



Kuluhüvitised

Kuluhüvitised koolitusele ja toetusrühmale

Tänavu teistest enam kuluhüvitisi kasutanud riigikogu reformierakondlastest liikmed **Eero Merilind** ja **Katrin Kuusemäe** panustasid enda koolitamise, enda loodud toetusrühma rahastamise, aga ka välislähetustele. ▶6



Sõltumatu häälekandja arstidele ja apteekritele, ilmub kaks korda kuus teisipäeval • nr 12 (494) 8. oktoober 2024

www.mu.ee

Arstid nõuavad lahendust

Novembrist viimaks käivituv **patsiendi-kindlustus** pani paljud arstid nõrdima ja riigiametnikelt pidurit nõudma. ▶3, 8–9



Hambaarstide liidu juht Helen Lang on hämmingus suurte kindlustusmaksete üle, mis kliinikuid on ootamas.

FOTO: DMITRY BOGDANOV

Pneumokokist, selle levimusest, eri vaktsiinidest ja ravist annab ülevaate LTKH nakkushaiguste arst **Helen Mülle**.

▶14

Üks küsimus

Visiiditasu kaob üldisse kulupotti

KUHU läheb suurenev visiiditasu vastavad PERHi juht **Agris Peedu** (pildil), kliinikumi juht **Priit Perens** ja LTKH juht **Arkadi Popov**. ▶4



Fookuses: süda

Uue Euroopa ravijuhendi ülevaade

2024. aasta juhiseid kodade virvendusarütmia käsitlusest tutvustab PERHi kardioloog ja TÜ kardioloogiakliiniku kaasprofessor **Priit Kampus**. ▶10

Fookuses: vererõhk

Uued ja vanad ravivõimalused

RAVIRESISSISTENTSE hüpertensiooni üheks tõhusaks ravivõimaluseks on tõusnud neeruarterite denervatsioon. Ülevaate teeb PERHi ja kliinikumi kardioloog **Martin Serg**. ▶12

Fookuses: naine

Hea vastuvõtt erisõeluuringule

GENEETILINE rinnavähi sõeluuring Eestis on tehtav. ▶16–18

Pingutuse tegemiseks vajame tuge

Tervishoiuteenuste visiiditasu tõus tähendab perearsti- ja tervisekeskustele suuremat koormust, mida tuleks riigil rahastada, tõdeb perearst ja esmatasandi tervisekeskuste liidu juhatuse liige **Anneli Talvik**. ▶3



Nelja ministri koostöö

Roche'i Sloveenia strateegilise tervishoiu innovatsiooni juht **Janko Burgar** jagas oma riigi kogemusi: ka Eestis võiks neli ministrit koos tegutseda. ▶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

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

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

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

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



BERLIN-CHEMIE
MENARINI

arvamus



Nutiseadmete liigne kasutamine on uus terviserisk, millega tegelemine vajab riigilt suunist.

Riina Sikkut, terviseminister, mu.ee 27. september

Kommentaar:

Visiiditasu tõus toob lisakoormuse



Anneli Talvik

perearst, esmatasandi terviskeskuste liit

Selleks, et tervisemuredega pöördujate kasvuga toime tulla, on tarvis anda tervisekeskustele töö korraldamiseks paindlikkus ja otsustusvabadus, mida seadus praegu piirab, leiab esmatasandi terviskeskuste liit.

Juba praegu on esmatasandi arstiabi suure surve all ja kahjuks on ka perearsti vastuvõtule pääsemiseks järjekorrad.

Näeme, et visiiditasu tõus mujal tervishoius toob veelgi suurema tungi perearstidele ja tervisekeskustesse pääsemiseks.

Esmatasandi tervisekeskuste liidus oleme valmis pingutama, et tagada inimestele järjepidev esmatasandi arstiabi ka juhul, kui meie koormus peaks veelgi tõusma.

Tervishoid on üks ökosüsteem. Siin ei ole võimalik teha muudatusi ilma, et see mõjutaks teisi selle süsteemi osi.

Kõige olulisem on muutuste käigus mitte unustada abi vajavaid patsiente.

Muidugi oleks parem, kui tervisekassa leiaks võimaluse katta suureneva koormuse kulu muudest vahenditest. Kui aga kaalutakse visiiditasu kehtestamist ka perearstidele, on meie kindel seisukoht, et pereõie vastuvõtule ja triaaži peab iga inimene pääsema tasuta. Õede iseseisev triaaživastuvõtt on loodud selleks, et kiiresti abi vajavad patsiendid saaksid kiiremat abi.

Et vastutus esmatasandil on ülisuur ja kasvab veelgi, näeme, et on aeg muuta ka rahastamise proportsioone esmatasandi kasuks.

Patsientide arvu märkimisväärne kasv tähendaks tervisekeskuste jaoks hädavajadust töö ümber korraldada: kaasata täiendavaid ressursse, palgata lisa-personali, optimeerida ruumikasutust ning loomulikult tegeleda selle kõrvalt IT-süsteemide kohandamisega ja pöörata täiendavat tähelepanu küberturvalisusele.

Perearstiabi osakaalu raviteenuste eelarves tuleb tõsta. Liit teeb ettepaneku laiendada tervisekeskuste õigusi esmatasandi teenuste osutamisel ning muuta tervishoiu rahastamise proportsioonid õiglaseks.

Perearstiabi osakaalu raviteenuste eelarves tuleb tõsta, sest maksumaksjale on odavam probleemide lahendamine esmatasandil ning kahtlemata on patsiendil lihtsam saada esmatasandi teenused ühest kohast, vajaduspõhiselt ja optimaalselt.

mu.ee



ILLUSTRATSIOON ANTI VEERMAA

Juhtkiri

Rohkem valikut on alati parem

Novembrist jõustuva patsiendikindlustuse eel tekitab olukord, kus kindlustusteenust pakub vaid üks ettevõtte - PZU kindlustus. Siin on tekkimas monopoli oht: kui puudub konkurents, võivad kindlustusmaksed muutuda põhjendamatult kõrgeks ning mõjutada teenuse kättesaadavust. Sellest saavad mõjutatud mõlemad pooled - nii tervishoiuteenuse osutajad kui ka patsiendid.

Meditsiiniuudised leiab, et riik eesotsas sotsiaalministeeriumiga peab olukorda sekkuma. Praeguses seisus ei tohiks lubada, et turul määrab hinna üksainus kindlustusandja. Alternatiivina tuleks kaaluda seadusandlikku lähenemist, mis nõuaks kindlustusseltsidelt vastava kindlustusliigi pakkumist. Sellisel moel saaks vältida olukorda, kus hinnad tõusevad tasemeni, mis muudavad patsiendikindlustuse tervishoiuteenuste osutajatele üle jõu käivaks. Kaaluda võib ka seaduse veel korra edasilükkamist.

Kallis teenus. Hambaarstide liit on juba väljendanud muret võimaliku monopoli tekkimise pärast, sest mitu hambaravikabinetti on saanud kindlus-

tuspakkumisi, mille aastamaksed jäävad vahemikku 2700 kuni 60 000 eurot. See tekitab märkimisväärset survet väiksematele hambaraviasutustele, mis võivad nii suurte kulude kandmisel raskustesse sattuda. Võrdluseks on Soomes kindlustusmaks arsti kohta umbes 800 eurot ja Hispaanias 220 eurot aastas, mis on oluliselt madalam kui praegu Eestis küsitav summa.

Alternatiive on. Kuigi patsiendikindlustuse vajadus on selge, eksisteerivad hetkel ka teised süsteemid, mis toimiksid edasi, kui seaduse jõustumine taas edasi lükataks. Haiglasisesed ravivigadest raporteerimised, kohustus minnek ning patsiendi võimalus kaevata otse tervishoiuteenuse osutajale ja terviseametile - need on kõik vahendid, mis võiksid aidata selle aja jooksul, kuni kindlustussüsteem on korralikult käivitunud. Ka on paljud tervishoiuteenuse osutajad ju ennast ammu kindlustanud, arstide liidu liikmetele on ammusest ajast kindlustus jne. Riik peaks kaaluma seaduse edasilükkamist ja lahendusi, mis julgustaksid teisi kindlustusandjaid turule sisenema.

Loe samal teemal lk 8-9

Soomes on kindlustusmaks arsti kohta oluliselt madalam kui praegu Eestis küsitav summa.

VÕITJA
Maie Egipt

Septembris sai valmis ja esitleti unikaalset uut treilerit, mis hakkab Eestis ringi sõitma KT-seadmega ja pakub väiksemate kohtade inimestele võimalust uuringuteks. See on suur töövõit vähiliidu juhile **Maie Egiptile** ja tema meeskonnale.

VÕITJA
Liis Tõnisberg

Tallinna lastehaigla pediaatriakliiniku juhatajaks sai doktor **Liis Tõnisberg**. Ka tema kolleeg **Maila Raidmäe** sai uue positsiooni ja on nüüd ägedate infektsioonide ja erakorralise meditsiini osakonna juhataja. Palju õnne!

Nädala foto:

Ülemistes 9450 m² uut tervisemaja



Tallinna Ülemiste City'sse kerkinud uus tervisemaja avati valguskuuliga, mille tõi laest alla *slackliner* Tauri Vahesaar. Kuul sümboliseerib elujõudu ja paremat tervist hoones töötama hakkavate meedikute kätest.

FOTO: KALEV LILLEORG

mu.ee lugude TOP

- Hambaarstid: lükkame pat-siendikindlustuse edasi!
- Certific kaasas 700 000 eurot ja sellega liitub kolm uut kaasasutajat
- Selgusid parimad perearstikeskused
- Doktor Seire: Eesti jämesoollevähi söeluuringu vanuselävi on liiga kõrge
- Lääne-Tallinna keskhaigla naistekliinik võtab kasutusse vastsündinu stabiliseerimislaua
- LUUP Kolmandik veel liitumata
- Soome tööandjad värbavad töötajaid Lätis arstiks õppijate seast

Toimetaja repliik:

Teeme soomlaste moodi piloodi

Kadi Heinsalu

Meditsiiniuudiste peatoimetaja

Soomes algas pilootprojekt, milles farmatseutid saavad õiguse apteekides COVID-19 ja gripi vastu vaktsineerida. Teeme Eestis ka sellise! Praegu käivad seda tööd tegemas era-kliinikute oed, aga kui teenust saaks osutada apteeker ise, oleks ta ehk motiveeritum vaktsinee-

rimisaegu välja panema ja vahet muutuks teenus ka soodsamaks. Meil on riik ju vaktsiinide juurdehindluse paika pannud ja algselt on vaktsiinid täitsa odavad, aga kui kohale tuleb erakliiniku öde, muutub vaktsiin teenuse osutamise tõttu päris palju kallimaks. Apteek saab küll ruumikasutuse eest renditasu, aga ikkagi võib olla tulusam, kui vaktsiini manustab olga apteeker.

Üks küsimus: Millist valdkonda te visiiditasu tõusust oma haiglas kataksite?

Arkadi Popov

Lääne-Tallinna keskhaigla
juhatuse esimees

Meil ei ole raamatupidamuslikult kindlaks määratud, millist tuult artiklit millise kulu jaoks kasutame, vaid haiglal on n-ö ühine rahakott üldiste tegevuskulude katmiseks.

Agris Peedu

regionaalhaigla juhatuse esimees

Toetame igati kõrge-
mat eriarsti visiidi-
tasu, sealhulgas EMOS-
se pöördumisel. Oleme sellist otsust juba mõnda aega oodanud. Ilmselt on oluline otsustada, kes on visiiditasust vabastatud. Kui on teada täpne regulatsioon, saab teha ka arvutuse, kui palju täiendavat visiiditasu võiks haiglale laekuma hakata.

Probleemkohti, kuhu oleks vaja täiendavat rahastust, on küll ja veel: investeeringud, uus psühhiaatria ravikorpuse või seni tervisekassa katmata arstlikud valveringid või ka üle ravirahastuslepingu tehtav ravitöö ehk nn ületöö, mida tasustatakse väiksema koefitsiendiga.

Priit Perens

Tartu ülikooli kliinikumi
juhatuse esimees

Visiiditasu moodustab koos tervisekassa ravi rahastamise lepinguga kliinikumi tulubaasi. Kõrgema visiiditasu korral kaetakse nii nagu praegugi üldkulused, mis on haigla 24/7 töös hoidmiseks märkimisväärsed – olgu tegemist personali- või halduskuludega, aga ka kiirelt kallinevate ravimi- ja meditsiiniliste materjalide kuludega.

Haigla Tallinna haigla eelprojekt vajab ekspertiisi

TALLINN Kuni ekspertiisi valmimiseni tuleb Tallinna haigla hange peatada ning ekspertiisijärgselt hanke hindamiskriteeriumeid täiendada, leidis arhitektide liit pärast Tallinna haigla hanke ja eelprojekti tutvumist. EALi presidendi Aet Adra sõnul näeb liit neile tutvustatud projekti osade baasil, et Tallinna haigla eelprojekti arhitektuuri kvaliteet, sh projekteeritud töö- ja ravikeskkond ning üldalade ruumiline kvaliteet on madal ning seda ei ole võimalik parandada pisimuudatustega põhiprojekti koostamisel. SA Tallinna Haigla juht Sven Kruup ütles, et nad on asunud arhitektidega koostööle.

Koostöö Kolm maakonda osalevad PAIK-projektis

EESTI Eelmise aasta suvel kolmes Eestis maakonnas alustatud kahe aasta pikkusesse esmatasandi, sotsiaalsüsteemi ja eriarsti koostöö ja ravijuhtimise mõju testivasse PAIK-projekti kliinilisse uuringusse on kaasatud üle neljasaja inimese. "Uuringu raames on terviseplaan tehtud 150 inimesele ja on näha, et kaasamine terviseplaaniga koostamisse aitab inimesel pöördumisel oma tervist jälgida ning oma haigusest aru saada. Oluline osa terviseplaanist on ka juhised, mida haiguse ägenedes ise kõigepealt teha, et vältida erakorraliselt haiglasse sattumist," rääkis teenuse kliiniline mõju-uuring on tervisekassa, Viljandi, Saare ja Valga maakondade ühisprojekt.

Statistika Suurenes hambaarstide vastuvõttude arv

EESTI Tervise arengu instituudi värskest statistikast ilmnas, et mullu registreeriti kõigil hambaravi erialadel kokku ligi 2,02 miljonit vastuvõttu ning ligi 12,6 miljonit arsti, õe ja ämmaemanda vastuvõttu ja koduviiti. Ambulatoorsete vastuvõttude arv vähenes peamiselt kaugvastuvõttude arvelt: arsti (v.a hambaarst), õe ja ämmaemanda vastuvõtte (kontakt- ja kaugvastuvõttud) ja koduviiti registreeriti kokku 5% ehk 717 600 võrra vähem kui aasta varem. Kaugvastuvõtte oli ligi 690 000 ehk 11% vähem kui 2022. aastal ja 3% vähem kui 2021. aastal. Kokku registreeriti kaugvastuvõtte veidi üle 5,3 miljoni. Arstid tegid kokku 8,1 miljonit vastuvõttu ja koduviiti. Kontaktvastuvõtte tehti veidi vähem kui 2022. aastal – ligi 5,3 miljonit. Jätkuvalt vähenesid perearstide kontaktvastuvõttud – neid tehti 117 380 võrra ehk 5,5% vähem kui aasta varem. Eriarstid tegid kontaktvastuvõtte sama palju kui aasta varem – 3,27 miljonit. Õe ja ämmaemanda kontaktvastuvõtte registreeriti 1,6 miljonit, mida oli varasema aastaga võrreldes 6% ehk ligi 86 000 vastuvõttu rohkem.



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

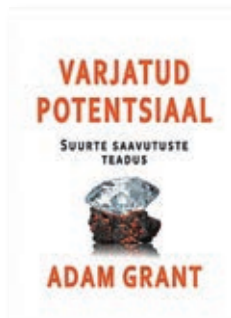
Tellimine internetis:
https://pood.aripaev.ee
Valida on täispakett koos paberlehega ja veebipakett

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.

Raamat "Varjatud potentsiaal"

Organisatsioonipsühholoog **Adam Grant**ist on saanud rahvusvaheline fenomen: tema raamatud, taskuhäälingud ja TEDi kõned on üle maailma inspireerinud miljoneid inimesi nende enesearenguteekonnal. Granti teedrajavad uurimused on paljuski kujundanud seda, kuidas mõtestada taolisi teemasid, nagu motivatsioon, heldus, loovus ja potentsiaal. Kirjastus Äripäev, ilmus juunis 2024, 320 lk. Info ja ostud: <https://pood.aripaev.ee/raamatud-varjatud-potentsiaal>



14.11

VEEBISEMINAR "Ülekaalust arsti pilgu läbi" patsientidele – doktor Kristel Ehala-Aleksejev annab ülevaate teemaga seotust, nii eluviisi kui ka ravimiarsenali võtmes. Lisaks on sihtgrupp sotsiaaltöötajad või tervishoiutöötajad. Piletiinfo: <https://pood.aripaev.ee/kaaluvebinar-patsientidele>

Külalise vaade:

Eesti tervishoiusektori käekäigu eest kandku hoolt neli ministrit!

Eesti tervishoiusüsteemi arenguks on oluline tihedam koostöö ja innovatsiooni parem rakendamine. Paljudes Euroopa riikides peetakse praegu laiamahulisi arutelusid tervishoiusüsteemi tähtsuse üle, rõhutades vajadust selle valdkonna piisava rahastamise järele. Riigi eelarve peegeldab selgelt prioriteete, ning tervishoid on Euroopa Liidu kontekstis üks olulisemaid valdkondi, mis mõjutab oluliselt ka riikide stabiilsust ja arengut.

Mitme ministri koostöö. Eestis peaks tervishoiusektori arendamisse panustama lisaks terviseministrile ka majandus-, haridus-, sotsiaal- ja rahandusminister, sest tervishoid on oluline sotsiaal-majanduslik valdkond. Sloveenia näitel on igapäevaselt haiguslehel 58 000 inimest ning see arv kasvab iga aastaga 2400 võrra. Eestis kasutab pikaajalisi



Janko Burgar

Roche'i Sloveenia strateegilise tervishoiu innovatsiooni juht

Eestis tasuks kaaluda Sloveenia sarnast tervishoiumudeli muutuse töögruppi.

haiguslehti 17 000 inimest aastas. Need arvud mõjutavad mitte ainult tervishoiusektorit, vaid kogu riigi majandust, tööandjaid ja maksude laekumist.

Erasektori abi. Erasektor on näidanud soovi tervishoiusüsteemi rohkem panustada, kuid avalik sektor ei ole veel olnud täielikult valmis tihedaks koostööks ühiste probleemide lahendamiseks. Ühistegevus on aga hädavajalik, sest erasektoril on laialdased kogemused, andmed ja ideed, mida saaks tervishoiusüsteemi arendamisel kasutada. Eesti ja Sloveenia võiksid seda ressursi palju enam ära kasutada.

Tervishoiusektori tulevik on seotud innovatsiooni, andmepõhise lähenemise ja tehisintellekti rakendamise-ga. Andmepõhisus on tervishoiu tulevik, ning erasektoril on selles valdkonnas juba olulised kogemused. On vajalik,

et pärast uuenduslike teenuste ja toodete ostmist oleksid olemas ka spetsialistid, kes oskaksid neid süsteeme tõhusalt rakendada. Tervishoiusüsteemis on oluline kaasata õigete mõtteviisidega inimesi, et võimaldada innovatsioonil edukalt toimida.

Võimalus on liikuda protseduuripõhiselt tasustamismudelilt tulemuspõhisele mudelile, millega on Sloveenias juba alustanud. Sloveenias loodi kolm aastat tagasi töörühm, mis kogus kokku info, analüüsis ja tegi ettepanekuid mudeli muutuse kohta. Nüüd on ka terviseministeeriumil Sloveenias eraldi töörühm, mis sellega tegeleb.

Samasugust lähenemist võiks kaaluda ka Eesti, kuid mudeli muutust tuleks rakendada sammhaaval ning käsikäes põhjaliku analüüsiga, et leida kõige sobivad valdkonnad selle rakendamiseks.

Ameerika kaubanduskoja tervishoiufoorumil



IDA-TALLINNA KESKHAIGLA

sügiskonverents

MITMETAHULINE
MEDITSIIIN

8.11.2024

ITK sügiskonverents fookustab seekord oma tähelepanu naise tervisele, kuna naistekliinik saab 220aastaseks, kuid konverents on palju enam kui günekoloogiliste probleemide arutelu.

Nagu pealkiri ütleb ja ajakava reedab, pakume ettekandeid väga erinevast vaatevinklist ja erinevatel teemadel, mida ei esitata ravimifirmade seminaridel ja mis pakuvad uutset lähenemist nii haigustele kui ka patsientidele.

Ootame oma konverentsile perearste ja eriarste, ämmaemandaid ja õdesid – kõiki neid, keda huvitab tänapäevane ja patsiendikeskne käsitus ning soov olla veelgi parem professionaal!



Swissôtel Tallinn
konverentsisaal +
veebiülekanne

Tutvu ajakavaga, registreeru
ja kohtume konverentsil!



Ootame Regionaalhaiglasse

arsti,

kes kindlustab verekeskuses doonoritele professionaalse arstiabi ja meditsiinilise läbivaatuse ning hindab doonoriks sobivust

Pakume:

- päevast ambulatoorset tööaega E-R graafiku alusel, võimalik töötada nii täis- kui osalise koormusega
- vastutusrikast ja huvitavat tööd Eesti tipphaiglas
- enesearengu- ja koolitusvõimalusi
- lisapuhkust 7 päeva ja sportimisvõimalusi
- sõbralikku ja ühtehoidvat meeskonda

Ootame:

- arsti kutset
- valmisolekut erialaseks täiendõppeks
- väga heal tasemel eesti keele oskust, kasuks tuleb inglise ja vene keele oskus suhtlustasandil
- ladusat arvuti kasutamisoskust
- koostöövalmidust, kiiret otsustusvõimet ja head suhtlemisoskust

Doonorite arstina Verekeskuses on Sinu peamisteks tööülesanneteks:

- professionaalse arstiabi kindlustamine verekeskuses
- doonoritele meditsiinilise läbivaatuse teostamine ja doonoriks sobivuse hindamine
- verekeskuse meeskonnatöös osalemine nõustades ja koolitades teisi töötajaid erialaspetsiifilistes küsimustes.

Põhja-Eesti Regionaalhaigla on Eesti juhtiv tervishoiuasutus ja tervishoiusektori innovatsiooni eestvedaja.

Diagnostikakliinik on meditsiiniliste avastuste, doonorvere ja röntgenpiltide tallermaa. Kliinikusse kuuluvad Regionaalhaigla laboratoorium, patoloogiakeskus, radioloogiakeskus ja verekeskus. Diagnostikakliinikus töötab kokku ligikaudu 500 töötajat.

Ootame Teid tööle Põhja-Eesti Regionaalhaiglasse, kui otsite uusi väljakutseid, soovite väärtustloovat, vaheldusrikast ja vastutust nõudvat, kuid samas ka õppimis- ja arenguvõimalusi pakkuvat tööd.

Oluline lisainfo:

- Kandideerimiseks palume saata oma CV koos palgasooviga e-posti aadressile personalitsing@regionaalhaigla.ee või läbi karjäärilehe www.karjaar.regionaalhaigla.ee
- Lisainfot jagab verekeskuse doonorluse osakonna juhataja **dr Gulara Khanirzayeva** telefonil 617 3042
- Esita oma CV hiljemalt **25. oktoober 2024**

uudised

Meditsiiniivaldkonnaga seotud riigikogulased kasutasid hüvitisi seinast seinast

Kadi Heinsalu

kadi.heinsalu@aripaev.ee

Meditsiiniivaldkonnaga seotud olnud või praegu seotud riigikogu liikmed kasutasid esimesel poolaastal kuluhüvitisi seinast seinast. Pea võrdselt suurimad summad kulusid reformierakondlastest endisel vähiravifondi Kingitud Elu tegevjuhil Katrin Kuusemäel ja perearst Eero Merilinnul.

SA Hille Tänavsuu Vähiravifondi Kingitud Elu endine tegevjuht Katrin Kuusemäe kulutas 10 037 eurot (sellest 4767 eurot sõidukulud, 2950 eurot esindus- ja vastuvõtukulud), perearst Eero Merilind aga 10 041 eurot (sellest 6317 eurot koolituskulud, 1228 eurot sõidukulud).

Kuusemäe selgitas, on Lääne-Viru maalt valitud saadik ning otsustanud, et ei kolu oma elu pealinna, vaid jääb maakonda, et seal saadikutööd teha. "Sellega seoses kulub tööpoolest suurem osa hüvitistest transpordile. Sõidan pea iga päev Tallinnasse ja Tallinnast tagasi, sest seal on mu kodu ja 13 aastane tütar," lisas ta. Kuusemäe käis ka tööreisidel Taiwanis ja Pariisis, ja kutsus enda sõnul tihti noori ja teisi kodumaakonnast riigikoguga tutvuma. "Olen ka vähi- ja harvikaiguste ravi toetusrühma looja ja esimees ning katan enda kuluhüvitistest selle kulud, sest toetusrühmadele ei ole ettenähtud eraldi kulu eelarvest, nagu seda on näiteks komisjonidel," lisas ta.

Merilind põhjendas kulusid meedia- ja avaliku esinemise koolitustega, aga ka prantsuse keele õppega. Meedia- ja avaliku esinemise koolitused tegid tema sõnul PR Partner ja Powerhouse, keeleõpe aga on seotud Eesti-Prantsuse saadikurühma liikmestaatusega.

Kolmandal kohal kulutuste poolest oli Narva haigla nõukogu liige Aleksei Jevgrafov (Keskerakond), kes kasutas kuluhüvitisi 9437 euro (5162 eurot sõidukulud, 1524 eurot esindus- ja vastuvõtukulud) ulatuses.

Endistest ministritest kulutas vähim Ossinovski

Aastail 2005–07 sotsiaalminister olnud Jaak Aab kasutas kuluhüvitisi 6511 eurot, aastail 2019–21 sotsiaalminister ja 2021–22 tervise- ja tööminister olnud Tanel Kiik 7995 eurot, aastail 2015–18 tervise- ja tööminister olnud Jevgeni Ossinovski 5655 eurot (1756 sõidukulud, 1730 koolituskulud)



Vähiravifondi Kingitud Elu endine tegevjuht Katrin Kuusemäe riigikogus ametivannet andmas. FOTO: RIIGIKOGU

Katan ka toetusrühma kulud, sest neile pole raha ette nähtud.

Katrin Kuusemäe

ning aastail 2014–15 sotsiaalkaitseminister olnud Helmen Kütt 7510 eurot.

Endine COVID-19 teadusnõukoja liige Mario Kadastik kulutas 6352 eurot (2292 eurot esindus- ja vastuvõtukulud, 2040 eurot sõidukulud). Viroloogiaprofessor ja endine COVID-19 teadusnõukoja juht Irja Lutsar 1328 eurot (715 esindus- ja vastuvõtukulud, 527 sõidukulud) ning aastatel 2007–09 ja 2014–15 riigikogu sotsiaalkomisjoni esimees olnud Heljo Pikhof 8513 eurot (5460 sõidukulud, 1675 esindus- ja vastuvõtukulud). Perearst Karmen Joller kasutas kuluhüvitisi kokku 3500 euro (1366 lähetuskulud, 691 sõidukulud) ulatuses.

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.Soodustused Piirhinnad Ravimiregister

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

luubi all



PZU kindlustuse esindaja Argo Ardel paneb südamele, et kui avalduste esitamist viimasele hetkele ei jäeta, tulevad nad töömahuga toime.

FOTO: ERAKOGU

Patsiendikindlustus Vaid üks selts jäi pakkuma

Monopoolsus pahandab

Novembrist kehtima hakkava patsiendikindlustuse süsteemi jõustumise eel kogunevad kõik maksed ja kindlustusjuhtumid ainsa julge seltsi – PZU kindlustuse – kätte, mis loob head tingimused ebamõistlikult suurteks kindlustusmakseteks ja monopoli tekkeks. Osa arstkonnast on selle vastu.

Hambaarstide liidu
tegevjuht
Helen Lang

Me pole praeguste asjade käiguga rahul, aastamaksed on kuni 50 000 eurot.

Kristiina Käit, Kadi Heinsalu
mu@aripaev.ee

Kevadel, kui algselt 1. juulist jõustuma pidanud patsiendikindlustuse seaduse (ametliku nimega tervishoiuteenuse osutaja kohustusliku vastutuskindlustuse seadus, TOKVS, toim) edasilükkamine päevakorda kerkis, oli arstide liit sellele vastu. Liit tõi oma pöördumises välja, et patsientide lootusi ei saa enam petta, seaduse ettevalmistamine on niigi kaua kestnud ja lisaks ei olevat nendega seda arutatud.

Sotsiaalministeeriumi ametnikud jätsid pöördumisega arvestamata põhjendusel, et arstid ei väljendanud oma meelsust õigel ajal, sotsiaalkomisjoni istungil. Enne jaanipäeva hääletas riigikogu seaduse jõustumise novembrisse lükkamise poolt. Veel mais tegeles ettevalmistustööga kolm kindlustusandjat – PZU, See-sam ja BTA.

Nüüd, mõni nädal enne seaduse jõustumist, on kolmest pakkujast jäänud järele üks – PZU kindlustus. Rahul pole hambaarstid ega perearstid, arstide liit aga pooldab seaduse jõustumist novembrist.

Perearstid tahaks enda väljajätmist

Perearstide seltsi juhatuse esinaine Elle-Mall Sadrak ütleb, et nemad asjade sellise käiguga rahul ei ole. „Vaja on teisi konkurente. Tegemist on monopoliga, mille katteks riigil raha puudub,” märgib ta. Septembri lõpus on perearstid valmis riskima tegevusloast ilmajäämisega ja boikoteerima kindlustuse sõlmimise vastu. Sadrak ütles, et nad teevad omalt poolt vastavad sammud ja on valmis tagajärgedeks. Oktoobri alguses ütles Sadrak ERRile, et nad püsivad muidugi seaduse piirides, aga rahul olla ei saa.

Hambaarstide liidu tegevjuhi Helen Langi sõnul pooldavad nemad seaduse edasilükkamist. „Me pole praeguste asjade käiguga rahul ning oleme vastava seisukoha edastanud 20.09 ka ministeeriumile ja riigikogu sotsiaalkomisjonile,” ütleb ta. Lang lisab, et hambaraviasutused üle Eesti on saanud esmaseid kindlustuspakkumisi, mille keskmine kindlustusmaks on 5000–6000 eurot aastas. Suuremate kliinikute aastane kindlustusmaks ületab 50 000 eurot.

Lang jätkab, et tuleval aastal tõuseb käibemaksumäär, mis muudab hambaravis sisseostetavad tooted ja teenused ngunii kallimaks. „Kui siia liita meilt küsitavad kindlustusmaksed, võib hinnatõus patsiendi jaoks olla märgatav. See aga omakorda võib tähendada seda, et haavatavam sihtgrupp enam hambaravi eest tasuda ei jõua,” toob Lang välja tagajärjed. Lisaks soodustatakse tema sõnul nii riiklikult monopoli teket, kus ainus kindlustuse pakkuja saab olla hinnakujunduses loominguiline, aga tervishoiuteenuse osutajal puudub võimalus tema juurest lahkuda.

Ametnikud pandi suluseisu

Eestis on ligi 20 kindlustusseltsi. Sotsiaalministeeriumi tervishoiuvõrgu eksperdi Heli Paluste sõnul eeldasid nad suuremat konkurentsi. „Arvestades vastutuskindlustuse ümber pikka aega kestnud

Koormus on PZU jaoks loomulikult suur, kuid anname endast parima.

Argo Argel, PZU kindlustuse vastutuskindlustuse valdkonnajuht

diskussiooni, on praegust süsteemi luues huvigruppidega olulisel määral arvestatud, sh valiku langetamisel erakindlustuse kasuks. Kõigi tingimuste osas on maksimaalselt kaasatud ja arvestatud partnerrite ettepanekuid,” räägib Paluste.

Kahjuks kindlustusseltside huvi tema sõnul aja jooksul vähenes. „Meil on hea meel, et süsteemil on ikkagi partner, kellega novembrist patsiendikindlustus käivitada. Proovime vaadata asja positiivsest küljest ja teeme omalt poolt maksimaalselt, mis võimalik,” ütleb Paluste.

Seisu püüti parandada septembri teises pooles sotsiaalministeeriumi kiirelt kokku kutsutud kriisikoosolekul, kus osalesid riigikogu sotsiaalkomisjoni, sotsiaalministeeriumi, rahandusministeeriumi ja kindlustusseltside liidu esindajad. Selle peale ütleb hambaarste esindav Helen Lang, et ehkki arutelusse oleks tulnud kaasata kõik pooled, kutsusid ametnikud kriisinõupidamisele ainult kindlustajad.

Probleem on hinnas. „Soomes on hambaravi kohustusliku kindlustuse hind arsti kohta 800 eurot aastas (hambaarstide liidu liikmele), Hispaanias 220 eurot ja Eestis 2700 eurot aastas,” võrdleb Lang. Tema sõnul ei ole see normaalne ja nad ei näinud seda ka kuidagi ette. „Kui selline hinnastamine on ka riigi esindajatele üllatus, on viimane aeg TOKVSi jõustumine veel kord edasi lükata,” nendib Lang. Ta toob näite, et hambaarstide liit on aastaid pakkunud oma liikmetele ühe hüvena vabatahtliku kindlustuse kaitset. „Küsisime kindlustuspakkujalt viimase viie aasta statistika. Kindlustusse on jõudnud kümme kahjujuhtumit, millest mitte ühelgi korral polnud tegemist raviveaga,” jätkab Lang. Samuti oli kliinikute tagasiside ühene: isegi mitme aasta jooksul pole olnud vajadust patsiendile raviteenuse eest tasutud raha tagasi maksta või ravitoid ümber teha summas, mida nüüd küsitakse pelgalt aastase kindlustuskaitse eest. Lang lisab, et tekkinud on pretse-denditu olukord, kus niigi rahahädas tervishoiusüsteemile soovitakse veel lisakoormisi panna.

Viimasele minutile ei tasu loota

PZU kindlustuse vastutuskindlustuse valdkonnajuhi Argo Argeli sõnul on nad juba väljastanud sadu pakkumisi, kuid paneb kõigile südamele, et pakkumiste küsimist ei jäetaks viimasele minutile,

vaid seda tehtaks aktiivselt juba praegu. „Siis tuleme töömahuga toime,” kinnitab ta. Küsimuse peale, kui palju tööd tekitab juurde see, et nad on hetkel turu ainus pakkuja, vastab Argel, et sarnaselt mõne teise kindlustusettevõttega alustas ka PZU kindlustus ettevalmistus- ja arendustööd patsiendikindlustuse pakkumiseks, arvestades seaduse jõustumisega novembrist. „Hetkel jätkame juba alustatud tööd. Koormus on PZU jaoks loomulikult suur, kuid anname endast parima, et kõik kliendid saaksid hästi teenindatud,” lisas ta.

Kas ja mida tähendab ainsana turul olemine seltsi käibele, ütleb Argel, et prognoose tulude ja kulude osas ta hetkel ei teeks. „Keskendume klientide jaoks kvaliteetse teenuse käivitamisele,” lisab Argel.

Maksed võivad tulevikus alaneda

Heli Paluste sõnul on terviseameti tegevuslubade registri kohaselt tervishoiuteenuse osutamiseks väljastatud kokku 2977 tegevusluba. Vastavaid asutusi on oluliselt vähem, sest paljudel on mitu tegevusluba, nt PERHil on registri kohaselt 19 tegevusluba erinevateks teenusteks.

Küsimuse peale, mida toob kaasa konkurentsipuudus selles vallas ja kas riskid on maandatud, vastab Paluste, et muret võimaliku hinnatõusu osas nad mõistavad. „Esiolgsed kindlustusmaksed määravad võivad olla kõrgemad, kuna puudub varasem kahjustatistika ning kindlustusandja peab riski hindamisel tuginema naaberriikide kogemustele,” selgitab ta. Paluste lisab, et Eestis puudus seni kõikehõlmav patsiendihutusjuhtumite ja patsientidele hüvitatud juhtumite riiklik statistika ning lähtuda saab tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjoni statistikast. Tulevikus, kui reaalsete kahjujuhtumite arv on teada ja kui need on prognoositavalt väiksemad, võivad kindlustusmaksed hinnad tema sõnul alaneda. „Parima pakkumuse saamiseks soovime tervishoiuteenuse osutajatel praegu aktiivselt suhelda PZU kindlustusega ning pidada läbirääkimisi kindlustustingimuste üle,” ütleb Paluste. Ta selgitab, et omavastutuse määra tõstmine ja oma asutuse senise patsientide kaebuste või kahjunõuete statistika avaldamine ning oma organisatsiooni kvaliteedijuhtimise ja patsiendihutus süsteemi ehk riskide maandamise meetmete esitamine võivad samuti aidata kindlustusmakset vähendada. Tema sõnul teevad nad koostööd kindlustusseltside liiduga, et julgustada ka teisi kindlustusandjaid turule sisenema vähemalt järgmisel kindlustusaastal.

Lootus on läbirääkimistel

Arstide liidu peasekretär Katrin Rehema ütleb, et kindlustusfirmade väike huvi oli halb üllatus ja see tekitas arstikonnas nürinaid. „Osa kulude katteks on tervisekassa eelarves raha olemas ja loodame, et läbirääkimistega on võimalik tingimusi soodsamaks saada,” lisab Rehema. „Kui peaks vaja olema, võib kaaluda lepingute sõlmimise tähtaja pikendamist.” Ta tõdeb, et ainus võimalus patsiendikindlustuse süsteemi paremaks teha, on see käivitada ja siis hakata vigu parandama.

Loe juhtkirja lk 3.

Küsimus:

Kas terviseameti patsiendihutuse andmekogu on valmis?



Imre Kaas
terviseameti kommunikatsioonijuht

Patsiendihutuse andmekogu (POHAK) keskkond avati tervishoiuteenuse osutajatele testimiseks juunis, et veel enne käivitamist teha vajadusel tehnilisi muudatusi ja täpsustada POHAKu jaoks loodud patsiendihutusjuhtumite klassifikatsiooni POK.

Senine tagasiside on toonud ettepanekuid, mida arutatakse ühiselt vastavas töörühmas. Samas on selge, et kõiki ettepanekuid ei ole võimalik enne 1. novembrist 2024 rakendada.

POKi edasist täiendamist jätkatakse jooksvalt vähemalt kord aastas, võttes arvesse kasutajate sisulist ja tehnilist tagasisidet. Patsiendihutuse klassifikatsioon POK ei saa lõplikult valmis ilmselt kunagi, vähemalt lähiaastatel mitte.

Patsiendihutuse süsteemi juriidiliste aluste jõustumisega 1. novembrist 2024 ja POHAKu käivitamisega alustab Eesti tervishoiusüsteem selles valdkonnas uut ajajärku ning on selge, et ees seisab hulgaliselt tervishoiuasutuste ja töötajate elukestvat koolitamist ja teavitamist, POKi arendamist, heade praktikate jagamist ja kogunevate andmete analüüsimist, et toetada selle valdkonna muutusi.

Kogemuste tekkimisel tuleb valmis olla ka järgnevateks muudatusteks nii sisulises, õiguslikus kui ka tehnilises mõttes.

POHAKusse edastatakse andmed isikustamata kujul ja infokorje eesmärk on analüüsida, nendest juhtumitest õppida, ennetusmeetmeid tõhustada ja hinnata, patsiendihutuse riiklikku strateegiat kujundada ning statistikat koguda. Andmed on kasutatavad ka teaduslikus uurimistöös. Infot kogutakse patsiendihutusjuhtumite kohta, millega kaasneb või võib kaasneda mis tahes kõrvalekalle tervishoiuteenuse osutamise tavapärast protsessist, mis põhjustab patsiendile vigastuse või kujutab endast kahju tekkimise ohtu.

Number:

2977

● kehtivat tegevusluba tervishoiuteenuse osutajatele on väljastatud, kuid mitu neist on sama asutuse eri load, näiteks PERHile on neid antud kokku 19.

Kodade virvendusarütmia ESC ravijuhend 2024

AF-CARE ravimudel Keskendutakse ohjamisele ja jälgimisele

Violetta Riidas

violetta.riidas@aripaev.ee

Konverentsil “Kardioloogia tulipunkt 2024” tutvustas 2024. aasta ESC juhiseid KVA juhtimiseks regionaalhaigla kardioloog ja TÜ kardioloogiakliiniku kardioloogia kaasprofessor MD, PhD Priit Kampus.

Kodade virvendusarütmia (KVA) on üks sagedasemaid südame rütmihäireid, mis mõjutab 3–4% täiskasvanud elanikkonnast. Esinemissagedus kasvab vanusega, ulatudes üle 10% 75aastaste ja vanemate seas. Kuigi KVA võib olla tüsistuseks sellistele kroonilistele haigustele, nagu hüpertensioon, ülekaal, diabeet, KOK ja isheemiatõbi, võivad olulised riskifaktorid olla ka suitsetamine, vähene kehaline aktiivsus ja alkoholi liigtarvitamine.

KVA diagnostikas on oluliseks tööriistaks EKG. Diagnoosi aluseks on vähemalt 30 sekundit kestnud rütmihäire episood, mis on dokumenteeritud kas 12-lülituselisel või ühe- kuni kolme-lülituselisel EKG-l. KVA võib olla sümptomaatiline või asümptomaatiline, ja viimast diagnoositakse tihti ainult läbi südamestimulaatorite või rütmimonitoride. Rütmihäire skriiningus on oluline roll õpetada patsiente oma pulssi randmelt katsuma või kasutama erinevaid nutivahendeid n pulsikella. Haiguse varaseks avastamiseks on soovitatav üle 65aastastel rutiinne EKG.

KVA klassifikatsioon põhineb haiguse kestvusel ja rütmihäire ajalisel kulul. KVA võib olla esmakordselt diagnoositud, paroksüsmaalne (möödub iseenesest), persisteeruv (kestab üle 7 päeva ja ei möödu iseenesest) või fikseerunud ehk permanentne, kus rütmihäire püsib ja edasisest rütmikontrollist on loobutud. Lisaks on KVA puhul oluline hinnata sümptomeid, kasutades EHRA klassifikatsiooni, mis jagab sümptomid nelja raskusastmesse: kerge (igapäevategevusi mitte piirav) kuni väga raske (invalidistav, igapäevategevused pole võimalikud).

KVA ravi ja jälgimise juhised on selgelt struktureeritud. 2024. aasta Euroopa Kardioloogide Seltsi (ESC) ravijuhendi põhimõtteks on AF-CARE ravimudel, mis keskendub (C – *comorbidity and risk factor management*) kaasuvate haiguste ja riskifaktorite ohjamisele, (A – *avoid stroke and th-*



Regionaalhaigla kardioloog ja TÜ kardioloogiakliiniku kardioloogia kaasprofessor MD, PhD Priit Kampus.

FOTO: MEELI KÜTTIM

Antikoagulatsioon on hädavajalik trombemboolia ja insuldi riski ennetamiseks.

Priit Kampus

moboembolism) insuldi ja trombembooliliste tüsistuste ennetamisele, (R – *rate and rhythm control*) sümptomeid leevendavale sagedus- või rütmikontrollile ning (E – *evaluation and dynamic reassessment*) patsiendi regulaarsele jälgimisele ja dünaamilisele riskihindamisele. AF-CARE lähenemine saab alguse KVA diagnoosiga haigete kaasuvate haiguste ja riskifaktorite käsitussoovitustest.

Trombemboolia ja insuldi ennetamiseks on antikoagulatsioon hädavajalik.

Ravijuhise keskmeks on otsese toimega suukaudsed antikoagulandid. Samas tuleb meele pidada, et neid ei tohiks vähendada annustes asjatult kasutada. Uue ravijuhise kohaselt tuleb trombemboolia riski hindamisel kasutada CHA2DS2-VA skoori, erinevalt eelnevast ravijuhendist ei pea naissugu eraldi kriteeriumina enam hindama ja antikoagulatsiooni alustatakse juhul, kui skoor on vähemalt 2. Kõrge veritsusriskiga patsientidel, kellel on antikoagulatsioon vastunäidustatud, tuleb kaaluda vasaku koja kõrvakese sulgurit.

Oluline muudatus puudutab antikoaguleerimata haigete siinusrütmi taastamist. Kui varasemates soovitustes oli lubatud ka alla 48 tunni kestnud rütmihäire antikoagulatsiooni taastada, siis nüüd on seatud piir alla 24 tunni – see on üks enam kolapinda leidnud muudatus. Tasub märkida, et ühtegi uut uuringut selle taga pole. Ravijuhise soovitus on tõenduspõhisus C, ehk ekspertide arvamus ja lähtub printsibiist, „haige turvalisus on kõige olulisem – *safety should come first*“. Pärast kardioversiooni tuleb jätkata an-

tikoagulatsiooni vähemalt neli nädalat ja kui CHA2DS2-VA skoor on ≥ 2 , siis püsivalt.

KVA käsitluse lahutamatuks osaks on kohene pulsisageduse langetamine ehk sageduskontroll. See saavutatakse kas beetablokaatorite, digoksiini või mittedihüdropüridiini tüüpi kaltsiumikanali blokaatorite abil (tihti esmavalik hemodünaamiliselt stabiilsete patsientide puhul). Kui patsient on sümptomaatiline, võib kaaluda kardioversiooni. „*Wait-and-see*“ strateegia kohaselt võib siinusrütm spontaanselt taastuda 48 tunni jooksul ilma kardioversioonita, mida kinnitavad ka uuringud, kus 94% patsientidest püsis siinusrütmis ilma kohese kardioversioonita.

Rütmikontrolli e siinusrütmi säilitava ravi puhul on juhistes esile tõstetud kateeterablatsiooni olulisus, eriti sümptomaatiliste paroksüsmaalsete KVA patsientide puhul. See on esmane valik ka tahhükardiast tingitud kardiomüopaatia ja raske südamepuudulikkusega patsientide puhul, kuna võib parandada prognoosi. Kirurgiline ablatsioon on soovitatav patsientidele, kes läbivad südameoperatsiooni, näiteks mitraalklapi kirurgia.

ELIQUIS®
(apiksabaan):

**EFEKTIIVSUS
JA OHUTUS,
MILLE VALIN^α**



^αPõhineb NVAF-i
kliinilistel uuringutel
vs varfariin



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



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



Väiksem üldsuremus ↓**11% RRR**^{1*}



Seedetrakti säästev insuldikaitse^{1*}



Ööpäevaringne insuldikaitse^{1,2}

*vs. varfariin

RRR = suhtelise riski vähenemine

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

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

Raviresistentne hüpertensioon: vanad ja uued ravivõimalused

Violetta Riidas

violetta.riidas@aripaev.ee

Konverentsil “Kardioloogia tulipunkt 2024” tegi ülevaate raviresistentse hüpertensiooni ravivõimalustest regioonahaigla ja TÜ südamekliiniku kardioloog Martin Serg.

Kõrgenenud vererõhk on endiselt juhtiv riskitegur, mis põhjustab enneaegset kardiovaskulaarset suremust, eriti südame isheemiatõve ja insuldist tingitud surmade korral.

Hüpertensiooni esinemissagedus on aastate jooksul olnud murettekitavalt kõrge, olles müokardiinfarktiga patsientide seas kõige sagedamini esinev riskifaktor, ületades selliseid tegureid, nagu düslipideemia, suitsetamine ja diabeet.

10–20% hüpertensiooniga patsientide puhul ei ole ravi eesmärki vaatamata ≥ 3 antihüpertensiivsele ravimile saavutatud, mistõttu on vajalik eristada tõelist ravile allumatut hüpertensiooni pseudo-resistentsest hüpertensioonist.

Pseudoresistentsuse põhjused võivad olla halb ravisoostumus, valge kitli sündroom või ebakorrektnen vererõhu mõõtmine. Tõelise resistentse hüpertensiooni puhul on riskitegurid ülekaal, vähene füüsiline aktiivsus, liigne soola ja alkoholi tarbimine.

Neeruarterite denervatsioon

Raviresistentse hüpertensiooni üheks tõhusaks ravivõimaluseks on tõusnud neeruarterite denervatsioon. See protseduur mõjutab neeruarterite närve, mis osalevad vererõhu reguleerimises. Toimemehhanism hõlmab neerude verevoolu mõjutamist ja naatriumi retensiooni vähenemist, mis omakorda vähendab vaso-konstriktiooni, ateroskleroosi arengut, vasaku vatsakese hüpertroofiat ja arütmiate tekkeriski.

Mitmes uuringus on vaadeldud neeruarterite denervatsiooni tõhusust. I põlvkonna neeruarterite denervatsiooni seadmete uuringud ei andnud positiivseid tulemusi: neis esines mitu puudust, muu hulgas ühe elektrodiga ablatsioonikateeter, lühike uuringuperiood ja puudused vererõhu jälgimise meetodikas.

II põlvkonna neeruarterite denervatsiooni tehnoloogiad, nagu MedTronic Symplicity Spyral süsteem, on randomiseeritud kontrollitud uuringutes näidanud oluliselt paremaid tulemusi. Samuti on näidatud, et parimaid ravitulemusi annab mitte ainult neeruarteri, vaid ka selle peamiste harude ablatsioon.

Neeruarterite denervatsiooni efektiivsus on kinnitust leidnud mitmes pikaajalistes uuringus, teiste seas Global SYMP-

Oluline on eristada tõelist ja pseudo-resistentset hüpertensiooni.

Martin Serg



Kardioloog Martin Serg rõhutab ka medikamentoose ravi optimeerimise vajadust.

FOTO: MEELI KÜTTIM

Tasub teada: Kuni 20% haigetest ravile resistentset

- 10–20% hüpertensiooniga patsientidest on ravile resistentset
- Resistentne vs pseudoresistentne hüpertensioon
- Esmane ravivõte: eluviisi soovitused ja optimeerida medikamentoose ravi
- II põlvkonna neeruarterite denervatsioon on efektiivne ja turvaline ravivõimalus resistentse hüpertensiooniga patsientidele

Allikas: Martin Serg

LICITY Registrys ja SPYRAL HTN-ON MEDis, kus on näidatud, et selle protseduuri toime kestab vähemalt kolm aastat.

Lisaks on neeruarterite denervatsiooniil ööpäevaringne toime, mis aitab eriti vähendada öist ja varahommikust vererõhu tõusu, mis on seotud kõrgema insuldi ja ägeda koronaarsündroomi riskiga.

Neeruarteri tüsistusi esineb äärmiselt harva ja korduvate protseduuride vajadus on minimaalne. Samuti on metaanalüüsid kinnitanud, et neerufunktsioon jääb pärast protseduuri valdavalt puutumatuks.

Ravi optimeerimine

Esimene samm raviresistentse hüpertensiooni käsitlemisel on alati medikamentoose ravi optimeerimine. Ravivalikute hulka kuuluvad spironolaktoon või eplerenoon ning beeta-blokaatorid, kuid kui medikamentoose ravi ei anna soovitud tulemusi, võib kaaluda neeruarterite denervatsiooni.

Uued ravijuhised aastast 2024 soovita-

vad seda protseduuri klass IIb ravivõimalusena patsientidele, kelle vererõhku pole muude meetoditega õnnestunud kontrolli alla saada.

Uute ravivõimaluste seas on esile kerkinud ka mitu potentsiaalset antihüpertensiivset ravimit, mis on kliinilistes uuringutes lubanud positiivseid tulemusi. Näiteks on ETA/ETB-inhibiitor aproclintan III faasi uuringus näidanud tõhusust resistentse hüpertensiooni korral, samas kui siRNA-põhine ravim zilebesiran on andnud häid tulemusi vererõhu alandamisel II faasi kliinilistes uuringutes.

Kokkuvõtteks võib öelda, et 10–20% hüpertensiooniga patsientidest on ravile resistentset, mistõttu on oluline eristada tõelist ja pseudoresistentset hüpertensiooni.

Ravi alustatakse alati eluviisi muutustega ja medikamentoose ravi optimeerimisega, kui need meetodid ei ole piisavad, on neeruarterite denervatsioon tõhus ja turvaline ravivõimalus.

SINU PARTNER HÜPERTENSIOONI RAVIS

Ravitulemus on teie kätes!



PRESTARIUM®
PERINDOPRIILARGINIIN ARGININE



TERTENSIF SR
INDAPAMIID 1.5 MG



Noliterax
PERINDOPRIILARGINIIN + INDAPAMIID



TRIPLIXAM
perindopriilarginiin indapamiid amlodipiin



COVERAM
perindopriilarginiin + amlodipiin

Prestarium Arginine (perindopriilarginiin) 5 mg, 10 mg, õhukese polümeerikattega tabletid. **Näidustus:** arteriaalne hüpertensioon. Sümptomaatiline südamepuudulikkus. Stabiilne südame isheemiatõbi: südamehaiguste tüsistuste riski vähendamine patsientidel, kellel on anamneesis müokardiinfarkt ja/või revaskularisatsiooni protseduur. **Tertensif SR** 1,5 mg toimeainet prolongeeritult vabastavad tabletid, INN. Indapamidum. **Näidustus:** essentsiaalse hüpertensiooni ravi täiskasvanutel. **Noliprel Arginine** (perindopriilarginiin/indapamiid), 2,5 mg/0,625 mg õhukese polümeerikattega tabletid N30. **Näidustus:** essentsiaalne hüpertensioon täiskasvanutel. **Noliprel Forte Arginine** (perindopriilarginiin/indapamiid), 5 mg/1,25 mg õhukese polümeerikattega tabletid N30. **Näidustus:** essentsiaalse hüpertensiooni ravi täiskasvanud patsientidel, kellel perindopriili monoteraapia ei taga piisavat vererõhu alanemist. **Noliterax 10 mg/2.5 mg** (perindopriilarginiin/indapamiid), õhukese polümeerikattega tabletid N30. **Näidustus:** essentsiaalse hüpertensiooni ravi patsientidel, kellel kombinatsioonravi samas annuses perindopriili ja indapamiidiga on taganud piisava vererõhu languse. **Coveram** (perindopriilarginiin/amlodipiin), 5mg/5mg tabletid N30, 10mg/5mg tabletid N30, 5mg/10mg tabletid N30, 10mg/10mg tabletid N30. **Näidustus:** essentsiaalse hüpertensiooni ja/või stabiilse südame isheemiatõve ravi patsientidel, kellel perindopriili ja amlodipiini samade annuste samaaegne manustamine tagab piisava vererõhu languse. **Triplixam** (perindopriilarginiin/indapamiid/amlodipiin), 5mg/1.25mg/5mg õhukese polümeerikattega tabletid N30 ja N90, 5mg/1.25mg/10mg õhukese polümeerikattega tabletid N30 ja N90, 10mg/2.5mg/5mg õhukese polümeerikattega tabletid N30 ja N90, 10mg/2.5 mg/10 mg õhukese polümeerikattega tabletid N30 ja N90. **Näidustus:** essentsiaalse hüpertensiooni ravi patsientidel, kellel perindopriil/indapamiidi ja amlodipiini samade annuste koosmanustamine on taganud piisava vererõhu languse. Tegemist on retseptiravimitega.

Müügiloa hoidja: Les Laboratoires Servier, 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, Prantsusmaa. **Täiendav info müügiloa hoidja esindusest:** Servier Laboratories OÜ, Rotermanni 8, 10111 Tallinn, tel +372 664 5040 või www.servier.ee

SERVIER LABORATORIES OÜ
Rotermanni 8, 10111 Tallinn Estonia | Telefon: +372 664 5040

www.servier.ee

Pneumokokk on üks peamisi väikelaste otiidi põhjuseid

Violetta Riidas

violetta.riidas@aripaev.ee

Pneumokokkinfektsiooni ja selle levikut tutvustas veebiseminaril Lääne-Tallinna keskhaigla nakkushaiguste arst Helen Mülle.

Streptococcus pneumoniae ehk pneumokokk on bakter, mis on põhiline laste otiidi ja sinusiidi tekitaja. Lisaks võib see põhjustada raskeid infektsioone, nagu kopsupõletik, meningiit ja baktereemia. Seega on tegemist suure terviseriskiga eriti just laste, eakate ja nõrgenenud immuunsüsteemiga inimeste jaoks. *Str. pneumoniae* (pneumokokk) on kapsliga ümbritsetud diplokokk-bakter, millel on üle saja serotüübi ja rohkem kui 45 serogruppi. Pärast haiguse põdemist või vaktsineerimist kujuneb välja serotüübispetsiifiline immuunsus. Kuna pneumokoki serotüüpe on palju, võib inimene korduvalt haigestuda.

Pneumokoki looduslik reservuaar on inimese ninaneel, kus bakter koloniseerib hingamisteid, olles eriti levinud lastel ja vanemaealistel. Lasteaia käivatel lastel võib koloniseerumise esinemissagedus olla 20–60%, samas kui täiskasvanutel 5–10%. Kolonisatsioon sõltub vanusest, asustustihedusest ja sotsiaalmajanduslikust olukorrast.

Pneumokokknakkus, eriti invasiivse infektsiooni korral, on tihti seotud kokkupuutega uue serotüübiga, mis võib viia tõsiste haigusseisunditeni. Invasiivse infektsiooni puhul võib olla suur suremusrisk eriti meningiidi puhul, kuid surra võib ka pneumooniasse.

Riskirühmad

Peamised riskirühmad on alla kaheaastased ja üle 65aastased ning krooniliste haigustega inimesed, kellel on nõrgenenud immuunsüsteem. Eriti ohustatud on inimesed, kes saavad immuunsupressiivset ravi, kellel on asplenia (põrna puudumine), kroonilised neeru- või kopsuhaigused, organisiirdamise järgsed seisundid ja ka haigused, mis põhjustavad immuunpuudulikkust. Näiteks on aspleniaga inimestel pneumokokkinfektsiooni risk kuni 30 korda suurem ning HIV-positiivsetel patsientidel kuni 25 korda suurem kui tervetel.

Suitsetamine ja passiivne suitsetamine, eriti laste puhul, on samuti oluline riskifaktor. Samuti on haigestumine tõenäolisem nakkushooajal, eriti gripi ja respiratoorse süntsüaaltviiruse (RSV) levi ajal.

Eestis registreeriti 2023. aastal kokku 174 pneumokokkinfektsiooni juhtu, sealhulgas 120 kopsupõletiku, 49 septise-



Paljusid väikelaste otiidijuhtumeid saab ennetada pneumokoki vaktsiiniga, mis on tulevikus loodetavasti immuniseerimiskavas.

FOTO: SHUTTERSTOCK

Tasub teada: Polüsahhariid- ja konjugeeritud vaktsiinid

● Konjugeeritud vaktsiinid (PCV13, PCV15, PCV20) pakuvad paremat ja pikaajalist kaitset, sest antigeenid on seotud valkudega, mis stimuleerivad tugevat immuunvastust. PCV-vaktsiinid on soovitatud alla 2aastastele lastele, riskirühmadele ja üle 65aastastele. Teatud juhtudel, kui kasutatakse PCV13 ja PCV15 vaktsiini, soovitatakse riskirühmadel vaktsineerimisskeemi lisada ka polüsahhariidvaktsiin. PCV20 korral seda vajadust enam pole.

Allikas: Helen Mülle

mia ja viis meningiidi juhtumit. Ilmselt ei peegelda need numbrid siiski tegelikku haigestumist kopsupõletikku ja tõenäoliselt on see Eestis aladiagnostitud. See tähendab, et terviseametile ei saadeta alati haigusteatisi.

Diagnostika ja ravi

Pneumokokkinfektsioonidega kaasneb üldseisundi halvenemine – sümptomid on febrilne palavik, köha ja hingamisraskused. Diagnostikamisel lähtutakse kliinilisest pildist ning laboriuuringutest (leukotsüütide arv, C-reaktiivne valk, prokalt-

sitoniin). Pneumokoki antigeeni leidmine uriinis viitab nakkusele. Korduvate pneumooniajuhtude korral soovitatakse teha HIV-test.

Kuna Eestis on penitsilliiniresistentust vähe, on valikravimid penitsilliin ja amoksitsilliin. Alternatiivina (näiteks penitsilliiniallergia korral) kasutatakse klaritromütsiini. Haiglaravi vajadust hinnatakse CRB-65 skoori abil, vaadeldes patsiendi segasusseisundit, hingamissagedust, vererõhku ja vanust.

Ennetamine

Infektsioonhaiguste ennetamisel on oluline vältida lähikontakti haigetega, pesta käsi, viibida värskes õhus ja piisavalt magada. Riskirühmadele soovitatakse lisaks pneumokoki vaktsiinile vaktsineerimist respiratoorsete nakkuste vastu (gripp ja COVID-19, RS-viirus).

Eestis on pneumokoki vastu saadaval nii polüsahhariid- kui ka konjugeeritud vaktsiinid, millest viimased on näidanud suurt efektiivsust invasiivsete infektsioonide vastu, eriti alla viieaastastel lastel.

Kasutatavad vaktsiinid hõlmavad 13-, 15- ja 20-valentseid konjugeeritud vaktsiine (PCV13, PCV15 ja PCV20), samuti 23-valentset polüsahhariidvaktsiini (PPSV23). Kõige uuem vaktsiin Eestis on PCV20, mis on käesoleval aastal saanud ka laste näidustuse. Meil tsirkuleerivad pneumokoki serotüübid

on nende vaktsiinide suhtes tundlikud. Tervisekassa kompenseerib alates 2021. aastast kõrge riskiga riskirühma patsientide vaktsineerimist. Patsiente peavad seejuures vaktsineerimisele suunama raviarstid.

Loodetavasti liigub Eesti kõigi teiste Euroopa riikide hulka, kus pneumokoki-vastane vaktsineerimine on laste immuniseerimiskavas. Teistes Euroopa riikides on see nii olnud juba aastaid. Praegu peaksid kõik perearstid oma rasedaid ja väikelaste emasid nõustama, et last saab pneumokokkinfektsiooni vastu vaktsineerida.

Pneumokokk on tõsine nakkushaigus, mis põhjustab raskeid infektsioone, eriti riskirühmade hulgas. Väikelastel on see üks peamisi otiidi põhjuseid. Pneumokoki avaldumine on laia spektriga, kuid eriti rasked invasiivsed infektsioonid on just väikelastel, eakatel ja riskigruppidel.

Bakter võib elada inimese ninaneelus, põhjustamata alati haigust, kuid teatud tingimustel võib see esile kutsuda raskeid terviseprobleeme. Vaktsineerimine on üks tõhusamaid meetmeid pneumokoki põhjustatavate haiguste ennetamiseks. Eestis on vaktsiinid kättesaadavad ja loodetavasti peatselt ka immuniseerimiskavas.

Meditsiinitöötajate ülesanne on tõsta teadlikkust vaktsineerimise olulisusest ja julgustada inimesi kasutama olemasolevaid ennetusvõimalusi.

Imikud, lapsed, noorukid, täiskasvanud

20-valentne pneumokokk-polüsahhariidide konjugaatvaktsiin on näidustatud imikueast kõrge vanuseni.



▼ Sellele ravimile kohaldatakse täiendavat järelvalvet, mis võimaldab kiiresti tuvastada uut ohutusteavet. Tervishoiutöötajatel palutakse teatada kõigist võimalikest kõrvaltoimetest. Prevenar 20® – Pneumokokk-polüsahhariidide konjugaatvaktsiin, 20-valentne, adsorbeeritud. Retseptiravim N1. Süstesuspensioon süstlis. **Näidustused:** imikute, laste ja noorukite (vanuses 6 nädalat kuni < 18 aastat) aktiivne vaktsineerimine *Streptococcus pneumoniae* põhjustatud invasiivse haiguse, kopsupõletiku ja ägeda keskkõrvapõletiku vastu; 18-aastaste ja vanemate isikute aktiivne vaktsineerimine *Streptococcus pneumoniae* põhjustatud invasiivse haiguse ja kopsupõletiku vastu. Ravimi omaduste kokkuvõte 11.03.2024.

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

Täiendav teave müügiloo hoidja Eesti esindusest: Pfizer Luxembourg SARL Eesti filiaal, Tammsaare tee 47, tel: +372 666 7500.

PP-PNR-EST-0050, September 2024



Vaatamata sõeluuringu heale kättesaadavusele, on rinnavähk endiselt naiste vähki haigestumisel esikohal ja sama saab öelda ka suremuse kohta.

FOTO: SHUTTERSTOCK

Geneetiline rinnavähi sõeluuring on ka Eestis täiesti tehtav

Tartu ülikooli, Antegenesi ja Tartu ülikooli kliinikumi tehtud BRIGHTi kliiniline uuring kinnitas polügeense riskiskoori põhise rinnavähi sõeluuringu tehtavust ja vastuvõetavust nii uurin-gus osalenud naiste kui ka meditsiini-töötajate vaatest.

Rahvusvaheline BRIGHTi rakendus-uuring hindas rinnavähi geneetilistel riskidel põhineva personaliseeritud ennetus-programmi kasutamist Eestis, Rootsi ja Portugali tervishoius. Eesti uuringu tule-musi tutvustati septembris Euroopa me-ditsiinilise onkoloogia seltsi aastakong-ressil Hispaanias Barcelonas.

“Rinnavähi geneetilist riski on seni hinnatud üksikute suure mõjuga geeni-variantide alusel. Lisanduv polügeense riskiskoori rakendamine võimaldab oluli-selt täpsustada vähi geneetilist eelsoodu-must ja saadud riskihinnangu alusel suu-nata naisi edasisele jälgimisele,” ütles Tar-tu ülikooli meditsiinigeneetika professor, doktor Neeme Tõnisson.

“BRIGHTi rahvusvaheline uuring on oluline projekt, mille käigus kogutud and-med ja kogemus aitavad personaliseerimi-se kaudu kaasajastada rinnavähi ennetust nii Eestis kui ka teistes Euroopa riikides,” lisas ta projekti vastutava uurijana.

“Ravin oma kliinilises praktikas pal-ju just rinnavähiga naisi ja näen kahjuks liiga sageli noori naisi kaugelearenenud vähkidega. Neil ei ole õigeaegse ennetu-se võimalust olnudki. Tänapäevane on-koloogia võimaldab neile võita juurde a-ga, kuid mitte haigust lõplikult välja ravi-da. Seda saaks aga vältida õigeaegse avas-tamisega, milleks on just oluline leida es-malt üles kõrgeenenud rinnavähiriskiga naised. Praktilised lahendused selleks on nüüd olemas,” rääkis meditsiinilabori An-tegenesi asutanud onkoloog Peeter Padrik.

Tartu ülikooli kliinikumi hematoloogia-onkoloogia kliiniku juht doktor Kri-stiina Ojamaa lisas, et vähihaigestumuses on viimastel aastakümnetel üle maailma täheldatud noorenemistendentsi, teisalt tõuseb haigestumus ka elanikkonna va-nanemise tõttu. “Vähivastases võitluses on ennetus võtmetähtsusega. Uute tead-miste lisamisel praktikasse saame päästa rohkem elusid,” kinnitas Ojamaa.

Sagedasim vähivorm naistel

Vaatamata praegusele sõeluuringule ning personaliseeritud raviviisidele, on rinna-vähk naiste seas endiselt kõige sagedasem pahaloomuline kasvaja ja peamine paha-loomulistest kasvajatest tingitud surma

põhjus nii ülemaailmselt kui ka Eestis. Praegune sõeluuring arvestab riskiteguri-na ainult vanust ja naissugu, kuid naiste riskid rinnavähi tekkeks on väga erinevad ja tulenevad mitmest faktorist, sealjuures geneetilisest eelsoodumusest. Eestis toi-mub praegu sõeluuring alates 50. eluaas-tast, kuid viiendik rinnavähi juhte esineb noorematel naistel, kes kunagi sõeluurin-guni ei jõuagi. Samas pole sõeluuringu ka-sude ja probleemide tasakaal noorematel naistel piisav, et kaasata kõik nooremad naised. Lisaks oleks see liiga kulukas.

2022. aastal alanud rahvusvahelise BRIGHT (Be RIGHT with breast cancer risk management) uuringu eesmärk oli hinnata geneetilistel riskidel põhineva personali-seeritud rinnavähi sõeluuringu tehtavust alla 50aastaste naiste seas. Selleks kasuta-ti Antegenese polügeense riskiskoori (PRS) geenitesti AnteBC ning monogeensete pa-togeensete mutatsioonide (MPV) testimist kohalikes laborites ja Tartu ülikooli klii-nikumi personaalmeditsiini kliinikus. Li-saks hinnati nii naiste kui ka meditsiini-töötajate aktsepteeritavust ja rahulolu sel-le teenusmudeliga.

Eesti haru uuringus osales 799 tervet naist vanuses 35–49 aastat. Uudse lahen-dusena testiti personaliseeritud sõelu-u-

ringuga ühinemist eri kanalite – veebi-portaali, apteegi, rinnakabineti ja pere-arstikeskuse – kaudu. Telemeditsiinilise veebilahenduse kaudu sai DNA-testi tel-lida koju ja kõikidele naistele pakuti soo-vi korral võimalust saada testijärgset kon-sultatsiooni.

BRIGHTi Eesti uuringu tulemused

Eesti uuringu tulemusel selgus, et 330 (41,3%) naisel oli polügeenne risk rinnavähi tekkeks kõrgem kui keskmisel 50aastasel naisel (selles vanuses algab praegune standardne sõeluuring). Need naised said soovitusel alustada personaalse sõeluuringu programmiga enne 50aas-taseks saamist. Nendest 124 (37,6%) pidid soovitusel kohaselt alustama rinnavähi sõeluuringuga käesoleval aastal ning 183 (55,5%) naist järgnevatel aastatel. Naiste hulgas, kes juba alustasid sõeluuringu-ga, diagnoositi kohe 14 (15%) healoomu-list kasvajat, üks (1,1%) vähieelne seisund ning üks (1,1%) varane rinnavähk. Pärili-ku monogeense patogeense mutatsioo-ni geenitesti tulemusena leiti neli (4,4%) MPV-positiivset naist, kes alustasid per-sonaliseeritud rinnavähi ennetust vasta-valt nende leidudele.

Vähipatsientide tuleviku võti

Rohkem homseid rohkematele patsientidele

KEYTRUDA®
(pembrolizumab)

KEYTRUDA (pembrolizumab) on retseptiravim

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

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

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

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

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

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

- kaugelearenenud või retsidiveerunud endomeetriumi kartsinoom, ja kelle haigus on edasi arenenud eelneva plaatinat sisaldava ravi ajal või järel mis tahes raviskeemi puhul ning kes ei sobi kuratiivseks kirurgiliseks ega kiiritusraviks;
- mitteresetseeritav või metastaatiline mao, peensoole või sapiteede vähk, ja kelle haigus on edasi arenenud vähemalt ühe eelneva ravi ajal või järel.

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

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

ANNUSTAMINE:

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

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

Ohutusalaane teave KEYTRUDA (pembrolizumab) kohta

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

VASTUNÄIDUSTUSED:

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

ERIHIOIATUSED JA ETTEVAATUSABINÕUD KASUTAMISEL:

Immuunvahendatud kõrvaltoimed

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

Siirdamisega seotud kõrvaltoimed

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

KÕRVALTOIMED:

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

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

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



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

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

EE-KEY-00099 04/2024

Algus lk 16

Geneetiline rinnavähi sõeluuring

Naiste tagasiside kohaselt oli uuringus antud informatsioon valdavalt piisav ja arusaadav. PRS-testi tulemused olid arusaadavad, informatiivsed ja väärtuslikud. Testi tulemuse teadasaamise järgselt olid naised rahul ja rahulikud: 99,6% naistest olid rahul, et uuringus osalesid, 95,3% hindasid, et tulevad oma geneetilisi riske puudutavate teadmisega toime ning 95% telemeditsiini lahenduse kasutajatest olid sellega rahul.

Meditsiinitöötajate tagasiside kohaselt polnud 39% nendest varasemalt polügeense riskiskoori testimisest kuulnud, kuid hindasid sellegipoolest uuringueelset informatsiooni piisavaks, et osaleda. 89% pidas geneetilise riski hindamist rinnavähi ennetuses oluliseks ning 83,3% kasutas PRS-testi kliinilises praktikas. Ap-teekrid olid väga huvitatud rohkemast püstamisest inimeste haiguste ennetuse ja said naiste kaasamisega uuringusse hästi hakkama.

Kulutõhusus on tõestatud

BRIGHTi projekti Eesti kliinilise haru tulemused näitasid seega, et geneetilistel riskidel põhinev personaliseeritud rinnavähi sõeluuring on tehtav ja vastuvõetav nii naiste kui ka meditsiinitöötajate vaatest. Kulutõhususe analüüs näitas, et polügeensel riskiskooril põhineva mudeli rakendamine aitab vältida 15 rinnavähist põhjustatud surma 10 000 naise kohta kulutõhusal moel. Uuringu kogemusel on soovitatav integreerida sõeluuringu teenusmudelisse telemeditsiini lahendusi nii kaasamise kui ka DNA-testi võtmise osas. Selline lahendus teeb sõeluuringu kättesaadavamaks ning kuluefektiivsemaks, mistõttu paraneb ka rinnavähi ennetus ja varajane avastamine.

Paralleelselt Eestiga on BRIGHTi projekti kliinilised uuringud käimas Rootsis ja Portugalis, mõlemas riigis on uuringusse kaasatud samuti umbes 800 naist. Riskipõhise rinnavähi sõeluuringu rakendamiseks tehakse uuringute raames igas riigis selle meetodi mudelianalüüs koos kliinilise kasu ja kulutõhususe hindamisega. Uuringut rahastab Euroopa Komisjon EIT Healthi organisatsiooni kaudu.

Lisateavet BRIGHTi projekti kohta leiab veebilehelt <https://brightscreening.eu> ja <https://antegenes.com>.

Mu.ee

10%

• erinevus on Eesti ja Põhjamaade rinnavähi elulemuses.



Keskmiselt tuvastas vereproov vähi 15 kuud enne sümptomite ilmnemist.

FOTO: SHUTTERSTOCK

Statistika:
Statistika ülevaade vähikonverentsil „Paradigma muutus“



Kaia Innos,

TAI teadusdirektor

Rinnavähk on Eestis võrreldes Euroopa keskmisega väga madala haigestumusega, Soomes aga on haigestumus väga kõrge. Rinnavähk on parema sotsiaalmajandusliku olukorraga riikide haigus. Haigestumust mõjutavad mitu tegurit, sealhulgas sõeluuringute aktiivsus. Rinnavähi sõeluuringud võimaldavad vähki avastada varajases staadiumis, kuid toovad kaasa ka teatud ülediagnoosimise juhtumeid ja Lääne-Euroopa riikides on kindlasti ka teatavat ülediagnoosimise mõju. Suremuse osas on Eesti siiski liikunud lähemale Euroopa keskmisele, kuigi erinevus Põhjamaadega on endiselt märgatav. Soomes, kus rinnavähi suremus on üks madalamaid Euroopas, näeme, et kõrge haigestumus ja madal suremus viitavad headele elulemuse näitajatele.

Eesti ja Põhjamaade vahel püsib rinnavähi elulemuses ligikaudu 10% erinevus, mis on küll ajaga vähenenud, kuid püsib stabiilsena. See ei viita ainult ravi kvaliteedi erinevustele, vaid ka varajase avastamise rollile. Kui vaadata rinnavähi staadiumi jaotust, siis Eestis diagnoositakse rinnavähk võrreldes Põhjamaadega hilisemas staadiumis. See on üks peamisi tegureid, mis mõjutab Eesti madalamat elulemust.

Uudne vedel biopsia märkab varakult rinnavähi taasteket

Uus vedelbiopsia meetod suudab ennustada rinnavähi taasteket aastaid enne, kui haigus skaneeringutel ilmneb, väidavad teadlased.

Test tuvastas uuringus kasvaja DNA jäljed enne taastekkimist ning osutus 100% täpseks, et ennustada, millistel patsientidel vähk naaseb, vahendas mtvuutiset.fi. Kuigi uuring on varajases staadiumis, peetakse seda läbimurret äärmiselt paljulubavaks.

Londoni vähiuuringute instituut (ICR) tegi uuringu 78 varajase rinnavähiga patsiendi seas, otsides nende verest vedelbiopsia meetodil 1800 mutatsiooni, mida vähirakud vabastavad. Üheteistkümmel naisel, kelle veres leiti vähirakkude DNAd, taastekkis vähk, samas kui teistel osalejatel haigus uuesti ei ilmnenu.

Keskmiselt tuvastas vereproov vähi viisteist kuud enne sümptomite ilmnemist või haiguse skaneeringutel nähtavaks muutumist. Kõige varasemalt tuvastati see 41 kuud enne, kui skaneering diagnoosi kinnitas. Uuringu juhtivteadlane, doktor Isaac Garcia-Murillas, ütles, et rinnavähi rakud võivad jääda kehasse pärast operatsiooni ja teisi ravimeetodeid, kuid nii vähesel määral, et need ei ole järelkontrollis tuvastatavad.

Teadlase sõnul võib see uuring rajada teed paremale järelravi jälgimisele ja potentsiaalselt elu pikendavale ravile. Veretestid tehti diagnoosimisel, seejärel pärast operatsiooni ja keemiaravi ning korraldust iga kolme kuu järel esimesel aastal ja iga kuue kuu järel viie aasta jooksul.

Osaliselt uuringut rahastanud organisatsioon Breast Cancer Now rinnavähiuuringute ja toetusprogramme juhtiv doktor Simon Vincenti sõnul võimal-

Uuring võib rajada teed paremale järelravi jälgimisele ja elu pikendavale ravile.

Doktor Isaac Garcia Murillas

dab varajane tuvastamine rinnavähi taastekkimist kiiremini avastada, takistades haiguse levikut teistes kehaosades ja muutumist ravimatuks.

Kuna rinnavähk on üks levinumaid vähitüüpe, on selliste edusammude saavutamise äärmiselt oluline. Teadlased rõhutasid, et varajane avastamine mitte ainult ei paranda ravivõimalusi, vaid ka suurendab patsientide ellujäämisvõimalusi. Kuigi uuring on veel varajases staadiumis, on teadlaste hinnangul sellised läbimurded üliolulised. Uusi ja tõhusaid diagnostilisi meetodeid on hädasti vaja, et päästa rohkem elusid ja parandada patsientide tulevikuväljavaateid. Uuringud jätkuvad, et kinnitada meetodi efektiivsust ja laiendada selle kasutamist, andes lootust, et tulevikus saavad arstid varasemate sekkumiste abil patsientide elu pikendada. Samuti on tähtis kaasata uuringutesse erinevaid rahvastiku gruppe, et tagada meetodi laiem ja õiglane rakendamine.

Mu.ee

MURRAME PIIRE

HER2+ metastaatilise rinnavähi
2. ravireas oli ENHERTU
(trastuzumabderukstekaan)
mPFS 4 korda pikem kui
võrdlusravimil.*

***DESTINY-Breast03 uuringu tulemused:**¹⁻⁴

mPFS 28,8 kuud

Enhertu (trastuzumabderukstekaan)
mPFS 28,8 kuud (95% CI: 22,4-37,9) vs
trastuzumabemtansiini mPFS 6,8 kuud
(95% CI: 5,6-8,2); HR 0,33; 95% CI: 0,26-
0,43; p < 0,0001 (esmane tulemusnäitaja)

**27% väiksem
surma risk**

Enhertu (trastuzumabderukstekaan)
mOS 52,6 kuud (95% CI: 48,7-NE) vs
trastuzumabemtansiini mOS 42,7 kuud
(95% CI: 35,4-NE); HR 0,73; 95% CI: 0,56-
0,94 (teisene tulemusnäitaja)

Rahvusvaheliste ravijuhendite järgi eelistatud ravivalik HER2+ metastaatilise rinnavähi 2. ravireas⁵⁻⁷

mPFS (ingl k. median progression-free survival) - progressioonivaba elulemuse mediaan; HER2(+) (ingl k. human epidermal growth factor receptor-type 2) - inimese epidermaalse kasvufaktori 2. tüüpi retseptor (positiivne);
NE (ingl k. not estimable) - mittehinnatav

Viited: 1. Enhertu (trastuzumabderukstekaan) ravimi omaduste kokkuvõte, jaanuar 2024. 2. Hurvitz SA et al. Lancet 2023;401:105-17. 3. Cortés J et al. N Engl J Med 2022;386:1143-54. 4. Cortés J et al. Nature Medicine 2024;30:2208–2215. 5. Gennari A et al. Ann Oncol 2021;32:1475-1495. 6. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) for Breast Cancer V4.2024. 7. Cancer Institute NSW, eviQ Cancer Treatments Online, Protocol ID 4150 v3: Breast Metastatic Trastuzumab Deruxtecán. Kättesaadav: <https://www.eviq.org.au/medical-oncology/breast/metastatic/4150-breast-metastatic-trastuzumab-deruxtecán> Külastatud: september 2024.

Enhertu (trastuzumabderukstekaan) on retseptiravim.

Enhertu (trastuzumabderukstekaan) monoterapiana on näidustatud mitteresetseeritava või metastaatilise HER2-positiivse rinnavähi raviks täiskasvanud patsientidel, kes on eelnevalt saanud vähemalt ühe HER2-vastase ravikuuri.

Müügiloa hoidja: Daiichi Sankyo Europe GmbH, Zielstattstrasse 48, 81379 München, Saksamaa.

Müügiloa hoidja esindaja Eestis: AstraZeneca Eesti OÜ. Täiendav teave ravimi omaduste kokkuvõttest www.ravimiamet.ee või AstraZeneca Eesti esindusest, Valukoja 8, Ülemiste City, Öpik 2, 11415 Tallinn, tel 6549 600.

▼ Käesoleva ravimi suhtes kohaldatakse täiendavat järelevalvet. Tervishoiutöötajatel on tungivalt soovitatav teavitada selle ravimi kõikidest võimalikest kõrvaltoimetest Ravimiametit, raporteerimisvormid leiate www.ravimiamet.ee. Teatada saab ka aadressil PatientSafetyBaltics@astrazeneca.com, www.contactazmedical.astrazeneca.com või AstraZeneca Eesti OÜ telefonil 6549 600.

MEDITSIIIN 2025

13.12.2024

Meditsiinimõjutaja(te) 2024 väljakuulutamine

Mida toob aasta 2025 tervishoiule?

Terviseminister **RIINA SIKKUT**

eKiirabi - uus lähenemine

Tervisekassa arendusosakonna

projektijuht **REET LUTS**,

Tallinna Kiirabi juht **RAUL ADLAS**

Väärtuspõhise tervishoiu mudeli rakendamise
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 **AGRI 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**

Ravimipoliitika arengud 2025

Sotsiaalministeeriumi ravimiosakonna nõunik **LAURA VIIDIK**

Ravimiameti ettekanne - ettekandja kinnitamisel

Ravimimürgistuste väljakutsed

Terviseameti mürgistusteabe osakonna juht **MARE ODER**

Ravimitootjate vaade ja ootused EUHTA rakendamisele 2025. aastast - ettekandja kinnitamisel

Kaks vestlusringi!

Apteegireform - kas laip magamistoas?

Apteekrite liidu juht **KAIDI SARV**

Proviisorapteekide liidu juht **LY ROOTSLANE**

riigikogu sotsiaalkomisjoni liige perearst **EERO MERILIND**

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

Konkurentsiameti esindaja kinnitamisel

Tarneraskused ja kriisiravimid

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

Ravimite hulgimüüjate liidu juht **TEET TORGO**

Amgen Baltimaade äriüksuse juht **HANNO PÜTTSEPP**

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