



Rohepööre

Ravimitootjaid ootab hiigelinvesteeringu nõue

Eesti ravimi- ja kosmeetikatootjatele terendab kuni paarisaja miljoni eurone kohustus investeerida vee-ettevõtete reoveepuhastistesse. Ravimitootjate liidu juht **Riho Tapfer** loodab, et see nõue kohtu kaudu siiski kaob. ▶6-7



MEDITSIIINI- UUDISED



Sõltumatu häälekandja arstidele ja apteekritele, ilmub kaks korda kuus teisipäeval • nr 10 (509) 3. juuni 2025

www.mu.ee

Keerulise olemusega krooniline neuropaatiline valu on raskesti ravitav, tõdeb PERHi anestesioloog-valuraviarst **Pille Sillaste**.

▶10

Üks küsimus

Abijõud puhkuste perioodil EMOs

KUIDAS töökorraldus kõige kiirema tempoga osakonnas suvel paika saadakse, vastavad Narva ja Pärnu haigla esinajad. ▶4



Fookuses: närvid Lihasnõrkuse ja väsimusega haigus

MÜASTEENIA üks esimesi sümptomeid on ühe silmalau allavaje, mis juhtub enamasti öhtuti, kirjeldab kliinikumi neuroloog **Liis Väli**. ▶12

Fookuses: seedimine Eesmärk saavutada sügav remissioon

PÕLETIKULISE soolehaiguse ravist ja jälgimisest esmatasandil teeb ülevaate Confindo gastroenteroloog **Tuuli Läänne**. Esmatasandi meedikute tähelepanelikkus esmaste sümptomite ilmnemisel on ülioluline. ▶16

Paberleht ilmub taas 26.08, kuid mu.ee töötab suve läbi. Ilusat suve!

Murelapse staatus

Varem pole ükski **tervishoiuprojekt** nii suurt polariseerumist põhjustanud kui Tallinna haigla. ▶3, 8-9



Hiigelkompleks pidanuks tänavu juba valmis olema, aga elab endiselt unistustes; ja sedagi mitte kõigi omades.

FOTO: TALLINNA HAIGLA

Väljakutseterohke tervishoiumaastik

Lähiaja väljakutsed peavad sillutama teed pikaajalistele murekohtadele ja neid paraku nii tervishoius kui ka sotsiaalvaldkonnas jätkub, kirjutab riigikogu sotsiaalkomisjoni esimees **Signe Riisalo**. Suur murekoht on raha vähesus. ▶3



Kuidas saada parimaks?

WHO tervisesüsteemide rahastamise Barcelona büroo vanemökonomit **Triin Habicht** arutleb Eesti peremeditsiini tuleviku üle ja jagab teiste riikide kogemusi. ▶5



Semaglutiid – üks molekul, kaks võimalust!^{1,2}

Kumba valida?



OR
VÕI



**TABLETIGA SAAD
ALUSTADA ENNE
SÜSTERAVI.**

Soodsaimad
soodustingimused
GLP-1 RA ravimklassis³

50% soodustusega:

2. tüüpi diabeedi kombinatsioonraviks
või monoraviks, kui metformiin on
vastunäidustatud.

75/90% soodustusega:

2. tüüpi diabeedi kombinatsioonraviks
patsientidel, kellel metformiin ja SGLT-2
inhibiitor ei ole andnud rahuldavat efekti
või on vastunäidustatud.

**Süst taas
saadaval kõigis
kolmes annuses!**

RYBELSUS®
semaglutiidi tabletid

OZEMPIC®
semaglutiid

Viited: 1. Ozempic SmPC 2024 2. Rybelsus SmPC 2024 3. Rybelsus® (semaglutiid) soodustingimused, alates 1.10.2024 kehtiv Tervisekassa ravimite loetelu, <https://www.tervisekassa.ee/partnerile/ravimitest/soodusravimid>

Rybelsus® 3 mg tabletid. Rybelsus® 7 mg tabletid. Rybelsus® 14 mg tabletid.

Ozempic® 0,25 mg süstelahus pen-süstlis. Ozempic® 0,5 mg süstelahus pen-süstlis. Ozempic® 1 mg süstelahus pen-süstlis.

Toimeaine: semaglutiid. Näidustus: ebapiisavalt kontrollitud 2. tüüpi diabeedi raviks täiskasvanutele lisaks dieedile ja füüsilisele koormusele: monoteerapiana, kui metformiin on talumatuse või vastunäidustuste tõttu sobimatu; lisaks teistele diabeediravimitele.

Retseptiravimid. Müügiloo hoidja: Novo Nordisk A/S, Novo Allé, DK-2880 Bagsværd, Taani.
Täiendav teave müügiloo hoidja esindusest: Novo Nordisk Estonia OÜ, Paldiski mnt 29, Tallinn.
Rybelsus® ja Ozempic® on Novo Nordisk A/S, Taani, kaubamärgid.
© Novo Nordisk A/S. EE25RYB00009 02/2025



arvamus



Töötan koos kolleegidega selle nimel, et avastada ravi vajavad haigused õigeaegselt.

Toomas Kariis, Medicumi uus ravijuht, mu.ee

Kommentaari:

Tervishoiuvaldkonna väljakutsed lähiajal



Signe Riisalo

Sotsiaalkaitse minister

Üha vähemaks jääb meil rahalisi ressursse, kuid abivajajate hulk samaaegselt kasvab.

Lähiaja väljakutsed peavad sillutama teed pikaajalistele murekohtadele ja neid paraku tervishoius kui ka sotsiaalvaldkonnas jätkub. Meie elanikkond vananeb ja töökäsi jääb üha vähemaks, mistõttu kasvab ka surve tervishoiu- ja sotsiaalteenuste ülalpidamisele, samas kui vajadused on suurenenud ka hariduse- ja riigikaitse valdkondades. Murekoht on ka töötajate vähesus, seda nii tippspetsialistide kui ka lihtsamaid oskusi vajavate tööde puhul. Üha vähemaks jääb ka rahalisi ressursse, kuid abivajajate hulk samaaegselt kasvab – 33 protsenti sotsiaalmaksuks töötajate sissetulekust ei kata juba praegu tegelikke kulutusi, mida ühiskonnana teeme. Pensionite väljamaksmiseks lisab riik täiendavalt riigieelarvest igal aastal üle 200 miljoni euro, sama on olukord tervishoius, kuhu on ressursse pidevalt juurde lisatud.

Jääb küsimus, kuidas edasi? Valitsus on ette valmistamas mitut juba varem kavandatud muudatust, et vähest ressursi optimaalsemalt kasutada.

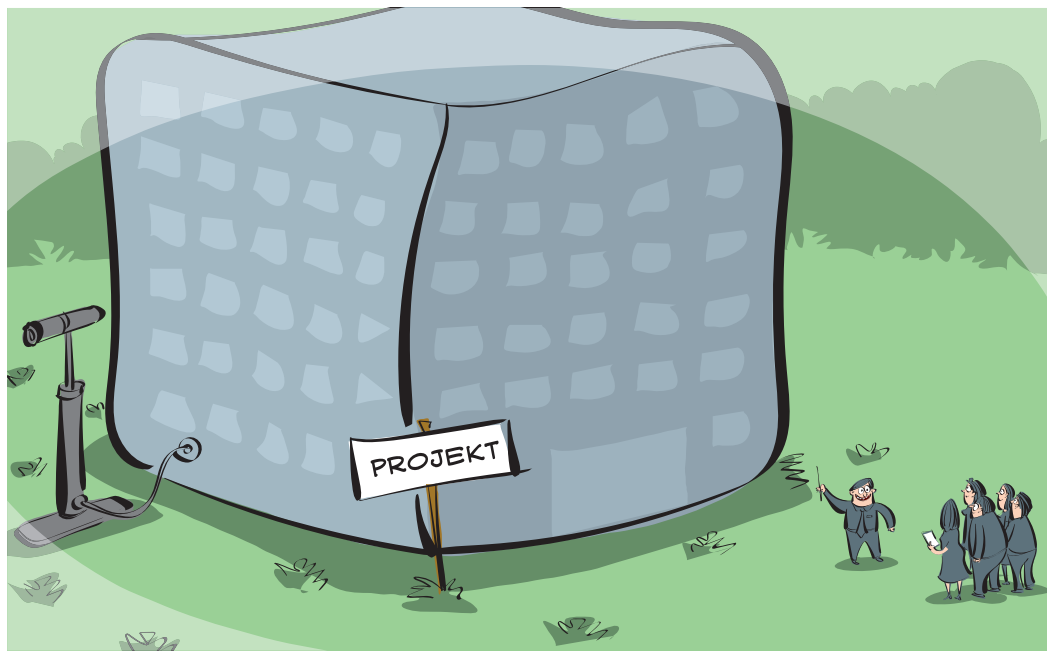
Võtmesõnad nii tervishoiu- kui ka sotsiaalvaldkonna korralduses on lähiajal esmatasandi toe tugevdamine ja ennetuse osakaalu suurendamine. Vältida tuleb seniseid dubleerivaid tegevusi ning vähendada inimestele keerukat bürokraatiat ja avalikule sektorile kulukat haldustegevust.

Teine kindel suund on integratsioon tervishoiu- ja sotsiaalsektoris.

Kolmas oluline lähtekeht on vajadus – avalike teenuste pakkumine peab lähtuma inimeste tegelikest vajadustest nii rahalise kui ka mitterahalise abi andmisel. Pikem plaan esmatasandil on tervishoiu- ja sotsiaalteenuste koondamine ühe katusse alla. Loodavaid keskuseid kutsume tervikumideks, kuhu oleks koondunud teadmine piirkonnas pakutavatest teenustest ning nende planeerimine ja ülalhoidmine. Tervikum võib olla nii esmatasandi tervisekeskus kui ka maakonnahaigla, muuhulgas ei pea riik kõiki teenuseid ise pakkuma, kuid võiks hallata eri teenuseosutajate pakku-must piirkonnas.

Liikumine haiglate osas. Haiglavõrgu arengukavast on räägitud ilmselt sama kaua kui ma olen olnud sotsiaalvaldkonnas tegev ja see on pikk aeg. Nüüd on plaan teha otsused, esimene neist on Tallinna haiglate ühendamine ja sisuliselt tervishoiuteenuste regionaalne planeerimine koos Põhja-Eesti regionaalhaiglaga.

Lõpetuseks aina kasvav mure vaimse tervisega. Ka siin on oluline ennetus ja teadlikkus, et inimene saaks õigeaegselt asjakohast abi.



ILLUSTRATSIOON ANTI VEERMAA

Juhtkiri

Uus haigla: jah, aga mitte iga hinna eest

Tallinna haigla on kahtlemata Eesti lähiajaloo ambitsioonikaim tervishoiuinvesteering. Ühelt poolt on tegemist suuremahulise infrastruktuuriprojektiga, mille eesmärk on koondada kaks Tallinna keskhaiglat ajakohasesse ja tõhusasse meditsiinilinnakusse. Füüsiline keskkond, mis vastab tänapäevastele ravivajadustele ja töötajate vajadustele, on vältimatu. Teisalt on see hetk, mis testib meie suutlikkust juhtida strateegilist arendust – protsessi, mis eeldab tugevat sisulist visiooni, läbipaistvat juhtimist ning poliitilist järjepidevust. Ühiskondlik ootus kvaliteetse ja kättesaadava tervishoiu järele ei realiseeru pelgalt betooni ja tserase kaudu.

Liiga kallis. Meditsiiniuudised leiab, et nii vajalik kui uus haigla ka ei ole, tuleb tunnistada, et praeguses majanduslikus olukorras ei paista 850 miljoni euro suuruse investeeringu katmine realistlik. Seda enam võiks kiita suunda, kus Tallinna tervishoiuasutuste ühendamise kaudu leitakse kuluefektiivne juhtimismudel. Ehkki haiglahooned on vanad, on neisse tehtud märkimisväärsed investeeringuid

– ostetud moodsat aparatuuri ja renoveeritud.

Palju veel teha. Valitsus on Tallinna haigla projekti osas võtnud ettevaatliku hoiaku. 15. mai kabinetinõupidamisel otsustati, et enne ehitusega edasiliikumist tuleb sotsiaalministeeriumil leppida kokku teenuste jaotuses haiglate vahel, kaasates sellesse ka Tartu ülikooli ja kliinikumi. Välja on toodud, et seni tehtud analüüsid ja projektid põhinevad vananenud andmetel.

Samuti tuleb realistlikult hinnata riigi rahalist võimekust nii suure investeeringu elluviimiseks. See seisukoht peegeldab arusaama, et enne kui asuda betooni valama, tuleb paika panna sisuline alus – terviklik arusaam sellest, millist haiglat ja millise rollijaotusega tervishoiuvõrku Eesti vajab.

Asukoht Lasnamäel on mõistlik kompromiss – piisavalt ligipääsetav, samas mahub sinna väga suur hoone koos parklaga. Ent enne ehitust tuleks aga esitada küsimus: millist haiglat me tegelikult vajame – ja millise juhtimis- ja rahastussüsteemiga me suudame selle ka käigus hoida?

Loe samal teemal lk 8-9

Samuti tuleb realistlikult hinnata riigi rahalist võimekust nii suure investeeringu elluviimiseks.

VÕITJA
Liis Rooväli

Uuenes Tallinna perearstide seltsi juhatus: selles jätkavad Reet Laidoja, Laura Prett ja Liis Rooväli ning uute liikmetena alustavad tööd Ariane Vilem, Kristi Särgava ja Jelizaveta Kaledina. **Liis Rooväli** on uus seltsi juht. Palju jõudu!

KAOTAJA
Ants Kass

Harju maakohtus hakatakse üldmenetluses lahendama Põhja-Eesti regionaalhaigla endise ortopeedi kriminaalasja. Süüdistuse kohaselt võttis **Ants Kass** 2021. aasta esimeses pooles patsientidelt altkäemaksu. Avaistung on juunis.

Nädala foto:

Hindamatu panus sai tunnustatud



Tartu ülikooli kliinikumi preemia sai kliinikumi arvamuselõunal kardioloogia professor akadeemik Jaan Eha, kellele andis kimbu koos õnnesoovidega üle haiglajuht Priit Perens ja kaasa elas kliinikumi teadus- ja arendusjuht professor Joel Starkopf.

FOTO: EVELIN LUMI/KLIINIKUM

mu.ee lugude TOP

- Eesti tippjuht valiti üleeroopalise ravimite hulgimüüjate liidu asepresidendiks
- Kohtus hakatakse lahendada hinnatud ortopeedi kriminaalasja
- Tööstusharu pea kohal ripub 200 miljoni eurone kohustus. "See on katastroof"
- Tallinna perearstide seltsi juhatus uuenes
- Maailma terviseassamblee võttis vastu ajaloolise pandeemiakokkuleppe
- Just see toiduaine mõjutab neere kõige enam
- Korgijoogi testimise osas puudub seadusandlus. Keegi ei vastuta

Toimetaja repliik:

Ühendame üldarstid ja EMod

Kadi Heinsalu

Meditsiiniuudiste peatoimetaja

Ringlema on hakanud idee suunata EMOs-se saatkirjaga. Mõnes Põhjamaas pidavat see toimima, aga Eestis on perearstiabi kättesaadavus ebaühtlane, mis võib takistada tõsise ter- viserikkega arstini jõudmist või veelgi kasvatada kiirabi töökoormust. Miks mitte suunata värskest ülikooli lõpe-

tanud üldarstid, kes võtavad n-ö vaheaasta enne residen- tuuri, EMOdesse tööle? Nende töö olekski kergema kate- gooria abivajajaid aidata. Nad saaksid mitmekülgse ülevaa- te eri haigustest, kindlasti ka keerulisematest juhtumi- test – sest osa nn kergeid juh- te kvalifitseerub ikkagi ras- keks, kui midagi leitakse – ja arusaama, kas see või teine residentuuri eriala on nende jaoks parim.

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 paberle- hega ja veebipakett

Trükk: AS Printall
Väljaandja: **AS Äripäev**

Üks küsimus: Kuidas lahendate personaliküsimuse suvel? Kas kavatsete suvel kasutada rohkem üliõpilaste abi kui muul ajal?

Marit Õun

Pärnu haigla erakorralise meditsiiniabi teenistuse juhataja

Pärnu haigla erakorralise meditsiini osakonna töö on alati suveperioodil pingeline, sest patsientide osakaal tõuseb puhkusele tulnud külastajate tõttu.

Lisaks toimuvad Pärnus suvekuudel suured festivalid, nagu Grillfest ja Beach Grind, muud meelelahutusüritused, spordivõistlused jne. Tööjõu planeerimine on keeruline, sest ühest küljest on suvel ka töötajatel ettenähtud puhkused ning teisalt on niigi tööjõu defitsiit (eeskätt erakorralise meditsiini arstide osas).

Leevendust loodame leida praktikantide (abiõed, abiars- tid, residendid) kaasamisega.

Üllar Lanno

Narva haigla juht

Narva haigla erakorralise meditsiini osakonnas on suvine töö korraldatud selliselt, et kõik saaksid enda suvepuhkust just juunist augustini nautida ja töö ei seiskuks.

Suvekoormuse ajaks on arstide puhkuste graafikuid koostatud nii, et igaüks saaks suveperioodiks saaks võtta kaks nädalat põhipuhkust ja vajadusel üks nädal lisa- puhkust perioodil maist kuni septembrini.

Õdede osas on olukord lihtsam, kuna SA Narva Haigla erakorralise meditsiini osakonnas on õnneks piisavalt töötajaid ja seega saavad puhkuste perioodid olla isegi pikemad.

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

Karjäär Toomas Kariis asus tööle Medicumi ravijuhina

TALLINN Veebruaris Tartu ülikooli kliinikumi sisekliiniku juhi kohalt lahkunud Toomas Kariis on nüüd ametis Medicumis, kus ta on nii ravijuht kui ka gastroenteroloog. „Ettepanekut asuda tööle Medicumis ei pidanud kaua kaaluma. Oleme koostööst rääkinud ka varem, enne minu Tartusse tööle asumist. Ettevõtte on kiire arengufaasis ja juhtkond tunnetas juhtimises senisest enam meditsiinilise kompetentsi vajadust. Tagada kiire kasvu juures ka ravikvaliteedi areng ja parem erialade vaheline koostöö on mulle ja kogu juhtimise meeskonnale motiveeriv väljakutse,“ põhjendas Kariis otsust liituda. Ta on varem olnud aastaid ka Tallinna arstide liidu juht, mh 2012. aasta arstide streigi ajal, kui töötas ITKs. Ehkki varem Medicumi ravijuhina töötanud Andrus Mäesalu ja Dagmar Rüütel, siis viimasel ajal seal ravi- juhi ametikohta polnud, vaid loodi doktori Kariisi tulles.

Tunnustus Stipendiumid ja preemiaid parimatele arstiteadlastele

TARTU Tartu ülikooli kliinikumi arvamuselõunal pälvisid Neinar Seli stipendiumi professor Alan Altraja ja Katrin Õunap. Möödunud aasta parima Eesti Arstis ilmunud artikli preemia said aga Grete Haube ja Tuuli Metsvaht. Stipendium viimasel viiel aastal enim teadusartikleid publitseerinud autorile antakse välja mitte sagedamini kui kord viie aasta jook- sul ning selle suurus on neli tuhat eurot. Ajavahemiku 2020–24 arvestuses pälvis stipendiumi professor Alan Altraja kop- sukliinikust. Teise, möödunud aasta tea- duspublikatsioonide eest välja antava ja kahe tuhande eurose stipendiumi pälvis kliinikumi geneetika ja personaalme- ditsiini kliiniku ülemarst-õppejõud ning harvikaiguste kompetentsikeskuse ees- vedaja professor Katrin Õunap. Möödunud aasta parima Eesti Arstis ilmunud artikli preemia pälvis artikkel “Erakordselt enneaegselt sündinute pikaajaline tervise- tulem.”

Töö Tervishoiukõrgkool aitas üheksa õde tööle tagasi

TALLINN Tallinna tervishoiu kõrgkooli aatriumis lõppes kümnendat korda toimunud koolitusprojekt “Oed tagasi tervishoidu”. Viis kuud kestnud koolitusprojekti läbis seekord edukalt üheksa õde, kes olid rohkem kui viis aastat tervishoiu valdkonnast eemal olnud. Kümne aastaga on Tallinna ja Tartu tervishoiu kõrgkoolide koostöös projektis osalenud 280 õde, sellest Tallinna tervishoiu kõrgkoolis 170 inimest. Koolitus on osalejatele tasuta ja seda rahastab sotsiaalministeerium. Projekt toimub Tallinna ja Tartu tervishoiu kõrgkoolis.



meditsiiniuudised@aripaev.ee

Peatoimetaja:

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

Meelerahu otsimas

Soome psühhoterapeut ja kirjanik **Maaret Kallio** käsitleb mullu ilmunud raamatus "Meelerahu" seda seisundit laias tähenduses. See on sisemine rahu, tasakaal ning harmoonia iseenda ja elu valusate aspektidega leppimisel. Raamatu jaoks on ta intervjuerinud 30 eri valdkondade eksperti, kes jagavad oma erakordseid kogemusi meelerahu dimensioonidest. Ilmus Äripäeva kirjastuselt juunis.

Info: <https://pood.aripaev.ee/raamatud-meelerahu>



28.08

VEEBISEMINAR kognitiiv-käitumisteraapiast, mis annab tervishoiutöötajatele vajalikud oskused patsienti kiiresti aidata ja teda oma vaimse tervise parandamisel õigele teeotsale suunata. Lektor kliiniline psühholoog **Kaia Kastepõld-Tõrs**. Info ja piletid: <https://pood.aripaev.ee/kkp>

Analüüs:

Kas Euroopa parim esmatasand on saavutatav?

Eesti esmatasandi tervishoiu arengukava 2035 seab sihiks Euroopa parima esmatasandi arstiabi.

Perearstide järelkasv on keskne küsimus. Ligikaudu 30% perearstidest on juba pensionieas ja kolmandik neist üle 70. Aastaks 2033 tuleb asendada ligi 420 arsti, kuid residentuurist tuleb hinnanguliselt vaid 255 uut perearsti. See viib perearstide arvu 860-lt 690-le ehk umbes 20% vähenemiseni. Arengukava eesmärgiks seatud tasakaal ei paista realistlik. Kuigi residentuuri tingimusi on paindlikumaks muudetud ja arutatakse teise eriala arstide ümberõpet, ei piisa ainult erutusmeetmetest – vaja on süsteemset ja toetatud lähenemist.

Tervisekassa katsetab lahendusi, näiteks üldarstide suuremat kaasamist ja kaugteenuseid, kuid need ei asenda vajadust struktuursete muutuste järele. Kui lahendus on lihtsalt suurem nimistu ühe arsti kohta, liigub patsient EMOsse – ja see ei meelita noori perearste.



Triin Habicht

WHO tervisesüsteemide rahastamise Barcelona büroo vanemökonoomist

Oluline on õppida teiste riikide kogemusest nii erakapitali mõju kui ka teenuse kvaliteedi osas.

Nimistupõhine süsteem vajab ümbermõtestamist. Ajalooliselt on perearstide nimistus olnud loogiline lahendus, ent nüüd eelistavad noored arstid meeskonnapõhist ja stabiilsemat töökeskkonda. Paljud ei soovi enam olla ettevõtjad. Kuigi nimistuta töötamine on võimalik, kaasnevad sellega piirangud ja madalam staatus. Kuna peaaegu pooled perearstid

vajavad asendamist, tuleb küsida, kas praegune süsteem suudab jätkuda.

Võimalik lahendus oleks, et nimistu kuulub tervisekeskusele, mitte konkreetsele arstile. See võimaldaks töökoormuse paremat jaotamist ja paindlikkust, toetaks meeskonnapõhist tööd ning muudaks perearsti elukutse noortele atraktiivsemaks. Samas näitab OECD uuring, et kindel ja pikaajaline suhe perearstiga tõstab usaldust süsteemi vastu – eriti krooniliste haigustega patsientidel.

Tervisekeskuste omandivormil on suur mõju. Väikesed perearstipraksised ei pruugi olla enam piisavad, et pakkuda mitmekesiseid teenuseid ja koordineerida raviteekondi. Suurematel struktuuridel on paremad võimalused investeerida taristusse, koolitada personali ja pakkuda paindlikke lahendusi.

Erakapitali kasv esmatasandil tekitab küsimusi. Kuigi see võib teoreetiliselt suurendada paindlikkust ja tõhusust, on praktikas sageli langetatud ravistandard-

deid kasumi nimel. Hollandis läks pankrotti Co-Med, mis lubas paremat haldust ja ühendas 50 000 patsienti. Teenust üle võtnud Arene osutas 85% juhtudest vaid digilahendusi. Tulemuseks olid patsientide kaebused ja usalduskriis.

Eraomandi probleem on ka vähene kriisivalmidus. Ukraina kogemus näitas, et esmatasandi kättesaadavus on ka sõjaolukorras hädavajalik, kuid eraomandis väikesed praksised ei pruugi sellistes tingimustes püsima jääda.

Euroopa riigid katsetavad erinevaid omandivorme. Avalik sektor võiks pakuda stabiilset töökeskkonda, eriti meeskondade laienemisel. Kui omandivorme ei mitmekesistata, jääb suurte esmatasandi organisatsioonide kujunemine raskeks. Näiteks on keeruline kujutada ette haiglat, mille omanikud on ainult kirurgid.

Oluline on õppida teiste riikide kogemustest, sealhulgas sellest, kuidas nad piiravad erakapitali mõju ja tagavad teenuse kvaliteedi.

18.09.2025

T1 Tallinn Venue ja WorksUp veebis

KARDIOLOOGIA
TULIPUNKT 2025

Sihtgrupp: esmatasandi arstid ja õed, kardioloogid, sisearstid, naistearstid, muu eriala arstid, apteekrid

I SESSIOON: VAIMNE TERVIS. MÜO- JA PERIKARDIHAIGUSED

- Vaimse tervise ja kardiovaskulaarse haiguse konsensusdokument
- Südamehaigete vaimutervis
- Uus müo- ja perikardiidi ravijuhend

II SESSIOON: KLAPIHAIGUSED. DÜSLIPIDEEMIA. ESC UUDISED

- Uus klapihaiguste ravijuhend
- Düslipideemia ravijuhendi uuendus
- Uudiseid Euroopa Kardioloogide Seltsi kongressilt paaris ettekandes

III SESSIOON: FOKUSES NAISE SÜDAMETERVIS

- Rasedusaegse kardiovaskulaarse haiguse uus ravijuhend
- Rasedus ja südametervis – günekoloogi vaade

Info: Karin Tamm, Meditsiiniuudiste sündmuste juht, karin.tamm@aripaev.ee

Sponsorpaketid: Maarja Kõrv, Meditsiiniuudiste meditsiinimeedia müügijuht, maarja.korv@aripaev.ee

Ülevaade lektoritest, kava jooksvad täiendused ja registreerimine

pood.aripaev.ee/konverentsid-kardiologia-tulipunkt-2025

NB! Soodushind kuni 07.09

(sisaldab 22% käibemaksu)

119 €

Osalemine annab täiendkoolituspunkte, tunnistuse väljastab Eesti Kardioloogide Selts



EESTI KARDIOLOOGIDE SELTS
ESTONIAN SOCIETY OF CARDIOLOGY



uudised



**Kindlasti ei oska me praegu veel
öelda ühtegi summat.**

Tallinna farmaatsiatehase juht Kadri Randveer

Tööstusharu pea kohal ripub 200 miljoni

Janno Riispapp

janno.riispapp@aripaev.ee

Eesti ravimi- ja kosmeetikatootjatele terendab kuni paarisaja miljoni eurone kohustus investeerida vee-ettevõtete reoveepuhastistesse, paari aasta pärast jõustuv muudatus kaevati juba Euroopa Kohtusse.

Ravimitootjate liidu juhi Riho Tapferi sõnul on direktiiviga tekitatud palju ebaselgust ja nende hinnangul on kohustus- te jagamisel väga tugev riive. "Sisuliselt peab ravimikarbikestega kinni maksma vee-ettevõtjate investeringud puhastussüsteemide ehitamiseks ja igal aastal ka nende eksploatatsioonikulud," vahendab Äripäev.

Kaks linna Tallin ja Tartu ning kaks- sada miljonit

Kliimaministeeriumi veeosakonna vee- teenuse valdkonna juhi Katrina Langi selgitusel tuleb asulareovee puhastamise direktiiv siseriiklikku õigusesse üle võtta



Tekitatud on ebaselgust ja kohustuste jagamisel on tugev riive.

Riho Tapfer

2027. aasta juuli lõpuks. Sellega pannakse tootjad "saastaja maksab"-printsibiiga vastutama mikrosaasteainete eemaldamiseks vajaliku puhastusastme eest.

"Praegu on leitud, et mikrosaasteainete peamised allikad on asulareovees ravimite ja kosmeetikatoodete jäägid," ütles Lang. Seetõttu peavadki just ravimi- ja kosmeetikatootjad koonduma 2028. aasta lõpuks tootjavastutusorganisatsiooni ja koguma raha selleks, et reoveepuhastistesse saaks rajada neljanda puhastusastme ja katma nende tegevuskulud.

Praeguse plaani järgi puudutab muudatus reoveepuhasteid, mille koormus on 150 000 inimekvivalenti, selliseid on Eestis kaks: Tallinnas ja Tartus. Kolm aastat tagasi valminud hinnangu järgi maksaks ainuüksi kahe suurema puhasti neljanda puhastusastme väljaehitamine kokku 100–200 miljonit eurot. Täpsem kulu selgub sügisel, kui valmib ministeeriumi tellitud uuring.

Katrina Langi sõnul selgitatakse tulevikus välja ka väiksemad Eesti reoveepu-

hastid, kus mikrosaasteainete kontsentratsioon kujutab endast riski keskkonnale või tervisele ning kus samuti tuleb juurutada neljas puhastusaste.

Sellisel kujul on kohustusi võimatu täita

Salve, geele ja kreeme tootva ja arendava Tallinna farmaatsiatehase juhataja Kadri Randveer ei oska hinnata, kui suured kulud kaasneksid ettevõttele uue kohustusega, sest direktiivi rakendamine on Eestis ja ka Euroopas alles arutlusel ning täpsed nõuded ebamäärased. "Kindlasti ei oska me praegu öelda ühtki summat."

Randveeri sõnul puudutab direktiiv reovee puhastamist mikrosaasteainetest, mille hulgas on ka ravimijääke, mis pärinevad nii ravimeid võtvatelt inimestelt kui ka aegunud või võtmata ravimite vabast käitlemisest.

"Kindlasti ei tohiks rääkida ravimijääkide reovette sattumisest tööstusest," rõhutas Randveer. "Kõigil ravimitootmisetevõtetel on väga ranged nõuded vee pu-

MEDITSIIIN

**Digitaalne
võluvits
tervishoius**

2026

12.12.2025

KUMU auditoorium

Esinevad:

Mart Saarma akadeemik, Eesti Teaduste Akadeemia president

Karmen Joller Sotsiaalminister

Peeter Ross TalTechi e-tervise professor

Margus Kaldma, Merilin Varsamaa, Katrina Laks tervisetehnoloogia pioneerid

Peeter Padrik onkoloog, sotsiaalministri nõuandva tervishoiu konsiiliumi liige

Taavi Tillmann TÜ peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituudi rahvatervise kaasprofessor

Vestlusringid:

innovatsioonist tervishoius:

Karin Rosenstein, Gerhard Grents, Keiu Paapsi, Patrick Pihelgas, Jaanika Merilo, Terje Peetso

noored arstid:

Mati Lepikson, Martin Špol, Pisar Pind, Gerli Pihelgas, Kadri Liis Laas

Meditsiinimõjutaja 2025 väljakuulutamine

Täpsem kava ja piletid:

pood.aripaev.ee/meditsiin2026

Konverents ei anna täiendkoolituspunkte
Veebiülekanne ei ole, kuid tuleb salvestus

**NB! Soodushinnad
kuni 20. novembrini**

**Arstidele
erihind!**



**MEDITSIIIN-
KONVERENTSID**

Lisainfo: Kadi Heinsalu, Meditsiiniuudiste peatoimetaja kadi.heinsalu@aripaev.ee

30

MINUTIT vähem istumist päevas ja kerge või mõõdukas trenn vähendavad korduva südameinfarkti ohtu, näitas USA teadlaste kuuesaja südameinfarkti üle elanud patsiendi peal tehtud uuring. Uneaja suurendamine vähendas riski veel 14%.



Uus kirurgiaosakond Saaremaal

KURESSAARE haiglas avati kümne kuu jooksul uuenduskuuri läbinud kirurgiaosakond. Palatites on endiselt 38 kohta, ent rohkem on kahe inimese palatiteid. Lisandus ka kaks isolaatorit.

eurone kohustus. “See on katastroof”

hastuseks ja reostuse vastu võitlemiseks, kogu ravimitööstus ja ka Tallinna farmaatsiatehas võtavad keskkonnapoliitikat väga tõsiselt.”

“Ravimitootjad mõistavad mikrosaa-teainete mõju keskkonnale, toetavad direktiivi eesmärki ja on valmis maksta õiglase osa tootjavastutusest, kuid tootjate hinnangul pole ebaoproportsionaalseid kohustusi sellisel kujul võimalik täita,” ütles Randveer.

Tema sõnul on sellele tähelepanu juhtinud ka mitu Euroopa riiki, mis soovivad direktiivis muudatuste tegemist, samuti on Euroopa ravimitootjate assotsiatsioon (EFPIA) algatanud direktiivi pärast vaidluse Euroopa Kohtus.

Asi Tallinna Vesi tegevjuhi Aleksandr Timofejevi sõnul vajab veel täpsustamist, kuidas hakkavad Eestis jagunema vajalike investeeringutega seotud kulud – kui suur osa langeb ravimi- ja kosmeetikatootjatele ning kui suur osa vee-ettevõtetele ja tarbijatele.

“Seetõttu ei saa praegu veel hinnata et-

tevõtte kulude suurust sellistele tuleviku arendustele. Kindlasti toob täiendava reoveepuhastusastme rajamine kaasa kulusid, aga need on möödapääsmatult vajalikud, et vähendada inimtegevusega seotud reostust ning hoida keskkonda võimalikult puhtana,” sõnas Timofejev.

Kliimaministeeriumist öeldi aga, et vastavalt direktiivile peavad tootjad kandma vähemalt 80 protsenti kõigist neljanda puhastusastmega seotud kuludest, sealhulgas investeerimis-, tegevus- ja seirekuludest. Ülejäänud 20% puhul kavatseb kliimaministeerium teha ettepaneku, et seda võiks katta Euroopa Liidu kaasrahastusest, kuid see sõltub uue eelarveperioodi prioriteetidest. Tapferi sõnul ütleb praegune direktiiv, et 20% kuludest võib ka riik ise tasuda. “Kuidas iganes see mudel Eestis tööle hakkab, ravimitootjad üksi ei jõua seda kindlasti maksta.”

Seepärast peaks ravimitootjate vaate vastutust rohkem jagama, vaid kaks sektorit ei suuda nii mastaapse valdkonna ees teha seda üksi. Tulevikus igatahes

hakkabki Euroopa Komisjon asulareovee seire põhjal hindama, kas laiendatud tootjavastutussüsteemi tuleks kaasata muid tooteid ja sektoreid lisaks ravimi- ja kosmeetikatööstusele.

Kulutõhusam kui hilisema kahju likvideerimine

“Muudatus motiveerib tööstust arendama keskkonnasõbralikumaid tooteid ja vähendada probleemsete kemikaalide kasutamist. Ilma direktiivita jätkuks mikrosaa-teainete kogunemine veekeskkonda, sest puuduksid nii regulatiivne raamistik kui ka rahastamismudelid vajalike tehnoloogiate juurutamiseks,” selgitas Lang direktiivi mõtet.

Tema sõnul on laiem eesmärk tagada, et ka järgmised põlvkonnad saaksid kasutada puhtaid veekogusid ja joogivett. Euroopa Komisjoni hinnangul on neljanda puhastusastme rakendamine kulutõhusam kui hilisem keskkonna- ja tervisekahjude likvideerimine või joogiveepuhastuse kallim tehnoloogia.

Ravimitootjate liidu juht tõdes, et direktiiv on küll kliimaministeeriumi vastutusalas, aga pani sotsiaalministeeriumile südamele, et direktiivile külge ehitatav õigusmaastik tehtaks kahe ministeeriumi koostöös mõistlikult.

Ta loodab, et direktiivi muudetakse või Euroopa Kohtu otsusega selle rakendamine lükatakse edasi või tuleb mõni kolmas lahendus. Ühelt poolt on kaks aastat tootjavastutusorganisatsiooni loomiseks väga lühike aeg, teisalt on ravimivaldkonnas kõik ülimalt täpselt reguleeritud: iga riiki tulev ja siit väljuv tablett ja ampull on teada, kuid kosmeetikatootjate kohta pole riigil mingisugust infot.

80%

● peavad tootjad kandma kõigist neljanda puhastusastmega seotud kuludest.

15. RAVIMI-KONVERENTS 2025

20.11.2025 KUMU auditoorium

- Apteegiteenuse kvaliteedijuhise rakendumine Eesti üldapteekides aastatel 2022 ja 2025
- Piiriülene digiresept. Eesti, Soome, Läti, Hispaania
- Õppetunnid ravimivigadest: patsiendihutusjuhtumite analüüs Tartu ülikooli kliinikumis
- Ravimiesitlejate töö apteegis – apteekrite arvamused
- Ravijärgimuse väljakutsed
- Miks patsiendid oma ravimeid teistele jagavad ja teiste omi kasutavad?
- Vestlusring: Ravimi teekond patsiendini
- Personaalse meditsiini arendamine ja rakendamine Eestis CAR-T rakuteraapia näitel
- Kuidas toetada ravimivaldkonna arengut Eestis?
- Euroopa asulareovee puhastamise direktiivi ülevõtmisest Eestis
- Kriitiliste ravimite määrus

Info ja piletid: pood.aripaev.ee/ravimikonverents2025

NB! Soodushinnad kuni 29.10



Konverents ei anna täiendkoolituspunkte.
Konverentsilt ei ole veebiülekanne, kuid tuleb salvestus.

Lisainfo: Kadi Heinsalu, Meditsiiniuudiste peatoimetaja, kadi.heinsalu@aripaev.ee

Apteegis
töötavale
osalejale
erihind!

luubi all



LTKH juht doktor Arkadi Popov sooviks hea meelega näha ühtse haiglahoone kerkimist Lasnamäele.

FOTO: LIIS TREIMANN, ÄRIPÄEV

Tallinn Uue haigla plusse ja miinuseid loendavad kõik pooled

Avamisperiood asemel suur kemplus

Hiiglaslik Tallinna haigla pidanuks tänavu juba avatud olema ja maksma 300 mln eurot – nii arvasi 2018. aastal. Praeguseks on summa kerkinud 900 mln ligi ja avamise aastast ei räägi keegi. Ühed näevad uues haiglahoones vältimatut sammu kaasaegse ravi suunas, teised aga hoiatavad liigse tsentraliseerimise ja hiigelsuure kuluka betoonehitise eest, mis pealegi paikneb strateegiliselt halvas asukohas.

Marika Priske, uus juht Tallinna haiglas, juhib edasi ka Tallinna hambakliinikut

Küsimus pole, kas Tallinna haiglat on vaja, vaid kuidas seda teha tasakaalukalt ja läbimõeldult.

Kristiina Käit
kristiina.kait@aripaev.ee

Kuna summad on suured, käib haiglaprojekti ümber ažiotaaz nii poliitikute, tervishoiujuhtide kui ka arhitektide puhul.

Mullu detsembris teatas SA Tallinna Haigla juhatus eesotsas Sven Kruubiga ootamatult, et astub täies koosseisus tagasi. Toona otsust kommenteerinud sihtasutuse nõukogu esimees Kairi Vaher ütles, et Kruup on Tallinna haigla projekti vedanud üle seitsme aasta (tegelikult algusest peale, toim), 2025. aasta mai lõpuks on valminud uue haigla eelprojekti arhitektuuri- ja ruumilise osa eksperthinang ning välja valitud põhiprojekti koostaja. “Nende tegevustega saab läbi oluline etapp ning on loogiline võimalus juhtimine üle anda uutele eestvedajatele,” sõnas ta. Ootamatu lahkumise põhjused jäid selgusetuks. Selle aasta juuniks on Kruubi meeskond ametist lahkunud ja Kruup ei soovi endiselt põhjuseid kommenteerida. Tema telefon jääb kutsuma.

Priske kahel kohal korraga

Uueks juhiks valis SA Tallinna Haigla Arendus nõukogu aprillis Tallinna hambapolikliiniku juhi Marika Priske. Kuna tegemist on haigla projekteerimisega seotud vaheetapiga, siis sõlmiti leping üheks aastaks ja Priske jätkab ka hambapolikliiniku juhina. Ta rõhutab uue haiglahoone regionaalset tähtsust. “See teenindab piirkonda, kus elab üle 500 000 inimese, hõlmates lisaks Tallinnale ka Harjumaa, Läänemaa, Saaremaa, Hiiu- maa, Raplamaa ja osaliselt Ida- ja Lääne-Virumaa elanikke,” loetleb Priske. Tema hinnangul võimaldab meditsiinilinnak koondada teenused, suurendada ravi kättesaadavust ja tagada parema valmisoleku rahvastiku vananemise ja krooniliste haiguste kasvaks. „Rahvastikuprognoosi kohaselt kasvab 2040. aastaks Harjumaa (sh Tallinna) elanikkond 15%, kusjuures 65+ vanusegrupi osakaal maakonna rahvastikust kasvab 35%ni. On selge, et tegemist on suure investeringuga,” tõdeb ta.

Ometi tähendaks ka senise olukorra jätkumine Priske sõnul kuludis, nagu kahes paralleelses haiglasteistemis hoonete ülalpidamine, tööjõu hajumine ja energiakulud. Uus haigla võimaldaks vähemate ressurssidega paremat ravi.

Kairi Vaher peab rajatavat haiglat vältimatuks sammuks Eesti tervishoiu arengus. “Aastakümnete eest ehitatud hoonetega ei saa enam pakkuda tänapäevast meditsiiniteenust,” ütleb Vaher. Tema sõnul tegutsevad Ida- ja Lääne-Tallinna keskhaiglad praegu enam kui 20 hajutatud hoones, millest osa on ehitatud üle poole sajandi tagasi ja 40% on vanemad kui 40 aastat. “Nende hoonete renoveerimine maksaks umbes sama palju kui uue haigla ehitus - 650 miljonit eurot - ent tulemus oleks vähem funktsionaalne ja logistiliselt märksa ebaefektiivsem,” sõnab ta.

Vaher toob tehnoloogilisest küljest esile, et paljusid kaasaegseid seadmeid ei saa praegustesse ruumidesse enam paigaldada. “Oma konstruktsiooniliste eripärade tõttu pole võimalik ruume kohanda-

Seadmete põlvkonnad vahetuvad iga 8-10 aasta tagant ja vajavad uusi tingimusi.

Kairi Vaher

40%

● Tallinna haiglate senisest hoonetest on ehitatud enne 1985. aastat.

da eri vajadustele, sh uue põlvkonna meditsiiniseadmete integreerimiseks. Seadmete põlvkonnad vahetuvad iga 8-10 aasta tagant ja uusi ei ole sageli enam võimalik paigutada samadesse ruumidesse ilma suuremate ümberehitusteta,” selgitab Vaher.

Garder: betoon ei ravi

Tallinna haigla megakompleksi ei ole mõistlik kõigi tervishoiujuhtide arvates. Confido meditsiinikeskuse juht ja üldkirurg Edvard Garder seab kahtluse alla massiivse betoonkompleksi vajalikkuse. Tema sõnul muutub haiglaravi olemus kiiresti ja fookus nihkub statsionaarsetelt voodikohtadelt päevaravile ning kaugteenustele. “Meditsiin liigub suunas, kus patsiendid ei veeda haiglas nädalaid, vaid saavad vajaliku sekkumise samal või järgmisel päeval, ja ülejäänud ravi toimub kodus. Betoon ei ravi - vajame modulaarseid, paindlikke ja kiiresti kohandatavaid lahendusi,” rõhutab Garder. Ta jätkab: „Euroopa Liidu andmed kinnitavad selget suundumust: statsionaarsete haiglavoodite arv on langemas pea kõigis liikmesriikides. Eestis on 4,5 voodikohta tuhande elaniku kohta, samas kui Rootsis - Euroopa madalaima näitajaga - vaid 2,0,” lisab ta.

Tema sõnul ei suuda üks suur haigla kompleks olla piisavalt paindlik, et muutuvate vajadustega sammu pidada. “Tulevikuhaigla on pigem võrgustik, mitte kindla asukohaga betoonkast. Seda ehitatakse süsteemide ja juhtimise kaudu, ütleb Garder. Maailma üks juhtivaid arhitektuuribüroosid OMA (*Office for Metropolitan Architecture*) on tulevikuhaigla visiooni luues analüüsinud seniste massiivsete betoonkomplekside eluiga. Üllataval kombel kipuvad suured betoonkompleksid kiiresti vananema ning mida värskem ja moodsam ehitus, seda kiiremini see lammutatakse,” tõdeb Garder.

Regionaalhaigla juhatuse esimees Agnis Peedu leiab, et pikaajalises vaates on uut haiglat vaja, kuid kiirustada ei maksa. “Ka meie haigla ravikorpused vajavad renoveerimist ning uus psühhiaatriklii-

nik tuleb ehitada. Tulevikuvaates on selge, et Eestis on vaja uut meditsiinilinnakut. Küll aga tuleb kõik sammud teha läbimõeldult ja strateegiliselt,” sõnab ta.

Lääne-Tallinna keskhaigla juht doktor Arkadi Popov rõhutab, et füüsilise haiglahoone ehitus ja haiglate sisuline ühendamine on kaks eraldi protsessi. „Tallinna haigla projektist rääkides tuleb selgelt eristada kahte paralleelset, kuid omavahel seotud protsessi. Ühelt poolt on jätakuvalt selge vajadus uue, kaasaegse meditsiinilinnaku järele, mis tagaks Tallinna haiglate toimepidevuse ja arengu aastakümneteks.

Juriidiline ühinemine läks käima

Teiselt poolt on üha päevakajalisem küsimus Tallinna linnale kuuluvate tervishoiuasutuste konsolideerimisest Tallinna Haigla kontserni alla, kuhu kuuluksid Lääne-Tallinna keskhaigla, Ida-Tallinna keskhaigla, Tallinna lastehaigla, Tallinna kiirabi ja Tallinna hambaravikliinik: see protsess on juba käima lükatud. Popov lisab, et ühtne kontsern looks paremad eeldused koostööks teiste oluliste tervishoiuasutuste, sealhulgas kliinikumi ja regionaalhaigla. Muutuvast demograafilises ja majanduslikus keskkonnas olevat selline strateegiline samm vajalik, et tagada Tallinna ja kogu Põhja-Eesti tervishoiusüsteemi jätkusuutlik areng ning paindlikkus tulevikuväljakutsetele vastamiseks.

Kairi Vaher toob välja, et uus haigla võimaldaks luua ka efektiivsema töökeskkonna tervishoiutöötajatele: „Praegu dubleerime erialasid, investeringuid ja tugisüsteeme, haiglad konkureerivad töötajate pärast.“ Mõtlemas peab ka julgeolekule: “Uude hoonesse on planeeritud maa-alused korrused, mis võimaldavad teenuse jätkamist ka võimalike kriiside, näiteks sõjaliste ohtude korral,” räägib Vaher. Vastaspool on aga just kritiseerinud, et ühtse Tallinna haigla puhul ei saa meedikud näiteks ebasobivate töötingimuste või ka töökiuse eest mujale haiglasse tööle minna, kuna igal pool ongi üks Tallinna haigla, kuhu kuulub ka regionaalhaigla.

Arhitektid soovivad lisategevusi

Arhitektide liidu (EAL) president Aet Ader ning ehituskonsultatsiooniettevõtete liidu (EKEL) esindaja Oliver Napits toovad välja hankeprotsessi murekohad. Eriala liidud on seisukohal, et Tallinna haigla projekteerimise hanke tähtaega tuleb pikendada, hanke tingimusi korrastada ning lähtematerjalide hulka lisada rahvusvaheliste ekspertide tehtud eelprojekti ruumilahenduste kvaliteedi ekspertiisi. “Leiame, et sajandi suurima projekterimishanke sellisel kujul korraldamine kujutab endast olulist riski lõpptulemuse saavutamisele ning võib viia olukorrani, kus hanke võidab ettevõtte, mis on riske ebapiisavalt hinnanud, mis omakorda päädib töö eba kvaliteetse tegemise või projekti lõpetamisega maksumaksja jaoks ebamõistlikult kõrge hinnaga,” lisab Napits.

Ader lisab, et praeguste tingimustega hangitakse 19 miljoni euro eest 187 114 ruutmeetrise hoone mittetoimiva

vana lahenduse vormistamist. “Sealjuures pole Tallinna haigla juhtkond nõustunud avalikustama avaliku hankega tellitud ruumikvaliteedi ekspertiisi, mis pidi olema teejuht eba kvaliteetse eelprojekti puuduste kõrvaldamiseks. Tulemus on nii pakkujate aja kui ka maksumaksja raha raiskamine,” ütleb Ader.

Valitsuse ja sotsiaalministeeriumi tasandil kumab läbi ettevaatlikkust. Sotsiaalminister Karmen Joller on öelnud, et enne juriidilise ühendamise või ehitamisega edasiliikumist peab olema selge, millist funktsiooni uus haigla täidab ja milline on tema roll kogu Eesti tervishoiusüsteemis. Tema sõnul põhinevad ühendhaigla loomiseks juba tehtud analüüsid ja haiglahoone projekt paljuski vananenud andmetel ega arvesta muutunud olukorra ja pikaajalise tulevikuvaatega. „Kuna tegemist on ligikaudu poolega Eestis pakutavast eriarstiabi, tuleb Tallinna ühendhaiglat vaadelda kogu Eesti haiglavõrgu kontekstis. Tallinnas asuvate haiglate ühendamise on vajalik samm, kuid seda ei saa teha kiirustades,” võtab Joller teema kokku.

Otsustamine samm-sammult

Projekti toetajate sõnul võib viivitamine minna kalliks maksma. „Oleme juba kaotanud vaidlustele palju väärtuslikke aastaid. Tänane raviteekond võib patsiendile tähendada nädalaid ootamist ja eri aadressidel liikumist. See teeb kokku tohutu hulga kaotatud tööpäevi ja loomulikult suure rahalise kulu. Tulevikus võiks diagnoosist ravini kuluda kuni viis päeva, seda kvaliteetsetes tingimustes ja ühtse raviloo alusel,” on Kairi Vaher projekti venimise vastu.

Marika Priske ütleb, et mida rohkem me viivitame, seda suuremaks muutuvad ka kulud - nii rahalises kui ka sotsiaalses mõttes. „Minu jaoks ei ole küsimus enam selles, kas Tallinna haiglat on vaja, vaid selles, kuidas teha see targalt, läbimõeldult,” sõnab ta.

15. mail toimunud valitsuse kabineti nõupidamisel otsustati, et Tallinna haiglate ühendamise ja hooneprojekti edasine liikumine peab toimuma samm-sammult. Esmalt tuleb paika panna funktsioonide jaotused, vastutusalad ning juhtimisstruktuurid. Protsessi kaasatakse ka Tartu ülikool ja kliinikum.

Valitsuse meedianõunik Kateriin Pajumägi ütleb, et sotsiaalministeerium esindab selles teemas ka valitsuse seisukohti: „Peaminister Kristen Michali hinnangul on praegu vaja eelkõige selgust Tallinna haiglate funktsioonide, koostöövormide ja vastutuse jaotuse osas. Kabinetinõupidamisel jäi kõlama, et senised analüüsid ja haiglahoone projektid põhinevad osaliselt vananenud andmetel ega arvesta muutunud olukorda ega tervishoiusüsteemi pikaajalisi arengusuundi,” sõnab ta. Seepärast tuleb tema sõnul esmalt selgitada, kuidas tervishoiuülesanded haiglate vahel jaotuvad ja läbi kaaluda avaliku sektori rahaline võimekus haiglareformi rahastada. “Alles seejärel saab otsustada kinnisvara ja haiglahoone ehitusega seotud küsimuste üle,” vahendab ta valitsuse seisukohta.

Loe ka juhtkirja lk 3.

Neuropaatiline valu on krooniline ja raskesti ravitav

Ravi Eesmärk on valu intensiivsuse vähendamine

Violetta Riidas

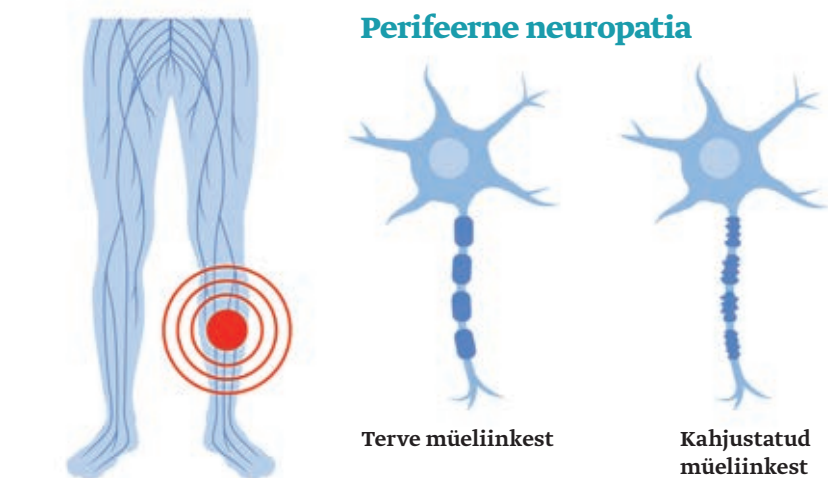
violetta.riidas@aripaev.ee

Neuropaatilise valu käsitlest esmatasandil andis vebinaril ülevaate Põhja-Eesti regionaalhaigla palliatiivraivi keskuse ülemarst-keskuse juhataja, anestesiooloog-valuarst Pille Sillaste.

Krooniline valu on alati patsiendi elukvaliteeti laastav seisund, kuid kõige keerulisem ja kurnavam selle alaliikidest on neuropaatiline valu. Tegemist on valu, mis ei tulene otsesest koekahjustusest, vaid närvisüsteemi talitlushäirest või struktuursetest kahjustusest. See ei ole klassikaline põletikuline või mehaaniline valu, vaid midagi sügavamat, sageli selgitamatut, krooniliseks muutuvat ja raskesti ravitavat. Neuropaatiline valu võib olla iseseisev sümptom või esineda osana segatüüpi valust, kus ühinevad notsitseptiivne, neuropaatiline ja üha enam tunnustatud notsiplastiline mehhanism.

Neuropaatilise valu peamine iseloomujoon on, et tegemist ei ole ainult valuimpulsi ülekandega mööda närviteid, vaid närvisüsteemi enda düsfunktsiooniga. Närvikahjustus võib olla perifeerne – näiteks pärast traumat või operatsiooni –, kuid ka tsentraalne, näiteks pärast ajuinfarkti, seljaaju vigastust või hulgisleroosi. Valu võib olla spontaanne ja see võib vallanduda ka väga väikestest ärritajatest, mis tervel inimesel ei põhjusta isegi ebamugavust. Neuropaatilisele valule on tüüpilised sellised seisundid, nagu allodüünia või hüperalgeesia. Valuaistingud võivad olla põletavad, kõrvetavad, elektrilöögi taolised, kipitavad või tuimad ning sageli esineb ka tundlikkuse langust, mis muudab patsiendi igapäevategevused piinarikkaks.

Diagnoosi alus on eelkõige anamnees ehk patsiendi kaebuste täpne kuulamine. Juba patsiendi sõnavarast ja kaebuste iseloomust võib teha esmase järelduse. Sageli ei kasuta patsient sõna „valu“, vaid kirjeldab ebamugavustundeid kujundlikult – põlemine, surin, sipelgate jooksmine, keev vesi või elektrilöögid. Valu on sageli asümmeetriline ja lokaliseerub vastavalt kahjustatud närvi innervatsioonialale. Intensiivsus kipub suurenema just öösel ja puhkeolekus, mis mõjutab tugevalt



patsiendi und ja toob kaasa kroonilise väsimuse ning meeleoluhäired. Kliiniline kogemus kinnitab, et neuropaatilise valu ja psüühikahäirete, eriti ärevuse ja depressiooni, vahel on tugev seos.

Kolme tüüpi valu

Tänapäevane valukäsitus eristab kolme peamist valutüüpi: notsitseptiivne, neuropaatiline ja notsiplastiline valu. Viimane on uue aja termin, mis viitab valule, mille puhul puuduvad objektiivsed struktuurset põhjused. See on seotud valusignaali töötlemise häirega kesknärvisüsteemis ja võib olla seotud varasemate valukogemuste, traumade, psühholoogiliste tegurite või isegi geneetilise eelsoodumusega. Sellesse kategooriasse kuuluvad fibromüalgia, krooniline alaseljavalu, ärritunud soole sündroom ja teised sarnased seisundid. Sageli ei ole aga võimalik üht valumehhanismi teistest eristada, mistõttu on laialdaselt kasutusel mõiste „segatüüpi valu“, mis kajastab eri komponentide koosmõju.

Diagnoos ja ravi

Neuropaatilise valu diagnoosimisel kasutatakse mitut tööriista. Lisaks üldtuntud Numeric Rating Scale'ile (NRS) ja Visual Analog Scale'ile (VAS), mis aitavad määrata valu intensiivsust, on olemas ka spetsiaalseid küsimustikke. DN4 (Douleur Neuropathique 4) koosneb kümnest lihtsast küsimusest ja on Eestis valideeritud

tööriist neuropaatilise valu tuvastamiseks. Ka PainDETECT ja LANSS (Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs) aitavad diferentseerida neuropaatilist valu teistest valuvormidest. Kuigi arvulised skaalad on abiks dünaamika jälgimisel, ei asenda need põhjalikku anamneesi ja patsiendi usalduslikku kuulamist.

Ravi planeerimine algab alati valumehhanismi määratlemisest. Kui tegemist on puhta notsitseptiivse valuga, toimib hästi klassikaline WHO kolmetasandiline valuvaigistite trepp: esmalt mittesteroidsed põletikuvastased ravimid, vajadusel nõrgad opioidid ja tugeva valu korral tugevad opioidid. Neuropaatilise valu puhul see skeem sageli paraku ei toimi. Siin on esmavaliku ravimid nn adjuvandid ehk närvisüsteemi mõjutavad ravimid: antikonvulsandid ja antidepressandid.

Gabapentiin ja pregabaliin on kaks enimkasutatavat $\alpha 2\delta$ -ligandi tüüpi antikonvulsanti, mille efektiivsus neuropaatilise valu leevendamisel on teaduskirjanduses hästi dokumenteeritud. Gabapentiini puhul on oluline teada, et ravimi efektiivsus ei suurene lõputult – olemas on nn „laaeft“, millest alates ei anna annuse tõstmine enam lisakasu. Pregabaliin seevastu võib tekitada sõltuvust. Ravimi valikul tuleb lähtuda patsiendi individuaalsest reaktsioonist ja taluvusest. Vanemaealiste puhul on gabapentiin sageli paremini talutav, kuna pregabaliinil on rohkem sedatiivseid toimeid ja suurem

risk kognitiivsete kõrvaltoimete tekkeks. Antidepressantidest on tugevaim tõendusbaas tritsüklilistel antidepressantidel, nagu amitriptüliin ja nortriptüliin. Need toimivad mitme mehhanismi kaudu, kuid kõrvaltoimed piiravad nende kasutamist, eriti eakatel ja südameprobleemidega patsientidel. Serotoniini ja noradrenaliini tagasihaarde inhibiitorid (SNRId), nagu duloksetiin ja venlafaksiin, on samuti tõhusad ja sageli paremini talutavad, kuid nende toime kujuneb aeglaselt, mis eeldab kannatlikkust. Esimese raviefektini võib tiitrimisest kuluda nädalaid.

Rasketel juhtudel võib kaaluda ka opioidide kasutamist, eriti kui valu on väga tugev ja adjuvandid ei ole veel toimima hakanud. Kuigi opioidide peetakse sõltuvust tekitavaks ja paljudes riikides on nende kasutamine piiratud, rõhutavad Euroopa ravijuhised, et õigesti määratud ja jälgitud opioidravi on neuropaatilise valu korral mõnikord vajalik ja põhjendatud.

Lisaks süsteemsetele ravimitele on oluline koht lokaalsel ravil. Eestis on saadaval lidokaiiniplaaster ja kapsaitsiinkreem, mis sobivad teatud lokaliseeritud neuropaatilise valu korral. Kuigi veel mõni aasta tagasi peeti neid vähese toimega vahenditeks, siis tänapäevased uuringud ja kliiniline praktika näitavad, et lokaalsed ravimid võivad teatud patsientide puhul olla väga tõhusad, eriti kui suukaudsete ravimite kõrvaltoimed on piiravad tegurid.

Mittefarmakoloogiline ravi

Viimaste aastate ravivõimaluste hulka on lisandunud ka mitu mittefarmakoloogilist meetodit. Transkraniaalne magnetsstimulatsioon ja alalisvoolustimulatsioon, samuti TENS-aparaadid, kognitiiv-käitumuslik teraapia ja taastusravi on kõik tõendus põhised sekkumised, mis pakuvad tuge raviskeemide osana. Füüsiline aktiivsus, sotsiaalne tugi ja vaimse tervise toetamine on samuti neuropaatilise valu ravis olulisel kohal.

Kuna neuropaatilise valu ravivastus on aeglane ja tulemused sageli tagasihoidlikud, tuleb patsiendile pakkuda realistlikke ootusi.

Ravi eesmärk on valu vähenemine ja elukvaliteedi paranemine.

NEURONTIN®

gabapentiin

Näidustus

PERIFEERNE
NEUROPAATILINE VALU

Oluline

ANNUSTAMINE



	Alustamine*			Annuse tiitrimine			
	1. päev	2. päev	3. päev	4.-7. päev	8.-14. päev	15.-21. päev	Ravi jätkamine
HOMMIK			300 mg	300 mg	300 mg	600 mg	600 – 1200 mg
LÕUNA		300 mg	300 mg	300 mg	600 mg	600 mg	600 – 1200 mg
ÕHTU	300 mg	300 mg	300 mg	600 mg	600 mg	600 mg	600 – 1200 mg
Maksimaalne annus (ööpäevas)	300 mg	600 mg	900 mg	1200 mg	1500 mg	1800 mg	1800 – 3600 mg

Kohandatud allikast: Neurontin® (gabapentiin) ravimi omaduste kokkuvõte 10/2024

***Alternatiivne algannus 900 mg ööpäevas, jagatud kolmeks võrdseks annuseks. Annust võib suurendada 300 mg iga 2...3 päeva järel, kuni maksimaalse annuseni 3600 mg ööpäevas.**

Viide: Neurontin (gabapentiin) ravimi omaduste kokkuvõte 10/2024.

Neurontin® (gabapentiin), 300 mg kõvakapslid N50. Retseptiravim. INN: *Gabapentinum*.

Näidustused: Epilepsia - Partsiaalsete epilepsiahoogude (sekundaarse generalisatsiooniga või ilma) täiendav ravi täiskasvanutel ja 6-aastastel ning vanematel lastel. Partsiaalsete epilepsiahoogude (sekundaarse generalisatsiooniga või ilma) monoterapia täiskasvanutel ja 12-aastastel ning vanematel noorukitel. Perifeerse neuropaatilise valu ravi täiskasvanutel, nt valulik diabeetiline neuropaatia ja postherpeetiline neuralgia. Täiendav teave ravimi omaduste kokkuvõttes 10/2024.

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

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

ET-NEUR-2025-00001 02/2025



VIATRIS

Lihasnõrkust ja väsimust põhjustav müasteenia

Liis Väli

Tartu ülikooli kliinikumi neuroloog

Müasteenia (*myasthenia gravis*) on autoimmuunne neuromuskulaarne sage harvikaigus, mis põhjustab lihasnõrkust ja väsimust ning lokaliseerub motoorse närvi ja lihase vahelisele ühendusele. Haiguse puhul tekitavad autoantikehad, mis blokeerivad ja hävitavad atsetüülkoliini retseptoreid, põhjustades lihaskontraktsiooni nõrgenemist. Sümptomid süvenevad koormuse kasvades ning paranemine võib toimuda puhkeolekus.

Müasteenia sümptomid algavad sageli silmalihaste haaratusega, põhjustades kahelinägemist ja silmalau allavajet, mis ilmnevad enamasti öhtuti. Haigus võib edasi areneda, haarates ka mälumislihaseid ja hingamislihaseid.

Opetajad ja teised palju rääkivad inimesed võivad näiteks märgata kõne nõrgenemist või pudistavaks muutumist tööpäeva teises pooles. Kaelalihaste nõrkus võib põhjustada pea vajumist ja raskust, näiteks selle padjalt üles tõstmisel. Rasketel juhtudel võib kiiresti areneda ka hingamispuudulikkus, mis vajab kiiret sekkumist.

Diagnostilised meetodid

Peamised diagnostilised meetodid on kliiniline hindamine, autoantikehade määramine ja neurofüsioloogilised uuringud. Eestis määratakse atsetüülkoliini retseptorite ning lihasspetsiifilise kinaasi vastaseid antikehi.

Lisaks kasutatakse korduvat närvi-stimulatsiooni ja tüümuse uuringut, kuna varase algusega müasteenia puhul võib esineda tüümuse hüperplaasia.

Normaalses seisundis jõuab närvi-impulss motoorse närvi lõppu, kus atsetüülkoliin vabaneb ja seondub retseptoritega lihase pinnal, põhjustades naatriumi kanalite avanemise ja naatriumi liikumise lihasrakku ning lõpuks lihase kontraktsiooni.

Müasteenia korral on autoantikehad osa retseptoritest blokeerinud või hävitanud, mistõttu on lihaskontraktsioon nõrgenenud. Lisaks aktiveerib autoimmuunne reaktsioon komplemendisüsteemi, mis soodustab põletikulist protsessi lihase membraanil.

Haiguse vallandajad ja riskitegurid

Müasteenia kulgu võivad süvendada mitmesugused füsioloogilised ja keskkonnategurid - kõrge temperatuur, kirurgiline sekkumine, emotsionaalne stress, infektsioonid, rasedus, teiste krooniliste haiguste progresseerumine ja mõni ravim.

Kokkupuude kuumusega, näiteks sau-



Müasteenia üks esimesi sümptomeid on ühe silmalau allavaje, mis juhtub enamasti öhtuti.

FOTO: SHUTTERSTOCK

Tasub teada: Müasteenia kliiniline pilt

- Ekstraokulaarsed lihased: asümmeetriline ptoos, fluktureeruv diploopia
- Düsartria, düsfoonia, mälumislihaste nõrkus, düsfaagia, näolihaste nõrkus
- Kaela painutajalihaste nõrkus
- Jäsemete proksimaalne nõrkus
- Hingamispuudulikkus 15% - müasteeniline kriis
- Väsimus. Fatigability vs fatigue (perifeerne ja tsentraalne)
- Tsentraalne väsimus, korreleerub depressiooni sümptomitega

Allikas: Liis Väli

nas, võib lihasnõrkust suurendada, samas kui külmaravi (jäakott silmadel) võib sümptomeid ajutiselt leevendada. Botulismitoksiin, teatud antibiootikumid ja immunoteraapias kasutatavad vähiravimid võivad samuti haiguse avaldumist põhjustada.

Naispatsientidel võib haiguse kulgu mõjutada rasedus: enamasti stabiliseerub seisund raseduse teisel ja kolmandal trimestril, kuid sünnitusjärgselt võib see taas ägeneda.

Samuti võivad autoantikehad kanda lootele, põhjustades ajutist lihasnõrkust juba vastsündinul. Sel põhjusel võivad sellised vastsündinud vajada intensiivravi, mistõttu tuleb sünnituse protsessi täpselt jälgida.

Ravijuhised ja ravi

Kuigi müasteenia ravi on viimaste aastakümnete jooksul arenenud, kasutatakse endiselt mitut juba varasemalt teadaolevat ravimit. Spetsiifiliselt suunatud ravi tuli kasutusele 2017. aastal eculizumabiga.

Ravi eesmärk on vähendada autoimmuunreaktsiooni ning parandada neuromuskulaarse ülekande efektiivsust.

Sümptomaatiline ravi

- Atsetüülkoliinesteraasi inhibiitorid (näiteks püridostigmiin) suurendavad atsetüülkoliini kättesaadavust sünapsis, leevendades ajutiselt haiguse sümptomeid. Toime kestab tavaliselt 3-4 tundi, mistõttu on vajalik ravimi regulaarne manustamine.

Immunosupressiivne ravi

- Prednisoloon on põhiline immunosupressant, mida kasutatakse haiguse kontrolli alla saamiseks.
- Ravi eesmärk on vähendada prednisolooni annust, lisades teisi immunosupressiivseid ravimeid, nagu asatiopriin, mis aga hakkab mõjuma 6-12 kuu jooksul.
- Patsiendid eelistavad selle ravimi kõrvaltoimete tõttu siiski juba uuemaid ravimeid.
- Raskema haiguse korral kasutatakse ka rituksimabi või muid immunomodulaatoreid.

Ägenemiste ravi

- Raskete ägenemiste korral on efektiiv-

sed immunoglobuliini infusioon ja plasmaferees.

- Ägedate seisundite ravis kasutatakse vajadusel intensiivravi meetmeid.

Tüümuse eemaldamine (tümektoomia)

- Varase algusega müasteenia korral, eriti kui esineb tüümuse hüperplaasia või tüümuse kasvaja, on näidustatud kirurgiline ravi.

- Rahvusvahelised ja Eesti ravijuhised soovitavad kõigil patsientidel haiguse diagnoosimisel teha tüümuse uuring.

Viimastel aastatel on turule tulnud uued ravimid, mis toimivad näiteks komplemendisüsteemi või neonataalse Fc-retseptori (neonatal Fc-receptor) blokeerimise kaudu. Saksamaal on need juba laialdaselt kasutusel, kuid Eestis terisekassa neid veel ei kompenseeri. Neid ravimeid võiks kaaluda üleminekuravis, näiteks patsientidel, kellel alustatakse immunosupressiivset ravi, kuid kelle haiguskontrolli saavutamine võtab aega.

Füüsiline aktiivsus

Mõõdukas aeroobne treening võib müasteeniaga patsientide enesetunnet ja funktsionaalset võimekust parandada. Siiski tuleks vältida liigset füüsilist koormust ja suurt jõutreeningut, mis võib sümptomeid süvendada.

Patsiendi jälgimisel on oluline kasutada struktureeritud küsimustikke ja skaalasid, et objektiivselt hinnata haiguse kulgu ja ravi efektiivsust. Rahvusvahelised soovitused rõhutavad, et patsiendi enda hinnang haigusseisundile on oluline, kuna see võib erineda arsti objektiivsest hindamisest. Müasteenia igapäevaelu tegevuste profiil (MG-ADL, Myasthenia gravis-Activities of daily living) ja müasteenia elukvaliteedi küsimustik (MG-QOL15) on praeguseks eesti keelde tõlgitud ja valideeritud ning sellest aastast saame neid Eestis kasutama hakata.

Müasteenia on autoimmuunne neuromuskulaarne sage harvikaigus, mis põhjustab lihasnõrkust ja väsimust. Diagnoosimiseks kasutatakse kliinilisi tunnuseid, autoantikehade määramist ja neurofüsioloogilisi teste. Ravi hõlmab sümptomaatilisi ravimeid, immunosupressante ja vajadusel tüümuse eemaldamist.

Ägenemiste korral rakendatakse plasmafereesi või immunoglobuliinravi. Kuigi uued ravimid on näidanud head efektiivsust, pole need Eestis veel kättesaadavad. Patsientide jälgimiseks on oluline kasutada küsimustikke ning soovitada mõõdukat füüsilist aktiivsust. Samuti on oluline patsiendi füüsiline aktiivsus ja kaasamine ravis.

Harvikaigustest oli pikemalt juttu 25. veebruari erilehes.



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.



EE053_EFG_04/2025 adapteeritud aprill 2025

MEDISON

argenx



Silmaarstide selts ja perearstide selts on koos välja töötanud ühtsed juhised, millised silmaprobleemid kuuluvad perearsti käsitusallasse.

FOTO: SHUTTERSTOCK

Perearsti võimalused silmaprobleemide esmatasandi käsitluses

Triaaz EMOsse trauma, äkilise valu või kiire nägemislangusega

Violetta Riidas
violetta.riidas@aripaev.ee

Ida-Tallinna keskhaigla silmakliiniku valvetuba külastab ööpäevas kuni 80 patsienti, kellest paljud võiksid abi saada esmatasandil. Sellest, milliste probleemidega perearstid ise hakkama saavad, andis ülevaate ITK silmakliiniku silmakirurgia keskuse oftalmoloog-juhtivarst Stina Tuubel.

Silmaarsti roll tervishoius on viimaste kümnenditega märkimisväärselt muutunud. Kui varem kuulus optika ja kergemate silmaprobleemide ravi silmaarsti töövaldkonda, siis nüüd on suur osa neist kohustustest delegeeritud esmatasandi ter-

vishoiutöötajatele. Eriti kehtib see kergemate, nägemisteravust mitteohustavate seisundite puhul, mida saab edukalt ravida ka perearst või -õde.

Silmaarstide selts ja perearstide selts on koos välja töötanud ühtsed juhised, millised silmaprobleemid kuuluvad perearsti käsitusallasse.

Nende hulka kuuluvad:

- esmased bakteriaalsed, viiruslikud ja allergilised konjunktiviidid,
- kuiva silma sündroom,
- blefariit,
- odraiva ja rahetera,
- hüposfagma ehk limaskestaalne verevalum.

Oluline on, et nende seisundite puhul ei esine nägemisteravuse langust ega tõsist valu. Näiteks konjunktiviit on sagedane, ent healoomuline limaskestapõletik, millele iseloomulikud sümptomid on punetus, liivatunne, eritis ja ebamugavus. Nägemine võib olla hommikuti udune, kuid selgineb pilgutamisel. Õige ravi on antibiootiline silmatilk (nt klooramfenikool) või viirusliku põhjuse korral lihtsalt kunstpisarad ja vajadusel sekundaarselt antibiootikumide lisamine.

Samuti saab perearst hakkama laugude servapõletiku (blefariidi) ja kuiva silma sündroomi ravi juhtimisega - neil juhtudel on ravi põhialus laugude regulaarne hügieen, soojendamine ja massaaž. Tä-

napäeval on olemas ka juhendmaterjalid patsiendile, mida saab kasutada kodus raviks.

Millal peab perearst patsiendi edasi saatma?

Kui esmatasandi ravi ei toimi, on järgmine loogiline samm e-konsultatsioon. On loodud kindlad kriteeriumid, mille alusel patsient silmaarsti e-konsultatsioonile suunata.

Täiskasvanu:

- konjunktiviit või blefariit, mis ei allu ravile 7-10 päeva jooksul,
- kuiva silma sümptomid, mis püsivad hoolimata vähemalt kahekuulisest ravist,

- nägemisteravuse aeglane, kuid progresseeruv langus,
- mõõdukas silmasisese rõhu tõus (21-28 mmHg),
- foto alusel dokumenteeritud ebaselge etioloogiaga laugude patoloogia.

E-konsultatsiooni lisaväärtus peitub kiiremas tagasisides ning vajadusel suunamises plaanilisele silmaarsti vastuvõtule ilma, et patsient peaks pöörduma erakorralise meditsiini osakonda.

Ka laste puhul toimib e-konsultatsioon hästi - näiteks kui on pisarateede sondeerimise vajadus või kui kõõrdsilmsus vajab silmaarsti hinnangut. Laste esmased nägemisteravuse kontrollid tehakse aga perearsti jälgimisplaani raames kolmandal ja kuuendal eluaastal.

Tõelised erakorralised silmaprobleemid

Erakorralise meditsiini keskusesse kuuluvad vaid tõelised erakorralised juhtumid.

Need on:

- silmatraumad (torkevigastus, söövituse, kontusioon),
- järsku tekkinud nägemisteravuse langus (eriti ühe silmaga),
- vaatevälja kadumine või topeltnägemine,
- tugev silmavalu koos valguskartuse ja nägemishäirega,



EMOsse kuuluvad vaid tõesti erakorralised juhtumid.

Stina Tuubel

- äge glaukoomihoog, endoftalmiit, iridotsükliit,
- silmasisene rõhk üle 28 mmHg kaks korda samal päeval mõõdetuna.

Need patsiendid vajavad kiiret triaazi ja sageli ka silmakirurgilist sekkumist. Siiski tuleb rõhutada, et paljud inimesed, kelle probleem on tegelikult healoomuline (nt hüposfagma või kuiv silm), satuvad vallesse kohta - valveosakonda. See koormab asjatult erakorralist abi ja suurendab ootega nende jaoks, kellel on tõesti kiire.

Oluline on, et esmatasandil töötavad spetsialistid - perearstid, pereõed ja optometristid - omaksid kindlustunnet lihtsamate seisundite käsitlemisel ja tunnekid ära kiiret sekkumist vajavad olukorrad. Probleemi tõhusamale käsitlemisele haiglas aitaks kaasa ka perearsti koostatud saatekiri või vähemalt patsiendile jagatud suuline info.

Silmaprobleemide esmatasandi käsitus on oluline osa tänapäevases tervishoiust. Pädev perearst suudab lahendada suure osa juhtumitest, kasutades juhendmaterjale, e-konsultatsiooni ja patsiendi harimist. Silmaarsti juurde jõudku need, kelle probleem on keeruline, kiireloomuline või krooniline ning vajab erialast hinnangut. Mõistlik tööjaotus ja koostöö esmatasandi ja eriarstiabi vahel tõstab kogu süsteemi tõhusust ning patsiendi rahulolu.

Tasub teada: Meelespea

- Esmast konjunktiviiti ravib tänapäeval perearst.
- Hormooni kombinatsiooni preparaadid jäävad silmaarstide pärusmaaks, sest hormoonitilk võib tõsta silmarõhku ja takistab sarvkesta paranemist juhul, kui põletikuga kaasneb ka sarvkesta epiteelirakkude kahjustus.
- Perearst võib silmapõletike esmaseks raviks määrata antibiootikume sisaldava tilga/salvi.
- Perearst kontrollib laste nägemisteravust laste tervise jälgimise juhendi alusel kolmandal ja kuuendal eluaastal.
- Järsu nägemislanguse ja tugeva silmavalvetuppa silmavalvearstile.

Allikas: Stina Tuubel

80

- patsienti külastab ITK silma EMO, kuid enamik neist saaks abi ka perearstilt.

02.10.2025

Radisson Blu
Hotel Olümpia
ja veeb

SILMA-KONVERENTS 2025

Käsitleme erinevaid akuutseid teemasid Ida-Tallinna Keskhaigla silmapetsialistide abil. Räägime nii laste kui ka täiskasvanute silmaprobleemidest.

SIHTGRUPP:

perearstid, pereõed, lastearstid, proviisorid, farmatseudid, EMO arstid ja teised teemast huvitatud meditsiinitöötajad

Konverentsil osalemine annab täiendkoolituspunkte. Tunnistuse väljastab Ida-Tallinna Keskhaigla koolituskeskus.

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

Sponsorpaketid: Maarja Kõrv, Meditsiiniuudiste meditsiinimeedia müügijuht, tel +372 525 7708, maarja.korv@aripaev.ee



IDA-TALLINNA KESKHAIGLA



MEDITSIIINI-KONVERENTSID

SÜSTEEMSED HAIGUSED JA SILM:

- düstreoidne orbitopaatia
- diabeet ja silm
- Sclerosis Multiplex ja silm
- temporaalarteriit silmaarsti vaatevinklist
- uveiit lastel
- uveiit täiskasvanutel

AKUUTSED SILMAPROBLEEMID:

- sähvatused ja hõljumid silma ees - kas see on ohtlik?
- silmapatsiendi käsitus: e-konsultatsioon ja EMK
- koostöö silmaarstide ja optometristide vahel. Silmaarsti vaatenurk
- koostöö silmaarstide ja optometristide vahel. Optometristi vaatenurk
- põletikuvastased silmatilgad

TASUB TEADA:

- silma melanoom
- IPL - meetod, mis ravib kuiva silma põhjust
- periokulaarne esteetika

SOODUSHIND

kuni 21. septembrini

TÄPSEM KAVA JA PILETIINFO:

pood.aripaev.ee/konverentsid-silmakonverents-2025

Põletikulise soolehaiguse ravi ja jälgimine esmatasandil

Violetta Riidas

violetta.riidas@aripaev.ee

Põletikulise soolehaiguse ravist ja jälgimisest esmatasandil teeb ülevaate Päijät-Sote (Lahti keskhaigla) ja Confido gastroenteroloog Tuuli Lääne.

Põletikulised soolehaigused (IBD – *Inflammatory Bowel Disease*), mille hulka kuuluvad haavandiline koliit ja Crohni tõbi, on kroonilised, ägenemiste ja remissioonidega kulgevad haigused, mille esinemissagedus on viimase kümnendi jooksul tõusnud. Eestis saada olev statistika on 2010. aastast, mil esinemissagedus oli 10,3 uut juhtu 100 000 elaniku kohta aastas. Praeguseks ajaks võib tegelik esinemissagedus olla juba oluliselt kõrgem. Soomes ulatub see 48 uue juhuni aastas 100 000 elaniku kohta.

Tuleb osata kahtlustada

Põletikulistele soolehaigustele on iseloomulikud krooniline kõhulahtisus, vere ja lima esinemine väljaheites ning kõhuvalu. Crohni tõve korral võivad lisanduda fistulid, paised, palavik ja isegi soolesulgus. Haigus kulgeb sageli hiilivalt ning sümptomite algus võib jääda ebamääraseks.

Diagnostiline viive on Crohni tõve puhul pikem kui haavandilisel koliidil, kuna viimase korral on veri väljaheites alarmeriv sümptom. Esimene ja kõige tähtsam samm esmatasandil on osata kahtlustada põletikulise soolehaiguse olemasolu ning suunata patsient edasiste uuringutele.

Kalprotektiin on praktiline ja kergesti määratav marker, mis aitab IBDd eristada soole ärritussündroomist. Tegemist on neutrofiilidest pärineva valguga, mille sisaldus sooles tõuseb põletiku korral. Tuleb siiski arvestada, et kalprotektiini väärtus võib tõusta ka NSAIDide kasutamise või gastroenteriidi korral.

Esmatasandil on soovitatav määrata lisaks hemogramm, CRP, maksaensüümid (ALAT, ALP), kreatiniin, albumiin ning välistada infektsioonid (nt *Clostridium*, *Campylobacter* jt). Vajadusel on näidustatud ka parasiitide uuringud ning tsöliaakia-markerite määramine.

Haavandiline koliit

Haavandilise koliidi puhul on ravi eesmärk põletiku kontrolli alla saamine ja säilitusraviga remissiooni säilitamine. Esmaabiku raviks kasutatakse 5-ASA preparaate (mesalasiin) nii suukaudselt kui ka lokaalselt. Kergema proktiidi korral võib patsiendi jaoks piisata suposiitidest 1-2 korda päevas neljanädalase kuurina, misjärel võib ravi katkestada ning vajadusel hiljem taas alustada.

Proktiidi patsiendile tuleb õpetada, et ta on oma haiguse parim tundja ning võib

Esmatasandi arsti roll on IBD varajases avastamises määrava tähtsusega.

FOTO: SHUTTERSTOCK



Parim aeg haigust mõjutada on kohe pärast diagnoosi.

sümptomite tekkel lokaalset ravi algatada iseseisvalt. Raskema haiguse ägenemisel lisatakse raviarsenali süsteemsed kortikosteroidid – prednisoloon või budesoniid. Prednisolooni puhul on tavaline algannus 40 mg päevas, mida vähendatakse 5 mg kaupa nädalas.

Kui hormoonravi ei anna kahe nädala jooksul efekti või ei õnnestu seda kolme kuuga lõpetada, tuleb kindlasti konsulteerida gastroenteroloogiga. Samuti on konsulteerimine näidustatud raseduse, ekstraintestinaalsete sümptomite või korduvate ägenemiste korral.

Kui tekib vajadus immuunosprimeeriva ravi järele, alustab seda gastroenteroloog. Immuunosprimeeriva ravi põhimõtted on haavandilise koliidi ja Crohni tõve korral põhimõtteliselt samad, kuid esinevad mõningased erinevused.

Crohni tõbi

Crohni tõve puhul on põletik sageli transmuraalne ja võib haarata kogu seedetrakti, tüüpiline on segmentaarne põletik.

Crohni tõve ravi on immuunospressiivne. Ravi planeeritakse vastavalt haiguse raskusastmele ja riskiprofiilile.

Kergema haiguse korral võib hormoonravi olla piisav remissiooni induktsiooniks ja edasine parim ravitaktika võib olla aktiivne jälgimine ilma immuunospressioonita. Kõrge riskiga patsientidel (nt periaanaalsed fistulid, ulatuslik haaratus, kiire progresseerumine) alustatakse võimalikult varajases faasis bioloogi- se raviga.

Mesalasiin on Crohni tõve puhul ebaefektiivne, välja arvatud kerge jõesool- levormi korral. Mõõduka haiguse korral võivad olla piisavad tiopuriinid või metotreksaat. Raske haiguse korral kasutatakse bioloogilisi ravimeid (nt TNF-alfa blokaatorid, interleukiini inhibiitorid) või JAK-inhibiitoreid.

Kõige parem aeg haigust mõjutada on kohe pärast diagnoosi saamist. Kui põletik on aktiivne, saame mõjutada haiguse edasist kulgu. Kui on tekkinud struktuuralne kahjustus, oleme juba hiljaks jäänud.

Erakorralised olukorrad

IBD patsiendid võivad sattuda erakorralise meditsiini osakonda näiteks ägeda kõhuvalu, palaviku või kõhulahtisuse tõttu. Esmalt tuleb eristada, kas tegemist on IBD ägenemise või muu seisundiga – nt gastroenteriit või isegi apenditsiit.

Crohni tõve korral peab olenevalt fenotüübist vajadusel kahtlustama abstsessi, fistulit või striktuurist tingitud sümpto-

maatikat. Immunosupressiivse ravi tõttu võivad sümptomid olla ebatüüpilised ning näiteks palavik puududa.

Jälgimine ja vaktsineerimine

Remissioonis oleva patsiendi jälgimine toimub tavaliselt vereanalüüside ja kalprotektiini alusel. Kolonoskoopia on vajalik düsplastiliste muutuste varaseks avastamiseks alates 8-10 aastat pärast haavandilise koliidi diagnoosi, v.a proktiidi korral. Crohni tõve korral oleneb jälgimisviis haiguse lokaliseerimisest ja nt peensoole magnetuuringul on peensoole haiguse korral oluline roll.

Immunosupressiooniga patsientidel tuleb olla tähelepanelik infektsiooniriski suhtes ning soovitada sobivaid vaktsineerimisi (nt gripi- ja pneumokoki vaktsiin). JAK-inhibiitorite puhul on soovitatav võõrkehade antigeen vaktsiin. Elusvaktsiini immunosupressiooni ajal manustada ei tohi.

Põletikulised soolehaigused on kroonilised ja kurnavad haigused, mille ravi on olulised multidistsiplinaarne koostöö erinevate erialade spetsialistide vahel ning patsiendi iseseisvuse toetamine. Selle eesmärk on saavutada haiguse võimalikult sügav remissioon, vältida tüsistusi ja säilitada patsiendi elukvaliteet, et ta saaks elada võimalikult täisväärtuslikku elu.

Esmatasandi arsti roll on varajases avastamises, ravi alustamises ja õigeaegses spetsialisti kaasamises määrava tähtsusega.

KAHEKORDNE JÕUD

Koos on kergem



YALDIGO®

mesalasiin

suposiidid **1g**

PEHME. PAIKNE. LEEVENDUS.



YALDIGO®

mesalasiin

tabletid **1600 g**

LIHTNE, MUGAV. ÜKS KORD ÖÖPÄEAS.

Suurim mesalasiini annus tabletis ja rektaalsupposiidis (Latest IQVIA data)



Yaldigo, 1 g (mesalasiin) rektaalsuposiidid. Retseptiravim.

Näidustus: pärasoolega piirdunud kerge kuni mõõduka ägeda haavandilise koliidi (haavandilise proktiidi) ravi.

Yaldigo 1600 mg (mesalasiin) toimeainet modifitseeritud vabastavad tabletid. Retseptiravim.

Näidustus: Kerge kuni mõõduka raskusega haavandilise koliidi ägenemise ravi ja remissiooni säilitamine.

Müügiloa hoidja: Tillotts Pharma AB, Gustavslundsvägen 135, SE-167 51 Bromma, Rootsi

Täiendav teave müügiloa hoidja Eesti esindusest Biocodex Oy Eesti filiaal, Väike-Paala 1, EE-11415, Tallinn, Eesti, tel 605 6014.

Enne ravimi väljakirjutamist lugege täispikka ravimi omaduste kokkuvõtet, mis sisaldab täielikku teavet ravimi kohta.



Yaldigo (mesalasiin) 1 g suposiit
ravimi omaduste kokkuvõte
november 2023



Yaldigo (mesalasiin) 1600 mg
ravimiomaduste kokkuvõte
juuni 2023



TILLOTTS PHARMA

ID: 5d11c671

Glükoosimonitooring tõstab patsiendi motivatsiooni

Endokrinoloogi ja Diabeedikeskuse juhatusel liikme Marju Pasti sõnul aitab pidev glükoosimonitooring nii I kui ka II tüüpi diabeediga patsientidel saavutada pikaajaliselt paremat kontrolli veresuhkru üle. See tõstab patsiendi motivatsiooni ning toetab teadlikumate otsuste tegemist diabeediravis.

Glükoosimonitooring on endokrinoloogi hinnangul täiesti uus tase diabeediravis. "Glükoosisensorid muudavad diabeeti põdevate inimeste elu palju lihtsamaks ning meie, arstid, saame neid paremini aidata," rääkis Past. "Monitooring õpetab diabeetikut sööma ja liikuma, et ta saaks elada täisväärtuslikku elu. Jälgides sensori abil, kuidas veresuhkru tase muutub, õpib diabeeti põdev inimene kõige paremini. Paremini kui brošüürist."

Pasti sõnul on glükoosimonitooring oluliselt informatiivsem ja mugavam kui tavapärane näpu otsast mõõtmine. Käsi- varrele või kõhule paigaldatud sensor mõõdab veresuhkrut koevedelikust iga viie minuti tagant ja saadab näidud Bluetoothi ühenduse kaudu nutitelefoni või spetsiaalsesse vastuvõtjasse. Glükomeeter seevastu annab teavet vaid hetkeolukorra kohta.

Suurem teadlikkus oma veresuhkru väärtusest

Diabeediravi üks olulisemaid näitajaid on glükohemoglobiin (HbA1c), mis peegeldab inimese keskmist veresuhkru taset viimase kolme kuu jooksul. Past tõdeb, et kuigi HbA1c tase 7,0% on üks diabeediravi eesmärkidest, ei näita see tegelikult, kui palju veresuhkru tase päeva jooksul kõigub. "Näit võib liikuda madalatest kuni kõrgete väärtusteni, kuid keskmine HbA1c tase on ikkagi 7,0%," rääkis ta. Samas võimaldab glükoosimonitooring jälgida veresuhkru taseme muutusi reaajas kogu päeva vältel ning see on oluliselt informatiivsem ja aitab paremini saavutada normi piirides veresuhkru eesmärke. HbA1c taseme mõõtmine on küll vajalik, kuid mitte alati piisav ning seetõttu tuleks neid andmeid kasutada koos.

Glükoosisensor võimaldab meil näha veresuhkru taseme dünaamikat - mitte ainult üksikut mõõtmistulemust, vaid ka seda, kuidas veresuhkur päeva jooksul kõigub. "Kui mõõdame veresuhkrut vaid aeg-ajalt glükomeetriga, võime sattuda just nendesse hetkedesse, mil veresuhkru tase on parasjagu normis. Sellisel juhul ei pruugi me aimata, et mõnel muul ajal on see kas liiga madal või hoopis kõrge," rääkis Past, lisades, et sensor aitab tuvastada ka varjatuks jääda võivaid kõikumisi.

TIR (*Time in Range*) ehk aeg, mil veresuhkur on sihtvahemikus (tavaliselt 3,9–10 mmol/l), peaks olema vähemalt 70–80%



Glükoosimonitori teavet on võimalik reaajas jagada ka pereliikmetele, hooldajatele ja arstiga.

FOTO: SHUTTERSTOCK

Glükoosimonitooring on informatiivsem kui näpu otsast mõõtmine.

Marju Past

ööpäevast. Pasti sõnul on see realistlik ja soovitatav eesmärk. Alla normpiiri ehk alla 3,0 mmol/l võiks tema hinnangul veresuhkur langeda ideaalis vähem kui 1% ajast ning üle 13,9 mmol/l tõusta vähem kui 5% kordadest. "Oluline on minimeerida nii kõrge kui ka madala veresuhkru episoodide ning säilitada tervislik kehakaal ja aktiivne elustiil. Diabeediravi fookus ei peaks olema üksnes range veresuhkru kontrollil, vaid ka eluviisil," ütles Past.

Stabiilne veresuhkur parandab elukvaliteeti

Diabeeti põdevad inimesed ei teadvusta sageli, kui oluline on hoida veresuhkru taset normis. See toetab head enesetunnet ja parandab elukvaliteeti: esineb vähem väsimust, uimasust ja ärrituvust ning paraneb keskendumisvõime ja üldine heaolu. "Kui patsiendi veresuhkur stabiliseerub, mõistetakse, kui suur erinevus varasemaga tegelikult on. Alles siis saadakse aru,

mis on hea enesetunne ning hakatakse elama täisväärtuslikumat elu."

Samas tõdes ta, et veresuhkru stabiilsena hoidmine ei ole diabeeti põdevatele inimestele üksnes enesetunde küsimus, vaid ka eluliselt tähtis tuisustuste ja ootamatute probleemide vältimiseks. Pidevalt kõrge veresuhkru tase ning suured kõikumised võivad kahjustada närve, silmi ja neere, samuti suurendada südame-veresoonkonna haiguste riski. Sageasend madala veresuhkru episoodid võivad aga põhjustada ohtlikke olukordi, nagu teadvusekaotust või krampe.

Ennetus ja kontroll annavad turvatunde

Kaasaegsemad trendinäidikuga sensorid prognoosivad ka glükoositaseme trendi: kas veresuhkur parasjagu tõuseb või langeb. Lisaks saab selles seadistada märguanded madalate või kõrgete väärtuste tuvastamiseks. Reaajas on võimalik teavet jagada ka pereliikmetele või hooldajatega. Glükoosisensor annab turvatunde nii diabeeti põdevale inimesele, tema lähedastele kui ka arstile.

Inimese enesetunne ei kajasta alati tegelikku veresuhkru taset. Sageli ei tunne inimene ära langeva veresuhkru esmasid sümptomeid või tõlgendab neid valesti. "Enesetunde põhjal tehtud otsused võivad viia vale tegutsemiseni või, mis veelgi ohtlikum, olukorran, kus langust ei märgata üldse," rääkis Past. Statistika kohaselt tekib 55% rasketest hüpoglükeemiatest öösel - ajal, mil inimene magab ega pruugi muutuse peale ärgata. Päevasel

ajal toimunud episoodide puhul ei märka 36% juhtudest inimene hoiatavaid sümptomeid, nagu higistamine, äkiline söögiisu või südamepekslemine.

Pasti sõnul võib hüpoglükeemia tõttu tekkinud teadvusekaotus tabada inimest ootamatult ja ohtlikes olukordades. "Inimene võib kukkuda ja end vigastada. Viimasel ajal on juhtunud ka mitu liiklusõnnetust, kus juhil on veresuhkru languse tõttu kadunud kontroll sõiduki üle," tõi ta välja reaalseid ohuolukordi.

Oma patsientidel soovib arst glükoosisensori alumise piiri määrata tavapärasest kõrgemale kui 3,9 mmol/l, mil saab reageerida juba enne, kui veresuhkru tase liiga madalale langeb. "Nii ennetame olukordi, kus on vaja hakata justkui tulekahju kustutama," sõnas Past.

Glükoositaseme näite saab soovi korral jagada ka oma raviarstiga. Nii on võimalik andmetele tuginedes koos raviplaan üle vaadata. Arstina väärtustab Past võimalust patsiente kaugetel nõustada. Ta selgitas, et näite jagades saab anda tagasisidet ka telefoni teel, ilma et patsiendil oleks vaja vastuvõtule tulla.

Endokrinoloogi sõnul aitavad glükoosimonitooringu tulemused teha vajalikke kohandusi nii insuliini annustes, raviskeemis kui ka toitumises. Ta tõdes, et glükoosimonitooring ei ole enam ainult I tüüpi diabeetikutele mõeldud - sellest saavad palju kasu ka II tüüpi diabeediga inimesed. Glükoosisensoreid saab soodushinnaga osta digiresepti alusel, mille väljastavad endokrinoloogid ja sisearstid.

mu.ee

dexcom one⁺

allium

Soovid rohkem infot?

Vaata www.dexcom.com või võta ühendust info@allium.upi.ee.

Saage tuttavaks uue Dexcom ONE+ glükoosiseire süsteemiga

Uue Dexcom ONE+’iga on diabeedi ravi lihtsam,^{*,§,1} nutikam[§] ja tõhusam^{§,1,2-4}.

Meie seni kõige väiksema⁵ ja täpsema⁵ sensori tehnoloogia pakub ülimat paindlikkust⁵⁻⁶ ning aitab kõigil teie insuliini kasutavatel patsientidel saavutada kestvaid tulemusi^{†,‡,4,7,8}.

Alates 1.1.2025 saadaval Tervisekassa soodustusega 1. ja 2. tüüpi intensiivsel insuliinravitl diabeetikutele.

**Aidake oma patsientidel saavutada parem glükoosikontroll
Dexcom ONE+ abiga[§]**



Tegemist on meditsiiniseadmega. Enne kasutamist lugeda kasutusjuhendit ja vajaduse korral konsulteerida spetsialistiga.

^{*}Tulemused saadi Dexcomi G7 uuringust, millel on sarnased funktsioonid ja kasutajasõbralikkus. [†]Tulemused saadi Dexcomi eelmise põlvkonna CGMiga ning on kohaldatavad Dexcom ONE+’ile, kuna sellel on sarnased funktsioonid ning parem töökindlus ja kasutajasõbralikkus. [‡]Uuringus kasutati CGMi süsteemi, mis ei kuulu Dexcomile. [§]Võrreldes sellega, kui patsient kasutab glükomeetrit.

1 Dexcomi andmetel, 2021 (HF Summative report in Agile July 5). 2 Beck RW et al. *JAMA*. 2017;317(4):371-378. 3 Beck RW et al. *Ann Intern Med*. 2017;167(6):365-374. 4 Lind M, et al. *Diabetes Care*. 2021;44(1):141-149. 5 Dexcom ONE+’i kasutusjuhend. 6 Freestyle Libre 2 kasutusjuhendid. 7 Soupal J et al. *Diabetes Care*. 2020; 43: 37-43. 8 Welsh JB, et al. *J Diabetes Sci Technol*. 2024; 18(1):143-147.

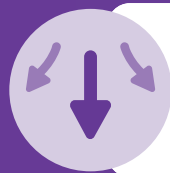
Üks kord nädalas

mounjaro[®]
(tirsepatiid) süstelahus

AEG MUUTUSTEKS RASVUMUSE RAVIS¹



Esimene oma klassi ravim, mis toimib nii **GIP kui ka GLP-1** retseptoreid aktiveerides, et mõjutada rasvumuse potofüsioloogiat.²⁻⁴



Mounjaro (tirsepatiid) 5 mg annus **on näidanud keskmiselt 16,1 kg (16%)** kaalulangust.^{2,5,*†}



Mounjaro (tirsepatiid) 15 mg annus **vähendas kehakaalu keskmiselt 23,6 kg võrra (22,5%)**.^{2,5,*†}



Kardiometaboolsete markerite paranemist näitasid kõik peamised parameetrid, sealhulgas süstoolne vererõhk, vööümbermõõt, triglütseriidide hulk, HDL-kolesterool ja LDL-kolesterool.^{2,5,‡}



KEHAKAALU OHJAMINE

Mounjaro (tirsepatiid) on näidustatud kehakaalu ohjamiseks, sealhulgas kehakaalu vähendamiseks ja säilitamiseks täiskasvanutel lisaks väiksema kalorsusega dieedile ja füüsilise aktiivsuse tõstmisele, kui nende algne kehamassiindeks (KMI) on:

- $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ (rasvumine) või
- $\geq 27 \text{ kg/m}^2$ (ülekaal) ja esineb vähemalt üks kehakaaluga seotud kaasuv haigusseisund⁵

* Vs. 2,4 kg (-2,4%) platseebo puhul; see hõlmas ka vähendatud kalorsusega dieeti ja suurendatud füüsilist aktiivsust.⁵

† Efektiivsuse hinnang, MMRM-analüüs, mITT-populatsioon (efektiivsuse analüüsi kogum).²

‡ Efektiivsuse hinnangut üksikute annuste puhul ei kohaldatud mitmesuse suhtes, v.a. vööümbermõõdu puhul annuste 10 mg ja 15 mg korral.²

KMI = kehamassiindeks, GIP = glükoosõltuv insulinoosne polüpeptiid, GLP-1 = glükagoonisarnane peptiid 1, SmPC = ravimi omaduste kokkuvõte, HDL = suure tihedusega lipoproteiin, LDL = väikese tihedusega lipoproteiin, mITT = modifitseeritud ravikavatsuslik, MMRM = kombineeritud mudel korduvaks mõõtmiseks.

Viited 1. Sallam M, *et al.* Cureus. 2024 May 18;16(5):e60545. **2.** Jastreboff AM, *et al.* N Engl J Med. 2022;387(3):205-216. **3.** Chavda VP, *et al.* Molecules. 2022 Jul; 27(13): 4315. **4.** Nauck MA, *et al.* Diabetes Obes Metab. 2021 Sep 3:5-29. **5.** Mounjaro (tirsepatiid) SmPC.

▼ Sellele ravimile kohaldatakse täiendavat järelevalvet, mis võimaldab kiiresti tuvastada uut ohutusteavet. Tervishoiutöötajatel palutakse teatada kõigist võimalikest kõrvaltoimetest. **Ravimi nimetus:** Mounjaro 2,5 mg/annus KwikPen süstelahus pen-süstlis. Üks annus sisaldab 2,5 mg tirsepatiidi 0,6 ml lahuses. Üks mitmeannuseline pen-süstel sisaldab 10 mg tirsepatiidi 2,4 ml-s (4,17 mg/ml). Igas pen-süstlis on neli 2,5 mg annust. Mounjaro 5 mg/annus KwikPen süstelahus pen-süstlis. Üks annus sisaldab 5 mg tirsepatiidi 0,6 ml lahuses. Üks mitmeannuseline pen-süstel sisaldab 20 mg tirsepatiidi 2,4 ml-s (8,33 mg/ml). Igas pen-süstlis on neli 5 mg annust. Mounjaro 7,5 mg/annus KwikPen süstelahus pen-süstlis. Üks annus sisaldab 7,5 mg tirsepatiidi 0,6 ml lahuses. Üks mitmeannuseline pen-süstel sisaldab 30 mg tirsepatiidi 2,4 ml-s (12,5 mg/ml). Igas pen-süstlis on neli 7,5 mg annust. Mounjaro 10 mg/annus KwikPen süstelahus pen-süstlis. Üks annus sisaldab 10 mg tirsepatiidi 0,6 ml lahuses. Üks mitmeannuseline pen-süstel sisaldab 40 mg tirsepatiidi 2,4 ml-s (16,7 mg/ml). Igas pen-süstlis on neli 10 mg annust. Mounjaro 12,5 mg/annus KwikPen süstelahus pen-süstlis. Üks annus sisaldab 12,5 mg tirsepatiidi 0,6 ml lahuses. Üks mitmeannuseline pen-süstel sisaldab 50 mg tirsepatiidi 2,4 ml-s (20,8 mg/ml). Igas pen-süstlis on neli 12,5 mg annust. Mounjaro 15 mg/annus KwikPen süstelahus pen-süstlis. Üks annus sisaldab 15 mg tirsepatiidi 0,6 ml lahuses. Üks mitmeannuseline pen-süstel sisaldab 60 mg tirsepatiidi 2,4 ml-s (25 mg/ml). Igas pen-süstlis on neli 15 mg annust. **Toimeaine:** tirsepatiid. **Retseptiravim.** **Näidustused:** 2. tüüpi suhkurtõbi. Mounjaro on näidustatud ebapiisavalt kontrollitud 2. tüüpi suhkurtõve raviks täiskasvanutel lisaks dieedile ja füüsilisele aktiivsusele - monoteraapiana, kui metformiin ei sobi talumatuse või vastunäidustuste tõttu; täiendava ravina lisaks teistele diabeediravimitele. **Kehakaalu ohjamine.** Mounjaro on näidustatud kehakaalu ohjamiseks, sealhulgas kehakaalu vähendamiseks ja säilitamiseks täiskasvanutel lisaks väiksema kalorsusega dieedile ja füüsilise aktiivsuse tõstmisele, kui nende algne kehamassiindeks (KMI) on $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ (rasvumine) või $\geq 27 \text{ kg/m}^2$ kuni $< 30 \text{ kg/m}^2$ (ülekaal) ja esineb vähemalt üks kehakaaluga seotud kaasuv haigusseisund (nt hüpertensioon, düslipideemia, obstruktiivne uneapnoe, kardiovaskulaarne haigus, diabeedieelne seisund või 2. tüüpi suhkurtõbi). **Müügiloo hoidja:** Eli Lilly Nederland B.V., Papendorpseweg 83, 3528BJ Utrecht, Holland. **Ravimi omaduste kokkuvõtte viimase uuendamise kuupäev:** 12. detsember 2024. **Täiendav teave ja kõrvaltoimetest teavitamine:** www.ravimiamet.ee või eesti@lilly.com, tel. 6817280 Reklaammaterjali kinnitamise number ja kuupäev: PP-TR-EE-0011, jaanuar 2025.

Ainult tervishoiutöötajatele.

Lilly
A MEDICINE COMPANY