



Ettevõtlus

Erakliinikute pingerea esikoht kuulub Kaurile

Äripäeva erakliinikute TOPi võitja – AS Bariatric Services – tegi ettevõtte omaniku ja kaalukirurgi **Ilmar Kauri** kinnitustel mullu üle 71 korra enam operatsioone kui esimesel tegutsemisaastal. ▶6–7



Sõltumatu häälekandja arstidele ja apteekritele, ilmub kaks korda kuus teisipäeval • nr 16 (498) 3. detsember 2024

www.mu.ee

Apteegireformi järeltuultes



Mitu aastat pärast **apteegireformi** selgub, et formaalselt reform toimus, aga sisuliselt on suuri muutusi vähe. ▶3, 8–9

Apteegi põhiomanik on küll proviisor, kuid frantsiisiga mitteseotud apteeke on endiselt vähe.

FOTO: ANDRAS KRALLA / ÄRIPÄEV

Uneapnoest kui olulisest südamehaiguste riskitegurist annab ülevaate une-
arst ja pulmo-
noloog **Erve Sõõru**. ▶14

Üks küsimus Soovid Tallinna lastehaiglale

TALLINNA lastehaigla 45. tegutsemisaasta puhul panevad soovid teele kolleegid kliinikulist ja teistest Eestimaa haiglatest. ▶4



Fookuses: kopsud Ägenemiste foonil võib olla muu haigus

TÜ kliinikumi arst-õppejõud ja pulmonoloog **Ott Kiens** annab ülevaate astma ning KOKi ägenemisest ja ravist. Astma puhul on tähtis ägenemist üldse ennetada. KOKi ägenemise korral tuleb enne välistada teised sarnase kliinilise pildiga haigused, mis seda haiget tihti vaevavad. ▶10–12

Fookuses: nahk Akne ravi nõuab kannatlikkust

AKNE ravi on pikaajaline. Üks sagedasemaid vigu akne ravis on liiga lühike raviperiood. Paljud patsiendid lõpetavad ravi kõrvaltoimete tõttu enne-
aegselt, aga õige ravi puhul ilmnevad paranemise märgid alles teisel ravikuul, kirjutab nahaarst **Alina Brokk**. ▶18

Ebavõrdsus tervises – kas paratamatus?

Kas on võimalik, et tervise ebavõrdsus on midagi, millega lihtsalt leppida? Või on see midagi, mida saame oma valikute ja poliitiliste otsuste tegemisel muuta prioriteediks? Teemat harutab lahti tervise arengu instituudi direktor **Annika Veimer**. ▶3



Tervishoid kui hooandja

Innovatsioon tervishoius annaks majandusele hoogu, kinnitab Roche Pharma globaalse tervise innovatsiooni juht **Nicole Arming**. ▶5



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: monoteerapiana, kui metformiin on talumatuse või vastunäidustuste tõttu sobimatu; kombinatsioonis teiste diabeediravimitega.

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

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

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

arvamus



Kliinikumi meestekliinik on suurim omataoline Balti- ja Põhja-maades. Tallinna filiaal kolib.

Meestekliiniku juht Kristjan Pomm kolimisest Ülemistele, mu.ee

Arutelu:

Ebavõrdsus tervises – kas paratamatus?



Annika Veimer
TAI direktor

Kas on võimalik, et tervise ebavõrdsus on midagi, millega lihtsalt leppida? Või on see midagi, mida saame oma valikute ja poliitiliste otsuste tegemisel muuta prioriteediks?

Toon mõned kõnekad näited TAI rahvastiku tervise aastaraamatust.

- Meeste ja naiste oodatav eluiga Eestis erineb märkimisväärselt. Mehed elavad naistest neli aastat vähem.
- Ida-Virumaal on inimeste oodatav eluiga neli aastat lühem kui Harjumaal.
- Kõrgema haridusega inimeste eluiga on 8–10 aastat pikem kui madalama haridusega inimestel.
- Mehed elavad tervena naistest kolm aastat vähem (mehed 56,4 ja naised 59,5).
- Eesti parima (Harjumaa, 62 aastat) ja halvima (Ida-Virumaa, 51 aastat) näitajaga maakondade erinevus tervena elada jäänud aastates on 11 aastat.
- Meeste suremus tööeas (vanuses 25–64) on Eestis üks Euroopa kõrgeimaid. Madalama haridustasemega meestel on suremus neli korda kõrgem kui kõrgharidusega meestel. See näitab, kui tugevalt mõjutavad tervist inimese elukeskkond ja sotsiaalne staatus.
- Ennetatavate surmade hulk on viimase kümne aastaga kahanenud 12%, kuid arv on endiselt 1,5 korda suurem kui ELis keskmiselt.
- Üle poole täiskasvanud rahvastikust on ülekaalus või rasvunud. Meestel esineb liigset kehakaalu oluliselt enam kui naistel.

Ka laste hõlmatus vaktsineeritusega on viimastel aastatel olnud langustrendis. Soovituslik hõlmatus leetrite, mumpsu ja punetiste vastu vaktsineerimisel on haiguse elimineerimiseks 95%. 2023. aastal oli Eesti kaheaastaste hõlmatus nende haiguste vastu vaktsineerimisel 84,4% ning soovitusliku hõlmatus saavutasid ainult Hiiu, Jõgeva ja Rapla maakond.

Statistika näitab selgelt, et me ei tee praegu riigina piisavalt selleks, et Eesti inimeste tervislikke eluviise toetada. Samuti maksame selle ka ühiselt kinni.

Tervise ebavõrdsus ei tähenda ainult seda, et ühel inimesel on parem ligipääs arstiabile kui teisel. See tähendab ka seda, et meie ühiskonnas eksisteerivad nähtamatud piirid, mis määravad ära selle, kui kaua ja tervena inimesed elavad.

Ebavõrdsuse vähendamine on oluline ka seetõttu, et tervise ebavõrdsus mõjutab kogu ühiskonda. Kui suur osa rahvastikust kogeb kehva tervist, on see otseselt seotud ka suuremate kulutustega tervishoiule ja sotsiaaltoetustele.

Kõne kokkuvõtte terviseedenduse konverentsilt 14.11.



ILLUSTRATSIOON ANTI VEERMAA

Juhtkiri

Paberil täidetud, taustal mitu “aga”

Eesti apteegisüsteem on läbinud viimastel aastatel reformi, mille üks suur eesmärk oli muuta apteegimajandus hulgimüüjatest sõltumatuks. Apteegireformi formaalsed eesmärgid, nagu apteekide omandisuhete muutmine ja hulgimüüjatest sõltumatuks muutmise, on küll paberil täidetud, kuid praktikas on seotus hulgimüüjate ja frantsiisidajatega siiski säilinud. Lisaks on üldine probleem maa-apteekide sulgemine, madalad juurdehindluse piirmäärad, retseptiapteekide suutmatus ära majandada ja apteekri rolli alahindamine.

Suurem roll. Meditsiiniuudised leiab, et apteekritele tuleks anda tervishoiusüsteemis suurem roll, seda soovivad nad ka ise. Apteekrid on tervishoiutöötajad, kelle teadmised ja oskused vääriksid rakendamist rohkem kui lihtsalt ravimite väljastamise tasandil. Nad võiksid edukalt osaleda patsiendi raviskeemide jälgimisel, ravimikasutuse nõustamisel ja ka ennetustöös, kuid hetkel ei ole neil pääsu digilukku. Samuti ootame, et riik juba järgmisel aastal suurendaks juurdehindluse osa, mis on juba 30 aastat samal tasemel olnud.

Vaktsineerimise üle hetkel diskuteeritakse ja arstikond tunnustab olevat apteekides vaktsineerimise vastu, sest sel juhul peaks ka apteekritele laienema vastutuskindlustus.

Kitsastkohad fookusse. On igaühe tervitatav, et konkurentsiamet püüdis oma analüüsiga konkurentsipiirangute valguses lahti harutada ka frantsiisilepinguid.

Meditsiiniuudiste ravimikonverentsi vestlusring apteegireformi teemal tõi esile kitsastkohad, mida võiks paremaks muuta: apteekrite sõltumatus on endiselt piiratud, maal apteeke vähe ning tervikliku visiooni puudumine jätab apteegiteenuse turumajanduse meelevalla.

Loodame, et valdkonna otsustajad võtavad probleeme tõsiselt ja aitavad kujundada süsteemi, kus apteekrite panust tervishoiu hinnatakse õiglaselt, neile antakse suurem roll tervishoiu, õnnestub esmatasandisse integreerimine ja et juurdehindluse piirmäära suurendatakse.

Konverentsil jäi kõlama, et eeltoodust on apteekritel enim vajaka.

Loe samal teemal lk 8–9



Apteekritele tuleks anda tervishoiusüsteemis suurem roll, seda soovivad nad ka ise.

VÕITJA
Birgit Lao

Alates veebruarist on HPV vaktsiini saanud ka 22 572 poissi, moodustades tänava vaksineeritustest 75,4 protsenti. Terviseameti juht **Birgit Lao** võib rõõmu tunda, sest noormehed ei ole uut vaktsiini peljanud. Neidudega oli algus isegi raskem.

VÕITJA
Veronika Reinhard

Tartu ülikooli kliinikumi anestesioloogia ja intensiivravi kliiniku juhi kohale asub järgmiseks neljaks aastaks doktor **Veronika Reinhard**, kellel on pikaajaline kogemus nii eri juhupositsioonidel kui ka erialases ravitöös.

Nädala foto:

Nelikud koos presidendiprouaga



18. novembril andis sünnitusmajade fond ITK-le üle 2023. aasta Jõulutunneli saate toetuse abil ostetud mobiilse elustamislaua enneaegsetele ja hingamisraskustega vastsündinutele kiire abi osutamiseks. Pildil on mullu ITKs sündinud ja kenasti kasvavad nelikud koos presidendiproua Sirje Karisega.

FOTO: ITK

mu.ee lugude TOP

- Erakliinikute TOPi esikoht leiab tuntud kirurgi kaalukliiniku
- Erakliinikute TOPi võitja: operatsioonide arv on 13 aasta-ga üle 71 korra kasvanud
- Maa ilma tippsilmakirurg teeb ITK silmakliinikus Ukraina sõduritele kolm rea alajas ülekantavat operatsiooni
- GALERII Aastapäeva tähistanud Tartu tervishoiu kõrgkool jagas tunnustusi
- Enesetapukatses ellujäänu sai uue näo
- Kliinikumi anestesioloogia ja intensiivravi kliiniku juhiks valiti doktor Veronika Reinhard

Toimetaja repliik:

Iganenud terminid meditsiinisõnastikus

Kadi Heinsalu

Meditsiiniuudiste peatoimetaja

Eesti keel areneb ja hiljuti selgus, et on rida iganenud termineid, mida keelekoolitatud inimesed enam meditsiinisüsteemiga seoses kasutada ei soovita. Sellised sõnad on näiteks "meditsiinitöötaja", "meditsiinisüsteem" ja "meditsiiniõde" – me toimetame praegu tervishoiusüsteemis, meil

töötavad õed ja eriõed. Sõna "meedik" viitab vaid arstidele ja seetõttu ei sobi seda laiemalt kasutada, näiteks õe või proviisori kohta. Lähemalt saab kõigest kuulda Tartu ülikooli muuseumis 11. detsembril toimuval tervishoiu oskuskeele seminaril. Siinkohal soovitan vahelduse mõttes võtta kasutusse ka "esku-laabi" – see käib nii arsti kui ka meediku kohta ja mõjub värske terminina!

Üks küsimus:

Milline roll on 45. sünnipäeva tähistaval Tallinna lastehaiglal Eestis?

Professor Tuuli Metsvaht

Tartu ülikooli kliinikumi lastekliiniku juht

Tallinna lastehaigla on läbi aastakümnete olnud Eesti laste kõrgetasemelise meditsiiniabi tagamisel üks võtmetegija. Kliinikumi kolleegid soovivad heale koostööpartnerile juubeli puhul õnne ning jõudu eesti laste tervise hoidmise ja kaitsmise missiooni elluviimisel järgmistel aastatel!

Pille Letjuka

Ida-Viru keskhai gla ülemarst

Tallinna lastehaigla on Eesti tervishoiu maastikul üks kolmest (Eesti regionaalhaiglast), üks kahest (lastehaiguste kompetentsikeskusest) ning üks ja ainus iseseisev lastehaiguste ravikeskus. Üheaegselt nooruslikult särasilmne, samas täiskasvanulikult küps, tark ja professionaalne.

Üllar Lanno

Narva haigla juhatuse liige

Narva haigla ja Tallinna lastehaigla koostöö on tulevikku vaatav. See sündis teadmises pakkuda Narva lastele tõhusat ravi uue põlvkonna haiguste puhul, sealhulgas kilpnäärme-, diabeedi- ja vaimse tervise probleemide korral. Narva spetsialistide nappuse tõttu on keerukate juhtude ravi seni olnud raskelt tagatav, kuna seda suudetakse pakuda ainult keskustes. Tallinna lastehaigla annab Narva arstidele vahetu ligipääsu oma parimate spetsialistidele ja võimaluse nendega konsulteerida.

Hambaravi

Pealinnas alustas tööd liikuv hambakabinet lastele

TALLINN Pelgulinna gümnaasiumis avati üle poole miljoni euro maksnud mobiilne hambakliinik. Tegu on Tallinna hambakliiniku loodud kaasaegse ja täisautonoomse kolme hambaravitöökohaga kliinikuga, mis on mõeldud kooli- ja lasteaialastele. Investeeringu maksumus oli kokku 653 096 €, mida rahastati SA Tallinna Hambakliinik omavahenditest.

Õpingud

Õeks õppima pürgijate arv purustas rekordeid

TALLINN Tallinna tervishoiu kõrgkooli talvisel vastuvõtul kasvas võrreldes varasemate aastatega märkimisväärselt tervishoiuspetsialistiks õppida soovijate arv: ainuüksi õe õppekaval õppimiseks esitati rohkem avaldusi (765) kui mullusel vastuvõtul kõigile erialadele kokku (740). Rakenduskõrgharidusõppes toimub talvine vastuvõtt õe õppekavale Tallinnas, Rakveres ja Haapsalus. Tallinnas esitati õe õppesse 518 avaldust (mullu talvisel vastuvõtul 390), esmakordselt alustavasse Rakvere õe õpperühma 171 ja teist korda alustavas Haapsalu õpperühma 76 avaldust. Kutseõppe talvisel vastuvõtul esitati enim avaldusi – 223 – erakorralise meditsiini tehnika erialale. Lisaks alustavad kutseõppes talvel õpinguid erakorralise meditsiini tehnika politsei- ja piirivalveameti rühm ning kaks hooldustöötaja töökohapõhist rühma.

Statistika

Vähijuhtude arv jõudnud pandeemia eelsele tasemele

EESTI Tervise arengu instituudi (TAI) hallatava Eesti vähiregistri andmetel diagnoositi 2022. aastal 9191 vähi esmasjuhtu, neist meestel 4561 ja naistel 4630. Seega on vähijuhtude arv jõudnud tagasi COVID-19 pandeemia eelsele tasemele. Kui 2019. aastal diagnoositi Eestis esmakordselt 9055 vähijuhtu, siis 2020. aastal hakkas juhtude arv vähenema, mida võis seostada COVID-19 pandeemia mõjudega, nagu piiratud ligipääs plaanilistele tervishoiuteenustele ja söeluuringutele, patsientide vähenenud pöördumised kergemate sümptomite korral ja COVID-19 surmad inimeste seas, kellel oleks võidud lähiajal vähk diagnoosida. 2020. ja 2021. aastal registreeriti vastavalt 8505 ja 8357 vähijuhtu.

Kuritegu

Eesti seotud ulatusliku ravimite salakaubaveoga

EESTI Mitme riigi võimud tõkestasid ulatusliku retseptiravimite salakaubaveo. Operatsioonis osalesid Rumeenia, Eesti, Soome ja Serbia ametiasutused Eurojusti ja Europolit toel ning selle käigus vahistati 47 inimest ja konfiskeeriti üle 6 miljoni tableti väärtusega 12,5 miljonit eurot.



meditsiiniuudised@aripaev.ee

Peatoimetaja:

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

Toimetus:

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

Reklaam:

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

Tellimine ja levi:

med@aripaev.ee
tel 667 0100

Tellimine internetis:

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

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

KASULIK

Kodune kognitiiv-käitumisteraapia

Üle väga pika aja on eesti keeles ilmunud tööraamat kognitiiv-käitumisteraapia toetamiseks patsientidele, kes soovivad teraapiat kodus kinnistada. Teraapia töötas 1960ndatel välja autor **Michael A. Tompkinsi** isa, koos rajasid mehed USAs Philadelphias Becki kognitiivse käitumisteraapia instituudi, kus on õppinud kümned tuhanded arstid kogu maailmast. Kirjastus Äripäev, 206 lk, ilmub detsembris 2024.



Arutelu:

Tervishoiu innovatsioon hoogustab majandust

Tervishoid peab muutuma Euroopas võtmeteemaks, kuna see toetab inimeste heaolu, aktiivset osalust tööturul ning lõppkokkuvõttes majanduse taastumist.

Arutelu tervishoiu valdkonna arendamise ja innovatsiooni üle on kõige paslikum pidada just Eestis. Eesti annab väikse ja paindliku riigina head eeskju, kuidas saavad andmed ja tehnoloogia aidata tervishoiu süsteemi arendada. Tervishoiutööstus on väga traditsiooniline ja siinsed asjad ei liigu sageli just liiga kiiresti, Eesti senine edu digitaliseerimisel ja ka e-tervishoiuteenuste pakkumisel on aga hea eeskju.

Kõik Euroopa riigid peavad lähiaastatel lahendama küllaltki keerulise, rahastamisega seotud ülesande, kuna rahvastik vananeb ja kulud süsteemi ülevõtmiseks kasvavad. Statistika näitab, et juba praegu kannatab kolmandik eurooplastest mingi kroonilise terviseprobleemi all.

Muutustega kohanemiseks peame investeerima mitte ainult innovatiivsetesse ravivõimalustesse ja diagnostikasse, vaid ka andmetesse ja tehnoloogiasse, mis aitavad tervishoiusüsteemi kestlikust parandada.

Kopsuvähi sõeluuring kogub hoogu

Igal aastal sureb kopsuvähki umbes 1,8 miljonit inimest. Inimese võimalus ellu jääda või terveks saada sõltub väga palju sellest, kui varakult haigus avastatakse. Euroopas ei ole kopsuvähi sõeluuring erinevalt teiste vähiliikide omadest veel hästi välja kujunenud.

Üks põhjus on see, et inimesi tuleb uurida kompuutertomograafiaga, mis on kulukas ja aeganõudev. Samas on Eestis tugev elektrooniliste meditsiiniliste andmete süsteem, mis võimaldab kasutada tehisaru algoritme, et tuvastada inimesed, kellel on kõige tõenäolisemalt risk kopsuvähi tekkeks. See võimaldab sõeluuringutele ja varajasele diagnoosimisele läheneda sihipärasemalt.

Uusi meetodeid kasutades suudetakse tuvastada patsiente ka varasemates staadiumides. Kopsuvähi diagnoosimisel ja asjakohasel ravimisel peame mõistma, et näiteks iga nelja nädala pikkune viivitus ravi alustamisel suurendab suremise riski 10%. Seega peame tegema kiireid samme, et kasutada tehisintellekti, mis aitab spetsialistidel tööd teha tõhusamalt.

Meie inimeste tervis ei tohiks olla oluline ainult nende endi pärast – see on oluline ka tugeva majanduse selgroo loomiseks. Näiteks Saksamaa Darmstati instituudi WifOR värske uuring näitab, et



Nicole Arming

Roche Pharma innovatsiooni juht

Kõik Euroopa riigid peavad lähiaastatel lahendama küllaltki keerulise, rahastamisega seotud ülesande, kuna rahvastik vananeb ja süsteemi kulud kasvavad.

HER2-positiivse rinnavähiga patsientide ravi läks kümne Euroopa riigi näitel ühe aasta jooksul maksma 91 miljardit USA dollarit. See on tohutu kulu, seal hulgas tööhõive ja tootlikkuse vähenemine. Selleks, et tervishoid toetaks majandust rohkem, tuleks keskenduda kolmele olulisele tegurile: inimesed, poliitika kujundamine ja koostöö. Seega vajame muutuste ellukutsumiseks esiteks inimesi, kes suudavad teisiti mõelda, omaks võtta tehnoloogiad ja neid igapäevatöös rakendada.

Teiseks on vaja muutust õigusraamis ning stiimulites, mis toetaks tehnoloogiate kasutuselevõttu tervishoius. Kolmandaks on oluline tihe ja sisuline koostöö. See tähendab avaliku ja erasektori partnerlusi, kus eri ministeeriumid, ametid, asutused, aga ka era- ja avalik sektor töötavad koos. Me peaksime muutustega kohanemiseks edendama Eestit ja Euroopat laiemalt kui innovatsiooni hälli ning kohta, kus tervishoid on kõigi valitsuste peamine prioriteet.

Nicole Armingu kõnest tegi kokkuvõtte Pille Kalda Roche Eestist



Ootame Regionaalhaiglasse:

kiirabikeskuse juhataja asetäitjat

Pakume:

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

Ootame:

- vähemalt 5-aastast erialast töökogemust erakorralise meditsiini arstina või anestezioloogina
- meeskonna ja protsesside juhtimise kogemust
- häid teadmisi kiirabiteenuse korraldamisest Eesti Vabariigis ja valmisolekut panustada keskuse arengusse
- avatust uuendustele ja suunatust arengule
- tasakaalukat suhtlemisoskust ja koostööle orienteeritust
- algatus- ja otsustusvõimet

Kiirabikeskuse juhataja asetäitjana on Sinu ülesanded:

- keskuse arstide sujuva töökorralduse tagamine
- kiirabikeskuse kliinilise töö ning kvaliteedi juhtimine ja selle arendamine
- teadustöö koordineerimine keskuses
- osalemine keskuse töötajate valikul, hindamisel, arendamisel ja motiveerimisel
- residentide juhendamine

Põhja-Eesti Regionaalhaigla Kiirabikeskus osutab kiirabiteenust Lääne-Harju teeninduspiirkonnas ning neljal Eesti väikesaarel. Aastas teenindatakse üle 26 000 kiirabikutse. Kiirabikeskuses on ligi 280 töötajat ning teenust osutatakse 2 reanimobiili, 12 kiirabi ja 4 väikesaarte esmase abi brigaadiga. Teistest teenuseosutajatest eristab meid helikopteri kasutamise võimalus transportkutsete teenindamisel. Keskus koosneb neljast üksusest: Lääne Kiirabiüksus, Harju Kiirabiüksus, Reanimobiili ja väikesaarteüksus ning Katastroofimeditsiini üksus.

Oluline lisainfo:

- Keskuse juhataja asetäitja kohustused algavad 02.01.2025 ning on tähtajalised kuni kaheks aastaks, juhataja asetäitjaga sõlmime tähtajatu töölepingu arsti ametikohale.
- Kandideerimiseks esita oma CV koos palgasoovi ja kiirabikeskuse kahe aasta visiooniga hiljemalt **9. detsember 2024** e-posti aadressile cv@regionaalhaigla.ee
- Lisainfot jagab kiirabikeskuse juhataja **dr Lilian Lääts** telefonil **617 1438**
- Kiirabikeskuse tööga saad tutvuda lähemalt <https://www.regionaalhaigla.ee/et/kiirabikeskus>

uudised



Integreeritud ja patsiendikeskne ravi on meie põhieesmärk.

Üllar Lanno, Narva haigla juht, mu.ee 22.11

Erakliinikute TOPi võitja: operatsioonide arv on 13 aastaga üle 71 korra kasvanud

Kadi Heinsalu

kadi.heinsalu@aripaev.ee

Äripäeva erakliinikute TOPi võitja – AS Bariatric Services – tegi ettevõtte omaniku Ilmar Kauri kinnitusele mulle üle 71 korra enam operatsioonide kui esimesel tegutsemisaastal.

Bariatric Services on tegutsenud 13 aastat. Kui sellele ajale tagasi vaatate, siis mis seisus oli bariaatriline lõik Eestis siis ja on nüüd? Kui palju vähem/rohkem neid lõikusi tehakse?

Kaasaegset bariaatrilist kirurgiat on Eestis tehtud 20 aastat. Operatsioonide koguarv on aasta-aastalt tõusnud, näiteks tehti 2011. aastal, mil Bariatric Services asutati, kokku 416, eelmisel aastal aga 1236 operatsiooni. Bariatric Services tegi mullu kokku 645 ehk üle poole kõikidest bariaatrilistest operatsioonidest Eestis. Dünaamika illustreerimiseks olgu öeldud, et meie esime-



Kirurg Ilmar Kaur

FOTO: BARIATRIC SERVICE

sel tegutsemisaastal ehk 2012. aastal tegime vaid üheksa operatsiooni.

Kas ja millises suunas on muutunud tervisekassa toetatavate teenuste maht?

Tervisekassa rahastusel tehtud operatsioonide arv Eestis oli suurim aastal 2013 – 615 operatsiooni. Sealt alates on tervisekassa rahastus vähe-

nenud, olles madalaim aastal 2021 – 286 operatsiooni (tegu oli COVID-19 pandeemia mõjuga). Eelmisel aastal rahastas tervisekassa 503 operatsiooni. Siinkohal rõhutan, et Bariatric Services ei ole tervisekassaga raviteenuste rahastamise lepingut.

Kas Eestis tehakse aastas optimaalne arv lõikusi või

Toitumis- ja liikumisravi konverents

T1 Tallinn Venue ja Worksup keskkond veebis



20.02.2025 EESMÄRK JA RAVI- PLAAN

NB! Kolm välislektorit!

- Toitumis- ja liikumissoovitused 2025
- Täiskasvanute ja eakate toitumisravi korraldus
- Laste toitumisravi korraldus (ravijuhend, söelumine, alustamine, raviplaan, eesmärgid)
- Toitumusega seotud haiguste vältimine: erimenüüd ja nõustamine ravijuhendites
- Individuaalse toitumis- ja liikumisplaani eesmärgid, konsultatsiooni eesmärk, kulutõhususe raportid
- Bariaatria: eesmärkide täitmine metaboolses kirurgias. Eesti bariaatria 20 aastat
- Structured Dietetic Care – Measurable Outcomes & Digital Solutions – Finlands Experience
- Safe Targets in Nutrition and Sports: Optimizing physiotherapy
- Setting and Measuring Targets in Lean and Obese
- Psühholoogiline rehabilitatsioon muutuste saavutamisel

119 €

kuni 07.02.25
sisaldab käibemaksu

**pood.aripaev.ee/
konverentsid-toitmis-ja-
liikumiseravi-konverents-2025**

Järelvaadatav 30 päeval!

Lisainfo: Karin Tamm, Meditsiinuudiste
sündmuste juht, karin.tamm@aripaev.ee

Koostöös Eesti Kliinilise Toitmise Seltsiga (EstSPEN)
Konverentsil osalemine annab täiendkoolituspunktid, need akrediteerib
EstSPEN ning tunnistuse väljastab Meditsiinuudised

ESTSPEN
Estonian Society for Parenteral and Enteral Nutrition

**Meditsiini-
konverentsid**

2089

EUROT kokku investeeriti 2023. aastal iga inimese tervisesse keskmiselt. Leibkondade keskmine kulu ühe inimese kohta tõusis 439-lt eurolt 462 eurole aastas. Avaliku sektori kulud ühe inimese kohta olid 1584 eurot.



Tudengid Saaremaal

KURESSAARE haigla võõrustas ka sel aastal Tartu ülikooli arstitudengeid, kes osalesid eri töötubades ning tutvusid haigla võimalustega. Selline võõrustamine on kestnud juba kaheksa aastat.

oleks veel arenguruumi, kui tervisekassal või patsiendil raha oleks?

Täiskasvanud inimesi, kellel oleks kehamassi indeksi ja rasvumisega seotud haiguste esinemise tõttu bariaatriline operatsioon ravijuhendite kohaselt näidustatud, on Eestis ligi 150 000. Aastas opereeritakse umbes 750 elanikku ehk 0,5% neist, kelle puhul võiks kirurgilist ravi kaaluda.

Operatsioonide arvu mõjutavad kolm asjaolu: patsiendi valmisolek ja soostumus kirurgilise raviga (kõik rasvunud inimesed ei ole kirurgiliseks raviks valmis), teenuse rahastamine (avalik rahastamine, *out of pocket*, erakindlustus) ja tervishoiusüsteemi võimekus teenust pakkuja (personali, ruumi- ja ajareessursi olemasolu ning prioriteedid). Tegelik operatsioonide arv kujuneb nende asjaolude koostõrjus ning kui võrrelda Eestit naaberriikide, näiteks Soome või Lätiga, siis on meil operatsioonide arv miljo-

ni elaniku kohta oluliselt suurem kui naaberriikides. Nagu näete, siis arenguruumi on veel küll, eeldusel, et ressursse, sh raha oleks rohkem kui praegu.

Millised on olnud Teie ettevõtte jaoks kõige keerulised ajad ja miks?

Ettevõtluses on alati keerulised ajad, eriti viimastel aastatel. Majandustulemused on küll paranenud, kuid keskond, milles tegutseme, on küllaltki ennustamatu ja vaenulik. Oleme eksportiv ettevõtte, seetõttu mõjutab riigi julgeolekukuvand usaldust meie vastu eriti kaugemalt tulevate patsientide jaoks palju. Kuna meie patsiendid tasuvad meie teenuste eest ise, mõjutab nõudlust ka üldine majandusolukord ja tarbimisvalmidus.

Kaks aastat tagasi toimus muutus ettevõtte omanike ringis, sellega seoses vahetus ka ettevõtte juhatuse ja võtmetöötajad. See oli keeruline aeg, kuid tulime nende muutustega

Suurim risk on patsientide võimetuse kohaneda elumuutustega peale operatsiooni.

hästi toime. Oleme vastutuult kiuste hakkama saanud ning minu arvates on selle taga hea meeskonnatöö, keskendumine põhitegevusele ja liigsete riskide ehk liialduste vältimine.

At the end it's all about hard work! (i.k kokkuvõttes on kõige alus kõva töö, toim).

Kes on patsiendid? Kui palju on neid viimase kahe aasta jooksul tulnud välismaalt ja mis riikidest?

Üle poole meie patsientidest tulevad välisriikidest, eeskätt Soomest.

Oleme üks suuremaid tervishoiuteenuste eksportijaid Eestis.

Ravime aastas 350-370 välisriikidest pärit patsienti.

Mis on selle löikuse kõige suuremad riskid?

Löikus ise on suhteliselt madalate otseste riskidega, pikaajaliselt näen suurima riskina patsientide võimetust kohaneda elumuutusega peale operatsiooni. Patsiendid vajavad väga head ja pikaajalist nõustamist. Kui seda ei suudeta tagada, siis teenust osutada ei tohiks. Tervisenõustamise meeskond on meie kliiniku suurim tiim, kuhu kuulub kuus inimest. Võrdluseks, kaalukirurgid on meie kliinikus vaid kaks.

Meie teenuse standard Eesti ja välispatsientidele on sama, see tähendab, et kõik patsiendid saavad vajalikud nõustamistegevused, sõltumata keelest ja asukohast.

Milles patsiendid end ise kõige rohkem alt veavad?

Ma arvan, et professionaalne ja kättesaadav nõustamine aitab võimalikke läbikukkumisi vältida ja vajadusel ka august välja saada.

Kuidas käib hilisem jälgimine, kui patsient ei ole Eestist? On teil välismaal koostööpartnereid?

COVID-19 õpetas meid kõiki teenuseid osutama ja tarbima ilma füüsilise kohalviibimiseta. Otsesed koostööpartnerid välismaal on laboriteenuste pakkujad.

Kui palju kasutate semaglutidi bariaatrilise kirurgia ühe osana? Patsiendid peavad ju tihti enne löikust kaalust maha võtma?

Kasutame ikka, kuid mitte kõigil patsientidel.

Tegelikkuses on suur osa meie patsientidest enne kirurgiani jõudmist semaglutidi juba kasutanud. Semaglutidi probleem on selle kasutajate suur loobumisprotsent: esimese aasta jooksul on pooled ja teise aasta lõpuks 80% kasutajatest ravimi tarbimise ühel või teisel põhjusel lõpetanud ja kehakaal taastub. Kirurg seavastu võimaldab pikaajalist kaalulangust.

14. novembril toimus interdistsiplinaarne konverents

“VIIMASED TRENDID ESTEETILISES MEDITSIINIS”



Dr Maibrit Schamardin, Dr Mari Laasma, Dr Lazarus Mitrofanoff, Dr Hiie Wipf, Dr Aet Tamm, Dr Margarita Rebrov

Esteetilise Meditsiini Arstide Seltsi ja Celciuse korraldatud interdistsiplinaarne konverents «Viimased trendid esteetilises meditsiinis» tõi taaskord kokku ligi 120 esteetilise meditsiini huvilisi tervishoiutöötajaid – arste ja õdesid.

Konverentsi eesmärk on välja tuua ja valgustada esteetilise meditsiini viimased suunad ja käsitlemise võimalusi; näidata, kui mitmetahuline esteetiline meditsiin tänapäeval on. Esteetilise meditsiini kuuluvad mitte ainult ilusüstid, kuid terviklik ja mitme distsiplinaarne lähenemine välismise ja sisemise ilu säilitamisele.

Eesti ja rahvusvahelised erineva eriala spetsialistid käitlesid teemasid, mis ristuvad esteetilise meditsiini valdkonnaga, ning on tähtsad ühiskonna heaolu ja tervise edendamise jaoks.

Sai käsitletud, kuidas vananeda tervislikult, millega tegeleb funktsionaalne meditsiin ja mis on “longevity”; laseri ja kirurgia võimalustest näo kontuuri parandamiseks. Konverentsil esines maailmas tunnustatud skulptor ja raamatu “Facial Expressions anatomy” autor prof Uldis Zarinš, kes rääkis näo lihaste anatoomiast ja loomuliku ilu säilitamisest. Kõik teised ettekanded ja lektorid olid kõrgel tasemel. Esinesid funktsionaalse meditsiini ja laserravi spetsialist dr Lazarus Mitrofanoff Soomest, plastikakirurg dr Maris Kruminš Lätist, endokrinoloog dr Hiie Wipf, sisearst dr Maibrit Schamardin, ja esteetilise meditsiini valdkonnas Eestis tunnustatud arstid dr Mari Laasma, dr

Aet Tamm, dr Margarita Rebrov. Tänu lektoritele suurepärase ettekannete ja esteetilise meditsiini kui valdkonna arendamise ja teadlikkuse tõstmise eest.

Eesti Esteetilise Meditsiini Selts on interdistsiplinaarne arstide selts, mis ühendab erinevate erialade arste, kes aktiivselt praktiseerivad kirurgilise ja mittekirurgilise esteetilise meditsiini (plastikakirurgid, okuloplastilisi kirurge, kirurge, dermatolooge, oftalmolooge, neurolooge, hambaarste, endokrinolooge).

Seltsi eesmärgid: Eesti esteetilise mittekirurgilise ja kirurgilise meditsiini tegelevate arstide ühendamine ja nende ühiste huvide esindamine. Esteetilise meditsiini kui meditsiini valdkonna arengu edendamine Eestis; esteetilise meditsiini osutatavate teenuste standardite ja nõudmiste välja töötamine ja korrastamine, täienduskoolituste korraldamine.

Dr Margarita Rebrov
Oftalmoloog / esteetilise meditsiini arst
Eesti Esteetilise Meditsiini Arstide Seltsi asutaja ja juhatuse liige

luubi all



Vestlusring Apteegireformi analüüsid

Kas relevant toas?

Apteekrite ja konkurent-
siameti esindajad leidsid
Meditšiiniuudiste ravi-
mikonverentsi vestlus-
ringis, et apteegireformi
kriteeriumid on paberil
täidetud, aga päriselus
apteegid sõltumatust
saavutanud ei ole. Oli ka
vastuarvamusi, et tege-
likult kõik toimib.

Kristiina Käit
kristiina.kait@aripaev.ee

Lisaks kerkisid probleemidena esile 30 aastat muutumatuna püsinud juurdehindluse piirmäärad, maa-apteekide tulevik ning see, et apteekrid sooviksid saada tervishoius suuremat rolli. Puudust tuntakse ka sellest, et riigil oleks tulevikuvision apteegiteenusest linnas ja maal.

Vestlusringis osalesid apteekrite liidu juht Kaidi Sarv, proviisorapteekide liidu juht Ly Rootslane, riigikogu sotsiaalkomisjoni liige, perearst Eero Merilind, farmaatsia seltsi juhatuse liige, proviisor Jaak Koppel ja konkurentsi ameti haldusmenetluse valdkonna juht Kadri Lepikult. Vestlusringi juhtis Meditsiiniuudiste peatoimetaja Kadi Heinsalu.

Kadi Heinsalu: Küsin teie kõigi käest, kas teie hinnangul on apteegireform oma eesmärgi teie ameti vaatevinklist vaadatuna täitnud? Kas Eestis on apteegimajandusega kõik hästi?

Jaak Koppel: Ilmselt ei ole hästi. Põh-

juseid on mitmesuguseid. Tingimused apteegi toimimiseks ei ole soodsad: ravimite juurdehindluse piirmäärad on väga madalad, lausa olematud, apteegiteenust ei väärtustata, sellel ei ole õiglast hinda, ekstemporaalsete ravimite valmistamist on naeruväärne.

Ly Rootslane: Suur eesmärk oli integreerida apteek tervishoidu – nii oli apteegireformi dokumendis kirjas. Apteeker ei ole tervishoius suuremat rolli saanud, ka proviisori rollile ei näe me alati tunnustamist. Lisaks on neile aina rohkem kohustusi juurde tulnud, apteeker peab apteeki üleväl hoidma suuresti entusiasmi ja oskustega. Tarneraskuste osas üritame nõustada arste, et kuidas leida alternatiivseid ravimeid, maapiirkondade apteekide puhul ei ole ka süsteem muutunud, neid suletakse.

Riigilt oleks vaja laiemat vaadet ja toetust, kuhu poole liikuda. Lähtetoetus on olemas, et apteekreid maale meelitada,

aga oleks vaja tegevustoetust. Kuidas minna edasi, kas me peame tulevikus üleväl maa-apteekide või läheme seal digilahenduste peale, et ravim inimeseni viia – need on probleemid, millega tuleks tegeleda.

Kaidi Sarv: Reformi osas on meil justkui relevant toas: kõik näevad, aga ei räägi. Kui lugeda dokumente, siis apteegireformile omistatakse tihti eesmärgi, mida seletuskirjades ja muudes dokumentides ei olnud. Tuuakse välja, et hinnad ei ole odavnunenud ja maa-apteekide ei ole juurde tulnud, aga see ei olnud reformi eesmärk. Eesmärgi oli kolm: esiteks lõpetada olukord, kus apteegid on hulgimüügi-firmade omandis. Praegu võib öelda, et apteekide omanikeringis neid enam ei ole. Teiseks seisis dokumendis, et proviisorid peaksid omama apteekides enamusosakust ja kolmandaks, et haruapteekide tegevus tuleks lõpetada linnas, kus elanike arv on enam kui neli tuhat. Formaalselt ongi need kolm eesmärki täidetud, kuid tegeli-

Eero Merilind,
riigikogu
sotsiaalkomisjoni liige

Kujutage ette, kui riik hakkaks sekkuma teie tegevusse.
Olete unikaalses olukorras, saate ise otsustada.



Iseseisvatel apteegipidajatel ei ole sellist rahalist toetust.

Kaidi Sarv

Vasakult: Kadi Hein-salu, Jaak Koppel, Ly Rootslane, Kaidi Sarv, Kadri Lepikult, Eero Merilind.

FOTO. MEELI KÜTTIM

kult ei ole me saavutanud apteegipidajate sõltumatust teistest ravimivaldkonna tegijatest - hulgimüügiettevõtetest ja frantsiisandjatest. Praktika ja teooria lähevad lahku. Õiguskantsler ütles, kui apteegireform päevakorda tuli, et selle õnnestumist saab hinnata alles aastate pärast. Kui apteegireform oli jõustunud, ennustati apokalüptilisi stsenaariumeid: apteekrid jäävad töötuks, apteekke suletakse massiliselt, ravimite hinnad kallinevad - need stsenaariumid ei realiseerunud ja selle üle peame olema õnnelikud. Eriala sees aga - me hakkasime pihta, aga me ei jõudnud sinna, kuhu me soovisime.

Kadri Lepikult: Apteegid on endiselt seotud hulgimüüjate ja frantsiisandjatega. Sooviti, et tekiks konkurents hulgimüüjate vahel, kuid meil on kaks põhilist hulgimüüjat, mis mõjutab ravimite kättesaadavust ja hinda. Peame aru saama sellest, millal võib tekkida kellegi valitsev mõju apteegi üle. Konkurentsiamet andis soovitusel, et saaks selgemaks, mil-lises õiguslikus raamistikus apteegid ja hulgimüüjad praegu toimivad. Nüüd on järeldamiseks koht. Kui saame aru, kuidas frantsiisandjad, hulgimüüjad ja apteegid koos töötavad ning kui see süsteem õigesti ei toimi, peame leidma tööriistad, kuidas see toimima saada.

Eero Merilind: Sotsiaalkomisjonis oleme teemat arutanud. Apteekke on siiski nii 25 võrra vähemaks jäänud, apteegiturg on küllastunud ja tasuvuse komponent on küllalt väike, aga juurdehindluse teemal ei ole keegi meile riigikogus rääkimas käinud. Sotsiaalkomisjonis on räägitud ka e-

apteegi teemal, et ehk võiks see tulevikus väikses maapiirkonnas toimida.

Lähtetoetus ei ole samuti oma eesmärgi täitnud - paljud noored ei ole maapiirkondadesse tööle läinud. Kas noored proviisorid saavad kohe avada apteegi ja hakata iseseisvalt tööle? Kas konkurents on läinud paremaks või halvemaks? Need on küsimused, mis on riigikogusse jõudnud.

Kui eesmärgid on täidetud ja kõik on formaalselt hästi, võiks ju arvata, et kõik ongi korras. Las siis olla seotus hulgimüüjate ja frantsiisandjatega. Kus me siis ikkagi oleme, kõik näib ju hästi toimivat?

Kaidi Sarv: Jah, praegu on mõnus olemine, ei ole kedagi, kes reformi jõuliselt edasi viiks. Konkurentsiamet aeg-ajalt midagi uurib ja ka apteekrite liit võtab kohati mõnel teemal sõna.

Tundub, et apteekrid on olukorraga kohanenud. Kes olid enne iseseisvad, nende jaoks suurt midagi ei muutunud, samuti mitte nende jaoks, kes enne olid hulgimüüja omandis ja on nüüd iseseisvad. Mõni on isegi kuri - varem saadi hulgifirma peakontorist abi, aga seda enam ei ole.

Räägime palju juurdehindlusest, see rõhub palju, eriti iseseisvaid apteekke. Kui juurdehindlus oleks Eestis kasvõi null, töötaks osa apteekke Eestis ikka edasi, sest praegune n-ö kargusüsteem (frantsiisandjate ja hulgimüügiettevõtete tugi, toim) ikka toimib. Olukord peaks olema selline, et ka iseseisev apteek saaks normaalselt toimida. Need vähesed, mis on iseseisvad, nende elu on kurvem kui

teistel. Miks? Sest frantsiisüsteem tagab rahastuse ja abi. Iseseisvatel apteegipidajatel ei ole sellist rahalist toetust. Värskelt ülikooli lõpetajad ei soovi loomulikult maal apteeki avada, see lihtsalt on nii. Sinna on raske ka perearsti ja õpetajat saada.

Mida proviisorapteek praegu ise otsustab, kui palju on sõltumatust?

Ly Rootslane: Iseseisvat otsustamist on palju: kuidas apteeker tegutseb, keda tööle võtab, kellega koostööd teeb, kus ta tegutseb. Valikud on olemas.

Ehkki räägitakse, et ravimimaastikul liigub suur raha, saab apteek ju tegelikult ainult juurdehindluse osa, aga juurdehindlus ei ole tõusnud 30 aastat. Küll aga tuleb igal aastal apteekidele nõudmisi juurde.

Kui Euroopas ringi vaatame, siis Taanis võib üks apteegipidaja pidada kaheksat apteeki ja tahetakse lisada veel kaks. Saksa-maal pannakse samuti väikseid apteekke kinni, sest on vaja kindlat hulka inimesi, kes apteegis regulaarselt käivad.

Apteegipidajatel on vaja otsustada, kas tahame olla vajaduspõhised või soovipõhised. Saame pahandada, et miks me müüme apteekides kreeme ja kosmeetikat, aga teeme seda selleks, et ära elada.

Apteegid tegutsevad seetõttu ühe hulgimüüjaga, et nad usaldavad seda ühte koostööpartnerit.

Mida me ootame ja soovime? Meil on ootus sellele, et juurdehindluse osas midagi muutuks. Reformi mõte oli integreerida apteek tervishoidu: me tahaks inimesi nõustada, sooviksime näha raviskeemi, mida apteeker praegu ei näe. Kokkuvõttes ei ole kõik õnnelikud ja rahul.

Jaak Koppel: Riik on saanud 30 aastat väga hästi läbi: kõik toimib, apteekrid ei nurise, hinnalisad on nii kaua samad püsinud. Riik ja valitsus ei ole tahtnud valdkonnaga väga palju tegeleda. Õeldakse, et see on äri, aga apteekide poodide ja bensinijaamadega konkureerima panek on eriala alandamine.

Eero Merilind: Väga hea, et riik ei sekku. Sotsiaalkomisjoni on jõudnud ka see teema, kuidas apteekrid liita esmatasandiga, kuidas perearstikeskus ja apteek saaksid teha koostööd, kui apteeker on tervishoiutöötaja, näiteks kas ta saab vaadata digilugu.

Millega võiksid apteekrid veel tegeleda, et raha teenida? Näiteks vaktsineerimisega? Kas anname apteekritele uusi võimalusi?

Karin Alamaa-Aas (publikust): Mina näiteks tahaks ainult põhitegevusega tegeleda. Oleme jõudnud sinna, et me peame alati mõtlema mingi asja lisaks, millest elada, aga see ei peaks nii olema. Näiteks juurdehindlusest peaks saama maksta ära rendi ja palgad, kuid retseptiapteegid ei suuda neid maksta.

Seetõttu ongi vaja hulgimüüjat, kes aitab ja lisaks mõnda muud teenust, mis peab üleväl.

Mina isiklikult soovin teha erialaseid tegevusi, mis on seotud minu teadmistega. Kui rääkida vaktsineerimisest, siis mina ei soovi seda teha.

Kas riigikogu esindaja võiks seda teemat kommenteerida?

Eero Merilind: Kujutage ette, kui riik hakkaks sekkuma teie tegevusse, sest olete unikaalses olukorras ja saate ise otsustada. Nagu öeldud, on olnud juttu sellest, kuidas apteekreid esmatasandiga liita - oleme saanud selle kohta plusse ja miinuseid. Ravimiplaani võiks küll apteeker koostöös tervisekeskusega jälgida, nad võiksid paremini koostööd teha. Samuti on vaja lahendada küsimus, et kui apteeker on tervishoiutöötaja, kas talle laieneb ka vastutuskindlustus ja kui palju tohib ta vaadata digilugu - need on järgmise poole aasta diskussioonid, mida pidada.

Juurdehindlust siiski järgmisel aastal tulla ei pruugi?

Eero Merilind: Keegi ei ole selle teemaga sotsiaalkomisjonis jutul käinud, vähemalt viimastel aastatel mitte.

Kaidi Sarv: Kui selle jutuga on käidud, siis öeldakse, et arvestama peab sellega, et see võib minna ka vähenemise suunas, nii on alati kõik diskussioonid kinni pandud. Meile öeldakse, et alati võib veel halvemini minna.

Kas on veel midagi lisada?

Ly Rootslane: Palju apteekreid leiab, et nad võiksid olla terviseedendajad. Maailma kogemus näitab, et nõustada võiks apteeker küll. Ma arvan, et ainult üle leti ravimite väljastamine on see, mida noored enam teha ei taha. Noor ei taha end siduda ka sellega, et hakata kohe apteeki pidada - ta soovib enne valdkonda sisse elada. Väga kohane on siiski eriala laiendamine. Noored soovivad anda tervishoidu suurema panuse.

Jaak Koppel: Hetkel pole sotsiaalmi-nisteeriumis loodud riiklikku visiooni, milline peaks olema apteegiteenus, kuidas seda integreeritakse esmatasandiga, hetkel on jäetud teema täielikult turumajanduse meelevalla.

Eero Merilind: Esmatasandiga integreerimise visiooniga praegu tegeleme, seega on nüüd just õige aeg neid arutelusid pidada. Vaktsiinide osas aga ei ole arst-kond rõõmus, et apteekides vaktsineeritakse, kuna võivad tekkida kõrvaltoimed, nt anafülaktiline šokk. Sel juhul peaks ka apteekritel olema vastutuskindlustus ning läbitud väljaõpe, kuidas toimida.

Mida konkurentsiamet apteegiteemaga seoses uuris ja mida teada olete saanud?

Kadri Lepikult: Tegime pärast aasta alguses ilmunud suuremat uuringut lisaks minianalüüsi ja vaatasime frantsiisihuh-teid. Uurisime lepinguid, püüdsime anda tagasisidet, mis ei ole lubatud konkurent-sipiirangute, mis frantsiisihuh-te puhul. Näiteks kui lepingus oli, et ostukohustus on konkreetset hulgimüüjalt. Kui leidsime puuduseid, siis juhtisime tähelepanu. Ka hulgimüüjad on öelnud, et vaatavad oma frantsiinilepingud üle. Loodame, et läbi teavituse teadlikkus tõuseb. Kui apteekide vaates on midagi lepingutes pii-ravat, saame vaadata üle ka kõik frantsiisilepingud.

Loe ka arvamust lk 3.

Astma ja KOKi ägenemise käsitlelus

Ravi Kõige olulisem on ägenemisi ennetada

Ott Kiens

TÜ kliinikumi arst-õppejõud
pulmonoloogia erialal

Astma ja kroonilise obstruktiivse kopsuhaiguse (KOK) ägenemised on hingamisteede haiguste ravis olulised teemad, kuna mõlemad seisundid nõuavad individuaalselt kohandatud lähenemist ning tihedat koostööd patsiendi ja tervishoiutöötaja vahel. Tõhus ägenemise ennetamine, ravi ja järelkontroll aitavad parandada patsientide elukvaliteeti ja vähendada tervishoiukoormust.

Astma on krooniline põletikuline hingamisteede haigus, mida iseloomustab varieeruvus sümptomite intensiivsuses: sümptomid võivad nädalate ja kuude jooksul täielikult puududa, ent esineb ka astma ägenemisi. Astma ägenemiste ajal esineb selge haiguskulu halvenemine võrreldes patsiendi tavalise seisundiga, ja see omakorda vajab muutust ka tavapärasel raviskeemis.

Esmatähtis on ennetus

Astma ägenemiste puhul on esmalt väga tähtis rääkida ägenemiste vältimisest. Oluline on vältida eri ekspositsioone, mis võivad viia astma ägenemisele, näiteks suitsetamine (tava- ja e-sigaretid), allergeenid ning õhusaaste.

Inhalaatorite puhul rõhutaksin, et astma ja KOKi ravi läbi inhalaatori saab patsienti aidata nii ägenemiste ajal kui ka stabiilses haiguse faasis ainult siis, kui patsient kasutab ravi regulaarselt ja korrektsel hingamistehnikaga.

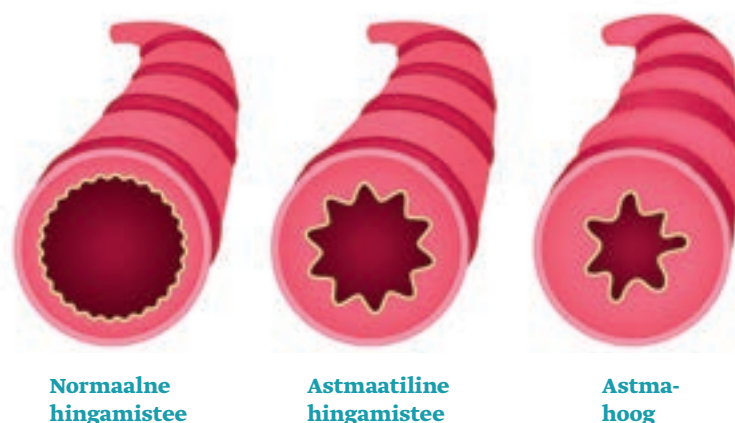
Seetõttu soovitan kontrollida igal viisil astma ja KOKi patsientide ravisoostumust (retseptikeskuse kaudu ja/või küsitlemisel) ning kindlasti ka hingamistehnikat.

Inhaleeritavad kortikosteroidid (IKS) aitavad kontrollida hingamisteede kroonilist põletikku ning vältida astma ägenemisi. Et astma ägenemiste korral tugevneb ka krooniline põletik hingamisteedes, on ägenemiste korral oluline IKS annuseid suurendada ja/ või lisada raviskeemi suukaudne kortikosteroid (OKS, nt prednisoloon).

Viimase 5-10 aasta jooksul on tekkinud astma ravis oluline paradigma muutus.



Tasub teada: Astma staadiumid



Liigne inhaleeritava lühitoimelise beeta-2 agonisti kasutamine viib ägenemiste riski suurenemisele.

On leitud, et liigne inhaleeritava lühitoimelise beeta-2 agonisti (SABA, nt salbutamool, fenoterool) kasutamine viib ägenemiste riski suurenemisele, sest patsiendid kasutavad eelistatult hooravimit (salbutamool) ja unustavad võtta püsiravimit (IKS). Seetõttu on esmavalikuna eelistatud raviskeemid, mis sisaldavad formoterooli ja IKS-i ühes inhalaatoris ning salbutamool hooravimina on liikunud soovitusel tahapoole. Formoterool on pikatoimeline beeta-2 agonist (LABA), millel on kiire toime algus ja mida saab kasutada hooravimina. Formoterooli ei tohi kasutada astma puhul monoterapiana. For-

moterooli ja IKS-i kombinatsioon ühes inhalaatoris on kasutatav nii püsi- kui ka hooravimina, kindlustades seeläbi, et patsient tarvitab iga inhalatsiooniga ka astma kontrolliks hädatarvilikku IKS-i. Kui astma sümptomkontroll halveneb hoolimata formoterool + IKS või muu LABA (nt salmeterool) + IKS preparaadi kõrgetest annustest, siis peaks patsiendi suunama spetsialistile edasiseks hindamiseks ning vajadusel inhaleeritava pikatoimelise antimuskarinergilise ravimi (LAMA), bioloogilise ravi või muude ravimite lisamiseks.

Gripivastasel vaksineerimisel on astma ägenemisi langetav potentsiaal ja seda tuleks astmaatikutele kindlasti soovitada.

Ägenemiste põhjused

Astma ägenemisi põhjustab enamasti mingi väline tegur ja/või halb IKS-i ravi soostumus/hingamistehnika. Väline tegur võib olla näiteks viirusinfektsioon, õhuallergeen, toiduallergia, aastaegade vaheldumine jne.

Astma ägenemise kahtlusel on oluline välistada alternatiivsed õhupuudust põhjustada võivad ning teistsugust ravi vajavad haigused, seda eriti vanematel patsientidel.

Ägenemise tekkel on oluline, et patsiendil oleks olemas kirjalik astma kontrolli plaan, milles sisalduvad konk-

reetssed juhised, mis doosis ja millal inhalaatori(te) raviannuseid suurendada.

Juba ägenemise algusjärgus on soovituslik suurendada hooravimi ning IKS-i annuseid. Kerge-keskmise raskusastme ägenemise ravi võib toimuda kodus tingimustes ning koosneda lisaks sissehingatavate ravimite annuste suurendamisele vajadusel OKSist. Rutiinne antibiootikumravi ei ole astma ägenemiste korral vajalik, ent võib kõne alla tulla kaasuva bakteriaalse kopsuinfektsiooni esinemisel.

Kindlasti peaks patsient teadma, et kui kodune astmaravimite annuste suurendamine seisundit ei paranda või kui astma-sümptomid on kohe alguses väga väljendunud, siis peaks ühendust võtma kas raviarstiga või pöörduma EMO/kiirabi poole.

Haiglaravi

Haiglattingimustes saab kasutada lisahapnikku ja astmaravimite manustamist nebuliseeritult. Harva esinevate ülaraskete juhtude puhul näeme, et patsiendid vajavad mitteinvasiivset ventilatsiooni või intubeerimist ja viimist juhitava hingamisele.

Astma ägenemiste järgsel haiglast koju lubamisel vajab patsient sagedast ambulatoorset jälgimist.

RELVAR ELLIPTA (flutikasoonfuroaat/vilanterooltrifenataat)

ÜKS kord ööpäevas tagas 24-tunnise efektiivsuse ja astma sümptomite kontrolli!^{1-2,**}



RELVAR ELLIPTA (flutikasoonfuroaat/vilanterooltrifenataat) on näidustatud astma regulaarseks raviks täiskasvanutel ja noorukitel alates 12 aasta vanusest, kui pikatoimelise beeta₂-agonisti ja inhaleeritava glükokortikosteroidi kombinatsioonpreparaadi kasutamine on sobiv:¹

- patsientidel, kellel inhaleeritavad glükokortikosteroidid ja “vastavalt vajadusele” inhaleeritavad lühitoimelised beeta₂-agonistid ei taga piisavat kontrolli astmanähtude üle.¹
- patsientidel, kellel on juba saavutatud piisav kontroll inhaleeritava glükokortikosteroidi ja pikatoimelise beeta₂-agonistiga.¹

Viited: 1. RELVAR ELLIPTA (flutikasoonfuroaat/vilanterooltrifenataat) ravimi omaduste kokkuvõte (kinnitatud juulis 2024). 2. Kohandatud allikast Bernstein D.I, Bateman E.D, Woodcock A, et al. J Asthma. 2015;52(10):1073–1083. DOI: 10.3109/02770903.2015.1056350.

Prospektiivne, aktiivse kontrolliga, randomiseeritud, topelt-pime, paralleelgruppidega, stratifitseeritud, mitmekeskuseline, mitmerahvuseline, III faasi kliiniline uuring flutikasoonfuroaadi/vilanterooltrifenataadi 100/25 µg või 200/25 µg üks kord ööpäevas Ellipta inhalaatoris (n = 346 igas grupis) võrreldes flutikasoonfuroaat 100 µg üks kord ööpäevas (n = 347) mõõduka ja raske püsiva astmaga patsientidel vanuses ≥ 12 aastat (n = 1039, 1:1:1) 12 nädala jooksul. Esmase uuringu tulemusnäitaja oli 0-24 tundi annusejärgselt järjestikuste FEV₁ kaalutud keskmise muutus algväärtusest 12-ndaks nädalaks flutikasoonfuroaadi/vilanterooltrifenataadiga 100/25 µg üks kord ööpäevas võrreldes flutikasoonfuroaadiga 100 µg üks kord ööpäevas.²

* 24-tunnine efektiivsus: 0–24 tundi pärast annustamist mõõdetud järjestikuse FEV₁ kaalutud keskmise oluline suurenemine algväärtusest 12. nädalani flutikasoonfuroaadi/vilanterooltrifenataadi annusega 100/25 µg üks kord ööpäevas võrreldes flutikasoonfuroaadiga 100 µg üks kord ööpäevas (p < 0,001, esmane tulemusnäitaja); ei esinenud märkimisväärselt erinevust flutikasoonfuroaadi/vilanterooltrifenataadi 100/25 µg ja 200/25 µg üks kord ööpäevas annuste vahel (kirjeldav hindamine).²

** Astma sümptomite kontroll kogu ööpäeva jooksul: sümptomivabade 24-tunniste perioodide osakaalu märkimisväärselt suurenemine algväärtusest 12. nädalani flutikasoonfuroaadi/vilanterooltrifenataadi annusega 100/25 µg üks kord ööpäevas võrreldes flutikasoonfuroaadiga 100 µg üks kord ööpäevas (p = 0,002, teine tulemusnäitaja); ei esinenud märkimisväärselt erinevust flutikasoonfuroaadi/vilanterooltrifenataadi 100/25 µg ja 200/25 µg üks kord ööpäevas annuste vahel (kirjeldav hindamine).² Kõrvalnähtude (AE) esinemine oli sarnane gruppide vahel. Kõik ravid olid hästi talutavad.²

Lühend: FEV₁: forsseeritud ekspiratoorne sekundimaht;

RELVAR ELLIPTA (flutikasoonfuroaat/vilanterooltrifenataat) on retseptiravim. Ravimvorm: annustatud inhalatsioonipulber pulberinhalaatoris, 30 annust pakendis **Toimeaine(te) sisaldus:** üks inhaleeritav pihustatud annus sisaldab: • 92 mikrogrammi flutikasoonfuroaati ja 22 mikrogrammi vilanterooltrifenataati; • 184 mikrogrammi flutikasoonfuroaati ja 22 mikrogrammi vilanterooltrifenataati. **Registreeritud Astma näidustus:** näidustatud astma regulaarseks raviks täiskasvanutel ja noorukitel alates 12 aasta vanusest, kui pikatoimelise beeta₂-agonisti ja inhaleeritava glükokortikosteroidi kombinatsioonpreparaadi kasutamine on sobiv: • patsientidel, kellel inhaleeritavad glükokortikosteroidid ja “vastavalt vajadusele” inhaleeritavad lühitoimelised beeta₂-agonistid ei taga piisavat kontrolli astmanähtude üle • patsientidel, kellel on juba saavutatud piisav kontroll inhaleeritava glükokortikosteroidi ja pikatoimelise beeta₂-agonistiga **Annustamine ja manustamisviis.** **Astma raviks:** täiskasvanud ja noorukid alates 12 aasta vanusest. Üks RELVAR ELLIPTA (flutikasoonfuroaat/vilanterooltrifenataat) 92/22 mikrogrammi inhalatsioon üks kord ööpäevas. RELVAR ELLIPTA (flutikasoonfuroaat/vilanterooltrifenataat) 184/22 mikrogrammi kasutamist tuleks kaaluda täiskasvanutel ja noorukitel alates 12 aasta vanusest, kes vajavad suuremas annuses inhaleeritavat glükokortikosteroidi kombinatsioonis pikatoimelise beeta₂-agonistiga. **Vastunäidustused:** ülitundlikkus toimeainete või mis tahes abiaine suhtes. **Kõrvaltoimed:** kõige sagedamini kirjeldatud kõrvaltoimed olid peavalu ja nasofarüngiit.¹ **Täielik info ravimi vastunäidustustest, erihoiatustest ja kõrvaltoimetest on leitav ravimi omaduste kokkuvõttes:** www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/relvar-elliptaepar-product-information_et.pdf. **Müügiloa hoidja:** GlaxoSmithKline (Ireland) Limited, 12 Riverwalk, Citywest Business Campus, Dublin 24, Iirimaa. **Täiendav info:** Berlin-Chemie Menarini Eesti OÜ, Paldiski mnt 29, Tallinn 10612 või aadressil www.ravimiamet.ee.

Kõrvaltoimetest peab teavitama. Ravimi kõrvaltoimetest palume teavitada www.ravimiamet.ee või Berlin-Chemie Menarini Eesti OÜ telefonil 6675001.



RELVAR ELLIPTA kaubamärk kuulub või on litsenseeritud GSK Grupi ettevõtetele.
© 2024 GSK Grupp või litsensisaaja.

Materjal on suunatud ravimite väljakirjutamise õigust omavatele isikutele, proviisoritele ja farmatseutidele. Enne kasutamist lugege palun hoolikalt müügiloa hoidja poolt pakutud ravimi omaduste kokkuvõtet. Berlin-Chemie Menarini ei soovita kasutada käesolevat ravimit muul moel kui see, mis on kirjeldatud ravimi omaduste kokkuvõttes.

RELVAR ELLIPTA (flutikasoonfuroaat/vilanterooltrifenataat) on välja
töötatud koostöös **INNOCIVA**

Algus lk 10

Kroonilise obstruktiivse kopsuhaiguse ehk KOKi ägenemine

Krooniline obstruktiivne kopsuhaigus ehk KOK on heterogeenne kopsuhaigus, mida iseloomustavad kroonilised hingamissüsteemi sümptomid (nt rögaeritus, köha, õhupuudus), mis on tingitud hingamisteede (bronhiit/bronhioliit) ja/ või alveoolide (emfüseem) kahjustustest. Kahjustuse tulemusel tekib püsiv, tihti progresseeruv hingamisteede obstruktsioon. KOK on enamasti põhjustatud toksilistest sisehingatud osakekestest.

KOKi ägenemine on defineeritud kui süveneva düspnoe ja/või köha ja rögaeritusega kulgev äge haigestumine, mis kestab alla 14 päeva.

Et KOKi patsiendid on tihti koormatud anamneesiga eakad inimesed, siis tuleb iga KOKi ägenemise korral välistada sama haiguspilti andvad ja teistsugust ravi vajavad haigused, näiteks pneumoonia, kongestiivne südamepuudulikkus, kopsuarteri trombemboolia jne.

Oluline on riskitegurite vältimine

KOKi ägenemise vältimiseks on oluline kahjulike ekspositsioonide lõpetamine. See tähendab eelkõige suitsetamise mahajätmist, aga ka õhusaastuse (elu- ja töökohal ning ka väliskeskkonna õhus) vältimist.

KOKi korral kasutatakse esmavaliku ravimitena ägenemiste vältimiseks eelkõige sissehingatavaid pikatoimelisi bronhodilaatoreid. Esmavaliku ravina kasutatakse LAMA + LABA kombinatsiooni, millele sagedaste/tõsiste ägenemiste ning eosinofiilide väärtuse vähemalt $0,1 \times 10^9/L$ korral lisatakse IKS-i komponent. Raske KOKi patsiendid kasutavad tihti LAMA + LABA + IKS-i kolmikravi ühes inhalaatoris.

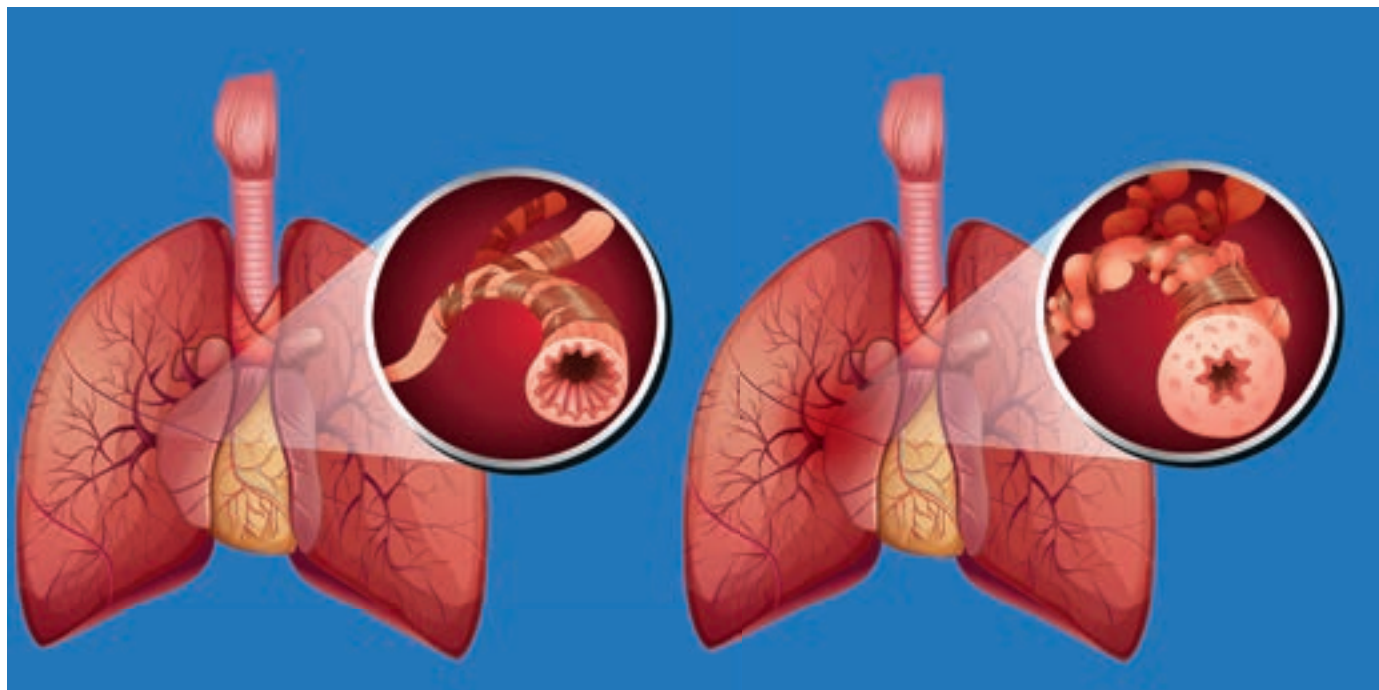
Gripi- ja pneumokokivastane vaktsineerimine vähendavad tõendatult KOKi ägenemiste riski. Uuel RSV-vastasel vaktsiinil on samuti potentsiaal KOKi ägenemiste riski langetada, ehkki kindel teaduslik tõendus põhjus selle kohta artikli kirjutamise hetkel puudub.

Ägenemise põhjused ja ravi

KOKi ägenemise peamised põhjused on viirus- ja bakterinfektsioonid ning keskkondlikud faktorid (nt õhusaastus). KOKi ägenemise korral võiks patsient õhupuudust leevendada esmalt lühitoimelise bronhodilaatoriga: SABA koos või ilma lühitoimeliste antimuskariinergiliste preparaatidega (nt ipratroopiumbromiid).

OKS lühendab KOKi ägenemiste korral taastumisaega ning parandab kopsufunktsiooni ja oksügenisatsiooni (uuritud on tehtud enamasti hospitaliseeritud haigetel).

Soovituslik annus on prednisoloon 40mg üks kord päevas viie päeva jooksul,



Obstruktsioon hingamisteedes ei ole tagasipööratav.

ILLUSTRATSIOON: SHUTTERSTOCK

KOKi ägenemine on defineeritud kui süveneva düspnoe ja/või köha ja rögaeritusega kulgev äge haigestumine, mis kestab alla 14 päeva.

Ott Kiens

5–7

• päeva on AB ravi kestus ambulatoorsete KOKi patsientide puhul.

misjärel ravi lõpetatakse. Ravi määramisel tuleb kaaluda kasu/kahju suhet, võttes arvesse prednisolooni kõrvaltoimeid.

On näidatud, et madala eosinofiilide taseme (alla 2% perifeerses veres) puhul võib OKS KOKi ägenemiste puhul anda väiksema raviefekti. Seega kokkuvõtlikult on tõsisemate ägenemiste korral enamasti näidustatud prednisolooni ravi, ent kergemate ägenemiste ja madalama eosinofiilide taseme puhul ei pea alati alustama ravi OKSiga.

Antibiootikumide kasutamine

Ravi antibiootikumidega (AB) on KOKi ägenemiste korral soovituslik, kui patsientidel esineb kolm alljärgnevat sümptomit: düspnoe, rögaerituse suurenemine ja mädane röga (röga muutumine mädasemaks). AB ravi on näidustatud ka juhul, kui patsiendil esineb kaks ülaltoodud sümptomit, kui üks neist on röga muutu-

mine mädasemaks (tavaliselt hinnatav värvi järgi).

KOKi ägenemise tõttu mehhaanilist ventilatsiooni vajavatel patsientidel on AB ravi soovituslik. AB ravi kestus on ambulatoorsete ägenemiste korral 5–7 päeva, sobilik ravim selleks on näiteks amoksisilliin/ klavulaanhape, makroliid või tetratsükliin.

Haiglaravi vajadust tuleb kaaluda raskete sümptomite, ägeda hingamispuudulikkuse, raskete kaasuvate haiguste ning ebapiisava koduse toetuse korral. KOKi ägenemise tõsidusest annab märku ka see, kui ägenemine ei reageeri esmastele ravivõtetele.

Haiglas manustatakse patsiendile bronhodilaatoreid enamasti nebuliseeritult. Hapnikravi manustamise korral KOKi patsientidele tuleks enamasti hoida SpO2 väärtused madalapoolsed, vahemikus 88–92%. Hapnikravi vajavatele KOKi patsientidele tuleb korduvalt määrata veregaaside analüüse, tuvastamaks võimalikku CO2 retentsiooni.

KOKi ägenemiste järgsel haiglast koju lubamisel vajab patsient sagedast ambulatoorset jälgimist.

Kasutatud kirjandus:

Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2024. Updated May 2024. Raport kättesaadav veebiaadressil: www.ginasthma.org

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2024. Raport kättesaadav veebiaadressil: <https://goldcopd.org/>

ÜHEST HINGETÕMBEST –
KOLM TOIMET KORRAGA^{1,*,**}

Uued
75/90%
soodus-
tingimused^{3,§}

VÄHENDAS
OLULISELT
MÕÕDUKAID/
RASKEID KOK-i
ÄGENEMISI
vs KOK-i
KAKSIKRAVID^{1,2,#}



Ainus KOKi kolmikravi, mille
manustamiseks piisab ühest
inhalatsioonist ööpäevas^{1,*}

TRELEGY ELLIPTA
flutikasoonfuroaat/umekliidiinium/vilanterool

IMPACT prospektiivses aktiivse kontrolliga randomiseeritud topeltpimedas paralleelrühmadega mitmekeskuselises rahvusvahelises III faasi kliinilises uuringus sümptomaatilistel ägenemise riskiga ≥ 40 -aastastel KOK-i patsientidel (n=10355), kus võrreldi TRELEGY ELLIPTA (flutikasoonfuroaat/umekliidiinium/vilanterool) efektiivsust ja ohutust/taluvust vs LAMA/LABA ja IKS/LABA ELLIPTA inhalaatoris, vähendas TRELEGY ELLIPTA (flutikasoonfuroaat/umekliidiinium/vilanterool) 52 nädala jooksul oluliselt ($p < 0,001$) **mõõdukate/raskete ägenemiste aastast määra: 15% võrreldes IKS/LABA-ga** (95% CI: 10, 20) ja **25% võrreldes LAMA/LABA-ga** (95% CI: 19, 30), **raskete** (st haiglaravi vajavate või surmaga lõppevate) **ägenemiste aastast määra: 34% võrreldes LAMA/LABA-ga** (95% CI: 22, 44; $p < 0,001$)^{1,2}

Viited: 1. TRELEGY ELLIPTA (flutikasoonfuroaat/umekliidiinium/vilanterool) ravimi omaduste kokkuvõtte (kinnitatud jaanuar 2024). 2. Lipson DA, et al. N Engl J Med. 2018;378:1671-1680 3. www.raviminfo.ee, vaadatud 19.04.2024.

* TRELEGY ELLIPTA 92/55/22 µg inhalatsioonipulber, mis sisaldab flutikasoonfuroaati, umekliidiiniumbromiidi ja vilanterooli, on inhaleeritava sünteetilise kortikosteroidi, pikatoimelise muskariinireseptorite antagonist ja pikatoimelise beeta₂-agonisti (IKS/LAMA/LABA) kombinatsioon.¹

** Pärast suukaudset inhaleerimist toimivad umekliidiin ja vilanterool lokaalselt hingamisteedele avaldades bronhodilatiivset toimet läbi erinevate toime mehhanismide ja flutikasoonfuroaat on tugeva põletikuvastase toimega.¹

§ Ravimi esmase väljakirjutamise õigus pulmonoloogil kroonilise obstruktiivse kopsuhaigusega (J43-J44) patsientidele:

kelle eosinofiilide arv perifeerses veres on ≥ 100 rakku ning IKS/LABA või LAMA/LABA kaksikravidil on esinenud vähemalt 1 hospitaliseerimist vajanud ägenemine viimase 12 kuu jooksul või vähemalt 2 mõõdukat või raskemat ägenemist viimase 12 kuu jooksul, mis vajab ravi antibiootikumide või suukaudse glükokortikosteroidiga;

või kroonilise obstruktiivse kopsuhaigusega patsiendile, kes saab IKS+LAMA+LABA toimeaineid avatud kombinatsioonis (e. kolmikravi erinevatest inhalaatoritest)

või kroonilise obstruktiivse kopsuhaigusega patsiendile, kelle eosinofiilide arv perifeerses veres on ≥ 300 rakku ning LABA või LAMA monoterapias on esinenud vähemalt 1 hospitaliseerimist vajanud ägenemine viimase 12 kuu jooksul või vähemalt 2 mõõdukat või raskemat ägenemist viimase 12 kuu jooksul, mis vajab ravi antibiootikumide või suukaudse glükokortikosteroidiga.^{3,**}

TRELEGY ELLIPTA (flutikasoonfuroaat/umekliidiinium/vilanterool) **92 mikrogrammi/55 mikrogrammi/22 mikrogrammi annustatud inhalatsioonipulber. Retseptiravim.**

Näidustus¹: mõõduka kuni raske kroonilise obstruktiivse kopsuhaiguse säilitusraviks täiskasvanutele, kes ei ole saavutanud piisavat ravivastust inhaleeritava kortikosteroidi ja pikatoimelise beeta-2-agonisti kombinatsiooni või pikatoimelise beeta-2-agonisti ja pikatoimelise muskariinireseptorite antagonist kombinatsiooniga.

Annustamine¹: soovitatav ja maksimaalne annus täiskasvanutele on üks inhalatsioon üks kord ööpäevas, iga päev samal kellajal.

Vastunäidustused¹: ülitundlikkus toimeainete või mis tahes abiaine suhtes.

Kõrvaltoimed¹: Sage: pneumoonia, ülemiste hingamisteede infektsioon, bronhiit, farüngiit, riniit, sinusiit, gripp, nasofarüngiit, suuõõne ja neelu kandidiaas, kuseteede infektsioon, peavalu, köha, orofarüingeaalne valu, kõhukinnisus, liigesevalu, seljavalu.

Kõrvaltoimete täielik loetelu, vastunäidustused, hoiatused ja ettevaatusabinõud kasutamisel on esitatud ravimi omaduste kokkuvõttes: www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/trelegy-ellipta-epar-product-information_et.pdf

Müügiloa hoidja: GlaxoSmithKline Trading Services Limited, 12 Riverwalk, Citywest Business Campus, Dublin 24, Iirimaa. **Täiendav info:** Berlin-Chemie Menarini Eesti OÜ, Paldiski mnt 29, Tallinn 10612 või aadressil www.ravimiamet.ee.

Materjal on suunatud ravimite väljakirjutamise õigust omavatele isikutele, proviisoritele ja farmatseutidele. Enne kasutamist lugege palun hoolikalt müügiloa hoidja poolt pakutud ravimi omaduste kokkuvõtet. Berlin-Chemie Menarini ei soovi kasutada käesolevat ravimit muul moel kui see, mis on kirjeldatud ravimi omaduste kokkuvõttes.

GSK

Kõrvaltoimetest peab teavitama.
Ravimi kõrvaltoimetest palume teavitada www.ravimiamet.ee
või Berlin-Chemie Menarini Eesti OÜ telefonil 6675001.

EE-TRE-12-2024-V1-press. Materjal koostatud: aprill 2024.

© 2024 GSK kontserni ettevõtted või litsentsisaajad.
GSK kaubamärgid kuuluvad või on litsenseeritud GSK
grupi ettevõtetele.



**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**

Uneapnoe – oluline südamehaiguste riskitegur

Erve Sõõru, MD, PhD

Medicum, Confido
meditsiinikeskuse kopsuarst

Obstruktiivset uneapnoed iseloomustavad korduvad täielikud (apnoed) ja osalised (hüpopnoed) ülemiste hingamisteede obstruktiivsed sündmused, mille tagajärg on vahelduv hüpokseemia, autonoomne düsregulatsioon ja une killustumine.

Uneapnoe on seos südamehaiguste ja insuldiga. Põhjuslikud seosed on üllatavalt suuremad kui seni arvatud, võib lugeda hiljuti avaldatud ülevaateartiklist (Obstructive Sleep Apnea and Cardiovascular Disease: A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation, 2021).

Hetkel hinnatakse uneapnoe riski peamiselt perearsti vastuvõtul mootorsõidukijuhi tervisetõendi väljastamisel autoroolis uinumise ennetamiseks. Tõesti, ainult kaebuste alusel on uneapnoed keeruline avastada.

Diagnoos hilineb ja lisaks riskitegurite käsitlusele on sageli näidustatud ravi positiivrõhuseadmega. Uneaegsete hingamishäirete õigeaegsel diagnostikal ja efektiivsel ravil on südamehaiguste käsitluses aeg sõna sekka öelda.

Uneapnoe on salakaval sündroom, mille sümptomeid kroonilise unepuudusega patsient adekvaatselt hinnata ei suuda. Seda eriti juhul, kui ta elab üksi ja tal puudub kaaslane, kes une kohta informatsiooni jagab. Uneapnoe levimus on paraku tõusutrendis.

Obstruktiivne uneapnoe on tuntuim, kuid mitte ainus unehäire. Norskamine on kõigile teada, vähem tuntakse aga tsentraalset apnoed ja uneaegse hüpovenilatsiooni sündroome.

Uneaegne hingamishäire muudab südame löögisagedust ja muudki

Uneaegset hingamishäiret iseloomustab hüpoksia, mis viib muutuseni südame löögisageduses, vererõhu ja rindkeresise rõhu tõusuni ning sellega seoses normaalse unemustri häirumiseni. Nende patofüsioloogiliste muutuste kaugemad tagajärjed on südame-veresoonkonnahaigused ja II tüüpi diabeet.

Samuti on täheldatud kognitiivse funktsiooni ja elukvaliteedi langust. Kaasuvat päevast liigunisust seostatakse töö- ja liiklusõnnetuste suurenenud riskiga.

Uneapnoe ja südamehaiguste patofüsioloogilised mehhanismid on seotud intermiteeruva hüpokseemiaga ja muutustega endoteeli seinas.

Näiteks hüpertensiooni korral on



Tõesti, ainult kaebuste alusel on uneapnoed keeruline avastada.

Erve Sõõru

FOTO: ÄRIPÄEV

40%

• või isegi kuni 60% võib uneapnoed esineda südamepuudulikkuse korral.

Tasub teada:

Uneapnoe korral on hingamine magamise ajal takistatud



• Normaalse õhu liikumine hingamisteedes

• Uneapnoest tingitud hingamistakistus

kaasuvalt leitud uneapnoe 30–50%, ravimresistentsetel juhtudel kuni 80% juhtudel. Patogeneetilised seosed on sümptaatilisest hüperaktiivsusest põhjustatud vasospasm, tahhükardia, kõrgeenenud südame väljutus ja suurenenud ringlevate põletikueelsete markerite hulk. On leitud, et uneapnoed esineb koguni 40–60% südamepuudulikkusega haigetel.

Ka kodade virvendusarütmia korral esineb uneapnoed sageli, enam siinus-sõlme nõrkuse sündroomiga haigete hulgas (58%).

Müokardi infarkti põdenud haigetel esineb uneapnoed 48–65% juhtudest. Põhjuslike seostena tuuakse välja kroonilisest intermiteeruvast hüpoksiast tingitud vasokonstriksiooni ja dilatatsiooni häire, müokardi isheemiline kahjustus, põletiku mediaatorite vabanemine ja leukotsüütide agregatsioon veresoone seinas, mida stimuleerivad reaktiivsete hapniku radikaalide tõttu kahjustatud endoteeli rakud.

Seos insuldi ja uneapnoe vahel: insult piirab apnoe ravivõimalusi

Uneapnoed peetakse iseseisvaks insuldi riskiteguriks. Insuldijärgne uneapnoe levimus on koguni 57–71%! Samas on insuldijärgselt häiritud motoorika, misõttu on nende patsientide ravivõimalused piiratud. Ka sekundaarse pulmonaalhüpertensiooni korral on uneapnoe levimus teadaolevalt kõrge, koguni 70–80%.

Seega esineb uneapnoed väga sageli südamehaigete hulgas ja ravimata uneaegne hingamishäire mõjutab südamehaiguste kulgu.

Südamehaigetel on mõistlik uneapnoe vältida ja suunata uneuuringule haiged, kellel on diagnoositud ravimresistentne või halvasti raviga kontrollitud hüpertensioon, pulmonaalhüpertensioon, kor-

duvad kodade virvendusarütmiaid (anamneesis kardioversioon või ablatsioon).

Uneuuringule suunamist soovitatakse kaaluda juhul, kui patsiendil on diagnoositud südamepuudulikkus (NYHA II–IV järgi), tahhü-bradü sündroom, siinussõlme nõrkuse sündroom, ventrikulaarne tahhükardia või kui tegemist on südamehaiguse tõttu elustatud ja insuldi põdenud haigega.

Samuti soovitatakse uneapnoe vältida II tüüpi diabeediga haigetel, kelle kehamassiindeks on üle 35.

Ravimata uneapnoega patsiendid koormavad tervishoidu

Uneapnoe ja südamehaigustel on põhjuslikud seosed, mis mõjutavad negatiivselt nende haiguste kulgu. Diagnoosimata ja ravimata uneapnoe tõstab tervishoiusüsteemi haiguskoormust.

Nüüdsest soovitatakse uneapnoed mitmete südamehaiguste ja ajuinsuldi käsitluses koguni vältida. On leitud, et uneaegsete hingamishäirete ravi langetab öist süstoolset, keskmist ja diastoolset vererõhku ning rõhku kopsuarteris.

Ravi valik sõltub hingamishäire tüübist ja südamepuudulikkuse raskusastmest.

On oluline, et unehäire diagnostikas käsitletak kõik und mõjutavaid tegureid – vaid nii saame pakkuda patsientidele efektiivset uneravi.

Teine oluline teema on ravi efektiivsuse hindamine ja teatud regulaarsusega visiitide planeerimine. Vahel on vajalik ravi korrigeerimine.

Uneapnoe õigeaegne avastamine ja efektiivne ravi võimaldavad saavutada südamehaiguste ja II tüüpi diabeedi efektiivsema ja stabiilsema ravitulemuse ja vähendada kardioversiooni vajadust.

ONEMED

Sinu uni on hoitud!



J. Sütiste tee 17, Tallinn • meditsiiniseadmed.ee • +372 686 5080

Migreeni saab ja peab ravima

Violetta Riidas

violetta.riidas@aripaev.ee

Migreen on peavalu vorm, mida iseloomustavad korduvad mõõduka kuni tugeva intensiivsusega peavalud, mis võivad oluliselt segada inimese igapäevaelu ja mõjutada elukvaliteeti. Confido meditsiinikeskuse neuroloogi Siim Schneideri sõnul on migreen peavalu vorm, mida iseloomustavad korduvad mõõduka kuni tugeva intensiivsusega peavalud ning nendega kaasnevad neuroloogilised, gastrointestinaalsed, autonoomsed, vestibulaarsed ja kognitiivsed sümptomid.

Migreenihood on eri pikkusega ja kestavad mõnel juhul mitu päeva. Seega on tegu raske haigusega, mis võib oluliselt segada igapäevaseid tegemisi ja halvendada elukvaliteeti. Alla 50aastaste seas on migreen kõige sagedasem neuroloogiline haigus. Doktor Kati Braschinsky tehtud uurimustöö kohaselt põeb Eestis migreeni umbes 150 000 tööealist inimest.

Meestega võrreldes esineb fertiilses eas naistel migreeni kolm korda rohkem, mille põhjus võivad olla menstruaaltsükliga seotud hormonaalsed kõikumised. Samas võib see haigus tekkida igas vanuses, isegi väikelastel.

Migreenil on tugev geneetiline eelsoodumus: nimetatud haiguse tekkega on seotud vähemalt 123 geeni, mistõttu pärandub migreen tihti põlvest põlve.

Peavalu pole migreeni ainuke sümptom

Migreenihoo ajal käivitab hüpotalamus kaskaadi, mille käigus vallandub kaltsiioni geeni seotud peptiid (CGRP). See närvisüsteemi virgatsaine on üks keskmajad põhjuseid, miks tekib migreeni valu. Võrreldes pinget tüüpi peavaluga on migreenihoo ajal tekkiv valu tugevam, see on ühepoolne ja pulseeriv ja sellega võib koos esineda ka aura. See neuroloogiliste sümptomite kompleks võib hõlmata nägemist (näiteks virvendavad laigud nägemisväljas), motoorikat (näiteks käe nõrkus), kõne (näiteks raskus sõnade leidmisel) või naha tundlikkust (näiteks nõelatorke laadset tundmused näos ja käes).

Kui migreenihoo kestab mitu päeva ega lahene koduste meetoditega, tasub patsiendil haiglasse pöörduda. Seal saab abi ravist, mida kodus ei ole võimalik rakendada.

Lisaks vajab kiiret sekkumist peavalu, millel on võimalikule eluohtlikule seisundile viitavad ohumärgid. Need on äkitselt tekkinud tugev, noahoobina tajutav peavalu, mis saavutab maksimumi juba ühe minutiga, kaasnev teadvuse häire või kõrge palavik. On oluline, et migreenihaiget ümbritsevad inimesed saaksid aru, milliseid katsumusi migreen tekitab. Haiguse ränka mõju kirjeldab ilmekalt fakt, et migreenihoo kestel säilib töövõime vähem kui 10% inimestest ning kõik ülejää-



Mõnda patsienti uuritakse migreeni diagnoosimisel ka magnetresonantsstomograafia abil.

FOTO: SHUTTERSTOCK



Vahel on migreenihoo nii raske, et vaja on erakorralist abi.

Siim Schneider

nud peavad voodisse jääma või töö katkestama.

Migreenihoo ajal tuleks anda inimesele võimalus minna vaiksesse ja hämarasse ruumi, kus ta saab ravimeid võtta ja parimini taastuda.

Kõige sagedasem hoo vallandaja on stress

Migreenihoo võivad käivitada ka keskonnafaktorid (näiteks ere valgus ja tugev müra), ilmastikutingimused või unehäired.

Paljudel haigetel vallandub migreenihoo teatud joogi või toidu (näiteks punane vein või tomatid) tarbimisel. Kui inimene avastab, millised toiduained tema puhul migreenihoo käivitavad, siis oleks tark neist loobuda. Samuti tuleks migreenikul toetuda tasakaalustatult, süüa kindlatel kellaaegadel ja vältida tühja kõhu teket. Migreeniravi jaguneb kaheks

● Migreenihoo ravis mängib suurt rolli patsiendi teadlik käitumine. Nimelt tunneb mõni inimene juba varakult, enne peavalu tekkimist, et migreen on tulekul. Selles faasis ehk nn prodroomi ajal võib patsient kogeda meeleolumuutusi, väsimust ja intensiivset haigutamist. Sel ajal peaks patsient veenduma, et vajalikud migreeniravimid on käepärast. Samuti võiks hoiduda suurematest seltskondlikest üritustest ja eelistada vaikemat keskkonda. Mõni uuring on näidanud, et kui migreenihoo ravi alustada juba eelnähtude etapis, võib tulemus olla eriti efektiivne, aga need soovitusel pole veel ravijuhistesse jõudnud. Efektiivne migreenihoo ravi peaks vabastama inimese valust kahe tunni jooksul. Kui patsient ei ole ravimi mõjuga rahul või kogeb liiga palju kõrvaltoimeid, siis saab raviplaani korrigeerida.

● Ennetusravi on vajalik lähtuvalt sellest, kui sageli inimene migreenihoo kogeb, kui rasked on migreenihoo sümptomid, kui kaua hoog tavaliselt kestab jms. Kui patsiendi elu on migreenist oluliselt häiritud, peaks alustama ennetusravi.

Tasub meeles pidada, et nii hoo- kui ka ennetusravi puhul on kasu migreenihaige enda positiivsest häälestusest: usk ravimi toimesse muudab sageli ravi palju tõhusamaks.

Täpne diagnoos ja terviklik lähenemine

Kuigi migreen on haigus, mille arst saab diagnoosida juba peavalude iseloomu järgi, siis alati on vaja teha põhjalik üldine läbivaatus ning vajaduse korral määrata lisauuringud (näiteks magnetresonantsstomograafia või analüüsid).

Tõhus migreeniravi eeldab personaalset ja multidistsiplinaarset lähenemist. Peavaluraviga tegelevasse tiimi võiksid peale arsti kuuluda veel peavaluõde, füsioterapeut ja psühholoog. Koos töötades saavad nad pakkuda migreenipatsiendile terviklikku lahendust, mis hõlmab sobivate ravimite kõrval näiteks ka eluviisi puudutavat nõustamist ja vaimse tervise tuge.

Lahendus on alati olemas ja lõpuks leitakse sobiv ravi

Migreeniravi valdkond on viimastel aastatel jõudsalt arenenud. Seepärast kindlatab doktor Siim Schneider kõigile migreenihaigetele, kes pole veel sobivat raviskeemi leidnud, et tasub jätkata otsimist. Koostöös arstide ja teiste spetsialistidega saab migreenipatsient enamasti leida sobiva ravi, mis leevendab hoo kestel kogetavaid sümptomeid ning vähendab hoogude sagedust, parandades tunduvalt elukvaliteeti.

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**

Akne ravisoovitusi perearstidele

Alina Brokk

Meliva
dermatoveneroloog

Akne on nahahaigus, mis tekib sageli hormonaalsete muutuste taustal. Selle kujunemisel on kolm peamist mehhanismi: rasunäärmete aktiivsuse suurenemine, viimajuhade sarvestumise häired ja bakterite põhjustatud põletikud.

Rasunäärmete suurem aktiivsus viib liigse rasu tootmiseni, mis koos sarvestumisega takistab rasu vaba liikumist nahapinnale. See loob soodsad tingimused bakterite, eriti *Cutibacterium acnes*, kasvuks ja põletikulise reaktsiooni tekkeks.

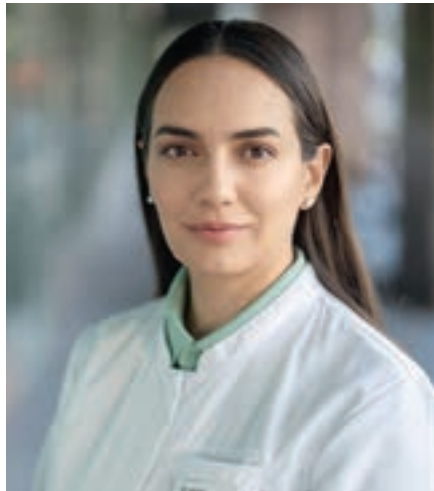
Geneetikal on akne tekkes märkimisväärt roll – see määrab u 80% ulatuses, millal akne algab, kui raske see on, kaua kestab ja kas sellega kaasnevad armid. Näiteks võivad geneetilised tegurid otustada, kas akne vorm on kergem või raske, mille korral jäävad püsivad armid.

Kuigi toitumine mõjutab, näiteks kergete (kiiresti imenduvate) süsivesikute tarbimine soodustab akne ägenemist, pole see reeglina haiguse teket määrav. Enamasti on akne seotud hormonaalsete muutustega, mis algavad puberteedias, on füsioloogilised ja tagavad normaalse arengu.

Kui lisaks aknele esinevad sellised sümptomid, nagu ebaregulaarne menstruaatsioon ka pärast 15. eluaastat, tugev meestüüpi karvakasv naistel või järsk tugev kaalutõus või langus, võib olla vajalik endokrinoloogi või günekoloogi konsultatsioon.

Akne ravi alus on korrektne ja järjepidev nahahooldus. Naha puhastamine kaks korda päevas näopesugeeli või vahuga (mitte tükisebiga) aitab eemaldada liigset rasu ja mustust, vähendades seeläbi põletiku teket.

Kaheetapiline näopuhastus, mis hõlmab esmalt näopuhastusõli ja seejärel puhastusgeeli kasutamist, on efektiivne meetod naha puhastamiseks. See aitab efektiivsemalt eemaldada meigi jäägid, mustuse ja liigse rasu, valmistades



Mööduka ja raske akne korral on sageli vaja süsteemset ravi.

Alina Brokk

samas nahka ette raviainete paremaks imendumiseks.

Mineraalpuuder on hea alternatiiv tavapärastele jumestuskreemidele, kuna see ei ummista poore ja vähendab ärrituse riski. Oluline on ka päikesekaitse kasutamine kevadest varasügiseni, eriti akne-ravi ajal, kuna paljud ravimid muudavad naha tundlikumaks UV-kiirguse suhtes ja suurendavad ühtlasi ka hüperpigmentatsiooni riski.

Ravi ajal võivad ilmned kõrvaltoimed, nagu naha punetus ja ketendus, eriti retinoidide kasutamisel. Sellisel juhul on oluline naha rahustamine ja võimalusel ravi algfaasis aeglane intensiivsuse tõstmine,

alustades ravi näiteks kolm korda nädalas ning suurendades seejärel järk-järgult kasutuskordi.

Ravimeetodid

Akne ravi sõltub haiguse raskusest. Kergemate aknevormide puhul võib piirduda paiksete preparaatidega, mis sisaldavad toimeaineid, nagu aselaiinhape, salitsüülhape või bensoüülperoksiid. Need ained vähendavad põletikku, hoiavad naha puhtana ja ennetavad uute komedoonide teket. Paiksed retinoidid, näiteks tretinoiin, adapaleen ja trifaroteen, on tõhusad komedoonide ja paapulite vähendamisel. Need kiirendavad naharakkude uuendamist ja avavad ummistunud poorid. Retinoidide ajal muutub nahk tundlikuks ja mõnel patsiendil võib tekkida tugevam ärritus, millega kaasneb sügelus ja kipitus. Sellisel juhul on oluline naha rahustamine ja võimalusel ravi algfaasis aeglane intensiivsuse tõstmine, alustades ravi näiteks kolm korda nädalas ning suurendades seejärel järk-järgult kasutuskordi. Lisaks soovitatakse retinoididega ravi ajal kasutada niisutavat õrnatoimelist kreemi, mis aitab hoida naha niiskustasakaalu ja vältida liigset kuivust, mis on sageli selle ravi kõrvaltoime.

Mööduka ja raske akne korral on sageli vajalik süsteemne ravi. Isotretinoiin on üks tõhusamaid ravimeid, mida raske aknevormide puhul kasutatakse. Ravi kestab tavaliselt 16-24 nädalat ning enamik patsiente vajab ravimit 0,5-1 mg/kg päevas. Kuigi isotretinoiin on väga efektiivne, kaasnevad sellega sagedased kõrvaltoimed, nagu huulte kuivus, naha õhenemine ja punetus. Samuti on see ravim teratogeenne, mistõttu on ravi ajal vajalik efektiivne kontratseptsioon.

Akne korral võib kasutada kombineeritud suukaudseid kontratseptiive, mis sisaldavad östrogeeni ja progestiini. Need tasakaalustavad hormonaalset tausta ja vähendavad aknet põhjustavate androgeenide toimet.

Alternatiiv on spironolaktoon, mis toimib androgeeni retseptorite antagonistina. Kuigi see ravim pole esmavalik, on

see efektiivne teatud juhtudel, eriti naistele, kellel esineb androgeenide liig näiteks polütsüstiliste munasarjade sündroomi PCOS tõttu.

Ägeda akne korral, kui esinevad suured põletikulised paapulid ja pustulid, kasutatakse sageli lühiajaliselt antibiootikume, näiteks doksütsükliini.

Antibiootikumravi saab kombineerida paikse raviga: retinoidide või aselaiinhap- pega, et tagada pikaajalisem mõju. Antibiootikume ei soovitata kasutada pikaajaliselt, kuna need võivad viia bakterite resistentsuse tekkeni.

Ravi peab olema piisavalt pikk

Üks sagedasemaid vigu akne ravis on liiga lühike raviperiood. Paljud patsiendid lõpetavad ravi kõrvaltoimete tõttu enne- aegselt, isegi õige ravi puhul ilmnevad esimesed paranemise märgid tihti alles teisel ravikuul.

Retinoidide puhul on kerge ketendus ja punetus tavapärased ja näitavad, et ravim töötab. Akne ravi on pikaajaline protsess, mis kestab sageli aastaid.

Samuti kasutatakse ravimeid tihtilugu liiga väikeses koguses – näiteks näopiirkonna ravimiseks on vajalik vähemalt 0,5 g ravikreemi päevas.

Teine levinud vigu on ravi asemel akne põhjuste otsimisele keskendumine. Kuigi sellised tegurid, nagu toitumine võivad akne kulgu mõjutada, ei ole need enamikul juhtudel esmatähtsad.

Efektiivne ravi, sealhulgas paiksete retinoidide (retseptiravim, mitte ajada sassi käsimüügi retinooliga) kasutamine, ennetab aknearmide teket ja parandab naha üldist seisundit.

Müüdid, nagu “akne paraneb vanusega iseenesest” või “päike aitab aknet ravida,” võivad viia ravi edasilükkamiseni. Kuigi kerge akne võib mõnel juhul vanusega paraneda, jäävad vähemalt 15% patsientidest armid. Kuigi päike mõjub tihti aknele hästi, on see ajutine ja pikemas perspektiivis ravile halb alternatiiv, kuna UV-kiirgus suurendab hüperpigmentatsiooni riski ja võib põhjustada naha vananemist ja nahavähki.

Tasub teada: Armide ravi ja elukestev lähenemine

● Kui akne on jätnud armid, võib kasutada laserlihvimist, mis stimuleerib kollageeni tootmist ja parandab naha struktuuri. Ravi on efektiivne, kuid nõuab mitut protseduuri ning taastumine võtab aega.

Akne ravi ei lõpe sageli haiguse sümptomite kadumisega, kuna aknele kalduv nahk võib vajada ravi aastaid, et säilita-

da saavutatud tulemust. Perearstid mängivad siin olulist rolli, aidates patsiendil mõista ravi pikaajalist olemust ja suunates patsiendi keerukama juhtumi korral dermatoloogi vastuvõtule. Õigeaegne sekkumine ja järjepidev ravi aitavad aga vältida armide teket ning parandada ja hoida patsiendi elukvaliteeti.



Akne ravi ajal võivad ilmned kõrvaltoimed, nagu naha punetus ja ketendus.

FOTOD: ALINA BROKK



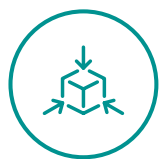


adapaleen+bensoüülperoksiid

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

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 kreem¹. **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 järelevalvet, 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-update-reports-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!