



Tunnustus

Tunnustuspeod ühendati aastalõpu pidudega

Haiglad ühendasid tunnustamise ja pühade tähistamise valdavalt korraliku programmiga. Näiteks PERH pidas pidu kultuurikatlas ja kliinikum kammivabrikus. Viljandi haiglas aga ei ole mitu aastat aastalõpu pidu toimunud. ▶8-9

Confido sisekliiniku juhi, neuroloog **Toomas Toomsoo** sõnul väärivad migreenihaiged võrdset kohtlemist, mida praegu ei saa. ▶16



MEDITSIINI-UUDISED



Sõltumatu häälekandja arstidele ja apteekritele, ilmub kaks korda kuus teisipäeval • nr 2 (520) 3. veebruar 2026

www.mu.ee

Aasta arst 2025: Elle-Mall Sadrak

Uudised

Perearst peab aasta pausil olema

PEREARST Konstantin Ivanov peab kohtuotsuse jõustumisel aasta aega perearsti tööst eemal olema. ▶7



Fookuses: vähk Nooremad naised ka uurimisgrupis

RINNAVÄHI söeluuring liigub geneetilise riski põhisele mudelile, selgitab kliinikumi onkoloog **Peeter Padrik**. ▶10-12

Fookuses: seedimine Loeb kvaliteetne ettevalmistus

PATSIENDI ettevalmistus on koloskoopia õnnestumise eeldus, kirjutab endoskoopiaõde **Dmitri Saveljev**. ▶14

Fookuses: harvik Müasteeniahaiged ootavad ravimit

LIHASHAIGETE selts koos neuroloogidega ootab uue põlvkonna ravivõimalust Eestis, mis on Lätis ja mujal juba olemas. ▶18

Aasta arstiks valitud perearst **Elle-Mall Sadrak** on alati valmis oma de eest seisma ja ebaõiglust vähendama.

▶3, 8-9



Peaminister andis tiitli doktor Sadrakule üle riigivanemate saalis Toompeal.

FOTO: RAIN JÜRISTO

Sajandi projekt või kaotatud võimalus?

Tallinna Haigla ASi juhataja, doktor **Arkadi Popov** arutleb praegu nii palavat diskussiooni põhjustava pealinna uue haiglakompleksi tulevikuvälkute üle nii juriidilise ühinemise kui ka uue hoone ehitamise vaatest. ▶3



Kontrolli enne usaldamist

Meditsiiniõigusele spetsialiseerunud vandeadvokaat **Ants Nõmper** kordab tarkusetera: "Usalda, aga kontrolli!" – hiljuti puhkenud kaperavi juhtumist ajendatuna. ▶5



Originaalravim Lyrica[®] (pregabaliin)

nüüd patsiendile soodsam – uus hind ja soodusmäär

Näidustused:

- neuropaatiline valu
- epilepsia
- generaliseerunud ärevushäire



Viited:

1. Lyrica[®] (pregabaliin) ravimi omaduste kokkuvõte 09/2025.
2. Soliman N, et al. Pharmacotherapy and non-invasive neuromodulation for neuropathic pain: a systematic review and meta-analysis. Lancet Neurol. 2025;24(5):413–428.

Lyrica[®] (pregabaliin), 75 mg kõvakapslid N56. Retseptiravim.
Lyrica[®] (pregabaliin), 150 mg kõvakapslid N56. Retseptiravim.
INN. Pregabalinum.

Näidustused: Neuropaatiline valu. Lyrica on näidustatud perifeerse ja tsentraalse neuropaatilise valu raviks täiskasvanutel. Epilepsia. Lyrica on näidustatud täiendavaks raviks täiskasvanutel, kellel esinevad partsiaalsed krampid sekundaarse generaliseerumisega või ilma. Generaliseerunud ärevushäire. Lyrica on näidustatud generaliseerunud ärevushäire (GAD) raviks täiskasvanutel.

Müügiloa hoidja: Upjohn EESV, Rivium Westlaan 142, 2909 LD Capelle aan den IJssel, Holland.

Täiendav teave müügiloa hoidja esindusest: Viatris OÜ, Liivalaia 13, 10118 Tallinn.

ET-LYR-2025-00006 12/2025

arvamus



Patsient, kontrolli, kes sind ravib!

Vandeadvokaat Ants Nõmper juhtumist, kus hambaarst Sven Kalle, kes pakkus keskmisest soodsama hinnaga ka-peravi, milleks tal erialast pädevust ei olnud, kadus koos paljude patsientide rahaga. Loe mu.ee 20.01 ja sellest lehest lk 5.

Kommentaari:

Sajandi projekt või kaotatud võimalus?



Arkadi Popov

ASi Tallinna Haigla juhatuse liige

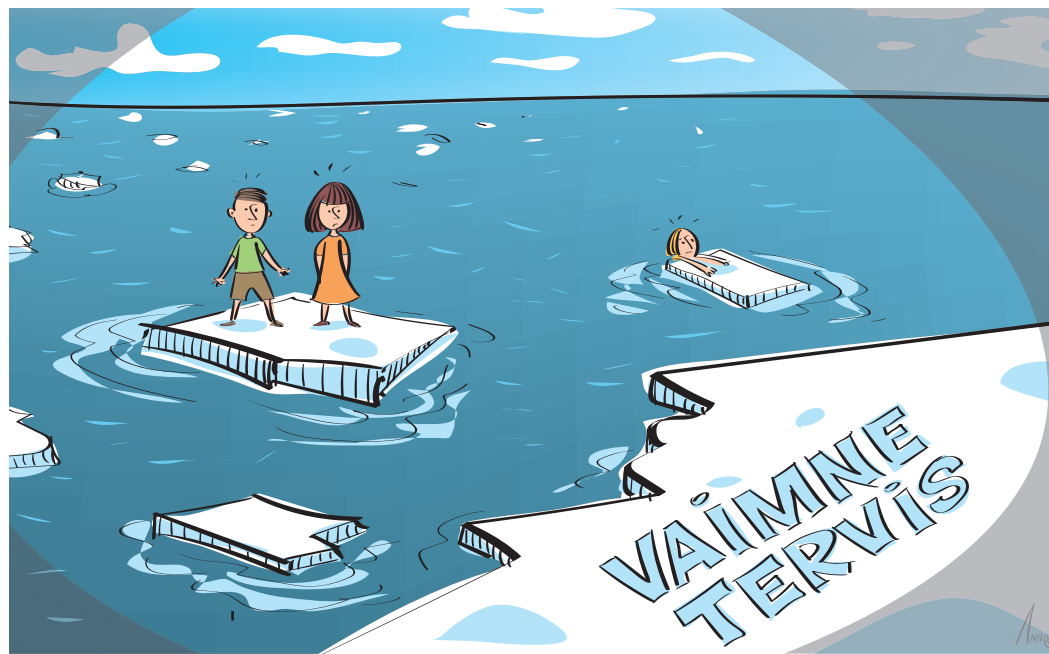
Pikk ajalugu Tallinna haiglaga on toonud kaasa oma müüdid ja eelarvamused ning seinast seina ulatuvad tõlgendused. On täiesti selge, et projekt poliitiseerus üsna varakult.

Viimase aasta jooksul on projekti n-ö betooni poolele lisandunud teinegi oluline mõõde: Tallinna munitsipaalsete ravi-asutuste konsolideerimine ASi Tallinna Haigla kontserni. Selguse huvides tuleb kohe rõhutada, et tegemist on kahe paralleelse protsessiga, millega AS Tallinna Haigla tegeleb ka tänavu. Isegi juhul, kui Lasnamäe meditsiinilinnaku projekteerimine peaks peatuma, läheb konsolideerimise protsess edasi. See on tervishoiu alarahastamise tingimustes eriti aktuaalne, sest konsolideerimise eesmärk on tagada piiratud ressursside võimalikult kuluefektiivne kasutamine.

Raha kulub palju nii ehk naa. Mis puudutab uue haiglahoone vajadust, siis selles küsimuses on nii linnahaiglates töötavad meedikud kui ka valdav enamik poliitikutid üsna üksmeelsed: 50–80 ja enam aastat tagasi ehitatud haiglahoone on kas juba amortiseerunud või amortiseeruvad 10–15 aasta jooksul. Samal ajal nõuavad investeeringud olemasolevate hoonete parendamiseks või uute lisahoonete rajamine nende kõrvale peaaegu sama palju finantsressursse kui uue haiglahoone ehitamine. See summa võib hinnanguliselt ulatuda kuni 640 miljoni euroni. Seejuures ei taga selline lähenemine taristu täielikku väljavahetamist, sest vanad hooned jäävad ikkagi alles.

Argument, et uus haigla projekteeritakse aegunud andmete põhjal, ei vasta päriselt tõele. Kuigi funktsionaalsed arengukavad koostati umbes kaheksa aastat tagasi, on koostamisel kasutatud demograafilised ja ravimahtude prognoosid, mis tuginevad statistikaameti andmetele, realiseerumas juba praegu. Samuti lähtusid haiglate spetsialistide meeskonnad, keda projekteerimisprotsessi kaasati, alati aktuaalsetest ravimahtude andmetest.

Võidaks pool Eestit. Arusaadavatel põhjustel on kõige teravamaks kujunenud projekti rahastamise küsimus, sest selle hinnanguline maksumus on umbes 900 miljonit eurot. Tallinna haiglatel seda raha ei ole ning on selge, et ilma riigi, Euroopa Liidu ja Tallinna linna osaluseta ei ole võimalik projekti ellu viia. Just sellest vaatenurgast on eriti kahetsusväärne, et poliitilisel tasandil ei ole aastate jooksul suudetud leida kompromissi ja edasi liikuda projektiga, millest pikas perspektiivis võidaksid kõik Põhja-Eesti elanikud.



ILLUSTRATSIOON ANTI VEERMAA

Juhtkiri

Laste vaimne tervis ei malda oodata

Laste ja noorte vaimse tervise olukord Eestis on jõudnud punkti, kus perearstid tunnevad end jõuetuna. Mitte seepärast, et nad ei tahaks aidata, vaid seetõttu, et abi järgmine aste on paljudel juhtudel sisuliselt kättesaamatu. Sellele he persooniloos märgib aasta arstiks valitud perearst ja perearstide seltsi president Elle-Mall Sadrak, et just laste vaimse tervise seotud juhtumid on need, kus käed jäävad lühikeseks – probleem on tuvastatud, kuid psühhiaatrilist abi ei ole võimalik saada. Perearsti ja ka vaimse tervise õe pädevus ammendub ühel hetkel punktis, kus algama peaks eriarsti vastutus.

Meditsiiniuudised leiab, et strateegiadokumentidest, rakenduskavadest ega lubadustest enam ei piisa. Midagi on vaja kiiresti ette võtta. Lapsele või noorele oli näiteks 26. jaanuaril digiloost võtta kaks aega Tallinnas ja üks Võrus. Seda veebruaril alguseks ja muidugi 124–180 eurose tasu eest. See ei ole ligipääsetav abi ega võrdselt kättesaadav tervishoid. Riiklik vastutus ei saa lõppeda sellega, et perearst saab aru, et vaja oleks psühhiaatrit, kuid peab samas tõdema, et suunata pole kuhugi.

Sadraku kirjeldused näitavad, et tegemist ei ole üksikute juhtumite, vaid süsteemse ummikuga. Lapsed ja noored, kelle perearst on katkine, keskkond mittetoetav ja probleemid kuhjunud, jõuavad perearsti vastuvõtule isegi politseiautoga, sest psühhiaatriaigla neid vastu ei võta, kodune taust on sageli pehmelts öeldes keeruline ja mujale pole neid ka viia.

Samal ajal tunnistavad ka psühhiaatrid, et ressursse ei ole. See jätab perearsti olukorda, kus vastutus on olemas, aga vahendid puuduvad.

Perearstid ei ole jäänud käed rüpes ootama. Selts on omal algatusel käivitanud vaimse tervise õdede pädevuskoolituse, kuid ka see ei asenda lastepsühhiaatrit. See on leevendus, mitte lahendus.

Vaimse tervise kriis eeldab kiiret sekkumist – reaalseid vastuvõtuaegu, toimivat koostööd ja vastutuse jagamist. Meil ei ole nii palju inimesi, et saaksime kaotada noori, keda oleks mingis etapis võimalik aidata, ent kes abita jäämise korral võiksid langetada kuritegevuse ja narkootikumide küüsi.

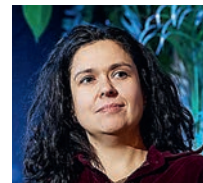
Loe samal teemal lk 8-9

Meditsiini-töötajad, kes on harjunud langetama keerulisi otsuseid oma igapäevases tööruutinis, lausa imestavad selle üle, kui muutlikud võivad olla poliitilised otsused.

Riiklik vastutus ei saa lõppeda sellega, et perearst saab aru, et vaja oleks psühhiaatrit, kuid peab samas tõdema, et suunata pole kuhugi.

VÕITJA
Marika Priske

Marika Priske jätkab ka Tallinna hambakliiniku juhatuse liikmena, ehkki on nüüd Eesti Raudtee nõukogu esimees. Mullu aprillis valis Priske aastaks oma juhiks ka SA Tallinna Haigla Arendus nõukogu, mida sel kujul enam olemas ei ole.

VÕITJA
Anna-Kaisa Oidermaa

Colonna heategevusfond andis peaasi.ee-le (juht Anna-Kaisa Oidermaa) üle 171 592 euro suuruse annetuse, mis võimaldab koolitada kokku pea 700 spetsialisti lapsevanematele toe pakkumiseks programmis "Räägime lastest".

Nädala foto:

Noored pered lastearstide ees



Fotografiskas toimunud Tallinna lastehaigla hommikuvööndi kohtumisel noorte vanematega osalesid lastehaigla ravijuht Liis Toome (paremal) ja vastutav füsioterapeut Cristina Löökene. Kaheksast üritusest koosnev seeria kestab märtsini.

FOTO: REGINA LEPMETS

mu.ee lugude TOP

- Vestlusring: noored arstid enda rollist tervishoios
- Kliinikumis toimunud CART sümposium viib Eesti lähemale tiptasemel rakuravile
- Eesti parimaks tervisetehnoloogia iduettevõtteks valiti Muun Health
- USAs kirjutati debüütnädalal välja üle 18 000 Novo Nordiski Wegovy tableti retsepti
- Ekspertloeng perearstidele: kuidas hoida 100 aastat veresoonte tervist ja elada täisväärtuslikult kõrge eani
- Läti Bauska haigla vallandas hooletuse kahtluse tõttu arsti
- Perearstikeskuste top: ühe kasum ületas miljonit

Toimetaja repliik:

Kogemus Tallinna valveperearstidega

Kadi Heinsalu

Meditsiiniuudiste peatoimetaja

Käisin kõhiva teismelisega Confidos Tallinna rahastusega avatud valveperearstiteenusel. Reede õöl vastu laupäeva oli kõha olnud nii hull, et pani tegutsema. Aegu oli saada, küll pereõele, mitte arstile. Oli üllatavalt meeldiv kogemus. Inimesi oli vähe ja kellaaegast peeti kinni. Noormehele tehti vaja-

likud kiirtestid põletikunäitaja saamiseks, mõodeti vererõhku, kuulati kopse ja anti head nõu ennekõike pöörduda oma perearsti poole, sest uuringute osas jäävad nende käed lühikeseks. Registreerimisel aga küsiti, kelle nimetus poiss on: Tallinn kogub tasuta teenuse vastu statistikat, millistest perearstikeskustest käiakse. Loodetavasti ei tule sellest pahandus, sest perearst on meil hea!

Üks küsimus: Miks sel hooajal gripivaktsiinid nii vara otsa said?

Hanna Jäe

Tervisekassa vaksineerimise teenusejuht

Tervisekassa hankis 2025/2026. viirushooajaks üle 130 000 doosi riskirühmade kaitseks mõeldud gripivastast vaktsiini. Tuhande doosiga lisakogus saabub Eestisse lähinädalatel. Võrdluseks, 2024/2025. aasta viirushooajaks hangiti 131 000 doosi riskirühmadele mõeldud gripivaktsiini.

Võrreldes varasemate viirushooaegadega on elanikkonna huvi gripivastase vaksineerimise vastu sel hooajal olnud kõrgis riskirühmade oluliselt suurem. 12. jaanuari andmetel oli gripi vastu vaksineeritute arv ligi 194 000 inimest, möödunud viirushooaja koguhõlmatus oli 169 873 inimest.

Marko Tiisler

Ravimiameti sisse- ja väljaveo järelevalve büroo juhataja

Kõige alus on ikkagi vaksineerimine. Gripivaktsiinide hanke- ja tarnemahud lepatakse müügiloa hoidjate, hulgimüüjate ja tervishoiuteenuse osutajatega kokku iga aasta esimeses pooles. Juba on töös 2026/2027 hooaja gripivaktsiini prognoos.

Koguste planeerimisel lähtutakse eelnevate aastate ja käesoleva hooaja kasutusest, lisaks väike „puhver“ kasvaks. Mida suurem on huvi ja vaksineerimismäär, seda suuremad on ka järgmistele hooaegade tärned. Mida leigem huvi, seda vähem vaktsiini Eestisse tuuakse. Samal ajal, kui toimub uue hooaja vaktsiinivajaduse prognoos, püütakse välja selgitada, millised gripi tüved võivad muuta järgmisel hooajal domineerivaks.

Innovatsioon

Muun Health sai parimaks iduettevõtteks tervishoios

EESTI Eesti idufirmade auhinnagalal valiti parimaks tervisetehnoloogia iduettevõtteks Muun Health, mis arendab biosensoreid naissuguhormoonide jälgimiseks, et lahendada ülemaailmset viljatuseprobleemi. Muun Health kasvatas mullu oma teadus- ja arendustiimi, jõudis laboratoorse kontseptsioonitöenduseni, sai 150 000 eurot toetusi ning sulges edukalt 549 000 euro suuruse rahastusvooru. Lisaks loodi akadeemilised, tööstuslikud ja kliinilised partnerlused seitsmes Euroopa Liidu riigis.

Sõltuvus

Uuring: Kanep eneseraviks ja kokaiin lõbutsemiseks

EESTI Tervise arengu instituut (TAI) avaldas esimesed Eesti kohta käivad tulemused ELi uimastiagentuuri (EUDA) mulju koordineeritud Euroopa narkootikumikasutuse veebiuuringust. Ilmnesid ohtlikud trendid: kanepit kasutatakse eneseravi eesmärgil ja kokaiini koos alkoholiga. Anonüümses uuringus osalesid 18aastased või vanemad Eestis elanikud, kes olid vähemalt korra elu jooksul narkootikume tarvitanud. Uuringusse kaasati 2208 inimest. Kõige levinumad narkootikumid on endiselt taimne kanep, amfetamiin, kokaiin ja *ecstasy*. Kanepit oli elu jooksul tarvitanud 97% vastanutest, sh 42% viimase 30 päeva jooksul. Kanepi tarvitamise peamiste põhjustena nimetati stressi leevendamist ja joobe saavutamist. Kokaiini tarvitamise peamiste põhjustena mainiti meelelahutust, sotsialiseerumist ja samas ka ärkvel püsimist ning organismis alkoholi mõjude vähendamist. Kokaiini ja alkoholi koostarvitamine oli väga levinud: viimasel tarvitamiskorral kasutas kokaiini koos alkoholiga 88% tarvitanutest.

Uurimine

Kahtlustus kliinikumis riigihangete rikkumises

TARTU Keskkriminaalpolitsei on esitanud kahtlustuse Tartu ülikooli kliinikumi ortopeediakliiniku juhile Katre Maasalule, keda kahtlustatakse riigihangete nõuete eriti suures rikkumises. Kahtlustusega seotud riigihanke maksumus on ligi 25 miljonit eurot. Kahtlusega seoses korraldati eelmisel nädalal kliinikus ka läbiotsimine ning kahtlustus on esitatud ortopeediakliiniku juhile ja kahe osatüübi esindajatele. Neist üks on Wimberg OÜ, mida juhib endine siseminister Toomas Varek ja tema tütar, Rakvere linnapea Triin Varek. Esialgse kahtlustuse kohaselt on traumatoloogia metallosteosünteesi vahendite ja liigeste endoproteeside riigihankes antud eelis kahele ettevõttele, aga huvilisi oli seitse. TÜ kliinikumi juhatuse esimees Priit Perens märkis, et Maasalu jätkab juhina 31. jaanuarini ning töötab menetluse ajal edasi arstina.



MEDITSIIINUUDISED

meditsiiniuudised@aripaev.ee

Peatoimetaja:

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

Toimetus:

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

Reklaam:

tel 667 0177
reklaam@aripaev.ee
Maarja Körv, 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 ASI Äripäev kirjaliku nõusolekuta keelatud. Kaebuste korral ajalehe sisu kohta võite pöörduda pressinõukogusse, pn@eall.ee või tel (372) 646 3363.

Kuidas süüa, et muuta elu?

Dr **Emily Leemingu** teos "Nutikas soolestik. Kuidas süüa nii, et muuta oma teise aju elu" jagab nõuandeid kõhubakterite teadlikust reguleerimisest, et aju ja seedesüsteemi side oleks võimalikult hea ja toetaks nii vaimset tervist kui ka füüsilist heaolu. Raamat on praktiline, sisaldades rohkelt tabeleid, loetelusid, ülevaateid, kohti eneseanalüüsiks. Kirjastus Äripäev, ilmub veebruaris, maht 335 lk. Info: <https://pood.aripaev.ee/raamatud-nutikas-soolestik>



10.02

VEBINAR "Depressioon - kui laps ei jaksa enam" - Veebiseminar annab ülevaate depressiooni äratundmisest, käsitlest ja koostööst lapse, pere ning koolikeskkonnaga. Lektor lastepsühhaater **Anne Kleinberg**. Info ja piletid: <https://pood.aripaev.ee/noorukidepressioon>

Soovitus:

Patsient, kontrolli, kes sind ravib!

Selleks et patsient ei peaks hakka-ma oma õigust ja raha taga ajama, on vajalik meele pida rahvatar-kust "Usalda, aga kontrolli!" Kontrolli, kes sind ravib!

Kõigepealt tuleb kontrollida, kas tegemist on tervishoiuteenusega. See küsimus tekib, kui teenust minnakse saada väljapoole meditsiinisüsteemi. Eesti kohtud on näiteks pidanud vaagima küsimust, kas inimese enesetapule kaasa aitamine ehk suitsiidikontori pidamine on tervishoiuteenus, ja jõudnud järeldusele, et ei ole. Samuti on Eesti kohtud pidanud otsustama, kas nõelte panemine, täitesüstide või Botoxi tegemine, vitamiinide ja mineraalide süstimine on tervishoiuteenus. Kõikidel nendel juhtudel on kohtud leidnud, et tegemist on tervishoiuteenusega, mida tohib osutada ainult nõuetekohaselt registreeritud tervishoiutöötaja. Kohtute jaoks on seega olnud oluline nii tegevuse eesmärk kui ka kasutatavad ained.

Kasutatavate ainetele on samuti liht-



Ants Nõmper
Ellex Raidla partner

Patsient astub turvalisest Eestist sisuliselt Metsikusse Läände.

ne. Kohtud on tõendanud, et ravimite ja meditsiiniseadmete viimine inimese kehasse on arsti pärusmaa ehk tervishoiuteenus. Kuna botuliintoksiini süstid on registreeritud ravimitena ja hüaluroonhappe täitesüstid meditsiiniseadmetena, siis tohivad nende ainete manustamise otsuseid teha ainult arstid. Arsti otsust võib rakendada ehk süsti teha ka meditsiiniõde, kellel on vastav ettevalmistus.

Lisaks vaidlustele, kas tegemist on üldse tervishoiuteenusega, on vaieldud ka selle üle, kes arstidest võib konkreetset tervishoiuteenust osutada. Viimati oli vaidluse all küsimus, kes võib osutada kaperavi ("Pealtnägija" 14.01.2026). Tegelikult on seadus selge: kaperavi on ortodontilise ravi osa, mida võib osutada ainult erihambaarstina registreeritud ortodont, mitte aga tavaline hambaarst ehk stomatoloog.

Kaperavi pole kõigi jaoks. Arstid ja hambaarstid jagunevad üldarstideks ja eriarstideks. Üldarst ja hambaarst on läbinud oma valdkonna õppe ning hakanud tegutsema (hamba)arstina. Eri(hamba)arstiks peab aga õppima kauem ehk läbima eriala residentuuri. Residentuuri kestus sõltub erialast ja võib kesta 3-5 aastat. Kui eriarstide erialasid on kokku lausa 39, siis erihambaarstidel on neid kolm: restauratiivne hambaravi, ortodontia ning suu-, näo- ja lõualuukirurgia.

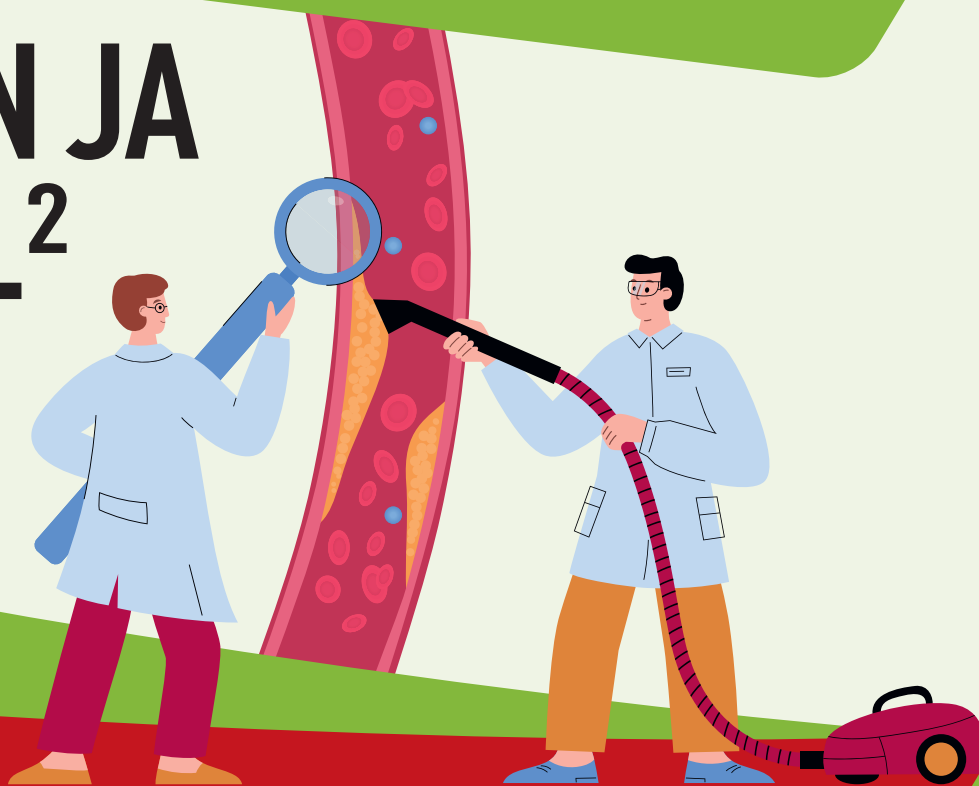
Tuleme tagasi kaperavi juurde. Kaperavi arsti ei ole arstide eriala loetelus olemas ja see tekitab segadust, aga ainult grammatilist, mitte sisulist. Kuna kaperavi eesmärk on hammaste nihutamine, ongi tegemist ortodontiaga.

Millega riskivad patsient ja teenusootaja, kui lepivad sellega, et tervishoiuteenust osutab mitte arst või mitte õige eriala arst? Patsient ei saa sellisel juhul kuidagi kindel olla teenuse kvaliteedis ja astub sisuliselt turvalisest Eestist Metsikusse Läände. Kui teenuse osutamisel tekib viga, ei saa patsient hüvitist küsida uuest patsiendikindlustuse süsteemist. Tekkinud kahju hüvitamiseks ja makstud raha tagasinõudmiseks peab patsient pöörduma kohtu poole. See võtab aga aega ja kulutab raha ning isegi kui peaks saabuma positiivne lahend, ei kehti siin kõnekäänd "lõpp hea, kõik hea". Esiteks ei saa patsient tagasi kogu raha, mille ta kohtuskäimisele kulutas ning teiseks ei pruugi vastaspoolel olla raha, et kohtuotsust täita.

Toitmis- ja liikumisravi hübriidkonverents 12.02.2026

Viru konverentsikeskus ja WorksUpi keskkond veebis

SOON JA SOOL²



Selleaastasel konverentsil keskendume soole verevarustuse probleemidele, isheemia tänapäevasele ravile (antikoagulantravi, antiagregandid tromboosi profülaktikaks ja raviks), liikumisravi mõjule ning antitrombootilisele ravile ja söömissoovitustele jms.

Konverents annab täiendkoolituspunkte pärast e-testi sooritamist, tunnistuse väljastab erialaselts.

Lisaküsimused: Karin Tamm, Meditsiiniuudiste sündmuste juht, tel +372 513 8862, e-post: karin.tamm@aripaev.ee

ESTSPEN
Estonian Society for Parenteral and Enteral Nutrition

MEDITSIIINI-KONVERENTSID

145,02 €
(koos käibemaksuga)

pood.aripaev.ee/konverentsid-toitmis-ja-liikumisravi-konverents-2026

uudised



**Peab lõppema olukord, kus osa teenu-
seid rahastatakse teiste arvel.**
Sotsiaalminister Karmen Joller tervisekassa tänavuse eelarve
vastuvõtmise saatesõnades, mu.ee 16.01

Aastat kokku võtnud üritused tunnust

Margot Vent

margot.vent@aripaev.ee

**Meditsiinuudised uuris Eesti haigla-
test, kas ja kuidas nad jõule või aas-
ta vahetumist tähistasid. Kui üldiselt
ühendati tunnustamine ja tähistami-
ne korraliku programmiga, siis oli ka
haiglaid, kus kollektiiviga üldse kok-
ku ei kogunetud.**

Põhja-Eesti regionaalhaigla 15. ja-
nuaril kultuurikatlas peetud aasta algu-
se tunnustusõhtul anti muu hulgas üle
aasta tohtri ja aasta kolleegi tiitel, mil-
le said vastavalt gastroenteroloog Külli-
ke Palk ja biomeditsiinitehnika vanem-
insener Annika Kaalep.

Delfi andmeil haigla omatuludest 186
000 eurot maksta läinud tunnustusõhtul
osales 1262 inimest, kellel tuli välja käia
20eurone omaosalustasu. Õhtule andsid
värvi ka väike tantsunumber Utopialt,
Tanel Padar oma bändiga ja DJ.

Tuleb täpsustada, et oma töötajate-
le tehtavatele kulutustele lisandub alati

erisoodustumaks. Erisoodustumaksu
määr on 61,21%, st igale eurole lisandub
umbes 60 senti.

Lääne-Tallinna kesonhaigla 16. jaanua-
ril lennusaadamas peetud traditsioonilisel
tunnustusüritusel jagati silmapaistva töö
eest meedikutele ja tugispetsialistidele re-
kordiline arv ehk kokku kaheksa auhinda.
Aasta arsti tiitli pälvis lastearst, neonato-
loog Liina Süvari.

Autasustamisele järgnes ansambel Ter-
minaatori kontsert. Üritusest võttis osa
pisut üle viiesaja inimese, kes olid samu-
ti ostnud pileti.

Kliinikum kammivabrikus

Tartu ülikooli kliinikumi mullu 8. det-
sembril kammivabrikus peetud kontsert
oli ühendatud patsientide enim tänatud
töötajate ja aasta kolleegide tunnustus-
te üleandmisega. Samas tunnustati ka
aasta jooksul doktoritöö kaitsnud tööta-
jaid ja kuulutati välja aasta patsiendisõb-
ralik tegu.

Kliinikumi esindaja teatel töötab neil



PERHi juht Agris Peedu (vasakul) koos õhtujuhtidega.

FOTO: PERH

05.03.2026

Swissôtel Tallinn konverentsikeskus
ja WorksUp keskkond veebis

**VAIMSE
TERVISE
konverents 2026**

137,02 €

(sisaldab käibemaksu)

kuni 22.02.26,

pärast on hind 150,04 €

[pood.aripaev.ee/konverentsid-
vaimse-tervise-konverents-2026](http://pood.aripaev.ee/konverentsid-vaimse-tervise-konverents-2026)



Soovime konverentsiga suurendada esmatasandi teadlikkust vaimse
tervise probleemidest, jagada soovitusi ravi, edasisuunamise ja
erinevate teraapiate kohta, mis ühe või teise häire puhul sobiks.

Sihtgrupp: perearst, pereõde, psühhiater, psühholoog, vaimse tervise õde,
sotsiaaltöötaja, kõik teised teemast huvitatud meditsiinitöötajad.

Konverents annab täiendkoolituspunkte, tunnistuse väljastab erialaselt.

Lisaküsimused: Karin Tamm, Meditsiinuudiste sündmuste juht,
tel +372 513 8862, e-post: karin.tamm@aripaev.ee

34

INIMEST oli Eestis jaanuari lõpuks surnud gripi ja viis inimest COVID-19ga. Gripiga surnud inimestest olid kõik peale ühe vanemad kui 60, üks vaktsineerimata ja kaasuvate haigustega inimene oli pisut noorem eas.



Suurüritus toimus Tallinnas

EESTI Noored Perearstid MTÜ korraldas jaanuari lõpus esmakordselt Euroopa noorte perearstide liikumise (*European Young Family Doctors' Movement*) foorumi ligi 350 osalejaga üle Euroopa.

use ja programmiga

üle viie tuhande inimese, kellele kontsert annab võimaluse kolleegidega koos olemiseks ja nende panuse väärtustamiseks. Kontserdil osales üle 1200 registreerunud töötaja. Sellel esinesid Marju Länik ja Karl-Erik Taukar ning kuna tegu oli osaga väärtuspakkumisest, siis omaosalustasu ei olnud.

Ida-Viru keskhaigla traditsiooniline jõulupidu peeti mullu detsembri keskel Jõhvi kontserdimajas. Sellel tunnustati töötajaid: aasta täheks ehk parimaks arstiks sai sisehaiguste vanemarst Inna Laanjärv, jagati kolleegipremiaid ja kuulutati välja aasta tegu. Peole olid kutsutud kõik haigla töötajad, kellest osales 350 ja omaosalustasu oli 20 eurot. Peaesineja oli Alike, tantsuks mängisid Imre Saarna ja The Beat ning trikke tegi mustkunstnik Fred-Erik Johanson.

Pärnu haigla korraldas mullu 20. detsembril traditsioonilise jõulupeo Pärnu kontserdimajas. Kutsutud olid kõik 1600 haigla töötajat, kellest osales ja omaosalustasu maksis 542. Lisaks kollee-

gide tööjuubelite puhul tunnustamisele sai kuulata Chalice'i ja The Swingersit.

Rakvere haigla töötajate jõuluüritus toimus Sõmeru keskuses. Üritusel osales umbes 170 töötajat, kellel tuli maksta ka omaosalustasu. Öhtu meelelahutusliku poole eest hoolitses ansambel Kardemon.

Põlva haigla võttis jaanuari alguses kultuurikeskuses kokku haigla 80. tegutsemisaasta. Önnitleti aasta töötajaid, võeti kokku haigla mitmevõistluse tulemused ja tutvustati uusi plaane. Öhtu lõpus mängis tantsumuusikat Jupiter. Osales 155 töötajat ja kaaslast, omaosalus oli 20 eurot.

Ida-Tallinna keskhaiglas toimus mullu novembri lõpus haigla 240. tegutsemisaastale pühendatud juubelikonverents koostöös haiglate liiduga. Järgnes vastuvõtt rahvusooperis Estonia.

Viljandi haigla ja mullu suvel avatud Tervikum tänava ei jõulu-ega uusaastapidu ei pidanud, seejuures ei ole haigla töötajatele ühist jõulu- või uusaastapidu korraldanud juba mitu aastat.

Tallinna ringkonnakohus karmistas karistusi

Tallinna ringkonnakohus jättis 12. jaanuari otsusega perearsti ja proviisori süüdi ebaseaduslikus ravimiäris ja rahapesus, kuid tühistas tsiviilhagi katteks väljamõistetud summa aegunud osas. Arsti karistusele aga lisati aastane perearsti või ettevõtjana töötamise keeld.

Ringkonnakohus tühistas Harju maakohu otsuse osas, millega mõisteti perearst Konstantin Ivanovilt ja proviisor Oleg Beršakovilt tervisekassa tsiviilhagi katteks välja 756 700 eurot.

Tühistatud osas tegi ringkonnakohus uue otsuse ja mõistis Beršakovilt kannatanu kasuks välja 405 490 eurot.

Samuti tühistas ringkonnakohus maakohu otsuse osas, mis puudutas kolmanda isiku kasuks OÜ-le Giza kuuluvatele kinnistutele seatud ühishüpoteeegi konfiskeerimist summas 843 270 eurot, ning konfiskeeris uue otsusega sama ühishüpoteeegi summas 1 194 500 eurot.

Lisaks kohaldas ringkonnakohus Ivanovile lisakaristusena ühe aasta pikkuse

ettevõtluskeelu ja aastase perearstina tegutsemise keelu.

Muus osas jättis ringkonnakohus maakohu otsuse muutmata.

Esimene otsus aasta tagasi

Harju maakohus mõistis mullu 27. veebruaril Ivanovi süüdi arvutikelmuses ja rahapesus, mis on toime pandud grupis ja suures ulatuses.

Beršakov mõisteti süüdi suures koguses narkootilise ja psühhotroopsete ravimite ebaseaduslikus käitlemises, arvutikelmuses ja rahapesus, mis on toime pandud grupis ja suures ulatuses.

Tallinnas Linna Tervisekeskuses töötavale Ivanovile mõisteti liitkaristusena tingimisi neli aastat vangistust viieaastase katseajaga. Beršakovile mõisteti liitkaristusena 13aastane vangistus, millest ärakandmisele kuulub 12 aastat 10 kuud ja 28 päeva, ning kohaldati lisakaristusena viieaastase ettevõtluskeeld.

Kohtuotsus ei ole jõustunud.

mu.ee

27.03.2026

Swissôtel Tallinn konverentsikeskus ja veeb

GASTROENTEROLOOGIA FOOKUSES

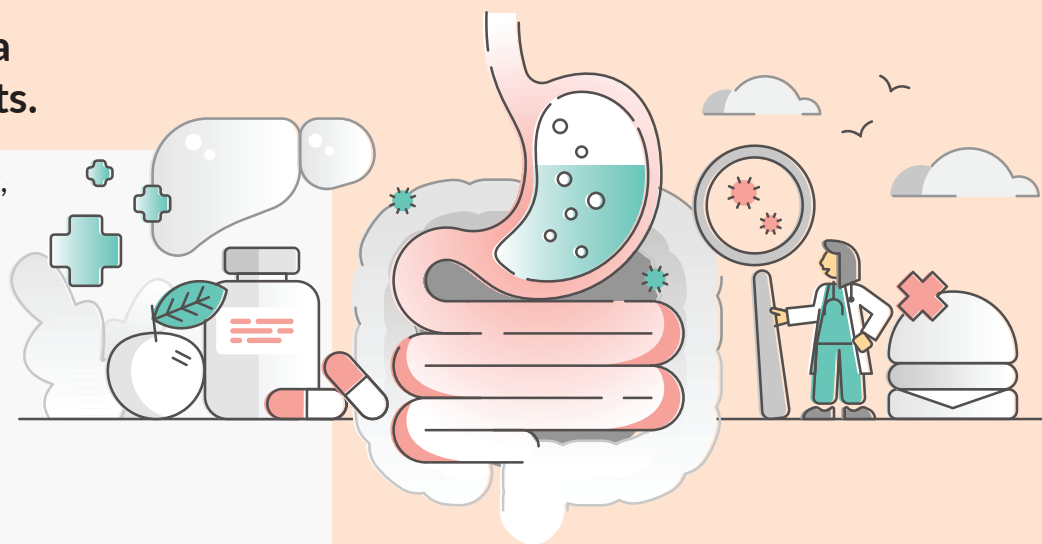
2026 | Praktiline gastroenteroloogiavaldkonna olulisemaid uudiseid käsitlev konverents.

I sessioon kannab pealkirja **MAGU JA SOOL** ning räägime reflukshaigusest, helikobakter-infektsioonist, tsöliaakiast ja gluteenitundlikkusest, põletikulise soolehaiguse trendidest ning endoskoopiliste leidude interpretatsioonist.

II sessioon on pühendatud **juhuleidudele kuvauuringutel** ning võtame fookusesse kõhunäärme, maksa ning subepiteliaalsed juhuleidud.

III sessioonis - MAKS – räägime LPAK-sündroomist, sellest, kas ravimitega saab rasvmaksa kulgu mõjutada, lisaks tuleb juttu uutest ravimitest ning fookuses on ka MASLD.

- Konverents toimub Eesti Gastroenteroloogide Seltsi ning Meditsiiniuudiste koostöös.
- Sihtgrupp: perearstid, sisearstid, gastroenteroloogid, residendid ja kõiki teised teemast huvitatud arstid
- NB! Saalis kohapeal saavad osaleda vaid arstid, aga **(pere)õdede jaoks oleme loonud võimaluse kuulata veebist.**
- Nii saali- kui ka veebipiletite ostjatel **on võimalik** konverentsi **1 kuu jooksul järele vaadata.**
- Konverentsil osalemine annab **7 täiendkoolituspunkti**, tunnistuse akrediteerib Eesti Gastroenteroloogide Selts.



Lektorid:

- Professor Riina Salupere
- Dr Karin Kull
- Dr Ella Mäekivi
- Dr Kristi Rusin
- Dr Hendrik Laja
- Dr Oivi Uibo
- Dr Benno Margus
- Dr Marko Malvik
- Dr Vadim Brjaln
- Dr Thomas Zimmerer
- Dr Katariina Past-Umov
- Dr Ana Botchorishvili

Kava täpsemalt, piletiinfo: <https://pood.aripaev.ee/gastroenteroloogia-fookuses-2026>

Küsimuste korral võtke ühendust Meditsiiniuudiste sündmustejuhi Karin Tammega: karin.tamm@aripaev.ee

luubi all



Perearst Elle-Mall Sadrak oma töökabinetis.

FOTO: KRISTIINA PALK

Tunnustus Aasta arst 2025

Elle-Mall Sadrak: perearst, kes hoolib

Tervise fondi ja portaali arst.ee rahva abiga aasta arstiks valitud perearst ning perearstide seltsi juht Elle-Mall Sadrak ei tee otsuseid tiitlite või positsioonide nimel. Teda käivitab hetk, kus probleem on kõigile nähtav, aga keegi ei taha sellega tegelda - siis tuleb tema hinnangul ise vastutus võtta. Just selline hoiak on kujundanud nii tema teekonna perearstina kui ka rolli Eesti tervishoiu ühe mõjukama eestkõnelejana.

Kristiina Palk
kristiina.palk@aripaev.ee

Praegu, pärast teise lapsega hoolduspuhkuselt naasmist töötab Elle-Mall Sadrak osalise koormusega Laagri perearstikeskuse Saue filiaalis. „See on ajutine, praktiline lahendus - Laagri majas on noori arste palju ja ruumi napib,” sõnab Sadrak.

Lapsepõlvest rääkides ütleb ta, et kasvab üles Keilas, pärast neljanda klassi lõp-

pu kolis pere Tallinna ja edasi jätkus koolitee Jakob Westholmi gümnaasiumis. Huvitav fakt on, et Sadrakul on kaksikõde, kes on välimuselt tema täielik vastand - lühike ja tumedate juustega. Õde tegutseb tätoveerimiskunstnikuna.

Haigus otsustas elukutsevaliku

Teises klassis sai Sadrak diagnoosi, mille tõttu veetis ligi kaks aastat vaheldumisi haiglas ja koduõppel. Tollane ravimee-

tod tähendas pikka haiglas lamamist, ja la küljes raskus. Tänapäeval ravitakse sama diagnoosi ambulatoorselt. Paar aastat möödusid haiglaõpetajate ja koduõppe toel ning koolitunnistusel olid sisuliselt vaid eesti keel ja matemaatika. Just haiglas olles, nähes arstide ja õdede tööd, sai ta aru, et temast saab arst.

Koolis oli ta aktiivne nii õpilasesinduses kui ka koolielus laiemalt. Westholmi gümnaasiumis sai temast koolilehe pea-

toimetaja, kes taaselustas väljaande ning püüdis selles kajastada koolielu ausalt ja vahetult. Ta meenutab juhtumit, kus õpetajatele ei meeldinud artikkel vahetundides müravatest ja kaklevatest lastest - mitte seetõttu, et see olnuks negatiivne - lapsed ikka müraavad - vaid ei vastanud nende ettekujutusele sellest, milline üks koolielust rääkiv lugu peaks olema. Leht läks toona küll trükki, kuid artikkel löigati lehest välja. See kogemus õpetas va-

Elle-Mall Sadrak,
aasta arst 2025 ja
perearstide seltsi president

Ma ei ravi ainult ühte sümptomit. Ma vaatan inimest tervikuna.

rakult, et ausalt asjadest rääkimine ei ole alati teretulnud.

Arstiteaduskonnas õppides oli Sadrak tudengiesinduses ja osales seksuaaltervise töögrupis, käies koolides noortele seksuaalharidusest rääkimas. Ta osales aktiivselt õppekava muutmise aruteludel, olles vastu ideele lisada arstiharidusele lisa-aasta olemasolevat õpet korrastamata. Hiljem tehtigi muudatus - kuuenda kursuse praktika-aasta.

Ülikooli ajast on Sadrakul eredaimalt meeles esimese kursuse anatoomiatunnid ja kirurgia praktikumist meenub lõbus seik: doktor Seepter otsustas, et näitab haava õblemist korduvkasutatava nõela ja rulli-niidiga, öeldes muidugi, et tänapäeval seda oskust enam vaja ei lähe - nüüd on ju kasutusel ühekordsed materjalid. Hilisemas elus läks seda oskust ikka vaja - telesaates „Perearsti vahetus“ osaledes sattus ta Ukrainas väikesesse maapiirkonda, kus tingimused olid oluliselt kehvemad kui Eestis. Seal õpetas ta kohalikele arstidele ja õdedele haavaõmblust korduvkasutatava nõela ja rulliniidiga, sest muud ei olnud võtta ja pisikirurgilised oskused puudusid neil täiesti.

Kuigi algselt oli soov kirurgiks saada, ei õnnestunud Sadrakul sellesse residentuuri pääseda. Järgmine valik oli peremeditsiin, mis annab laiapõhjalisema kogemuse ja võimaldab hiljem vajadusel eriala vahetada.

Äratundmist kohe ei tekkinud

„Residentuuri jooksul tekkis mitmel korral kiusatus minna mõnele teisele erialale üle - näiteks reumatoloogia, kõrva-nina-kurguhaigused - seda just seal töötavate inimeste tõttu. Need olid nii ägedad arstid, tahtnuks ka olla nende moodi,“ räägib Sadrak. Nüüd aga ütleb ta veendunult, et peremeditsiin on täpselt tema eriala ja elu hoidis teda kogu aeg nii, et ta sai oma rada minna: „Järelikult oli see minu õige tee, saatuse määratud.“

Sadraku sõnul on praegu arstihariduses kokkupuude peremeditsiiniga selgelt ebapiisav. „See paar nädalat, mis tudengid on kuuendal kursusel peremeditsiini praktikal, jääb tegelikult väga napiks,“ nendib ta. Peremeditsiini residentuuris läbivad arstid praktiliselt kõik erialade tsüklid ning saavad seeläbi ülevaate, kuidas töö eri tasanditel käib. „Samas tunneme väga puudust sellest, et teistes residentuurides ei ole kohustuslikku peremeditsiini tsükli.“

Tema hinnangul sõltub kuuenda kursuse peremeditsiini kogemus liiga palju konkreetsest praktikakohast. Tudenkil ei pruugi selleks hetkeks tulevase eriala eelistus veel välja kujunenud olla, valik võib sündida alles hiljem. Lisaks tulevad residentuuri arstid, kes ei alusta seda kohe pärast ülikooli - nende jaoks on varasem praktika juba ajaliselts kaugele jäänud. „Nad ei pruugi olla enam kursis sellega, kuidas peremeditsiin tegelikult toimib,“ selgitab ta. Just seetõttu peab Sadrak oluliseks, et eri erialade arstid oleksid peremeditsiini tööd ise kogunud. „Väga lihtne on kritiseerida, miks perearst midagi ei tee, aga kui sa oled ise siin teisel pool olnud, saad aru, millised on nüansid



Aasta arsti väljakuulutamisel (vasakult) Eero Merilind, Margus Viigimaa, Elle-Mall Sadrak, Kristen Michal ja Karmen Joller.

FOTO: VALITSUS

Järelikult oli see minu õige tee, saatuse määratud.

Elle-Mall Sadrak

ja tegelikud võimalused,“ ütleb ta. See kogemus parandaks tema sõnul erialade vahelist mõistmist ning aitaks vähendada vastandumist tervishoiusüsteemis.

Peremeditsiin paneb silma särama

Sadrakul sai murdepunktiks maapraktika Laagris - huvitaval kombel käis Laagri ka maapraktika alla, ehkki on tegelikult Tallinna äärelinn. Tema kogemuse kohaselt olid Tallinna patsiendid hoopis teistsugused - arst on neile justkui retseptiväljastaja ja erilist positiivset tunnet praktikal ei tekkinud. „Laagris seevastu oli ja on ka praegu patsiendi suhtumine hoopis teine, arst on autoriteet ja inimesed rahulikumad, sõbralikumad. Kui alguses said Laagri perearstikeskuses noored residentid lihtsamaid patsiente, siis asendusvajaduse tõttu tuli hetk, kui ta pidi tegelema ka keerulisemate juhtumitega. Just seal mõistis Sadrak, et talle meeldib perearstinduse „detektiivitöö“ - erinevate sümptomite kokku sobitamine, lahenduste otsimine ja pikaajalise mõju nägemine. Erinevalt klassikalisest haiglaarstist näeb perearst, kas tema soovitusel töötavad, kas patsiendi seisund paraneb.

„Suurim tunnustus on, kui patsient tuleb pärast eriarsti visiiti tagasi ja küsib, kas pean eriarsti soovitusi mõistlikuks.

See näitab, et suhe on usalduslik ja perearsti roll ei piirdu suunamiste kirjutamisega,“ sõnab ta.

Vahel tuleb töös ette ka koomilisi seiku. Näiteks soovis ülekaaluline patsient enda ümbermõõtu doktori omaga võrrelda, et kui palju tal see ümbermõõt siis ikka suurem olla saab. Mõõdeti kummagi vööümbermõõtu - selgus, et patsiendi oma oli ikka oluliselt suurem - ja minid ka kordamööda kaalule. Patsient arvas, et kaalub 75 kilo, aga tegelikult 105. „Järgmisel korral oli ta tänulik, et tema ülekaalulisuse teema ausalt üles võtsin.“ räägib Sadrak.

Lisaks kliinilisele tööle on Sadrak aastaid olnud aktiivne perearstide seltsis, olles praegu selle juht. Ta kandideeris ka arstide liidu presidendiks, jäädes siiski alla Neeme Tõnissonile. „Ma ei kandideerinud mitte presidendi tiitli pärast, vaid rahulolematusest sellega, keda liit siis tegelikult esindab. On jäänud mulje, et arstide liit räägib eeskätt haigla eriarstide nimel ega kata kogu arstikonda,“ põhjendab Sadrak.

Kuidas ta on rahul praeguse sotsiaalministri Karmen Jolleri tegevusega, kes on samuti perearst? Sadraku hinnangul on ministril selge soov tervishoiu midagi päriselt paremaks teha, kuid tema tegevuse suurus piiravad nii ametkondlik süsteem kui ka poliitilised olud. „Tal on süda õige koha peal. Ta tahab teha õigeid asju ja teha neid kiiresti,“ ütleb Sadrak. Samas näeb ta, et Eesti tervishoiukorralduses on ametnike mõju väga suur. „Mul on tunne, et Eesti riik on ametnike riik ja neil on päris suur võim selle üle, mis teemad lauale tulevad,“ sõnab ta.

Näitena toob Sadrak vastutuskindlustuse teema. Kuigi tegemist on olulise ja vajaliku muudatusega, on selle rakendamine olnud problemaatiline. „Printsiip on õige - ravivigadest peab saama rääkida, neid analüüsida ja õppida, ilma et inimene automaatselt karistada saaks,“ ütleb ta. Probleemiks peab ta aga olukorda,

Tasub teada: Lastepsühhiaatreid ei jagu

Eriti teravalt räägib Sadrak laste vaimse tervise teemal. Probleem on viimasel ajal eriti tugevalt tõstatunud, näiteks hetkel on lastepsühhiaatrias saadaval vaid üks aeg terviseportaal, veebivastuvõtu tasu on 180 eurot.

Ta kirjeldab olukordi, kus oleks selge vajadus psühhiaatrilise abi järele, kuid vastuseks tuleb, et ressursse ei ole. See jätab perearsti ja pere hätta - probleem on tuvastatud, kuid lahendust ei ole. Ta rõhustab pereõdede ja vaimse tervise õdede rolli, kes saavad pakkuda esmatasandi tuge ja olla patsiendile kättesaadavad. Samas ütleb ta, et perearstikeskuste pingutus ei saa asendada riiklikku süsteemi. Kui eriarstiabi on kättesaamatu, ei saa vastutus jääda perearstile. „Oleme perearstide seltsis käivitanud vaimse tervise õdedele koolitusprogrammi, kus õed saavad vaimse tervise õe lisapädevuse,“ ütleb ta lootusrikkalt.

kus tervishoiuteenuse osutajatele on sisuliselt jäänud üks kindlustuspakkuja - PZU - ning ametkondade sõnum sügisel turule tulnud teise kindlustuspakkuja (Lloyd's, medmal.ee, toim) osas on olnud kahemõtteline. „Me oleme saanud kindlustusandjate liidult ja ministriumilt kaheti mõistetava sõnumi, et peaksime veendumata lepingute juriidilises korrektsuses, aga otse ei ole meile öeldud, et ärge sõlmige - samas antakse mõista, et loe ridade vahelt,“ ütleb Sadrak.

Ta peab kõnekaks ka seda, et detsembris toimunud vastutuskindlustuse teemalisel ümarlaval sotsiaalminister ei osalenud. „Kui küsisime pettunult, kus minister on, öeldi, et sellistel töökoosolekutel ta ei osale,“ kirjeldab Sadrak. Hiljem selgus, et minister ei olnud koosolekust teadlikki. „Joller ütles hiljem, et teema on niivõrd oluline ja puudutab sisuliselt kogu tervishoiusektorit,“ räägib Sadrak.

Sadraku hinnangul päsib ministri tegevusest lisaks ametkondlikule jäikusele poliitiline reaalsus. „Julgust ja südikust ebapopulaarseid otsuseid teha tal oleks, aga neid ei tehta, sest ülevalt tuleb suunis, et mingil perioodil ei võeta teatud teemasid lauale,“ ütleb ta. Just see olevat tervishoiukorralduse üks kurvemaid külgi - otsused, mis oleksid vajalikud, lükkuvad edasi poliitiliste kaalutluste tõttu.

Ehkki probleeme on palju ja just laste vaimse tervise abi teema teeb vahel jõuetuks, ütleb Sadrak et perearstindus annab ka palju tagasi. Näha patsiente paranevas, kuulda tänusõnu aastaid hiljem ja tajuda, et tema sekkumine on kellegi elu oluliselt parandanud - see hoiab sellel töö. „Ma ei ravi ainult ühte sümptomit, vaatan inimest tervikuna,“ ütleb Sadrak. „See ongi peremeditsiin.“

Kuidas perearst ise oma tervist hoiab? „Muidugi võiksin selles osas rohkem teha,“ naerab ta. Hobid on tennis, kaks väikest tütar ja koer hoiavad värskes õhus liikumas ning une arvelt järeleandmisi ei tee.

Loe ka juhtkirja lk 3.

Rinnavähi sõeluuring liigub geneetilise riski mudelile

Diagnostika Polügeenne riskiskoor ja personaliseeritud ennetus

Violetta Riidas
violetta.riidas@aripaev.ee

Paljud rinnavähid avastatakse Eestis endiselt liiga hilja. BRIGHT-projekt näitab, kuidas geneetilisel riskil põhinev sõeluuring aitab tuvastada kõrgema riskiga naised varem ja suunata ennetust täpsemalt. Projekti kliinilist sisu ja rakendamist selgitab onkoloog Peeter Padrik, üks BRIGHT-projekti Eesti eestvedajaid, kes töötab Antegenes ja Tartu ülikooli kliinikumis.

Millest BRIGHT-projekt tõuke sai? Millist probleemi see püüab lahendada?

BRIGHT-projekt rinnavähi personaliseeritud ennetuseks ja sõeluuringuks sai tõuke väga praktilisest vastuolust rinnavähi ennetuses. Ühelt poolt on Eestis toimiv rahvastikupõhine sõeluuring naistele vanuses 50–74 eluaastat, teisalt diagnoositakse märkimisväärne osa rinnavähkidest väljaspool sõeluuringut ning paljud neist avastatakse juba kaugele arenenud staadiumis. Iga viies rinnavähk diagnoositakse alla 50aastasel naisel. Vanusepõhine mudel käsitleb naisi ainult kui “keskmise riski” rühma, kuid tegelikkuses on risk väga ebaühtlaselt jaotunud.

Teisalt ei ole ka õige skriinida kõiki nooremaid naisi ühtemoodi, sest sõeluuringuks on vajalikud ressursid ja sel on ka omad negatiivsed aspektid. Maailmas on riskipõhist ehk personaliseeritud sõeluuringut visioneeritud juba mõnda aega ja käimas on erinevad uuringud, kuid reaalset ei ole seda seni suudetud teha. Oluline osa rinnavähi riskist on geneetiline. Meil on nüüd olemas laiem võimalus neid geneetilisi riske analüüsida ning seda infot sõeluuringu personaliseerimiseks kasutada. Kõrgenenud geneetilise riskiga naised peaksid alustama sõeluuringut oluliselt varem kui praegune standardkäsitlus.

Euroopa innovatsiooni- ja tehnoloogia-instituudi tervisevaldkonna (EIT Health) toetatud BRIGHT-projekti eesmärk oligi testida uut rinnavähi pärilikel riskidel põhinevat personaliseeritud ennetus- ja sõeluuringu teenust realses kliinilises praktikas Eestis, Portugalis ja Rootsis. Projekti sisuline oluline siht oli just viia rinnavähi ennetus ühetaolisest lähene-



Vanusepõhine mudel käsitleb naisi kui keskmise riski rühma, tegelikkuses on risk väga ebaühtlaselt jaotunud.

Peeter Padrik
FOTO: MEELI KÜTTIM

misest riskipõhiseks: tuvastada kõrgema geneetilise riskiga naised, alustada nende puhul jälgimist nooremas eas ning teha seda kliiniliselt ja süsteemselt teostataval, aga ka naiste aktsepteeritud viisil.

Mida tähendab polügeenne riskiskoor ja miks on see kliiniliselt oluline?

Polügeenne riskiskoor ehk PRS kirjeldab paljude üksikult väikese mõjuga geneetiliste variantide koondmõju rinnavähi tekkeriskile. Üksik variant muudab riski tavaliselt vähe, kuid sadade kuni tu-

handete variantide summeerimisel kujuneb paljudel naistel kliiniliselt tähenduslik riskierinevus võrreldes rahvastiku keskmisega. PRS ei ole diagnoos ega kindla tuleviku “ühene ennustus”, vaid oluline riskikomponent, mida saab kasutada ennetuses ning sõeluuringus otsuste ajastamiseks ja sihtimiseks. Kliiniline väärtus ei teki aga pelgalt riskinumbrist, vaid siis, kui PRS tõlgitakse arusaadavaks absoluutriskiks ning seotakse kliinilise otsustusega: millal alustada sõeluuringu pildidiagnostikat, kui sageli seda teha ja milliseid lisameetmeid kaaluda. Antegenesi rinnavähi PRS-test AnteBC on kasutusele toodud nii, et testi tulemusele lisatakse digitaalse kliinilise otsusetoe abil naisele ja tema arstile konkreetne teaduslikult põhjendatud personaliseeritud ennetus- ja sõeluuringu tegevusplaan. Oluline on rõhutada ka seda, et tegelikult ei arvesta PRS kliiniline otsustustugi ainult polügeense riski komponenti, vaid kombineerib selle soo, vanuse, populatsiooni ja etnilisuse infoga.

Kuidas erineb PRS üksikgeeni mutatsioonide (nt BRCA1/2) käsitlusest?

Üksikgeenide mutatsioonide ehk nn monogeensete patogeensete variantide (MPV) testimine on kliinilises praktikas juba mõnda aega ja need on seotud rinnavähi korral nn perekondliku rinna- ja munasarjavähi sündroomiga, kõige tuntuvalt haigusrisi tõstvat variantidena geenides BRCA1 ja BRCA2. Praegustel andmetel esineb neid variante u 1,7%-l elanikkonnast. Need variandid tõstavad haigestumise riski mõõdukaks või väga kõrgeks. PRS riskierinevused on mõõdukamad, aga nende mõju on omakorda oluliselt laiem. Nii võib öelda, et 20%-l naistest on PRSi alusel selline riski tõus, mille korral soovitatatakse erinevate riikide rinnavähi juhistel alusel juba praegu alustada sõeluuringut standardkäsitlusest oluliselt varem ja ka tihedamini.

PRS ei ole otseselt seotud ka perekondliku vähianamneesiga, vaid on iseseisev riskifaktor. Praegu on aga realsuses selline olukord, kus enda kõrgenenud riskist ei ole informeeritud ei naised ega ka nende arstid. Oluline on rõhutada, et PRS ja MPV ei konkureeri, vaid täiendavad teineteist;

teenusmudelid peab olema selge, kuidas ja millal suunata MPV testimiseks meditsiinigeneetikule.

MPV ja PRSi informatsiooni saab kasutada ka nn kombineeritud riskihindamise mudelites, kuhu saab lisada ka mittegeneetiliste riskifaktorite infot, kui meditsiinitöötajad neid kasutavad. Sõeluuringu jaoks on see aga oluliselt keerulisem, sest mittegeneetilised andmed muutuvad ajas ja pole sageli ka süsteemselt kogutavad, samuti pole see riskieristuseks oluliselt parem.

Kui suur osa rinnavähkidest diagnoositakse Eestis väljaspool sõeluuringut ja mida see näitab süsteemi kohta?

Siin peab vaatama just erinevaid vanusegrupe erinevalt. Eestis on sõeluuring standardset naistele vanuses 50–74 aastat, sellel on selge tõestatud kasu rinnavähist tingitud suremuse vähendamisele, aga krooniline probleem on olnud liiga madal osalusmäär, mis jääb 50–60% vahele.

Samas noorematele naistele sõeluuringut ei pakutagi ja neile on seni öeldud, et katsuge oma rindu ise. See ei ole adekvaatne soovitus, sest sõeluuring on mõeldud just mittepalepeeritavate muutuste avastamiseks. Praegu diagnoositakse iga viies rinnavähk varem kui standardne sõeluuring algab. Ma olen onkoloogina ravinud ja ravin ka praegu väga paljusid noori naisi, kel on primaarselt diagnoositud liiga kaugele arenenud rinnavähk ja kellel ei olnud võimalustki haiguse õigeaegselt avastamiseks.

Varases staadiumis rinnavähk on väga suure tõenäosusega täielikult ravitav. Kaugele arenenud rinnavähi korral saab elu pikendada, kuid enamikel juhtudel kahjuks mitte päästa. Tegelikult ei ole sõeluuringu ülemine vanusepiir ka üheselt fikseerituna õige, sest ega rinnavähi risk ei kao. Ka edasised sõeluuringu otsused tuleb teha personaliseeritult.

Teisalt on ka standardsetes sõeluuringugrupis 50–74aastased naised, kel võib olla MPV või PRSi tõttu oluliselt kõrgem risk ning kellele on soovitatud tihedam kui kaheaastase intervalliga sõeluuring, et vähendada just nn intervallvähkidest tekitatud probleeme.

07.05.2026

Radisson Blu Hotel Olümpia
ja WorksUps keskkond veebis

GERIAATRIA KONVERENTS 2026

Konverents keskendub
**eakate sagedastele
terviseprobleemidele.**



Eakate õigused tervishoius
Kuidas tehakse piiratud teovõimega patsientide
osas terviseotsuseid
Arstiabi korraldus hoolekodudes.
Vaimse tervise teemad
Palliativravi

Kava ja lektorid:

Palliativravi

- ▶ **Palliativravi kui inimõigus.**
Meditsiinantropoloogia kaasprofessor
Piret Paal
- ▶ **Palliativravi areng.**
Hingehoidja **Katrin Aaslav-Tepandi**
- ▶ **Geriaatria ja palliativravi praktika.**
Geriaatria kaasprofessor **Helgi Kolk**
- ▶ **Palliativravi olukord Soomes.**
Palliativ- ja valuravi eripädevusega
onkoloog Soomes **Tiina Tasmuth**

Eakas patsient kirurgias

- ▶ **Patsiendi haprus väljaspool geriaatriat.**
- ▶ **Habras patsient ja kardiokirurgia.**
Kardioloog **Jaagup Truusalu**
- ▶ **Anestesioloogia eakatel patsientidel.**

Ravimite kasutamine vanemas eas

- ▶ **Potentsiaalselt mitesobivate ravimite kasutamine ravimiregistri andmetel.**
Ravimiameti esindajad **Ott Laius** ja **Katrin Kurvits**
- ▶ **Psühhotroopsed ravimid eakatel.**
Psühhiaater **Ants Kask**
- ▶ **Ravimite taandamine eakatel.**
Perearst **Marta Velgan**

Konverentsi korraldajad: Eesti Geriaatrite Selts (EGERS) ja Meditsiiniuudised
Sihtrühm: perearstid, pereõed, teiste valdkondade arstid ja -õed, jt meedikute huvilised, sotsiaaltöötajad
Annab täienduskoolituspunkte, tunnistuse akrediteerib Eesti Geriaatrite Selts ja väljastab Meditsiiniuudised
NB! Nii saali- kui ka veebipiletite ostjatel on võimalik konverentsi 30 päeva jooksul järele vaadata.

Soodushind kuni 27.04.26: 128,98 eurot (sisaldab käibemaksu). Tavahind 145,02 eurot

Osta pilet: <https://pood.aripaev.ee/konverentsid-geriaatria-konverents-2026>
Info kava ja muu kohta: Meditsiiniuudiste sündmustejuht Karin Tamm, karin.tamm@aripaev.ee



Algus lk 10

Kõrge riskiga nooremad naised haaratakse skriiningusse



Rinnavähi skriiningusse kutsutakse vastavalt riskile ka nooremad naised.

FOTO: SHUTTERSTOCK

Kuidas aitab PRS-põhine lähenemine vähendada nii ala- kui ka ülediagnoosimist?

Nagu eespool toodud, siis personaliseeritud riskipõhine lähenemine vähendab aladiagnoosimist ja hilist avastamist, sest see aitab tuvastada naisi, kelle rinnavähi risk on kõrgem juba enne standardse söeluuringu algusvanust.

Teisalt on olemasoleva kliinilise probleemi tõttu (rinnavähk on kõige sagedasem vähk ja vähist tingitud surmapõhjus naistel) surve ja näiteks Euroopa Komisjoni soovitus alandada rinnavähi söeluuringu vanuse alampiiri. Just selle "üks lahendus kõigile naistele" stsenaariumi puhul aitavad aga PRS ja riskipõhine lähenemine vähendada ülediagnoosimist ja üleuuringuid, sest madalama riskiga rühmades ei ole põhjendatud automaatselt sama intensiivne pildidiagnostika kui kõrgema riskiga rühmas. On väga oluline, et seda kontseptsiooni toetab ka eelmise aasta detsembris avaldatud Ameerika Ühendriikides tehtava randomiseeritud WISDOMi uuringu andmete publikatsioon, mis võrdleb ka PRSi kasutusega riskipõhist söeluuringut senise standardse käsitlusega.

Miks alustatakse PRS-põhise lähenemisega just 40aastaselt - miks mitte veel varem?

Praegu räägivad naiste sihtgrupist vanuses 40 riiklikult planeeritava teenuse kontekstis riigiasutused, aga ega see teaduslikult ja praktiliselt päris õige olegi. Ühelt poolt jäetakse katmata naised vanuses 41-49 aastat, ehkki tegelikult peaksid ka nemad personaliseeritud teenuse saama. Teisalt on meie BRIGHT-projektis arendatud teenuse osas väga oluline ka ennetuse komponent, millest rinnavähi söeluuring pole kontseptuaalselt seni üldse räägitud. Teadusuuringud näitavad, et teoreetiliselt on 23-24% rinnavähe ennetatavad. Tegelikult tuleks lisaks varasele avastamisele püüda mõjutada vähi teket ennast - see on võimalik riski vähendava tervisekäitumise, aga kõrge-nenud riskide korral ka medikamentoosse preventtsiooni ja väga-väga kõrge riski korral nn riski redutseeriva kirurgia abil. Meie soovitus praegu on seetõttu rinnavähi personaliseeritud ennetus naistele vanuses 30-75 aastat. Alla 30astastel naistel on õnneks riskid veel nii väikesed, et riskihindamine ei anna kliinilist kasu, üle 75 aastastel tulevad olulise mõjuna juba mangu ka paralleelsed patoloogiad. Riikliku teenuse jaoks on teenuse algus vanuses

40 aastat tsiiski pigem mõistlik, sest riskid on siis juba olulisel hulgal naistel sellisel tasemel, et süsteemne teenus on õigustatud. Küll võiks teenust pakkuda ka naistele vanuses 41-49 aastat, kes riskipõhist ennetust ja söeluuringut ise soovivad. Nende osas on riiklik plaan praegu ebaselge.

Kas ja kuidas võiks PRS-põhine mudel muuta kasutatavat pildidiagnostikat (mammograafia sagedus, UH, MRT), arvestades nooremate naiste tihedamat rinnakudet?

PRS-põhine mudel loob aluse pildidiagnostika sageduse ja vajadusel ka meetodi personaliseerimiseks. Noorematel naistel on rinnakude sageli tihedam, mis vähendab mammograafia tundlikkust ja võib suurendada lisauuringute vajadust. Riskipõhine lähenemine võimaldab aga pildidiagnostikat sihitumalt planeerida: kõrgema riskiga naistel võib olla põhjendatud varasem alustamine ja tihedam intervall ning vajadusel ultraheli lisamine. Teatud juhtudel, näiteks väga kõrge riskiga rühmades või lisariskitegurite korral, võib olla põhjendatud ka MRT kaalumise. Madalama riskiga naistel aitab riskipõhine mudel vältida tarbetut varast intensiivistamist, mis kasvataks valehäireid ilma proportsionaalse kasuta. Siin on võtmeküsimus standardiseeritud otsusetugi, mis seob riskitaseme konkreetset soovitatud sammudega. Tulevikus on ilmselt võimalik ka söeluuringu deescaleerimine vanuses 50-74 aastat, aga selleks on vajalikud randomiseeritud uuringute andmed. Uuringud praegu käivad ja jutuks onnud WISDOMi uuring oma tulemustega on esimehe samm selles suunas.

Milline on olnud rahvusvaheline tagasiside riikides, kus teenus on juba rakendatud (nt UK, Saksamaa, Leedu, Bulgaaria)?

Väljaspool Eestit on teenused praegu rakendatud või jätkuvalt rakendamisel esimese sammuna eri riikide eratervishoiu ja tasuliste teenustena. See on tegelikult loogiline tee, sest esimene samm on teenus üldse kasutusele tuua, siis saavutada selle laiema kasutus ja rahastus, millega igas riigis on oma protsessid.

On väga tore, et tegelikult oleme siin Eestis ühed maailma liidritest, seda tänu 2015. aastal võetud riiklikule suunale personaalmeditsiini arendamiseks ja laiema rakendamiseks, kliinilise meditsiini, geneetika ja arvutiteaduste kompetentside ühendamisele ning avaliku ja erasektori koostööle.

Rääkides ekspertidega eri riikides, saan küll öelda, et kuivõrd selgitame meie lähenemisi teaduslikult, siis on suhtumised igati positiivsed. Teisalt tuleb aru saada, et kuivõrd tegelikult on tegemist innovatsioonidega eri tasanditel (PRSi kasutusele toomine tervishoiu, geneetilise info laiema rakendamise, ennetuse ja söeluuringu teenuste muutmine laiemalt), siis on protsessid keerulised ja aeganõudvad.

Praeguseks on BRIGHT-projektis arendatud geneetilistel riskidel põhinev rinnavähi ennetuse ja söeluuringu teenusmudel saanud Euroopa innovatsiooni- ja tehnoloogiainstituudi (EIT) 2025. aasta innovatsiooni auhinna kui üks olulisi innovatsioone Euroopas. Samuti saime ühe personaalmeditsiini parima praktikana värskest tunnustuse Euroopa personaalmeditsiini võrgustikult EP PerMed.

Millised on esimesed kogemused ja tulemused Eestis?

BRIGHT-projekti Eesti haru kliinilised tulemused on publitseeritud eelretsenseeritud teadusartiklina: Tamm M, Padrik P, Ojamaa K, Paas A, Lepland A, Kruuv-Käo K, et al. Clinical Implementation Study of Genetic Risk-Based Breast Cancer Screening Clinical Breast Cancer. 2025. BRIGHT-projektis said 35-49aastastest naistest 41,3% soovitus PRS riskil alusel alustada söeluuringut varem kui praegune standard vanuses 50 ja 15,5% naistest kohe riskihindamise aastal. Analüüs näitas ka naiste üsna kõrget rahulolu teenusega. Muidugi püüame seda edasi arendada. Teenus on Eestis praegu kasutusel eratervishoiu tasulise teenusena PRSi testi osas, perekondliku vähianamneesi korral suunamine naised MPV testimiseks kliinikumini, riskipõhise mammograafia vajadusel võtab selle tasumise üle juba tervisekassa ja seda on võimalik teha üle Eesti kõigis mammograafia kabinettides. Eestis on praeguseks teenuse saanud üle kolme tuhande alla 50aastase naise, aga ka väga paljud vanemad naised.

Kuidas hinnata PRS-põhise söeluuringu kulutõhusust võrreldes universaalse vanusepõhise mudeliga?

Kulutõhusust tuleb hinnata tervikmõjuna, eriti mõjuna ka suremuse vähendamisele. Oluline on ka küsimus, millega PRS- või riskipõhist söeluuringut võrrelda - kas reaalsusega, kus kedagi ei skriinita (praegune olukord alla 50aastaste naiste puhul) või teenusega, kus skriinivõtab ka kõiki nooremaid naisi ühtemoo-

di. Meil on BRIGHT-projektis tehtud kulutõhususanalüüs Tartu ülikooli, Rootsi ja Norra spetsialistide juhtimisel, mis näitab, et PRS -põhine söeluuring võrdluses praeguse reaalsusega hoiab ära 15 rinnavähist tingitud surma 10 000 teenusesse kaasatava naise kohta kulutõhusal moel, mis on söeluuringute kontekstis väga hea näitaja. Võrdluses ühetaolise söeluuringuga kõigile noorematele naistele, näitavad rahvusvahelised analüüsid ja meie enda Saksamaal tehtud analüüsid, et riskipõhine söeluuring annab oluliselt parema kulude ja kasu suhte, sest söeluuringut saab teha täpsemalt.

Mis edasi?

Meil on eelmisel aastal publitseeritud rahvusvahelise ekspertgrupi maailma esimene teadusartikkel, mis kirjeldab rinnavähi PRS (ja üldse PRS) kliinilise kasutamise tõenduspõhisust, kasutuse teenuseid ja riskipõhise käsitluse aluspõhimõtteid. Eestis on praegu liikumas geneetilistel riskidel põhineva rinnavähi süsteemse ja riikliku söeluuringu suunas. 2025. aastal testisid teenust ka kliinikum ja tervisekassa. Riigikogus on menetlemisel inimgeeni uuringute seaduse uus versioon, mille eesmärk on tervishoiu kasutusse paremini tuua ka Eesti geenivaras olevaid geenianimeid. Esimese teenusena on planeeritud just rinnavähi geeniriskide põhine söeluuringu teenus. Varasemalt on selleks TAI, tervisekassa, TEHIKU ja Tartu ülikooli loodud nn riiklik personaalmeditsiini taristu, mis valmis juba juuliks 2023, aga seisab senini kahjuks tühjalt ja teenusteta. Loodame, et see suudetakse siiski õige pea käivitada.

Minu jaoks on praegu probleem, et tervisekassa nägemus meditsiinilisest käsitlusest baseerub varasematel teoreetilistel aruteludel, mitte BRIGHT-projekti teenusmudelil ja publitseeritud kliinilisel käsitlusel. Samuti pole arvestatud kliinilise otsusetoe vajalikkust nii naistele kui ka nende arstidele, näiteks perearstidele, samuti rinnakabinettide ämmaemandatele. Samuti pole teenuseks planeeritud BRIGHT-projektis testitud ja tõestatud toimivat patiensisõbralikku lahendust telemeditsiini teenuse ja kodutestimisega.

Emakakaevavähi söeluuringus on näiteks kodutestimine end osalusmäärana kasvatajana igati õigustatud. Hästi kummaline, kui sama ei võeta arvesse rinnavähi riskipõhise teenuse korral. Samuti on probleem 41-49aastaste naiste kõrvalejätmine. Loodame need lahknevused siiski ületada.

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

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

Kasulikku kuulamist:

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

Üle 10 hübriidkonverentsi aastas.

- Vebinarid täiendkoolituspunktidega.
- Rahvusvahelised konverentsid.

Tasub teada:

Iga aasta lõpus valime ka aasta meditsiinimõjutaja!



**MEDITSIINI-
UUDISED**

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

Koloskoopia õnnestumise eeldus on patsiendi ettevalmistus

Violetta Riidas

violetta.riidas@aripaev.ee

Koloskoopia on gastroenteroloogias üks olulisemaid diagnostilisi protseduure ja selle usaldusväärsus sõltub otseselt patsiendi ettevalmistusest. Patsiendi koloskoopiaks ettevalmistamisest tegi veebinaril „Gastroenteroloogia esmatasandil“ ettekande Confito meditsiinikeskuse endoskopia-õde Dmitri Saveljev.

Kvaliteetne ettevalmistus ei ole lihtsalt tehniline detail, vaid uuringu õnnestumise eeltingimus. Eduka koloskoopia eeldus on ettevalmistus, mis mõjutab otseselt nii limaskesta nähtavust kui ka edasiste raviotsuste kvaliteeti.

Kui jämesool ei ole piisavalt ette valmistatud, ei ole meil võimalik adekvaatselt hinnata limaskesta seisundi varajasi patoloogilisi muutusi.

Ebapiisava ettevalmistuse korral tuleb uuring sootuks katkestada ja patsient uuesti koloskoopiale suunata. See tähendab pikemaid järjekordi, lisakoormust tervishoiusüsteemile ja ebamugavust patsiendile.

Hästi ettevalmistatud patsiendi puhul on võimalik kasutada ka patsiendisõbralikumaid tehnikaid.

Kui sool on puhas, saab kasutada veega täitmist ja minimaalselt gaasi, mis teeb uuringu patsiendile oluliselt mugavamaks.

Praktika on näidanud, et mõnel juhul taluvad patsiendid protseduuri nii hästi, et võivad uuringu ajal isegi telefoni vaadata või ei tunne vajadust uuringus kasutatavale ekraanile pilku heita.

Kiudainevaba dieet - individuaalne, kuid vältimatu

Ettevalmistuse planeerimisel on keskse tähtsusega kiudainevaba dieet. Selle kestus võib olla kolm kuni seitse päeva ja sõltub patsiendi sooletegevusest, kõhukinnisuse esinemisest ning varasemast kogemusest koloskoopiaga.

Vältida tuleb täisteratooteid, seemneid, pähkleid, kaunvilju, köögi- ja puuvilju ning väikeste seemnetega marju. Lubatud on punane liha, kala, linnuliha, munad, piimatooted, rafineeritud nisujahust valmistatud toidud, nuudlid ning piiratud koguses kartul ja valge riis.

Väga sageli arvatakse, et banaan on kergesti seeditav ja sobiv dieeti, kuid tegelikult see ei sobi, kuna jääb limaskestale ja võib jätta eksliku mulje patoloogiast.

Igapäevaselt on hea tarvitada ka puljongeid ja nuudlisuppe, kuna vedelik aitab hoida sooles piisavat niiskust ja vähendab subjektiivset kõhukinnisuse tun-



Ettevalmistus mõjutab otseselt nii limaskesta nähtavust kui ka edasiste raviotsuste kvaliteeti.

FOTO: SHUTTERSTOCK

Kvaliteetne ettevalmistus ei ole lihtsalt tehniline detail, vaid uuringu õnnestumise eeltingimus.

Dmitri Saveljev

net, mis tekib sageli kiudainevaba ja valgurohke dieedi korral.

Paast, lahtistid ja ajastus on väga olulised

Uuringule eelnev päev nõuab rangemat režiimi. Lubatud on kerge kiudainevaba hommikusöök, näiteks omlett. Seejärel võib tarbida ainult läbipaistvaid vedelikke ja tuleb paastuda kuni uuringuni. Lahtistite kasutamine tuleb kohanda uuringu ajale.

Kui koloskoopia toimub pärastlõunal, jagame lahtisti annuse kaheks - osa eelmisel õhtul ja osa uuringupäeva hommikul. Kui uuring on hommikul, tuleb kogu kogus võtta eelmisel päeval.

Lahtisti joomine ei ole võistlus, vaid seda tuleb juua rahulikult, kiirustamata. Taluvuse parandamiseks võib lahust ja hutada või lisada näiteks sidruni- või õunamahla.

Ravimid ja kaasuvad haigused tuleb kindlasti dokumenteerida

Korrektne ja põhjalik saatekiri on uuringu ohutuse seisukohalt äärmiselt

oluline. Allergiad, kasutatavad ravimid ja kõik kaasuvad haigused peavad olema selgelt dokumenteeritud, et vältida võimalikke tüsistusi.

Rauapreparaadid tuleb katkestada vähemalt 7-8 päeva enne uuringut, kuna raud värvib limaskesta tumedaks ja raskendab verejooksu või muude muutuste hindamist.

Diabeedi ja kodade virvendusega patsientide puhul on vaja individuaalset lähenemist ja sageli eelnevat konsulteerimist.

Paljude selliste patsientide puhul osutub sobivaks koloskoopia tegemine narkoosis, mis vähendab ärevust ja terviseriske.

Seega võib kokkuvõtlikult öelda, et koloskoopia kvaliteet ei alga mitte uuringu gurma, vaid patsiendi juhendamise, tema individuaalsest ettevalmistusest ning perearsti ja eriarsti heast koostööst.

Ainult siis, kui kõik pooled piisavalt panustavad, on võimalik tagada usaldusväärne, patsiendisõbralik ja kliiniliselt väärtuslik uuring.

LP-1 RA kasutamine on seotud soole ebapiisava ettevalmistusega koloskoopiaks ja sagedasema vajadusega protseduuri korrata*

Hiljutine uuring näitas, et glükagoonilaadse peptiid-1 retseptori agonistid (GLP-1 RA), mida kasutatakse diabeedi ja ülekaalulisuse ravis, on seotud soole koloskoopiaks ettevalmistuse oluliselt halvema kvaliteediga ja sagedasema vajadusega protseduuri korrata.

USA Mayo kliiniku retrospektiivses kohortuuringus osales 446 patsienti, kellest 265 (59%) said GLP-1 RA-d ja 181 kuulusid kontrollrühma (41%). Osalejate keskmine vanus oli 59 aastat ning 91% neist olid valgenahalised inimesed. 54% osalejatest olid naised. GLP-1 RA rühma patsientidest 86%-l oli diabeet, kontrollrühmas 74%-l.

Enamik patsiente kasutas semaglutidi süstitavat vormi ja dulaglutidi.

Soole ettevalmistuse kvaliteedi hindamiseks kasutati Bostoni soole puhtuse skaalat (BBPS), millega määratakse jämesoole segmentide (ülenev, alanev ja ristikäärsool) puhtuse skoor 0–3 punkti skaalal.**

BBPS-i järgi oli soole puhtus GLP-1 RA rühmas halvem kui kontrollrühmas ning seega oli suurem osa patsiente koloskoopiaks kehvasti ette valmistatud (15,5% vs. 6,6%).

Soole ebapiisava ettevalmistuse tõttu vajas iga neljateistkümnes GLP-1 RA-ga ravitud patsient korduvat koloskoopiat.

Tervishoiutöötajad peaksid arvestama, et GLP-1 RA-d saavatel patsientidel on risk ebapiisavale soole ettevalmistusele ja seetõttu tuleks kaaluda selliseid sekkumisi nagu soolestiku ettevalmistuskuuri pikendamise (jagatud kahele päevale) ja range vedelikudieedi järgimine 48–72 tundi enne koloskoopiat.

* Kohandatud Yao R et al. Am J Gastroenterol 2024; 00:1–4 järgi. <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000002564>

fortrans[®]
Macrogol 4000



Rahvusvahelistele standarditele vastav soolestiku ettevalmistamise lahendus – **Fortrans**



Väga kvaliteetne ettevalmistus kõikides soolestiku osades – **Eziclen**

EZICLEN[®]

(veevaba naatriumsulfaat / magneesiumsulfaat heptahüdraat/kaaliumsulfaat)

BBPS	3	2	1	0
3=Suurepärane				
2=Hea				
1=Kehv				
0=Ebapiisav				

Fortransi suukaudse lahuse pulber (makrogool 4000 / veevaba naatriumsulfaat / naatriumvesinikkarbonaat / naatriumkloriid / kaaliumkloriid). Näidustus: Soolestiku ettevalmistamine täiskasvanutel enne puhastatud soolestikku nõudvaid kliinilisi protseduure (seedetrakti uuringud või kirurgiline operatsioon). **Vastunäidustused.** Ülitundlikkus toimeaine või mistahes abiaine suhtes; raske südamepuudulikkus; rasked haigusseisundid (nt dehüdratsioon); kaugelearenenud kartsinoom või muud soolehaigused, mis põhjustavad liigset limaskestast haprust; raske akuutne põletikuline soolehaigus (sh Crohni tõbi ja haavandiline koliit); seedetrakti perforatsioon või perforatsioonirisk; patsiendid, kellel on või kahtlustatakse iileust; patsiendid, kellel on või kahtlustatakse seedetrakti obstruktsiooni või stenoosi; mao tühjenemise häired (nt gastroparees, gastrostaas); toksiline koliit või toksiline megakoolon; alla 18-aastased lapsed ja noorukid. **Retseptiravim.** Lisateavet leiate ravimi omaduste kokkuvõttest.

Ezicleni suukaudse lahuse kontsentraat (veevaba naatriumsulfaat/ magneesiumsulfaat heptahüdraat/kaaliumsulfaat) on kontsentreeritud sulfaati sisaldav soolalahus, mida tuleb enne kasutamist veega lahjendada. Korraga tuleks kasutada kahe pudeli sisu. Näidustus: Puhastatud soolestikku nõudvate kliiniliste protseduuride (nt soolestiku visualiseerimine, kaasa arvatud endoskoopilised ja radioloogilised uuringud või kirurgilised protseduurid) ettevalmistamiseks täiskasvanutel. **Vastunäidustused.** Ülitundlikkus koostisosade suhtes; raske südamepuudulikkus; üldseisundi raske halvenemine; aktiivne põletikuline soolehaigus (sh Crohni tõbi ja haavandiline koliit); ägedad kõhuõõne häired, mis vajavad operatsiooni; patsiendid, kellel võib esineda või on juba tekkinud seedetrakti obstruktsiooni; stenoos või iileus; teadaolev või kahtlustatav seedetrakti perforatsioon; mao tühjenemise häired; toksiline koliit või toksiline megakoolon; iiveldus ja oksendamine; astsiit; raske neerupuudulikkus. **Retseptiravim.** Lisateavet leiate ravimi omaduste kokkuvõttest.

Lihashaigete selts ootab uue põlvkonna ravivõimalust Eestis

Lihashaigete selts ootab juba paar aastat uue põlvkonna ravimi (toimeaine alfaefgartigimood) soodustamist Eestis. Ravim sai hiljuti soodustuse Lätis ja saab peatselt ka Leedus.

Kuna paari aasta eest lükati soodustuste taotlus Eesti soodusravimikomisjonis tagasi, on ravimitootja läinud uuele ringile - ravimisoodustust toetavad ka Eesti eriarstid.

“Olen selle ravimi rahastamise nimel tervisekassaga suhelnud, seda selgitanud ja põhjendanud alates 2022. aastast,” rääkis MTÜ Ludvig Puusepa nimelise Neuroloogide ja Neurokirurgide Seltsi president, neuroloog Liis Väli. Eelmise aasta lõpus tegi ta korduvalt tagasilükatud taotluse menetlemise jätkamiseks uue palve. “Kuu ludes ka ise Euroopa neuroloogia akadeemia (European Academy of Neurology) lihashaiguste ja müasteenia (MG) teadusliku paneeli juhtkonda, olles EURO-NMDs Tartu ülikooli kliinikumi esindaja ning ühinedes hiljuti ka Kesk- ja Ida-Euroopa *myasthenia gravise* MG keskuste projektiga, näen ma teiste Euroopa riikide positiivseid tulemusi,” põhjendas doktor Väli oma pingutusi.

Saadaolev ravi on aegunud

Väli lisas, et osaleb ravijuhiste koostamises, soovitude andmises ja vastavate koolituste korraldamises, kuid Eesti patsientide ravides pörkub kokku ikka probleemiga, et seni saadaolevad ravivõimalused (kortikosteroidid, asatiopriin, takrolimus, mükofenolaat-mofetiil, tsüklofosfamiid, tsüklosporiin) ei vasta kaasaegsetele heakskiidetud kvaliteetse teadusuuringu standarditele. “Probleem on ka see, et oleme patsiente ise koolitades nad muutnud terviseteadlikumaks ja glükokortikoidi-



Müasteenia sagedane tunnus on ühe silmalau allavaje.

FOTO: SHUTTERSTOCK

Glükokortikoididega sekundaarsete haiguste tekitamine vähendab ravisoostumust.

Liis Väli

dega sekundaarsete haiguste tekitamine vähendab ravisoostumust ning me ei saa neid viia minimaalsete haigusavalduste seisundisse (minimal-manifestation status),” tõdes Väli.

MG patsiente on Eestis tema sõnul umbes 230. “Tervisekassa jätkutaotlusesse olemegi teinud järeleandmisi ning esialgse taotletud 30 patsiendi asemel on nüüd nimetatud ravimit küsitud vaid väikele hulgal (neli-viis patsienti) spetsiifilistele ravirefraktaarsetele patsientidele,” lisas Väli.

Lätis sai esimene MG patsient sealse tervisekassa kompenseeritud ligipääsu uue põlvkonna innovatiivsele ravile alfaefgartigimood (inglise keeles efgartigimod alfa) mullu novembris.

Tervisekassa ravimite hüvitamise teenusejuht Getter Hark selgitas Eesti soodusravimite komisjoni nimel, et toimeaine alfaefgartigimood taotlus oli ravimikomisjonis arutlusel 2023. aasta oktoobris ning toonane otsus oli, et komisjon soovib tervisekassa juhatusel taotluse “generaliseerunud *myasthenia gravise* ravi alfaefgartigimoodiga” lisamist tervishoiuteenuste loetellu mitte rahuldada tulenevalt ravimi äärmiselt ebasoodsast kulutõhususest. Tootja saatis uue hinnapakumise mullu novembri lõpul ja ravimikomisjoni arutelud seisavad veel ees.

Algamas ravimiuuring

Liis Väli avaldas seoses müasteeniaga teise uue: koostöös TÜ närvikliiniku ja bio-ja siirdemeditsiini instituudiga algab uurimistö “Autoimmuunse mehhanismid müasteenia ja teiste tüümusega seotud sündroomide korral”, mille eesmärk on kaardistada müasteenia korral esinevaid autoantikehasid ja biomarkereid.

Uuringusse kaasatakse müasteenia diagnoosiga patsiendid, kellel hinnatakse igapäevaelu küsimustikega haiguse objektiivset raskust, aga ka kaasuvaid haigusi, infektsioone ja ravimite mõju, mis võivad mängida rolli autoimmuunse reaktsiooni tekkimisel. “Uuritavate nõusolekul võtame ka vereproovi, et uurida uusi autoantikehi ning tuvastada autoantigeen-spetsiifilisi rakke,” täpsustas Väli.

Uuring algab lähinädalatel ning kestab 2027. aasta lõpuni. Huvi korral palutakse võtta ühendust või patsientidel liituda soovitada, kirjutades Tartu ülikooli neuroloogia kaasprofessorile/Tartu ülikooli kliinikumi neuroloogile Liis Väli aadressil liis.vali@ut.ee.

mu.ee

Baltikumis sai esimesena rahastuse Läti

***Myasthenia gravis* (MG) on haruldane autoimmuunhaigus, mis põhjustab lihaste nõrkust ja väsimust, kuna organismi immuunsüsteem ründab närviimpulsside ülekannet lihastesse.**

Haigus võib põhjustada nägemis-, neelamis- ja hingamisraskusi ning mõjutada oluliselt elukvaliteeti. Kuigi haigust ei saa lõplikult välja ravida, on viimastel aastatel toimunud märkimisväärne areng teaduspõhiste ja sihitud ravimeetodite arendamises.

Riikliku rahastuse otsust ootasid pikisilmi mitte ainult arstid, vaid ka Läti müasteenia kogukond, sest see annab parema elukvaliteedi lootust patsienti-

dele, kelle haiguskulg on raske ja ravimiresistentne.

Esimese Läti patsiendina ravi saanud Marija Krūmiņal diagnoositi müasteenia kümme aastat tagasi, 28aastaselt, kui tal vajus ootamatult alla silmalau. “Kahe nädala pärast olin põhimõtteliselt juba reanimatsioonil: lakkasin ise hingamast, ei rääkinud ega söönud. Veetsin neli kuud haiglas. Õppisin uuesti käima, rääkima, hingama ja neelama,” kirjeldas ta, lisades, et uue ravi saabumine tähendas tema jaoks murdepunkti.

Traditsiooniline müasteenia ravi põhineb immunosupressioonil - immuunsüsteemi mahasurumisel, mis vähendab

antikehade tootmist, kuid suurendab infektsiooniriski. Uus teraapia toimib täpsemalt ja leebemalt. “See ravim ei suru immuunrakke maha, vaid aitab organismil eemaldada autoantikehad, mis ründavad närvi-lihase ülekannet,” selgitas Stradiņši haigla haruldaste neuroloogiliste haiguste keskuse neuroloog Ieva Glāzere.

Ravi ei toimi ühe süstiga, vaid tegevust on tsüklilise raviga, mille eesmärk on vähendada lihaskõrvalt ja parandada kontrollitavate lihaste talitlust. “Haigus võib ohustada ka elu, sest mõjutatud võivad olla ka hingamis- ja neelamislihased. Loodame, et seda ravi kasutades lihaskõrvalt kasvab ja on võimalik saavuta

da minimaalsete sümptomite staadium või isegi täielik remissioon,” lisas Glāzere.

Läti on esimene Balti riik, mis müasteenia ravis seda ravimit pakub, Leedu on kohe positiivset rahastusotsust saamas. Ravim on aga saanud Euroopa ravimiameti (EMA) heakskiidu, olles riiklike tervisekassade toel kasutusel enamikus Euroopa Liidu riikides, sealhulgas Saksamaal, Prantsusmaal, Hispaanias, Itaalias, Austrias, Portugalis, Belgias, Madalmaades, Luxemburgis, Šveitsis ja Ühendkuningriigis. Lisaks on see kättesaadav Kreekas, Küprosel, Poolas, Tšehhis, Slovaakias ja Sloveenias.

mu.ee

VYVGART[®]
(alfaefgartigimood)

MÕELGE UUESTI AChR-Ab-POSITIIVSETE gMG PATSIENTIDE RAVIVÕIMALUSTELE!

Esimene ja ainus Fc-fragment-täppisravim, mis tagab gMG puhul igapäevategevuste kiire, märkimisväärse ja püsiva paranemise¹⁻⁵

VYVGART on näidustatud lisaks standardravile atsetüülkoliini retseptori vastaste antikehade suhtes positiivsete generaliseerunud *myasthenia gravis*'ega täiskasvanud patsientide raviks.¹

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

1. Vyvgart (alfaefgartigimood) ravimi omaduste kokkuvõte. 2. Zhu LN, et al. Neural Regen Res. 2023;18:1637-1644. 3. Cavalcante P, et al. Front Immunol. 2024;15:1404191. 4. Howard JF, et al. Lancet Neurol. 2021;20:526-536. 5. Bril V, et al. Poster Presented at the (AAN) Annual Meeting; April 13-18, 2024; Denver, Colorado.

AChR-Ab, atsetüülkoliini retseptori antikeha; **gMG**, generaliseerunud raskekujuline müasteenia; **Fc**, kristalluv fragment.

VYVGART (alfaefgartigimood) on retseptiravim. Müügiloa hoidja: argenx BV, Industriepark-Zwijnaarde 7, 9052 Gent, Belgia. Täiendav teave on saadaval ravimi müügiloa hoidja Eesti esindusest: Medison Pharma Estonia OÜ, Sõpruse pst 145, 13424 Tallinn; MedInfo.Estonia@medisonpharma.com

Palun tutvuge enne preparaadi väljakirjutamist täieliku ravimi omaduste kokkuvõttega.



30-50aastased naised, kellel esineb 8-14 migreenipäeva kuus koos depressiooni ja ärevusega, on eriti haavatavad.

FOTO: SHUTTERSTOCK

Migreenihaiged väärivad võrdset kohtlemist

Toomas Toomsoo

Confido sisekliiniku juht, neuroloog

Eesti tervishoiusüsteem seisab silmitsi paradoksiga: inimene, kellel on 14 migreenipäeva kuus, ei kvalifitseeru uute bioloogiliste ravimite saamiseks erinevalt inimesest, kellel on neid 15, kirjutab Confido sisekliiniku juht ja neuroloog, professor Toomas Toomsoo, pakkudes välja lahenduse.

Rahvusvaheline meditsiinikogukond pole suutnud kokku leppida, kust jookseb piir "piisavalt haige" ja "veel mitte piisavalt haige" vahel. Rahvusvaheline peavaluühing kehtestas 2006. aastal kroonilise migreeni piiriks 15 peavalupäeva kuus (ICHD-2R klassifikatsioon), mis kinnitati 2018. aastal ICHD-3 versioonis.

Samas käsitleb Ameerika peavaluseltsi (*American Headache Society*) 2021. aasta konsensusdokument kõrgsagedusliku episoodilise migreeni patsiente (8-14 migreenipäeva kuus) kui gruppi, kes vajavad sama intensiivset ravi, kui kroonilised haiged. Euroopa eksperdid toetavad üha enam kliiniliselt olulise lävena kaheksat päeva.

Tõendid räägivad enda eest

Värske Itaalia GIANTI 183 patsiendiga tehtud uuring näitas veenvalt, et kõrgsagedusliku episoodilise migreeni (8-14 päeva kuus) patsiendid kannatavad täpselt sama palju, kui kroonilise migreeniga haiged. Nende töövõime on identne, elukvaliteet sama madal ning kaasuvad psühhiaatrilised häired sama sagedased.

Ameerika migreeniregistri põhjalikud andmed kinnitavad sama mustrit: puude tasemes pole 8-14 ja 15-23 peavalupäevaga patsientide vahel statistiliselt olulist erinevust. Need pole abstraktsed



Puude tasemes pole 8-14 ja 15-23 peavalupäevaga patsientide vahel statistiliselt olulist erinevust.

numbrid, vaid reaalsed inimesed, kelle töövõime ja elukvaliteet on võrdset halvenenud.

Ravimite efektiivsus on tõestatud

GIANTI uuringus said kõrgsagedusliku episoodilise migreeniga patsiendid uut suukaudset CGRP antagonist. Selle tulemusel vähenesid migreenipäevad 58%, valuvaigistite tarbimine langes 59% ja puude skoorid paranesid 73%. Need numbrid näitavad, et ravimid toimivad, sõltumata sellest, kas patsiendil on kümme, 12 või 16 migreenipäeva kuus.

Veelgi olulisem - isegi patsiendid, kellel varasemad süstitavad bioloogilised ravimid olid ebaõnnestunud, said olulist leevendust. See tõestab, et eri ravimid toimivad eri inimestel, sõltumata formaalsetest diagnoosikategoriatest.

Majanduslik mõttekus

Balti riikide uuringud on näidanud, et just kõrgsagedusliku episoodilise migreeni alaravimine toob hiljem kaasa suuremaid kulusid. Patsiendid, kes ei saa õigeaegset ennetavat ravi, satuvad sagedamini erakorralisse meditsiini, puuduvad rohkem töölt ning vajavad hiljem kallimaid sekkumisi.

Tööealiste naiste (30-50 aastat) grupp, kellel esineb 8-14 migreenipäeva kuus koos depressiooni ja ärevusega, on eriti haavatav. Need on produktiivsed ühiskonnaliikmed, kelle töövõime säilitamine peaks olema prioriteet.

Muutuse tuuled puhuvad

2020. aastal tegid M.A. Chalmer ja tema kolleegid ettepaneku muuta kroonilise migreeni definitsiooni: vähemalt kaheksa migreenipäeva kuus, sõltumata peavalupäevade koguarvust. See ettepanek

kajastab kliinilist reaalsust, mitte administratiivset mugavust. M. Guglielmetti ja kaasautorid hoiatasid küll ressurside piiratuse eest, kuid kas õigem poleks pigem ressursse juurde leida, kui osa patsiente tõendusmaterjalist ilma jätta?

Tervisekassa valikud

Eesti tervisekassa seisab valiku ees: kas järgida järgalt vananenud rahvusvahelisi definitsioone või lähtuda uusimast teaduslikust tõendusmaterjalist ja kliinilisest praktikast?

Uute migreeniravimite laiendamise kõrgsagedusliku episoodilise migreeni raviks poleks mitte ainult meditsiiniliselt põhjendatud, vaid ka eetilise imperatiiv. Kui ravimid toimivad ja patsiendid kannatavad võrdset, siis millega õigustada ebaõiglast kohtlemist?

Tervisekassa võiks kaaluda pilootprogrammi, kus kõrgsagedusliku episoodilise migreeni patsiendid (8-14 päeva kuus) saaksid ligipääsu samadele ravivõimustele kui kroonilised haiged. Tulemuste monitooring näitaks, kas see investering õigustab end nii meditsiiniliselt kui ka majanduslikult.

Inimväarikus ei sõltu numbrist

Meditsiin peaks teenima inimesi, mitte vastupidi. Kui number kalendris määrab, kas inimene vääriravi või mitte, oleme kaotanud midagi olulist - võime näha patsienti kui tervikut.

Tervisekassa otsus laiendada uute migreeniravimite kättesaadavust oleks signaal, et Eesti tervishoiusüsteem väärtustab tõendusmaterjali meditsiini ja patsiendi heaolu rohkem, kui bürokraatlikke piire. See oleks samm tulevikku, kus ravi määrab haiguse mõju elule, mitte kunstlik number mingis klassifikatsioonis.

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

**VÄHEM MIGREENI.
ROHKEM KAUNEID HETKI.**



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



Hästi talutav ohutusprofiil, üldjoontes võrreldav platseeboga¹



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



Fremanezumabi omaduste põhjal ei saa eeldada mingeid ravimi farmakokineetilisi koostoimeid¹

Digitaalne peavalupäevik

MIGREENI-KOMPASS

Tõhus ravi algab täpsest diagnoosist.

Lae tasuta alla siit:



AJOVY[®] (fremanezumab). Retseptiravim. ATC kood: N02CD03. Näidustus: migreeni profülaktikaks täiskasvanutele, kellel on iga kuu vähemalt 4 migreenipäeva. Annustamine: Ravi peab alustama migreeni diagnoosimise ja ravi kogemusega arst. Saadaval on kaks raviskeemi: 225 mg üks kord kuus (manustamine üks kord kuus) või 675 mg üks kord iga kolme kuu järel (manustamine üks kord kvartalis). Manustamisviis: ainult subkutaaneks süstimiseks. Üksikasjalikud manustamisjuhised ning täpsem info ravimi kohta vaata täielikust ravimi omaduste kokkuvõttest aadressil www.ravimiregister.ee

Allikad: 1. AJOVY (fremanezumab) ravimi omaduste kokkuvõte (september 2024); 2. Brabanti P. et al. Neurol Ther 2024 13:611–624.

*HFEM ja CM patisendid 48. nädalal alates ravi alustamisest. MMD = migreenipäevad kuus, MHD = peavalupäevad kuus.

Täiendav teave: Teva Eesti esindus, UAB Teva Baltics Eesti filiaal, Hallivanamehe 4, Tallinn 11317, telefon 6610801 www.teva.ee või ravimi omaduste kokkuvõttest www.ravimiregister.ee

Müügiloo hoidja: TEVA GmbH Graf-Arco-Str. 3 89079 Ulm Saksamaa.
Materjal on koostatud ainult tervishoiutöötajale.
FRE-EE-00100
Veebruar 2025



teva

**MIGREEN-
PULSEERIVALL**
MIS KESTAB PÄEVI

TAHAKSIN OLLA AINULT
PIMEBAS JA VAIKUSES

LÖHNAD
AJAVAD JIVELDAMA



ENNETA MIGREENIHOOGUSID¹

ÜKS TABLETT ÜKS KORD ÖÖPÄEVAS

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

A 60

SOODUSTUSE TINGIMUSED:

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

75%/90%

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

AQUIPTA on näidustatud migreeni profülaktikaks täiskasvanutel, kellel on vähemalt 4 migreeniga päeva kuus. Müügiloa hoidja: AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG, Knollstrasse, 67061 Ludwigshafen, Saksamaa. Lisaküsimuste tekkimisel selle ravimi kohta pöörduge palun müügiloa hoidja kohaliku esindaja poole: AbbVie OÜ, Rävälä pst 4, 10145 Tallinn. Tel: +372 623 1011. AQUIPTA (atogepant) ravimi omaduste kokkuvõte www.ravimiregister.ee

VIITED:

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