta ainult üks Nirmatrelviir tablett. Paxlovidi (nirmatrelviir/ritonaviir) ei ole soovitatav kasutada raseduse ajal ja rasestumisvõimelistel naistel, kes ei kasuta rasestumisvastaseid vahendeid, välja arvatud juhul, kui kliiniline seisund nõuab ravi toimeaine Paxlovidiga (nirmatrelviir/ritonaviir). Paxlovidi (nirmatrelviir/ritonaviir) kasutamise kohta imetamise ajal andmed puuduvad. **Müügiloa hoidja:** Pfizer Europe MA EEIG, Boulevard de la Plaine 17, 1050 Brüssel, Belgia. **Täiendav teave müügiloa hoidja Eesti esindusest:** Pfizer Luxembourg SARL Eesti filiaal, A. H. Tammsaare tee 47, 11316 Tallinn, tel: +372 666 7500. Retseptiravim. 30 tabletti ühes pakendis. SPC juuli 2023. Materjal valmis september 2023.



Algus lk 18

Pika
COVID-19
mõju

Pikk COVID-19 on COVID-19 tagajärjel tekkiv seisund, mille puhul sümptomid püsivad kaua pärast esmast nakkust ja võivad varieeruda kergest väsimusest kuni raskete neuroloogiliste ja südamehaigusteni.

Arvukad uuringud näitavad, et umbes 10-20% COVID-19 läbipõdenutest kogevad pikaajalisi sümptomeid, ja risk on eriti suur neil, kes olid haiglas või raskes seisundis. Pikk COVID-19 hõlmab selliseid sümptomeid, nagu lööbed, lihasvalud, menstruatsioonitsükli häired, diabeet ja kognitiivse võimekuse langus. Sümptomite tuvastamiseks ja diagnoosimiseks soovitatakse kasutada sümptomi-põhist lähenemist, kuna spetsiaalne pika COVID-19 ravi puudub.

Pikast COVID-19st taastuvatele patsientidele soovitatakse regulaarset füüsilist aktiivsust, kuna see võib parandada nende kognitiivset ja kehalist võimekust. Uuringud on näidanud, et pika COVID-19 sümptomitega inimestele võib ol-

la kasu eriti aeroobsest treeningust, mis aitab leevendada kroonilise väsimuse sündroomi sarnaseid sümptomeid. Kui- gi treening võib aidata enamikku, vajab mõni pika COVID-19 patsient kohandatud lähenemist ja regulaarset jälgimist, et vältida ülepingutust ja sümptomeid halvendavat mõju. Samuti on oluline, et treening toimuks järjepidevalt ja kohandatud viisil, kuna just kehaline aktiivsus on osutunud üheks olulisemaks füüsilise ja vaimse tervise säilitamise viisiks pärast COVID-19 läbipõdemist.

Paxlovid ja selle koostoimed

COVID-19 vastu kasutatakse ka Paxlovidi, mis on saadaval tervisekassa soodustusega riskirühmadele. Paxlovidi määramise puhul on oluline hinnata patsiendi terviseriske ja selle ravimi koostoimeid teiste ravimitega. Liverpooli ülikooli koostoitmete andmebaas pakub põhjaliku teavet võimalike koostoitmete kohta, näiteks on teada, et Paxlovid kahekordistab amlodipiini kontsentratsiooni, mistõttu soovitatakse annust vähendada 50% või võtta seda iga teine päev. Paxlovidi puhul tuleb meeles pidada ka eri tabletite ja annustamisjuhiste täpsust.

Kardiovaskulaarsed riskid

Pika COVID-19 sümptomitega on seotud ka kõrgem risk südamehaiguste tekkeks. Uuringud, sealhulgas Eestis tehtud andmeanalüüsid, näitavad, et COVID-19 läbi-

põdemine võib suurendada kardiovaskulaarsete sündmuste, nagu infarkti või insuldi riski eriti esimese kolme kuu jooksul pärast haigust.

Vaktsineerimine on osutunud kaitsvaks nii üldsuse kui ka kardiovaskulaarsete sündmuste eest, mistõttu on see soovitatav ka neile, kellel on südame-veresoonkonna haiguste risk.

Kokkuvõttes on COVID-19 olukorra mõistmiseks ja ohjeldamiseks Eestis tähtis jälgida viiruse uusi tüvesid, rakendada vaktsineerimissoovitusi riskirühmadele ning soodustada pika COVID-19 sümptomitega patsientide aktiivset taastumist.

Sümptomaatiline ravi

Ei erine teistest ülemiste hingamisteede viirusinfektsioonide ravist, teeb enesetunnet paremaks ega muuda haiguse kulgu. Rohkem on teada ebaefektiivseid kui efektiivseid ravimeid.

Valuvaigistid, palavikualandajad

• Ibuprofeen

• Paratsetamool

Ninakinnisus

• Nuuskamine

• Ninaloputus

• Antikongestandid (pseudoefedriin, ksülometasoliin) +/- antihistamiinikum

Rahvameditsiin

• Mesi, tee, mentool

**Tasub teada:
Vaktsiinid**

Praegu ringleva tüve vastu on efektiivne Comirnaty JN.1

• erianused 5-11 aasta vanustele

• 6 kuu kuni nelja aasta vanustele

**PAXLOVID ehk
nirmatrelviir ja ritonaviir****Riskirühmadele**

• Vanus üle 70 a

• Immuunsupresseeriv haigus või ravi

• KOK või muu raske kopsuhaigus

• Kolm seisundit vaktsiini riskirühmade seast

Aeg

• Alustada viie päeva jooksul alates sümptomite tekkest

Olulised koostoimed!

• Eluohtlike koostoitmete risk tsüklosporiini, takroliimuse, everoliimuse ja siroliimusega. Kontrolli andmebaasidest!

Allikas: Kristi Kalvet

10–20

• protsenti COVID-19 põdejaist kogeb ka pika COVID-19 mõju

KLIIINILISELT UURITUD JA
PÕHJALIKULT TESTITUD

Eesti teadlaste läbimurdeline toode

BioBlock®

on koroonaviiruse vastaste antikehadega ninasprei.

Kodumaine, looduslik, turvaline.

Kaitse sellega ennast ja oma lähedasi!



*E-poodi sisenemisel
aitab QR kood

Novembris
BioBlock® ninasprei
e-poes*

-20%



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: monoteraapiana, 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



Aknelööve paikneb peamiselt näol, vahel ka õlavöötmel, rinnal ja seljal.

FOTO: SHUTTERSTOCK

Diagnoos Enamikku haigusvorme saab ka perearst edukalt ravida

Akne ravi on pikaajaline ja peab olema järjepidev

Madis Veskimägi

Tõstamaa perearstikeskuse perearst

Akne on sagedasim nahahaigus, mis on enam levinud noorukieas, kuid mõni haigusvorm võib esineda ka teistes vanuserühmades. Võib ka väita, et akne on haigus, mis võib põdejale – teismeeas patsiendile – põhjustada kõige enam hingelisi kannatusi. See võib mõjutada noore inimese eluteed ja kutsevalikut, põdeja võib ekslikult pidada end inetuks ja hakata vältima tegevusi, kus ta oleks edukas. Aknega seoses on levinud palju müüte ja eksi-arvamusi.

Käesoleva artikli eesmärk on meenutada akne levimust, etiopatogeneesi, eri haigusvorme ja nende raviprintsiipe ning anda ülevaade uuematest ravimitest. Seda kõike esmatasandi arsti vaatenurgast ja töökogemuse alusel, seejuures püüdes tutvustada koostööd dermatoloogi ja perearsti vahel.

Et enamikku aknevormidest saab edukalt ravida perearst, saab keerukamad ja ravivisamad haigusjuhud jätta eriarstile. Akne nahaleid on lihtsalt jäädvustatav

Suure tõenäosusega võtab nooruk pakutava ravi vastu ja nii saab akne leevendust.

mobiiltelefoni kaameraga ning kui sellele lisada anamnestilised ja läbivaatuse andmed ja muu oluline info, saab e-konsultatsiooni dermatoloogiga teha päevade jooksul – nii ei pea niigi kannatav patsient mitu kuud ootejärjekorras ootama.

Akne epidemioloogia

Akne, ld. k *Acne vulgaris* kuulub kaheksa enam leivnud nahahaiguse rühma. Kõi-

gi vanuserühmade üldises levimuses (*global prevalence for all ages*) moodustab akne 9,38%. Eri maade uurimuste alusel esineb akne 35-100% noorukitest (Global Burden of Disease Study 2010).

Õpiku „Peremeditsiin“ (Tartu 2020) alusel moodustab akne 4-5% dermatoloogilistest pöördumistest perearstipraktises. Peaegu kõigil teismelistel tekib akne ja kerget aknet on peetud füsioloogiliseks seisundiks. Noorukid ise ei pea aknet probleemiks, millega arsti poole pöörduda. Isegi juhul, kui akne on raske ja põhjustab kehalisi või hingelisi kannatusi, ei tihka noor sageli abi otsida. Diskuteeritav on olukord, kas ja kui palju peaks arst sekkuma, kui väljendunud aknega nooruk pöördub vastuvõtule muu meditsiinilise probleemiga. Suure tõenäosusega võtab nooruk pakutava ravi vastu ja nii saab akne leevendust. Sotsioloogilised uurimused on näidanud, et aknet põdevate noorte seas on rohkem töötuid, kes on sageli loobunud ka eriala õpingutest.

Haiguspilt ja soodustavad tegurid

Akne on karvanääpsu ja rasunäärme viimajuha ning nende vahetus läheduses

olevate kudede põletik. Haiguse teket soodustab rasunäärme viimajuha keratinisatsioonihäire, viimajuha avaus muutub kitsamaks, lisandub rohke rasuproduktioon ja rasunäärme viimajuhad ummistuvad, tekivad komedoonid.

Paremal juhul tekib rasunäärme viimajuha umbumisel avatud, must komedoon, ja rasu pääseb vähesel määral välja. Halvemal juhul tekib suletud ehk valge komedoon, lisanduda võib põletik. Haigustekitajad võivad olla bakterid: *Propionibacterium acnes* ja *Pityrosporum ovale*. Akne teket või raskemat kujul esinemist võivad soodustada anaboolsed steroidid, mida kasutavad kiirema lihasmassi juurdekasvu saavutamiseks peamiselt atleetvõimlejad ja jõusaali veendunud kliendid.

Akne haiguspilt on kliiniline ehk diagnoosi saab vormistada patsiendi naha vahetu vaatluse alusel arsti vastuvõtul. Aknelööve paikneb peamiselt näol, vahel ka õlavöötmel, rinnal ja seljal. Kaasuvalt võib esineda rasune ja läikiv nahk, seborröa. Akne loomulik kulg on võib kesta 5-10 aastat. Üksikjuhud – 2-5% haigetest – võivad ravi vajada ka pärast 30. eluaastat.

Jätkub lk 24



adapaleen+bensoüülperoksiid

AITAB TAASTADA KONTROLI AKNE ÜLE



Ei sisalda antibiootikume,
bakteritsiidse toimega¹



Vähendab märgatavalt nii põletikulisi
kui ka mittepõletikulisi aknekoldeid
juba 1. ravinädalal^{1,2}



Ohutu ja tõhus pikaajaline
ravi (kuni 12 kuud)¹



Näidustatud alates 9. eluaastast²

20%
põletikukollete
vähenemine juba
esimesel
ravinädalal¹



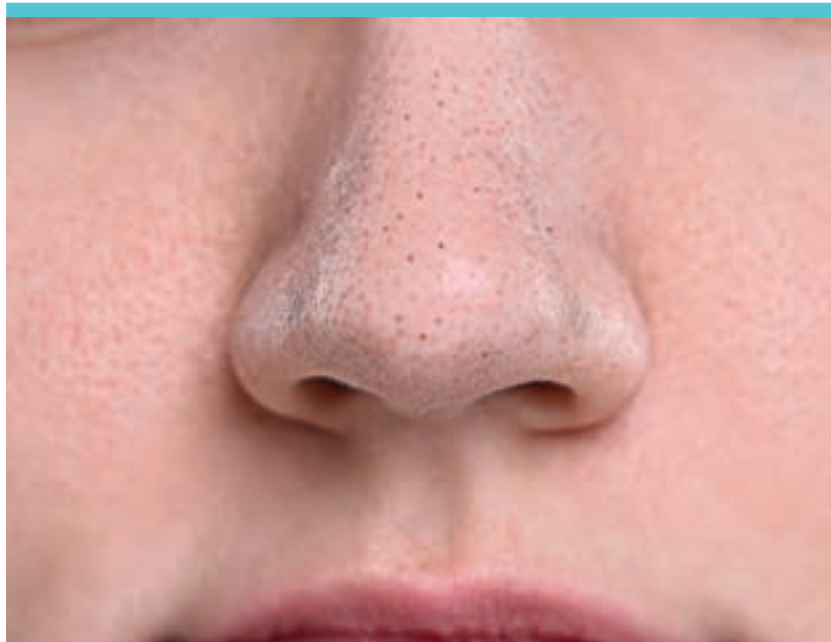
TEGELEB AKNE PÕHJUSTEGA, MITTE SÜMPTOMITEGA

Epiduo® (adapaleen+bensoüülperoksiid) 1 mg/25 mg/g geel². **Retseptiravim.** Toimeaine: 1 g geeli sisaldab: 1 mg adapaleeni (0,1% w/w) ja 25 mg veevaba bensoüülperoksiidi (2,5% w/w). **Näidustus:** *Acne vulgaris*'e paikne ravi komedoonide, paapulite ja pustulite korral alates 9. eluaastast. **Müügiloa hoidja:** Galderma International, Tour Europlaza – La Défense 4, 20, Avenue André Prothin, 92927 LA DEFENSE Cedex, Prantsusmaa. **Täiendav teave müügiloa hoidja esindajalt:** Tamro Eesti OÜ tel 6503600, galderma@tamro.com. **Kõrvaltoimetest teatamine:** www.ravimiamet.ee või Tamro Eesti OÜ, tel 6503600, galderma@tamro.com.

1. Gollnick HP et al. Adapalene-benzoyl peroxide, a unique fixed-dose combination topical gel for the treatment of acne vulgaris: A transatlantic, randomized, double-blind, controlled study in 1670 patients. *Br J Dermatol.* 2009; 161:1180-1189. 2. Epiduo® (adapaleen + bensoüülperoksiid) 1 mg/25 mg/g geel ravimi omaduste kokkuvõte 05.2023; Eesti ravimiregister www.ravimiregister.ee



GALDERMA
EST. 1981



Suletud komedoonid paistavad musta täpina.



Tsüstilise akne n-ö iseravi tulemus on armid.

FOTOD: SHUTTERSTOCK

Algus lk 22

Akne klassifikatsioon, mõisted ja levinumad müüdid

Aknet klassifitseeritakse raskusastme järgi alates komedoonidest kuni tsüstilise vormini ja ka ravi sõltub haiguse raskusastmest.

Klassifikatsioon

- **Kerge akne**, 1. tüüp ehk komedoonakne. Nahk on rasune, esinevad komedoonid ja üksikud papulopustuloossed lööbeelemendid, vähem kui kümme papulit ja pustulit näol.

- **Mõõdukas papulopustuloosne akne**, 2. tüüp ehk põletikuline akne. Rasune nahk, komedoonid, papulid ja pustulid, kuni 40 lööbelementi.

- **Raske akne**, 3. tüüp ehk sõlmeline, tsüstiline või laatu akne. Nahas on ulatuslikud põletikulised muutused – punased sõlmed ja mädakogumid. Sellist tüüpi akne paranemisel tekivad armid. Raske aknega kaasnevad psühhosotsiaalsed probleemid, depressioon, ärevus või sotsiaalne isoleeritus.

Müüdid aknest

Akne ei ole põhjustatud pesemata nahast ega ole nakkav. Aknele iseloomulikule lööbele, avatud komedoonile, annab värvi pigment, mitte mustus. Akne ravi on pikaajaline: esimesed ravitulemused ilmuvad 1-1,5 kuu möödudes. Ravi esimestel nädalatel võib tekkida nahaärritus ja ebamugavustunne, mis ei ole vale ravi tunnus ja ravi ei tohi katkestada.

Arvatakse, et aknet põhjustab stress, kuid selle kohta pole kindlaid tõendeid. Kindel on, et akne võib ise põhjustada ärevust, depressiooni ja eemaletõmbumist.

Asjalik ja õige informatsioon akne olemusest vältib süütunde ja sellest tulenevate tagajärgede teket.

Ravi ja soovitused

Arst peab haigele selgitama haiguse olemust, tekkepõhjuseid ja kummutama müüte. Hea on küsida patsiendilt endalt tema haigusega seotud murede ja hirmude kohta – arst saab asja selgitades pakkuda psühholist kergendust.

Rasuse naha puhastamiseks piisab enamasti regulaarsest pesemisest sooja vee ja pH-neutraalse seebiga. Eri apteegikosmeetika sarjade tootjatel on oma tooted ka aknelise naha hoolduseks. Rasvased nahahooldusvahendid võivad niigi rasuse naha foonil komedoonide hulka suurendada. Kui naispatsient vajab rasedumisvastaseid vahendeid, võib soovitada antiandrogeense toimega preparaate, nt Cyproteronum/Estrogenum 2 MG+0.035 MG.

Pole piisavat tõendust, et soovitada loobumist mingist toidust või toiduainest, ent märgatud on akne ägenemist küllastunud rasvade, piimatoodete ja kiireid süsivesikuid sisaldavate toitude tarvitamisel.

Soovitav on süüa rohkem köögi- ja puuvilju, täisteratooteid ja küllastumata rasvhappeid. Paljud aknevormid paranevad suvekuudel, mõõdukas päike ja mereveesi vähendavad naha raskust. Solaariume ei tohiks noor inimene kaasuvate riskide tõttu akne raviks siiski kasutada.



Acne excoriee – haige ise või tema lähedane „ravib“ tegelikke või ettekujutatavaid haiguskohte. Pigistatakse tühjaks väikseid suletud komedoone või torgitakse avatud komedoone, tekitades sellega tõsise nahapõletiku ja raskema seisundi, millega kaasneb hilisem armide teke.

Tasub teada: Akne peamised lööbeelemendid

Aknet iseloomustavad vastavalt raskusastmele viit eri sorti lööbeelemendid:

- **Avatud komedoon** – tumeda täpikese, pigmendikogumi, melaniiniga lööbeelement
- **Suletud komedoon** – hele, 1-3 mm läbimõelduga papul
- **Pustuloosne ehk põletikuline akne** – mädase sekreedi- ga erüteemne sõlmeke, mida ümbritseb naha tselluliit ehk nahaaluse koe äge bakter- nakkus.
- **Tsüstiline akne** – aknepustulite laatumisest tekkivad 5-10 mm läbimõelduga sekreeti sisaldavad haiguskolded, mille paranemisel tekivad armid.
- **Acne excoriee** – haige ise või tema lähedane „ravib“ tegelikke või ettekujutatavaid haiguskohte. Pigistatakse tühjaks väikseid suletud komedoone või torgitakse avatud komedoone, tekitades sellega tõsise nahapõletiku ja raskema seisundi, hilisema armide tekke.

Allikas: Madis Veskimägi, Tõstamaa perearstikeskuse perearst

Jätkub lk 26

ret·i·noid

/ˈretn,oid/noun

trifaroteen



Et ole tegelik patsient!

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

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

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

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

EE-AKLF-06-24

GALDERMA

EST. 1981

Aklief® (trifaroteen)
ravimi omaduste kokkuvõte



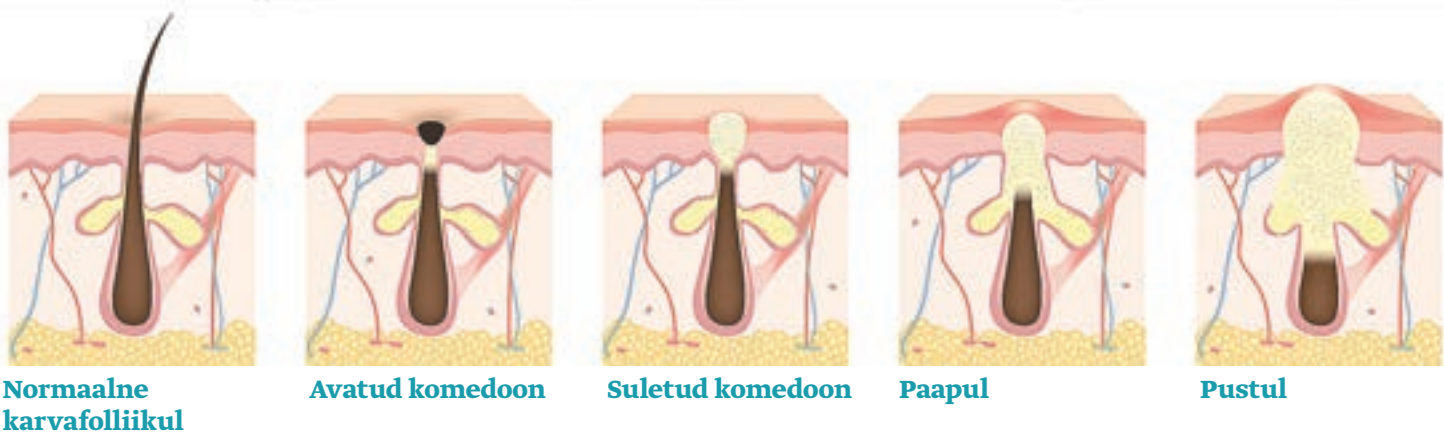
AKLIEF®
(trifaroteen)
kreem, 0,005%

Uue põlvkonna retinoid!

Tasub teada:
Akne staadiumid

Akne lööbelemendid võivad haiguse süvenedes või ebasoodsate tegurite lisandumisel areneda raskemaks haigusvormiks.

Allikas: Shutterstock



Jätk artiklitele lk 22 ja 24

Akne medikamentoonne ravi vastavalt raskusastmele ja selle toimemehhanismid

Akne ravis kasutatakse medikamentoonseid meetodeid, mis mõjutavad haiguse põhimehhanisme ja aitavad leevendada nii sümptomeid kui ka põletikulisi protsesse.

Akne medikamentoonse raviga mõjutatakse põhiliselt akne etiopatogeneetilisi mehhanisme:

- pidurdatakse suurenenud rasu- ja sebumi tootmist, mille tulemusel väheneb naha liigrasus, seborröa,
- pärstatakse karvafolliikli ja rasunäärme viimajuhade liigsarvestumist ja ummistumist, mille tulemusel paraneb rasu vaba väljumine nahapinnale,
- pidurdatakse naha põletikulist reaktsiooni,
- antibakteriaalse raviga pidurdatakse aknet põhjustavate bakterite, *Propionibacterium acnes* kasvu suletud komedoonides ja pustulites.

Ravivõimalused

Järgnevalt teen ülevaate põhilistest akneravimistest ja nende toimemehhanismidest. Oluline on teada, et lokaalse raviga võib ravi algul kaasneda nahaärritus, mida omakorda soodustab kuiv nahatüüp. Ravigeelile tuleks eelistada kreemi, ning manustada seda üle päeva, ikka õhtuti. Akne lokaalsed ravimid võivad olla kombinatsioonpreparaadid mitmest toimeainest, nt klindamütsiin-tretinoiin.

Akne ravi õnnestumise alus on järjekindlus ja ravimi valik vastavalt peamisele lööbetüübile, seda koostöös arstiga. Võimalikud on individuaalsed erisused ja kõrvaltoimed, sobiva ja tõhusa raviskeemi leidmine võib võtta aega 1,5–2 kuud. Märatav ravitulemus saavutatakse üldjuhul kuuekuulise raviga. Kui on saavutatud hea ravitulemus, alandatakse lokaalse ravi annuseid, manustades neid 2–3 päeva nädalas. Säilitusravi peaks toimuma mitme aasta vältel. Suukaudne isotretinoiin pidurdab kõiki nelja etiopatogeneetilist mehhanismi, sellel on pikaajaline hea efekt 80% patsientidel, ravikuuri pikkus on tavaliselt vähemalt kuus kuud.

Ravikuuri ajal tuleb kontrollida transaminaase, lipiide ja hemogrammi. Ülioluline on teada, et isotretinoiin on teratogeenne ja naispatsiendid peavad ühe kuu vältel enne ravi alustamist, ravi ajal ja vähemalt kuu peale ravi lõppu kasutama vähemalt ühte, soovitatavalt kahte rasestumisvastast vahendit. Vajalik on rasedustest enne ravi, ravi ajal ja viis nädalat peale ravi lõppu. Ravi isotretinoiiniga peaks toimuma nahaarsti jälgimisel või perearsti ja dermatoloogi koostöös.

Lokaalne retinoid, näiteks adapaleen, uuem preparaat trifaroteen, takistab komedoonide teket ja toimib põletikuvas-taselt. Ravimisel on oluline katta õhtuti kogu nägu, mitte ainult aknelööve õhukese ravimikihi. Ravi adapaleeni sisaldava ravialviga võib kesta mitu aastat, suvel ja päikesereisidel võib ravivajadus väheneda.

Bensüülperoksiid toimib keratolüütiliselt ja omab ka bakteritevastast toimet. Ravim võib pidurdada aknet soodustava bakteri *Propionibacterium acnes* ravimresistentsuse teket. Aselaiinhape sobib pikaajaliseks raviks, ravieft saabub aga aeglaselt ja on mõõdukas.

Lokaalne antibiootikum, nt klindamütsiin toimib efektiivselt ja kiirelt papulopustuloosse akne korral. Ravimit ei tohiks kasutada kerge akne korral, kui lööve piirdub vaid komedoonidega. On oht raviresistentsuse tekkeks, kui lisanduvad papulopustuloossed lööbelemendid.

Suukaudne ravi

Suukaudsed antibiootikumid leevendavad põletikku ja vähendavad aknebakteri hulka, neil puudub toime komedoonidele. Seetõttu tuleb neid kasutada koos lokaalse raviga vastavalt haigusvormile, valikpreparaat on retinoid.

Lokaalseid ja suukaudseid antibakteriaalseid ravimeid ei tohi koos manustada. Esmavalik on tetratsükliiniretinaalpreparaadid (doksütsükliin, tetratsükliin), seejärel makroliidid. Akne ravi antibiootikumidega kestab 2–6 kuud.

Tasub teada:
Kokkuvõtlik tabel akne eri vormide ravisoovitustest

Allikas: "Peremeditsiin", Tartu 2020

KERGE AKNE	Lokaalne ravi. Papulopustuloosse akne korral on esmavaliku ravim bensüülperoksiid, komedoonakne korral lokaalne retinoid, nt adapaleen. Alternatiiv: aselaiinhape või bensüülperoksiid ja lokaalse retinoidi kombinatsioon. Aselaiinhapet võib kasutada raseduse ja imetamise ajal. Lokaalseid antibiootikume kerge akne korral ei soovitata. Samaaegse kontratseptsioonivajaduse korral on soovitatav valida antiandrogeense toimega preparaat.
MÕÕDUKAS AKNE	Esmavalik on bensüülperoksiidi ja lokaalse retinoidi kombinatsioon. Alternatiiv on aselaiinhape. Papulopustuloosse vormi korral võib kasutada lokaalset antibiootikumi, klindamütsiini lühikeste perioodidena. Lokaalset antibiootikumi kombineeritakse keratolüütiliste preparaatidega. Kehal paiknev akne vajab sageli suukaudset ravi.
MÕÕDUKAS KUNI RASKE AKNE	Suukaudne ravi antibiootikumidega, lisatakse lokaalne ravi retinoidiga ja periooditi lokaalne retinoidi ja bensüülperoksiidi kombinatsioon. Esmavalik suukaudsetest antibiootikumidest on doksütsükliin või tetratsükliin. Teine valik on makroliid. Suukaudset ravi ei kasutata monoterapiana ega kombineerita suukaudse isotretinoiiniga. Kontratseptsiooni vajadusega naistel tuleks valida vastunäidustuste puudumisel antiandrogeense toimega preparaat. Kui sellise ravi toime jääb ebapiisavaks, suunatakse patsient dermatoloogi vastuvõtule isotretinoiinravi üle otsustamiseks.
RASKE AKNE	Valikravim on isotretinoiin. Naistel on vajalik efektiivne kontratseptsioon. Ravi toimub nahaarsti jälgimisel.

Lokaalseid ja suukaudseid antibakteriaalseid ravimeid ei tohi koos manustada.

MEDITSIIN 2025

13.12.2024

Meditisiinimõjutaja(te) 2024 väljakuulutamise

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 TAPFER**

Tervisekassa ettekanne

Tervisekassa juhatuse esimees **RAIN LAANE**

Põlvkonna vahetus perearstisüsteemis

Esineja noorte perearstide seltsist

Arstide liidu ettekanne

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!**



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**

Sotsiaalministeerium: esmasandi tervishoiu ja ravimipoliitika arengud

Esmasandi tervishoiupoliitika juht **LAURA VIIDIK**

Ravimi- ja meditsiiniseadmete poliitikajuht **KÄRT VELISTE**

EL-kliiniliste uuringute määruse uus peatükk

Ravimiameti kliinilise hindamise büroo juhataja **KEIU HEINLA**

Ravimimürgistuste väljakutsed

Terviseameti mürgistusteabe osakonna juht **MARE ODER**

EUHTA rakendamisele 2025. aastast

Ravimitootjate liidu esindaja ja töögrupi juht **MARIKA LEPASTE**

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

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

Ravimite hulgimüüjate liidu juht **TEET TORGO**

Amgen Baltimaade äriüksuse juht **HANNO PÜTTSEPP**

Migreen tähendab kaotatud hetki

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

Kas Sina tead oma kolleegi, kellel esineb migreen?

teva

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

Migreeni
patsientide
lood

August 2023 | FRE-EE-00078



Kõik
ennetamise
kohta



Valu ABC



Emotsionaalne
tervis

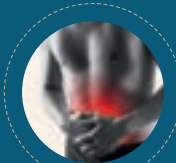


Harjutused ja
praktilised soovitused

Kõik valu
kohta



Pea piirkond



Rindkere ja kõhu
piirkonnas



Selja piirkonnas



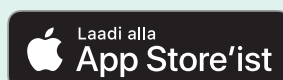
Käed ja jalad

Digitaalne peavalupäevik

MIGREENI-
KOMPASS

Tõhus ravi algab
täpsest diagnoosist.

Lae tasuta alla siit:



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