



Juhtimine

Parimate juhtide seas ka mitu tervishoiujuhti

Äripäeva iga-aastasele parima juhi nimetamise konkursile esitati ka mitu tervishoiu tegutsevat juhti. Näiteks kiidetakse Viljandi haigla juhti **Priit Tampere** (pildil) ja Semetroni tegevjuhti **Martin Mininit**. ▶6-7



Sõltumatu häälekandja arstidele ja apteekritele, ilmub kaks korda kuus teisipäeval • nr 8 (507) 22. aprill 2025

www.mu.ee

Päev elulõpupalatis

Kliinikumi **palliatiivravi osakond** püüab elust lahkujate viimased päevad muuta talutavaks. ▶8-9, 3



Palliatiivravi osakonnajuht doktor Heli Taro ja õendusjuht Liis Lang.

FOTO: LIIS TREIMANN

Vaikimine ei tähenda nõusolekut

MTÜ Elu Dementsusega üks juhte **Chris Ellermäe** võtab sõna seoses Pihlakodu hooldekodus toimunud eakate dementsete naiste vägistamisega ja tõdeb, et dementsusega inimesed ei erine ükskõik mis teise diagnoosiga inimesest. ▶3



Tehnikutele suur ootus

Tallinna tervishoiu kõrgkooli rektor **Ülle Ernits** tõdeb, et on aeg erakorralise meditsiini tehnikute rolli ümber mõtestada. Neilt oodatakse juba palju enam kui varem. ▶5

Gastroenteroloogia arst-re-sident **Marie Kaivo** funktsionaalsest kõhukinnisusest lastel, mis on sage, aga aladiagnoositud mure. ▶18

Üks küsimus

Millised ootused uuele ministrile?

VASTAVAD Ida-Viru keskhaigla ravijuht **Pille Letjuka** ja perearstide seltsi juhatuse liige, Rapla perearst **Argo Lätt** (pildil). ▶4



Fookuses: süda Kolesterooli kontrolli alla saamise oskused

TÄNAVUSEL südame tervise kuul keskenduti rohkem kolesteroolile. Tervist toetav toitumine, regulaarne liikumine ja vajadusel ravimid aitavad hoida kolesteroolitaset kontrolli all, kirjutab kardioloogiaprofessor **Margus Viigimaa**. ▶10

Fookuses: vaim Mida uut on teada isiksushäirete ravis

ÜLEVAADE tänavusest vaimse tervise konverentsist, mis keskendus isiksushäiretele. ▶12

Fookuses: diabeet Diabeedi seos neeruhaigusega

DIABEEDI ja kroonilise neeruhaiguse seostest endokrinoloog **Kristina Isandalt**. ▶14





EUROPEAN
TESTING
WEEK
www.testingweek.eu
2025



EuroTEST

Working together for integrated
testing and earlier care

Euroopa HIV ja hepatiidi testimise nädal 19.–26. mai 2025!

HIV

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

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

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



Positiivse tulemuse korral tuleks patsient suunata infektsioonhaiguste arsti vastuvõtule.



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

Euroopa HIV ja hepatiidi testimise nädala teavitust
toetab AbbVie OÜ | EE-VHCV-250027
Valmistatud: märts 2025

C-hepatiit

Viirus kulgeb enamasti sümptomiteta ja jääb tihti diagnoosimata.

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

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



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

B-hepatiit

Keda testida:

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

www.testingweek.eu
www.eurotest.org

arvamus



Ülikoolihaiglal on Eesti tervishoius oma kindel roll. Meid mõjutab ka ebaselge geopoliitiline seis.

Priit Perens, kliinikumi juht ka järgmisel perioodil, mu.ee

Selgitus:

Dementsusega inimesed ei erine



Chris Ellermäe

MTÜ Elu Dementsusega juht

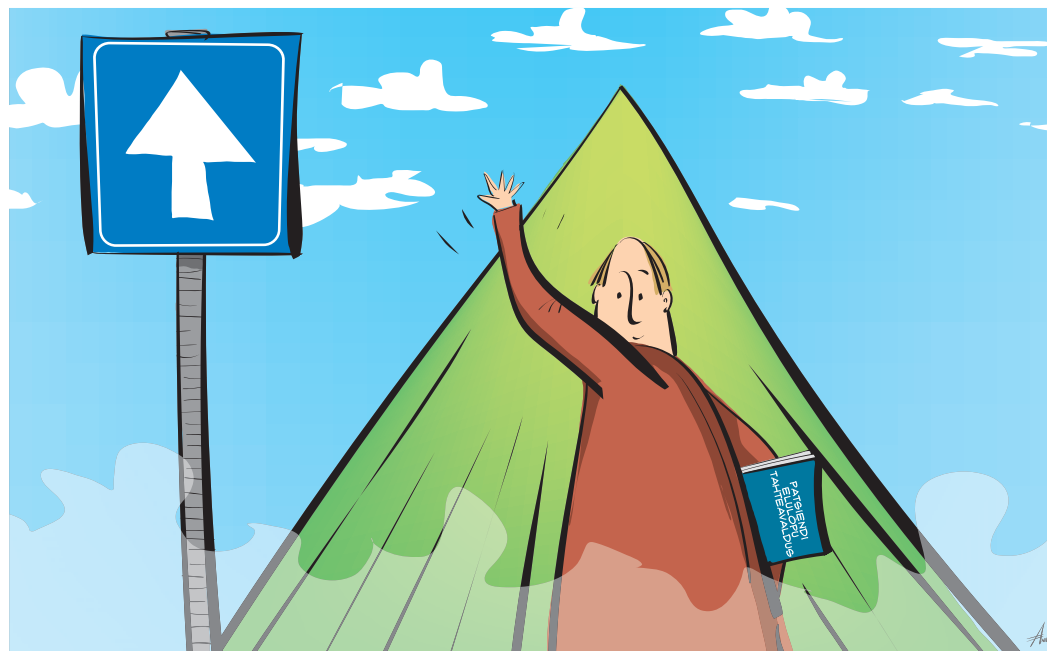
Dementsusega inimeste suurimad riskid on väärkohtlemine, hooletusse sattumine ja turvalise keskkonna puudumine.

Dementsus on katusmõiste, millega kirjeldatakse mitut mälu ja kognitiivseid võimeid mõjutavat haigust. Dementsusega inimesed on haiged: nende kognitiivne võimekus langeb järjest ja see viib täieliku sõltuvuseni teistest inimestest. Seega mõjutab dementsus lisaks inimesele endale tema lähedasi ja hooldajaid, riiki ja kohalikke omavalitsusi – meid kõiki. Uuringute järgi on dementsusega inimeste suurimad riskid väärkohtlemine, hooletusse sattumine ja turvalise keskkonna puudumine. Haigete inimeste õigusi ei tohi hinnata võime järgi ennast verbaalselt väljendada, vaid inimväärikuse ja turvalisuse alusel.

Samad õigused, mis teistel. Vaikus ei ole nõusolek – dementsusega inimese käitumine või mittereageerimine ei tohiks määrata, kas midagi juhtus või mitte. Dementsusega inimestel puudub haiguskriitika, suhtlusvõime halveneb ning reaalsustaju ja mälu võivad olla kahjustatud. Seetõttu ei saa küsida, miks ohver ei karjunud või ei keeldunud – ta ei pruukinud aru saada, mis toimub. Me ei saa aga kindlalt väita, et väärkoheldu ei mõistnud toimunut, sest ta ei ole võimeline seda väljendama. Dementsusdiagnoos mitte ei vähenda ümberolijate vastutust, vaid suurendab.

Euroopa dementsusega inimeste organisatsioone koondav Alzheimer Europe rõhutab, et dementsusega inimestel on samasugused inimõigused ja väärikuse kaitse nagu teistel. Haigus ei tohi saada dementsusega inimese defineerijaks – ta on endiselt inimene. Teisisõnu: vaatamata sellele, et inimene kaotab vaimse võimekuse, on ta tema ise. Kui vägistatut oleks diabeet või südamehaigus, kas me räägiksime siis nii palju tema haigusest või ikkagi pigem kuritööst, vastutusest ja ehk sellest, kuidas edaspidi selliseid asju ennetada ja vältida?

Inimene pole haiguses süüdi. Dementsusega inimene, kes enamasti on eakas, vajab meie kõigi hoolt ja armastust juba seetõttu, et ta on andnud oma panuse ühiskonda. Ta ei ole süüdi, et oodatud väärrika ja aktiivse vananemise võtab üle haigus, millel ei ole ravi. Dementsusega inimeste seksuaalse väärkohtlemise juhtum paljastab, kui haavatavad on meie ühiskonnas dementsusega inimesed ning kui vähe on loodud mehhanisme nende turvalisuse tagamiseks hooldekodudes. Me peame endalt küsima, misuguseid muutusi on vaja ühiskonnas, seadusandluses ja ehk ka järelevalves, et paremini hakkama saada dementsusega kaasnevate eelarvamuste, probleemide ja kitsaskohtadega.



ILLUSTRATSIOON ANTI VEERMAA

Juhtkiri

Väärrikas samm elu lõpu toetamisel

Valitsus kiitis märtsis heaks patsiendi elulõpu tahteavalduse eelnõu, mis loob selguse, kuidas saab inimene etteulatult väljendada oma ravist loobumise soove. Regulatsioon tugineb Saksamaa eeskujule, eelnõu väljatöötamise panustasid arstide liidu, anestezioloogide, palliatiivravi, perearstide, regionaalhaigla, ülikooli ja kliinikumi eetikanõukogude, Tallinna lastehaigla, Eesti bioeetika ja inimuuringute nõukogu, patsientide liidu, õiguskantsleri, riigikantsleji ja sotsiaalministeeriumi esindajad ning välisekspertidena Soome patsienditestamendi süsteemi tundjad.

Patsiendi tahe loeb. Meditsiinuudised tunnustab, et viimaks hinnatakse patsiendi autonoomiat ja väärikat kohtlemist elu viimastes etappides, mil ta ise otsuseid langetada ei saa. Ka saavad arstid ja kiirabibrigaadi juhid kindlustunde, et ravimata jätmise või ravi lõpetamine vastab patsiendi huvile.

Endine sotsiaalkaitseminister Signe Riisalo ütles eelnõud tutvustades, et on oluline, et inimesel on õigus kaasa rääkida, kas ja kui palju meditsiini tema elu lõppu mõjutab ning võima-

lus arstidega konsulteerides see ise kirja panna.

Vaid täisealistele. Nagu hinge- hoidja Katri Aaslav-Tepandi rõhutas, saavad elulõpu tahteavalduse teha vaid täisealised teo- ja otsusevõimelised isikud ning sellega ei ole võimalik taotleda eutanaasiat ega abistatud enesetappu. Tema sõnul kutsutakse sellega avatult rääkima väärrika ja toetatud elulõpu teemadel, elu pühadusest, ajalikkusest ja surelikkusega leppimisest.

Tahteavalduse teemat eest vedanud aasta arsti tiitli pälvinud doktor Katrin Elmet ütles, et see tähendab meditsiinilises mõttes, et inimene ei luba raviga oma elu pikendada, loobudes näiteks elutähtsate organite asendusravist intensiivravi osakonnas.

Kui seni on valitsenud arusaam, et arsti ülesanne on patsienti iga hinna eest elus hoida, siis sajanditevanuse Hippokratese vande punkt „Mina töotan anda korraldusi ainult haige kasuks vastavalt oma võime- tele ja arusaamisele, ma tahan neid säästa kahjust ja ebaõiglusest“ näib lubavat ka teistsuguseid võimalusi.

Sellega kutsutakse avatult rääkima väärrika ja toetatud elulõpu teemadel, surelikkusega leppimisest.

VÕITJA
Andrus Kõre

Praktiseeriva ortopeedina ja Elva haigla ravijuhina jätkav Elva haigla senine pikaajaline juhataja dr Peeter Laasik andis tegevjuhi koha üle varem teistel aladel töötanud tippjuhile **Andrus Kõrele**, kes on haigla eri arenguprojekte varem nõustanud.

KAOTAJA
Külvar Mand

Paarkümmend pettunud endist ja praegust Järvamaa haigla töötajat esitasid haigla peaarsti **Külvar Mandi** peale mahuka kaebuse. Saatest "Pealtnägija" selgus, et väiteid on palju ja osa neist nii tõsi- sed, et terviseamet kaalub menetluse alustamist.

Nädala foto:

Teenekate arstide aumärgid



Tänavu Tartus ERMis toimunud Eesti arstide päeval jagati traditsiooniliselt ka aumärke. Arstide liidu aumärgid said tänavu kauaaegne ITK juht uroloog Ralf Allikvee (pildil), Pärnu haigla arst Anu Ilp, kes on ka arstide liidu eetikakomitee liige, ja kliinikumi lasteallergoloog Kaja Julge.

FOTO: EAL

mu.ee lugude TOP

- "Pealtnägija": Järvamaa haigla töötajad esitasid peaarsti peale mahuka kaebuse
- Maksuamet nõuab tuntud ravimifirmalt miljoneid eurosid
- Ka mitu tervishoiu valdkonna juhti esitati aasta parima juhi konkursile
- Sotsiaalminister Karmen Joller kutsus Eesti tervishoiusüsteemi raviks kokku tippmeedikute konsiiliumi
- Uurimine: vägistamine Pihlakodus ei teinud dementsetele naistele halba
- Raamat spordikella kandjale: kuidas olla oma tervise dektiiv?

Toimetaja repliik:

Kolleegium tervishoiu tuleviku kujundajana

Kadi Heinsalu

Meditsiiniuudiste peatoimetaja

Positiivne, et uus sotsiaalminister Karmen Joller kutsus kokku üheksast arstist ja ühest õest koosneva kolleegiumi, et nende kaasabil kujundada pikaajalist tervishoiu tulevikku. Tunnustus ka neile inimestele, kes kutse vastu võtsid ja leiavad aega, et tervishoiu tulevikku panustada. Ilmselt oli

kutse saanud rohkemgi, aga kõik ei soovinud/saanud seda vastu võtta. Jääb üle loota, et kolleegiumi sisulisi ettepanekuid õnnestub siiski ka ellu viia. Peamine, et sellest ei kujuneks viljatu kooskäimise klubi, vaid et selle ettepanekud poliitikutelt ka tähelepanu pälvivad. Ootame huviga esimesi ettepanekuid, kuna uues koalitsioonileppes tervishoiu puudutavat peatükki veel kirjutatud pole.

Üks küsimus: Millised on teie ootused uuele ministrile?

Pille Letjuka

Ida-Viru keskhaigla ülemarst

Ootame, et minister ei alustaks järjekordsete kaardistamiste, analüüside jne tegemist. Neid on viimase kümne aasta jooksul tehtud piisavalt, nüüd, tegelikult juba eile, vajame väga konkreetseid otsuseid. Ka ootame, et ta lähtuks otsuste tegemisel tervishoiu vajadusest, mitte järgmiste valimisteni jäänud ajast ning et riik võtaks vastutuse tervishoiu juhtimise eest. Nii olemasolevad kui ka tulevased prognoosid ressursid on ju teada – kui ressursse suurendada ei ole võimalik, tuleb muuta/optimeerida nende kasutamist.

Argo Lätt

perearstide seltsi juhatuse liige ja Rapla perearst

Uue ministri puhul on oluline, et ta suudaks siduda oma erialaoskused selge visiooni ja avatud suhtlusega. Ootan temalt pragmaatilisi otsuseid, mis toetuvad tõendus põhisele lähenemisele, ning valmisolekut kuulata eri huvigruppe. Samuti on oluline, et minister suudaks luua usaldust ning teha koostööd valdkonna eri osapooltega – ainult nii saavutame pikaajalisi positiivseid tulemusi. Soovin näha tugevat juhtimist ja koostööd eri poolte vahel, et tagada innovatsioon ja kvaliteetsete teenuste pakkumine. Ka on oluline prioriseerida arstiabi rahastamise suurendamist ning tervishoiutöötajate toetust, et säilitada ja motiveerida kvaliteetset personalitööd. Kogu tervisekassa rahastus tuleks üle vaadata. Eelkõige sooviksin ka vaimse tervise probleemide tõsisemat käsitlemist.

Statistika

Suur osa euroliidu elanikest elab haiglale lähedal

EUROOPA Hiljuti avaldatud Eurostat'i andmetest ilmnes, et 2023. aastal elas 83,2% Euroopa Liidu (EL) elanikkonnast haiglast 15minutilise autosõidu raadiuses. 124 piirkonnas elas 15minutilise autosõidu raadiuses 100% elanikkonnast, kusjuures neist 96 piirkonda asus Saksamaal. Belgias ja Hollandis oli selliseid piirkondi kuus, Kreekas ja Prantsusmaal neli ning Maltal, Hispaanias, Itaalias ja Poolas kaks, kirjutas Läti rahvusringhääling.

Petised

Telefonipetturid kui tervisekassa töötajad

EESTI Tervisekassa andis teada, et endiselt pöörduvad nende nimel inimeste poole petturid, kes tutvustavad ennast tervisekassa töötajatena ning küsivad inimestelt nende dokumendi PIN-koode või levitavad e-kirja teel pahavara. Uus laine selliseid kõnesid on eestikeelsed varasemate peamiselt venekeelsete kõrval. Enim on petukõnesid ja kirjasid visiitdaskude, soodusravimite, ravikindlustuse või töövõimetushüvitistega seonduvalt, teatas tervisekassa esindaja. Kui varasemalt olid kõned ainult venekeelsed, siis viimasel ajal on hakanud tulema pöördumisi ka eesti keeles.

Poliitika

Riigikogu sotsiaalkomisjon sai uue esimehe

EESTI Riigikogu sotsiaalkomisjoni valimistel sai komisjoni esimeheks Signe Riisalo ja aseesimeheks taas Riina Solman. Valimised toimusid valitsusremondi tõttu, kui sotsiaaldemokraadid valitsusest väljusid. Komisjoni esimehe ja aseesimehe erakorralised valimised toimusid seoses valitsuses toimunud muutuste ning senise esimehe Madis Timpsoni tagasiastumisega, seisab riigikogu.ee veebilehel. Taolistel puhkudel toimuvad komisjoni esimehe ja aseesimehe valimised koos. Riigikokku märtsi lõpus asendusliikmena tulnud perearst Diana Ingerainen (Eesti 200) asus tööle rahanduskomisjonis.

Apteegid

Eelmise aasta algusest on püsivalt kadunud 11 apteeki

EESTI Viimase pooleteise aasta jooksul on Eestis lõplikult suletud 11 apteeki, samal ajal on avatud vähemalt 14 uut. Kuigi mõnes piirkonnas on inimesed jäänud ilma lähimast apteegist, siis suures plaanis ei ole ravimiameti hinnangul ravimite kättesaadavus halvenenud. Tallinnas suleti sel perioodil lõplikult Pelgulinna apteek ja Kopli apteek, mõlemad Põhja-Tallinnas. Samas avati pealinnas viis täiesti uut apteeki, mis tegutsevad uue tegevusloaga ja pole seotud pelgalt ümberkujundamise või kolimisega.



meditsiiniuudised@aripaev.ee

Peatoimetaja:

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

Toimetus:

Violetta Riidas, tel 667 0454
violetta.riidas@aripaev.ee
Kristiina Käit, 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 päevakajalisel, majanduslikul, poliitilisel 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.

Nõuannete lõksus

Michael Bungay Stanieri „Nõuannete lõksus“ on praktiline teejuht neile, kes soovivad suhtlemisoskust arendada, juhtimisvõimekust parandada ning teisi tõhusamalt aidata, vältides samas liigse nõuandmise varjukülgi. Raamat võtab vaatluse alla äärmiselt levinud suhtlusprobleemi: arvame, et kõige väärtuslikum panus vestlusesse on nõuanne. Autor selgitab, kuidas see rohkem kahju kui kasu toob. Kirjastus Äripäev, ilmub 1. mail, 256 lk. <https://pood.aripaev.ee/raamatud-nouannete-loksus>



22.05

VEBINAR „Silma valvetuba“ annab nõu, milliste ootamatute silmaprobleemidega pöörduda ITK silma-valvetuppa ja milliseid saab lahendada esmatasandil. Lektor on ITK silmaarst **Stina Tuubel**. Annab 1 täiendkoolituspunkti. Info ja piletid: <https://pood.aripaev.ee/silma-valvetuba>

Arvamus:

Erakorralise meditsiini tehnikutele uued ootused

Kui Tallinna tervishoiu kõrgkoolis avati 2010. aastal erakorralise meditsiini tehniku (EMT) õppekava, oli eesmärk koolitada spetsialiste, kes suudaksid osutada kiiret ja kvaliteetset esmast abi olukordades, kus reageerimiseks on vähe aega ja kaalul on inimese elu. Õppekava rõhuasetus on olnud praktilistel oskustel ja reaalses olukordades tegutsemisel, mille tulemusena on suur osa lõpetajatest saanud kohe asuda erialasele või sellele lähedasele tööle.

Viimased aastad on veenvalt kinnitanud EMTde vajalikkust. COVID-19 pandeemia ajal olid nad eesliinil: testimispunktides, haiglates ja koduvisiitidel. Ukraina sõda ja julgeolekuolukorra halvenemine on teinud ilmseks, et kriisid pole teoreetilised – me peame olema valmis ka Eestis. Valmisolek hõlmab ka spetsialistide õigeaegset koolitamist.

Kasvanud nõudlust haritud spetsialistide järgi kinnitavad ka tööhõive numbrid: viimase kümne aasta jooksul on EMTde arv Eestis suurenenud 59%,



Ülle Ernits

tervishoiukõrgkooli rektor

Tehnikutelt eeldatakse üha rohkem õdede ja arstide oskusi

jõudes 52 spetsialistini 100 000 elaniku kohta. 2023. aasta lõpus töötas tervishoiuasutustes 700 EMTd – neist 562 kiirabitehniku ja 155 erakorralise meditsiini tehniku ametikohal.

Töö tervishoius ja siseturvalisuses.

EMTd on traditsiooniliselt töötanud kiirabibrigaadides ja haiglate erakorralise meditsiini osakondades, tegutsedes

patsientide seisundi hindamise, stabiliseerimise, elupäästmisprotseduuride ja transpordi korraldamisega. Nende tegevus mõjutab otseselt edasise ravi edukust.

EMTde töövaldkond on laienenud ka siseturvalisuse struktuuridesse. Eestis on välja töötatud koostöömudelid, kus EMTd tegutsevad politsei- ja päästeametis meeskondades – näiteks kriisimeeskondades ja patrullides.

Tänapäeva EMT tegutseb üha enam ka kogukondades – ta koolitab, nõustab ja harib. Paljud spetsialistid teevad esmaabikoolitusi ja AED-seadme kasutamise õpet, annavad loenguid ning osalevad kohalike omavalitsuste kriisiplaanide koostamisel.

Samas on EMTde roll muutunud ka töö sisu poolest. Üha enam eeldatakse neilt oskusi ja pädevusi, mis varem kuulusid õdede ja arstide töövaldkonda. Tööülesannete ümberjaotamine (*task shifting*) muudab süsteemi paindlikumaks, lubades protseduure, mida varem tegid

vaid arstid. See suurendab vajadust jätkuõppe, tööpiiride ja pädevusraamade järel.

Rohkelt ületunde. EMTde töö on füüsiliselt ja vaimselt koormav ning kuigi töötajate arv on kasvanud, tehakse oluliselt rohkem ületunde. Lisaprobleem on tööealise tööjõu vananemine.

EMTde keskmine vanus on 45,4 aastat ning ligi viiendik neist jõuab järgmise kümnendi jooksul pensioniikka. Kuna töö eeldab head füüsilist vormi ja kiiret reageerimist, ei ole see ala, mida saab teha ilmtingimata kõrge eani.

Palgaküsimus on samuti kriitiline. 2023. aastal oli EMTde keskmine brutopalk 1907 eurot, mis on pisut üle riigi keskmise, kuid viimase kolme aastaga on see kasvanud vaid 3%. Eesti keskmine brutopalk on sama ajaga tõusnud 24%.

Selline mahajäämus on suurim tervishoiu kutsealadel ning seab kahtluse alla võime meelitada ja hoida motiveeritud spetsialiste.

12.–13.09

V Spaahotelli
Konverentsikeskus
Tartu

Soodushinnad kuni 1. juunini!

Eraldi ühepäevahind. Erihind tudengitele ja õdedele. Võimalik soetada pilet õhtusöögile, esineb Paul Neitsov. 11. septembril saab osaleda ERMi tuuril (inglise keeles).

Vaata lähemalt
www.bsm2025.com



Eesti Unemeditsiini Selts



Meditsiini-konverentsid

Kaks saali! Üle 40 lektori!

Konverents on inglise keeles.

Peaesineja: Harald Hrubos-Strøm

Norra Akershusi ülikooli haigla somnoloog ja vanemkonsultant teema: “Preventive, predictive, personalized and participatory (4P) management of obstructive sleep apnea (OSA)”

Baltic Sleep Meeting 2025

Balti riikide unemeditsiini spetsialistide ühendav konverents toimub esmakordselt Eestis.

Konverentsi teadusprogramm hõlmab erinevaid erialasid: rasvumine ja obstruktiivne uneapnoe, kardioloogiliste haiguste seosed unehäiretega, seosed oftalmoloogia ja unemeditsiini vahel, laste unemeditsiin, respiratoorne unemeditsiin, neuroloogia/unega seotud liikumishäired, otorinolarüngoloogia une ajal, unetus, ööpäevarütmi häired, geneetika ja unemeditsiin, unediagnostika, ortoterapeutiline ravi, unemeditsiin ja farmakoloogia jpm.

Osalevad kogu Euroopa, sh Eesti, Läti, Leedu ja Soome parimad unemeditsiini valdkonna spetsialistid ja eksperdid. Oodatud on ka perearstid, uneõed, unetehnikud, audioloogid, neuroloogid, psühhiaatrid, lastearstid, pulmonoloogid, psühholoogid, logopeedid, arstitudengid ja residendid.

Konverents annab täiendkoolituspunkte.

uudised



Erakindlustus ei ole see, mida keskmine Eesti kodanik praegu ootab.

Agris Peedu, regionaalhaigla juhatuse esimees, Äripäeva raadio tervishoiujuhtide saates 4. aprillil.

Ka mitu tervishoiu valdkonna juhti

Jana Palm

Äripäeva suurürituste juht

Tänavu esitati Eesti parima juhi konkursile 104 eri tippjuhti pea kõikidest ärivaldkondadest, sealhulgas ka mitu tervishoiu valdkonna juhti.

Toome teieni kolleegide nelja juhi kohta öeldu.

Mihkel Luigas, Confido tervisehalduse ja kindlustuse valdkonna juht

• Mihkli juhtimisel on Confido toonud turule uuenduslikke tervisekindlustuse lahendusi, mis pakuvad ettevõtetele võimalusi investeerida oma töötajate tervisesse ja heaolusse. Näiteks on Confido koostöös LHV kindlustusega loonud töötajatele mõeldud tervisekindlustuse lahenduse, mis lisaks laiale meditsiinilisele toele katab kriitiliste haiguste ja õnnetusjuhtumist tekkiva puude riski.

Lisaks on Mihkel osalenud erinevates aruteludes ja *podcast*'ides, kus käsitletak-

se eestlaste tervist ja terviseteadlikkust. Näiteks on ta osalenud LHV *podcastis*, kus arutati eestlaste tervise olukorra, eriarside järjekordade pikkuse ning tööandja ja tervisekindlustuse rolli üle. Samuti on ta osalenud Arvamusfestivali aruteludes, kus käsitleti tervishoiu tulevikku ja ravimivajadust Eestis. Tema aktiivne osalemine sellistes aruteludes näitab tema pühendumust ja soovi panustada Eesti tervishoiusüsteemi arengusse.

Kokkuvõttes on Mihkel äge juht tänu oma pühendumusele, innovaatilisele lähenemisele ja aktiivsele osalemisele tervishoiuvaldkonna arendamisel, mis on aidanud parandada tervishoiuteenuste kättesaadavust ja kvaliteeti Eestis.

Priit Tampere, SA Viljandi Haigla juhatuse esimees

• Priit Tampere on olnud aastaid Viljandi haigla kindel suunaja ja eestvedaja, hoides haiglat stabiilselt areneval kursil ka keerulisematel aegadel. Tema juhtimisel on haigla mitte ainult arendanud



Priit Tampere, SA Viljandi Haigla juhatuse esimees

ja laiendanud teenuseid, vaid ka hoidnud ja kasvatanud tugevat meeskonda, kuhu kuuluvad oma ala parimad spetsialistid.

Lisaks patsientide heaolule on tema jaoks oluline haigla töötajate hoidmine ja

toetamine. Ta on aidanud luua töökeskkonna, kus väärtustatakse meeskonnatööd, professionaalset arengut ja pidevat õppimist.

Tema juhtimisstiil toetab avatud suhtlust ja meeskonna ühist pingutust, et lahendada keerukaid olukordi.

Tema juhtimisel on algatatud ja praeguseks lõppfaasi jõudmas uue haiglahoone ehitus Viljandi kesklinnas, mis parandab teenuste kättesaadavust ja kvaliteeti, aga loob ka töötajatele kaasaegse töökeskkonna ja -tingimused.

Teda hindavad kõrgelt ka kolleegid: ta valiti mullu aasta kaastöötajaks.

Töötajad ütlevad tema kohta, et ta on alati toetav, lahendustele suunatud ja motiveeriv. Ka keerulistes olukordades jääb ta positiivseks ja leiab viise, kuidas edasi liikuda.

Tema jaoks ei ole väljendit "ei saa" – ta usub, et alati on võimalik lahendus leida. Tema optimism ja pühendumus innustavad ka teisi ning aitavad meeskonnal raskustega toime tulla.

VEEBISEMINAR
16.05.2025

Gastroenteroloogia esmatasandil: vajalikud teadmised soolehaigustest

Ülevaade põhilistest gastroenteroloogilistest haigustest ja lisateadmised esmatasandil praktiseerivatele kolleegidele.

- Ärritatud soole sündroom ehk IBS
- Põletikuline soolehaigus ehk IBD
- Koloskoopia
- FODMAP dieet
- Ootamatud seedetrakti sümptomid

Annab 6 täiendkoolituspunkti, tunnistused väljastab Confido Akadeemia koolituskeskus.

Registreerimine ja piletid:

pood.aripeev.ee/gastroenteroloogia

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

Lektorid:

MARI SETH gastroenteroloog, Confido gastroenteroloogia ja endoskoopia eriala juht
ALINA OGORODNIKOVA Confido IBD öde
TUULI LÄÄNE gastroenteroloog Confido, Päijät-Sote (Lahti Keskhaigla)
DMITRI SAVELJEV endoskoopiaöde Confidos
MARGUS LÄÄNE gastroenteroloog Confido, Päijät-Sote (Lahti Keskhaigla)

Moderator:

KARITA KOŠELEVA Confido esmatasandi tervisekliiniku juht



79

PROTSENTI oli osalus kopsuvähi (piloot)sõeluuringus, kui kutsega tegeles perearst. 2022. aastal Tartu maakonnas tehtud kopsuvähi sõeluuringu pilootprojektis osales 74 perearstinimistut rohkem kui 137 000 patsiendiga.



Ristiku kompleks sai 20

PÄRNU Haigla tähistas konverentsiga 20 aasta möödumist Ristiku tänava kompleksi kolimisest. Sel puhul toimus Endla teatris pidulik konverents, pildil haigla kauaaegne juht doktor Urmas Sule.

esitati aasta parima juhi konkursile

Martin Minin, meditsiinitehnika firma Semetron AS juhatuse liige ja tegevjuht

● Olles samal ajal nii väarikas liider kui ka innustav kolleeg, panustab Martin igapäevaselt Semetroni tiimi arengusse, edusse ja töörõõmu. Töötajaskonna tagasiside on aastaid kiitev ning olenemata kõrge positsioonist juhtkonna tasandil, on tema üksed kõigile töötajatele avatud – ikka ühtsema tiimi ja rõõmsama töökeskkonna nimel.

Semetron paistab silma oma maailmatasemel innovatiivsete meditsiinilahendustega ning Martin viib tiimi jõudsalt edasi!

● Martin on selge silmavaate, avatud suhtluse ja kaasava juhtimisstiiliga juht. Ta on alati seismas oma äri eest, kuid teab ja näitab ka enda tegudes, et ühist eesmärki saab saavutada vaid koos oma meeskonnaga.

Ta on täiendanud lisaks ärialasele teadmiste arendamisele end ka personalijuh-

timise kõrgharidusega, et mõista ja saavutada tasakaalustatud juhtimine tulemuste ja inimeste suunal. Juhina näitab ta eeskju enda eest hoolitsemisel, et ka vaimne muskel oleks vastupidav. Sportlikkus on miski, millega ta on nakatanud suurt osa meeskonnast.

Kadri Englas, Haapsalu neuroloogilise rehabilitatsioonikeskuse (HNRK) juhatuse esimees

● Tema oma sõnadest inspireeritult: Kadri puhub hea sõnaga HNRKle ning taastusravile ja rehabilitatsioonile pärituult. Rehabilitatsioonihai gla juhtimine ei ole üldiselt meelakkumine. Kadri märkab aga selliseid päevi, mis teevad pai. Kadri väljendab ja jagab oma röömu olla osa sellest kaadervärgist, kus me koos usume ja panustame inimkesksete lahenduste pakkumisse. Küsime, miks me midagi teeme ja oskame sellele vastata.

Ta pöörab tähelepanu kõrgtehnoloogia kasutamisele, adudes samas, et see ei ole imeravim ega lahendus igale olukor-



Kadri Englas, Haapsalu neuroloogilise rehabilitatsioonikeskuse (HNRK) juhatuse esimees

rale, aga see on väärtuslik lisandus, et aidata kaasa edukamale taastumisele, kus tarvis. Kadri hindab kõiki HNRK spetsialiste, ning annab meile lisatiivad inimeste aitamiseks, olgu selleks erinevad inno-

vaatilised vahendid või lahendused, kogemuste ammutamise võimalused, koolitused, vaimne tugi, sportimise võimalused jne. Kadri juhtimisel oleme HNRKs hakkamist täis.

Parima juhi konkursi kolme nominendi nimed avalikustatakse aprillis ja võitja kuulutatakse välja 15.-16. mail toimuval Pärnu juhtimiskonverentsil, kirjutas Äripäev. Nominentide sekka tervishoiujuhid siiski ei jõudnud.

Mullu esitati samale konkursile kaalu kirurg Ilmar Kaur (viieks korda, toim), terviseameti peadirektor Birgit Lao ning Ida-Viru keskhaigla õenduse ja patsiendikogemuse juht Ksenia Verhovskaja (teist korda, toim).

104

● juhti kokku esitati parima juhi konkursile, neist neli esindasid tervishoidu.

REUMA-foorum

08.05.2025

Tartu V Spa hotell & Konverentsikeskus ja veeb

SIHTGRUPP:

reumatoloogid, perearstid, taastusrarstid jt arstid, õed, tervisespetsialistid, tegevusterapeutid, füsioterapeutid, reumaliidu esindajad

Soodushinnad kuni 20.04.25!

pood.aripaev.ee/konverentsid-reumafoorum-2025

Nii saali- kui ka veebipiletite ostjatel on võimalik konverentsi 1 kuu jooksul järele vaadata.

Konverentsil osalemine annab täiendkoolituspunkte. Punktid akrediteerib Eesti Reumatoloogia Selts, tunnistuse väljastajaks on Meditsiiniuudised.

TEEMAD:

- Osteoporoosi uus ravijuhend
- Eakad ja osteoporoos
- Glükokortikoidindutseeritud osteoporoos
- Osteoporoos naistearsti pilgu läbi
- Osteoporoos ja hammaste väljalangemine
- Osteoporoosi grupi füsioteraapia PERHi näitel, harjutused osteoporoosi vältimiseks
- Täiskasvanute toitumine
- Kuidas toetada inimest iseennast paremini toetama?
- Osteoporoosi grupi füsioteraapia Dorpati kogemus. Kukkumiste ennetuste program

Info: Karin Tamm, Meditsiiniuudiste sündmuste juht, tel +372 513 8862, karin.tamm@aripaev.ee
Sponsorpaketid: Maarja Kõrv, Meditsiiniuudiste meditsiiniameedia müügi juht, tel +372 525 7708, maarja.korv@aripaev.ee



KORRALDAJAD

EESTI REUMALIIT

Eesti Reumatoloogia Selts
Estonian Society for Rheumatology

MEDITSIIINI-KONVERENTSID

luubi all



Palliativravi osakonnas on rohkelt taimi. Neid on saadud kingituseks näiteks botaanikaaialt, ent võiks osakonna juhi kinnitusel olla rohkemgi, sest rohelist ei saa kunagi olla liiga palju.

FOTOD: LIIS TREIMANN

Palliativravi Argipäev elust lahkujate seas

Ükski soov pole imelik ega vale

Saja-aastases hoones asuv Tartu ülikooli kliinikumi palliativravi-osakond sai äsja kolmeaastaseks. Selle juhi kinnitusele on osakonnas aastate jooksul nähtud mitmesuguseid emotsioone ja täidetud eri ülesandeid, millest olulisim on õigete töötajate leidmine.

Linda Eensar
Äripäeva ajakirjanik

Tartlastele tuttav Puusepa tänav 6 maja on kõrgete lagede ja algupäraste kahelplaatidest põrandaga. Osakonnas lõhnab meeldivalt ja on koduselt häälekas: käib meeleolumuusika, on palju taimi ja rohkelt kunsti. Siin on elu tuntavalt tähtis ja pühitsetud, kuigi paljud asuvad just siit toonela teele.

Osakonnajuht doktor Heli Taro ja õendusjuht Liis Lang on kolme aasta jooksul osakonnas näinud surma kõrval muret, helgust, tähendusrikkust ja isegi nalja. Nad on pidanud alla neelama leinas inimeste emotsionaalsused, voodikohti ümber arvutama, potitaimi otsima ning mis kõige olulisem: leidma õigeid inimesi nii tähendusriikka ja tänamatu töö juurde,

nagu seda on palliativravi. "Valmis inimesi ei ole kuskilt võtta," ütleb Lang. "Kui me siia inimesi otsime, siis paneme rõhku hoopis sellele, milline ta inimesena on: milline on tema maailmavaade, tema empaatia, väärtused ja omadused, millele me alles saame ehitada need teadmised ja oskused, et olla siin hea," kirjeldab ta.

Taro sõnul on lõpuks iga tööle olev inimene tähtis. "Vahel on patsient kõigega nii plindris, et isegi ravi ei mõju ja me ei tea, mis tal viga on. Nii võib hoopis füsioterapeut, kes temaga palju aega veedab, kuulda juhuslikult murest laste, elukohta või hoopis rahaga, millest öde või arst midagi kuulnudki polnud. Iga inimene, kes meil töötab, võib leida mõne vajaliku killu, et kogu ravi mõjuks või tõhusam oleks," räägib ta.

Palliativravis on selline mõiste nagu

"totaalne valu," selgitab Lang. "Selle moodustavad neli komponenti: füüsiline, sotsiaalne, hingeline, psühholoogiline. Inimesel on valu, aga see ei lähe ära ja seda võib takistada mingi osa neist neljast. Meeskond on tervik: arstid, õed, hooldajad, hingehoidjad, psühholoogid, sotsiaaltöötajad, sest nemad kõik tegelevad nende nelja komponendiga," loetleb ta.

Meeskond kohtub igal hommikul valve üle andmise ajal. "Seal me saame jagada ka kõike, mis on hinge peale jäänud. Kas või seda, kui patsient on halvasti öelnud," kirjeldab Lang.

Lähedaste väljaelamised enda peale

Hinge läheb selles töös ohtralt, see on kutsesse sisse kirjutatud. Teinekord võib päeva jooksul surra mitu inimest, nende seas patsiente, kellega kollektiiv on juba päris

Kliinikumi palliatiiv-
raviosakonna
õendusjuht Liis Lang

Me ei raiska seda aega siin mõttetu võitluse peale, veel ühe operatsiooni või uuringute nõudmisele.

lähedaseks saanud. Omaksed võivad läbi elada leinafaase, mille kestel nad end valimatult osakonna töötajate peale välja valavad. "Isegi kui inimesed pärast tulevad ja oma käitumise pärast vabandavad, on meie hingele kahju juba tehtud," sõnab Taro.

"Kui kedagi tööle võtame, siis uurime, kas neil on elus mingeid huvisid või hobi-
sid, sest midagi peab maandamiseks olema," ütleb ta. "Minul on näiteks kassid ja ma tean, et päris paljudel meie töötajatel on lemmikloomad."

Veel enam, aeg-ajalt on isegi kliinikumis kasse ja koeri. "Need on nende patsientide omad, kes ei saa enam koju minna. Muidugi me lubame lemmikuid siia tuua. See on loomade vaatestki mõistlik: kui loom näeb omaniku surnukeha, siis ta saab sellest aru ja ei jää koju oma inimest kurvalt ootama," arwab Lang.

Iga tegu võib olla kõnekas

Kiusatustele ja väikestele unistustele siin osakonnas ära ei öelda. Soovijatele sigaretti või konjakipitsi keelamine oleks kohatu, kuigi selliste asjade toomise eest hoolitsevad enamasti lähedased. "Ega patsient rohkem kui maitse pärast ei tahagi, pude-
lite kaupa alkoholi ei kulu," sõnab Lang.

"Mina olen patsiendile lund toonud," ütleb kõrvalt öde Veronika. "Patsient oli eelmisel talvel nii pikalt haiglas, et ta polnud lund üldse näinud. Korjasin neerukaussi natuke lund ja tõin. Ta tegi sellest pisikese lumememme. See oli väga armas," kirjeldab ta.

"Ja mina tõin akna taha linnumaja," meenub Tarole. "Oli üks patsient, kes ütles, et tihased käivad akna taga ja ta tahaks neile midagi anda. Voodi oli tal tõstetud nii, et sealt ta nägi linnukest ja isegi pildistas. Sellised väikesed soovid ei maksa mitte midagi, aga neist on nii tohutult palju rõõmu," põhjendab ta.

See on kergenduse osakond, mõtlen ma osakonna eestikeelsema nime peale. "Me ei saa öelda, et me võtame kogu valu inimestel sajabrotsendiliselt ära. Inimene oksendab kodus 20 korda päevas, aga meie saame teda nii palju aidata, et ta teeb seda vaid 2-3 korda. See on suur vahe: tal püsib midagi sees ja ta magab paremini," selgitab Taro.

Mõttetu võitlus, mõttekas surm

Inimesed võivad surra igas haigla osakonnas. Inimesed saavad surra kodus või hooldekodus. Ent kui seisund teeb inimese elu lõpu piinarikkaks või väga keeruliseks, võib-olla isegi alandavaks, siis palliatiivravi püüab anda inimesele väärtusliku aja.

"Kui patsient on siin oma elu lõpuni, siis me ei raiska seda aega mõttetu võitluse peale, veel ühe operatsiooni või uuringute nõudmisele. Nii need päevad lähevad ja surm tuleb nagunii täpselt siis, kui tuleb. Seda aega saab kasutada perega olemiseks või oluliste viimaste asjade tegemiseks," mõtiskleb Lang.

Doktor Taro mõtleb teinekord, et seal ülevalpool peavad olema head tutvused, et saaks kiiremini ära minna. "Mõnikord me näeme inimest, kes võiks juba ammu surnud olla: ta ei joo ega söö mitu nädalat

ja mõtled, et kuidas see võimalik on, sest ta on juba sisuliselt mumifitseerunud, aga ikka veel hingab. Minek on väga raske. Siis on mõnikord aidanud see, et kohale jõuab keegi sugulane ja patsient saab pärast rahuks ära surra," kirjeldab ta.

Legendid vikatimehest

"Mõnikord patsiendid lausa lepivad ühes palatis kokku, millal nad lähevad ja siis surevadki samal ajal või viieminutistele vahedega," jutustab Lang, kinnitades, et on sellist fenomeni vähemalt kolmel korral kohanud. Need inimesed ei pruukinud üksteist tundagi ja võisid tutvuda alles palatis, üks oli võib-olla teisest 20 aastat vanem, aga läksid koos.

Palliatiivravi ukse taga on järjekord, kõigile kohti ei jätku ja kuigi ideaalmaalmas võiksid patsiendid olla rahuks üksinda palatis, siis puudus sunnib ruumi jagama. Siiski on selles midagi inimlikku ka, sest mitte kõik ei taha ihuüksi olla.

"Mõnikord on seal niivõrd hea kooslus, et nad harjuvad üksteisega ära. Vahel ei sobi mõnele inimesele kellegi unes rääkimine, norskamine või et keegi vaatab liiga palju televiisorit, kuid kunagi ei taheta palatit surma pärast vahetada. Vahel inimene kardab surmahetke, aga kui ta näeb kõrvalt, kuidas surija juures käiakse, mida temaga tehakse, kuidas hoolitsetakse, siis teab temagi, et teda ei jäeta üksi ja see rahustab," kirjeldab Taro.

Ei mingit arstiseriaali tõblemist

Mis juhtub sel hetkel, kui inimene nende palatites suremas on? "Me ei torma kallale ega ründa kuidagimoodi. Ütleme näiteks, et tulime nüüd teid vaatama, et kuidas läheb, mõõdame palavikku või vahetame mähkmeid. Me räägime hoolima sellest, kas ta meid kuuleb või mitte," selgitab Taro. Lang lisab, et nad ei tee kunagi midagi üleliigset. "Eriti kui lähedased juures on, sest see on pere-aeg. Omaksed ise annavad märku, kui neil on meid vaja," räägib ta.

Suremine on sama mõõtnatult tähtis kui sünn. Sünnitaminegi oli üsna äsja veel tabuteema, mida surm moodsal ajal edasi on. Naised läksid haiglasse "varju", sünnitasid ja kui midagi kehvasti läks, siis sellest ei räägitud. Tänapäeval on sünnitamine üsna avalik teema. Surm on aga justkui lühike tähtsusetu hetk, millest on karmi lõplikkuse tõttu keeruline rääkida.

Arst ja öde, meditsiiniharidusega, tõendus põhise maailma austajad, usuvad sellegipoolest, et inimene pole ainult keha ja surm absoluutne lõpp. "Me ei oska paljut teaduslikult selgitada, aga miski sellest inimesest on edasi, ei lähe koos kehaga ära, nimetame seda siis hinge või vaimuks," arwab Taro. Nagu nimme käib selle jutu ajal kabinetis asuvates torudes läbi ilmikas koputav kolin.

Muidugi loome sellele momendile ise otsejoones tähenduse, kuid igaühel peabki olema vähemalt usk või mõte. "Kusjuures, usklikel inimestel läheb leppimine palju kiiremini, vahepeal näib, et lausa usumatult kiiresti," ütleb Lang. Doktor Taro lisab, et mõnest inimesest jääb maha nii rahulolev nägu, et võib-olla ta saigi oma kesta maha jätta. "Me ei suru midagi kelle-



Palliatiivravi ei ole ainult raskelt haigete inimeste voodis suretamine, olulisel kohal on liikumine. Osakonda mahub ära spetsiaalne füsioteraapia ruum.

legi peale, aga see on usk, mis meid, töötajaid hoiab: peale inimese keha on veel miski, mis edasi elab," räägib Taro.

Maa peal on seatud nii, et elul on algus ja lõpp ning küllap on selline seadus oma vältimatuses vajalik, kuigi inimesed on surma vastu arstiteaduses aina edukamalt võidelnud. "Me elame nagu muinasjutumaal: mõelge viimaste aastate tehnikarevolutsioonile – mobiiltelefon oli veel 30 aastat tagasi täiesti ulme – ja sellele, et tänapäeval on uskumatud vähivormid ravitavad. Loomulikult on selle juures arvamused, et arstide kohus on iga hinna eest elu säilitada," ütleb Taro. Ta lisab, et kuigi tal on taastusraviarsti kogemus, tunneb ta, et tal on palliatiivris inimestele palju rohkem anda. "See on nagu elutegu," lisab ta.

Kui minna palliatiivraviosakonda elu mõtet otsima, on vastus sellele küllalt suurele küsimusele ilus: inimese elule annab mõtte teine inimene, et me üksteisest hooliksimine ning sel viisil oma olemist rikastaksime. Toetada inimest kõige raske-
matel haigushetkedel ning surma juures paistab suurima elu pühitsemisena, mida üks inimene teisele teha saab.

Elulõpu tahteavalduse eelnõu

Sotsiaalministeeriumil märtsi keskel valminud patsiendi elulõpu tahteavalduse eelnõu kohaselt saab inimene ette määrata, millist ravi ta tulevikus otsusevõimetuna ja kui tervises seisund on pöördumatult halb, saada ei soovi. Eelnõu seab tingimused, mida tuleb tahteavalduses järgida. Näiteks peab inimene olema täisealine ja otsusevõimeline ning teadliku ja kaalutletud otsuse tagamiseks on kohustuslik arsti nõustamine. Oma tahet saab avaldada üldjuhul tervise infosüsteemis, see on soovi korral muudetav ja igal ajal tühistatav. Taro hinnangul ei puuduta elulõpu tahteavaldus kõiki inimesi. "See on mõeldud nendele, kes teavad, et on raskesti haiged. Nad saavad juba ette ära öelda, mida soovivad, juhuks kui ühel hetkel enam ei saa öelda, mida nendega teha tuleks."

Tasub teada: Igakülgne toetus raske haiguse ja surma korral

● Palliatiivravi on mõeldud patsiendile, kellel on diagnoositud progresseeruv elu ohustav ja elukvaliteeti oluliselt halvendav haigus. Palliatiivravi ei tähenda tingimata, et raskelt haige inimene selles osakonnas sureb, kuigi paljude raske-
te haiguste puhul see nii on. Selles osakonnas püütakse konkreetse haiguse ravi kõrval (või kui ravi pole enam võimalik) patsiendi enesetunnet oluliselt parandada.

● Nii on palliatiivris eriliselt tähtis igakülgne abi: meditsiiniline, psühholoogiline, sotsiaalne ja ka vaimne tugi ning samuti toetatakse patsiendi lähedasi. Kui haigus pole ravitav, on oluline sümptomeid leevendada, et ülejäänud elu elada paremini. Seetõttu kestab palliatiivne ravi kogu haiguse vältel, sõltumata sellest, kas kindla haiguse ravi toimib või enam ei toimi. Nii on ka hädane, kust lõppeb palliatiivravi ja algab hospiitsravi ehk elulõpuravi.

● Palliatiivravile saab suunata patsienti vaid eri- või perearsti saatekirjaga. Iga surija palliatiivravi ei vaja.

Mis on elulõpu tahteavaldus

● Patsiendi elulõpu tahteavalduse eelnõu eesmärk on suurendada patsiendi autonoomiat ning luua kindlustunnet arstidele ja kiirabitöötajatele, et ravi lõpetatakse vastavalt patsiendi soovile.

● Eelnõu plaanitakse jõustada 2027. aasta 1. jaanuaril.

● Tahteavalduse saab koostada täisealine teo- ja otsusevõimeline inimene, aga ka piiratud teovõimega isik, kui arst peab teda otsusevõimeliseks.

● Avalduse abil saab loobuda elu pikendavatest tervishoiuteenustest, nt elustamisest.

Eestlaste südametervis vajab jätkuvalt tähelepanu

Kolesterool Tervisliku eluviisiga saab palju ise ära teha

Margus Viigimaa

Põhja-Eesti regionaalhaigla kardioloog, professor

Kuigi oleme südamehaiguste ja südamesurmade valdkonnas teinud märkimisväärsed positiivseid samme, on südame-veresoonkonna haiguste suremus Eestis endiselt kõrgem kui Euroopa Liidu keskmine.

2023. aastal suri Eestis 15 766 inimest, neist ligi pooled südame-veresoonkonna haiguste tõttu. See tähendab, et kaotame südamehaiguste tõttu igal aastal valla-suuruse hulga inimesi. Aprillis peetav südamekuu pöörab juba 32 aastat südame-tervisele tähelepanu, sest karmide statistiliste numbrite kõrval on südamehaigused ometi suuresti ennetatavad.

Tervena elatud aastad on oluline näitaja – 2023. aastal elasid Eesti mehed tervena keskmiselt 56,4 ja naised 59,5 aastat. Kuigi see on viimase kümnendi jooksul paranenud, jääme Euroopa Liidu keskmisele siiski 3,3 aastaga alla. Mis on peamine süüdlane? Südame-veresoonkonna haigused.

Uuringud näitavad, et ateroskleroosilised naastud suurenevad järk-järgult vanusega. Sellised naastud on ohtlikud seetõttu, et arteri läbimõõt muutub väiksemaks ja naastu suurenedes võib veresoon täielikult sulguda, lisaks võib tekkida eluohtlikke trombe. Südamearterite kompuutertomograafiliste uuringute põhjal saab ateroskleroosi tuvastada ligikaudu 15%-l meestest 40aastaselt, 30%-l 50aastaselt, 65%-l 60aastaselt ja 80%-l 70aastaselt. Naistel tekib ateroskleroosiline naast sama jaotumisega kui meestel, kuid umbes kümme aastat hiljem. Keskmine südameinfarkti haige on Eestis 67aastane mees ja 78aastane naine.

Tervisliku eluviisi ja vajadusel riskitegurite raviga on võimalik südameinfarkti ja ajuinsulti ära hoida või vähemalt aastateks edasi lükata. Selle aasta südamekuu põhiteema on kolesterool, mis on üks peamine südame-veresoonte haiguste riskitegur.

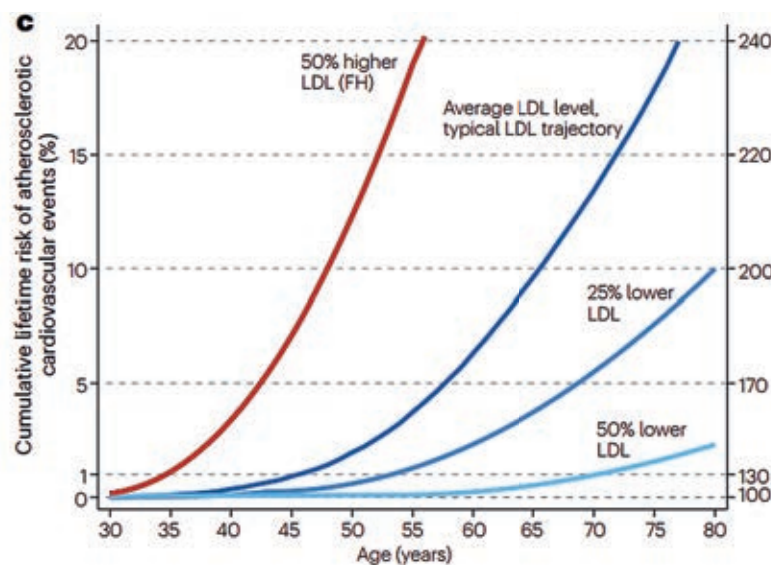
Kolesterool – sõber või vaenlane?

Kolesterool pole iseenesest halb – see on vajalik meie keha talitluseks. Liiga kõrge „halva“ ehk LDL-kolesterooli tase aga soodustab veresoonte ummistumist. Fü-



Füsioloogiline LDL-kolesterooli tase on 1-1,5 mmol/l, mis on väikelastel.

Margus Viigimaa



LDL-kolesterool tõstab südame-veresoonkonna haiguste tüsistuste riski.

Legend: Kumulatiivne eluaegne ateroskleroosiliste südame-veresoonkonna tüsistuste risk

sioloogiline LDL-kolesterooli tase on 1-1,5 mmol/l, selline kolesteroolinumber on tavaline väikelastel ja ka loomariigis. Inimestel see elu jooksul tõuseb, ulatudes pensionieas sageli 4 mmol/l-ni. Süüdi on stress, saastunud keskkond, ebatervislik toitumine ja vähene liikumine.

Tallinna 20-64aastastel elanikel on WHO uuringu alusel keskmine LDL-kolesterooli tase meeste puhul 3,7 mmol/l ja naistel 3,5 mmol/l – see on rohkem kui terve inimese norm (<3 mmol/l) ning kaugelt kõrgem kui südamehaigusega patsientide sihtväärtus (<1,4 mmol/l). Tõsiasi on see, et pooltel 50-60aastastel näiliselt tervetel

inimestel esineb arterite lupjumist ja kõrge LDL-kolesterool tõstab südameinfarkti riski. Peame alati meeles pidama, et südameinfarkt võib ohustada ka noores eas inimesi.

Näiteks geneetilistel perekondliku hüperkolesteroleemiaga patsientidel on sünnist saati äärmiselt kõrge LDL-kolesterooli tase ja ligikaudu 20 korda suurem risk südameinfarkti haigestumiseks kui normaalse LDL-kolesterooliga isikutel.

Ka mul on mitu väga kõrge LDL-kolesterooliga patsienti, kes on südameinfarkti põdenud juba 20-30ndates aastates. Õnneks on enamikul patsientidest „halva kolesterooli“ taseme tõus möödunud (kuni 4

mmol/l) ja seda on võimalik edukalt normaliseerida tervisliku toitumise ja regulaarse liikumisega.

Maaailma juhtivates teadusajakirjades on kolesterooli kohta hulgaliselt tõendusmaterjali uurimusi ja artikleid. Hiljuti avaldati ajakirjas Nature Reviews Cardiology artikkel, milles võetakse väga veenvalt kokku tõendusmaterjal kõrge LDL-kolesterooli kahjustav toime.

Kõrval on ülevaatlik joonis, millel näidatakse, et „halva kolesterooli“ kõrge tasemed põhjustavad lubjanaastude teket – selle langetamine vähendab südame-veresoonkonna tüsistuste riski. 50% kõrgem (perekondlik hüperkolesteroleemia), keskmine LDL-kolesterool, 25% madalam LDL-kolesterool, 50% madalam LDL-kolesterool

Südamehaiguste ennetamine

Hea uudis on see, et tervisliku eluviisiga saab südame-veresoonkonna haigusi ennetada või vähemalt aastateks edasi lükata. Tervist toetav toitumine, regulaarne liikumine ja vajadusel ravimid aitavad hoida kolesteroolitaset kontrolli all. Paljudel inimestel on esialgu ehk raske toetumist kardinaalselt muuta või tugitoetustel minna hoogsalt jooksuringle, aga kõiki muutusi saab oma tervise heaks teha ka järk-järgult. Oluline on pere või sõprade toetus muutuste tegemisel, nutiseadmete pakutava ja vajadusel koolitatud nõustaja abi kasutamine.

Oluline on riskitegurite tervikpildi nägemine, sest vahel ei anna ühe riskiteguriga tegelemine või n-ö ühe numbri ravimine meile soovitud tulemust. Näiteks on lipoproteiin (a) võrreldav LDL-kolesterooliga arterite lupjumise ja tromboosi riskitegurina.

Geenirisk on samamoodi kaalukas tegur, nagu kõrge kolesteroolitase või suitsetamine. Kõrge südamehaiguste geeniriskiga inimestel on võrreldes üldpopulatsiooniga mitu korda suurem haigestumiskord. Eesti on südamehaiguste personaalpreventsioonis üks maailma juhtriike. Enam kui 210 000 Eesti geenidoonoril on südame isheemiatove geenirisk määratud ja nad näevad seda koos kommentaaride ning soovitusetega geenidoonorite portaalil.

REPATHA® (EVOLOKUMAB) – TÕENDUSPÕHINE VALIK VÄGA KÕRGE SVH RISKIGA PATSIENTIDELE



KUNI
-75%

Repatha® (evolokumab) lisatuna statiinile vähendab LDL-C taset väga kõrge riskiga patsientidel.¹

-25%

Repatha® (evolokumab) vähendab korduvate kardiovaskulaarsete sündmuste* riski hiljutise müokardiinfarktiga patsientidel.^{2,5}



> 8 aastat

Pikaajaline uuring Repathaga (evolokumab) kinnitab stabiilset ja pidevat LDL-C taseme vähendamist ning platseeboga võrreldavat ohutusprofiili.^{1,3}

VIITED: 1. Repatha (evolokumab) ravimiomaduste kokkuvõte. Viimati uuendatud märts 2023. 2. Gencer B et al. JAMA Cardiol. 2020; 5 (8): 952–957. 3. O'Donoghue M L et al. Circulation. 2022; 10.1161/CIRCULATIONAHA.122.061620.

* Fourier Outcomes uuringu teisene liitlulemusnäitaja: surm südame-veresoonkonnaga seonduvatel põhjustel, müokardiinfarkt, insult.

⁵ See oli FOURIER uuringu tulemuste ettemääratud teisene analüüs, mis hõlmas 27 564 ateroskleroosilise kardiovaskulaarse haigusega patsienti. Patsiendid said optimaalset statiinravi ja randomiseeriti suhtes 1:1 Repatha (evolokumab) või platseeborühma. Varem toimunud müokardiinfarktiga (MI) patsiendid (n = 22 320) jaotati müokardiinfarkti ja uuringu alguse vahelise ajalise perioodi alusel järgmistesse rühmadesse: hiljutise MI-ga patsiendid (≤ 12 kuud enne randomiseerimist) või varasema MI-ga patsiendid (> 12 kuud enne randomiseerimist). Hiljutise MI-ga patsientidel vähendas Repatha (evolokumab) teise liitlulemusnäitaja (surm südame-veresoonkonnaga seonduvatel põhjustel, müokardiinfarkt, insult) suhtelist riski 25% (HR 0,75; 95% CI: 0,62–0,91; p=0,003). Varasema MI-ga patsientidel vähendas Repatha (evolokumab) teise liitlulemusnäitaja suhtelist riski 15% (HR 0,85; 95% CI 0,76–0,96; p = 0,009); (p for interaction = 0,24). Esmase liitlulemusnäitaja (surm südame-veresoonkonnaga seonduvatel põhjustel, müokardiinfarkt, insult, pärgarterite revaskularisatsioon või hospitaliseerimine ebastabiilse stenokardia tõttu) puhul vähendas Repatha (evolokumab) suhtelist riski hiljutise MI-ga patsientidel 19% (HR: 0,81; 95% CI: 0,70–0,93; p=0,004) ja varasema MI-ga patsientidel 8% (HR: 0,92, 95% CI: 0, 84–1,01; p=0,075); (p for interaction = 0,13).

LDL-C – väikese tihedusega lipoproteiini kolesterool; UV – usaldusvahemik; RS – riskitiheduste suhe

Repatha (evolokumab). 140 mg süstelahus pen-süstlis. **Retseptiravim.**

Näidustused: Hüperkolesteroleemia ja segatüüpi düslipideemia. Repatha on näidustatud esmase hüperkolesteroleemia (heterosügootne perekondlik hüperkolesteroleemia (HeFH) ja mitteperekondlik) või segatüüpi düslipideemia raviks täiskasvanutel ning HeFH raviks 10-aastastel ja vanematel lastel koos dieediga: kombinatsioonis statiini või statiini ja teise vere lipiidisisaldust langetava ravimiga patsientidel, kellel statiini maksimaalse talutava annusega ei saavutata LDL-kolesterooli eesmärkväärtust, või üksikravimina või kombinatsioonis teiste vere lipiidisisaldust langetavate ravimitega patsientidel, kes ei talu ravi statiinidega või kellele statiinid on vastunäidustatud. **Homosügootne perekondlik hüperkolesteroleemia (HoFH).** Repatha on näidustatud HoFH raviks täiskasvanutel ning 10-aastastel ja vanematel lastel kombinatsioonis teiste vere lipiidisisaldust langetavate ravimitega. **Südame-veresoonkonna väljakujunenud ateroskleroosiline haigus.** Repatha on näidustatud südame-veresoonkonna väljakujunenud ateroskleroosilise haigusega (müokardiinfarkt, insult või perifeersete arterite ateroskleroos) täiskasvanutele kardiovaskulaarse riski vähendamiseks LDL-kolesterooli sisalduse langetamise teel, täiendavalt teiste ohutegurite korrigeerimisele: kombinatsioonis statiiniga maksimaalses talutavas annuses koos teiste vere lipiidisisaldust langetavate ravimitega või ilma, üksikravimina või kombinatsioonis teiste vere lipiidisisaldust langetavate ravimitega patsientidel, kes ei talu ravi statiinidega või kellele statiinid on vastunäidustatud. **Müügiloa hoidja:** Amgen Europe B.V. Minervum 7061 4817 ZK Breda Holland. **Täiendav teave** on saadaval ravimi müügiloa hoidja esindusest Amgen Switzerland AG Vilniuse filiaal, Lvivo g. 21a, 09313, Vilnius, Leedu, +37052197474.

Tervishoiutöötajatel palutakse teavitada kõigist võimalikest kõrvaltoimetest. Raporteerimisvormid leiate www.ravimiamet.ee.

Repatha (evolokumab) ravimiomaduste kokkuvõte: https://www.ema.europa.eu/et/documents/product-information/repatha-epar-product-information_et.pdf.

AMGEN

Repatha®
(evolokumab)

Isiksushäired: mida toob uus käsitus arstide töölauale?

Violetta Riidas

violetta.riidas@aripaev.ee

Märtsi keskel toimus järjekordne vaimse tervise konverents, kus tähelepanu keskmes olid isiksushäired ja RHK-11 uuendused.

Psühhiaatria ja kliinilise psühholoogia spetsialistid kogunesid märtsi keskel Tallinnas ja veebis, et arutada isiksushäirete käsitlemise uuendusi ning väljakutseid igapäevases ravipraktikas. Konverentsi avaettekande pidas kliinikumi psühhiaatriakliiniku ambulatoorse psühhiaatria keskuse vanemarst-õppejõud ja meditsiiniteaduste valdkonna kliinilise meditsiini instituudi psühhiaatria kaasprofessor Liina Haring, kes tutvustas RHK-11 süsteemi isiksushäirete diagnoosimiseks. Kui seni oli isiksushäirete käsitus kategooriapõhine – inimene kas vastab konkreetsele tüübile või mitte –, siis uus raamistik lähtub häire raskusastmest ja düsfunktsionaalsete isiksusejoonte (nt afektiivsus, düssotsiaalsus) olemasolust. Selline lähenemine võimaldab kliiniliselt paindlikumat hindamist, välistab jäiga tüübirõhutuse ja aitab arstidel kohandada ravi vastavalt patsiendi tegelikule toimetulekule ja vajadustele. Täpsustub ka prognoos, mis toetab ravi planeerimist.

Kliinikumi psühhiaatriakliiniku kliiniline psühholoog Mart Juursoo tegi ülevaate isiksuse käsitlemise kujunemisest ja selle mõotmisest. Rõhk oli kaasaegsel, empiirilisel tõestatud suure viisiku mudelil (B-5, neurootilisus, ekstravertsus, avatus, koostöövalmidus, meelekindlus), mille kaudu saab paremini mõista patsiendi käitumismustreid. Nende tunnuste tundmine on oluline, et hinnata ravi kulgu ja koostöövõimet.

PERHi psühhiaatriakliiniku kliiniline psühholoog Kristi Kalvik käsitles isiksushäirete avaldumist läbi elu. Ta tõi esile, et mitu häire sümptomit (nt impulsiivsus, enesevigastamine) võivad vanusega taanduda, kuid näiteks sotsiaalne eraldatus ja jäikus (A- ja C-klastrilised jooned) võivad säilida või isegi süveneda. Isiksushäirete diagnoosimine ja ravi vanemas eas on eraldi väljakutse, kuna nendega kaasnevad sageli kognitiivsed muutused ja suurenenud terviseprobleemid.

Väljakutsed isiksushäirega vanema kõrval üleskasvanute jaoks

Kliinikumi psühhiaatriakliiniku laste ja noorukite vaimse tervise keskuse kliiniline lapsepsühholoog ning kliiniline psühholoog-psühhoterapeut Marta Valdmann rõhutas, et isiksushäirega vanema kasvatusviis võib olla ebastabiilne, ettearvamatu või isegi ohtlik lapse arengule. Kõige haavatavamad on lapsed, kelle vane-



PERHi psühholoog Kristi Kalvik ja kliinikumi psühhiaatriakliiniku juht Andres Lehtmet aruteluhoos.

FOTO: MEELI KÜTTIM

matel esineb piirialane või antisotsiaalne isiksushäire. Spetsialistide roll on märgata lapse emotsionaalseid ja käitumise raskusi ning vajadusel suunata abi järele perearstile.

PERHi psühhiaatriakliiniku laste ja noorukite psühhiaater Anne Berendsen selgitas noorukite isiksushäirete diferentsiaaldiagnostikat ja komorbiidsust. Piirialane häire, autism ja bipolaarne häire võivad kliiniliselt kattuda – eriti teismeliste tütarlaste puhul. Hindamisel tuleb hinnata minapilti, suhtlemist, emotsioonide väljendust, kognitiivset profiili ja varasema arengu mustrit.

Tallinna lastehaigla vaimse tervise keskuse kliiniline psühholoog ning Tartu ülikooli psühhiaatrialise genoomika nooremteadur Triinu Ojalo tõi esile, et noorukite puhul on oluline varajane hindamine, kasutades näiteks STIP-5.1 intervjuud ning kaasates hindamisse keskkonna ja püsivuse mõotmeid. Eestis on trauma levimus kõrge – 49% on kogenud lapsepõlves füüsilist hooletussejätmist –, mis suurendab isiksuseprobleemide riski.

Ravi olgu struktureeritud, tõendus- ja meeskonnapõhine

PERHi psühhiaatriakliiniku psühhiaater-vanemarst Liis Haavistu rõhutas, et Eestis puudub praegu ühtne ravijuhis isiksus-

49%

● Eesti elanikest on kogenud lapsepõlves füüsilist hooletussejätmist ja see suurendab isiksuseprobleemide riski.

häirete käsitlemiseks. Spetsialistide seas valitseb teadmatus ja ebakindlus, mis tekitab frustratsiooni ja võib kaasa tuua patsiendi stigmatiseerimise või ravi vältimise. Haavistu sõnul vajame senisest enam kliinilist toetust, juhendmaterjale ja spetsialistide vahelist koostööd.

MTÜ Eesti Dialektilise Käitumisteraapia Assotsiatsiooni juhatuse liige, kognitiivse käitumisteraapia keskuse kliiniline psühholoog ja Tartu ülikooli isiksuse- ja kliinilise psühholoogia nooremteadur Helo Liis Soodla tutvustas tõenduspõhist dialektilist käitumisteraapiat (DKT). See hõlmab mitut tasandit – individuaalteraapia, grupipõhine oskuste õpe, kriisitugi ja terapeutide regulaarsed kohtumised. Teraapia eesmärk on tasakaal aktsepteerimise ja muutuse vahel. Uuringud on näidanud, et DKT vähendab suitsidaalsust, agressiivsust, söömishäireid ja ka PTSD sümptomeid. Praeguseks on Eestis

koolitatud üheksa DKT-meeskonda, kes töötavad Tartu, Tallinna, Viljandi ja Pärnu raviasutustes.

Psühhopaat pole vaid kriminaalne mõiste

Lahti psühhiaatriakliiniku psühholoog ning Helsingi ülikooli arstiteaduskonna kliinilise vaimse tervise eripsühholoogi väljaõppe spetsialist Sergei Agajev käsitles düssotsiaalse isiksushäire – rahva-keeli psühhopaatia – diagnostikat ja käsitlemist. RHK-11 ei käsitlen seda kui mustvalget nähtust, vaid osana laiemast isiksuse düsfunktsionaalsuse spektrist. Müüdid, nagu “psühhopaadid ei mõista tundeid” või “ei ole ravitavad”, ei pea paika. Ravi efektiivsus sõltub raskusastmest – raske vormi puhul tuleb keskenduda pigem kahju ennetamisele kui isiksuse muutmisele. Kergematel juhtudel on võimalik struktureeritud teraapiafookus inimese veendumuste ja suhtumuste muutmiseks.

Konverentsi läbiv sõnum oli, et isiksushäire ei ole lootusetu diagnoos ega ravi takistus. Kui arstil on olemas tugev teoreetiline raamistik, varajase hindamise oskus, tõenduspõhised sekkumisvõimalused ja meeskonnatugi, saab pakkuda patsiendile tulemuslikku abi – ning samal ajal hoida ka spetsialisti enda töövõimekust ja motivatsiooni.

Medikinet®

Medikinet® / Medikinet® XL

Metüülifenidaatvesinikkloriid

Hea päev. Alates hommikust.

ATH individuaalne ravim
täiskasvanutele,
noorukitele
ja lastele.



Ainult tervishoiutöötajatele.

Medikinet XL toimeainet modifitseeritud vabastavad

kõvakapslid INN. Methylphenidatum

Retseptiravim

Näidustused: Aktiivsus- ja tähelepanuhäire (ATH) ravi 6-aastastel ja vanematel lastel ning täiskasvanutel kompleksravi ühe osana, kui toetavad meetmed üksi on ebapiisavad. Ravi peab alustama ja läbi viima ATH ravile spetsialiseerunud arst, näiteks lastearst, laste ja noorukite psühhiaater või täiskasvanute psühhiaater.

Medikinet 10 mg tabletid, Medikinet 20 mg tabletid INN.

Methylphenidatum.

Retseptiravim

Näidustused: Aktiivsus- ja tähelepanuhäire (ATH)

Aktiivsus- ja tähelepanuhäire (ATH) ravi 6-aastastel ja vanematel lastel kompleksravi ühe osana, kui toetavad meetmed üksi on ebapiisavad. Ravi peab alustama lapsega käitumishäirete spetsialisti järelevalve all.

Müügiloa hoidja: MEDICE Arzneimittel Pütter GmbH & Co. KG, Kuhloweg 37, 58638 Iserlohn, Saksamaa

Täiendav teave müügiloa hoidja Eesti esindusest:

Biocodex Oy Eesti filiaal,

Väike-Paala 1, EE-11415, Tallinn, Eesti, tel 605 6014.



Medikinet® XL
Metüülifenidaatvesinikkloriid

Ravimi omaduste kokkuvõte
august 2022



Medikinet®
Metüülifenidaatvesinikkloriid

Ravimi omaduste kokkuvõte
september 2022

BIOCODEX

31132d30

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
≥50% MHD/MMD vähenemise
alates ravi alustamisest²***



**Fremanezumabi omaduste
põhjal ei saa eeldada mingeid
ravimi farmakokineetilisi
koostoimeid¹**

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 subkutaanseks 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

Müügiloa hoidja: TEVA GmbH Graf-Arco-Str. 3 89079 Ulm Saksamaa.

Materjal on koostatud ainult tervishoiutöötajale.

FRE-EE-00100 Veebruar 2025



HANKIGE SEE
Google Play

Laadi alla
App Store'ist

Digitaalne peavalupäevik
**MIGREENI-
KOMPASS**

Tõhus ravi algab
täpsest diagnoosist.



teva

Diabeet ja krooniline neeruhaigus: mida peab teadma iga arst?

Violetta Riidas

violetta.riidas@aripaev.ee

Krooniline neeruhaigus on iga kolmanda II tüüpi diabeediga patsiendi võimalik tüsistus, ent sageli jääb see varajases staadiumis märkamata. Uued ravijuhised ja tõenduspõhised ravimid võimaldavad neerukahjustust oluliselt aeglustada või isegi vältida – kui vaid teada, keda, millal ja millega uurida ning ravida. Kevadisel vebinaril tegi neil teemadel ülevaate Põhja-Eesti regionaalhaigla endokrinoloog Kristina Isand.

II tüüpi diabeet on krooniline haigus, mille mõju ulatub kaugemale pelgalt glükeemilisest kontrollist – just tüsistuste tõhus ennetus ja varajane märkamine määravad sageli patsiendi elukvaliteedi ja prognoosi. Üks oluline ja sageli aladiagnostitud diabeedi tüsistus on krooniline neeruhaigus (KNH). Tegemist on seisundiga, mis areneb algaasis salakavalalt ja patsiendile kaebuseid tekitamata, kuid mille varajane avastamine võimaldab sekundaarsete haiguste kulgu oluliselt aeglustada.

Miks krooniline neeruhaigus on diabeetikul nii oluline?

Ligikaudu ühel kolmandikul II tüüpi diabeediga patsientidest kujuneb aja jooksul KNH. Kuna esialgsed muutused on asümptomaatilised, avastatakse haigus sageli hilisemas staadiumis, mil neerufunktsioon on juba oluliselt langenud ja tüsistuste risk märkimisväärne. Diabeetiline nefropaatia on üks sagedasemaid neeruasendusravi vajaduse põhjuseid maailmas. Selle vältimiseks on hädavajalik varajane skriinimine ja riskipõhine sekkumine.

Seega tuleks kõiki II tüüpi diabeediga patsiente skriinida KNH suhtes vähemalt kord aastas. I tüüpi diabeedi korral alustatakse skriinimist tavaliselt pärast viieaastast haiguskestust. Diagnoosimiseks kasutatakse kahte võtmeanalüüsi:

- albumiini-kreatiini suhe homimikses uriinis (UACR) – hinnatakse albuminuuria astet;

- seerumi kreatiniini ja sellest arvutatud eGFR – määrab neerufunktsiooni taseme.

Patoloogiliste tulemuste korral (UACR >3 mg/mmol ja/või eGFR <60 ml/min/1,73 m²) tuleb analüüse korrata vähemalt ühe nädala, kuid mitte hiljem kui kolme kuu jooksul, et kinnitada diagnoos.

Alati tuleb välistada ägedad, mööduvad põhjused, nagu infektsioon või dehüdratsioon.

Neerukahjustuse staadiumid

Neerukahjustuse raskusastet hinnatakse



Põhja-Eesti regionaalhaigla endokrinoloog Kristina Isand.

FOTO: JULIA-MARIA LINNA

Ligikaudu 1/3 II tüüpi diabeediga patsientidest kujuneb aja jooksul KNH.

Kristina Isand

se kombineeritult eGFR ja albuminuuria põhjal. See võimaldab patsiendid jagada riskigrupidesse ja planeerida jälgimist:

- G1-G2 ja A1 (madal risk) – üks kord aastas;
- G3a-G3b ja/või A2 (keskmine risk) – vähemalt kaks korda aastas;
- G4-G5 ja/või A3 (kõrge risk) – kolm või enam korda aastas.

Kiire languse, ägeda kahjustuse või ebaselge progresseerumise korral tuleb uuringud teha kahe nädala jooksul ja kaaluda neerude ultraheliuuringut.

Millal suunata nefroloogile?

Nefroloogile suunamise vajadus võib sageli jääda tähelepanuta. Samas on kind-

lad kriteeriumid, millal spetsialisti konsultatsioon on vajalik:

- GFR alla 30 ml/min/1,73 m²;
- GFR vahemikus 30–45, kui kaasneb mõõdukas või väljendunud albuminuuria;
- kiire neerufunktsiooni langus;
- ebakindel etioloogia või kahtlus muule kui diabeetilisele neeruhaigusele.

Oluline on rõhutada, et suunamise otsus ei sõltu jälgiva arsti erialast – seda võib teha nii perearst kui ka endokrinoloog.

Vererõhu kontroll

Vererõhu kontroll on neerukahjustuste progresseerumise aeglustamisel võtmetähtsusega. Ravijuhised soovivad sihtväärtusena süstoolset rõhku <130 mmHg, optimaalselt isegi <120 mmHg, kui patsient talub. Ravi alustatakse ACE inhibiitori või ARBga. Kui vererõhk ületab 150 mmHg, alustatakse kahe ravimiga – lisandina kas kaltsiumikanali blokaator või diureetikum.

Ravi alustamisel ja dooside muutmisel tuleb 7–14 päeva jooksul jälgida seerumi kreatiniini ja kaaliumi taset. Hüperkaleemia või GFR kiire languse korral tuleb ravi ümber hinnata ja vajadusel nefroloogiga konsulteerida.

Kui range olla glükeemilise kontrolliga?

HbA1c sihtväärtus on KNHga patsientidel üldiselt <7%. Ent mida raskem neerukahjustus, seda suurem on hüpoglüke-

mia risk, eriti insuliinravi korral. Seetõttu võib eakatel ja raskema neerukahjustusega patsientidel seada eesmärgiks ka vahemiku 7–8%. Oluline on individuaalne lähenemine.

Ravimid, mis toetavad neerukaitset

Uuemad ravikäsitletused ei keskendu üksnes glükoositasemele, vaid võtavad eesmärgiks ka neerude ja südame kaitse.

KNH ja II tüüpi diabeedi korral on saanud tugeva soovitusena kolm ravimite rühma:

- SGLT-2 inhibiitorid (empagliflozin, dapagliflozin): lisaks glükeemilisele toimetele aeglustavad neerufunktsiooni langust, vähendavad albuminuuriat ja kardiovaskulaarseid sündmusi;

- GLP-1 retseptori agonistid (semaglutiid, dulaglutiid): glükoosikontrolli parandamise kõrval vähendavad ka kardiovaskulaarset riski. FLOW uuring tõi esile ka neerukaitse potentsiaali;

- Finerenoon: selektiivne mineraalkortikoidretseptori antagonist.

Metformiini võib kasutada seni, kui eGFR on >30 ml/min/1,73 m², kuid annust tuleb vähendada juba siis, kui eGFR on 30–45 ml/min/1,73 m² vahel. Kui eGFR langeb alla 30 piiri, tuleb ravi lõpetada. DPP-4 inhibiitoritest sobib eeskätt linagliptiin, mis ei vaja doosikohandust ka raske KNH korral.

Infektsioonioht

Kuigi SGLT-2 inhibiitoritega on seostatud kõrgemat suguteede mükoosinfektsioonide riski, on need enamasti kerged ja ravile alluvad. Ravi ei pea katkestama, välja arvatud raskete infektsioonide korral. Patsiente tuleb enne ravi alustamist nõustada sümptomite ja hügieenisoovituste osas. Uriinikülvi tegemine enne ravi alustamist ei ole vajalik.

Kõrge riskiga patsiendid (naised, korduvad infektsioonid, eakad, anatoomilised eripärad) tuleks varakult tuvastada ja neid jälgida tihedamalt. Kui infektsioon tekib, tuleb seda kiiresti ravida, kuid ravi SGLT-2 inhibiitoriga võib jätkuda ka mõõdukate sümptomite korral.

Kuigi ravimid mängivad olulist rolli, on elustiili korrigeerimine endiselt alus kogu diabeedi- ja KNH-ravile. Toitumine, liikumine, kehakaalu kontroll ja suitsetamisest loobumine mõjutavad otseselt haiguse kulgu ja ravi tõhusust. Haritud ja motiveeritud patsient on ka ravisoostumuse ja prognoosi osas oluliselt paremas seisus.

Arstide roll selles protsessis on aga määrav – iga kord, kui märkame varakult, tegutseme ennetavalt ja ravime targalt, lükkame edasi tõsisemaid tüsistusi ja parandame patsiendi elukäiku.

NR 1 SGLT2
inhibiitor
Eestis¹

alates 1. aprillist
UUS ja TÄIENDATUD
SOODUSTUS!*



✓ **UUS**
Krooniline neeruhaigus
75/90%



✓ **TÄIENDATUD**
2. tüüpi diabeet
75/90%



✓ **JÄTKUB**
Südamepuudulikkus
75/90%

Jardiance[®]
(empaglifloosiin)

3 NÄIDUSTUST, 3 SOODUSTUST!

Ei ole tegelik patsient.

*alates 01.04.2025 on ravimi väljakirjutamise tingimused: II tüüpi diabeedi (E11; E14) kombinatsioonraviks või monoraviks, kui metformiin on vastunäidustatud või kaasuvana esineb sümptomaatiline südamepuudulikkus või krooniline neeruhaigus. Kroonilise neeruhaiguse (N18) raviks patsiendile lisatuna standardravile (AKE-inhibiitor või ARB) või standardravi vastunäidustuse korral monoterapiana. Kroonilise südamepuudulikkuse (I50) raviks patsiendile, kes kuulub NYHA II-IV funktsionaalklassi, kellel ravikoostöö on hea ning kellel AKE-inhibiitor või ARB ja beetablokaatori kaksikravigil südamepuudulikkuse sümptomid endiselt püsivad või süvenevad. Soodusravimite muudatused alates 1.04.2025. www.tervisekassa.ee/partnerile/ravimitest/soodusravimid

Viited: 1. Tervisekassa andmed 01.2024-12.2024. www.tervisekassa.ee

Retseptiravim. Ravimvorm: õhukese polümeerikattega tabletid. **Toimeaine sisaldus:** Üks tablett sisaldab 10 mg või 25 mg empaglifloosiini. **Ravimpreparaadi klassifikatsiooniline kuuluvus:** naatriumi-glükoosi kotransporter 2 (SGLT2) inhibiitor. **Pakendi suurus:** müügil on 30 tabletti ühes pakendis.

NÄIDUSTUSED:

2. tüüpi suhkurtõbi. Näidustatud ravile ebapiisavalt alluva 2. tüüpi suhkurtõve raviks täiskasvanud patsientidele ning 10-aastastele ja vanematele lastele lisaks dieedile ja füüsilisele koormusele:

- monoterapiana, kui metformiin ei sobi talumatuse tõttu;
- lisaks teistele diabeediravimitele.

Olemasolevaid uuringuandmeid kombinatsioonide ning toimete kohta vere glükoosisisalduse kontrollile, kardiovaskulaarsetele toimetele ja renaalsetele toimetele ning uuritud populatsioonide kohta vt ravimi omaduste kokkuvõttest lõigud 4.4, 4.5 ja 5.1.

Südamepuudulikkus. Näidustatud täiskasvanutele sümptomaatilise kroonilise südamepuudulikkuse raviks.

Krooniline neeruhaigus. Näidustatud täiskasvanutele kroonilise neeruhaiguse raviks.

ANNUSTAMINE:

2. tüüpi suhkurtõbi. Soovitav algannus on 10 mg empaglifloosiini üks kord öö-

päevas nii monoterapiat korral kui ka täiendava preparaadina kombinatsioonis teiste diabeediravimitega. Patsientidel, kes taluvad empaglifloosiini 10 mg annust üks kord ööpäevas ja kelle eGFR on ≥ 60 ml/min/1,73 m² ja kes vajavad paremat glükeemilist kontrolli, võib annust suurendada kuni 25 mg empaglifloosiini üks kord ööpäevas. Maksimaalne ööpäevane annus on 25 mg.

Südamepuudulikkus. Soovitav annus on 10 mg empaglifloosiini üks kord ööpäevas.

Krooniline neeruhaigus. Soovitav annus on 10 mg empaglifloosiini üks kord ööpäevas.

Kõik näidustused. Kui empaglifloosiini kasutatakse kombineeritult sulfonüüluurea või insuliiniga, võib kaaluda sulfonüüluurea või insuliini annuse vähendamist, et vähendada hüpotrükeemia riski (vt ravimi omaduste kokkuvõttest lõigud 4.5 ja 4.8). Kui annus on vahele jäänud, tuleb see võtta niipea, kui see patsiendile meenub; samas, ühel päeval ei tohi võtta kahekordset annust.

Vastunäidustused: Ülitundlikkus toimeaine või ravimi omaduste kokkuvõttest lõigus 6.1 loetletud mis tahes abiainetes suhtes.

Täielik info kõrvaltoimetest, erihoiatustest ja ettevaatusabinõud kasutamisel on leitav ravimi omaduste kokkuvõttest:
Jardiance, INN-Empagliflozin (europa.eu)



Müügiloa hoidja: Boehringer Ingelheim International GmbH, Binger Str. 173, 55216 Ingelheim am Rhein, Saksamaa.

Müügiloa hoidja kohalik esindaja ja täiendav teave: Boehringer Ingelheim RCV GmbH & Co KG Eesti filiaal, Pärnu mnt 141, 11314 Tallinn, medicalinformationservice.TLL@boehringer-ingelheim.com.

Tähtsatel kõrvaltoimete kohta palume saata teade:
PV_local_Estonia@boehringer-ingelheim.com



**Boehringer
Ingelheim**

PC-EE-101217 03/2025

Balti Lastekirurgide Konverents Tallinnas

Mida teha, kui koed või organid ei ole arenenud või puuduvad? See on lastekirurgia üks teravaim probleem. Balti Lastekirurgide Assotsiatsiooni 17. konverentsi avas professor Paolo de Coppi Londoni Great Ormond Street'i haiglast. Tema loeng oli tulevikku vaatav ja innustav. Ta rääkis koetehnoloogiliste lahenduste ja tüvirakkude kasutamisest kudede ja organite asendamiseks ning loote kui patsiendi kirurgilise ravi võimalustest. See uurimisvaldkond on toonud talle laialdase rahvusvahelise tunnustuse. Professor de Coppi nimetati 2024. aastal ajakirja Time saja tervise valdkonna mõjukaima isiku hulka.

Samal, organite ja kudede säästva käsitluse teemal, pidas loengu ka professor Paul D Losty Liverpooli Ülikoolist. Ta on meie eriala üks väljapaistvaim teadlane, kes on olnud pikka aega ka rahvusvahelise lastekirurgilise onkoloogia ühingu (IPSO) president. Professor Losty käsitles oma ettekandes organsäästvaid võimalusi laste pahaloomuliste kasvaja kirurgilises ravis. Selliste võimaluste tundmine ja kasutamine võimaldab lastel onkoloogilise ravi läbiviimist sageli radikaalse raviga sarnaste tulemustega, kuid aitab hoida ära patsiendi edasise elukvaliteedi olulist langust.

Professor Mikko Pakarinen Helsingi ülikooli haiglast kirjeldas oma ettekandes sapiteede arteesia näitel tsentraliseerimise olulisust harvikaiguste ravitulemuste parandamisel. Oma hilisemas kommentaaris tõdes ka professor de Coppi ravi tsentraliseerimise tähtsust parimate tulemuste saavutamisel. Ta lisas, et tsentraliseerimine ja koostöö on väljakutse ning seda mitte ainult meie regiooni suhteliselt väikestes keskustes, vaid isegi ka Londoni suuremate haiglate vahel.

Ühe sellise ravi tsentraliseerimise näitena käsitleti spastilise pareesi pädevuskeskuse loomist Tallinna Lastehaigla juures. Baltimaades, täpsemini Tallinna Lastehaiglas on esimesena juurutatud spastilise pareesi kirurgiline ravi dorsaalse selektiivse risotoomia abil. Tee juhatas loenguga sisse Tarmo Areda, kes tutvustas meie ravitulemusi ja Balti riikide ülese koostöö perspektiive. Teemat arendasid Jana Kriti ja Keitlin Pirni ettekanded.

Eesti kolleegidest esinesid konverentsil ettekannetega veel Elis Maria Avvo, Eva-Lotta Jõemägi, Hanna Maria Kangur, Doris Keernik, Viljo Kübarsepp, Laura Zirel, Aleksandra Šilova, Karmo Tali, Pille Riin Värk ja allakirjutanu. Kõik eelnimetatute ettekanded väärisksid tähelepanu ja loodetavasti autorid avaldavad need erialastes väljaannetes.

Paralleelselt arstide ettekannetega toimus elava aruteluga ödede ja füsioterapeutide sessioon, mida modereeris Tallinna Lastehaigla juhatuse liige - öenduse ja patsiendikogemuse juht Liina Harjus-Soostar.

Sisutiheda konverentsipäeva järel koguneti ühisele õhtusöögile Mustpeade majja. Kuulati head muusikat Marianne Leiburi ja Joel Rembali esituses ning tantsiti vanade krabisevate vinüülplaatide taktis.

Balti Lastekirurgide Assotsiatsioon loodi 1991. aastal Vilniuses vahetult peale meie riikide taasiseseisvumist ja alates sellest ajast on korraldatud regulaarselt assotsiatsiooni teaduslikke konverentse lisaks Tallinnale Tartus, Riias, Vilniuses ja Kaunas. Neist Tallinn, kus konverentsi võõrustati kolmandat korda, on ainus, mis ei ole seotud ülikoolihaiglagaga. Toetudes osalejate ja lektorite tagasisidele pälvis erilist kiitust mitmekesine ja uenduslik teaduslik programm.

Eesti Lastekirurgide Selts ja Tallinna Lastehaigla tänavad kõiki, kes konverentsi õnnestumisele kaasa aitasid.

Matis Märtson

Eesti Lastekirurgide Seltsi juhatuse esimees
Tallinna Lastehaigla kirurgiakliiniku juhataja
kohusetäitja



Eesti Lastekirurgide Seltsi juhatuse esimees ja lastehaigla kirurgiakliiniku juhataja kt Matis Märtson (esiplaanil) koos väljapaistva teadlase, professor Paul D Lostyga, kes käsitles oma ettekandes organsäästvaid võimalusi laste pahaloomuliste kasvaja kirurgilises ravis.



Konverentsi esimest teadusessiooni juhtisid lastehaigla kirurgiakliiniku vastutav arst Karmo Tali ja Balti Lastekirurgide Assotsiatsiooni 17. konverentsi avanud ning peaettekande teinud professor Paolo de Coppi Londoni Great Ormond Street'i haiglast.



Ödede ja füsioterapeutide sessioonil oli kolm ettekannet Tallinna Lastehaiglast

Kirurgiakliiniku öed Ege Öis ja Maria Lahne (fotol) esinesid ettekandega „Lapse valu hindamine“, Annika Kappet ja Lydia Epelbaum tegid ettekande „Ägeda apenditsiidiga haige lapse ravi“ ning vastutav füsioterapeut Cristina Lõokene esines ettekandega „Selektiivse dorsaalse risotoomia füsioteraapilised aspektid“. Ettekandeid tegid ka Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli ja Tartu Ülikooli kliinikumi esindajad. Kogu ödede ja füsioterapeutide sessioon toimus aktiivse kogemuste vahetamise õhkkonnas lastehaigla juhatuse liikme - öenduse ja patsiendikogemuse juhi Liina Harjus-Soostari juhtimisel.

USALDUSVÄÄRNE LAHENDUS KÕHUKINNISUSE KORRAL



KÄSIMÜÜGIRAVIM

TÄISKASVANUTELE JA LASTELE ALATES 8-NDAST ELUAASTAST

RETSEPTIRAVIM

LASTELE ALATES 6 KUU VANUSEST KUNI 8-NDA ELUAASTANI

- › ESPGHAN`i 2014. aasta juhistes soovitatakse makrogooli kui esmavaliku apteegiravimit kõhukinnisuse säilitusraviks lastel¹
- › Cochrane`i süstemaatilise ülevaate kohaselt on makrogooli preparaadid laste kroonilise kõhukinnisuse ravis tõhusamad kui teised osmoosid lahtistid²

Forlax 4 g suukaudse lahuse pulber (makrogool). Näidustus: Kõhukinnisuse sümptomaatiline ravi lastel vanuses 6 kuud kuni 8 aastat. Enne ravi alustamist tuleb arsti poolt välistada orgaaniline põhjus, eriti alla 2-aastastel lastel. Forlax 4 g kõhukinnisuse ravi peab olema ajutine täiendus üldhügieenilistele printsiipidele ja dieetravile, mitte kauem kui 3 kuu jooksul. Annustamine Vanuses 6 kuud–1 aasta: 1 kotike (4 g) ööpäevas. Vanuses 1–4 aastat: 1–2 kotikest (4–8 g) ööpäevas. Vanuses 4–8-aastat: 2–4 kotikest (8–16 g) ööpäevas.

Forlax 10g suukaudse lahuse pulber (makrogool). Näidustus: Kõhukinnisuse sümptomaatiline ravi täiskasvanutel ja üle 8-aastastel lastel. Enne ravi alustamist tuleb arsti poolt välistada orgaaniline põhjus. Forlax 10 g (makrogool) kõhukinnisuse ravi peab olema ajutine täiendus üldhügieenilistele printsiipidele ja dieetravile mitte kauem kui 3 kuu jooksul lastel. Annustamine 1–2 kotikest (10–20 g) ööpäevas, soovitatult ühe annusena hommikul. Iga kotikese sisu tuleb enne kasutamist lahustada 50 ml vees ja võtta sisse hommikul (kui annus on 1 kotike ööpäevas) või kui annus on suurem kui 1 kotike, jagada annus hommiku ja õhtu vahel.

Forlax 4g (makrogool 4000) retseptiravim.

Forlax 10g (makrogool 4000) on käsimüügiravim.

Müügiloa hoidja: Ipsen Consumer Healthcare 65, quai Georges Gorse 92100 Boulogne - Billancourt Cedex, Prantsusmaa.

Täiendav teave on saadaval müügiloa hoidja kohalikult esindajalt: Mayoly Baltics, Lithuania, tel: +372 5340 2585, e-mail: Medinfo.BAL@mayoly.com. Kõrvaltoimetest teatamine: Vigilance.BAL@mayoly.com

1. Tabbers, M M et al. "Evaluation and treatment of functional constipation in infants and children: evidence-based recommendations from ESPGHAN and NASPGHAN." *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition* vol. 58,2 (2014): 258-74. doi:10.1097/MPG.0000000000000266
2. Gordon, Morris et al. "Osmotic and stimulant laxatives for the management of childhood constipation." *The Cochrane database of systematic reviews* vol. 2016,8 CD009118. 17 Aug. 2016. doi:10.1002/14651858.CD009118.pub3

Funktsionaalne kõhukinnisus: sage, kuid sageli aladiagnoositud

Violetta Riidas

violetta.riidas@aripaev.ee

Kõhukinnisus on üsna levinud põhjus, miks lapsed arsti vastuvõtule jõuavad. Kuigi enamikul juhtudest on tegu funktsionaalse häirega, vajab see süsteemset ja pikaajalist lähenemist. Probleemist tegi vebinaril ülevaate Tallinna lastehaigla lastearst, laste gastroenteroloogia eriala arst-resident Marie Kaivo.

Ligikaudu 14% lastest esineb elu jooksul kõhukinnisuse sümptomeid ning hinnanguliselt moodustab see 3% kõigist pediatrilistest ambulatoorsetest vastuvõtudest. Gastroenteroloogile suunamistest omakorda kuni veerand on seotud just kõhukinnisusega. Kuigi mure on sage, ei ole selle käsitlemisel alati süsteemne, mistõttu jääb probleem paljudel juhtudel krooniliseks. Samas on oluline rõhutada, et koguni 95% juhtudest on tegemist funktsionaalse, mitte orgaanilise kõhukinnisusega.

Defekatsiooni normid

Imikueas sõltub roojamise sagedus toidust: rinnapiima saavatel lastel võib normiks olla 1-5 roojamiskorda päevas, piimasegu toidul lastel keskmiselt veidi vähem. Alates kolmandast eluaastast sarnaneb laste defekatsioonimuster täiskasvanu omale: norm jääb vahemikku kolm korda nädalas kuni kaks korda päevas. Tavapäraseks peetakse üht roojamiskorda päevas. Rooja konsistents muutub samuti vanusega. Alla kolme kuu vanustel lastel esineb tahket väljaheidet vaid protsendil juhtudest. Pehme konsistentsiga väljaheidet on seega norm. Tahkem väljaheidet, eriti piimasegu toidul olevatel lastel, vajab suuremat tähelepanu. Esimese nelja elukuu jooksul on väljaheidete värv normideks kõik kollase, pruuni ja rohelise variatsioonid. Kindlasti patoloogiline on savikarva või helehall väljaheidet, mille esinemisel vajab laps kiiret uurimist kaasa-sündinud maksapatoloogia osas.

Kõhukinnisuse mehhanismid

Funktsionaalne kõhukinnisus areneb sageli 1,5.-4. eluaastal, mil laps hakkab defekatsiooni teadlikult kontrollima. Kui sellel perioodil kaasneb ebameeldiv kogemus – näiteks valulik roojamine suure või kõva väljaheidet tõttu –, võib laps hakata roojamist vältima. Tüüpiline tagajärg on rektaalne retentsioon, mille käigus sool venib välja, tundlikkus väheneb ja defekatsioonitunne tuhmub. Tekib nõiaring, kus lapse defekatsiooniharjumus muutub ebanormaalseks ja väljaheidet tihkub veelgi. Tüsistuseks võib kujuneda enkoprees – vedela rooja lekkimine tahke massi üm-



Imikueas sõltub roojamise sagedus sellest, kas laps saab rinnapiima või piimasegu.

FOTO: SHUTTERSTOCK

bert, mida laps ei kontrolli. Vanemad võivad ekslikult pidada seda kõhulahtisuseks. Arsti ülesanne on see mehhanism vanematele arusaadavalt lahti selgitada.

Kliiniline diagnoos sümptomitel

Kliiniline diagnoos põhineb tüüpilistel sümptomitel: harv roojamine (vähem kui kolm korda nädalas), suur ja kõva väljaheidet, roojamise vältimine või valulikkus, kõhuvalu ja enkoprees. Füüsiline läbivaatus, sealhulgas kõhu palpatsioon ja anaalpiirkonna hindamine on oluline, et välistada orgaaniline põhjus. Samuti tuleb jälgida lapse kasvu ja arengut. Sagedasemateks orgaanilisteks põhjusteks kõhukinnisuse puhul on Hirschsprungi tõbi, hüpotüreos ja tsöliaakia.

Alarmtunnused, mis viitavad orgaanilisele põhjusele ja vajavad kiiret suunamist eriarstile, on:

- kõhukinnisuse algus esimese elukuuga,
- kasvuhäired,
- korduvad oksendamised,
- mekooniumi hilinenud eritumine (>48 tunni vanuses),
- periaanaalsed fistulid, armid või haavandid,
- neuroloogilised sümptomid.

Ravi on süsteemne ja pikaajaline

Esimene samm funktsionaalse kõhukinnisuse käsitlemisel on roojastaasi lahendamiseks kasutatavate polüetüleen-

Oluline on eristada funktsionaalset häiret võimalikest orgaanilistest põhjustest.

Marie Kaivo

Selleks kasutatakse polüetüleen-englükooli (makrogooli) annuses 1-1,5 g/kg/die 3-5 päeva jooksul. Vajalik võib olla roojastaasi lahendamine klistiiride abil. Pärasoole tühjendamine roojastaasist on järgneva ravi edukuse eelduseks. Säilitusravis kasutatakse makrogooli annuses 0,4 (0,2-0,8) g/kg/die.

Laktuloos on teise rea ravivalik. Vajadusel tuleb säilitusravi kombineerida stimuleerivate lahtistitega. Säilitusraviga tuleb jätkata vähemalt kaks kuud ja ravi mitte lõpetada enne, kui laps on olnud sümptomitevaba vähemalt 1 kuu jooksul. Vanematele tuleb rõhutada, et ravi

on pikaajaline. Uuringute andmetel on alla kolme kuu kestnud kõhukinnisuse korral ravi edukus märkimisväärselt parem. Krooniliste juhtude puhul kestab ravi sageli aastaid – kuni kümne aasta jooksul saavutab täieliku paranemise 80% lastest. Kuni pooltel võib esineda retsidiive.

Kriitilise tähtsusega on lapse toitumine ja vedeliku tarbimine. Soovitatakse rohke kiudainete sisaldus (köögi- ja puuviljad, täisteratooted), regulaarsed toidukorrad (eriti hommikusöök), piisav füüsiline aktiivsus ja igapäevane potitreening pärast ärkamist või söömist – ajad, mil defekatsioonitunne on loomulikult tugevam.

Ka peredünaamika ja stressitegurid võivad kõhukinnisust süvendada. Stressirohke periood (nt lasteaia algus, kolimine, perelisa) võib soodustada kõhukinnisuse teket. Arstil tuleb hinnata ka psühhosotsiaalseid tegureid. Seega on funktsionaalne kõhukinnisus lapseas sagedane ja sageli alahinnatud seisund, mille käsitlemisel vajab süsteemset ja teaduspõhist lähenemist.

Edukaks raviks on vaja vanemate ja arsti koostööd, järjepidevust ning kannatlikkust. Oluline on eristada funktsionaalset häiret võimalikest orgaanilistest põhjustest ja alustada ravi piisava põhjalikkusega – nii saavutatakse parimad tulemused lapse seadeteralise tagamisel.



Kõhukinnisuse puhul tuleb appi MeliLAX

Melilax adult mikroklistiir 10g N6

Melilax pediatric mikroklistiir 5g N6

- **Kahekordne toime:** soodustab ärritusest soole tühjendamist ja kaitseb pärasoole limaskestast
- Saadaval **eraldi annusena** täiskasvanutele ning imikutele ja väikelastele
- Sobib kasutamiseks **raseduse ja rinnaga toitmise ajal**
- Sobib diabeetikutele
- 100% loodusliku koostisega

Promelaxin® on aktiivkompleks nektarite ja mee segust, mida on rikastatud aaloest ja metskassinaerisest eraldatud polüsahhariididega.



Millal kasutada?



TOIME SAABUB 20 MINUTI JOOKSUL



Kõigil kõhukinnisuse juhtudel

Samuti pärakulõhede, hemorroidide või soole ärritussündroomi korral.
Ei ole tuvastatud vastunäidustusi ega kõrvaltoimeid.



Kõhukinnisuse juhtudel

Imikutel ja eelkooliealistel lastel on kõhukinnisus tavaliselt seotud soole tühjenemise faasiga ning seega on eelistatud paikne ravi (pärasooles).

Saadaval hästivarustatud apteekides või www.famisano.ee

Maaletooja: UAB Norameda Eesti filiaal, Akadeemia tee 21/3, 12618 Tallinn

MEDITSIINISEADE • TOODETUD ITAALIAS

 Norameda



Neli põhjust, miks valida Aptamil Comfort 2 koolikute - ja kõhukinnisusega toimetulekuks.



Toimivad koostisosad ¹⁻⁸



Tõestatud efektiivsus ⁹⁻¹³



Tervishoiutöötajate ja lapsevanemate rahulolu ¹¹



Kliiniliste uuringute tulemused ⁹⁻¹⁴

Koolikud ja kõhukinnisus
Aptamil Comforti abil
kontrolli all!



Lisateave toote kohta
www.nutricia.ee



Viited: 1. Havlicekova Z et al. Nutr J. 2016;15:28. 2. Carnielli VP et al. Am J Clin Nutr. 1995;61:1037-1042. 3. Kennedy K et al. The American Journal of Clinical Nutrition. 1999;70:5:920-927. 4. Billeaud C et al. Eur J Clin Nutr. 1990;44(8):577-583. 5. Tolia V et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 1992;15(3):297-301. 6. Knol J et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2005;40(1):36-42. 7. Moro G et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2002; 34(3):291-295. 8. Kanabar D et al. J Hum Nutr Diet. 2001;14:359-363. 9. Veitl et al. Ernährungsmed. 2000;2:14-20. 10. Schmelzle H et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2003;36(3):343-351. 11. Savino et al. Acta Paediatr Suppl. 2003;91:86-90. 12. Savino et al. Acta Paediatr Suppl. 2005;94:120-124. 13. Savino F et al. Eur J Clin Nutr. 2006;60:1304-1310. 14. Bongers et al. Nutr J. 2007;6:8. 15. Scholtens PA et al. World J Gastroenterol. 2014;20(37):13446-13452. See sisu on mõeldud ainult tervishoiutöötajatele. Aptamil Comfort on meditsiinilisel näidustusel kasutamiseks ettenähtud toit, dieetraviks koolikute ja kõhukinnisuse korral. Toode tuleb kasutada meditsiinilise järelevalve all.